



DESAFÍO DE MANEJO DE ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE. REPORTE DE CASO

Antonia Soto, Bastian Trureo, Isabella Uribe, Javiera Vega (1), Dr. Francisco Pereira (2)

(1) Universidad de Santiago de Chile.

(2) Departamento dermatología, Hospital El Pino.

INTRODUCCIÓN

La alopecia frontal fibrosante es una alopecia cicatricial progresiva caracterizada por la pérdida irreversible de folículos pilosos en la línea frontal y temporal del cuero cabelludo, con múltiples factores involucrados en su etiología(1). Entre sus manifestaciones clínicas destaca la tricodinia, que suele correlacionarse con procesos inflamatorios folliculares(1)(2). El manejo se centra en la estabilización de la enfermedad y aliviar sintomatología, considerando que la recuperación capilar es limitada, especialmente en áreas con fibrosis avanzada y pérdida de orificios foliculares(3).

CASO CLÍNICO

Mujer de 56 años, sin antecedentes mórbidos relevantes, presenta caída progresiva del cabello en zona capilar frontal. A partir de hallazgos en examen físico y tricoscopia, se confirma AFF, iniciándose seguimiento clínico con controles periódicos trimestrales para evaluación de respuesta terapéutica.

Tras 2 años y 4 meses de tratamiento médico optimizado, con ajuste periódicos que incluyó agentes tópicos (minoxidil) y sistémico con agentes inmunomoduladores (hidroxicloroquina) y antiandrogénicos (finasteride), antibióticos e infiltraciones locales con corticoides. Actualmente mantiene receta magistral de minoxidil con finasteride oral diaria, hidroxicloroquina diaria, y doxiciclina por un mes en contexto de tricodinia.

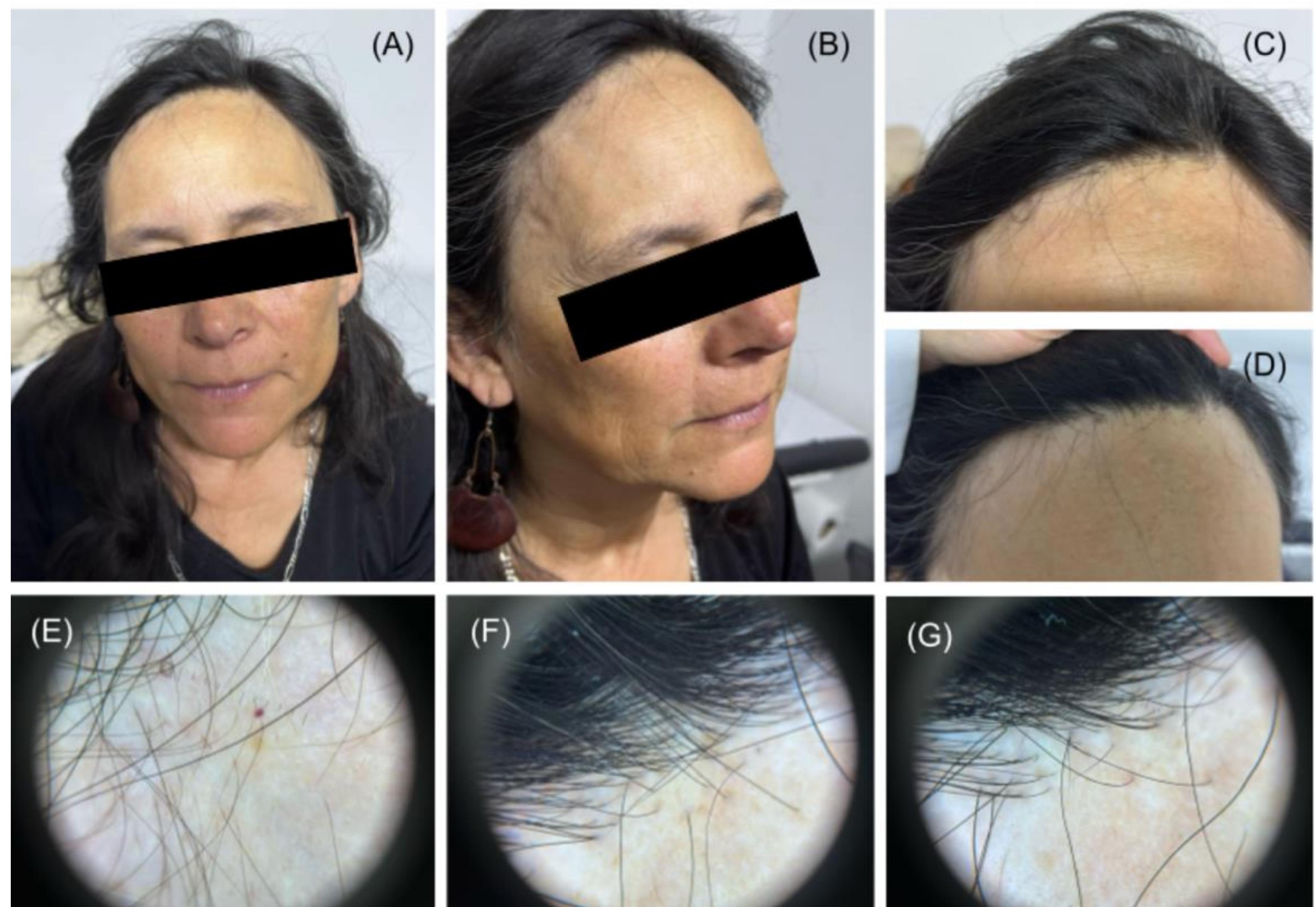
PREGUNTA CLÍNICA

En pacientes con alopecia frontal fibrosante en seguimiento prolongado, ¿el tratamiento médico combinado de agentes sistémicos y minoxidil con ajustes periódicos, logra disminuir la sintomatología inflamatoria (tricodinia, prurito) y detener la progresión de la enfermedad?

ABORDAJE METODOLÓGICO

Se utilizaron datos de la ficha clínica de la paciente junto a una búsqueda bibliográfica, seleccionando publicaciones atingentes.

Figura 1: Imágenes clínicas y tricoscópicas de paciente con alopecia frontal fibrosante.



(A y B) Vista frontal y lateral. Se evidencia retroceso de la línea de implantación capilar en región temporofrontal, asociado a hipopigmentación de la zona alopécica. Además, de disminución de la densidad capilar en cejas, con predominio en el extremo lateral (cola de ceja).

(C y D) Detalle de la zona frontal con disminución de densidad capilar y pérdida progresiva de la línea de implantación.

(E-G) Imágenes tricoscópicas que evidencian presencia de "lonely hairs", fondo rosado, eritema perifolícular y escamas perifolículares, signos característicos de inflamación folicular activa en alopecia frontal fibrosante.

RESOLUCIÓN DEL CASO

Durante seguimiento, paciente refiere persistencia de caída capilar y tricodinia. A la tricoscopia, se objetiva retroceso de la línea de implantación capilar frontal e hipopigmentación, eritema perifolícular y "lonely hairs", con respuesta clínica parcial a las terapias empleadas.

DISCUSIÓN

Actualmente no existen directrices estándar para el tratamiento de la AFF. El manejo es individualizado según actividad de la enfermedad, carga sintomática y comorbilidades presentes(4). La estrategia terapéutica combinada más utilizada incluye antiandrogénicos o hidroxicloroquina con minoxidil tópico y esteroides intralesionales, con ajustes periódicos según evolución y tolerancia(5). En este caso, no se consiguió frenar la progresión de la alopecia, pero sí existió alivio sintomático. La respuesta a tratamiento está limitada principalmente por fibrosis folicular irreversible presente(6); por ello, una intervención temprana mejora el pronóstico. En casos refractarios se ha innovado con tratamientos coadyuvantes como prednisona oral, que detiene temporalmente la recesión de la línea del cabello, o el láser excimer, que ha demostrado control inflamatorio en casos de enfermedad activa(6)(7). Debido a la naturaleza resistente de la enfermedad, un diagnóstico temprano y manejo actualizado son fundamentales para optimizar resultados.

Bibliografía

1. Kerkemeyer, K. L. S., Eisman, S., Bhoyrul, B., Pinczewski, J., & Sinclair, R. D. (2021). Frontal fibrosing alopecia. *Clinics in Dermatology*, 39(2), 183–193.
2. Lis-Świątę, A., & Brzezińska-Wcislo, L. (2020). Frontal fibrosing alopecia: a disease that remains enigmatic. *Postepy dermatologii i alergologii*, 37(4), 482–489.
3. Porriño-Bustamante, M. L., Fernández-Pugnaire, M. A., & Arias-Santiago, S. (2021). Frontal Fibrosing Alopecia: A Review. *Journal of Clinical Medicine*, 10(9), 1805.
4. European Dermatology Forum. (2021). Evidence-based (S3) guideline for the treatment of lichen planus - including lichen planopilaris and frontal fibrosing alopecia. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 35 (Suppl. 1), 1–38
5. Saceda-Corredor, D., Moreno-Arribes, Ó. M., & Vaño-Galván, S. (2021). The Saceda-Corredor Scale: A validated tool for grading frontal fibrosing alopecia severity. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 112(2), 123–130.
6. Messinger, A. G., Asfour, L., & Harries, M. (2024). Frontal fibrosing alopecia: An update. *American Journal of Clinical Dermatology*, 26(2), 155–174.
7. Rácz, E., Gho, C., Moorman, P. W., Noordhoek Hegt, V., & Neumann, H. A. M. (2013). Treatment of frontal fibrosing alopecia and lichen planopilaris: A systematic review. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 27(12), 1461–1470.



Aplicación de Modelos y Teorías de Enfermería en la Valoración Integral de la Persona Mayor y su Familia: desafíos ante el rechazo al seguimiento en APS.

Benjamin Meneses (benjamin.meneses@estudiante.uc.cl), Diego Poblete (dpoplete24@estudiante.uc.cl)
Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

Se realizó un estudio de familia, definido por Dois (2019) como una estrategia clínica integradora para mapear la situación biopsicosocial familiar. En él se aplicaron el modelo de autocuidado de Orem y el Calgary Family Assessment Model (CFAM), con el fin de identificar necesidades y planificar intervenciones pertinentes.

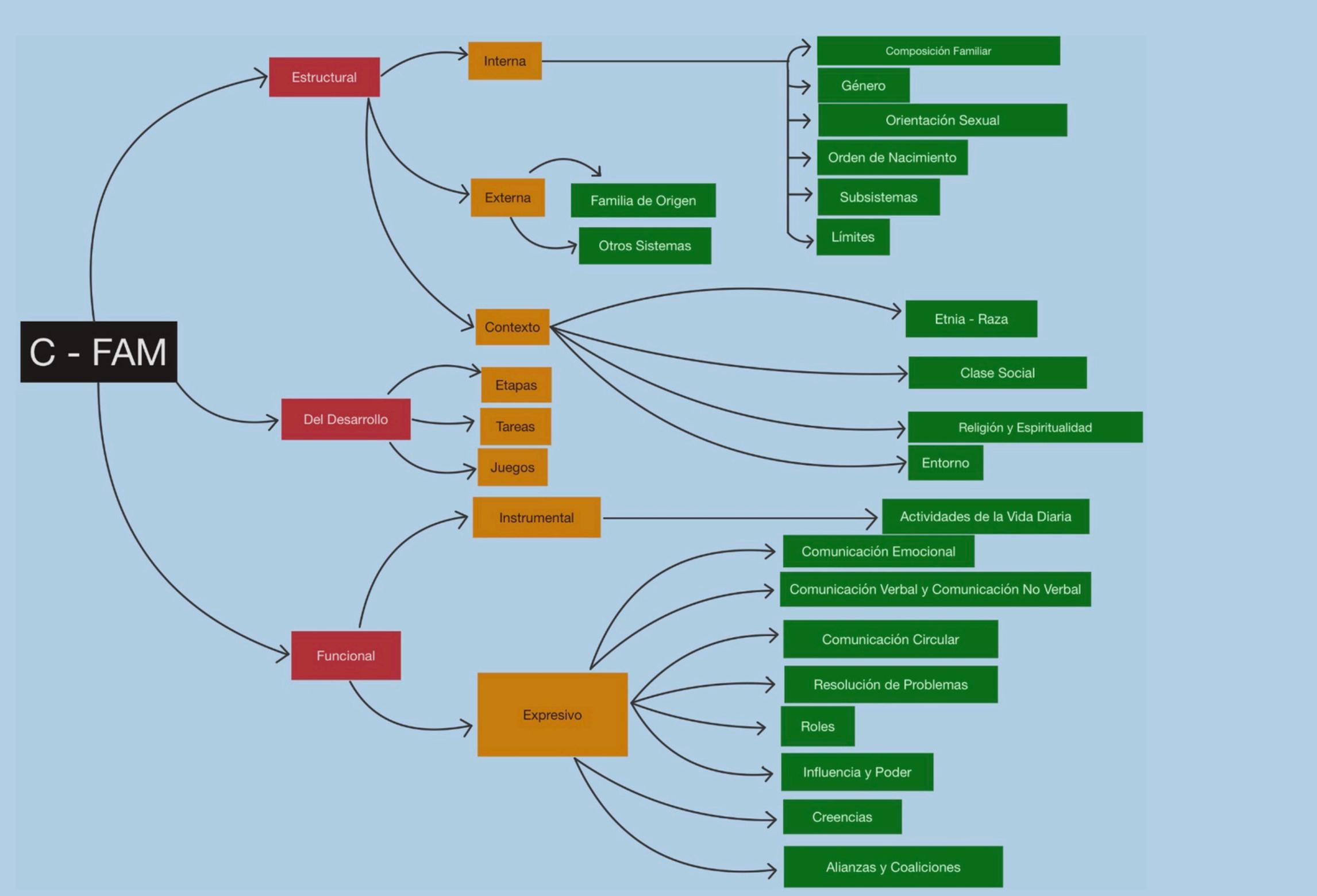


Figura 1. Representación del modelo Calgary de evaluación familiar (CFAM). Elaboración propia basada en Wright y Leahey (2012).

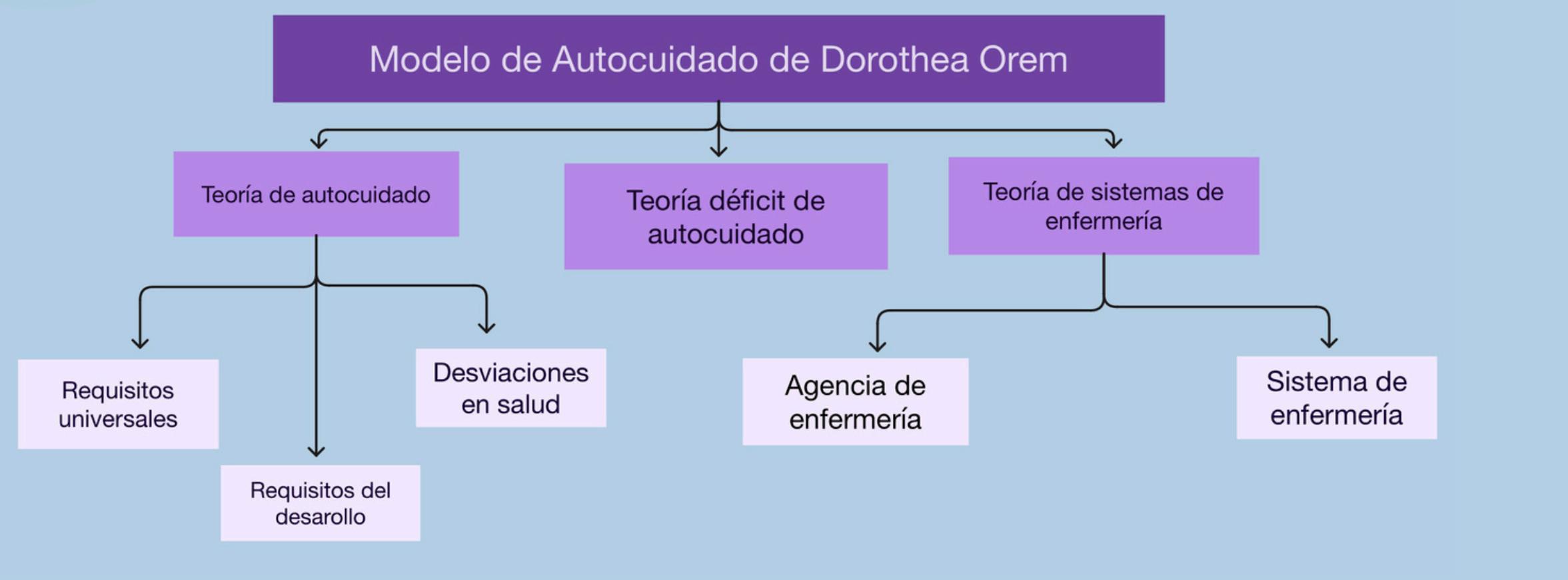


Figura 2. Modelo de autocuidado. Adaptado de Orem, D. E. (1981). Teoría del autocuidado.

Objetivo: Analizar la aplicación de modelos y teorías de enfermería en la valoración integral de una persona mayor y su familia que rechazan el seguimiento en APS.

Pregunta Clínica: En personas mayores, cuya familia rechaza el vínculo con APS ¿la valoración integral e intervenciones de enfermería planteadas en base al modelo de Valoración Familiar de Calgary y la Teoría de autocuidado de Dorothea Orem, fortalecen la conexión con la salud ambulatoria e impulsan el autocuidado?

Abordaje metodológico: Se realizaron visitas domiciliarias para evaluar a la familia, identificando carencias funcionales expresivas y déficits en autocuidado universal y funcional según la teoría de Orem. Se propusieron intervenciones educativas y prácticas.

- En la aplicación del test APGAR familiar, la madre obtuvo 0 puntos y el hijo (J.S.) 10, indicando dificultades emocionales y comunicativas.

ESCENARIO CLÍNICO

T.V. mujer de 83 años. Núcleo familiar disfuncional.

- Familia nuclear (J.S. Y D.S.)
- J.S. Expresa un rechazo hacia el CESFAM
- Antecedentes de polifarmacia y polipatología.

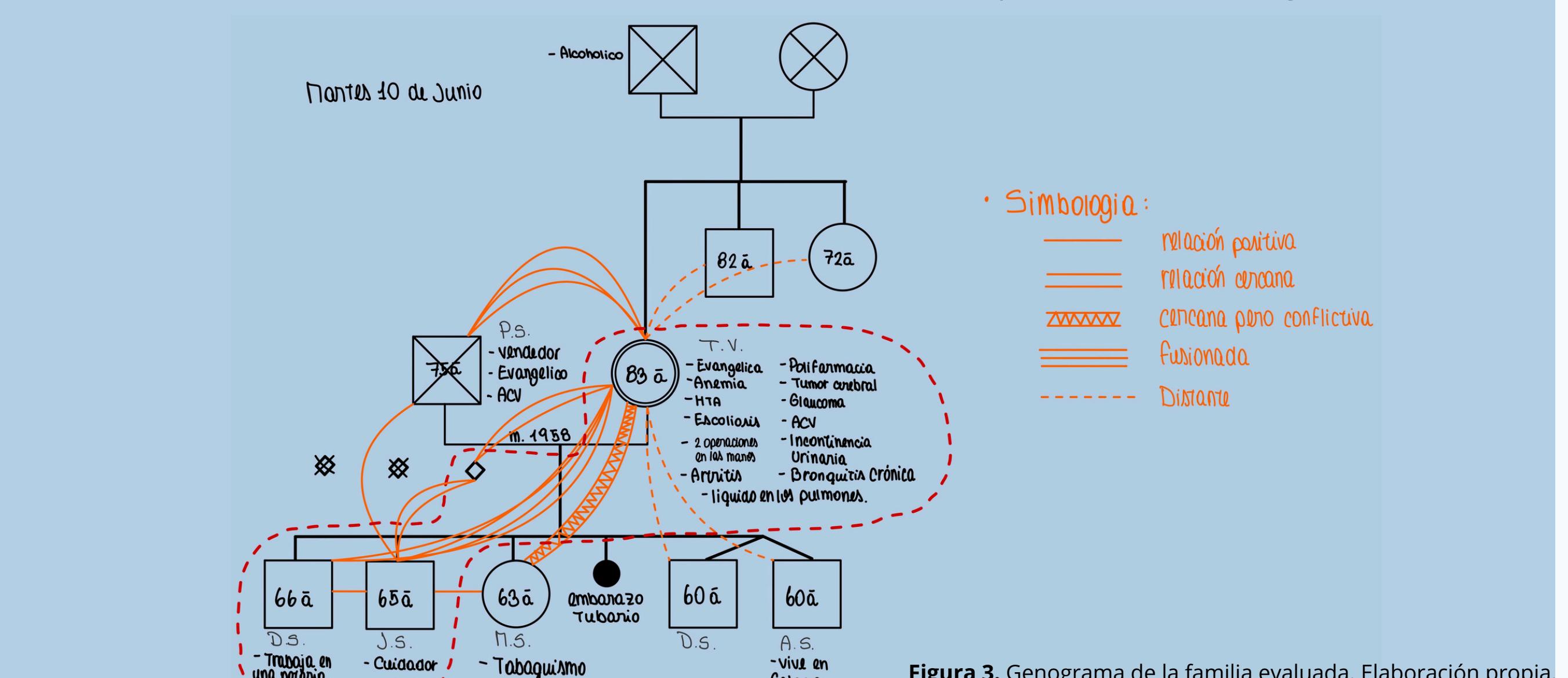


Figura 3. Genograma de la familia evaluada. Elaboración propia.

Diagnósticos de enfermería

Deterioro cognitivo relacionado con disminución de la estimulación cognitiva en el entorno familiar manifestado por dificultad para recordar información, extravío de documentos y antecedentes depresivos.

Intervenciones

Estimulación cognitiva (4720): Realización de ejercicios de memoria adaptados a su composición familiar y de actividades recreativas de estimulación cognitiva (Butcher, 2018) (Aguirre, 2013)

Caídas del adulto mayor relacionado con declive en la movilidad y elementos ambientales de riesgo manifestado por caídas previas

Prevención de caídas (6490): Educación en identificar elementos de riesgo en su hogar y en técnicas de levantamiento en caso de caída (Butcher, 2018) (Martínez, 2022)

Interacción social disfuncional en el entorno familiar, relacionado con la baja comunicación, escaso involucramiento emocional y falta de expresiones afectivas, manifestada por sentimientos de aislamiento, percepción de poco cariño y retramiento social.

Mejora de la comunicación familiar (7140), mediante la fomentación de espacios de diálogo entre el paciente y su familia, para así facilitar la expresión de sus emociones en un ambiente seguro. (Butcher, 2018) (Bernard, 2023)

Tabla 1. Diagnósticos e intervenciones familiares de enfermería. Adaptado de NANDA International (2021).

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

Como estudiante, comprobamos que el uso de modelos y teorías en la valoración integral del adulto mayor y su familia no solo estructura, sino optimiza los cuidados, extendiendo el alcance más allá del centro de salud. La mirada holística y fundamentada permite brindar una atención significativa, humana y continua, incluso en la distancia.

GENOGRAMA



INTERVENCIONES



BIBLIOGRAFÍA



DECISIÓN TERAPÉUTICA ANTE CUADRO DE ACALASIA EN PACIENTE JOVEN



UNIVERSIDAD
DE SANTIAGO
DE CHILE

AUTORES: CYNTHIA YÁÑEZ¹, DAPHNE MOLINA¹, CAMILA JEREZ¹, DIANA HUINA¹

TUTOR/ES: CLAUDIA LEMUS², MACARENA SAAVEDRA³.

(1) INTERNA DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE

(2) CIRUJANA GENERAL, SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL SAN JOSÉ.

(3) RESIDENTE DE CIRUGÍA, SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL SAN JOSÉ.

INTRODUCCIÓN

La acalasia es un trastorno primario de la motilidad esofágica (Jia et al., 2023), caracterizado por la relajación deficiente del esfínter esofágico inferior (EEI) y contracciones ausentes o espásticas del cuerpo esofágico (Savarino et al., 2022). Los síntomas son disfagia ilógica, regurgitación, dolor torácico y pérdida de peso (Jia et al., 2023). El gold standard diagnóstico es la manometría esofágica de alta resolución (HRM), y el tratamiento consiste en aliviar los síntomas mediante la disminución de la presión del EEI (Pasricha y Ahuja, 2025).

RESOLUCIÓN DEL CASO

Durante la hospitalización se solicita serología Chagas (negativa) y endoscopia digestiva alta compatible con acalasia. Se realiza LHM y Funduplicatura de Dor, evolucionando sin complicaciones, siendo dada de alta con controles ambulatorios.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Tanto la LHM con funduplicatura de Dor, como POEM son técnicas eficaces con baja incidencia de complicaciones para el tratamiento de la acalasia (Sobral et al., 2024), sin embargo, existen altas tasas de RGE post-POEM, lo que significaría en pacientes jóvenes, mayor riesgo de desarrollar esófago de Barrett a largo plazo (Mustian y Wong, 2025). En este caso, dado que la paciente es joven, se decidió manejo con LHM, ya que la posibilidad de RGE, resulta preocupante. Además, al ser una técnica mínimamente invasiva, permite posteriores intervenciones como POEM en caso de recurrencia (Mustian y Wong, 2025).

Las limitaciones incluyen, la falta de seguimiento a largo plazo para evaluar recurrencia de síntomas y la disponibilidad restringida de recursos en el sistema público.

Tanto LMH como POEM son técnicas con amplio respaldo bibliográfico en el tratamiento de acalasia, por lo que la decisión terapéutica debe basarse en las características de cada caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jia, X., Chen, S., Zhuang, Q., Tan, N., Zhang, M., y Cui, Y. (2023). Achalasia: The current clinical dilemma and possible pathogenesis. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 29(2), 145–155. <https://doi.org/10.5056/jnm22176>
2. Mustian, M., y Wong, K. (2025). Surgical management of achalasia. *Abdominal radiology*, 50(6), 2351–2357. <https://doi.org.ezproxy.usach.cl/10.1007/s00261-024-04664-3>
3. Pasricha, P., y Ahuja, N. (2025). Pneumatic dilation and botulinum toxin injection for achalasia. *UpToDate*. https://www.uptodate.com/contents/pneumatic-dilation-and-botulinum-toxin-injection-for-search=achalasia&topicRef=2268&source=see_link
4. Savarino, E., Bhatia, S., Roman, S., Sifrim, D., Tack, J., y Thompson, S.K. (2022). Achalasia. *Nature Reviews Disease Primers*, 8(1), 28. <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00356-8>
5. Sobral, J., Machado, M., Barbosa, J. P., y Barbosa, J. (2024). Achalasia: laparoscopic Heller myotomy with fundoplication versus peroral endoscopic myotomy-a systematic review and meta-analysis. *Esophagus: Official Journal of The Japan Esophageal Society*, 21(3), 298–305. <https://doi.org.ezproxy.usach.cl/10.1007/s10388-024-01063-x>

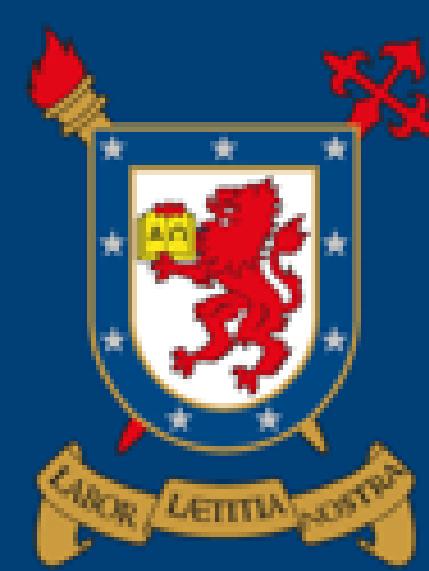
PREGUNTA CLINICA

En pacientes jóvenes con acalasia, ¿la Miotomía laparoscópica de Heller (LHM) con Funduplicatura de Dor es mejor opción terapéutica en comparación a la Miotomía endoscópica peroral esofágica (POEM)?

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica en Pubmed (MESH) seleccionando publicaciones pertinentes para responder la pregunta clínica planteada.

Fisiopatología y avances acerca del dolicomegasigma chagásico: A propósito de un caso.



UNIVERSIDAD
DE SANTIAGO
DE CHILE

Autores: Felipe Ahumada¹; Michelle Domic¹; Maira Escobar¹; Belén Flores². Tutor: Iván Ruiz
(1) Interna/o Medicina Universidad de Santiago de Chile, Hospital Barros Luco Trudeau; (2) Estudiante
Medicina Universidad de Santiago de Chile. (3) Cirujano Digestivo, Hospital Barros Luco Trudeau.

1.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Chagas es provocada por el protozoo *Trypanosoma cruzi*, transmitido por vectores triatomínos, como el *Triatoma infestans*. Endémico de América Central y Sur, afecta aproximadamente 7 millones de personas (1, 2). Presenta fases aguda y crónica; el tratamiento agudo se realiza con antiparasitarios (3), sin embargo, hasta 30% de los casos evolucionan con complicaciones crónicas en diversos órganos (1, 2), como el corazón y tracto gastrointestinal (4).

2.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 61 años con antecedente de hospitalización por obstrucción intestinal secundaria a vólvulo del sigma, acude a servicio de urgencias tras 1 mes por nuevo cuadro obstructivo. Dentro de estudio por megacolon destaca serología Chagas positiva.

3.

PREGUNTA CLÍNICA

¿Cuál es la fisiopatología del megacolon Chagásico? ¿Existen alternativas de manejo para evitar las complicaciones crónicas?

4.

ABORDAJE METODOLÓGICO

Se realizó una búsqueda bibliográfica en pubmed que incluyó los términos MeSH “Chagas disease” y “Megacolon”, y “Treatment”. Se aplicaron filtros “últimos 5 años”, “Free full text”.

5.

RESOLUCIÓN

La etapa aguda del compromiso colónico presenta una fase de parasitismo neuronal del plexo mientérico, con muerte ganglionar (1, 2, 5), lo que sugiere que el compromiso neuronal es temprano. Tras la fase aguda no se ha demostrado presencia de parásitos, pero sí de ADN protozoario, que pudiera asociarse a reacción inflamatoria persistente (5). En su etapa crónica el compromiso se caracteriza por hipertrofia de la capa muscular y denervación intramuscular, progresivos y posiblemente responsables de las alteraciones de la motilidad y complicaciones posteriores. Para evitar el desarrollo de complicaciones crónicas se han estudiado formas de neuroprotección incluyendo inmunomoduladores (ciclofosfamida), AINEs (ácido acetilsalicílico), y productos naturales con rol antiinflamatorio (*Lycopodium clavatum*); en animales han demostrado disminución de infiltrado inflamatorio, hipertrofia muscular, y aumento del conteo neuronal (6). Por último, el manejo quirúrgico, en caso de compromiso colónico, sólo se considera en constipación refractaria u otras complicaciones (1), el cual fue el manejo del paciente presentado, quien cursó con complicaciones post-operatorias y fue dado de alta satisfactoriamente. No se administraron tratamientos de prevención asociados debido a falta de utilidad para su uso en humanos.

6.

FIGURAS

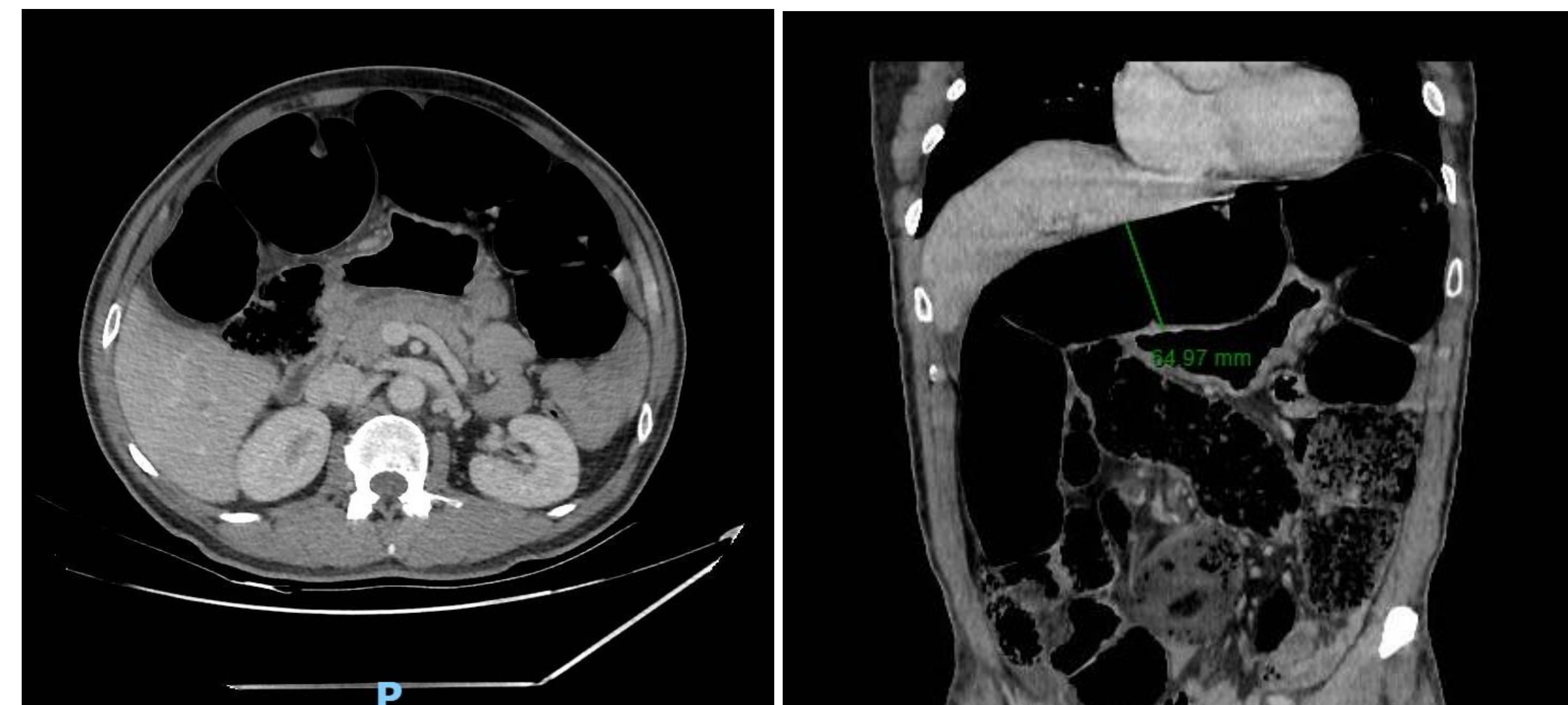


Figura 1. Tomografía computada de abdomen y pelvis que evidencia dilatación severa de asas colónicas, con abundante contenido fecal y zona de cambio de calibre a nivel de hipogastrio, donde se evidencia torsión de mesenterio, compatible con vólvulo sigmoideo.

7.

CONCLUSIONES

La fisiopatología de la enfermedad de Chagas es compleja, con manifestaciones crónicas consecuencia de inflamación aguda y crónica. Se requiere mayor investigación que permita el desarrollo de fármacos para evitar las manifestaciones crónicas, que junto a las medidas de estilo de vida y manejo quirúrgico permitan mejorar el pronóstico y calidad de vida de las personas con Enfermedad de Chagas.

8.

REFERENCIAS

1. Medina-Rincón GJ, Gallo-Bernal S, Jiménez PA, Cruz-Saavedra L, Ramírez JD, Rodríguez MJ, Medina-Mur R, Díaz-Nassif G, Valderrama-Achury MD, Medina HM. Molecular and Clinical Aspects of Chronic Manifestations in Chagas Disease: A State-of-the-Art Review. *Pathogens*. 2021 Nov 16;10(11):1493. doi: 10.3390/pathogens10111493. PMID: 34832648; PMCID: PMC8619182.
2. de Souza Marques F, Duarte THC, Xavier VF, Ferraz AT, das Mercês AC, Silva TVC, Mendes LC, da Fonseca Medeiros L, Perin L, Mathias FAS, da Silva Fonseca K, Nogueira-Paiva NC, Carneiro CM, de Abreu Vieira PM. Different infective forms trigger distinct lesions in the colon during experimental Chagas disease. *Parasitol Res*. 2021 Oct;120(10):3475-3486. doi: 10.1007/s00436-021-07236-2. Epub 2021 Sep 3. PMID: 34476583.
3. MINSAL. Manual de procedimiento para la atención de pacientes con enfermedad de Chagas. 2017.
4. Baldoni NR, de Oliveira-da Silva LC, Gonçalves ACO, Quintino ND, Ferreira AM, Bierrenbach AL, Padilha da Silva JL, Pereira Nunes MC, Ribeiro ALP, Oliveira CDL, Sabino EC, Cardoso CS. Gastrointestinal Manifestations of Chagas Disease: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Am J Trop Med Hyg*. 2023 Dec 4;110(1):10-19. doi: 10.4269/ajtmh.23-0323. PMID: 38052078; PMCID: PMC10793035.
5. Ricci MF, Béla SR, Moraes MM, Bahia MT, Mazzetti AL, Oliveira ACS, Andrade LO, Radí R, Piacenza L, Arantes RME. Neuronal Parasitism, Early Myenteric Neurons Depopulation and Continuous Axonal Networking Damage as Underlying Mechanisms of the Experimental Intestinal Chagas' Disease. *Front Cell Infect Microbiol*. 2020 Oct 15;10:583899. doi: 10.3389/fcimb.2020.583899. PMID: 33178632; PMCID: PMC7597600.
6. do Carmo Neto JR, Guerra RO, Rodrigues WF, da Silva MV, Machado JR. Neuroprotective Treatments for Digestive Forms of Chagas Disease in Experimental Models: A Systematic Review. *Oxid Med Cell Longev*. 2022 Sep 25;2022:9397290. doi: 10.1155/2022/9397290. PMID: 36199427; PMCID: PMC9527410.
7. Todd, I. P., Porter, N. H., Morson, B. C., Smith, B., Friedmann, C. A., & Neal, R. A. (1969). Chagas disease of the colon and rectum. *Gut*, 10(12), 1009–1014. <https://doi.org/10.1136/gut.10.12.1009>
8. Frade AF, Guérin H, Nunes JPS, Silva LFSE, Roda VMP, Madeira RP, Brochet P, Andrieux P, Kalil J, Chevillard C, Cunha-Neto E. Cardiac and Digestive Forms of Chagas Disease: An Update on Pathogenesis, Genetics, and Therapeutic Targets. *Mediators Inflamm*. 2025 Apr 21;2025:8862004. doi: 10.1155/mi/8862004. PMID: 40297326; PMCID: PMC12037249.
9. Imperador CHL, Scarim CB, Bosquesi PL, Lopes JR, Cardinalli Neto A, Giarolla J, Ferreira El, Dos Santos JL, Chin CM. Resveratrol and Curcumin for Chagas Disease Treatment-A Systematic Review. *Pharmaceuticals (Basel)*. 2022 May 15;15(5):609. doi: 10.3390/ph15050609. PMID: 35631435; PMCID: PMC9143057.

MANEJO DE ABSCESO MAMARIO RECURRENTE EN MASTITIS GRANULOMATOSA: A PROPÓSITO DE UN CASO.



UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE

AUTORES: CYNTHIA YÁÑEZ¹, DAPHNE MOLINA¹, CAMILA JEREZ¹, DIANA HUINA¹

TUTOR: GLADYS IBAÑEZ²

(1) INTERNA DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE

(2) CIRUJANA, ESPECIALISTA EN MASTOLOGÍA, HOSPITAL SAN JOSÉ

INTRODUCCIÓN

La mastitis granulomatosa (MG) es una inflamación benigna y crónica, con mayor incidencia en mujeres jóvenes que han cursado gestaciones y usuarias de anticonceptivos orales (Blackmon et al., 2024). Es idiopática; su diagnóstico es por biopsia core. Tiene diversas etiologías, infecciones, microcolecciones, inmunológicas y reacciones de hipersensibilidad (Dolu et al., 2025), siempre descartando otras patologías granulomatosas, especialmente tuberculosis (TBC). Puede confundirse con cáncer de mama por presentar masas inflamatorias marginales, abscesos, linfoadenopatías axilares, retracción del pezón y piel de naranja (Dixon y Pariser, 2022). Siendo frecuente la recurrencia de absceso mamario (AM).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Usaria de 49 años, con antecedentes de MG diagnosticada con biopsia en 2022 (descarta TBC), donde se realiza resección de conductos mamarios bilaterales. Consulta actualmente en Servicio de Atención Primaria de Urgencia, por dolor en mama izquierda (MI), induración leve, eritema periareolar, manejado ambulatoriamente con analgesia y cloxacilina oral. Mantuvo evolución tórpida, reconsultando en el Hospital San José. Ingresa con dolor, induración, eritema, telorrea, aumento de tamaño ganglionar axilar y pezón umbilikado en MI. Se hospitaliza por absceso de MI complicado.

PREGUNTA CLINICA

En mujeres con MG no puerperal complicada con AM, ¿el manejo conservador comparado con el manejo quirúrgico disminuye la recurrencia?

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en Pubmed (MESH). Seleccionando publicaciones pertinentes para responder la pregunta clínica planteada.

RESOLUCIÓN DEL CASO

Se instalaron 2 branulas laterales al pezón de MI, permitiendo el drenaje de líquido purulento, con ayuda de presión manual. Se mantiene con bránula, cloxacilina endovenosa, analgesia y aseo. Dada de alta al cuarto día con antibióticos orales y sin drenaje.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Existen múltiples opciones terapéuticas, que incluyen observación en casos leves, antibióticos, corticoides, inmunomoduladores, drenajes y resección total o parcial en casos graves. A pesar de ello, no hay directrices establecidas que aborden específicamente el manejo de grandes AM (Montiel et al., 2025) y se planteaba un mejor outcome de las cirugías. Sin embargo, no hay una diferencia estadísticamente significativa respecto a la falla en el tratamiento, formación de fistulas y recurrencia entre ambas técnicas (Pal et al., 2023), por lo que, el manejo conservador resultaría igual de eficaz, además de presentar una diferencia estadísticamente significativa en el tiempo de recuperación, la formación de cicatrices, la resolución clínica y en el dolor posintervención (Pal et al., 2023). Por ello, es necesario adecuar caso a caso las estrategias de manejo y optimizar los protocolos de tratamiento para AM en MG (Dolu et al., 2025).

BIBLIOGRAFÍA

1. Blackmon, M., Nguyen, H., Vadakekut, E., Mukherji, P. (2024). Acute Mastitis. StatPearls [Internet]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557782/>
2. Dixon, M., Pariser, K. (2022). Nonlactational mastitis in adults. UptoDate. Recuperado el 14 de septiembre 2025 de <https://www.uptodate.com/contents/nonlactational-mastitis-in-adults>
3. Dolu, F., Ay, O. F., & Küpeli, A. H. (2025). Clinical outcomes and recurrence predictors in breast abscess surgical management: A retrospective analysis. Medicine, 104(29), e43280. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000043280>
4. Montiel, D., Samudio, M., & Jarolin, S. (2025). Mastitis Granulomatosa, características clínicas y tratamiento. Revista Paraguaya de Reumatología, 11(1), 16-20. Disponible en: <https://doi.org/10.18004/rpr/2025.11.01.16>
5. Pal, B., Shaikh, O., Vijayakumar, C., Prakash, S., Balasubramanian, G., Kumbhar, U. (2023). A Randomized Controlled Trial Comparing Ultrasonography-Guided Needle Aspiration and Surgical Drainage for the Management of Breast Abscess. Cureus, 15(12), e50956. DOI 10.7759/cureus.50956

Miocarditis aguda con presentación gastrointestinal: reporte de caso

Autora: Luna Leiva Covarrubias¹ | **Tutor:** Dr. Tomás Mattamala Aravena²

¹Interna de Medicina, Universidad de Santiago de Chile.

²Médico general de zona, Centro de Salud Familiar La Bandera.



Introducción

La miocarditis es una inflamación del miocardio, secundaria a virus, bacterias, toxinas o mecanismos autoinmunes. Su presentación clínica varía desde síntomas leves hasta insuficiencia cardíaca fulminante (Caforio et al., 2013). En adultos jóvenes, la presentación con dolor torácico puede simular un síndrome coronario agudo. Además, se ha documentado una posible asociación entre infecciones gastrointestinales, como las causadas por *Campylobacter jejuni*, y la aparición de miocarditis (Kumar et al., 2020).

Caso Clínico

Paciente masculino de 19 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por dolor epigástrico tipo cólico, náuseas, vómito alimentario y diarrea autolimitada. Seis horas después desarrolla dolor precordial opresivo (EVA 6/10), fluctuante, irradiado al cuello, con palpitaciones. En la anamnesis dirigida niega síntomas de la esfera reumatólogica, baja de peso, infección, vacunas, fármacos, homeopatía ni viajes recientes. Solo refiere episodio de un día de evolución de dolor abdominal asociado a náuseas y cefalea hace dos meses. El 14/10 consulta en el Hospital Parroquial de San Bernardo. EKG muestra supradesnivel del ST en cara inferior; troponina: 2500. Es derivado al Hospital Barros Luco Trudeau (HBLT).

Pregunta Clínica

En un paciente joven con dolor precordial y síntomas digestivos previos, ¿la realización de una cardiorresonancia, comparada con estudios electrocardiográficos y ecocardiográficos iniciales, permite confirmar con mayor precisión el diagnóstico de miocarditis?

Metodología

Se realizaron estudios etiológicos iniciales: electrocardiograma y ecocardiograma, sin signos claros de infarto. Se hospitaliza para estudio completo, incluyendo exámenes de laboratorio, serologías, holter, escáner y cardiorresonancia.

Resolución del caso

La cardiorresonancia muestra realce tardío del gadolinio en patrón no isquémico, compatible con miocarditis aguda. Se indica reposo, bisoprolol 1.25 mg y seguimiento ambulatorio. Evoluciona favorablemente. En control posterior, nueva cardiorresonancia evidencia mejoría de la FEVI (55%→58%), resolución del edema y fibrosis miocárdica del 25–30%. Holter sin arritmias.



Figura 1:
Cardioresonancia del paciente que muestra realce tardío de gadolino subepicárdico (área más blanquecina)

Conclusión

Este caso destaca la importancia de considerar miocarditis como diagnóstico diferencial ante dolor torácico en jóvenes, especialmente con antecedentes digestivos recientes. La literatura describe casos similares donde infecciones entéricas preceden al compromiso miocárdico (Kindermann et al., 2008). La cardiorresonancia, como en este caso, es el estándar de oro no invasivo para confirmar el diagnóstico.

Además, es posible confirmar que la evidencia aportada por la cardiorresonancia fue suficiente para diferenciar miocarditis de otras causas, sin necesidad de biopsia. Se requieren más estudios para entender el rol patogénico de agentes entéricos en estos cuadros.

Bibliografía

- Lim, V., Topiwala, G., Apinova, E., & Dilioia, M. (2024). Systematic review of case reports on COVID-19 associated myocarditis: A discussion on treatments. *Virology Journal*, 21(1), 252. <https://doi.org/10.1186/s12985-024-02499-4>
- Caforio, A. L., Pankweit, S., Arbustini, E., Bassi, C., Gimeno-Blanes, J., Felix, S. B., Fu, M., Heliö, T., Heymans, S., Jahns, R., Klingel, K., Linhart, A., Maisch, B., McKenna, W., Mogensen, J., Pinto, Y. M., Ristic, A., Schultheiss, H. P., Seggewiss, H., Elliott, P. M. (2013). Current state of knowledge on aetiology, diagnosis, management, and therapy of myocarditis: A position statement of the European Society of Cardiology Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. *European Heart Journal*, 34(33), 2636–2648. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/eht210>
- Kindermann, I., Barth, C., Mahfoud, F., Ukena, C., Lenski, M., Yilmaz, A., Klingel, K., Kandolf, R., Sechtem, U., Cooper, L. T., & Böhm, M. (2012). Update on myocarditis. *Journal of the American College of Cardiology*, 59(9), 779–792. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2011.09.074>
- Ren, J., Liu, W., Jin, X., Zhang, C., Xu, X., Deng, G., Gao, X., Li, J., Li, R., Zhang, X., Hou, Y., & Wang, G. (2025). Global, regional, and national burden of myocarditis and its attributable risk factors in 204 countries and territories from 1990 to 2021: Updated systematic analysis. *Frontiers in Public Health*, 13, 1542921. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1542921>
- Basso, C. (2022). Myocarditis. *The New England Journal of Medicine*, 387(16), 1488–1500. <https://doi.org/10.1056/NEJMra2114478>
- Kapa, M., Blanco, N., & Merubia, M. (2024). Miopericarditis por *Campylobacter* spp: Presentación rara de una patología frecuente. *Revista Argentina de Medicina*, 12(4). <https://doi.org/10.61222/ram.v12i4.1047>



NEOPLASIA SÓLIDA PSEUDOPAPILAR DE CABEZA PANCREÁTICA EN PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA: REPORTE DE CASO

López, Francisca¹; Poblete, Ricardo¹; González, Catalina². ¹Interno de Medicina, Universidad de Santiago de Chile. ²Médica Cirujana, Becada Cirugía General, Hospital San José.

INTRODUCCIÓN

La neoplasia sólida pseudopapilar del páncreas (NSPP) es un tumor infrecuente, con bajo potencial maligno, que representa 1–2% de las neoplasias pancreáticas exocrinas, afectando principalmente a mujeres jóvenes (Chagas et al., 2020; Cañas-García et al., 2024). Su diagnóstico suele ser incidental y el pronóstico es favorable tras resección quirúrgica completa (Chagas et al., 2020). La coexistencia entre NSPP y colitis ulcerosa (CU) es excepcional, sin embargo, el microambiente inflamatorio crónico en CU se ha asociado a mayor riesgo de neoplasias digestivas y, en casos aislados, pancreáticas (Nedin et al., 2004).

PRESENTACIÓN DEL ESCENARIO CLÍNICO

Mujer de 21 años, cursando crisis de CU caracterizada por diarrea sin elementos patológicos y fiebre, refractaria a corticoides e infliximab. Al examen físico presenta dolor abdominal difuso a la palpación, mayor en hemiabdomen derecho. Se decide estudiar con tomografía y resonancia abdominal que evidenciaron una lesión sólido-quística bien delimitada en la cabeza pancreática, de aproximadamente 5–6 cm, compatible con tumor sólido pseudopapilar. Se discute caso; si bien el hallazgo no es maligno, tiene riesgo de malignización en 8 a 20%, por lo que debería ser sometida a resección quirúrgica.

OBJETIVOS

General

Describir un caso clínico de NSPP en una paciente con CU activa, destacando los hallazgos clínicos, imagenológicos e histopatológicos, y su manejo quirúrgico.

Específicos

1. Analizar la posible relación entre la CU y el desarrollo de NSPP, considerando el rol del microambiente inflamatorio crónico y los tratamientos inmunomoduladores.
2. Revisar la literatura disponible respecto a la coexistencia de CU y neoplasias pancreáticas, en particular la NSPP, para explorar su plausibilidad fisiopatológica.
3. Discutir la relevancia clínica del hallazgo incidental de NSPP en pacientes jóvenes con enfermedades inflamatorias intestinales, y su implicancia en el enfoque diagnóstico y terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cañas-García, I., Moreno-Cortés, C., Dabán-Collado, E., & Mirón-Pozo, B. (2024). Solid pseudopillary neoplasia of the pancreas: incidental finding with increased frequency. *Neoplasia sólida pseudopapilar de páncreas: hallazgo incidental cada vez más frecuente.* Cirugia y cirujanos, 92(5), 665–667. <https://doi.org/10.24875/CIRU.21000735>
2. Chagas, V. L., Rosman, F. C., & Carvalho, M. D. G. D. C. (2020). Solid pseudopillary neoplasia of the pancreas: a review. *Revista da Associacao Medica Brasileira* (1992), 66(1), 87–94. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.1.87>
3. Nedin, D. G., Borisova-Alexandrova, A., Todorova-Gegova, A., Petrova-Popristova, E., Donev, S. R., Kirilova-Kadiyska, T., & Dimitrov, V. D. (2004). A case of exocrine-endocrine neoplasm of the pancreas in a patient with ulcerative colitis with literature review. *Journal of B.U.ON. : official journal of the Balkan Union of Oncology*, 9(3), 325–329.
4. Vavricka, S. R., Schoepfer, A., Scharl, M., Lakatos, P. L., Navarini, A., & Rogler, G. (2015). Extraintestinal Manifestations of

PREGUNTA CLÍNICA

En mujeres con CU, ¿existe un mayor riesgo de desarrollar NSPP en comparación con mujeres sin CU?

ABORDAJE METODOLÓGICO

Se revisa evidencia en PubMed para orientar la resolución del caso considerando antecedentes de la paciente, hallazgos imagenológicos, intervenciones y evolución clínica.

RESOLUCIÓN DEL CASO

Se realizó pancreatoduodenectomía tipo Whipple. La histología confirmó NSPP, con áreas sólidas y pseudopapilares, hemorragia y calcificaciones. Inmunohistoquímica: β-catenina positiva, E-cadherina negativa, CD10 débil, CEA y cromogranina negativos, Ki-67: 10–15%. La paciente evolucionó sin recurrencia y su CU permanece estable bajo tratamiento biológico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El caso destaca la coexistencia de CU activa y NSPP, una combinación rara descrita escasamente en la literatura (Nedin et al., 2004). La NSPP suele detectarse de forma incidental y presenta un curso indolente (Chagas et al., 2020; Cañas-García et al., 2024), pero la presencia de CU plantea interrogantes sobre un posible vínculo fisiopatológico. La inflamación crónica y los tratamientos inmunomoduladores podrían influir en la oncogénesis pancreática (Nedin et al., 2004). Además, la CU puede presentar manifestaciones extraintestinales, incluyendo afectación pancreática y otras neoplasias digestivas, lo que respalda la posibilidad de interacciones sistémicas que favorezcan el desarrollo de tumores poco comunes (Vavricka et al., 2015).

La NSPP es un tumor raro con buen pronóstico tras resección quirúrgica. El estudio oportuno en paciente con CU refractaria con hallazgo de una NSPP permitió su diagnóstico precoz, resaltando la importancia de la evaluación abdominal sistemática en EI complejas. Su coexistencia con CU es inusual y plantea la hipótesis de una posible relación entre inflamación crónica intestinal y oncogénesis pancreática, requiriendo más estudios para esclarecer su relevancia clínica.

Palabras claves: Colitis ulcerosa, Neoplasias pancreáticas, Tumor sólido pseudopapilar de páncreas.



Resolución quirúrgica de Pancoleodocolitiasis: A propósito de un caso

Felipe Ahumada¹; María Amaya¹; María Correa¹, Belén Flores². Tutor: Hugo Hernández³

(1) Interno/o Medicina Universidad de Santiago de Chile, Hospital Barros Luco Trudeau; (2) Estudiante Medicina Universidad de Santiago de Chile. (3) Becado Cirugía, Hospital Barros Luco Trudeau

1.

INTRODUCCIÓN:

La colelitiasis es una condición de alta prevalencia en nuestro medio, descrito como factor de riesgo (FR) relevante de cáncer vesicular. La prevalencia sobre los 20 años es de 13.1% en hombres, y 36.7% en mujeres (1). Los FR para colelitiasis incluyen sexo femenino, etnia mapuche, mayor edad (1). Se estima que la presencia de coledocolitiasis ocurre en 1-15% casos de colelitiasis, y su etiología es principalmente secundaria (2, 3). La pancoleodocolitiasis, hace referencia a la presencia de múltiples cálculos dentro de la vía biliar, que algunos consideran desde 5 litos (5).

2.

CASO CLÍNICO:

Hombre de 66 años con historia de colangitis aguda en extrasistema, manejado con colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP) que describe gran cantidad de cálculos en vía biliar; drenaje biliar y evacuación parcial de litiasis, con instalación de prótesis y manejo antibiótico. Se da de alta con plan de coledocotomía abierta electiva, que no se realiza. Evoluciona con nuevo cuadro de colangitis, por lo que consulta. En estudios de imagen destaca resonancia magnética (RM) de abdomen que describe hígado con atrofia de lóbulo izquierdo, dilatación de vía biliar intra y extrahepática con numerosos cálculos en conductos hepáticos incluyendo ramas segmentarias, innumerables cálculos en coléodo y aerobilia; sin evidencia de vesícula biliar.

3.

PREGUNTA CLÍNICA:

En pacientes con hallazgo de pancoleodocolitiasis ¿Cuáles son sus alternativas de manejo?

4.

METODOLOGÍA Y RESOLUCIÓN:

Para casos de panlitiasis, la literatura destaca el rol principal del ERCP con posterior colecistectomía de manera inicial; por otro lado, es clara en el rol beneficioso de la anastomosis biliodigestiva (ABD) en la coledocolitiasis primaria. El beneficio de la ABD se sustenta en la presencia de una derivación para permitir el flujo biliar (5), así como también en la prevención del colangiocarcinoma en casos seleccionados.

Se realiza ERCP que evidencia salida de pus por papila, molde de cálculos en colangiografía. Se realiza laparotomía exploradora más exploración de vía biliar, con hallazgo de vesícula escleroatrófica con fistula colecistoduodenal, la cual se reseca; seguido de coledocotomía longitudinal con litoextracción abundante de cálculos. Por último se realiza hepatoyeyunostomía en Y de Roux.

5.

FIGURAS:

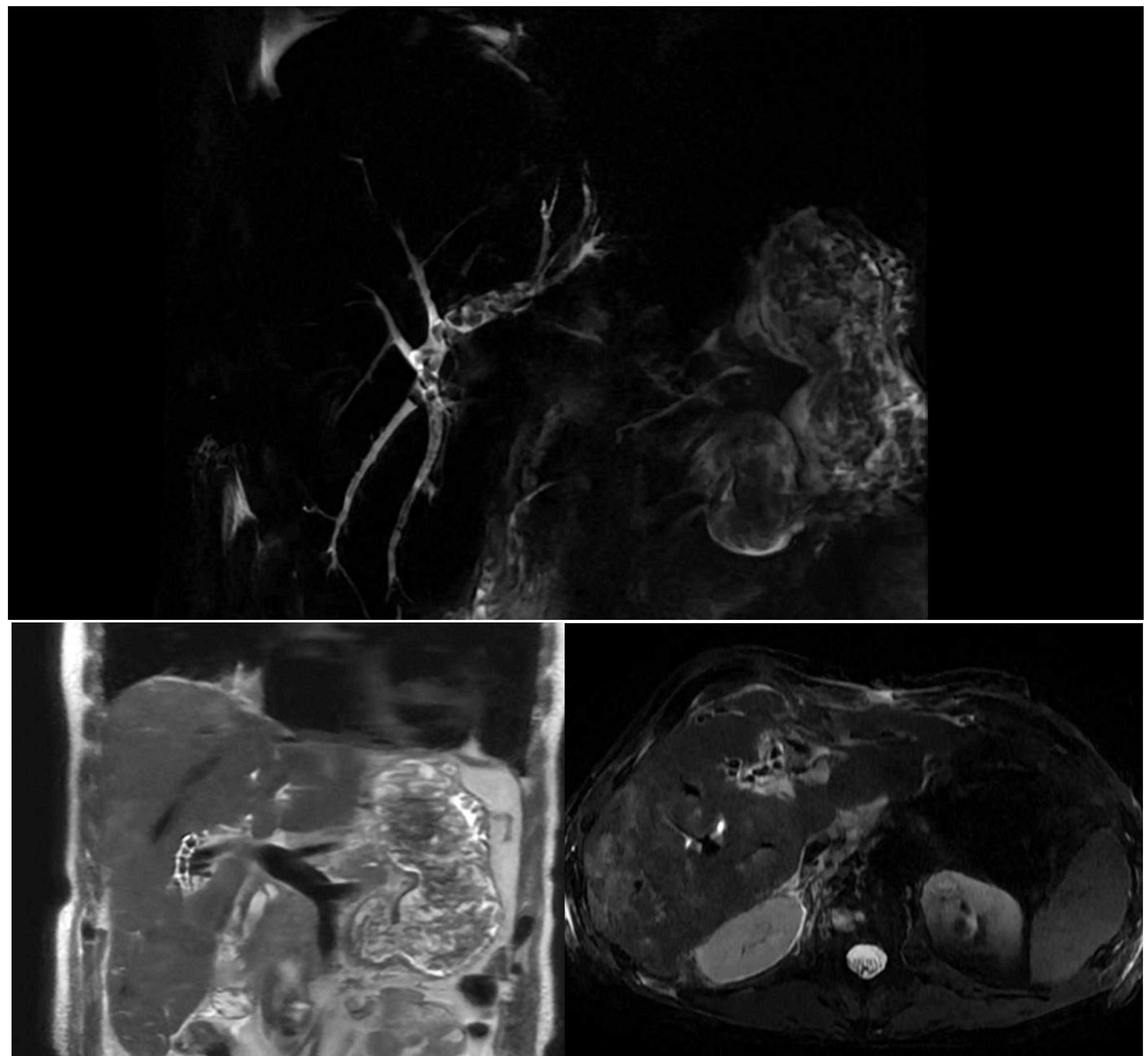


FIGURA 1. Resonancia Magnética de abdomen + colangioRM que evidencia importante dilatación de vía biliar asociada a litiasis múltiple intra y extrahepática. No se visualiza vesícula biliar.

6.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Se presenta un caso atípico de pancoleodocolitiasis secundaria caracterizado por el compromiso litiasico total de la vía biliar asociado a atrofia vesicular. En la literatura se recomiendan las técnicas de derivación biliar sólo en casos de coledocolitiasis primaria, y lo que hace particular el presente caso es el requerimiento del manejo quirúrgico con derivación biliodigestiva de entrada.

7.

REFERENCIAS:

1. Minsal. Guías Clínicas AUGE: Colecistectomía Preventiva en adultos de 35 a 49 años. 2014.
2. McNicoll C, Pastorino A, Farooq U, Froehlich M, StHill C. Coledocholithiasis StatPearls. National Library of Medicine. 2023. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441961/>
3. Fernando Crovari Eulufi, Manuel Manzor Véliz. Manual de patología quirúrgica. Santiago, Chile Ediciones Uc; 2015.
4. Rojas M, Marinkovic B. Cirugía en Medicina General: Manual de enfermedades quirúrgicas. Universidad de Chile; 2020
5. Houghton E, Buccini F, Presta A, Pedreira D, Diz G, Rubio J. Panlitiasis coledociana: ¿Es la derivación biliodigestiva todavía una opción? Acta Gastroenterol. 2018; 48.
6. Ferraina P, Merello J. Anastomosis biliodigestivas. En Galindo F, editor. Cirugía digestiva. 2009.



De la teoría a la práctica: Integrando los modelos de Calgary y Orem para aliviar la sobrecarga del cuidador de la persona mayor

Valentina Alvarado Calisto, Martina Salinas Rojas.

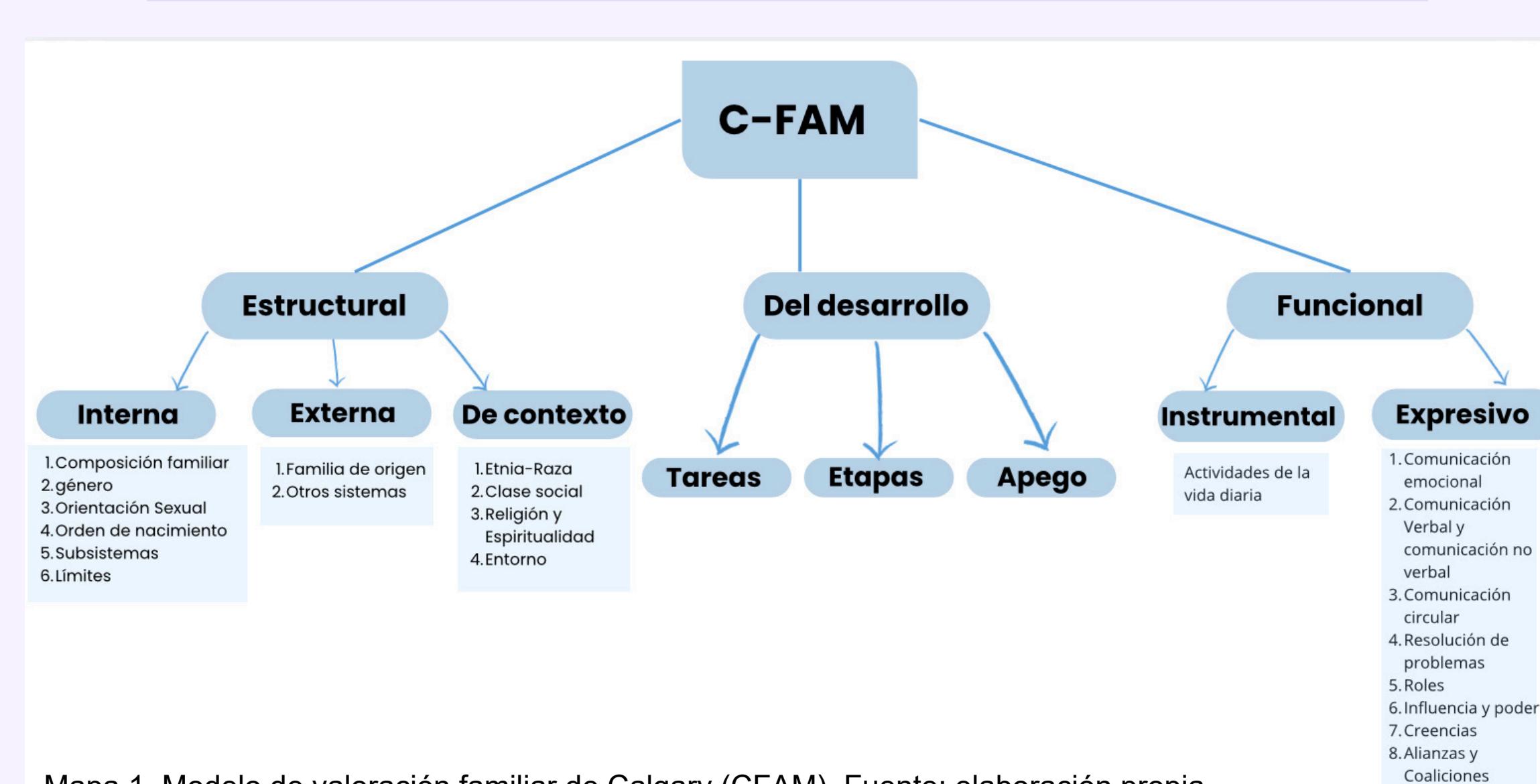
valealvarado@estudiante.uc.cl martina.salinas@estudiante.uc.cl

Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.

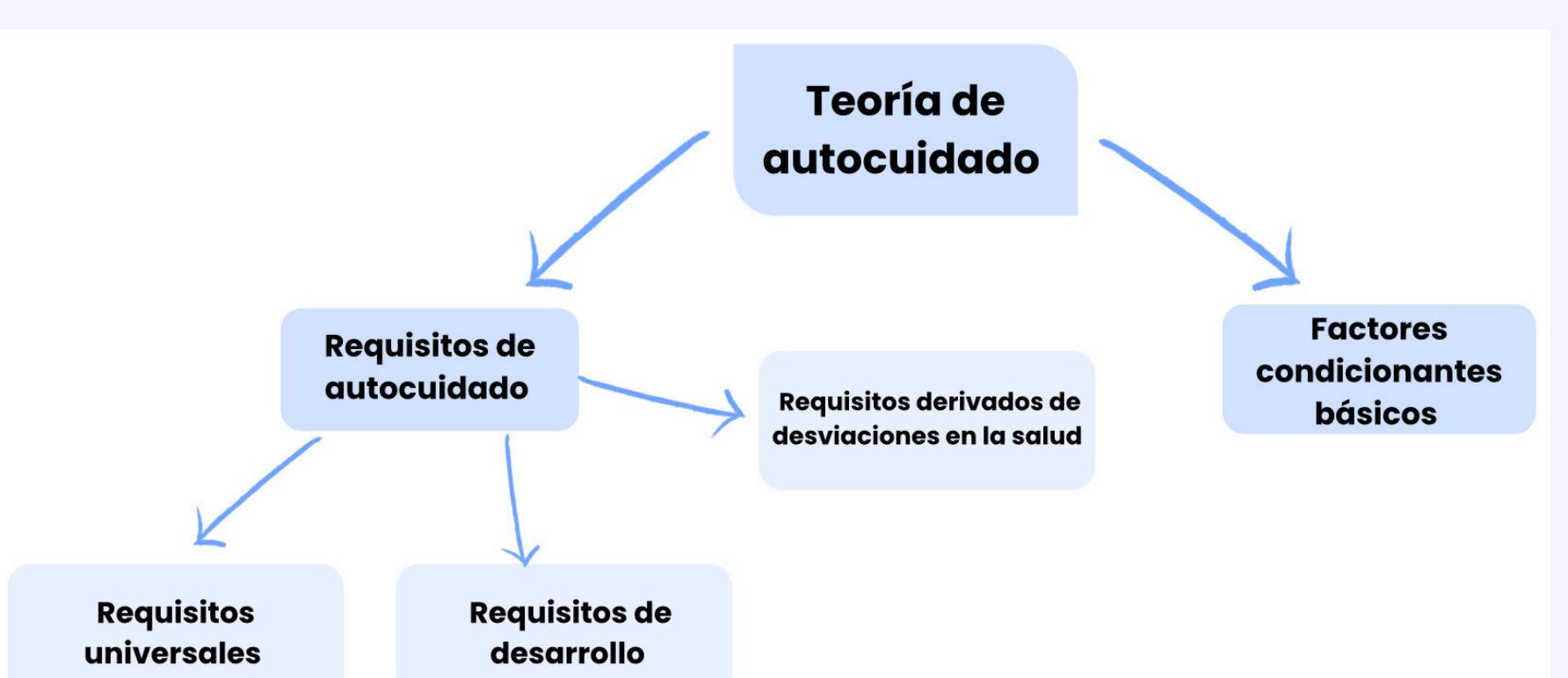
Introducción

El estudio de familia es una estrategia para la clínica que permite ofrecer un cuidado centrado en la persona y su familia (Dois et al., 2019). Considerando esto, se utilizó el modelo de valoración familiar de Calgary (CFAM), sumado a la teoría de Autocuidado de Dorothea Orem para tener una mirada integral y holística de la persona.

Modelo de valoración familiar de Calgary



Teoría de Autocuidado de Orem



Mapa 3. Métodos de ayuda según teoría de Autocuidado. Fuente: elaboración propia.

Mapa 3. Métodos de ayuda según teoría de Autocuidado. Fuente: elaboración propia.

Abordaje metodológico: Se realizaron 3 visitas domiciliarias integrales (VDI) a la familia, durante 4 semanas. Considerando lo visto en las visitas, se plantearon intervenciones en el marco teórico de Orem. La intervención educativa principal consistió en el diseño de un manual personalizado para el apoyo de M.L en su rol de cuidadora principal y un instructivo para acceder a la aplicación para solicitar horas de control en CESFAM.

Valoración del caso índice

- M.L
- 81 años.
- Cuidadora principal de su esposo.

Se observa dificultad para equilibrar actividad, descanso ni interacción social por su dedicación al cuidado de su esposo.

El test Zarit (62 puntos) muestra sobrecarga intensa y Yesavage (6 puntos) indica depresión leve.

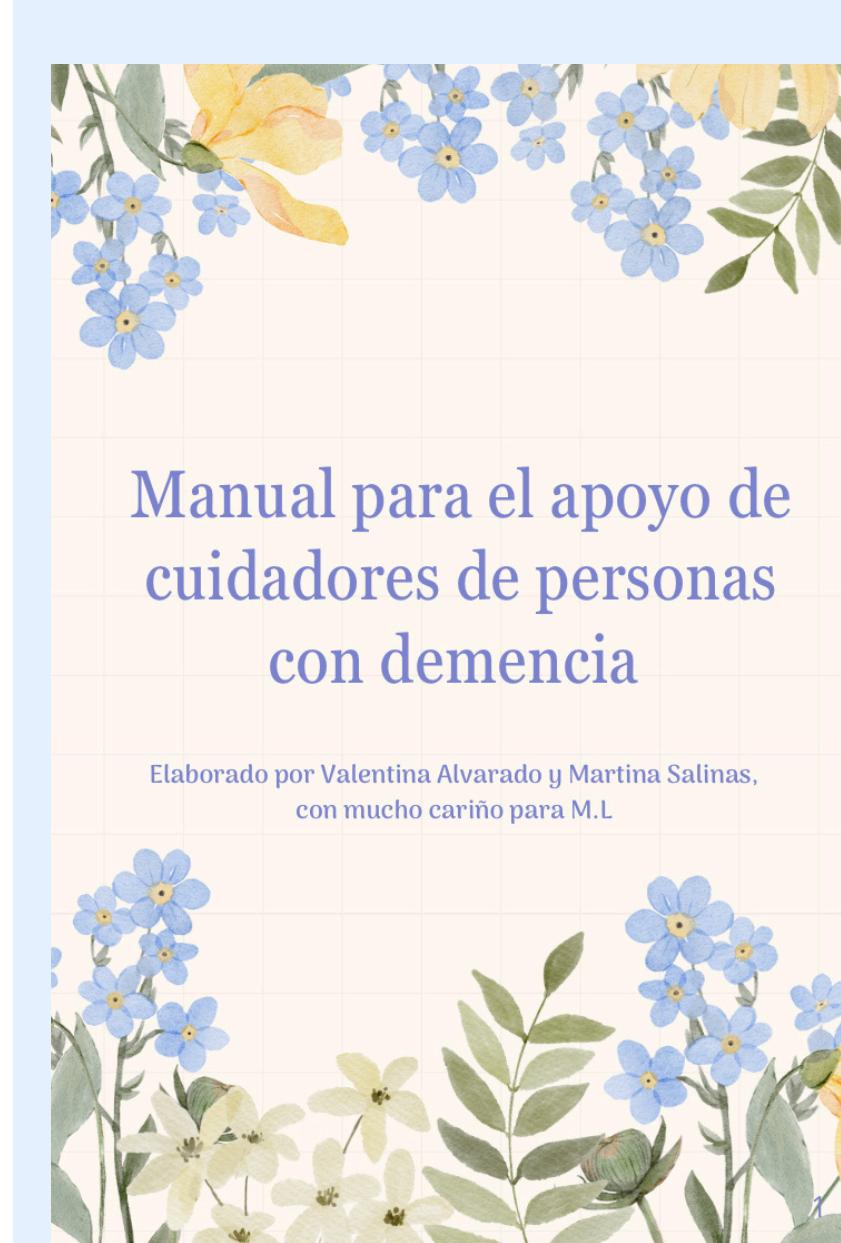
Su habilidad para tomar decisiones está limitada, ya que prioriza a su esposo sobre ella. Tiene limitaciones para actuar en su propio autocuidado.

Resultados e Intervenciones

Diagnóstico	NIC y NOC	Intervenciones efectuadas Según Orem (Raile y Marriner, 2011)	Diagnóstico	NIC y NOC	Intervenciones efectuadas Según Orem (Raile y Marriner, 2011)
P: Carga excesiva del cuidado (00336). E: Falta de privacidad. S: Verbalización de cansancio, pérdida de tiempo para sí misma y test Zarit con puntaje 62 (sobrecarga intensa).	NIC: apoyo al cuidador principal (7040). Ayuda con el autocuidado (1800). NOC: bienestar del cuidador principal (2508). Salud emocional del cuidador principal (2506).	Actuar o hacer por cuenta de otro: trámite para ingreso como cuidadora formal en el Registro Social de Hogares. Enseñar: creación de instructivo para agendar horas desde teléfono. Elaboración de un "Manual para el apoyo de cuidadores de personas con demencia". Ofrecer apoyo físico o psicológico: contención durante visita domiciliaria.	P: Afrontamiento mal adaptativo (00405). E: Apoyo social inadecuado. S: Comportamiento de evitación.	NIC: Fomentar la implicación familiar (7110). NOC: Funcionamiento de la familia: cuidados en la demencia (2212).	Actuar o hacer por cuenta de otro: comunicación con su hija para indicarle cómo agendar horas por correo electrónico y cómo actualizar Registro Social de Hogares. Ofrecer apoyo físico o psicológico: contención durante visita domiciliaria.
P: Alteración del patrón de sueño (00198). E: Interrupciones causadas por la pareja con diagnóstico de demencia. S: Expresiones de cansancio.	NIC: promoción del sueño (1850). Cuidados del paciente con demencia (6460). NOC: patrón del sueño adecuado (0004). Ansiedad (1211).	Actuar o hacer por cuenta de otro: gestión visita domiciliaria de médico para intervenir en el descanso de su esposo. Enseñar: Manual con sección de ejercicios de relajación.	P: Disposición para mejorar las habilidades de autocuidado. (00442).	NIC: facilitar la autorresponsabilidad (4480) NOC: Conducta de fomento de la salud (1602).	Actuar o hacer por cuenta de otro: gestión de horas en CESFAM para ingreso a control CV. Gestión con Jefa de Sector para agendar horas para control vía correo electrónico, no presencial. Enseñar: Elaboración de instructivo para acceder a la aplicación del CESFAM.

Tablas 1 y 2. Diagnósticos e intervenciones para el caso índice. Fuente: elaboración propia.

Manual educativo



Discusión y conclusión

Si bien la literatura revisada evidencia intervenciones para la sobrecarga del cuidador, como manuales dirigidos a cuidadores (Prieto-Santos, 2022), no se encontraron estudios que integren intervenciones basadas en los modelos de Calgary y Orem de manera conjunta. Este estudio demuestra la factibilidad de combinar ambos marcos disciplinarios para fundamentar un cuidado de enfermería personalizado y holístico, dirigido a la persona mayor cuidadora y su contexto familiar.

Bibliografía:

