ACEMUAT
2026

URGENCIAS | TRAUMATOLOGÍA | CIRUGÍA

LIBRO RESUMEN JORNADA DE CASOS CLÍNICOS ACEMUAT 2026

28 DE JULIO, 2026
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHILE, SEDE TALCA

DUC IN ALTUM
UA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHILE
MÁS UNIVERSIDAD

COLABORADORES

Organizadores

Catalina Belén Ñampil López

Pía Francisca Cordova Guerrero

Camila Constanza Romero Vega

Leonor Isidora Arias Acevedo

Antonia Ignacia Brunel Carrasco

Maximiliano Andrés Saavedra Cornejo

Revisores

Bastián Luis Torres Tejada

Fernanda Scarlett Garrido Henrríquez

Maria Jesús Acevedo de la Fuente

Martina Florencia Saavedra Mardones

Stephanie Belén Muñoz Jiménez

CERTIFICACIÓN

Se certifica que los Casos Clínicos presentados a continuación en la Competencia Científica: Urgencias, Traumatología y Cirugía organizada por la Academia Científica de Estudiantes de Medicina, realizada el día 3 de Agosto del año 2026.

La presentación de Caso Clínico no pertenece a la malla curricular de la Carrera de Medicina y sus calificaciones no forman parte del cálculo para la Calificación Médica Nacional ni de un contrato laboral de algún participante.

Catalina Ñampil López
Presidenta ACEMUAT

Dr. Luis Jaime Gaete
Director de Carrera de Medicina

CALLOSOTOMÍA ANTERIOR COMO OPCIÓN TERAPÉUTICA EN EPILEPSIA REFRACTARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO DE LENNOX-GASTAUT

Valdés C. (1), Álvarez V. (1), Araya V. (1), León D. (1), Orellana F. (1), Vidal C. (1), Carrillo R. (2), Román R. (3)
1. Estudiante de Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.
2. Especialista en Neurología con Fellow en Epilepsia, Pontificia Universidad Católica de Chile, Talca, Chile.
3. Médico General docente de la Universidad Católica del Maule, Talca, Chile

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Lennox-Gastaut (LGS) corresponde a una encefalopatía epiléptica del desarrollo caracterizada por múltiples tipos de crisis, alteraciones electroencefalográficas y compromiso cognitivo. Su manejo representa un desafío debido a la alta frecuencia de epilepsia farmacorresistente. La callosotomía constituye una alternativa quirúrgica paliativa cuyo objetivo es limitar la propagación interhemisférica de descargas epileptiformes, especialmente útil en crisis atónicas incapacitantes.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 24 años con antecedentes de discapacidad intelectual, LGS y epilepsia farmacorresistente (FRE), con crisis atónicas invalidantes. Previo consentimiento informado. Se realizó evaluación prequirúrgica mediante electroencefalograma (EEG), que evidenció tanto actividad epileptiforme interictal como crisis epiléptica generalizada, además de resonancia magnética (RM) cerebral con tractografía por tensor de difusión (DTI). Se indicó callosotomía anterior mediante craneotomía interhemisférica con disección del cuerpo calloso. Paciente evolucionó en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) presentó lateralización cefálica transitoria, resuelta con rehabilitación multidisciplinaria. Los controles electroencefalográficos evidenciaron persistencia de actividad epileptiforme, pero con marcada reducción clínica de crisis incapacitantes.

DISCUSIÓN

El manejo del LGS en adultos genera controversia por la escasez de guías clínicas estandarizadas ante la farmacorresistencia. El abordaje diagnóstico convencional suele ser insuficiente; la innovación de este caso radica en el uso de DTI, herramienta avanzada que optimiza el mapeo quirúrgico al delimitar con precisión milimétrica las fibras comisurales. Terapéuticamente, la callosotomía demostró que el éxito clínico no requiere supresión electroencefalográfica completa, resolviendo la encrucijada de priorizar la funcionalidad sobre la curación. Se recomienda la evaluación quirúrgica precoz mediante neuroimagen avanzada y rehabilitación multidisciplinaria temprana para optimizar resultados.

CONCLUSIÓN

La callosotomía anterior representa una alternativa terapéutica segura y efectiva en adultos con LGS y FRE. Resulta imperioso considerar precozmente estrategias quirúrgicas paliativas y neuroimagen avanzada para optimizar la selección y seguimiento de pacientes.

PALABRAS CLAVE

Callosotomía, Epilepsia resistente a fármacos, Síndrome de Lennox-Gastaut.

INFECCIÓN PERIPROTÉSICA MULTIRRESISTENTE EN ARTROPLASTÍA TOTAL DE CADERA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Landaeta P. (1), Acuña P. (1), Rojas J. (2)
1. Interno, Universidad Autónoma, Talca, Chile.
2. Médico Cirujano, CESFAM Dr. Carlos Díaz Gidi, San Javier, Chile.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones periprotésicas articulares (IPA) representan una complicación significativa en la cirugía ortopédica, afectando a más del 2 % de los pacientes sometidos a artroplastía. Las estrategias de manejo incluyen manejo antibiótico, desbridamiento y revisión de prótesis en una o múltiples etapas. Sin embargo, en algunos casos, el tratamiento curativo puede no ser factible; por consiguiente, la terapia antibiótica supresora (TAS) constituye una alternativa valiosa para controlar la infección, cuando existe imposibilidad de realizar tratamiento quirúrgico curativo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Usuaria femenina, 79 años, con múltiples antecedentes mórbidos y osteosíntesis previa con clavo gamma largo, debido a fractura pertrocantérica izquierda. Tras un traumatismo de cadera izquierda, se realizó una tomografía computarizada que evidenció un cut-through del tornillo cefalomedular, por lo que fue hospitalizada para resolución quirúrgica de la falla de material mediante artroplastía total. Posteriormente, reingresó por secreción persistente de la herida operatoria. Se realizó aseo quirúrgico y toma de cultivos, que resultaron positivos para Staphylococcus aureus meticilino-resistente y Klebsiella pneumoniae productora de betalactamasas de espectro extendido, iniciándose tratamiento endovenoso con vancomicina y meropenem. Tras la discusión interdisciplinaria, debido al elevado riesgo quirúrgico se decidió manejo conservador, mediante TAS como estrategia de contención.

DISCUSIÓN

La IPA constituye una complicación grave de las cirugías ortopédicas, asociándose a una elevada morbimortalidad. Si bien la revisión quirúrgica sigue siendo el estándar terapéutico, pacientes con alto riesgo quirúrgico o limitada expectativa funcional, pueden beneficiarse de TAS como una opción terapéutica apropiada. No obstante, pueden existir incertidumbres respecto a la duración óptima del tratamiento, selección antimicrobiana y resultados a largo plazo.

CONCLUSIÓN

La IPA en pacientes frágiles representa un importante desafío terapéutico, que requiere una evaluación multidisciplinaria para definir un manejo adecuado, de forma individualizada.

PALABRAS CLAVE

Artroplastia de reemplazo de cadera, Infecciones relacionadas con prótesis, Antibacterianos.

ISQUEMIA COLÓNICA COMO COMPLICACIÓN POSTOPERATORIA DE RECONSTRUCCIÓN AÓRTICA ABIERTA POR ANEURISMA ABDOMINAL

Cornejo B. (1), Arce A. (1), Luengo M. (1), Dr. Carreño P. (2)
1. Interno, Universidad de Chile, Santiago, Chile
2. Cirujano Vascular, Hospital Clínico San Borja Arriarán

INTRODUCCIÓN

El aneurisma de aorta abdominal (AAA) corresponde a una dilatación aórtica superior al 50% del diámetro esperado. La isquemia colónica (IC) es una complicación infrecuente pero devastadora de su reparación abierta, con mortalidad superior al 50%. Se presenta este caso para destacar la importancia del reconocimiento precoz de factores de riesgo y manifestaciones iniciales de IC tras cirugía aórtica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 65 años con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, sometida a reparación abierta electiva de AAA infrarrenal de 6,8 cm. Durante el procedimiento presentó lesión iatrogénica de la vena cava inferior asociada a hemorragia de 1.500 ml, requiriendo reparación primaria y transfusión de hemoderivados. Evolucionó con íleo postoperatorio, dolor abdominal persistente y aumento de parámetros inflamatorios. La tomografía computarizada mostró líquido libre intraabdominal y signos de perforación intestinal. Se realizó laparotomía exploradora, confirmándose peritonitis purulenta secundaria a IC transmural perforada. Se efectuó colectomía total con ileostomía terminal. Posteriormente presentó shock séptico abdominal, con recuperación progresiva tras control quirúrgico del foco infeccioso.

DISCUSIÓN

La IC representa una causa importante de morbimortalidad tras cirugía aórtica abierta, determinada por pérdida hemática masiva y soporte vasoactivo que favorecen la hipoperfusión visceral y consiguiente necrosis intestinal. Este caso refuerza la evidencia que respalda la reparación endovascular por su menor riesgo de IC. Asimismo, ilustra cómo síntomas inespecíficos pueden corresponder a isquemia intestinal avanzada, resultando esencial la sospecha y manejo oportuno puesto que el retraso diagnóstico incrementa significativamente la mortalidad.

CONCLUSIÓN

La vigilancia de pacientes con factores de riesgo intraoperatorios y un elevado índice de sospecha frente a signos abdominales persistentes son fundamentales para el diagnóstico oportuno de IC. El reconocimiento precoz y la reintervención quirúrgica temprana continúan siendo determinantes para reducir su morbimortalidad.

PALABRAS CLAVE

Aneurisma de la Aorta Abdominal; Complicaciones posoperatorias; Isquemia.

LUXACIÓN SUBTALAR Y FRACTURA CONMINUTA DEL CUELLO DEL TALO: RELEVANCIA DEL TIEMPO QUIRÚRGICO

Santiago Vial Ruiz Tagle (1), José L. Vial Lecaros (2), Juan P. Nordetti Llull (2), María T. Morales Retamales (1), Ignacio De La Maza Peso (1), Martín Bendek Jara (3).

1. Interno de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Santiago, Chile.
2. Estudiante Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Santiago, Chile.
3. Interno de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad Del Desarrollo. Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

Las fracturas del cuello del talo con luxación subtalar son lesiones con un riesgo crítico de necrosis avascular (NAV), que oscila entre un 50 y 100% en patrones desplazados. Clásicamente se consideraban una urgencia quirúrgica, sin embargo, estudios sugieren que, una vez lograda la reducción cerrada, la fijación definitiva puede diferirse para permitir el manejo de partes blandas, sin aumentar necesariamente el riesgo de NAV.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 26 años consultó tras traumatismo de alta energía en tobillo derecho, presentando deformidad, edema y flictenas laterales. Se diagnosticó luxación subtalar asociada a fractura conminuta del cuello del talo. Se realizó reducción cerrada inmediata en urgencias. La resolución quirúrgica definitiva se difirió 5 días para optimizar el estado cutáneo. Se efectuó una reducción abierta mediante doble abordaje: fijación del proceso lateral con tornillos y estabilización del cuello talar con una placa bloqueada. El paciente evolucionó con buena cicatrización y funcionalidad postoperatoria, sin signos radiológicos precoces de colapso óseo.

DISCUSIÓN

El abordaje de estas lesiones exige separar la urgencia anatómica de la fijación definitiva. Diferir la cirugía definitiva en presencia de compromiso de partes blandas reduce significativamente el riesgo de dehiscencia de herida e infección profunda. Asimismo, como la conminución del cuello talar dificulta la estabilidad con tornillos axiales, favoreciendo la deformidad en varo y el acortamiento, la fijación con placa bloqueada proporciona una estabilidad superior en estos patrones, actuando como un puente que mantiene la longitud anatómica del talo.

CONCLUSIÓN

La urgencia impostergable es la reducción de la luxación articular. La fijación definitiva, con timing diferido y placa bloqueada en fracturas conminutas es una estrategia técnica considerable para prevenir maluniones y colapsos estructurales en lesiones complejas del talo.

PALABRAS CLAVE

Fracturas óseas, astrágalo, fijación interna de fracturas.

MANEJO DE FUGA INTESTINAL EN ABDOMEN ABIERTO MEDIANTE TÉCNICA CONDÓN DE RIVERA ASOCIADA A TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA (VAC): REPORTE DE UN CASO

Méndez F. (1), Arias S. (1), Bamert B. (1), Thomas T. (1), Del Valle A. (2).
1. Interno, Universidad Autónoma, Talca, Chile, Sexto año.
2. Cirujana general, Hospital Base de Linares, Linares, Chile.

INTRODUCCIÓN

La fístula enteroatmosférica (FEA) en abdomen abierto (AA) es una complicación grave asociada a alta morbimortalidad. Se presenta el caso de una paciente de 64 años con antecedente de pancolectomía total por colon tóxico, manejada exitosamente mediante técnica del condón de Rivera (TCR) asociada a terapia de presión negativa (VAC). El AA es una estrategia utilizada en sepsis intraabdominal y peritonitis difusa, pero puede complicarse con FEA, situación que dificulta el control infeccioso y retrasa el cierre definitivo de la pared abdominal. Diversas técnicas han sido descritas para controlar el efluente intestinal. La TCR constituye una alternativa simple y de bajo costo para canalizar el contenido intestinal y reducir la contaminación local.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 64 años sometida a pancolectomía total e ileostomía terminal por colon tóxico. Evolucionó con hemorragia intraabdominal, peritonitis, múltiples reintervenciones y manejo con AA mediante bolsa de Bogotá. Posteriormente presentó dehiscencia parcial de la ileostomía con filtración activa de contenido intestinal y débito aproximado de 500 ml/día. Tras aseo quirúrgico, se implementó la TCR para canalizar el efluente hacia un sistema colector, logrando un control cercano a 450 ml/día. Se añadió VAC a 120 mmHg durante ocho días.

DISCUSIÓN

La FEA representa un desafío terapéutico por la contaminación persistente y el riesgo de sepsis. La combinación de la TCR con VAC permitió aislar el efluente intestinal, disminuir la contaminación local y favorecer la formación de tejido de granulación. El éxito dependió de mantener un sello hermético entre el dispositivo de látex y el sistema de vacío.

CONCLUSIÓN

La TCR (4) asociada a VAC (1, 2, 3) fue eficaz para el control temporal del efluente intestinal en una FEA, constituyendo una alternativa accesible, especialmente útil en contextos con recursos limitados.

PALABRAS CLAVE

Técnicas de abdomen abierto; Fístula Intestinal; Terapia de presión negativa para heridas.

MANEJO MÉDICO EN ESPONDILODISCITIS LUMBAR COMPLEJA CON EMPIEMA EPIDURAL COMPRESIVO: REPORTE DE UN CASO

Thomson C (1), Zecchetto A (1), Vargas Á (1), Ruiz Tagle M (1), Echeverria F (1), Guerra F (1), Godoy E (2).
1. Interna, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.
2. Residente de Medicina Interna, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

La espondilodiscitis es una infección bacteriana infrecuente que compromete el disco intervertebral y cuerpos vertebrales adyacentes. Afecta predominantemente hombres mayores de 50 años; su patogenia habitual es bacteriemia por diseminación hematógena desde focos cardíacos, cutáneos o genitourinarios. Su extensión local implica riesgo de déficit neurológico. El objetivo es reportar un caso complejo de espondilodiscitis manejado mediante terapia médica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 68 años, hipertenso, consulta por lumbago, fiebre y escalofríos, sin síntomas urinarios. Ingresa taquicárdico y subfebril; en exámenes destaca leucocitos: 15.600/uL, PCR: 208 mg/L, orina completa inflamatoria y urocultivo (+) E. Coli. TAC abdominal evidenció Pielonefritis Aguda izquierda complicada con litiasis de 9 mm. Se hospitaliza por sepsis de foco urinario, manejado con antibioticoterapia intravenosa e instalación de catéter doble J. Ante persistencia de lumbago y fiebre, un control tomográfico objetivó un absceso en psoas derecho de 70x35x35 mm, y hemocultivos positivos para el mismo microorganismo. Se escaló antibioticoterapia y una resonancia magnética lumbar mostró espondilodiscitis piógena L2-L3 y empiema epidural anterior con compresión del saco tecal. El examen neurológico evidenció debilidad M4 en iliopsoas derecho, sin síndrome medular agudo. Se presenta a Comité de Columna; ante la estabilidad neurológica, se descartó cirugía descompresiva y se define manejo médico con reposo absoluto, corset Jewett y antibioticoterapia endovenosa prolongada.

DISCUSIÓN

La espondilodiscitis con empiema epidural compresivo plantea controversia terapéutica entre descompresión quirúrgica y abordaje conservador. Dada su morbimortalidad, se requiere alta sospecha para solicitar una resonancia magnética. Este caso aporta valor al demostrar que el manejo médico exclusivo es válido, siempre que se garantice una estricta monitorización clínica.

CONCLUSIÓN

En infecciones espinales complejas con estabilidad neurológica, la monitorización estricta permite priorizar el tratamiento no quirúrgico como enfoque inicial seguro y efectivo.

PALABRAS CLAVE

Espondilodiscitis, Absceso del Psoas, Informes de Casos

MASA ABDOMINAL GIGANTE SECUNDARIA A QUISTE ESPLÉNICO PRIMARIO EN UN ADOLESCENTE: REPORTE DE CASO

Rojas F. (1), Vergara C. (1), Jiménez F. (1), Vergara A. (1), Shnettler D. (1), Rodríguez (2).
1. Interno, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.
2. Cirujano Infantil, Hospital Regional de Talca, Talca, Chile.

INTRODUCCIÓN

Los quistes esplénicos son lesiones infrecuentes en pediatría, generalmente asintomáticas o manifestadas como masa abdominal al crecer. Tienen relevancia clínica en lesiones grandes, progresivas o complicadas. Según Martin, se clasifican en primarios, con revestimiento epitelial, y secundarios o pseudoquistes, sin este.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Adolescente masculino de 13 años, con antecedente de trastorno del espectro autista, consulta por aumento progresivo de volumen en hipocondrio izquierdo de 2 meses, sin antecedente traumático ni síntomas compresivos. Al examen físico destaca abdomen asimétrico, blando, con esplenomegalia indolora, no móvil, extendida hasta mesogastrio.

La tomografía computada abdominal evidencia tumor quístico gigante de bazo, de 20×15×15 cm, con tabiques finos, contornos lobulados, compresión y desplazamiento del riñón izquierdo hacia la pelvis, y desviación de estructuras de línea media hacia la derecha. Por tamaño y efecto compresivo, se realiza esplenectomía abierta. Intraoperatoriamente se evidencia bazo de aproximadamente 35×35 cm; se disecan vasos esplénicos a nivel del hilio, se liberan adherencias y se reseca completamente la lesión. La biopsia informa quiste esplénico con revestimiento epitelial, hemorragia antigua y reciente, inflamación xantogranulomatosa y reparación, sin displasia ni neoplasia, compatible con quiste esplénico primario. En el postoperatorio con buena evolución, sin complicaciones; se mantiene con Amoxicilina a permanencia por al menos 5 años.

DISCUSIÓN

En quistes esplénicos gigantes debe considerarse la preservación del parénquima esplénico. Sin embargo, en este caso, el gran tamaño del quiste y la importante distorsión de la anatomía esplénica favorecieron un abordaje abierto con esplenectomía total.

CONCLUSIÓN

Los quistes esplénicos primarios gigantes, aunque benignos, pueden generar efecto compresivo y requerir manejo quirúrgico. Deben sospecharse ante masa progresiva en hipocondrio izquierdo o esplenomegalia marcada. La imagenología orienta el diagnóstico y la histopatología lo confirma.

PALABRAS CLAVE

Quistes, Esplenectomía, Pediatría.

NEOPLASIA PAPILAR INTRADUCTAL DE LA VÍA BILIAR SIMULANDO UN COLANGIOCARCINOMA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO CON RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA

Miranda M. (1), Peralta J. (1), Dr. Eluzen N. (2), Dr. Siccha J. (3).
1. Interna, Universidad de Antofagasta, Antofagasta, Chile.
2. Cirujano digestivo, Hospital Regional de Antofagasta, Antofagasta, Chile.
3. Cirujano General, Hospital Regional de Antofagasta, Antofagasta, Chile.

INTRODUCCIÓN

La neoplasia papilar intraductal de la vía biliar (IPNB) es una entidad tumoral originada en el epitelio de los conductos biliares. Su diagnóstico representa un desafío, pues sus características imagenológicas pueden simular un colangiocarcinoma, dependiendo el diagnóstico definitivo del estudio histopatológico de la pieza quirúrgica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 77 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y múltiples intervenciones quirúrgicas secundarias a pancreatitis aguda grave, terminando con colostomía terminal. Inicialmente, la colangioresonancia evidenció una lesión hepática izquierda con dilatación biliar asociada. La biopsia percutánea informó adenocarcinoma moderadamente diferenciado productor de mucina, compatible con origen biliopancreático. Se completó el estudio oncológico con tomografía por emisión de positrones (PET-CT), sin enfermedad a distancia. Se realizó hepatectomía izquierda con linfadenectomía regional. El estudio anatomopatológico definitivo demostró IPNB de subtipo gástrico con displasia moderada, márgenes negativos, sin invasión linfovascular ni compromiso ganglionar. Dada la resección R0 y ausencia de invasión, se decidió seguimiento, sin necesidad de terapia sistémica.

DISCUSIÓN

En el caso, la combinación de una lesión hepática izquierda con dilatación de la vía biliar, biopsia percutánea informando adenocarcinoma de probable origen biliopancreático y el comportamiento hipermetabólico en el PET-CT orientaron razonablemente hacia un colangiocarcinoma intrahepático. Esta discordancia entre el diagnóstico presuntivo y el resultado definitivo ha sido descrita en la literatura, y se explica porque la biopsia percutánea no siempre refleja el grado máximo de atipia presente en la lesión, dado que las IPNB suelen contener áreas con distintos grados de displasia.

CONCLUSIÓN

Por lo tanto, ante lesiones hepáticas con dilatación biliar asociada, la IPNB debe considerarse en el diagnóstico diferencial, y que su manejo quirúrgico oportuno permite obtener resultados oncológicos favorables incluso en pacientes con antecedentes quirúrgicos complejos.

PALABRAS CLAVE

Colangiocarcinoma; Neoplasia papilar intraductal de la vía biliar; Tumores hepáticos.

NERVIO LARÍNGEO NO RECURRENTE: HALLAZGO INTRAOPERATORIO DE RELEVANCIA EN CIRUGÍA TIROIDEA

Besa C. (1), Naser V. (2), Álvarez C. (3), Jaras D. (3), Valenzuela S. (1), Vasilyeva V. (1), Azócar M. (3).
1. Interna, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
2. Interno, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
3. Estudiante, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
4. Médico Cirujano, Cirugía General, Universidad Católica del Maule Residente Cirugía de Cabeza y Cuello, Pontifica Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

El nervio laríngeo recurrente (NLR), rama del nervio vago, se relaciona estrechamente con la glándula tiroides; su lesión puede generar morbilidad vocal o respiratoria. El nervio laríngeo no recurrente (NLNR) es una variante infrecuente, predominante a derecha, asociada a alteraciones embriológicas del tronco epiaórtico. Se presenta este caso para destacar su reconocimiento intraoperatorio en cirugía tiroidea.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 24 años con nódulo tiroideo derecho de 10 mm en seguimiento por siete años. En ecografía de control presentó crecimiento a 15 mm y categoría Thyroid Imaging Reporting and Data System (TIRADS) 5. La punción aspirativa con aguja fina informó Bethesda IV y la ecografía cervical mostró adenopatías del grupo VI derecho. Se realizó tiroidectomía total con disección cervical. Durante la disección del lóbulo tiroideo derecho, en la búsqueda sistemática del NLR, se identificó un nervio proveniente directamente del nervio vago, con trayecto transversal hacia la laringe, compatible con NLNR derecho. Se reconoció además el NLR izquierdo en su trayecto habitual. Se obtuvo consentimiento informado y se resguardó confidencialidad.

DISCUSIÓN

El NLNR es difícil de diagnosticar preoperatoriamente y representa un factor de riesgo en procedimientos cervicales, especialmente si la ausencia del NLR en su localización habitual no alerta sobre una variante anatómica. Su lesión puede producir disfonía, afonía u obstrucción de vía aérea. La identificación anatómica sistemática, apoyada por neuromonitorización intraoperatoria cuando está disponible, permite adaptar la técnica quirúrgica y reducir complicaciones.

CONCLUSIÓN

La identificación intraoperatoria del NLNR permitió reconocer una variante anatómica infrecuente y preservar su integridad. Este caso refuerza la búsqueda sistemática del NLR como paso crítico en cirugía tiroidea y destaca la necesidad de sospechar un trayecto no recurrente ante su ausencia en la ubicación habitual.

PALABRAS CLAVE

Tiroidectomía, Nervio Laríngeo Recurrente, Variación Anatómica.

OSTEOMIELITIS CRÓNICA DE CALCÁNEO SECUNDARIA A ÚLCERA PLANTAR NEUROPÁTICA EN PACIENTE CON MIELOMENINGOCELE NO TRATADO

Valentín Maureira Quiero (1), Felipe Chamorro Cáceres (1), Constanza Bello Jiménez (1), Paula Espinoza Palma (2), Alexis Meza Brito (1), Dr. Cristián Cavalla Álvarez (3).

1. Interno de medicina Universidad de Talca, Talca, Chile.
2. Interno de medicina Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.
3. Médico Traumatólogo de Hospital de Santa Cruz, Santa Cruz, Chile.

INTRODUCCIÓN

La osteomielitis crónica (OC) representa un desafío terapéutico complejo por su propensión a la cronicidad y recurrencia. En pacientes con mielomeningocele, la pérdida de la sensibilidad protectora favorece la aparición de úlceras por presión plantares crónicas. Estas lesiones actúan como puerta de entrada bacteriana al periostio y tejido óseo subyacente, facilitando la colonización y formación de biofilms. El propósito de este trabajo es comunicar un caso excepcional de OC refractaria, discutir la terapia antimicrobiana prolongada y multirresistencia en el manejo de úlceras neuropáticas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Femenina 42 años, consentimiento informado firmado. Antecedentes de mielomeningocele lumbosacro no operado, vejiga neurogénica y anemia crónica. Registra antecedentes de OC del calcáneo derecho desde los 9 años, de origen iatrogénico tras resección de queratodermia plantar con material contaminado, recibiendo ciprofloxacino y cloxacilina vía oral de forma permanente. Ingresa por reactivación caracterizado por aumento de volumen local, eritema y secreción purulenta fétida a través de una fístula cavitada de base ósea en región plantar del talón. Radiografía evidenció destrucción lítica y esclerosis del calcáneo derecho, compatible con OC activa. Se plantea amputación con objetivo funcional, paciente rechaza. Se realiza manejo local avanzado más tratamiento antibiótico dirigido.

DISCUSIÓN

Este caso evidencia las fallas del manejo antimicrobiano empírico a permanencia, práctica proscrita debido a la resistencia bacteriana crítica y biofilms. El tratamiento definitivo requiere desbridamiento quirúrgico radical del hueso necrótico, cobertura óptima y antibioticoterapia dirigida.

CONCLUSIÓN

El manejo de la OC en úlceras neuropáticas exige un enfoque multidisciplinario que priorice la resolución quirúrgica y evite esquemas antimicrobianos prolongados que perpetúan la cronicidad del cuadro.

Sin embargo, se debe individualizar el tratamiento según expectativas y autonomía. El manejo conservador demostró ser una alternativa viable para preservar la extremidad y evitar la sepsis.

PALABRAS CLAVE

Osteomielitis, Calcáneo, Meningomielocele.

ARTRITIS SÉPTICA PEDIÁTRICA: CUANDO ESPERAR UN CUADRO CLÍNICO FLORIDO SE CONVIERTE EN DIAGNÓSTICO TARDÍO

Garcés M. (1), Vega T. (1), Quililongo D. (1), Villa J. (1), Vergara F. (1), Vergara C. (2), Salgado F. (3).
1. Interna de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
2. Alumna de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Concepción, Chile.
3. Médico cirujano, Hospital Traumatológico de Concepción, Concepción, Chile.

INTRODUCCIÓN

La artritis séptica (AS) constituye una urgencia por su alta morbilidad estructural y riesgo de secuelas funcionales permanentes; En pediatría dadas las placas de crecimiento y el desarrollo del control motor, la afectación es mayor. Esperar la presentación florida de una AS retrasa y complejiza el manejo; Para derivar oportunamente el médico debe reconocer las manifestaciones precoces del cuadro.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Usuaria femenina de 9 años, sin antecedentes mórbidos, consulta en atención primaria por gonalgia derecha atraumática de 48 horas de evolución, al examen: afebril, calor local, impotencia funcional y dolor a la movilización. Se toman radiografías, se descarta fractura y se indica manejo ambulatorio con analgesia. Reconsulta 3 días después en Hospital de Coronel, por progresión del cuadro, se constata imposibilidad de bipedestación, inflamación local severa y derrame articular masivo. Laboratorio reveló leucocitosis (14.200/mm) y Proteína C Reactiva (243.9 mg/L). Se sospecha AS y se traslada a Hospital Guillermo Grant Benavente (HGGB) para manejo. En HGGB se realiza artrotomía de urgencia con salida abundante de pus, se toman cultivos y se inicia antibioticoterapia profiláctica. Cultivo sinovial y de tejido positivos para Streptococcus Pyogenes multisensible. Tras 7 días de antibioticoterapia endovenosa efectiva y un segundo aseo quirúrgico evoluciona favorablemente y egresa con traslape oral hasta completar 21 días de antibioticoterapia y seguimiento por especialidad.

DISCUSIÓN

Es necesario redefinir el umbral de sospecha de la AS, abandonar la expectativa del cuadro clásico y buscar activamente la AS en etapas incipientes y oligosintomáticas. Toda monoartritis aguda debe considerarse infecciosa hasta demostrar lo contrario.

CONCLUSIÓN

El retraso diagnóstico eleva considerablemente la morbimortalidad. La sospecha clínica precoz ante disfunciones articulares sutiles es clave para preservar indemnidad condral, función articular y desarrollo motor en el paciente pediátrico.

PALABRAS CLAVE

Artritis Infecciosa, Pediatría, Streptococcus Pyogenes.

COLANGITIS AGUDA SECUNDARIA A CONSULTA MÉDICA TARDÍA

Aliaga P. (1), Caballero N. (1), Osorio F. (1), Palma J. (2).
1. Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Talca, Chile.
2. Médico Cirujano, Hospital Base de Linares, Linares, Chile.

INTRODUCCIÓN

La colangitis aguda se produce cuando la estenosis biliar provoca colestasis e infección biliar. Constituye una infección intraabdominal potencialmente grave, que requiere hospitalización. El diagnóstico rápido y el inicio precoz de un tratamiento adecuado son esenciales para mejorar el pronóstico de la enfermedad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 79 años con antecedente de hipertensión arterial, que consultó por 5 días de dolor abdominal, ictericia, náuseas y compromiso del estado general. Los exámenes mostraron leucocitosis con neutrofilia, trombocitopenia severa, hiperbilirrubinemia directa, alteraciones de pruebas hepáticas, marcadores inflamatorios elevados e insuficiencia renal aguda. La tomografía computada evidenció dilatación de la vía biliar intra y extrahepática por coledocolitiasis, asociada a colangitis y colecistitis aguda. Se diagnosticó colangitis aguda grave secundaria a coledocolitiasis complicada, insuficiencia renal aguda y trombocitopenia severa. Tras transfusión plaquetaria, se realizó colecistectomía urgente con exploración de la vía biliar, extracción de cálculos, instalación de sonda T y drenaje subhepático, ingresando posteriormente a una unidad de cuidados intensivos. La colangio-resonancia magnética postoperatoria mostró abscesos hepáticos y trombosis completa de la vena porta izquierda, manejados de forma conservadora con soporte hemodinámico, antibióticos y anticoagulación.

DISCUSIÓN

La colangitis aguda grave requiere tratar tanto la infección biliar como la obstrucción de la vía biliar mediante antibioticoterapia, drenaje biliar y medidas de soporte. En este caso, la gravedad clínica justificó la resolución quirúrgica urgente. La detección de trombosis portal y abscesos hepáticos resaltó la importancia de la imagen y del seguimiento para evaluar la respuesta terapéutica y prevenir complicaciones.

CONCLUSIÓN

La consulta médica tardía favorece la progresión de una obstrucción biliar hacia colangitis aguda grave. Por lo tanto, la consulta oportuna y el manejo multidisciplinario continúan siendo factores clave para mejorar el pronóstico de estos pacientes.

PALABRAS CLAVE

Colangitis secundaria, coledocolitiasis, diagnóstico tardío.

COXALGIA POST-CORTICOTERAPIA EN ADULTO JOVEN: NECROSIS AVASCULA BILATERAL Y EL ROL DEL FORAGE COMO CIRUGÍA DE SALVATAJE

Rodriguez Pasche, A. (1), Pinedo Devia, J. (1), Buen-Abad Torrealba, E. (1), Lira Santamaría, M. (1), Muschen González, C. (1), Peñailillo Riquelme, A. (1), Buen-Abad Torrealba, F. (2)
.1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina Universidad Mayor, Santiago, Chile.
2. Médico Cirujano, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

La necrosis avascular (NAV) corresponde a una osteonecrosis secundaria a la interrupción del flujo sanguíneo óseo, siendo la cabeza femoral uno de los sitios más frecuentemente afectados. Entre sus causas no traumáticas, el uso prolongado de glucocorticoides constituye uno de los principales factores de riesgo y se asocia a progresión hacia colapso articular cuando el diagnóstico es tardío, representando el 10% de los casos de artroplastía de cadera en Estados Unidos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 22 años con antecedente de tumor cerebral ventricular operado en agosto del 2025. Ante un edema cerebral severo, recibió corticoterapia en altas dosis por tiempo prolongado (hasta 160 mg/día de Prednisona), suspendida en diciembre de 2025. En marzo de 2026, consulta por coxalgia derecha progresiva de dos meses de evolución, hasta llegar a dolor en reposo y claudicación. Al examen físico destacaba fuerza conservada globalmente, pero con positividad para las pruebas de provocación FABER (flexión, abducción y rotación externa) y FADIR (flexión, aducción y rotación interna). A pesar de una radiografía de pelvis inicial sin alteraciones, una resonancia magnética posterior reveló necrosis avascular bilateral de caderas, de predominio derecho, asociada a quistes subcondrales y colapso articular.
Ante el riesgo inminente de pérdida articular, el equipo de Traumatología indica hospitalización inmediata para cirugía de salvataje. Se realiza descompresión medular (técnica de Forage), procedimiento mínimamente invasivo orientado a disminuir la presión intraósea de la cabeza femoral, estimulando la revascularización y prevenir el colapso definitivo de la articulación.

DISCUSIÓN

La necrosis avascular de la cabeza femoral secundaria a corticoterapia constituye una complicación infrecuente pero severa en pacientes jóvenes. Este caso destaca la importancia de mantener un alto índice de sospecha frente a la aparición de coxalgia persistente en pacientes con antecedente de uso de glucocorticoides en altas dosis, aun cuando la radiografía inicial sea normal. En estos casos es indispensable la resonancia magnética. La evidencia actual respalda que, en estadios iniciales, el Forage puede aliviar el dolor, favorecer la revascularización y retrasar o evitar la necesidad de artroplastía total de cadera.

CONCLUSIÓN

La corticoterapia prolongada en pacientes jóvenes conlleva un riesgo significativo de necrosis avascular, muchas veces indetectable en la radiografía. Este caso refuerza la necesidad de seguimiento activo con resonancia magnética ante coxalgia en este contexto, y demuestra que el diagnóstico oportuno permite tratamientos conservadores como el Forage, evitando la instalación de prótesis y preservando la calidad de vida.

PALABRAS CLAVE

Artralgia, necrosis avascular, corticoesteroides.

DEFICIENCIA FEMORAL CONGÉNITA: ALARGAMIENTO SIMULTÁNEO FEMORAL Y TIBIAL EN UNA PACIENTE PEDIÁTRICA

Vergara F. (1), Quililongo D. (1), Vega T. (1), Villa J. (1), Garcés M. (1), Vergara C. (2), Cuadra M. (3).
1. Interno, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
2. Estudiante de medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Concepción, Chile.
3. Becado de traumatología, Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile.

INTRODUCCIÓN

La deficiencia femoral congénita (DFC) es una patología poco frecuente, con incidencia aproximada de 2 por 100.000 nacidos vivos, que abarca un espectro de alteraciones del desarrollo femoral, desde hipoplasia hasta ausencia parcial, frecuentemente asociadas a anomalías ligamentarias. Se presenta un caso de DFC tipo 1B manejado mediante alargamiento simultáneo femoral y tibial.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 6 años con DFC tipo 1B, antecedente de osteotomía valguizante de fémur proximal y reconstrucción de ligamento cruzado anterior derechos. Ingresó para alargamiento femoral y tibial derechos; la radiografía evidenció discrepancia femoral de 12 cm y tibial de 2,4 cm. Mediante el multiplicador de Paley se proyectó una discrepancia tibial de 3,5 cm a la madurez, alargándose en dicha magnitud, mientras el femoral se limitó a 6 cm para reducir el riesgo neurovascular. Se utilizó doble fijación externa tipo Limb Reconstruction System (LRS) con antibioticoterapia profiláctica por tres días, sin complicaciones. Alta con seguimiento ambulatorio al mes.

DISCUSIÓN

El manejo de la DFC continúa siendo controvertido en discrepancias severas como esta. La literatura recomienda limitar cada sesión de alargamiento femoral a 5-8 cm o 20% de la longitud ósea original, lo que respalda la magnitud corregida en esta primera etapa. La conocida asociación entre DFC e inestabilidad ligamentaria, evidenciada por lareconstrucción previa de ligamento cruzado anterior, aumenta el riesgo de subluxación articular durante el alargamiento. La discrepancia residual se reevaluará según el crecimiento, programando una eventual segunda etapa.

CONCLUSIÓN

Este caso confirma que el alargamiento simultáneo femorotibial constituye una estrategia segura y eficiente para discrepancias severas en DFC. La evolución favorable refuerza su utilidad, aunque la inestabilidad ligamentaria exige seguimiento articular estricto durante el alargamiento.

PALABRAS CLAVE

Alargamiento Óseo, Fémur, Fijadores Externos.

DEFORMIDAD DE MADELUNG BILATERAL COMO CAUSA DE DOLOR DE MUÑECA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Alarcón L., Martín (1), Dinamarca C., Victor (1), Domedel P., Florencia (2) Eracarret I., Catalina (3), Henríquez L, Vicente (4), Vásquez V, Claudio (1).

1. Interno de medicina, Universidad Autónoma de Chile, Talca, Chile.
2. Interna de medicina, Universidad San Sebastian, Concepción, Chile.
3. Estudiante de medicina, Universidad Autónoma de Chile, Talca, Chile.
4. Médico, Residente de traumatología, Hospital las Higueras, Talcahuano, Chile.

INTRODUCCIÓN

La deformidad de Madelung es una alteración poco frecuente del crecimiento distal del radio, caracterizado por deformidad progresiva, dolor y limitación funcional de muñeca. Presentamos un caso bilateral como causa de dolor crónico, con el propósito de resaltar su sospecha diagnóstica y aportar una mirada clínica ante presentaciones infrecuentes.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Femenina de 24 años sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos, consulta a servicio de urgencias hospitalario por caída a nivel que evoluciona con dolor de muñeca izquierda. Al interrogatorio se constata que el dolor es de larga data, exacerbándose con la caída, al examen físico sin hallazgos relevantes, se realiza radiografía de muñeca izquierda donde no se evidencia fractura, pero si destaca alteración displásica del radio distal, por lo que se indica radiografía comparativa evidenciándose displasia en ambas extremidades y consignando el diagnóstico en el servicio de urgencias.

DISCUSIÓN

La lesión de Madelung plantea controversias diagnósticas y terapéuticas, especialmente al diferenciar deformidad verdadera de variantes postraumáticas o Madelung-like. En este caso, el hallazgo bilateral incidental en resalta el valor de la radiografía comparativa ante dolor de muñeca sin fractura. La evidencia recomienda radiografías como estudio inicial; la RM se reserva para caracterizar ligamento de Vickers o planificación. En pacientes adultos, el manejo debe individualizarse: Observación, analgesia y rehabilitación en síntomas leves; Derivación a cirugía de mano si persisten dolor, limitación funcional o varianza ulnar sintomática.

CONCLUSIÓN

La deformidad de Madelung bilateral debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial del dolor de muñeca, incluso en contextos traumáticos sin fractura. Este caso destaca la utilidad de la radiografía comparativa y del reconocimiento oportuno de alteraciones estructurales poco frecuentes para orientar seguimiento, manejo sintomático y eventual derivación especializada.

PALABRAS CLAVE

Deformidad de Madelung, Displasia de radio, Radiografía comparativa.

DERRAME PLEURAL A CAUSA DE METÁSTASIS DE CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES, REPORTE DE UN CASO

Álvarez K. (1), Carrasco M. (1), Villavicencio V. (1), Acosta D. (2).
1. Estudiante de medicina, Universidad Autónoma de Chile, Talca, Chile.
2. Cirujano General, Hospital Base de Linares, Linares, Chile.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma papilar de tiroides (CPT) es el subtipo más frecuente y de mejor pronóstico del cáncer tiroideo. Aunque predomina en mujeres y suele responder al radioyodo, algunos casos desarrollan resistencia, metástasis y complicaciones respiratorias. El objetivo es reportar un caso de CPT resistente a radioyodo con metástasis pulmonar y derrame pleural masivo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino con antecedente de CPT y metástasis pulmonar conocida, tratado con tiroidectomía total y radioyodo. Consultó por disnea de cinco días, asociada a dolor en hemitórax izquierdo, ENA 8/10, punzante, irradiado a dorsal y con tope inspiratorio; además de tos con expectoración y rinorrea. Al ingreso se encontraba hemodinámicamente estable, con saturación de oxígeno de 92% y requerimiento de oxigenoterapia. La tomografía evidenció derrame pleural masivo izquierdo con colapso pulmonar total y desviación mediastínica derecha, por lo que se realizó toracocentesis evacuadora e interconsulta a cirugía. Posteriormente, se efectuó pleurostomía con evolución favorable, se instaló válvula de Heimlich y fue dado de alta con control para pleurodesis.

DISCUSIÓN

La evolución analizada resulta poco frecuente en el CPT, marcada por resistencia al radioyodo, metástasis pulmonar conocida y derrame pleural masivo. Frente a presentaciones avanzadas, la imagenología permite precisar la extensión de la enfermedad y orientar el manejo oportuno. Dado que no existe una estrategia única para
todos los pacientes, las decisiones deben individualizarse mediante un enfoque multidisciplinario, priorizando el control clínico y evaluando terapias dirigidas en casos progresivos.

CONCLUSIÓN

Este caso representa una presentación atípica del CPT y destaca la importancia de considerar variantes de comportamiento más agresivo. Su reconocimiento oportuno es fundamental para orientar el estudio y el tratamiento del paciente, ya que su baja prevalencia limita la disponibilidad de algoritmos de manejo estandarizados.

PALABRAS CLAVE

Glándula Tiroides, Cáncer, Derrame pleural.

DESBRIDAMIENTO RETROPERITONEAL VIDEOASISTIDO EN NECROSIS PANCREÁTICA INFECTADA NO SUSCEPTIBLE DE DRENAJE ENDOSCÓPICO

Vidal C. (1), Álvarez V. (1), Campos F. (1), Gluscevic M. (1), Torres C. (1), Valdés C. (1), González F. (2).
1. Interno/a de Medicina, Universidad Católica Del Maule, Talca, Chile.
2. Especialista en cirugía general, Pontificia Universidad Católica De Chile, Talca, Chile.

INTRODUCCIÓN

La necrosis pancreática infectada constituye una de las complicaciones más graves de la pancreatitis aguda. Su manejo se basa en un enfoque escalonado que prioriza drenajes y procedimientos mínimamente invasivos antes de considerar una necrosectomía abierta. Entre las alternativas disponibles se encuentra el drenaje endoscópico mediante stents metálicos con aposición luminal (LAMS); sin embargo, determinadas características anatómicas pueden limitar su factibilidad y requerir abordajes como el desbridamiento retroperitoneal videoasistido (VARD).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 40 años con diabetes pancreatogénica descompensada e hipertrigliceridemia severa. Consultó por dolor abdominal y vómitos, diagnosticándose pancreatitis aguda secundaria a hipertrigliceridemia. Evolucionó con necrosis pancreática infectada y colección necrótica amurallada de aproximadamente 1730 mL, requiriendo drenajes percutáneos y tratamiento antibiótico. Debido a la persistencia de la colección y a su ubicación alejada de la pared gástrica, se realizó VARD a las seis semanas del inicio del cuadro. Mediante una incisión de 2 cm sobre el trayecto del drenaje tipo pigtail, se introdujo un trocar de 12 mm utilizando neumoperitoneo a 8 mmHg, óptica de 5 mm de 30° y pinza grasper, logrando desbridamiento laparoscópico. Posteriormente presentó disminución de la colección, normalización de parámetros inflamatorios y adecuada tolerancia oral, permitiendo el alta hospitalaria.

DISCUSIÓN

El VARD constituye una alternativa eficaz dentro del enfoque Step-up para la necrosis pancreática infectada. Existe controversia respecto a su uso frente al drenaje endoscópico mediante LAMS, ambos con resultados favorables en pacientes seleccionados. En este caso, las características anatómicas limitaron el uso de LAMS, favoreciendo un abordaje individualizado.

CONCLUSIÓN

El VARD representa una opción terapéutica efectiva cuando las características anatómicas limitan el drenaje mediante LAMS, permitiendo además evitar procedimientos quirúrgicos más invasivos.

PALABRAS CLAVE

Pancreatitis Aguda Necrotizante, Procedimientos Quirúrgicos Mínimamente Invasivos, Espacio Retroperitoneal.

DIVERTÍCULO DE ZENKER AVANZADO CON DISFAGIA SEVERA Y DETERIORO NUTRICIONAL: DESAFÍOS EN LA OPTIMIZACIÓN PREOPERATORIA Y RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA

Menard S. (1), Echenique J. (1), Montecino A. (1), Bulat M. (1), Valdés J. (1), Martínez O. (1), Lapuente N. (2).
1. Interno, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile.
2. Becado de cirugía, Hospital El Carmen de Maipú, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

El divertículo de Zenker es una patología poco frecuente esofágica, y puede manifestarse con disfagia progresiva y compromiso nutricional 1. Aunque su tratamiento definitivo es quirúrgico o endoscópico, las comorbilidades pueden representar un gran desafío. Se presenta este caso por la complejidad y necesidad de optimización preoperatoria en un paciente con importante deterioro nutricional y riesgo cardiovascular.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 64 años con epilepsia, alcoholismo, antecedente de tuberculosis pulmonar tratada, insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida. Ingresó por compromiso de conciencia y crisis convulsiva, evolucionando con shock séptico por neumonía aspirativa. Durante la hospitalización, presentó una pérdida ponderal de 10 kg, disfagia severa y riesgo aspirativo. La evaluación de deglución y clínica, motivaron realizar una endoscopía digestiva alta, que confirmó un divertículo de Zenker de 3 cm con abundante retención alimentaria. Debido al riesgo aspirativo, requirió soporte nutricional enteral prolongado. La evaluación preoperatoria demostró fracción de eyección ventricular izquierda de 29%, requiriendo valoración multidisciplinaria. Finalmente se indicó tratamiento quirúrgico, diferido de momento por motivos logísticos.

DISCUSIÓN

Las técnicas endoscópicas y quirúrgicas han demostrado resultados favorables en el manejo del divertículo de Zenker, con baja morbimortalidad y mejoría significativa de los síntomas 2,3,4. Sin embargo, la selección del momento quirúrgico y la optimización preoperatoria son fundamentales en pacientes con comorbilidades complejas. Este caso muestra el enfoque multidisciplinario que permite equilibrar el beneficio de la resolución definitiva con los riesgos asociados a las comorbilidades del paciente.

CONCLUSIÓN

La sospecha precoz y derivación oportuna a cirugía son fundamentales para prevenir complicaciones que deterioran las condiciones nutricionales y aumentan la complejidad del tratamiento definitivo quirúrgico o endoscópico, en pacientes de alto riesgo.

PALABRAS CLAVE

Divertículo de Zenker, Trastornos de Deglución, Neumonía por Aspiración.

ESCOMBROIDOSIS POR CONSUMO DE JUREL MAL REFRIGERADO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ALERGIA ALIMENTARIA: REPORTE DE UN CASO

Peñailillo A. (1), Muschen C. (1), Rodríguez A. (1), Paúl A. (1), Kauer V. (1), Becerra N. (2).
1. Interno, Universidad Mayor, Santiago, Chile.
2. Medico cirujano, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

La escombroidosis corresponde a una intoxicación alimentaria causada por la ingesta de pescado con altos niveles de histamina, producto de su conservación inadecuada. Su presentación simula una reacción alérgica, lo que favorece el subdiagnóstico y manejo erróneo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 32 años con antecedente de asma, consulta en el Servicio de Urgencia por un cuadro de 2 horas de evolución caracterizado por eritema centrípeto en cara, tórax y extremidades superiores, asociado a dolor abdominal tipo cólico y diarrea acuosa posterior a la ingesta de jurel. Al ingreso destacaba taquicardica y leve taquipnea, con el resto de los signos vitales normales. Inicialmente se planteó como hipótesis diagnóstica una reacción alérgica al pescado. Sin embargo, la paciente refirió haber consumido este alimento previamente sin reacciones adversas, además de que había permanecido sin cadena de frío durante la noche previa y que cinco familiares que lo consumieron presentaron un cuadro similar. Con estos antecedentes, se planteó como hipótesis diagnóstica final una escombroidosis, manejada con hidrocortisona, clorfenamina, ranitidina y suero fisiológico endovenosos, con evolución favorable.

DISCUSIÓN

La escombroidosis suele confundirse con alergia alimentaria por su similitud clínica mediada por histamina, generando diagnósticos y tratamientos erróneos. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y epidemiológico, basado en tolerancia previa al alimento, falla en la cadena de frío y afectación simultánea de varios comensales. El manejo con antihistamínicos, corticoides y fluidoterapia fue adecuado, y la buena respuesta respalda el diagnóstico. Destacando la importancia de una anamnesis dirigida, educación del paciente y correcta conservación del pescado.

CONCLUSIÓN

La sospecha clínica oportuna de escombroidosis permitió evitar estudios alergológicos innecesarios y el etiquetado erróneo de alergia alimentaria.

PALABRAS CLAVE

Histamina; Eritema; Hipersensibilidad a los Alimentos.

ESCOMBROIDOSIS Y ANAFILAXIA, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A PROPÓSITO DE UN CASO

Muñoz T. (1), Fuentes P. (1), Vásquez D. (1), Chade J. (1), Valdés J. (1), Donaire E. (2).
1. Interno, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile.
2. Urgenciólogo, Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

La escombroidosis corresponde a una intoxicación alimentaria causada por la ingesta de pescado con altos niveles de histamina, producto de su conservación inadecuada. Su presentación simula una reacción alérgica, lo que favorece el subdiagnóstico y manejo erróneo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 24 años, sin antecedentes, consulta en urgencias, 40 minutos tras ingesta de pescado de Isla de Pascua con probable pérdida de cadena de frío. Presenta rash en tórax y cara, angioedema labial, sin disnea, vómitos ni dolor abdominal. Ingresa con presión arterial 175/98 mmHg, frecuencia cardíaca 111 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 27 respiraciones por minuto y saturación 94%. Recibe Adrenalina 0,5 mg intramuscular en dos dosis, Hidrocortisona 200 mg, Clorfenamina 10 mg, Ranitidina 50 mg y Solución Fisiológica 1.000 cc endovenosa. Evoluciona favorablemente, egresando tras 6 horas con antihistamínicos ambulatorios.

DISCUSIÓN

Diferenciar escombroidosis y anafilaxia requiere anamnesis epidemiológica: son clínicamente indistinguibles. Mediada por histamina exógena, la escombroidosis responde a antihistamínicos H1 con resolución en 6-8 horas. La adrenalina fue atingente, pues excluir anafilaxia ante compromiso hemodinámico es imposible, aunque su eficacia en escombroidosis es limitada. La alergia de novo al pescado en adultos es infrecuente; el consumo con quiebre de cadena de frío desde territorios insulares es dato diagnóstico central. Este caso refuerza sistematizar la anamnesis e incorporar escombroidosis en los diagnósticos diferenciales.

CONCLUSIÓN

La escombroidosis simula anafilaxia y está subdiagnosticada en Chile. La anamnesis epidemiológica es clave. Los antihistamínicos H1 son el tratamiento definitivo; la adrenalina se justifica ante incertidumbre diagnóstica inicial. Este reporte contribuye a visibilizar esta entidad en la literatura nacional.

PALABRAS CLAVE

Escombroidosis, histamina, anafilaxia.

ESTABILIZACIÓN PÉLVICA INVASIVA EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Landaeta P. (1), Acuña P. (1), Rojas J. (1), Díaz C. (2).
1. Interna, Universidad Autónoma, Talca, Chile.
2. Médico Cirujano, CESFAM, San Javier, Chile.

INTRODUCCIÓN

Las fracturas pélvicas (FP) ocurren hasta en el 25% de todos los traumatismos graves, pero el compromiso hemodinámico se presenta solo en un 1 a 4 % de los casos, constituyendo una afección relativamente infrecuente.

La estabilización mecánica no invasiva (EMNI) es una medida terapéutica común. Sin embargo, en pacientes con hemodinamia inestable persistente, se debe considerar la estabilización pélvica invasiva mediante fijación externa, como estrategia de control de daños.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Usuaria femenina de 46 años, sin antecedentes mórbidos, ingresa al servicio de urgencias en contexto de traumatismo secundario a atropello en vía pública.

Al ingreso se realizó tomografía computarizada de cuerpo completo, que evidenció, entre otras lesiones, fractura de las ramas iliopubiana e isquiopubiana derechas y del ala sacra izquierda asociada a diástasis de la articulación sacroilíaca derecha (Anexo 1), hallazgos compatibles con fractura inestable del anillo pélvico.

Requirió hospitalización y apoyo con drogas vasoactivas. El equipo de traumatología realizó una fijación externa de pelvis invasiva (FEPI), logrando la estabilización mecánica del anillo pélvico (Anexo 2).

Posteriormente, se retiró la FEPI, sin alteraciones hemodinámicas significativas. Gracias al manejo multidisciplinario, se otorgó el alta médica. La radiografía de pelvis control fue informada dentro de parámetros normales.

DISCUSIÓN

La FEPI cumple un rol fundamental en el control hemodinámico, permitiendo la disminución de la mortalidad. Sin embargo, actualmente existe controversia respecto al momento óptimo de avanzar desde una EMNI a una fijación invasiva. Este caso ilustra la utilidad de una estrategia escalonada de control de daños en pacientes con inestabilidad hemodinámica persistente.

CONCLUSIÓN

La FEPI constituye una estrategia eficaz para la estabilización de las FP inestables, favoreciendo el control hemodinámico y una evolución clínica satisfactoria en pacientes politraumatizados.

PALABRAS CLAVE

Pelvis, Fijadores externos, Hemodinámica.

FRACTURA MEDIAL DE CADERA NO DIAGNOSTICADA EN ADULTO MAYOR: EVOLUCIÓN A MALUNIÓN Y COXARTROSIS SECUNDARIA

Santiago Vial Ruiz Tagle (1), José L. Vial Lecaros (2), Juan P. Nordetti Llull (2), María T. Morales Retamales (1), Ignacio De La Maza Peso (1), Francisco Matus Muñoz (1)

1. Interno de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Santiago, Chile.
2. Estudiante Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

La fractura medial de cadera del paciente geriátrico constituye una urgencia con alta morbimortalidad. El diagnóstico oportuno es crucial para el pronóstico funcional, sin embargo, en pacientes con alta tolerancia al dolor o fracturas impactadas, la clínica puede ser sutil, induciendo a errores diagnósticos. Este retraso altera drásticamente la historia natural de la lesión, derivando en complicaciones anatómicas complejas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 82 años, sufrió una caída de baja energía con dolor de extremidad inferior izquierda, pero sin compromiso significativo de la marcha. Fue catalogada como contusión de cadera izquierda, sin mayor estudio imagenológico. La paciente evolucionó con dolor persistente, claudicación y acortamiento progresivo del miembro afectado. Diez meses después, la reevaluación objetivó una dismetría de 5 centímetros y restricción de movilidad. La radiografía confirmó una fractura de cuello femoral evolucionada a malunión en varo con coxartrosis secundaria. Debido al dolor crónico y la incapacidad funcional, se indicó una artroplastia total de cadera como procedimiento de rescate.

DISCUSIÓN

Este caso muestra cómo la persistencia de la marcha no descarta una fractura de cadera en el adulto mayor. La literatura describe que hasta un 15% de estas lesiones pueden no ser desplazadas inicialmente, lo que explicaría que se conserve una falsa sensación de funcionalidad. El diagnóstico tardío imposibilita el uso de osteosíntesis, obligando a realizar cirugías reconstructivas complejas, con mayores riesgos. Este caso refuerza la necesidad de un cribado radiográfico ante cualquier trauma inguinal en población geriátrica.

CONCLUSIÓN

Se debe mantener un alto índice de sospecha de fractura de cadera en traumatismos de adultos mayores, incluso de baja energía. La omisión diagnóstica en fracturas mediales conduce a una consolidación viciosa, cuya resolución requiere intervenciones artroplásticas de alta complejidad.

PALABRAS CLAVE

Fracturas del Cuello Femoral, Diagnóstico Tardío, Artroplastia de Reemplazo de Cadera.

HALLAZGO INCIDENTAL DE ADENOCARCINOMA APENDICULAR DE CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO TRAS APENDICECTOMÍA POR APENDICITIS AGUDA

Reed F. (1), Núñez V. (1), Carcamo R. (1), Koljanin M. (3).
1. Interna, Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile.
2. Estudiante, Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile.
3. Cirujana General, Hospital San José, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias apendiculares representan menos del 1% de neoplasias gastrointestinales. El adenocarcinoma de células en anillo de sello (SRCCA) corresponde a una variante excepcional y altamente agresiva, con diagnóstico preoperatorio infrecuente. Se presenta este caso por su infrecuencia y por las implicancias terapéuticas de su hallazgo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 62 años, consultó por dolor en fosa ilíaca derecha, náuseas y vómitos de 48 horas de evolución. La tomografía computarizada (TC) evidenció signos de apendicitis aguda (AA), realizándose apendicectomía abierta. El estudio anatomopatológico informó adenocarcinoma de células en anillo de sello con compromiso transmural, permeación linfovascular e infiltración perineural. La inmunohistoquímica fue positiva para CK20, CDX2 y SATB2. La etapificación mediante TC de tórax, abdomen y pelvis descartó metástasis. Tras evaluación en comité oncológico multidisciplinario se indicó hemicolectomía derecha complementaria con intención curativa. Se realizó resección oncológica con evolución postoperatoria favorable. La paciente otorgó consentimiento informado para la publicación del caso.

DISCUSIÓN

El SRCCA es uno de los subtipos de peor pronóstico dentro de las neoplasias apendiculares. La presencia de infiltración transmural, invasión linfovascular e infiltración perineural se asocia a mayor riesgo de compromiso ganglionar, justificando la realización de hemicolectomía derecha complementaria. Asimismo, se recomienda una adecuada etapificación ganglionar y evaluación multidisciplinaria en pacientes con factores histológicos de alto riesgo. Este caso ilustra la importancia del estudio histopatológico y cómo puede modificar significativamente la conducta terapéutica.

CONCLUSIÓN

El SRCCA puede manifestarse exclusivamente como AA. El análisis histopatológico de las piezas de apendicectomía resulta fundamental para detectar neoplasias ocultas. La identificación de factores histológicos de alto riesgo muestra una necesidad de etapificación, discusión multidisciplinaria y consideración de cirugía para el control oncológico (4,5).

PALABRAS CLAVE

Apendicitis, Neoplasias del Apéndice, Adenocarcinoma.

HALLAZGO INCIDENTAL DE NEOPLASIA PERIAMPULAR METASTÁSICA DURANTE EL ESTUDIO DE UNA PANCREATITIS AGUDA

Caballero N. (1), Osorio F. (1), Aliaga P. (1), González J. (2).
1. Estudiante, Universidad de Autónoma de Chile, Talca, Chile.
2. Médico Cirujano, Hospital de Linares Carlos Ibáñez del Campo, Linares, Chile..

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda es causa frecuente de hospitalización, siendo el origen biliar una de sus principales etiologías. Sin embargo, puede constituir la primera manifestación de neoplasia periampular, cuyo diagnóstico puede retrasarse debido a una presentación clínica inespecífica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 63 años, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, consultó por dolor epigástrico de 2 días de evolución, intenso, irradiado en faja y sensación febril. Los exámenes mostraron elevación de amilasa, lipasa, bilirrubina directa y proteína C reactiva, compatibles con pancreatitis aguda. La tomografía computarizada evidenció pancreatitis en la cabeza pancreática, proceso uncinado y dilatación de la vía biliar intra y extrahepática sin causa obstructiva evidente.

Paciente evolucionó favorablemente con tratamiento (soporte, hidratación y analgesia). Sin embargo, ecografías seriadas confirmaron persistencia de la dilatación biliar, por lo que se realizó una colangiorresonancia magnética que demostró engrosamiento focal de la papila compatible con neoplasia periampular, dilatación biliar y del conducto de Wirsung, adenopatías regionales y dos lesiones hepáticas sospechosas de compromiso metastásico. La tomografía de tórax evidenció nódulos pulmonares bilaterales y adenopatías mediastínicas. Posteriormente se efectuó laparoscopia exploradora con biopsia de lesiones hepáticas sospechosas.

DISCUSIÓN

La pancreatitis aguda puede ocultar patologías malignas subyacentes, especialmente sin causa obstructiva inicial. Este caso evidencia la importancia de reevaluar hallazgos persistentes como la dilatación biliar. La colangiorresonancia fue clave para identificar la lesión periampular y demostrar la utilidad de imágenes en lesiones difíciles. Los hallazgos hepáticos y pulmonares obligaron a etapificación completa, modificando el enfoque terapéutico hacia un escenario metastásico.

CONCLUSIÓN

La pancreatitis aguda puede ser la primera manifestación de una neoplasia periampular avanzada. La persistencia de alteraciones biliares debe motivar estudio exhaustivo con imágenes avanzadas para un diagnóstico oportuno.

PALABRAS CLAVE

Pancreatitis Aguda, Neoplasias de la Ampolla de Vater, Metástasis.

HERNIA HIATAL GIGANTE CON PRESENTACIÓN RESPIRATORIA Y RIESGO DE VOLVULACIÓN GÁSTRICA EN PACIENTE DE ALTO RIESGO QUIRÚRGICO

Pazzani F. (1), Morales N. (1), Mendoza K. (1), Colque C. (1), Cánovas A. (1), Solís F. (2).
1. Interno de Medicina, Universidad Andrés Bello, Chile.
2. Cirujano Digestivo, Servicio de Cirugía, Centro Asistencial Victo Rios Ruiz, Los Ángeles, Chile.

INTRODUCCIÓN

Las hernias hiatales (HH) afectan aproximadamente al 10–50% de la población adulta, las HH tipo III y IV representan solo el 5–10% de los casos. Aunque infrecuentes, pueden asociarse a complicaciones como obstrucción, estrangulación y vólvulo gástrico. Su presentación puede incluir síntomas respiratorios o toracoabdominales, dificultando el diagnóstico oportuno. Presentamos un caso de HH complicada con evolución crítica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Femenina de 69 años con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca, diabetes mellitus tipo 2 y HH en espera de cirugía electiva, consultó por tres días de disnea y dolor abdominal. Inicialmente se sospechó una descompensación respiratoria, sin embargo, la tomografía evidenció HH tipo III con ascenso intratorácico gástrico y signos de suboclusión. Fue hospitalizada tras fracaso en instalación de sonda nasogástrica. Evolucionó con aumento de parámetros inflamatorios y sospecha de volvulación, requiriendo endoscopía digestiva urgente e ingreso a unidad de tratamiento intensivo para manejo avanzado. La resolución quirúrgica se vio limitada por su elevada fragilidad clínica y alto riesgo operatorio.

DISCUSIÓN

La presentación respiratoria predominante dificultó el diagnóstico inicial de HH gigante complicada. La tomografía permitió identificar el ascenso intratorácico gástrico y los signos de suboclusión, sin embargo, el fracaso de la instalación de sonda nasogástrica, junto al deterioro clínico y aumento de parámetros inflamatorios, motivó una evaluación endoscópica urgente y manejo multidisciplinario. Este caso destaca la importancia de sospechar complicaciones mecánicas ante síntomas atípicos. Asimismo, ilustra el desafío terapéutico de equilibrar indicación quirúrgica con la fragilidad y el alto riesgo operatorio, favoreciendo una evaluación individualizada y precoz.

CONCLUSIÓN

Las HH pueden manifestarse con síntomas atípicos y evolucionar rápidamente. El diagnóstico precoz y manejo multidisciplinario son esenciales para optimizar la toma de decisiones y resultados clínicos.

PALABRAS CLAVE

Disnea, Hernia Hiatal, Vólvulo Gástrico.

ÍLEO BILIAR SECUNDARIO A FÍSTULA BILIODIGESTIVA EN PACIENTE ADULTO MAYOR: RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA MEDIANTE ENTEROLITOTOMÍA ASISTIDA POR LAPAROSCOPÍA

Herrera M. (1), Contreras N. (1), Olate J. (1), Vega P. (1), Arismendis S. (1), Gonzalez A. (2), Arias D. (2).
1. Interno, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.
2. Médico Cirujano, Hospital el Pino, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

El íleo biliar es una causa infrecuente de obstrucción intestinal mecánica, originada por el paso de un cálculo biliar al tracto digestivo a través de una fístula biliodigestiva. Afecta principalmente a adultos mayores y suele asociarse a un retraso diagnóstico debido a su presentación clínica inespecífica. La tomografía computada (TC) constituye el examen de elección para su identificación y planificación terapéutica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 70 años, institucionalizado, consultó por dolor abdominal de un día de evolución asociado a vómitos oscuros recurrentes y antecedente de deposiciones melénicas. Presentó leucocitosis de 17.600/mm3 y proteína C reactiva de 205 mg/L. La TC abdominal evidenció neumobilia, dilatación de asas de intestino delgado y cálculo impactado en íleon distal, compatible con íleo biliar secundario a fístula biliodigestiva. Con consentimiento informado firmado, se realizó laparoscopía exploradora con mini laparotomía asistida. Se identificó líquido inflamatorio libre y un lito de aproximadamente 3 cm ubicado a 150 cm de la válvula ileocecal. Se efectuó enterotomía longitudinal, extracción del cálculo y enterorrafia primaria. La evolución postoperatoria fue favorable, sin complicaciones inmediatas.

DISCUSIÓN

La TC permitió identificar los hallazgos característicos del íleo biliar y orientar precozmente la conducta quirúrgica. Persiste controversia respecto al manejo definitivo de la fístula biliodigestiva; sin embargo, la enterolitotomía aislada continúa siendo la estrategia más utilizada en pacientes añosos por su menor morbimortalidad. El abordaje mínimamente invasivo puede contribuir a una recuperación postoperatoria satisfactoria.

CONCLUSIÓN

El íleo biliar debe considerarse en adultos mayores con obstrucción intestinal. El diagnóstico precoz mediante TC y el tratamiento quirúrgico oportuno permitieron resolver exitosamente la obstrucción y obtener una evolución clínica favorable.

PALABRAS CLAVE

Íleo Biliar, Obstrucción Intestinal, Fístula Biliar.

INESTABILIDAD FEMOROPATELAR POR PRESENCIA DE OSTEOCONDROMA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Dinamarca C, Victor (1), Domedel P, Florencia (2), Eracarret I, Catalina (3), Henríquez L, Vicente (4), Vásquez V, Claudio (1).
(1) Interno de medicina, Universidad Autónoma de Chile, Talca, Chile.
(2) Interna de medicina, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.
(3) Estudiante de medicina, Universidad Autónoma de Chile, Talca, Chile.
(4) Médico, Residente de traumatología, Hospital las Higueras, Talcahuano, Chile.

INTRODUCCIÓN

La inestabilidad femoropatelar constituye un motivo frecuente de consulta en ortopedia, generalmente asociado a displasia troclear, alteraciones del alineamiento o traumatismos. Presentamos un caso infrecuente secundario a osteocondroma de presentación atípica, ubicado en zona muy poco común como es la epífisis, con el propósito de destacar su relevancia diagnóstica y aportar una mirada original al enfrentamiento etiológico de esta condición.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Femenina de 55 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia e inestabilidad femoropatelar izquierda en controles en policlínico de traumatología del hospital. En este contexto se realizan radiografías de rodilla donde se evidencia una lesión exostósica en epífisis de fémur, comprometiendo superficie articular, de bordes netos, escleróticos y bien definidos respetando la cortical. Ante sospecha de osteocondroma se indica resonancia magnética nuclear (RM) para continuar estudio.

DISCUSIÓN

La inestabilidad femoropatelar secundaria a osteocondroma intra o yuxtaarticular es infrecuente y genera debate diagnóstico, especialmente en pacientes añosos donde estas lesiones son típicamente metafisarias. La radiografía permite sospecha, pero la RM es clave para definir extensión, relación cartílago y descartar transformación condral maligna. Existe controversia entre manejo conservador versus resección quirúrgica en lesiones
sintomáticas. En este caso, la indicación de RM es apropiada para planificación. Se destaca la importancia de considerar causas estructurales poco habituales de inestabilidad, mejorando el enfoque etiológico y la toma de decisiones terapéuticas individualizadas.

CONCLUSIÓN

La inestabilidad femoropatelar puede tener etiologías estructurales infrecuentes como el osteocondroma, incluso en localizaciones atípicas. Este caso refuerza la importancia del estudio imagenológico completo para un diagnóstico preciso y planificación terapéutica adecuada, destacando la necesidad de considerar causas poco habituales en la evaluación de dolor e inestabilidad de rodilla.

PALABRAS CLAVE

Inestabilidad patelofemoral, Osteocondroma, Diáfisis.

INFECCIÓN OSTEOARTICULAR DE RODILLA POR TUBERCULOSIS DISEMINADA CON COMPROMISO FISTULIZANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Dinamarca C, Victor (1), Domedel P, Florencia (2), Eracarret I, Catalina (3), Henríquez L, Vicente (4), Vásquez V, Claudio (1).
(1) Interno de medicina, Universidad Autónoma de Chile, Talca, Chile.
(2) Interna de medicina, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.
(3) Estudiante de medicina, Universidad Autónoma de Chile, Talca, Chile.
(4) Médico, Residente de traumatología, Hospital las Higueras, Talcahuano, Chile.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis osteoarticular representa una forma infrecuente de tuberculosis extrapulmonar, con compromiso progresivo de articulaciones y tejidos blandos. Su diagnóstico suele ser tardío por su presentación inespecífica y evolución crónica. Se presenta un caso complejo con compromiso articular de rodilla y formación de fístulas, destacando su abordaje diagnóstico y terapéutico multidisciplinario.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 62 años con antecedentes de hipertensión arterial y dislipidemia, con historia previa de tuberculosis diseminada con compromiso pulmonar, vertebral y renal. Evoluciona con compromiso de rodilla izquierda, desarrollando dolor, colecciones y fístulas persistentes. Se realizan múltiples hospitalizaciones, sinovectomía, drenaje de colección poplítea y toma de biopsias. En estudio imagenológico se evidencia compromiso osteoarticular complejo. Se realiza manejo quirúrgico con aseo, fistulectomía y colocación de espaciador con cemento impregnado con vancomicina. Microbiología destaca GeneXpert positivo para Mycobacterium tuberculosis, con cultivo positivo para micobacterias, granulomas con células gigantes tipo Langhans e infección bacteriana secundaria por Staphylococcus epidermidis en coagulasa negativo. Evoluciona con manejo antibiótico dirigido y seguimiento prolongado por infectología y traumatología.

DISCUSIÓN

La tuberculosis osteoarticular de rodilla es una entidad poco frecuente que simula infecciones bacterianas crónicas o patologías inflamatorias. Su diagnóstico requiere alta sospecha clínica, apoyo histopatológico y microbiológico. La coexistencia de infección tuberculosa y sobreinfección bacteriana complica el manejo y prolonga la evolución. Existe controversia en el momento óptimo de intervención quirúrgica versus tratamiento médico exclusivo. En este caso, el uso de espaciador con antibiótico y múltiples aseos quirúrgicos se alinea con estrategias descritas en enfermedad avanzada fistulizante.

CONCLUSIÓN

Este caso destaca la importancia de sospechar tuberculosis osteoarticular en cuadros crónicos de rodilla con mala evolución. El abordaje combinado médico-quirúrgico es clave en enfermedad avanzada, especialmente ante sobreinfección. Su reconocimiento oportuno permite optimizar el tratamiento y evitar progresión destructiva articular.

PALABRAS CLAVE

Tuberculosis osteoarticular, infección fistulizante crónica, GeneXpert.

LUXACIÓN SUBTALAR Y FRACTURA CONMINUTA DEL CUELLO DEL TALO: RELEVANCIA DEL TIEMPO QUIRÚRGICO

Vial S. (1), Vial J. (2), Nordetti J. (2), Morales M. (1), de la Maza I. (1), Bendek M. (1), Tortello L. (3).
1. Interno de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Santiago, Chile.
2. Estudiante Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Santiago, Chile.
3. Médico Cirujano, Becado Universidad de los Andes, Clinica Dávila, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

Las fracturas del cuello del talo con luxación subtalar son lesiones con un riesgo crítico de necrosis avascular (NAV), que oscila entre un 50 y 100% en patrones desplazados [1]. Clásicamente se consideraban una urgencia quirúrgica, sin embargo, estudios sugieren que, una vez lograda la reducción cerrada, la fijación definitiva puede diferirse para permitir el manejo de partes blandas, sin aumentar necesariamente el riesgo de NAV.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 26 años consultó tras traumatismo de alta energía en tobillo derecho, presentando deformidad, edema y flictenas laterales. Se diagnosticó luxación subtalar asociada a fractura conminuta del cuello del talo. Se realizó reducción cerrada inmediata en urgencias. La resolución quirúrgica definitiva se difirió 5 días para optimizar el estado cutáneo. Se efectuó una reducción abierta mediante doble abordaje: fijación del proceso lateral con tornillos y estabilización del cuello talar con una placa bloqueada. El paciente evolucionó con buena cicatrización y funcionalidad postoperatoria, sin signos radiológicos precoces de colapso óseo.

DISCUSIÓN

El abordaje de estas lesiones exige separar la urgencia anatómica de la fijación definitiva. Diferir la cirugía definitiva en presencia de compromiso de partes blandas reduce significativamente el riesgo de dehiscencia de herida e infección profunda. Asimismo, como la conminución del cuello talar dificulta la estabilidad con tornillos axiales, favoreciendo la deformidad en varo y el acortamiento, la fijación con placa bloqueada proporciona una estabilidad superior en estos patrones, actuando como un puente que mantiene la longitud anatómica del talo.

CONCLUSIÓN

La urgencia impostergable es la reducción de la luxación articular. La fijación definitiva, con timing diferido y placa bloqueada en fracturas conminutas es una estrategia técnica considerable para prevenir maluniones y colapsos estructurales en lesiones complejas del talo.

PALABRAS CLAVE

Fracturas óseas, astrágalo, fijación interna de fracturas.

MEGACOLON TÓXICO COMO PRESENTACIÓN INUSUAL DE SEPSIS ABDOMINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Barrientos J. (1), Portolés C. (1), Valdés J. (1), Bulat M. (1), Fernández M. (1), Chow K. (1), Lapuente N. (2).
1. Interno, Universidad Finis Terrae, Santiago de Chile, Chile.
2. Médico Cirujano, Residente de Cirugía general, Universidad Finis Terrae, Santiago de Chile, Chile.

INTRODUCCIÓN

El megacolon tóxico es una dilatación colónica no obstructiva, total o segmentaria, en contexto de toxicidad sistémica. Se asocia a enfermedad inflamatoria intestinal o procesos infecciosos; aunque cualquier inflamación colónica puede predisponer a su desarrollo. Constituye una urgencia quirúrgica potencialmente letal que requiere alto índice de sospecha. Su reconocimiento precoz es un desafío, especialmente en presentaciones atípicas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino con múltiples comorbilidades consulta por cuadro de un día de evolución de compromiso de conciencia, deposiciones diarreicas y fiebre, ingresando en contexto de shock séptico, con acidosis metabólica e hiperlactatemia. Tomografía Computarizada de abdomen y pelvis informa engrosamiento inflamatorio en colon descendente. Evolucionó desfavorablemente con perforación intestinal secundaria a megacolon tóxico, requiriendo colectomía total de urgencia con ileostomía terminal. Se descartaron Clostridioides difficile, enfermedad inflamatoria intestinal y vasculitis como etiologías. El estudio histopatológico informó necrosis transmural colónica, neumatosis, gangrena y peritonitis fibrinopurulenta. Evolucionó favorablemente en postoperatorio, efectuándose el alta hospitalaria sin determinar la etiología.

DISCUSIÓN

Este caso evidencia una forma infrecuente de megacolon y la dificultad diagnóstica cuando debuta como un cuadro séptico abdominal inespecífico. La ausencia de etiologías comúnmente descritas y factores predisponentes pueden retrasar el diagnóstico, reforzando la necesidad de mantener alta sospecha ante pacientes sépticos con deterioro clínico rápidamente progresivo.

CONCLUSIÓN

El megacolon tóxico debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales de sepsis de foco abdominal, aún sin etiologías evidentes, especialmente en pacientes con múltiples comorbilidades, ya que el reconocimiento y manejo quirúrgico oportuno impactan en el pronóstico. La colectomía subtotal o total sigue siendo el tratamiento de elección ante perforación intestinal4, y su realización precoz se ha asociado a reducción de la mortalidad a 30 días de hasta 21%, junto con un manejo multidisciplinario para mejorar desenlaces clínicos.

PALABRAS CLAVE

Megacolon, sepsis, necrosis.

MESOTELIOMA PLEURAL EPITELIOIDE COMO CAUSA DE DERRAME PLEURAL MALIGNO SIN TUMOR PRIMARIO EVIDENTE: REPORTE DE UN CASO

Villavicencio V. (1), Álvarez K. (1), Carrasco M. (1), Acosta D. (2).
1. Estudiante de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Talca, Chile.
2. Cirujano General, Hospital Base de Linares, Linares, Chile.

INTRODUCCIÓN

El mesotelioma pleural maligno es una neoplasia agresiva e infrecuente, y corresponde al principal tumor primario de la pleura. Suele manifestarse con disnea progresiva, dolor torácico o derrame pleural, dificultando el diagnóstico inicial. El objetivo es reportar un caso de derrame pleural maligno secundario a mesotelioma pleural epitelioide.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina con antecedente de hipertensión arterial consultó por disnea progresiva de 20 días de evolución, asociada a taquipnea y compromiso del estado general. Al examen físico presentó hipoventilación y disminución del murmullo vesicular del hemitórax derecho además de saturación de oxígeno de 88% al aire ambiente. La tomografía de tórax evidenció derrame pleural derecho asociado a atelectasia y adenopatías mediastínicas difusas y en ambos campos pulmonares. Se procede a hacer toracocentesis diagnóstica y evacuadora. La citología confirmó un derrame pleural maligno. Debido a la sospecha de una neoplasia metastásica, se realizó tomografía de tórax, abdomen y pelvis, la cual no identificó un tumor primario. La biopsia de pleura parietal confirmó un mesotelioma pleural epitelioide.

DISCUSIÓN

El derrame pleural maligno suele asociarse a cáncer pulmonar o enfermedad metastásica; sin embargo, la ausencia de tumor primario evidente obliga a ampliar el diagnóstico diferencial. La citología puede orientar, pero la confirmación requiere biopsia pleural e inmunohistoquímica. Se recomienda sospecha precoz para evitar retrasos diagnósticos y orientar oportunamente el manejo.

CONCLUSIÓN

El mesotelioma pleural epitelioide debe considerarse en el diagnóstico diferencial del derrame pleural maligno, especialmente ante la ausencia de un tumor primario evidente. En esta paciente, el estudio progresivo permitió confirmar la etiología mediante biopsia pleural, evitando atribuir el cuadro únicamente a enfermedad metastásica. Sin embargo, su presentación inespecífica y comportamiento agresivo pueden dificultar la sospecha inicial, por lo que la biopsia pleural precoz resulta fundamental para orientar el manejo oportuno.

PALABRAS CLAVE

Mesotelioma, pleura, derrame pleural.

NECROSIS AVASCULAR DE CADERA SECUNDARIA A CORTICOTERAPIA PROLONGADA TRAS DIAGNÓSTICO ERRÓNEO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Cornejo B. (1), Arce A. (1), Luengo M. (1), Cornejo B. (1); Carreño P. (2).
1. Interno Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
2. Cirujano Vascular, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

La necrosis avascular (NAV) de la cabeza femoral genera dolor e incapacidad en pacientes jóvenes. El uso prolongado de corticosteroides constituye uno de los principales factores de riesgo, puede conducir al colapso subcondral y necesidad de reemplazo articular. Se presenta este caso por la aparición de NAV bilateral en joven expuesta crónicamente a corticoides, destacando la importancia del reconocimiento precoz para evitar secuelas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 18 años con antecedente de polineuropatía sensitivo-motora y glomeruloesclerosis, tratada crónicamente con corticoesteroides por diagnóstico inicial de lupus eritematoso sistémico, posteriormente descartado mediante estudio genético confirmándose síndrome de Charcot-Marie-Tooth. Tras un trasplante renal, desarrolló coxalgia progresiva con limitación funcional. La resonancia magnética (RM) evidenció NAV bilateral de cabeza femoral, Ficat IV derecho. Debido al colapso articular avanzado, se realizó artroplastia total de cadera derecha, con adecuada evolución postoperatoria.

DISCUSIÓN

La NAV asociada a corticosteroides resulta de alteraciones microvasculares y aumento de la presión intraósea, comprometiendo la viabilidad del tejido óseo. La RM constituye el método más sensible para su diagnóstico precoz, permitiendo identificar lesiones relevantes antes del colapso femoral. Ante la ausencia de criterios universalmente aceptados sobre momento óptimo y costo-efectividad, persiste controversia respecto al cribado de pacientes expuestos a corticosteroides. Este caso respalda la realización de RM ante coxalgia en pacientes con corticoterapia prolongada, especialmente ante factores de alto riesgo, ya que el diagnóstico precoz puede modificar la estrategia terapéutica y retrasar o evitar la artroplastia total de cadera.

CONCLUSIÓN

La NAV debe considerarse ante coxalgia en jóvenes con uso prolongado de corticoesteroides. El diagnóstico temprano puede modificar su evolución y evitar cirugías mayores. Este caso resalta el impacto funcional que puede generar la progresión no reconocida de esta complicación potencialmente prevenible.

PALABRAS CLAVE

Osteonecrosis, Glucocorticoides, Lupus Eritematoso Sistémico.

NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO: COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE TOS POR VIROSIS RESPIRATORIA: ESTUDIO Y MANEJO A PROPÓSITO DE UN CASO

Flores A. (1), Herrera D. (1), Pérez Á. (1), Zalej B. (1), Seguel F (1), Fernández E. (1), Ebensperger P (2).
1. Interno/a, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile, 7mo año.
2. Estudiante, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile, 5to año.
3. Cirujano general, Hospital Hernan Henriquez Aravena, cirujano, Temuco, Chile

INTRODUCCIÓN

El neumomediastino espontáneo (NME) es una afección rara caracterizada por la presencia de aire en el mediastino sin causa traumática ni iatrogénica (1). Su incidencia histórica descrita en jóvenes es de 1:14.000-25.000 casos, constituyendo una entidad subdiagnosticada por falta de consulta, errores clínicos o hallazgos radiológicos inadvertidos. El NME se asocia clásicamente a maniobras de Valsalva, describiéndose pocos casos desencadenados por tos paroxística severa. En el presente trabajo se ilustra el manejo médico realizado a un paciente con NME destacando el curso benigno de la patología en paciente jóven sin factores de riesgo. El propósito es contrastar nuestra experiencia clínica con las recomendaciones actuales de manejo, enfatizando la racionalización de métodos diagnósticos y terapéuticos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 23 años, con cuadro de tres días de evolución de tos y rinorrea, asociado a dolor cervical el último día. Estudiada inicialmente en extra sistema, fue referida al servicio de urgencias tras el hallazgo de enfisema subcutáneo en una radiografía de tórax. Ingresó al servicio de urgencias hemodinámicamente estable y afebril, sin dificultad respiratoria, con dolor cervical y tos seca. Al examen físico destacó crepitación cervical palpable, sin hallazgos cardiopulmonares. La tomografía axial computarizada (TAC) de tórax confirmó el diagnóstico de NME, descartando lesiones traqueales y esofágicas. Se hospitalizó para manejo sintomático y control imagenológico con TAC, el cual no evidenció cambios a las 24 horas, fue dada de alta al segundo día sin complicaciones.

DISCUSIÓN

El NME suele presentar un curso benigno y autolimitado. Los factores de riesgo para perforación esofágica incluyen edad avanzada, leucocitosis y derrame pleural. El desafío inicial radica en pesquisar factores de riesgo para neumomediastino secundario a lesiones estructurales, con el objetivo de optimizar la selección de pacientes que requieren TAC. De lo contrario, la radiografía es el método de referencia diagnóstica para NME con una alta sensibilidad. Dada la baja frecuencia de complicaciones, el manejo puede ser ambulatorio y sin antibioticoterapia profiláctica.
En este caso, se realizó TAC diagnóstico y de control pese a la ausencia de factores de riesgo y sospecha de complicación, el cual no reveló información adicional que justificara un cambio en la conducta clínica en comparación con la radiografía, lo cual no contribuye a la optimización de recursos y a su vez expone a radiación innecesaria al paciente. Finalmente, se destaca el cumplimiento de no utilizar profilaxis antibiótica en concordancia con la evidencia médica actualizada.

CONCLUSIÓN

El NME es una entidad benigna en jóvenes sanos que, ante la ausencia de factores de riesgo, puede diagnosticarse mediante radiografía convencional y manejarse de manera ambulatoria y sintomática.

PALABRAS CLAVE

Neumomediastino, Radiografía de Tórax, Enfisema Subcutáneo.

OSTEOMIELITIS CRÓNICA POSTRAUMÁTICA DE TIBIA CON DEFECTO DE COBERTURA: DESAFÍOS TERAPÉUTICOS

Kauer V. (1), Muschen C. (1), Paúl A. (1), Peñailillo A. (1), Cox C. (2).
1. Interna, Universidad Mayor, Santiago, Chile.
2. Médico Cirujano, CESFAM Barros Lucos, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

La osteomielitis crónica postraumática constituye una complicación de las fracturas expuestas, especialmente cuando se asocia a material de osteosíntesis y pérdida de cobertura de partes blandas. Su tratamiento requiere un enfoque multidisciplinario orientado a erradicar la infección y preservar la funcionalidad. Aspectos como el momento óptimo para retirar el material de osteosíntesis continúan siendo objeto de debate.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 35 años con antecedente de fractura expuesta de tibia izquierda tratada mediante osteosíntesis con clavo endomedular. Reconsultó once meses después por exposición del material de osteosíntesis asociada a lesiones ulceradas y secreción purulenta. La radiografía evidenció aflojamiento del implante y defecto cortical. Se realizó aseo quirúrgico, cultivos óseos e instalación de terapia de presión negativa (VAC). Los cultivos aislaron S. aureus y S. pyogenes, iniciándose cefazolina. Posteriormente se efectuó retiro del clavo mediante fresado intramedular con aspiración (RIA), nuevo desbridamiento y reinstalación de VAC. Evolucionó favorablemente con normalización de parámetros inflamatorios.

DISCUSIÓN

Aunque existe consenso respecto al desbridamiento quirúrgico y la antibioterapia dirigida, el momento óptimo para retirar el material de osteosíntesis continúa siendo objeto de debate. En este caso, el retiro del clavo se difirió debido al defecto cortical y al riesgo de inestabilidad mecánica, optándose inicialmente por el control local de la infección mediante desbridamiento, cultivos y VAC, seguido de RIA, reduciendo la carga bacteriana. La evolución favorable sugiere que una estrategia escalonada puede ser razonable cuando las condiciones locales no permiten un abordaje definitivo inicial.

CONCLUSIÓN

La osteomielitis crónica postraumática de tibia exige un manejo secuencial e interdisciplinario. En este caso, la estrategia escalonada permitió controlar la infección, destacando la importancia de individualizar la estrategia terapéutica para disminuir recurrencias y optimizar los resultados funcionales.

PALABRAS CLAVE

Osteomielitis, Tibia, Desbridamiento.

OSTEOMIELITIS INFANTIL POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE: LA IMPORTANCIA DEL CUIDADO EN LESIONES TRAUMATOLÓGICAS

Villa J. (1), Vega T. (1), Quililongo D. (1), Garcés M. (1), Vergara F. (1), Vergara C. (2), Cuadra M. (3).
1. Interna de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
2. Estudiante de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Concepción, Chile.
3. Médico Cirujano, Hospital Traumatológico de Concepción, Concepción, Chile.

INTRODUCCIÓN

La osteomielitis, considerada una urgencia infectológica, es una patología que compromete tejido óseo que en su manejo tardío puede llevar a diversas secuelas. Su etiología más común corresponde a Staphylococcus aureus, sin embargo se ha visto un aumento en la incidencia de Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SARM) tanto a nivel nacional e internacional, lo que requiere un abordaje interdisciplinario.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 12 años sufre fractura de fíbula distal derecha hace 2 meses, con indicación de bota ortopédica, sin adherencia por el usuario. Consulta nuevamente en urgencias una semana después, donde se instala yeso para manejo ortopédico. Tras 6 semanas se retira yeso, donde se evidencia flictena en tercio distal de la pierna asociado a edema, sin dolor debido a inmovilización y usuario afebril. Paciente refiere que múltiples veces introdujo palo por región proximal de yeso por prurito en pierna. Se solicita radiografía, que informa signos de osteomielitis con foco de mayor compromiso en relación a herida. Exámenes de laboratorio muestran aumento de parámetros inflamatorios. Se decide hospitalización para manejo quirúrgico con toma de cultivos y posterior inicio de antibióticos de amplio espectro. Durante estadía se informa cultivo positivo para SARM, se realiza interconsulta a infectología y se decide reajuste de tratamiento con vancomicina. Paciente se mantiene en seguimiento y constante mejoría clínica.

DISCUSIÓN

El caso refleja la relevancia de la adherencia a tratamiento y cuidados que se entreguen a lesiones traumatológicas, debido a que pueden cambiar drásticamente el curso clínico. Es así como este cuadro, inicialmente de manejo simple, se convierte en uno de mayor intervención y precaución debido a su agente.

CONCLUSIÓN

Como profesionales clínicos debemos entender la importancia de una comunicación y educación óptimas a los pacientes y cuidadores.

PALABRAS CLAVE

Fracturas de Peroné, Osteomielitis, Staphylococcus aureus Resistente a Meticilina.

PANCREATITIS AGUDA SECUNDARIA A HERNIA DIAFRAGMÁTICA POSTRAUMÁTICA: PREPARACIÓN CON TOXINA BOTULÍNICA Y RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA, REPORTE DE UN CASO

Flores A. (1), Herrera D. (1), Perez A. (1), Toro F. (1), San Martín K. (1), Fernández E. (2), Barra L. (3).
1. Interna, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
2. Estudiante, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
3. Cirujano general, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

INTRODUCCIÓN

La hernia diafragmática postraumática (HDPT) es un defecto en el diafragma que permite el ascenso visceral al tórax. Su asociación con pancreatitis aguda (PA) es excepcional, causada por obstrucción ductal, isquemia o trauma del parénquima. El presente caso ilustra una presentación clínica inusual de complicación de HDPT con una PA tras 20 años del trauma.

El propósito es exponer el manejo médico-quirúrgico de un paciente con HDPT mediante prehabilitación con toxina botulínica y neumoperitoneo progresivo de la cavidad abdominal, una estrategia poco frecuente con resultado exitoso, el cual aporta una alternativa efectiva y reproducible para otros pacientes con patología similar.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 45 años, con antecedente de laparotomía por trauma penetrante 20 años atrás, ingresó por epigastralgia y vómitos. Destacó lipasa elevada 5 veces el valor normal y patrón colestásico. La colangioresonancia reveló HDPT derecha con herniación del intestino delgado, colon, duodeno y páncreas, provocando compresión extrínseca biliar. Tras manejo sintomático y drenaje biliar percutáneo, se planificó cirugía con prehabilitación con toxina botulínica (TB) perifascial y neumoperitoneo progresivo (NPP). Mediante videolaparoscopía se logró la reducción visceral y sutura del anillo diafragmático. Ante la exposición intraoperatoria de la vena cava, se omitió el uso de malla protésica. El paciente fue dado de alta al séptimo día, sin complicaciones postquirúrgicas, asintomático y con parámetros bioquímicos normalizados.

DISCUSIÓN

Las HDPT suelen presentar un diagnóstico elusivo por la escasez de síntomas iniciales. La presión negativa intratorácica expande el defecto, causando complicaciones tardías como PA. Ante la pérdida de domicilio abdominal, la TB y el NPP optimizan la distensibilidad muscular, previniendo el síndrome compartimental el cual es el principal riesgo al reducir vísceras crónicamente herniadas. El abordaje laparoscópico resulta eficaz para la restitución visceral, hemostasia y cierre primario, representando una técnica mínimamente invasiva segura y eficaz, además, facilitó la correcta exposición de la vena cava, lo que permitió evitar el uso de malla con el consecuente riesgo de erosión o infección secundaria.

Este reporte contribuye a la literatura médica al documentar la resolución exitosa de una complicación excepcional de HDPT tras dos décadas de latencia. Además, proporciona evidencia clínica sobre la utilidad de la TB y NPP como una estrategia reproducible y segura.

CONCLUSIÓN

Ante una HDPT con pérdida de domicilio abdominal, la prehabilitación con TB y NPP, sumada al abordaje laparoscópico con cierre anatómico primario, constituye una estrategia segura que optimiza la restitución visceral, previene el síndrome compartimental y minimiza riesgos vasculares mayores.

PALABRAS CLAVE

Hernia Diafragmática Traumática, Pancreatitis Aguda, Toxinas Botulínicas.

PERFORACIÓN COLÓNICA TARDÍA TRAS NEFRECTOMÍA POR PIELONEFRITIS XANTOGRANULOMATOSA: REPORTE DE UN CASO

Garcés I. (1), Echenique J. (1), Bulat M. (1), Montecino A. (1), Barriga O. (1), Portolés C. (1), Domínguez D. (2).
1. Interno, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile.
2. Especialista en Cirugía General, Hospital El Carmen, Maipú, Chile.

INTRODUCCIÓN

La pielonefritis xantogranulomatosa (PXG) es una enfermedad inflamatoria crónica renal infrecuente, caracterizada por destrucción del parénquima renal y extensión hacia tejidos perirrenales y estructuras vecinas.

Su tratamiento habitual corresponde a nefrectomía asociada a manejo antibiótico2; sin embargo, dado su comportamiento inflamatorio localmente agresivo pueden presentarse complicaciones asociadas al compromiso de estructuras adyacentes. Se presenta un caso de perforación colónica tardía posterior a nefrectomía por PXG.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina, 35 años con sospecha de PXG izquierda asociada a litiasis coraliforme, hidronefrosis grado IV y enfermedad renal crónica. Ingresa por sepsis urinaria con deterioro de función renal, requiriendo nefrectomía total izquierda. El estudio anatomopatológico confirmó PXG, extensa necrosis y compromiso del tejido adiposo perirrenal. Evolucionó con persistencia inflamatoria (PCR hasta 275 mg/L y leucocitosis persistente) y colección del lecho renal, requiriendo exploraciones quirúrgicas sin evidencia de perforación intestinal. Posteriormente, se evidenció perforación de la cara posterior del colon descendente en contexto de inflamación retroperitoneal severa, requiriendo hemicolectomía izquierda con colostomía terminal con estudio anatomopatológico que confirmó inflamación crónica y aguda, sin evidencia neoplásica.

DISCUSIÓN

Aunque la nefrectomía y antibioticoterapia constituyen el tratamiento principal de la PNG, persiste controversia respecto al comportamiento del proceso inflamatorio residual posterior a la resolución quirúrgica. Lo anterior explica la posibilidad de complicaciones tardías como la perforación colónica presentada, la que representa una complicación excepcional y un desafío terapéutico dado la inflamación crónica asociado a la desorción de la anatomía y perdida de planos quirúrgicos. Este caso es relevante ya que destaca la importancia de mantener vigilancia clínica ante una evolución postoperatoria desfavorable y alta sospecha diagnostica frente a posibles complicaciones inflamatorias tardías con compromiso de órganos vecinos.

CONCLUSIÓN

Se destaca la importancia de considerar complicaciones inflamatorias retroperitoneales tardías tras nefrectomía por PXG ante una evolución postoperatoria desfavorable.

PALABRAS CLAVE

Pielonefritis Xantogranulomatosa, Nefrectomía, Perforación intestinal.

POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR: REPORTE DE CASO CLÍNICO

Albornoz J. (1), Luengo M. (1), Ovalle P. (1), Coloma L. (1), Acevedo V. (1), Bahamondes G. (1), Hoffman F. (2).
1. Interno de medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
2. Médico Cirujano, Becada Cirugía General, Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

La poliposis adenomatosa familiar (PAF) es una enfermedad autosómica dominante causada por variantes patogénicas en el gen de la poliposis adenomatosa del colón (APC). La forma clásica se caracteriza por la presencia de 100 o más pólipos colorrectales adenomatosos. Sin intervención casi el 100% desarrolla cáncer colorrectal.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 26 años con antecedente familiar de abuelo paterno fallecido por cáncer colorrectal y padre con diagnóstico de PAF. El caso índice resulta con prueba genética positiva para mutación de APC, por lo que a los 24 años decide proceder con una colectomía total con preservación de recto medio e inferior. A los dos meses presenta cuadro de obstrucción intestinal alta secundario a adherencias, por lo que se realiza laparotomía exploratoria con resección intestinal e instalación de ileostomía en doble boca. Dos años después se realiza cirugía de reconstitución de tránsito intestinal sin incidentes, con evolución favorable.

DISCUSIÓN

En la PAF, la colectomía profiláctica continúa siendo el principal pilar terapéutico que modifica la historia natural de la enfermedad, sin embargo, implica un gran desafío al equilibrar el beneficio con el impacto funcional y morbilidad asociada. Entre las principales opciones quirúrgicas se encuentran la colectomía total con anastomosis ileorrectal que se considera como alternativa de menor morbilidad en comparación a la proctocolectomía, pero en estudios recientes no se ha demostrado diferencias significativas. El caso expuesto evidencia que incluso procedimientos profilácticos pueden asociarse a complicaciones quirúrgicas relevantes, manteniendo en debate la técnica quirúrgica óptima.

CONCLUSIÓN

Aunque la cirugía profiláctica es indispensable en el manejo, resulta vital individualizar la técnica quirúrgica según las características del paciente, equilibrando entre la prevención oncológica, el impacto funcional y las posibles complicaciones a mediano-largo plazo.

PALABRAS CLAVE

Poliposis Adenomatosa del Colon, Neoplasias Colorrectales, Colectomía.

PRÓTESIS ANATÓMICA DE HOMBRO EN OMARTROSIS PRIMARIA: INDICACIONES VIGENTES

Santiago Vial Ruiz Tagle (1), José L. Vial Lecaros (2), Juan P. Nordetti Llull (2), María T. Morales Retamales (1), Ignacio De La Maza Peso (1), Nicolás Cespedes Araya (2)
1. Interno de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Santiago, Chile.
2. Estudiante Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

La artroplastia total de hombro (TSA) ha experimentado un cambio de paradigma debido al auge de diseños reversos. No obstante, la prótesis anatómica se mantiene como el Gold Standard para pacientes con omartrosis primaria y manguito rotador funcional. A diferencia de los modelos reversos, la prótesis anatómica preserva la biomecánica nativa y el centro de rotación fisiológico, lo que significa una recuperación superior de movilidad activa.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 64 años, consultó por omalgia derecha crónica de 8 años de evolución con restricción funcional progresiva. El examen físico reveló elevación de 130°, rotación externa de 30° e interna hasta T12, con fuerza del manguito conservada. Las imágenes fueron compatibles con omartrosis centroprimaria. El buen estado del manguito rotador y la movilidad preoperatoria orientaron a la realización de una TSA anatómica stemless. En el seguimiento, el paciente presentó remisión completa del dolor y una integración precoz a kinesioterapia, logrando rangos de movilidad superiores a los promedios observados en prótesis reversas.

DISCUSIÓN

Este caso ilustra que, pese al uso cada vez más extendido de la prótesis reversa, la prótesis anatómica sigue siendo una excelente alternativa en pacientes seleccionados. En este caso, la indicación se basa en la conservación funcional del manguito rotador, en donde los implantes stemless permiten una reconstrucción más precisa de la versión y el offset humeral, minimizando las complicaciones del vástago y preservando el stock óseo metafisario. En pacientes activos, este enfoque ofrece una cinemática articular más cercana a la normalidad biológica.

CONCLUSIÓN

La prótesis anatómica sigue plenamente vigente. La selección del paciente, basada en la integridad funcional del manguito y una glena centrada, demuestra resultados funcionales efectivos y una mayor funcionalidad a largo plazo.

PALABRAS CLAVE

Artroplastia de reemplazo de hombro, Osteoartritis, Articulación del hombro.

PSEUDOANEURISMA MICÓTICO ILÍACO ROTO EN CONTEXTO DE BACTERIEMIA PERSISTENTE, UNA COMPLICACIÓN POTENCIALMENTE LETAL

Santelices J. (1), Bravo L. (1), Espinoza P. (1), Yoel F. (1), Donoso D. (1), Vergara G. (2).
1. Interno, Universidad Catolica del Maule,Talca, Chile
2. Médico Cirujana, Hospital Regional de Talca, Talca, Chile

INTRODUCCIÓN

Los pseudoaneurismas micóticos son una entidad infrecuente pero potencialmente letal, caracterizada por infección de la pared arterial, debilitamiento estructural progresivo, formación aneurismática y alto riesgo de rotura. Su diagnóstico y manejo continúan siendo complejos, especialmente en pacientes con infección sistémica y múltiples comorbilidades.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 45 años hospitalizado por bacteriemia por Staphylococcus aureus meticilino sensible, asociada a abscesos cervicales, mediastínicos, colecciones toracoabdominales y espondilodiscitis lumbar, en tratamiento antimicrobiano. Evoluciona con lumbalgia intensa, fiebre y deterioro clínico. La angiotomografía computarizada contrastada evidenció pseudoaneurisma de arteria ilíaca común izquierda con signos de rotura contenida y extensa colección retroperitoneal paraaórtica. Se realizó cirugía de urgencia, identificándose colección purulenta paraaórtica comunicada con el origen arterial, destrucción localizada de la pared y abundante material trombótico. Se efectuó resección del segmento comprometido y revascularización mediante bypass axilo-bifemoral. El postoperatorio requirió cuidados intensivos y antibioterapia dirigida.

DISCUSIÓN

Los pseudoaneurismas infecciosos constituyen una complicación grave de la bacteriemia, siendo S. aureus el agente más frecuente. La siembra hematógena arterial provoca destrucción progresiva con riesgo de rotura. La presentación clínica suele ser inespecífica, por lo que mantener sospecha diagnóstica es esencial ante dolor lumbar o abdominal en contexto infeccioso persistente. La AngioTC es el método diagnóstico de elección. El tratamiento requiere resección completa del tejido infectado y revascularización. En campos contaminados, el bypass extra anatómico representa una alternativa eficaz para preservar perfusión distal y reducir riesgo de infección protésica.

CONCLUSIÓN

El pseudoaneurisma micótico ilíaco roto es una urgencia quirúrgica infrecuente de alta mortalidad. El diagnóstico precoz y manejo quirúrgico oportuno son fundamentales para mejorar supervivencia y preservar extremidades.

PALABRAS CLAVE

Bacteriemia, Pseudoaneurisma, Derivación Axilofemoral.

RECIDIVA RETROPERITONEAL DE CARCINOMA RENAL CON NECESIDAD DE COLECTOMÍA DERECHA: REPORTE DE CASO

López F. (1), López F. (1), Padilla R. (1), Riesle B. (1), Díaz D. (1), Menares F. (2).
1. Interno de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile.
2. Médico Cirujano, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células renales (CCR) localmente avanzado con invasión de la vena cava inferior (VCI) representa un desafío quirúrgico de alta complejidad. La tasa de recurrencia locorregional tras nefrectomía radical oscila entre 1% y 6%, siendo la recidiva con infiltración del tracto gastrointestinal una entidad extremadamente infrecuente. La resección en bloque con intención curativa constituye el pilar terapéutico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 51 años sometido a nefrectomía radical derecha, cavotomía y nefrectomía parcial izquierda, por CCR bilateral con compromiso de la VCI. La resonancia magnética evidenció lesión sólido-quística con centro necrohemorrágico en lecho renal derecho, compatible con recidiva local, presentaba infiltración de la serosa del colon ascendente y el plano miofascial adyacente. Se resecó tumor retroperitoneal con colectomía derecha y anastomosis mecánica; en el intraoperatorio además se reparó una lesión pleural derecha. Tras evolución postoperatoria favorable, fue dado de alta en buenas condiciones generales.

DISCUSIÓN

La recidiva local del CCR suele manifestarse en los primeros tres años del postoperatorio, vinculada a factores de mal pronóstico como tamaño tumoral, compromiso ganglionar e invasión venosa. La resonancia magnética resultó determinante para el diagnóstico precoz. Según Huang et al. (2023) la reacción desmoplásica peritumoral oblitera los planos de clivaje, haciendo necesarias resecciones multiviscerales. La cirugía R0 en bloque, ejecutada por equipos multidisciplinarios, demostró ser segura y reproducible.

CONCLUSIÓN

La recidiva retroperitoneal del CCR con infiltración colónica es infrecuente y de manejo complejo. El seguimiento imagenológico estricto permite el diagnóstico precoz, y la resección quirúrgica radical en bloque por equipos especializados representa la terapia de elección, ofreciendo la mejor expectativa oncológica disponible.

PALABRAS CLAVE

Carcinoma de células renales, Recurrencia local de neoplasia, Neoplasias retroperitoneales, Colectomía.

REINTEGRO DEPORTIVO TRAS ARTRITIS SÉPTICA POR STAPHYLOCOCCUS LUGDUNENSIS EN RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR EN BASQUETBOLISTA PROFESIONAL

Santana C. (1), Espinoza M. (1), Schlotterbeck F. (1), Ladrón de Guevara M. (1), Alvizú T. (2), Dominguez G. (3).
1 Interno, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.
2 Estudiante, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.
3 Médico Cirujano, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

La rotura del ligamento cruzado anterior (LCA) es una lesión de alta incidencia en deportistas de pivote. Su reconstrucción quirúrgica busca la estabilidad articular, permitiendo el reintegro deportivo mediante protocolos de rehabilitación basados en criterios funcionales. La artritis séptica postoperatoria es una complicación devastadora y urgente. Staphylococcus lugdunensis, aunque clasificado como estafilococo coagulasa negativo, presenta una virulencia inusual y destructiva similar a Staphylococcus aureus, con alta capacidad de formar biofilms sobre el material de osteosíntesis e injertos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 25 años, basquetbolista profesional con antecedentes de tendinopatía rotuliana bilateral. Sufrió una rotura de LCA izquierdo en valgo dinámico. La resonancia evidenció rotura proximal del LCA y una rotura parcial del 50% del tendón rotuliano. Se realizó una reconstrucción artroscópica con autoinjerto de hueso-tendón-hueso (HTH). Al quinto día postoperatorio evolucionó con fiebre y dolor. Reingresó por sospecha de artritis séptica, con velocidad de hemosedimentación de 120 mm/hr. Se aisló Staphylococcus lugdunensis en el cultivo. Se realizó un aseo quirúrgico artroscópico y antibioterapia guiada con vancomicina. Previo al procedimiento, se obtuvo el Documento de Consentimiento Informado firmado. La rehabilitación avanzada con tecnología de gravedad parcial permitió la marcha independiente a la séptima semana y el inicio de trote y tiros estáticos a los seis meses.

DISCUSIÓN

El caso ilustra la rareza de S. lugdunensis tras reconstrucción con HTH, injerto asociado a menor riesgo infeccioso que el de isquiotibiales. La obtención del injerto desde un tendón previamente comprometido constituye un confusor relevante al interpretar la evolución funcional, que no puede atribuirse a una causa única. La disociación entre fuerza máxima y potencia explosiva resulta un aporte novedoso. Se recomienda el monitoreo proactivo en perfiles de riesgo, el ajuste antibiótico precoz y estrategias preventivas como la inmersión del injerto en vancomicina.

CONCLUSIÓN

Infecciones por patógenos emergentes agresivos exigen un reconocimiento temprano, monitoreo proactivo y ajuste rápido de esquemas antibióticos. El abordaje multidisciplinario farmacológico y kinésico avanzado es crucial para mitigar las secuelas neuromusculares y permitir un retorno progresivo al deporte.

PALABRAS CLAVE

Ligamento Cruzado Anterior, Artritis Infecciosa, Staphylococcus lugdunensis.

REPORTE DE UN CASO DE LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL MASIVO CON PRESENTACIÓN CLÍNICA ATÍPICA E INESPECÍFICA

Viveros G. (1), Espinoza A. (1), Simpson M. (1), Fernández C. (1), Esparza J. (1), Montesinos G. (2).
1. Estudiante, Universidad Ohiggins, Rancagua, Chile.
2. Cirujano colorrectal, Hospital Franco Rivera Zunino, Rancagua, Chile.

INTRODUCCIÓN

Los sarcomas de partes blandas son neoplasias raras, que representan <1% de los cánceres en adultos. El liposarcoma constituye el 19% de estos, siendo el retroperitoneo una localización desafiante debido a su crecimiento lento e insidioso, permitiendo que las masas alcancen grandes volúmenes antes del diagnóstico. El subtipo bien diferenciado posee bajo potencial metastásico, pero destaca por una alta tasa de recurrencia local estimada del 46% a 5 años.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 70 años con antecedente de adenocarcinoma prostático en seguimiento. Consultó por dolor y distensión abdominal subaguda, asociando una masa palpable firme en el flanco izquierdo. La tomografía computarizada abdominopélvica reveló una gran masa retroperitoneal de 30 x 20 cm. Se realizó una biopsia Core guiada por imágenes compatible con liposarcoma bien diferenciado grado 1. Posteriormente el paciente fue sometido a una laparotomía exploratoria, logrando una resección completa en bloque del tumor junto a un segmento de 30 cm de intestino delgado(1). El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico con márgenes quirúrgicos negativos (R0). Finalmente, tras la evaluación por un comité multidisciplinario, se determinó seguimiento activo. No se evidenció recurrencia en un control posterior con tomografía por emisión de positrones (PET/CT). Se obtuvo el consentimiento informado del paciente para la publicación del caso.

DISCUSIÓN

La baja incidencia de estos tumores dificulta su sospecha clínica inicial. Debido al amplio espacio anatómico retroperitoneal, suelen debutar con síntomas compresivos inespecíficos o como masas gigantes. La estrategia terapéutica estándar y principal factor pronóstico es la resección radical con márgenes libres, teniendo en cuenta su escasa respuesta a quimioterapia o radioterapia adyuvante convencional.

CONCLUSIÓN

El liposarcoma retroperitoneal de gran volumen requiere un alto índice de sospecha ante clínica abdominal vaga. El éxito terapéutico radica en un diagnóstico imagenológico oportuno, una resección quirúrgica agresiva R0 y un estricto seguimiento a largo plazo.

PALABRAS CLAVE

Liposarcoma, Neoplasias retroperitoneales, Procedimientos quirúrgicos operativos.

SÍNDROME DE POLIPOSIS MÚLTIPLE DIGESTIVA ASOCIADO A INVAGINACIÓN INTESTINAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO: REPORTE DE CASO Y SEGUIMIENTO

Araya V (1), Álvarez V (1), Orellana F (1), Ramos D (1), Núñez J (1), Valdés C (1), Schnettler D (2) Rebolledo J (3).
1. Interno de Medicina, Universidad Católica Del Maule, Talca, Chile.
2. Cirugía Pediátrica, Hospital Regional de Talca, Talca, Chile.
3. Médico en Etapa de Destinación y Formación, Hospital de Cauquenes, Cauquenes, Chile.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de poliposis múltiple digestiva en pediatría es una entidad infrecuente caracterizada por el desarrollo de múltiples pólipos en el tracto gastrointestinal. Puede debutar con complicaciones mecánicas graves como la invaginación intestinal.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Escolar masculino de 6 años, con antecedente paterno de poliposis intestinal, consultó por anemia crónica severa. Tras realizar el estudio habitual, se amplió estudio con endoscopía digestiva alta y baja la cual evidenció pólipos gástricos, duodenales y rectales. Evolucionó con pseudoobstrucción por invaginación yeyuno-yeyunal proximal secundaria a un pólipo duodenal gigante, requiriendo laparotomía y duodenotomía para su resección. La biopsia informó un pólipo hiperplásico con focos de displasia de bajo grado. Durante cinco años se realizó seguimiento endoscópico y polipectomías seriadas por recurrencia de lesiones. A los 10 años, la histopatología colónica describió un pólipo hamartomatoso compatible con pólipo juvenil con displasia focal de bajo grado. La inmunohistoquímica mostró expresión conservada para SMAD4-DPC4 y el panel genético molecular resultó negativo. Actualmente está estable y sin anemia, manteniendo su seguimiento endoscópico e histopatológico.

DISCUSIÓN

El manejo clínico de la poliposis múltiple digestiva es complejo por la recurrencia de las lesiones. Aunque la histología tardía sugirió un síndrome de poliposis juvenil, el panel genético resultó negativo para todas las variantes patogénicas estudiadas, por lo que mantiene el diagnóstico de poliposis múltiple, sin una etiología definida. Ante el riesgo de malignización por la displasia focal detectada, se ha priorizado la vigilancia endoscópica estrecha.

CONCLUSIÓN

La poliposis múltiple digestiva pediátrica exige resolución oportuna de complicaciones agudas y seguimiento a largo plazo. El control endoscópico seriado es la piedra angular para prevenir hemorragias y la progresión neoplásica.

PALABRAS CLAVE

Pólipos intestinales, Poliposis adenomatosa colónica, Síndromes neoplásicos hereditarios.

SOBREDOSIS DE COCAÍNA COMO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE FALLA MULTIORGANICA EN PACIENTE JOVEN: REPORTE DE UN CASO

Vidal C. (1), Álvarez V. (1), Araya V. (1), Gluscevic M. (1), Torres C. (1), Valdés C. (1), Román R. (2).
1. Interno/a de Medicina, Universidad Católica Del Maule, Talca, Chile.
2. Médico Cirujano, Docente centro de simulación, Universidad Católica Del Maule, Talca, Chile.

INTRODUCCIÓN

La cocaína es una de las drogas ilícitas más consumidas a nivel mundial. En Chile, la prevalencia de consumo durante el último año alcanza aproximadamente 1,2%, predominando en hombres entre 19 y 34 años. La sobredosis puede producir compromiso multisistémico secundario a hiperactividad simpática, vasoconstricción generalizada y toxicidad celular directa, ocasionando manifestaciones multisistemicas. Se presenta un caso de falla multiorgánica reversible asociada a consumo masivo de cocaína.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 37 años, con antecedente de policonsumo, consultó por compromiso de conciencia y agitación psicomotora tras consumo masivo de cocaína durante 48 horas. Ingresó con síndrome simpaticomimético severo e inestabilidad hemodinámica, requiriendo intubación orotraqueal, reanimación con fluidos y soporte vasopresor, permaneciendo siete días en Unidad de Cuidados Intensivos. En dicha unidad presenta falla multiorgánica caracterizada por insuficiencia renal aguda (creatinina máxima 3,65 mg/dl), rabdomiólisis severa, hepatitis tóxica por cocaína (enzimas hepáticas alteradas y estudio viral negativo) y coagulopatía. Evolucionó favorablemente con recuperación progresiva de la función hepática, muscular y renal, sin requerir terapia de reemplazo renal, siendo dado de alta en buenas condiciones generales.

DISCUSIÓN

La falla multiorgánica secundaria a sobredosis de cocaína constituye una presentación grave pero potencialmente reversible. Este caso evidencia que una sospecha diagnóstica precoz y la instauración oportuna de medidas de soporte intensivo, se asocian a una recuperación progresiva de la función hepática, muscular y renal, limitando la evolución del daño orgánico y evitando el uso de terapias invasivas como la diálisis en pacientes jóvenes.

CONCLUSIÓN

La sobredosis de cocaína debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales de falla multiorgánica en pacientes jóvenes. Su reconocimiento y manejo oportunos pueden limitar la progresión del daño sistémico.

PALABRAS CLAVE

Cocaína, Intoxicación, Sobredosis de Droga.

SOSPECHA CLÍNICA Y DERIVACIÓN OPORTUNA EN TENOSINOVITIS FLEXORA PIÓGENA POR CUERPO EXTRAÑO ORGÁNICO RETENIDO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Muschen C. (1), Kauer V. (1), Paúl A. (1), Rodríguez A. (1), Jiménez S. (2).
1. Interno, Universidad Mayor, Santiago, Chile.
2. Becado Medicina del Deporte y la Actividad Física, Universidad Mayor, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

La tenosinovitis flexora piógena aguda es una infección profunda de la vaina flexora y una urgencia tiempo-dependiente, con riesgo de rigidez, pérdida funcional y necrosis tendinosa. Los criterios de Kanavel orientan la sospecha diagnóstica. En atención primaria, la historia clínica y el examen físico dirigidos permiten sospecharla y derivar precozmente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 80 años consultó en atención primaria por cuadro de 48 horas de aumento de volumen, eritema y dolor intenso del índice derecho tras manipular plumas de pavo real, refiriendo penetración palmar de un fragmento. Al examen físico no se identificó puerta de entrada, aunque persistía con sensación punzante de cuerpo extraño. Ante sospecha de infección profunda, se buscaron criterios de Kanavel, destacando aumento fusiforme, semiflexión y dolor a la extensión pasiva. Estos hallazgos orientaron al diagnóstico de tenosinovitis flexora piógena aguda secundaria a cuerpo extraño orgánico retenido. Fue derivada para antibioterapia endovenosa y aseo quirúrgico, extrayéndose un fragmento de pluma de 1,5 cm. Evolucionó favorablemente, sin limitación funcional.

DISCUSIÓN

La tenosinovitis flexora piógena es un desafío diagnóstico por su presentación variable, limitada especificidad de los criterios de Kanavel y posible confusión con infecciones superficiales. A pesar de no identificarse puerta de entrada, el antecedente de lesión penetrante y el examen físico permitieron reconocer signos sugerentes de infección profunda. La imagen puede complementar, pero no retrasar la derivación. El manejo exige derivación urgente, antibióticos endovenosos y evaluación quirúrgica para evitar secuelas funcionales.

CONCLUSIÓN

La anamnesis y el examen físico permitieron sospechar una infección profunda y derivar oportunamente. Un dedo inflamado tras lesión penetrante debe evaluarse con criterios de Kanavel y considerarse posible tenosinovitis flexora piógena para prevenir secuelas funcionales.

PALABRAS CLAVE

Tenosinovitis, Infecciones de los Tejidos Blandos, Traumatismos de los Dedos.

TUMOR DE KRUKENBERG ASOCIADO A CÁNCER COLORRECTAL: REPORTE DE CASOS CON TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Peralta J. (1), Miranda M. (1), Eluzen N. (2), Romero C. (3).
1. Interna, Universidad de Antofagasta, Antofagasta, Chile.
2. Cirujano Digestivo, Hospital Regional de Antofagasta, Antofagasta, Chile.
3. Cirujano General, Hospital Regional de Antofagasta, Antofagasta, Chile.

INTRODUCCIÓN

El tumor de Krukenberg corresponde a una neoplasia metastásica ovárica originada de tumores gastrointestinales, reflejando enfermedad avanzada. Debido a su baja frecuencia y heterogeneidad clínica, los reportes de casos son relevantes para ampliar el conocimiento sobre su comportamiento y manejo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Caso 1: Paciente de 58 años con antecedente de cáncer de colon sigmoides, que presentó una recidiva metacrónica manifestada como masa anexial derecha; la tomografía computarizada evidenció una masa pélvica de aspecto neoplásico, orientando a metástasis ovárica de origen colorrectal asociada a obstrucción intestinal, requiriendo resección tumoral en bloque y posteriores reintervenciones por complicaciones urológicas. La evolución fue favorable, permitiendo continuar con tratamiento sistémico, sin recurrencia hasta 5 años después. Caso 2: Paciente de 38 años sin antecedentes, quien debutó con una obstrucción intestinal; la tomografía y los hallazgos intraoperatorios evidenciaron cáncer colorrectal avanzado con compromiso ovárico bilateral sincrónico, planteando el diagnostico de tumor de Krukenberg. Se trató mediante hemicolectomía derecha, histerectomía total y salpingooforectomía bilateral, con resección oncológica completa y continuidad de terapia sistémica, sin recurrencia tumoral 3 años después.

DISCUSIÓN

El manejo terapéutico del tumor de Krukenberg constituye un desafío clínico que requiere un enfoque multidisciplinario, combinando cirugía y terapia sistémica. La evidencia sugiere mejor supervivencia con resección quirúrgica de la enfermedad macroscópica, especialmente al lograr resección R0. En ambos casos fue posible realizar cirugía con intención oncológica, resolver la urgencia abdominal y continuar el manejo sistémico posterior, reforzando el tratamiento individualizado en este escenario clínico.

CONCLUSIÓN

Estos casos evidencian la heterogeneidad clínica del tumor de Krukenberg de origen colorrectal, de presentación metacrónica o sincrónica. Pese a tratarse de una metástasis a distancia, ambas pacientes presentaron una evolución favorable, sin recurrencia a mediano plazo.

PALABRAS CLAVE

Cirugía oncológica; Obstrucción intestinal; Tumor de Krukenberg.

TUMOR FIBROSO SOLITARIO PÉLVICO COMO DESAFÍO QUIRÚRGICO ENTRE EL CONTROL ONCOLÓGICO Y LA PRESERVACIÓN FUNCIONAL

Olmedo N. (1), Orellana F. (1), Ramos D. (1), Mellado M. (1), Núñez J. (1), Valencia J. (1) Luque G. (2).
1. Interno de Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.
2. Cirugia Cabeza y Cuello, Hospital Regional de Talca, Talca, Chile.

INTRODUCCIÓN

Los tumores fibrosos solitarios (TFS) son neoplasias mesenquimales infrecuentes, de comportamiento impredecible y localización pélvica excepcional. La escasez de guías estandarizadas hace relevante reportar estos casos por los desafíos clínicos que plantean en la decisión quirúrgica de masas en áreas anatómicas complejas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 72 años, con antecedentes de tabaquismo. Consultó por hematuria de tres meses. Estudio endourológico y antígeno prostático normales. La resonancia magnética (RM) reveló una masa ilíaca derecha de 130x80x80 mm, sólida e hipervascular, extendida al agujero ciático mayor y región glútea, sin infiltración vesicoprostática. La biopsia fue compatible con TFS. Se realizó tumorectomía por vía pararrectal derecha con acceso retroperitoneal. Se evidenció masa paravesical pétrea fija al hueso ilíaco y agujero ciático. Ante la complejidad anatómica se optó por resección subtotal (R2) y radioterapia adyuvante. La biopsia excisional confirmó TFS (91x85x73 mm), STAT6(+), CD34(+), Ki-67 10%, riesgo intermedio (criterios de Demicco). Borde quirúrgico negativo a menos de 0.1 mm. Postoperatoria favorable con resolución de hematuria. La RM control evidenció remanente tumoral en el agujero obturador, en íntimo contacto con nervio ciático y músculos adyacentes, indicándose radioterapia adyuvante.

DISCUSIÓN

Dada su baja frecuencia, el TFS pélvico representa un reto diagnóstico y terapéutico. La hematuria obliga a considerar causas compresivas extrínsecas ante estudio urológico no concluyente. Aunque la resección sin remanente (R0) es el estándar, la estrecha relación tumoral con el nervio ciático limitó la radicalidad, por lo que el manejo debe individualizarse según la localización y la relación con estructuras nobles. El riesgo de recurrencia y la conducta terapéutica deben complementarse con modelos de estratificación pronóstica, como los criterios de Demicco.

CONCLUSIÓN

En pacientes con tumores anatómicamente restrictivos, el éxito terapéutico no debe medirse exclusivamente por la radicalidad quirúrgica. La resección parcial con preservación del nervio ciático, complementada con radioterapia, permite equilibrar control oncológico, funcionalidad y calidad de vida.

PALABRAS CLAVE

Mesotelioma Fibroso, Hematuria, Neoplasias Pélvicas.

TUMOR GLÓMICO SUBUNGUEAL, UNA CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR DIGITAL PERSISTENTE: REPORTE DE CASO

Núñez J. (1), Moyano G. (1), Munizaga V. (1), Gluscevic M. (1), Ramos D. (1), Cifras J. (1).
1. Interno de Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.
2. Médico Traumatólogo Adulto, Hospital Regional de Talca, Chile.

INTRODUCCIÓN

Los tumores glómicos son neoplasias benignas poco frecuentes de los cuerpos glómicos, generalmente ubicadas en la región subungueal. Se manifiestan con dolor intenso e hipersensibilidad localizada, pero su diagnóstico suele retrasarse por su pequeño tamaño y escasos hallazgos clínicos. Se presenta un caso de dolor subungueal crónico por tumor glómico, destacando la importancia de la sospecha clínica, el apoyo imagenológico y el tratamiento quirúrgico oportuno.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 36 años, sin antecedentes mórbidos, con dolor subungueal crónico de cuatro años de evolución en el dedo índice derecho, de carácter urente y punzante, progresivo y desencadenado por mínimos estímulos. Al examen físico presentaba dolor intenso a la palpación y deformidad ungueal. Ante la sospecha de una lesión subungueal, se solicitó una ecografía que evidenció una lesión sólida de 2,7 × 1,3 mm compatible con tumor glómico. Se realizó resección quirúrgica mediante abordaje transungueal, confirmándose el diagnóstico por estudio histopatológico. La evolución fue favorable, con resolución completa del dolor y recuperación funcional a los tres meses, sin evidencia de recurrencia. Se resguardo la confidencialidad del paciente y se contó con consentimiento informado para la publicación del caso.

DISCUSIÓN

Los tumores glómicos representan un desafío diagnóstico pese a su sintomatología característica. La literatura describe retrasos diagnósticos prolongados, atribuibles principalmente a la baja sospecha clínica y al reducido tamaño de las lesiones, situación concordante con este caso. Esto refuerza la necesidad de considerar esta entidad en pacientes con dolor digital crónico desproporcionado al examen físico. Asimismo, la ecografía fue útil para identificar la lesión y orientar el tratamiento. La resección quirúrgica permitió la resolución completa de los síntomas y recuperación funcional satisfactoria.

CONCLUSIÓN

La resección completa resolvió síntomas y funcionalidad, evidenciando el impacto clínico de lesiones pequeñas.

PALABRAS CLAVE

Tumor Glómico, Mano, Dolor Crónico.

TUMOR NEUROENDOCRINO APENDICULAR INCIDENTAL EN ADOLESCENTE CON APENDICITIS AGUDA: DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y DECISIÓN TERAPÉUTICA

Ramos D. (1), Orellana F. (1), Núñez J. (1), Araya V. (1), Álvarez V. (1), Valdés C. (1), Schnettler D (2), Rebolledo J. (3).
1. Interno de Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.
2. Especialista en Cirugía pediátrica, Hospital Regional de Talca, Talca, Chile.
3. Médico en Etapa de Destinación y Formación, Hospital de Cauquenes.

INTRODUCCIÓN

Los tumores neuroendocrinos (NET) apendiculares son infrecuentes en pediatría (0,3– 0,7% de las apendicectomías) suelen diagnosticarse incidentalmente. Históricamente hallazgos anatomopatológicos como invasión subserosa o mesoapendicular, determinaban indicar cirugías radicales, la evidencia reciente favorece un enfoque conservador en lesiones pequeñas y diferenciadas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 13 años, sin antecedentes. Consultó por dolor en fosa ilíaca derecha, vómitos y fiebre. La tomografía computarizada abdominal concluyó: apéndice de 10 mm con engrosamiento difuso, sin perforación. Se realizó apendicectomía abierta sin incidentes. La histopatología informó apendicitis aguda ulceroflegmonosa con tumor neuroendocrino bien diferenciado, patrón insular, localizado en tercio distal del apéndice, de 1,0 × 0,4 cm, Ki-67 1,3% (G1), extensión tumoral hasta subserosa, sin invasión linfovascular ni perineural, márgenes quirúrgicos negativos. Fue clasificado como pT3Nx. La evolución postoperatoria fue favorable, sin requerimiento de tratamiento complementario.

DISCUSIÓN

La principal controversia radicó en la interpretación del pT3 por extensión subserosa. Sin embargo, en población pediátrica el tamaño tumoral, grado histológico y márgenes quirúrgicos tienen mayor valor pronóstico que la extensión subserosa aislada. En tumores menores de 2 cm, G1 y con márgenes negativos, la apendicectomía exclusiva logra control oncológico adecuado, con una supervivencia cercana al 100%, independientemente de la presencia de algunos factores histológicos tradicionalmente considerados de riesgo. En este caso, la aplicación de recomendaciones actuales permite evitar cirugías radicales y potencialmente mórbidas sin comprometer los resultados oncológicos esperados.

CONCLUSIÓN

Los NET apendicular pediátrico bien diferenciado, pequeño y con márgenes libres, la extensión subserosa aislada no justifica cirugía radical. La apendicectomía exclusiva representa una estrategia terapéutica adecuada y segura, permitió evitar una intervención mayor sin comprometer el pronóstico.

PALABRAS CLAVE

Neoplasias neuroendocrinas, Apendicectomía, Apéndice.

ACEMUAT
2026