

# ACE

## Acta Científica Estudiantil

ISSN 2542-3428 Depósito legal DC2017001301

UCV  
26 AL 28  
OCTUBRE 2017

### VII CCIEM

DESAFÍOS DE LA  
PRÁCTICA CLÍNICA  
¿A QUÉ NOS ENFRENTAMOS?

CONGRESO  
CIENTÍFICO  
INTERNACIONAL  
DE ESTUDIANTES  
DE MEDICINA

Libro de  
resúmenes



*Acta Cient Estud. 2017;12(Supl 3)*



### Comité editorial:

Igor González. Editor en jefe. Gestión editorial [1]  
Ricardo Aguiar. Editor ejecutivo. Página web y medios [1]  
Andreina Mugno. Editor ejecutivo. Diagramación y diseño [1]  
Gabriela Sánchez. Editor [1]  
Daniel García. Editor [2]  
Jonathan Dámaso. Editor [1]  
Mariafernanda De Candia. Editor [2]  
Mary Graterol. Editor [3]  
Yhonswar Sanz. Editor [1]  
Venezia Rodríguez. Editor [3]

[1] Quinto año de la Escuela de Medicina “Luis Razetti”, Universidad Central de Venezuela.

[2] Médico Cirujano. Universidad Central de Venezuela.

[3] Sexto año de la Escuela de Medicina “Luis Razetti”, Universidad Central de Venezuela.

### Junta directiva de la Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina la Universidad Central de Venezuela (Sociem-UCV) 2017-2018

Presidencia <b>Francisco Machado</b> Representante de la Escuela “Luis Razetti” <b>Suriel Landaeta</b> Comité de Metodología y Desarrollo Científico <b>Brayan Infante</b> Editor en Jefe Acta Científica Estudiantil <b>Igor González</b>	Vicepresidencia <b>Edgardo Parucho</b> Representante de la Escuela “José María Vargas” <b>Ileana Novak</b> Comité Permanente de Relaciones Internacionales e Intercambio <b>José Rodríguez</b> Presidencia CCIEM <b>Jeison Carrillo</b>	Secretaría <b>Claudia Rocafull</b> Comité Permanente de Atención Integral en Salud <b>Nouha Yacub</b> Comité de Membresía <b>Carlos Hernández</b> Presidencia CUMIS <b>José Marrero</b>	Tesorería <b>Charbel Abi</b> Comité Permanente de Educación Médica <b>Alexis Oliveros</b> Comité de Publicidad <b>Gabriela Sánchez</b> Comité de Ética y Sanciones <b>Rosa Tanzi</b>
---	--	---	--

### Propiedad de:

Acta Científica Estudiantil.

ISSN 2542-3428

Depósito legal DC2017001301

Caracas, Venezuela.

Página web: <http://www.actacientificaestudiantil.com.ve>

Correo electrónico: [actacientificaestudiantil@gmail.com](mailto:actacientificaestudiantil@gmail.com)

Fecha de publicación: noviembre de 2017

Número de páginas: 85

*Acta Científica Estudiantil* es el medio de difusión oficial y órgano científico de la Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (Sociem-UCV).



### Portada

VII Congreso Científico Internacional de Estudiantes de Medicina  
Comité de Publicidad VII CCIEM  
Modificada con Illustrator®

# Acta Científica Estudiantil

2017;12(Supl 3)



---

## Editorial

Competencia científica del VII Congreso Científico Internacional de Estudiantes de Medicina (2017)

Jonathan Dámaso-Rodríguez. Editor ordinario.

## Carta al Editor

VII Congreso Científico Internacional de Estudiantes de Medicina “Desafíos de la práctica clínica: ¿a qué nos enfrentamos?”

Jeison Andrés Carrillo

---

## Trabajos de Investigación

Enfermedad por virus del Zika: Prevalencia en atención primaria, San Cristóbal estado Táchira, Venezuela, 2016.

Brito A, Madriz C.

## Revisiones Científicas

Papel de las Cininas en la Hipertensión Arterial.

Rabel X, Golindano E, Verde D.

Uso terapéutico de la cirugía bariátrica en pacientes diabéticos obesos. De Cámara C, Castillo O, Nuñez L.

Combatiendo la resistencia bacteriana: Una revisión sobre las terapias alternas a los antibióticos convencionales.

Cárdenas J, Castillo O, De Cámara C, González V.

Perfil inmunológico de la Leishmaniasis Cutánea Americana. Revisión científica 2012-2016

Gouveia D, García V,

Resistencia a la Artemisina en malaria por *Plasmodium falciparum*

Loynaz C, Serpa J, Milne R, Marrero J, Silva G

# Acta Científica Estudiantil

2017;12(Supl 3)



## Reportes de casos

Tiroidectomía total por cáncer papilar de tiroides y sus complicaciones, en adolescente de 15 años. A propósito de un caso.

González M, Salaverria V.

Manejo Clínico y Quirúrgico de Paraganglioma Extra-Adrenal con Hipertensión Secundaria. A propósito de un caso.

Marcano L, Uribe J, Miralles G, Serpa J.

Adenocarcinoma de recto medio por escisión mesorectal total de abordaje transanal y laparoscópico asistido con robot Da Vinci, ileostomía en asa de protección.

De Sousa M, Hanssen R.

Embarazo Ectópico Cornual: Una Extraña Entidad. Reporte de un Caso.

Millán O, Peña E.

Linfoma Primario de Cuello Uterino y Vagina: A propósito de un Caso.

Gasparini S, Goncalves J, Mendoza E, Sánchez I.

Ruptura uterina en embarazo de 15 semanas. Reporte de un caso.

Capozzolo A, Dávila F, Ortega A, Rodríguez A.

Tuberculosis peritoneal en paciente inmunocompetente: reporte de un caso.

Suárez L, Rodríguez O, Roa K, Mugno A.

Endoftalmitis endógena como complicación de neumonía adquirida de la comunidad, reporte de un caso.

Luna K, Rivera E, Pantoli A, Jiménez J.

¿Polineuropatía Diftérica? Complicación post-infecciosa: Reporte de un caso.

Cerrada C, Díaz M, Sirvent S.

# Acta Científica Estudiantil

2017;12(Supl 3)



Síndrome Ictérico febril con derrame pericárdico como presentación atípica de Leptospirosis: a propósito de un caso.

González R, Gazzotti E, Román M, Vivas N.

Edema como manifestación atípica de infección por Rickettsia del grupo tifus: reporte de un caso.

Landaeta S, Rodrigues J, Fornerino D.

Pleuroneumonía complicada en paciente con enfermedad de Huntington: Reporte de un caso.

Méndez J, Mendoza a, Monserratt L.

Paciente con síndrome nefrótico secundario a hipotiroidismo. Reporte de un caso.

Infante B, González C, Fajardo B, Hernández G.

Síndrome Stevens–Johnson en un paciente con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en falla del tratamiento antirretroviral: reporte de un caso.

Campos M, Gamboa H.

Dermatomiositis juvenil clásica: Reporte de un caso.

Jaimes M, González X, Rivas L, Cabello D.

Encefalitis herpética como complicación de linfoma no Hodgkin tipo Burkitt, a propósito de un caso.

Lucena C, Sosa K.

Síndrome de Sturge–Weber: Presentación de un caso y revisión de la literatura.

González V, López V, Infante B, Villamizar V.

Artrogriposis múltiple congénita. Presentación de un caso.

De Sousa M, Gerdel G, Hanssen R.

# Acta Científica Estudiantil

2017;12(Supl 3)



Sildenafil y propranolol: un tratamiento no convencional del higroma quístico. Reporte de un caso.

Ramis C, Pulido J, Ordoñez M, Parra A.

Absceso Hepático no Amebiano en Escolar Femenina: Informe de caso  
Hernández C, Linares V, Rivas N, Gebran K.

Panhipotuitarismo secundario a lesión ocupante de espacio: A propósito de un caso.

Piedrahita J, Lamanna A, De Domenico L, Barreto L.

El defecto de Gerbode. Presentación de un caso.

Harb N, Kafrdael F, Chramosta F

Enfermedad inflamatoria intestinal no clasificable: A propósito de un caso.

Loynaz C, Franceschi A, Brewer T, Abreu A.

Edema Pulmonar de las alturas a propósito de un caso.

Isea S.

Comunicación interventricular postinfarto agudo del miocardio: presentación de un caso.

Archila C, Hannsen R, Loynaz C, Mijares A.

Neumonía recurrente en adolescente de etiología a precisar.

Ferrari A, Passaro A, Gómez V.

Disfagia en paciente con miastenia gravis y acalasia. Reporte de un caso.

Cerrada C, Coronado J, Díaz B, Ferrer D.

Mixoma cardíaco con repetidos eventos cerebrovasculares en paciente femenina de 45 años de edad: una infrecuencia complicada

Loyola D, Machado F, Morales G.

# Acta Científica Estudiantil

2017;12(Supl 3)



---

## Fotografías Médicas

Tumor metastásico al ovario.

Matheus L, Marvarez S.

Adenocarcinoma de ductus salivales.

Matheus L, Marvarez S.

Síndrome de Stevens–Johnson en paciente de 12 años de edad que recibía tratamiento con Aciclovir.

Sánchez G, Saglimbeni G.

Prolongación anómala del himen en lactante menor

Saglimbeni G, Sánchez G.

Fístula de líquido cefaloraquídeo posterior a intervención quirúrgica por higroma quístico en cabeza.

Sánchez G, Saglimbeni G.

El gordo y el flaco – Síndrome de Transfusión Feto–Fetal.

Saglimbeni G, Sánchez G.

Cierre difícil de pared abdominal con tyrrap.

Matheus L, Marvarez S.

Escoliosis Torácica, ¿Consecuencia o Complicación de la Enfermedad de Huntington?

Méndez J, Mendoza A, Monserratt J.

Lesiones dermatológicas de la Acrodermatitis Enterohepática, antes y después del inicio con tratamiento con Zinc.

González M, Morante M, Pérez V.

Síndrome de Stevens Johnson.

Arcadi A, Castillo D, Celis A.

# Acta Científica Estudiantil

2017;12(Supl 3)



Resección de sarcoma epitelioides con pulgarización del tercer dedo.  
Ferrer D, Savelli D, Cerrada C.

Hemangioma: Mácula sospechosa en el Recién Nacido.  
Sahuquillo O, Dias E, Hernández A,

Epitelioma espino-celular con sobreinfestación con larvas de  
*Cochliomyia hominivorax*  
Gouveia D, Garcia V, Abi C.

El Hombre Roca.  
Sánchez I, Goncalves J, Gerdel G.

Necrosis coagulativa digital por microangiopatía con onicomiosis  
por *Trichophyton rubrum*.  
Gouveia D, Gouveia M, Abi C.

Podopatía diabética Wagner IV microangiopática con gangrena en III  
y IV digital derecho.  
Gouveia D, Gouveia M, Abi C.

Resultado de limpieza quirúrgica de carcinoma basocelular complicado  
con miasis en hemicara izquierda.  
Rodríguez J, Landaeta S, Fornerino D.

Rabdomiosarcoma Embrionario en región tenar izquierda en Escolar  
de 9 años de edad.  
Freitas D, Sanchez J,

Un día normal en la Unidad de Politraumatizados del Hospital General  
del Este "Dr. Domingo Luciani"  
Garnica X.

# Acta Científica Estudiantil

2017;12(Supl 3)



---

## Videos Médicos

Parálisis de Bell: diagnóstico clínico y evolución.

Rodríguez Q, Byrme T, Brito A.

Obstrucción dinámica del ventrículo izquierdo por mixoma auricular.

Coscojuela X, De Freitas N.

## EDITORIAL

# Competencia científica del VII Congreso Científico Internacional de Estudiantes de Medicina (2017)

Jonathan Dámaso-Rodríguez.<sup>1,2,3</sup>



Es muy interesante la frase de Antonio Machado [1], a través de su personaje ficticio Juan de Mairena, que dice de la siguiente manera: “Nunca os jactéis de autodidactos, os repito, porque es poco lo que se puede aprender sin auxilio ajeno. No olvidéis, sin embargo, que este poco es importante y que además nadie os lo puede enseñar”. La misma es aplicable a la competencia científica del Congreso Científico Internacional de Estudiantes de Medicina (CCIEM), de la Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (Sociem-UCV). El participar como autor de una atribución científica siendo aún estudiante de pregrado, ya sea en un evento o en una revista, es un gran desafío [2] pero suele dar como resultado un valioso crecimiento para quienes se atreven a hacerlo [3]. Durante el proceso se aprende de tutores, profesores, coautores, jurados e incluso autores de otras atribuciones, además de los conocimientos, habilidades y aptitudes que solo pueden adquirirse haciendo, es decir, participando activamente en su propio proceso de formación.

En esta séptima edición se empleó la misma logística que en la pasada para la competencia científica [4], aunque se retomó la categoría de videos médicos y se eliminó la de protocolos de investigación. Por lo tanto, constó de cinco categorías: trabajos de investigación, revisiones científicas, casos clínicos (cirugía, medicina interna, pediatría, ginecología-obstetricia, infectología y subespecialidades médicas), fotografías médicas y videos médicos. Se recibieron 106 atribuciones, de las cuales 61 completaron todas las fases y se presentaron, todas de estudiantes de pregrado de medicina de universidades de Venezuela.

El equipo que formó parte del comité científico este año fue: Victoria Gazzotti, Diego Cebrián, Raúl González, Igor González, Karina Becerra, José Marrero y Brayan Infante, y Victoria González colaboró sustancialmente en la categoría de fotografías médicas. Se les agradece a todos su disposición y excelencia, así como al presidente del congreso, Jeison Carrillo, al resto del comité organizador, a los jurados y a todos los autores que participaron. ¡Otro año en el que se logró, a pesar de los obstáculos que surgieron y las limitaciones existentes, darle forma a este proyecto! Resta animar y apoyar a las generaciones de relevo para que mantengan vivos y sigan mejorando los espacios como éstos, para crecimiento de ellos mismos y de todos los que decidan participar.

1. Estudiante de pregrado de medicina. Escuela de Medicina “Luis Razetti”, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.
2. Editor Ordinario. Acta Científica Estudiantil.
3. Director Comité científico. VII Congreso Científico Internacional de Estudiantes de Medicina (2017). Caracas, Venezuela.

## EDITORIAL

### Referencias

1. Machado A. Juan de Mairena (sentencias, donaires, apuntes y recuerdos de un profesor apócrifo). 1936.
2. Salinas JL, Vildózola H. Investigación en pregrado: dificultades y posibles soluciones. An Fac med [Internet]. 2008;69(3):216. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v69n3/a13v69n3.pdf>
3. Herrera GL. Tendencias actuales del proceso de formación de habilidades investigativas en estudiantes de la carrera de Medicina. Revista de ciencias médicas de Pinar del Río [Internet]. 2013 ago;17(4):138-53. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942013000400015](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000400015)
4. Dámaso-Rodríguez J. Competencia científica del VI Congreso Científico Internacional de Estudiantes de Medicina. Acta Cient Estud [Internet]. 2017 jun;12(Supl 2):13.

## CARTA AL EDITOR

# VII Congreso Científico Internacional de Estudiantes de Medicina “Desafíos de la práctica clínica: ¿a qué nos enfrentamos?”



Jeison Andrés Carrillo. <sup>1,2</sup>

Sr. Editor:

De parte del Comité Organizador del VII Congreso Científico Internacional de Estudiantes de Medicina “Desafíos de la práctica clínica: ¿a qué nos enfrentamos?”, agradecemos la oportunidad de Acta Científica Estudiantil y los felicitamos por seguir promoviendo la investigación en los estudiantes de medicina.

En esta edición, la temática central de nuestro congreso se basó en los desafíos que, como los médicos del mañana, enfrentaremos en la práctica clínica. Fueron testigos de conferencias que van desde situaciones de emergencias y retos que deberemos solventar en nuestro día a día, hasta los ajustes que un médico debe hacer durante el ejercicio clínico para garantizar la salud y el bienestar de los pacientes. El objetivo era demostrar la importancia de una buena formación y un adecuado estudio del paciente, ya que ante cualquier limitación éstas forman parte de las herramientas esenciales para sortear los obstáculos y desempeñar una buena labor como profesionales de la salud. Igualmente, profundizamos en algunas innovaciones tecnológicas que de alguna u otra manera han tenido impacto en el ejercicio de la medicina y que son tan importantes en la actualidad. Además de la función asistencial, la investigación también forma parte de la base de la formación del médico, y como dice el Br. Jonathan Dámaso, director del comité científico del VI y VII CCIEM “...la investigación y la difusión de la información, como aspectos representativos de esta competencia, han sido así mismo pilares fundamentales del CCIEM desde sus inicios, de nuestra Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (Sociem-UCV) y de Acta Científica Estudiantil (ACE), y deberían serlo de cada programa de formación del estudiante de medicina y del ejercicio profesional del graduado” [1]. Este año, como los anteriores, nuestra competencia demostró el gran potencial de los estudiantes y las ganas de aportar su granito de arena a la ciencia. Gracias a esto se han logrado avances que han permitido facilitar el diagnóstico y manejo de un gran número de patologías, que hoy en día tienen un pronóstico diferente al que años atrás tenían. Somos parte de una era en la cual la medicina que practicamos se encuentra en constante cambio, e involucrarnos en la investigación nos ayuda a mantenernos actualizados. El VII Congreso Científico Internacional de Estudiantes de Medicina les brindó la oportunidad a muchos estudiantes de Medicina de contribuir con su investigación al desarrollo de la medicina, enriqueciendo tanto su formación como la de nuestros asistentes. Ahora esperamos que ustedes, puedan disfrutar y aprender, del trabajo realizado por muchos estudiantes.

Gracias.

*Jeison Carrillo*  
Presidente VII CCIEM

1. Escuela de Medicina “Luis Razetti”, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela
2. Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela
3. Presidente del VII Congreso Científico Internacional de Estudiantes de Medicina. Universidad Central de Venezuela, octubre-2017

### Referencia:

1. Dámaso-Rodríguez J. Competencia científica del VI Congreso Científico Internacional de Estudiantes de Medicina. Acta Cient Estud [Internet]. 2017 jun;12(Supl 2):13

## VII Congreso Científico Internacional de Estudiantes de Medicina

Universidad Central de Venezuela

26 al 28 de octubre de 2017

### Comité organizador

Presidencia

Jeison Carrillo

Vicepresidencia

Andrea Rivero

Comité Científico

Jonathan Dámaso

Comité Académico Central

José Coronado

Comité de Logística y Protocolo

Rafael Hanssen

Comité de Inscripción y Membresía

Alejandra Reverón

Secretaría

María Gabriela González

Tesorería

Victoria González

Comité Académico de Extensión

Oscar Rodríguez

Comité de Eventos Socioculturales

Joany Coluccio

Comité de Material POP y Certificados

Daniela Restuccia

Comité de Publicidad

Victoria González

# GANADORES DE LA COMPETENCIA

## Trabajos de investigación

- 1 **Influencia de la relación Médico-Paciente en la aceptación de los cambios físicos ocasionados por Cáncer de mama.** Díaz Y, Vidal M.
  - 2 **Enfermedad por el virus del Zika: Prevalencia en atención primaria, San Cristóbal estado Táchira, Venezuela, 2016.** Brito A, Madriz C.
- 

## Revisiones científicas

- 1 **Uso terapéutico de la cirugía bariátrica en pacientes diabéticos obesos.** De Cámara C, Castillo O, Nuñez L, D'Andrea V.
  - 2 **Combatiendo la resistencia bacteriana: Una revisión sobre las terapias alternativas a los antibióticos convencionales.** Cárdenas J, Castillo O, De Cámara C, González V, Díaz J.
  - 3 **Anticuerpos monoclonales como Tratamiento Biológico.** Benzaquen A, Olivares V, Ibáñez M, Irausquin A, Lachmann G, Fermín Z.
- 

## Presentación de casos

- 1 **Dolor lumbar en el paciente de edad avanzada. Abordaje diagnóstico y terapéutico. A propósito de un caso.** Garnica X, Giambalvo G, Duque J.
  - 2 **Artrogriposis múltiple congénita. Presentación de un caso.** De Sousa M, Gerdel G, Hanssen R, Troncone A.
  - 3 **Disfagia en paciente con miastenia gravis y acalasia . Reporte de un caso.** Cerrada C, Coronado J, Díaz B, Ferrer D, Armas E, Pizarro D.
- 

## Fotografías médicas

- 1 **El Hombre Roca.** Sánchez I, Goncalves J, Gerdel G, Morales M.
  - 2 **Un día normal en la Unidad de Politraumatizados del Hospital General del Este “Dr. Domingo Luciani”.** Garnica X, García L.
  - 3 **Resultado de limpieza quirúrgica de carcinoma basocelular complicado con miasis en hemicara izquierda.** Rodríguez J, Landaeta S, Fornerino D.
- 

## Videos médicos

- 1 **Obstrucción dinámica del ventrículo izquierdo por mixoma auricular.** Coscojuela X, De Freitas N.
- 2 **Parálisis de Bell: diagnóstico clínico y evolución.** Rodríguez Q, Byrne T, Brito A, Madriz C.

## TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

### Influencia de la Relación Médico–Paciente en la aceptación de los cambios físicos ocasionados por cáncer de mama.



Yskra Yamalit Díaz Ramirez<sup>1</sup>, Mony De Lourdes Vidal Aguilera<sup>2</sup>.

#### RESUMEN

El Cáncer de mama lleva a las pacientes a enfrentarse con cambios en su apariencia física que aparecen como consecuencia de la enfermedad o los tratamientos oncológicos, debido a que la parte afectada está llena de significaciones simbólicas-culturales su capacidad para aceptar y adaptarse a estas variaciones puede depender de la dinámica que establezca con su médico tratante. En este sentido el presente estudio evaluó la influencia de la relación médico-paciente [RMP] en la aceptación de los cambios físicos ocasionados en el cuerpo producto de la patología. Metodología: estudio de tipo descriptivo y evaluativo en el que se encuestó a 100 mujeres que asistieron al Instituto Oncológico “Dr. Luis Razetti” de Caracas, las cuales fueron sometidas a; mastectomía radical, cirugía conservadora o reconstructiva, para ello se emplearon: cuestionario Patient-Doctor Relationship Questionnaire [PDRQ-9], escala de Imagen corporal [IC] (Hopwood, 2001) y análisis del discurso. Los resultados obtenidos fueron procesados por medio del paquete estadístico SPSS-20. Resultados y Discusión: La edad promedio fue de 58,14 ( $\pm 10,407$ ), 74% se encontraban en términos de pobreza y 65% fueron sometidas a mastectomía radical. En cuando a la RMP, 82% la consideró adecuada. En referencia a la IC 47% no expresó que su cuerpo cambió debido a la enfermedad, mientras que un 53% sí lo considero. Del total, 71% señaló que la RMP sí influyo en la aceptación de sus cambios corporales. Conclusión: esta valoración marcadamente positiva se relacionó con el modelo informativo, la buena comunicación, empatía y respeto demostrado por los galenos en la consulta.

**Palabras clave:** Relación médico-paciente, cáncer de mama, satisfacción.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela “Luis Razetti”.
2. Antropólogo, Universidad Central de Venezuela.

E-mail:  
[c\\_diax1121@hotmail.com](mailto:c_diax1121@hotmail.com)

## TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

# Enfermedad por virus del Zika: Prevalencia en atención primaria, San Cristóbal estado Táchira, Venezuela, 2016



Argenis Quilianio Brito Contreras<sup>1</sup>, Carolina Madriz Camacho<sup>2</sup>

### RESUMEN

La enfermedad por Zika (ZIKV) es una arbovirosis transmitida por culícidos del género *Aedes*; emergente y nueva en Latinoamérica. Fue una epidemia conocida como problema de salud pública en 2015-2016, se asoció con casos de síndrome congénito reportados en 24 países. Las manifestaciones clínicas incluyen: exantema, fiebre, conjuntivitis, artralgia, mialgia y edema periarticular. Se presentan los casos de ZIKV del centro médico de la Universidad de Los Andes en San Cristóbal, durante 2016, con el objetivo de determinar la prevalencia en este ambulatorio de atención primaria para contribuir con la epidemiología regional. Se realizó un estudio epidemiológico, observacional, documental y descriptivo, revisando las historias de pacientes con diagnóstico de sospecha de Zika, síndrome viral, Dengue y Chikungunya, tomados de los registros de morbilidad diaria (enero-octubre 2016). De 4.403 pacientes consultantes, 247 registraron sospecha de Zika (5,6%). Se creó base de datos en SPSS (variables demográficas y clínicas) y se compararon los casos con criterios diagnósticos de la OPS. Los resultados arrojaron prevalencia de 2,27% (n=100) de casos diagnosticados sospechosos de ZIKV; y 2,16% (n=95) de otras agresiones virales: dengue 0,34% (n=15); chikungunya 0,14% (n=6) y síndrome viral 1,68% (n=74), de estos últimos 27% (n=20) son compatibles con los criterios diagnósticos de la OPS para ZIKV. Se asume que la prevalencia real fue mayor al reportado, puesto que las estadísticas señalan que sólo 25% de pacientes con ZIKV presentan manifestaciones clínicas. No se confirmaron los casos por no disponer Corposalud Táchira de suficiente material para las pruebas serológicas.

**Palabras clave:** Enfermedad por Zika, Enfermedad por ZIKV, Fiebre Zika.

1. Universidad de Los Andes (núcleo Táchira)
2. Tutor. Médico de familia del Centro Ambulatorio Médico Integral de la Universidad de Los Andes en San Cristóbal. Profesor de Medicina Preventiva y Social de la Escuela de Medicina de la Universidad de Los Andes extensión Táchira.

E-mail:  
[argenisbritto@gmail.com](mailto:argenisbritto@gmail.com)

## REVISIÓN CIENTÍFICA

### Anticuerpos Monoclonales como Tratamiento Biológico.

Abraham Benzaquen<sup>1</sup>, Victoria Olivares<sup>1</sup>, Melisa Ibáñez<sup>1</sup>, Andrea Irausquin<sup>1</sup>, Geraldine Lachmann<sup>1</sup>, Zelandia Fermin<sup>2</sup>



#### RESUMEN

Los términos “Biofármacos”, “Fármacos Biológicos” o simplemente “Biológicos” se refieren a un tipo específico de medicamentos sintetizados a partir de alguna fuente biológica, modificada genéticamente o no. Son una clase relativamente nueva de productos terapéuticos, emergente en la clínica, con características diferenciales en origen, producción, estructura química y propiedades farmacéuticas y farmacológicas. La producción de biofármacos se da partir de sistemas biológicos vivos, como microorganismos (bacterias, hongos), animales (mamíferos, animales de laboratorio) y hasta el ser humano. Pueden estar compuestos de azúcares, proteínas, ácidos nucleicos, o combinaciones complejas de estas sustancias. Entre las características que distinguen a los biológicos de los medicamentos convencionales, además de que éstos últimos son fabricados mediante síntesis química, encontramos que los biofármacos tienen un tamaño y un peso molecular superior, su estructura química es más compleja, y gracias a su origen y proceso de producción presentan actividad biológica. Entre los biofármacos podemos encontrar: citoquinas, vacunas, proteínas recombinantes, anticuerpos monoclonales. Muchos de los biofármacos utilizados actualmente son anticuerpos monoclonales, esto debido a que se han convertido en una herramienta clave en el trato terapéutico de muchas enfermedades, en particular del cáncer, pero también del asma, linfomas, artritis reumatoide, enfermedades inflamatorias intestinales, entre otras.

**Palabras clave:** Anticuerpo monoclonal, tratamientos biológicos, biologicals, Biofármacos

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela “José María Vargas”.
2. Tutor. PhD en Biología

E-mail:  
[abrameni@gmail.com](mailto:abrameni@gmail.com)

## REVISIÓN CIENTÍFICA

### Papel de las Cininas en la Hipertensión Arterial.

Xioris Elena Rabel Angulo<sup>1</sup>, Eva Elena Golindano Millán<sup>1</sup>, Di-  
nerka Yoeli Verde Ramirez<sup>1</sup>, Emilia Díaz<sup>2</sup>.



#### RESUMEN

**INTRODUCCION:** Las cininas son oligopeptidos que contienen en su estructura la secuencia de las bradicininas y actúan principalmente como hormonas locales vasodilatadoras; circulan a bajas concentraciones (1-50 fmol/ml) y son rápidamente hidrolizadas por las cininasas. Poseen papel crítico en la regulación de la presión arterial (PA) y la función renal.

**MATERIALES Y METODOS:** Se realizó una revisión bibliográfica sobre las cininas como reguladores del sistema cardiovascular, basándose en artículos científicos originales e investigaciones en modelos animales de hipertensión arterial (HTA).

**RESULTADOS:** El sistema calicreína-cininas es un conjunto de proteínas que circulan en sangre y desempeña diversas funciones en el organismo, como el control de la presión arterial, las vías de la coagulación y los procesos de inflamación. Las bradicininas y la calidina son productos de dicho sistema que actúan sobre los receptores B<sub>1</sub> y B<sub>2</sub> con múltiples efectos sistémicos. Existe evidencia que consecuente a una lesión el sistema calicreína-cinina genera un aumento del flujo de sangre regional y junto la acción del factor XI permiten la formación de trombos intravasculares. Dicho incremento del flujo es producto de la activación del receptor B<sub>2</sub> por la bradicinina. Las bradicininas ocasionan la inactivación de la enzima convertidora de angiotensina, disminuyendo la conversión de la Angiotensina I a Angiotensina II, implicadas en la regulación de la PA por medio del Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona.

**CONCLUSIONES:** Esta revisión integra ampliamente efectos fisiológicos y fisiopatológicos de las cininas en el sistema cardiovascular, específicamente su papel en la modulación de la HTA..

**Palabras clave:** Cininas, Sistema Cardiovascular e Hipertensión Arterial

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela "Luis Razetti"
2. Tutor. Coordinadora Docente de la Cátedra de Fisiología Normal de la Escuela de Medicina "Luis Razetti"

E-mail:  
[xioris1993@gmail.com](mailto:xioris1993@gmail.com)

## REVISIÓN CIENTÍFICA

### Uso terapéutico de la cirugía bariátrica en pacientes diabéticos obesos.

Cristina De Cámara<sup>1</sup>. Oscar Castillo<sup>1</sup>. Leanna Nuñez<sup>1</sup>. Vittorio D'Andrea<sup>2</sup>



#### RESUMEN

Se realiza una revisión del uso terapéutico de la cirugía bariátrica en Diabetes Mellitus debido a que representa una de las patologías más desafiantes para el médico a la hora de su manejo, requiriendo de un constante control glicémico y regulación exhaustiva de la medicación, para evitar el progreso a sus graves secuelas. En la actualidad, más de 400 millones de individuos a nivel mundial padecen de diabetes; Con una prevalencia global proyectada de 642 millones de individuos diabéticos para el año 2040. Recientemente la cirugía bariátrica se ha establecido como una alternativa de tratamiento para pacientes obesos con diabetes y existen al momento múltiples publicaciones que evidencian su eficacia tanto a corto como a largo plazo. Debido a esto, el término actual aceptado mundialmente para esta técnica quirúrgica es “Cirugía Bariátrica y Metabólica”. El objetivo de esta revisión es repasar los conceptos básicos para el entendimiento de la cirugía bariátrica: su historia, tipos de procedimientos, indicaciones y contraindicaciones y analizar publicaciones actualizadas que evidencien resultados positivos en el manejo de la diabetes en obesos con esta técnica quirúrgica, así como exponer la evidencia más reciente sobre los efectos fisiopatológicos que explican los resultados publicados en cuanto al manejo quirúrgico de la diabetes, los cuales siguen en constante investigación pues incluyen múltiples mecanismos que no se explican únicamente por la pérdida de peso.

**Palabras clave:** Cirugía bariátrica, Diabetes Mellitus, obesidad.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela “Luis Razetti”.

2. Tutor. Medico Cirujano . Hospital Universitario de Caracas

E-mail:  
[crisdecamara94@gmail.com](mailto:crisdecamara94@gmail.com)

## REVISIÓN CIENTÍFICA

# Combatiendo la resistencia bacteriana: Una revisión sobre las terapias alternas a los antibióticos convencionales.

Jorge Cárdenas<sup>1</sup>, Oscar Castillo<sup>1</sup>, Oscar Castillo<sup>1</sup>,  
Vera González<sup>1</sup>, Javier Díaz<sup>2</sup>.



### RESUMEN

La salud pública mundial vive una amenaza constante: la emergencia de patógenos multirresistentes. El impacto de este desafío sobre la salud global implica altos costos en términos de morbilidad y gastos en la atención médica. La tasa de crecimiento de la resistencia bacteriana supera a la creación de nuevos antibióticos, lo cual ha dado como resultado la necesidad imperante del desarrollo de terapias alternas a los antibióticos convencionales, ya sean dirigidos al patógeno o al huésped. Es por ello que se realiza una revisión efectuando una búsqueda en Medline y Pubmed de opciones, tales como: anticuerpos, probióticos, vacunas, bacteriófagos y péptidos antimicrobianos (PAM); las cuales, en su mayoría, son utilizadas de manera preventiva o adyuvante, mientras que otras siguen aún en investigación; por ende, los antibióticos convencionales aún son necesarios. No es objetivo de esta revisión promover la sustitución de los antibacterianos, sino resaltar la existencia de un posible balance entre el uso de éstos y las nuevas terapias alternas. Los probióticos, anticuerpos, vacunas y ciertos PAM han ofrecido buenos resultados como complemento a los antibióticos. Otras opciones (péptidos antibiofilm o inhibidores de las bombas de eflujo) no tienen productos disponibles en el mercado y siguen aún en fases de investigación. El desarrollo exitoso de estos métodos terapéuticos y profilácticos supone un alto gasto para el sistema de salud, pero representa una inversión necesaria, en dinero y tiempo, con el objetivo de emprender y mantener la lucha contra la resistencia microbiana.

**Palabras clave:** Antibiótico, anticuerpos, probióticos, vacunas.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela "Luis Razetti".

2. Tutor. Médico Cirujano. Residente Medicina Interna Hospital "Dr. Domingo Luciani"

E-mail:  
jlcardenas1911@gmail.com

## REVISIÓN CIENTÍFICA

# Perfil inmunológico de la Leishmaniasis Cutánea Americana. Revisión científica 2012–2016.

Daniel Alejandro Gouveia Pombo<sup>1</sup>.  
Valentina del Valle García Vira<sup>1</sup>.



### RESUMEN

La Leishmaniasis es enfermedad infecciosa causada por protozoarios transmitidos al humano por picaduras de flebótomos. Existen tres formas clínicas principales: visceral, mucocutánea y cutánea, siendo ésta la de mayor frecuencia. El perfil inmunológico depende de la predominancia de un polo inmunitario sobre el otro, es decir, la respuesta ideal consiste en la dominancia Th<sub>1</sub> con participación de células presentadoras de antígeno, neutrófilos, monocitos, natural killer, macrófagos y TCD<sub>4</sub><sup>+</sup>, secreción de citosinas proinflamatorias: interferón gamma (INF- $\gamma$ ), factor de necrosis tumoral (TNF) e interleucina (IL)-12, que inicia la inducción de la respuesta mediada por células que anula la posibilidad de recrudescencia o la cronicidad de la enfermedad. En el otro polo de la enfermedad predomina la respuesta Th<sub>2</sub>, dominada por las citosinas IL-4, IL-5, IL-10 e IL-13, que generan una respuesta anérgica conllevando a la inhibición de los mecanismos leishmanicidas en los macrófagos. El diagnóstico es clínico-epidemiológico, inmunológico y parasitológico, fundamentado en el aislamiento e identificación de los parásitos a partir de lesiones de Leishmaniasis a través de frotis por aposición y por escarificado, cultivo del parásito e histología de las lesiones. Se realiza una revisión descriptiva y de correlación de la literatura publicada en PubMed, LILACS, Biblioteca Cochrane y Up to Date desde el 2012 al 2016. Se toman en cuenta ensayos clínicos aleatorizados, controlados, revisiones sistemáticas, revisiones científicas y guías de práctica clínica, utilizando las palabras clave “perfil inmunológico”, “Leishmaniasis cutánea americana”, “respuesta inmunológica” con el fin de dilucidar mecanismos que brinden una mejor perspectiva para el desarrollo de tratamientos.

**Palabras clave:** Balance Th<sub>1</sub>-Th<sub>2</sub>, Inmunología, Leishmaniasis cutánea, Perfil Inmunológico.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela “José María Vargas”.

E-mail:  
valentinavgarciav@gmail.com

## REVISIÓN CIENTÍFICA

### Resistencia a la Artemisina en malaria por *Plasmodium falciparum*.

Carlos Loynaz<sup>1</sup>, Joel Serpa<sup>1</sup>, Rebeca Milne<sup>1</sup>, José Marrero<sup>1</sup>, Gabriel Silva<sup>1</sup>.



#### RESUMEN

En la actualidad, se conoce la Malaria como una enfermedad endémica importante, que afectó a 214 millones de personas a nivel mundial en 2015, motivo por el cual los sistemas de salud han desarrollado medidas terapéuticas para controlar la incidencia y prevalencia de esta patología. El tratamiento de primera línea consiste en esquizonticidas y gameticidas, tales como artemisina, mefloquina y primaquina. Se realiza una revisión para el estudio de la creciente resistencia que se ha observado hacia uno de los medicamentos que se utiliza en pacientes infectados por *Plasmodium falciparum*: la Artemisina. La Malaria o Paludismo es una enfermedad parasitaria metaxénica causada por protozoarios del género *Plasmodium* (*P. vivax*, *P. falciparum*, *P. malariae* y *P. ovale*) que es transmitida por artrópodos del género *Anopheles* spp. La parasitosis se caracteriza por síntomas como fiebre alta intermitente, escalofríos, sudoración, anemia, hepatoesplenomegalia, insuficiencia hepática, insuficiencia renal, entre otros. Esta sintomatología puede llegar a ser muy grave y comprometer la vida del paciente, por lo que el tratamiento debe ser orientado de la manera adecuada. En base a lo anteriormente expuesto se considera importante el manejo de conocimientos respecto a los casos de resistencia a la artemisina que existen actualmente a nivel mundial y la razón fisiopatológica que subyace a la aparición de la misma.

**Palabras clave:** Artemisinine, Malaria, *Plasmodium falciparum*, Resistencia a medicamentos.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela "Luis Razetti".

E-mail:  
[joelserpa15@gmail.com](mailto:joelserpa15@gmail.com)

## REPORTE DE CASO

# Enfermedad diverticular complicada con divertículo gigante de colon a propósito de un caso.



Diego Alejandro Comini Noriega<sup>1</sup>, Onix Omnair Narvaez Echarri<sup>1</sup>,  
Carina Marisol Porciello Gil<sup>1</sup>, Carlos Rafael Hernandez Badell<sup>1</sup>,  
Miguel Vasallo<sup>2</sup>

### RESUMEN

La enfermedad diverticular, es un síndrome que consiste en la presencia de diverticulosis, diverticulitis y sangrado diverticular; Este síndrome se clasifica en simple (75-80%) y complicado (10-25%); siendo el divertículo gigante de colon, una complicación muy infrecuente de la enfermedad; fue descrita por primera vez en Francia en 1946. EL divertículo está ubicado habitualmente en colon sigmoide y es considerado gigante a partir de los 4cm de diámetro, midiendo en la mayoría de los caso entre 4cm y 9cm de diámetro. Se presenta el caso de un paciente masculino de 66 años, quien refiere inicio de enfermedad actual en agosto de 2016, presentando cambios en el hábito evacuatorio de consistencia blanda y frecuencia de 3 - 4 veces diarias, concomitante distensión abdominal marcada. Al examen físico; abdomen globoso, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial, de igual forma se evidencia un aumento de volumen, de aproximadamente 13cm x 12cm, en epigastrio e hipocondrio derecho, depresible, no dolorosa, y no adherida a planos profundos; al tacto rectal, esfínter normotónico, paredes lisas, se palpa aumento de volumen en pared anterior de aproximadamente 1,5cm x 2cm de diámetro, renitente, no dolorosa, con abundantes heces en ampolla rectal. Se practica una TAC abdominal, evidenciándose a nivel de hipocondrio derecho, mesogastrio y epigastrio una imagen redondeada, de contornos gruesos, bien definidos, de contenido neumático, con dimensiones máximas de 148mm x 149mm, con presencia de una imagen nodular, de densidad cálcica de aproximadamente 22mm x 12mm adosada a su pared.

**Palabras clave:** Divertículo gigante de colon, enfermedad diverticular complicada, distensión abdominal.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela "Luis Razetti"

2. Médico Cirujano, Especialista en Cirugía General, Jefe del servicio de cirugía II del Hospital Universitario de Caracas

E-mail:  
[diegocomini14@gmail.com](mailto:diegocomini14@gmail.com)

## REPORTE DE CASO

# Tiroidectomía total por cáncer papilar de tiroides y sus complicaciones, en adolescente de 15 años. A propósito de un caso.



María Gabriela González Vianello<sup>1</sup>, Victoria Eugenia Salaverria Chacín<sup>1</sup>, Andy Abarca<sup>2</sup>, Franklin García<sup>3</sup>.

### RESUMEN

El cáncer tiroideo representa menos del 1,4% de los tumores malignos en niños y adolescentes, expresándose casi exclusivamente en esta población como cáncer papilar de tiroides, con un comportamiento biológicamente diferente al del adulto. Se presenta caso de adolescente masculino de 15 años de edad, quien presenta aumento de volumen en región cervical. Dos años después, presenta dolor cervical a la movilización, motivo por el cual acude a facultativo, donde realizan ultrasonido tiroideo y punción por aguja fina, la cual reportó cáncer papilar de tiroides y adenopatías cervicales con criterios de metástasis. Ingresó al Hospital Universitario de Caracas, para la realización de tiroidectomía total más vaciamiento central y funcional izquierdo, con colocación de vía central, donde se evidenció tumor tiroideo, adenopatías metastásicas, nervio laríngeo inferior izquierdo comprometido, más no infiltrado y glándula paratiroides inferior derecha isquémica, por lo que se realiza trasplante paratiroideo. Al segundo día, presenta fiebre de 39°C, realizándose cultivo de catéter central, el cual reportó *Pseudomonas aeruginosa*, iniciándose tratamiento con meropenem y amikacina. Al séptimo día, presenta espasmos carpopedales dolorosos, se realizan exámenes paraclínicos evidenciando hipocalcemia y valores séricos de parathormona disminuidos, asociándose gluconato de calcio al 10%. Al ser una patología infrecuente en la edad pediátrica y con un comportamiento distinto al del adulto, el tratamiento quirúrgico ideal para este grupo etario no está ampliamente descrito. Por esta razón, es importante realizar un diagnóstico precoz de la enfermedad y evaluar las posibles complicaciones que se puedan presentar según el tipo de intervención quirúrgica a realizar.

**Palabras clave:** tiroidectomía, cáncer papilar de tiroides, adolescente, hipoparatiroidismo postquirúrgico.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela "Luis Razetti"

2. Tutor. Médico Cirujano. Cirujano General y Cirujano Bariátrico. Adjunto del Servicio de Cirugía IV del Hospital Universitario de Caracas.

3. Médico Cirujano. Cirujano General y Endocrino. Profesor asistente de la Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica D, Servicio de Cirugía IV y Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario de Caracas, Facultad de Medicina, Escuela Luis Razetti; Universidad Central de Venezuela (UCV).

E-mail:  
[gaby261294@gmail.com](mailto:gaby261294@gmail.com)

## REPORTE DE CASO

# Manejo Clínico y Quirúrgico de Paraganglioma Extra-Adrenal con Hipertensión Secundaria. A propósito de un caso.



Luis Antonio Marcano Marcano<sup>1</sup>, Jose Ángel Uribe<sup>1</sup>, Gabriela Carolina Miralles Jones<sup>1</sup>, Joel Serpa<sup>1</sup>, Elka Maria Marcano<sup>2</sup>, Manfred Hermanni<sup>3</sup>.

### RESUMEN

Los paragangliomas, se consideran tumores raros del tejido neuroendocrino derivado de las células cromafines, con una incidencia estimada de 2-8/1.000.000 de personas por año, asociados a hipertensión secundaria y alta morbimortalidad, de los cuales cerca del 85% se originan de la médula suprarrenal denominándose feocromocitomas (FeoCCM), y el 15% se considera paragangliomas extraadrenales (PGEA); en pacientes pediátricos el porcentaje de PGEA alcanza hasta el 30% de los casos. A continuación se presenta un caso de PGEA en un paciente escolar masculino de 7 años de edad quien consulta por fiebre, cefalea, eritrodermia, diaforesis, que al examen físico presenta frecuencia cardíaca de 130 lat/min y presión arterial (PA) de 150/110 mmHg, mala respuesta a los betabloqueantes, con aumento de la PA (170/110 mmHg) luego de iniciar propranolol, además de evidenciarse en tomografía y ecosonograma abdominal masa retroperitoneal a nivel paraórtico, y catecolaminas elevadas en sangre, por lo que se plantea el diagnóstico de FeoCCM/PGEA. El manejo preoperatorio fue muy complicado debido a la poca disponibilidad de las drogas habituales recomendadas para el manejo de FeoCCM/PGEA en el país, sin embargo, se programa y realiza la intervención lográndose la exitosa resolución quirúrgica del mismo. Se debe resaltar el manejo multidisciplinario del paciente, así como el control preoperatorio e intraoperatorio como herramientas fundamentales para el éxito de la terapéutica, prestando especial atención a las complicaciones derivadas del exceso de catecolaminas, como las arritmias cardíacas, y aquellas complicaciones inherentes a la hipertensión secundaria derivada en esta patología.

**Palabras clave:** Antagonistas adrenérgicos, Feocromocitoma, hipertensión, Paraganglioma.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela "Luis Razetti"
2. Tutor. Medico Cardiólogo Infantil, Centro Policlínico La Viña.
3. Medico Cardiólogo-Hemodinamista Infantil, Centro Policlínico la Viña.

E-mail:  
[luis\\_mar\\_13@hotmail.com](mailto:luis_mar_13@hotmail.com)

## REPORTE DE CASO

# Adenocarcinoma de recto medio por escisión mesorectal total de abordaje transanal y laparoscópico asistido con robot Da Vinci, ileostomía en asa de protección.

Maria Andreina De Sousa Pestana<sup>1</sup>, Rafael Andres Hanssen Hargitay<sup>1</sup>, Andres Hanssen Londoño<sup>2</sup>.



### RESUMEN

El adenocarcinoma es un tipo de cáncer de células glandulares de la mucosa rectal que afecta principalmente a las células secretoras ubicadas en el tejido que reviste el recto. Descrito como el segundo cáncer más frecuente (28%) en el intestino grueso después del cáncer de colon proximal (42%) es tratado de rutina mediante la resección meso-rectal total (TME), procedimiento "Gold Standard" de carácter invasivo descrito en 1982. Aunque hemos observado una gran disminución en el número de cánceres rectales en adultos mayores de 65 años (-1,5% entre 50-64 años y 4,3% en personas de más de 65 años), esta tasa ha aumentado un 1,8% anual para los cánceres rectales en adultos menores de 50 años. Se decide presentar paciente masculino de 54 años de edad, quien refiere rectorragia ocasional motivos por los cuales se realizó estudio endoscópico inferior, con hallazgo de LOE a 10 cm del margen anal, de la cual se tomó biopsia, con reporte de ADC bien diferenciado. TAC de Tórax, abdomen y pelvis, reporta engrosamiento de paredes del recto de 4x 1,5 cm hacia su contorno izquierdo, con presencia de pequeñas adenopatías regionales. Inició tratamiento Neo-adyuvante 14 de Febrero la cual se estima finalización para el 27 de Marzo. Para el 15 de Mayo se planifica intervención tipo Ta-TME, abordaje quirúrgico no realizado de rutina para este tipo de neoplasia; caracterizado por ser un procedimiento mínimamente invasivo, que combinando el abordaje laparoscópico y robótico optimiza la TME demostrando mejores resultados oncológicos.

**Palabras clave:** Adenocarcinoma del recto, Escisión mesorectal total, Abordaje transanal, Laparoscopia, Ileostomía.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela "Luis Razetti"
2. Tutor. Medico Cirujano General Especialista en cirugia de invasion minima. Jefe del servicio de Cirugia I del Hospital Miguel Perez Carreño

E-mail:  
[rhh182@gmail.com](mailto:rhh182@gmail.com)

## REPORTE DE CASO

# Embarazo Ectópico Cornual: Una Extraña Entidad. Reporte de un Caso.

Osvelys Isamar Millán Luna<sup>1</sup>, Esklenibel Peña Martínez<sup>1</sup>, Lisbeth V. Andrade Ch.<sup>2</sup>



### RESUMEN

El embarazo ectópico Cornual es una variedad poco frecuente de embarazo ectópico, caracterizada por la implantación de un saco gestacional en el cuerno uterino, adyacente al ligamento redondo. Reviste un riesgo mayor que cualquier otra localización ectópica, ya que, la ruptura del cuerno uterino podría conllevar al desarrollo de hemorragias severas capaces de ocasionar la muerte materna. Su incidencia constituye tan sólo un 2-4% de los embarazos ectópicos en general, lo que es igual a 1 por cada 2.500 - 5.000 recién nacidos vivos. Se trata de paciente femenino de 19 años de edad, nulípara, con embarazo de 9 semanas por Fecha de última Regla, quien acude a control con médico tratante, sin referir síntomas como dolor abdominal o sangrado a través de genitales externos, quien Realiza para su evaluación, Ecosonografía obstétrica transvaginal, donde se evidenció imagen compatible con saco gestacional de 28x20x21mm, no intersticial, implantado cercano a cuerno uterino derecho, con vitalidad fetal presente. La intervención terapéutica se realizó con: tratamiento farmacológico a base de Metotrexate en dos dosis, para inducir el cese de la actividad embriocárdica y, tratamiento quirúrgico conservador, mediante Legrado por Aspiración Manual Endouterina Ecoguiada, que cursa con una recuperación adecuada y sin complicaciones. Al ser el embarazo Cornual una entidad con tan alta morbimortalidad materna, Es importante realizar el diagnóstico precoz, para que, mediante su tratamiento médico/conservador adecuado puedan evitarse todas las complicaciones.

**Palabras clave:** Embarazo Cornual, Embarazo Ectópico, Metotrexato.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela "Luis Razetti"
2. Tutor. Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario de Caracas (HUC). Universidad Central de Venezuela. Escuela "Luis Razetti" . Hospital Universitario de Caracas.

E-mail:  
osvelys.millan@gmail.com

## REPORTE DE CASO

# Linfoma Primario de Cuello Uterino y Vagina: A propósito de un Caso.

Sebastian Gasparini<sup>1</sup>, Javier Goncalves<sup>1</sup>, Eliette Mendoza<sup>1</sup>, Isabel Sánchez<sup>1</sup>, Damelis Chiquín<sup>2</sup>.



### RESUMEN

Las neoplasias linfoproliferativas primarias del tracto genital femenino (TGF) son poco frecuentes. Los Linfomas No Hodgkin Difusos de Células Grandes B (LNHDCGB) son el tipo más común de LNH aunque su presentación extranodular se presenta en un 15% de los mismos. De este porcentaje, sólo un 1% se presenta en el TGF con una incidencia mayor de neoplasias en ovario y cuello uterino, seguidas por endometrio y vagina. La infiltración secundaria al Sistema Nervioso Central (SNC) de los LNH representa un 5%, aunque se ha descrito que el riesgo aumenta en los linfomas extranodales manifestando lesiones leptomeníngicas, ependimarias y, únicamente, 8% parenquimatosas. Se presenta el caso de paciente femenino de 37 años de edad quien en mayo de 2015 presenta metrorragia y masa en cuello uterino y vagina. Se realiza biopsia de tejido y médula ósea que revelan LNHDCGB extranodal e infiltración paratrabecular intersticial y difusa por LNHDCGB, respectivamente, por lo que indican tratamiento con 6 ciclos de CHOP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona). En junio de 2016, presenta cefalea hemicraneana izquierda de moderada a fuerte intensidad y opresiva, paresia y parestesia de miembro inferior izquierdo y diplopía; se indica realización de RMN cerebral que demostró impregnación de estructuras leptomeníngicas, lesión intraparenquimatosas en lóbulo cerebelar izquierdo y cambios en la intensidad de la señal del epéndimo. En este trabajo se evalúa la evolución clínica de la paciente fundamentada en el adecuado diagnóstico y tratamiento. La importancia del caso radica en la incidencia de esta neoplasia dentro de los LNH (1%).

**Palabras clave:** Neoplasia, linfoma extranodal, CHOP.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela "Luis Razetti"

2. Tutor. Médico Cirujano de la Escuela de Medicina Luis Razetti. Hematólogo del Hospital Universitario de Caracas. Unidad de Hematología y Oncología del Hospital Universitario de Caracas.

E-mail:  
[isa.sanchez5995@gmail.com](mailto:isa.sanchez5995@gmail.com)

## REPORTE DE CASO

### Ruptura uterina en embarazo de 15 semanas. Reporte de un caso.

Alessandra Capozzolo Cerviño<sup>1</sup>, Federica Eugenia Dávila Niño<sup>1</sup>,  
Andrea Alexandra Ortega Cedeño<sup>1</sup>, Andrea Carolina Rodríguez  
González<sup>1</sup>, Norma Cerviño<sup>2</sup>, Natalia González<sup>3</sup>.



#### RESUMEN

La perforación uterina es una complicación potencial de todos los procedimientos intrauterinos. Adicionalmente, muchas perforaciones pueden ser reconocidas o no, por lo que la incidencia esta subestimada. El reporte de esta complicación en histeroscopias quirúrgicas alcanza el 1% aproximadamente. El riesgo de perforación aumenta según los factores uterinos que dificulten el acceso a la cavidad tales como estenosis cervical, posición uterina, distorsión anatómica de la cavidad por sinequias o malformaciones congénitas y atrofia postmenopausica. Dicha perforación, como cualquier incisión uterina, puede debilitar la pared miometrial, por lo que surge la preocupación del incremento del riesgo de ruptura uterina durante un embarazo subsiguiente. Se presenta el caso de una paciente de 35 años, 15 semanas de gestación, con antecedente de cesárea por embarazo gemelar, 3 histeroscopias por Síndrome Asherman, quien acude a emergencia por dolor en fosa ilíaca derecha punzante, que progresa de moderada a fuerte intensidad, generalizándose en abdomen y región lumbar. Al examen físico presenta signos clínicos de inestabilidad hemodinámica y abdomen agudo; en ecosonograma obstétrico feto en buenas condiciones, placenta normoinserta, abundante cantidad de líquido libre en abdomen con imágenes hiperecoicas. Ingresa con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico. Se realiza laparotomía exploratoria evidenciándose hemoperitoneo (2000cc de sangre aproximadamente) y saco gestacional en cavidad abdominal, ruptura del fondo uterino. Se realiza histerorrafia, ligadura de hipogástricas y reposición de volemia. La relevancia de este caso radica en su baja incidencia en el segundo trimestre del embarazo, constituyendo un desafío médico por su difícil diagnóstico diferencial y controversial manejo.

**Palabras clave:** Abdomen agudo, Asherman, Embarazo, Histeroscopia, Perforación uterina.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela "Luis Razetti"
2. Tutor. Ginecobstetricia, Clínica El Avila.
3. Tutor. Endocrinología ginecológica, Ginecobs-tetricia, Clínica El Avila.

E-mail:  
[alessacapozzolo@gmail.com](mailto:alessacapozzolo@gmail.com)

## REPORTE DE CASO

# Tuberculosis peritoneal en paciente inmunocompetente: Reporte de un caso.

Luis Suárez<sup>1</sup>, Oscar Rodríguez<sup>1</sup>, Katerin Roa<sup>1</sup>, Andreina Mugno<sup>1,2</sup>,  
María Ines Calatroni<sup>3</sup>.



### RESUMEN

La tuberculosis peritoneal es un sitio infrecuente de infección extrapulmonar causada por *Mycobacterium tuberculosis*, representa del 1 al 2% de todas las localizaciones y resulta aún más excepcional encontrarla en un paciente sin factores de riesgo o inmunocompromiso. La ascitis constituye el signo más común. Se presenta un caso de paciente femenino de 25 años de edad sin antecedentes clínicos significativos quien presentó en enero 2017 episodios de fiebre (40°C), precedidos de escalofríos, concomitante diaforesis y cefalea holocraneana, asociándose en febrero aumento de volumen del área abdominal, de aparición progresiva, no doloroso. Los primeros días de marzo presenta tos seca, no productiva, disneizante y emetizante, evacuaciones líquidas sin moco ni sangre y pérdida de peso de 5kg desde el inicio de la sintomatología. Al examen físico se evidenció tórax hipoexpansible con áreas de matidez bibasal, ruidos respiratorios disminuidos sin agregados, abdomen globoso a expensas de líquido ascítico, flancos prominentes, matidez cambiante y signo de la ola. En cuanto a los hallazgos paraclínicos reportó, elevación de VSG, trombocitosis reactiva, anemia normocítica hipocrómica, derrame pleural, masas parauterinas tubulares con captación heterogénea de contraste y ADA de líquido ascítico de 148 UI/L, por esto se instaura tratamiento antituberculoso evidenciándose una mejoría clínica. Este caso constituye un reto diagnóstico al no presentar exposición conocida a tuberculosis, tener sintomatología variada y obtener una prueba de tuberculina (PPD) negativa. Por esto, al encontrarnos en un país con una alta incidencia de tuberculosis, debemos siempre, ante datos clínicos de sospecha, realizar estudios para descartar dicha afección.

**Palabras clave:** Peritonitis Tuberculosa, Ascitis, Inmunocompetencia.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela "Luis Razetti"
2. Editor Ejecutivo. diagramación y diseño. Acta Científica Estudiantil.
3. Tutor. Jefa de Cátedra del Servicio de Medicina 2 del Hospital Universitario de Caracas. Médico Internista, Médico Infectólogo.

E-mail:  
[katyroab@gmail.com](mailto:katyroab@gmail.com)

## REPORTE DE CASO

# Endoftalmitis endógena como complicación de neumonía adquirida de la comunidad, reporte de un caso.

Kevin José Luna Ladera<sup>1</sup>, Egilde Mercedes Rivera Rivero<sup>1</sup>,  
Alessandra Carolina Pantoli Macallini<sup>1</sup>, Juan Pablo Jiménez  
Barroeta<sup>1</sup>, Efraín J. Sánchez Angarita<sup>2</sup>.



### RESUMEN

La endoftalmitis endógena o metastásica es una patología infrecuente, aunque grave. Su incidencia es de 2% de todos los casos de endoftalmitis. Las causas infecciosas incluyen: neumonía, infecciones del tracto urinario, endocarditis, meningitis e infección de piel y tejidos blandos, especialmente en pacientes inmunosuprimidos y con comorbilidades. Se trata de paciente masculino de 64 años de edad, con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC); quien inicia enfermedad actual el 20/02/17 presentando: tos seca, concomitante disnea grado 3 (escala modificada del Consejo Británico de Investigación Médica) y fiebre no cuantificada; acude a facultativo, quien ingresa durante 72 horas, administrando esteroides y antibioticoterapia endovenosa no precisada, egresando con Azitromicina ambulatoria. Posteriormente refiere: cefalea hemicraneana derecha de fuerte intensidad, tipo lancinante, irradiada a región retrocular ipsilateral; motivo por el cual consulta al servicio de Neumonología y Cirugía Torácica del Hospital Universitario de Caracas, donde se ingresa. Se realizan: paraclínicos, tomografía axial computarizada y radiografía de tórax posteroanterior, concluyendo como diagnósticos: Neumonía adquirida en la comunidad con criterios de severidad clase III y endoftalmitis endógena derecha. Se indica antibióticos parenterales y evaluación por Oftalmología quienes realizan enucleación del globo ocular derecho. La endoftalmitis endógena posterior a un cuadro infeccioso es una condición poco prevalente, que afecta mayormente pacientes inmunocomprometidos. Su pronóstico es incierto y de necesario tratamiento precoz, lo que hace del diagnóstico temprano un reto para la especialidad.

**Palabras clave:** Bacteriemia, endoftalmitis, EPOC, neumonía.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela "Luis Razetti"

2. Tutor. Profesor instructor. Catedra de Neumonología. Facultad de Medicina. Escuela Luis Razetti, Universidad Central de Venezuela. Centro Médico Docente La Trinidad

E-mail:  
[gigirivera3110@gmail.com](mailto:gigirivera3110@gmail.com)

## REPORTE DE CASO

# Síndrome Ictérico febril con derrame pericárdico como presentación atípica de Leptospirosis: a propósito de un caso.



Raúl González<sup>1</sup>, Elizabeth Gazzotti<sup>1</sup>, María Andreína Román<sup>1</sup>,  
Natalia Vivas<sup>1</sup>, Rosa Khalil<sup>2</sup>, Patricia Araujo<sup>3</sup>.

### RESUMEN

Sobre las manifestaciones cardíacas en la leptospirosis, se estima que solo un 10% de los casos presenta algún tipo de manifestación cardiovascular, y solo un 20% de los afectados llega a tener derrame pericárdico leve. Se presenta a una paciente femenina de 43 años quien presenta episodios febriles entre 39-40 ° C de 3 semanas de evolución, precedida de escalofríos y seguida de diaforesis profusa. Concomitante dolor en miembros inferiores, a predominio de gastrocnemios y articulación de la rodilla y tobillo, simétrico, de fuerte intensidad que limita deambulacion, sin atenuantes y que se agrava con la movilidad, refiere además aparición de tinte icterico en piel y escleras, una semana después presenta dolor de fuerte intensidad en hipocondrio derecho, irradiado a flanco derecho y región lumbar, de tipo punzante, sin agravantes ni atenuantes. La paciente es ingresada bajo el contexto de un síndrome icterico-febril, debido a antecedentes epidemiológicos, leucocitosis y elevación de la Bilirrubina total (11,2 mg/dL) a expensas de bilirrubina directa (9,9 mg/dL), solicitan técnica de micro-aglutinación de antígenos (MAT) para *Leptospira*, obteniendo un título de 1/800 para *Leptospira* de la cepa Canolli. En el séptimo día de hospitalización presenta dolor precordial, de carácter urente, razón por la cual se realiza electrocardiograma que reporta elevación del segmento ST en V<sub>4</sub>, V<sub>5</sub>, D<sub>1</sub> con infra-desnivel del PR en D<sub>1</sub>, realizan marcadores de necrosis miocárdica que resultan en límites normales, y ecocardiograma que reporta derrame pericárdico circunferencial leve. Se desarrolla la importancia del derrame pericárdico en la leptospirosis no relacionado con uremia.

**Palabras clave:** Ictericia, *Leptospira*, Pericarditis.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela "Luis Razetti"

2. Tutor. Profesor titular, cátedra de Medicina III. Servicio de Medicina interna III, Hospital Universitario de Caracas. Esc. Luis Razetti. UCV

3. Tutor. Residente de segundo año. Curso de Postgrado de Medicina Interna. Hospital Universitario de Caracas. UCV.

E-mail:  
ragp95@hotmail.com

## REPORTE DE CASO

### ¿Polineuropatía Diftérica? Complicación post-infecciosa: reporte de un caso.

Carlos Julio Cerrada Yépez<sup>1</sup>, Marco Aurelio Díaz Gutiérrez<sup>1</sup>,  
Stephanie Bexzavet Sirvent Mora<sup>1</sup>, Janmaris Marin Fermin<sup>2</sup>.



#### RESUMEN

La difteria es una enfermedad bacteriana aguda producida por el bacilo *Corynebacterium diphtheriae* cuya presentación más frecuente es la forma respiratoria y las complicaciones más significativas las cardíacas y neurológicas. La toxina diftérica es el principal factor de virulencia y los síntomas iniciales de infección por *C. diphtheriae* se deben a ésta, ocurren localmente en el tracto respiratorio debido a toxicidad no invasiva, que posteriormente en pacientes con enfermedad severa se hace remota por diseminación de la toxina, manifestándose como polineuropatía diftérica. Inicialmente cursa con malestar general, fiebre, odinofagia y el desarrollo de una pseudomembrana que compromete paladar blando, nasofaringe, orofaringe e incluso, como complicación grave con elevada mortalidad, la laringe. Consecutivamente a las 3-6 semanas de iniciada la sintomatología se presentan los síntomas bulbares, caracterizados por disfonía, disfagia y parálisis palatina, pudiendo progresar a polineuropatía alrededor de 8 semanas. Se presenta el caso de paciente femenino de 23 años de edad que consulta por cambio en la resonancia de la voz y disfagia a líquidos 15 días posterior a resolución satisfactoria de faringoamigdalitis diftérica dada por administración de penicilina cristalina y dosis de antitoxina diftérica. La videodeglutoscopia reporta parálisis de IX y rama sensitiva de X nervio craneal. Este caso ilustra el contexto de la situación actual de Venezuela, con la baja cobertura vacunal la difteria debe no solo entrar nuevamente a la lista diagnósticos diferenciales de infecciones respiratorias altas sino también ser monitoreada minuciosamente en los pacientes que la padezcan para manejar eventuales complicaciones.

**Palabras clave:** *Corynebacterium diphtheriae*, difteria, disfagia, disnea, polineuropatía.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela "Luis Razetti"

2. Tutor. Médico Cirujano Universidad Central de Venezuela, Residente del postgrado de Otorrinolaringología, Hospital Universitario de Caracas.

E-mail:  
[cjcy08@gmail.com](mailto:cjcy08@gmail.com)

## REPORTE DE CASO

# Edema como manifestación atípica de infección por *Rickettsia* del grupo tífus: reporte de un caso.



Suriel Karlis Landaeta Ortega<sup>1</sup>, José Alexander Rodrigues Goncalves<sup>1</sup>, Diego Alejandro Fornerino Moreno<sup>1</sup>, Génesis E Bravo G<sup>2</sup>.

### RESUMEN

Las bacterias del género *Rickettsia* son transmitidas al hombre en un ciclo que involucra a reservorios (ratas, perros, ganado) y vectores (artrópodos principalmente). Son causantes de un inespecífico cuadro clínico caracterizado por fiebre, cefalea y lesiones cutáneas, con pocas alteraciones hematológicas y químicas. La presencia de edema ha sido escasamente reportada. Se conoce que la patogenia de las rickettsiosis depende del aumento de la permeabilidad capilar resultante del proceso inflamatorio desencadenado por células endoteliales huéspedes de la bacteria. Se presenta caso de paciente masculino, productor agropecuario, que consulta por presentar fiebre y aumento de volumen en miembros inferiores y región escrotal de tres meses de evolución. Durante su hospitalización se realizan estudios de hematología, química sanguínea, prueba de Knott, ecografía doppler y tomografía axial computarizada de pelvis. Se revela elevación de enzima lactatodeshidrogenasa, adenopatías inguinales y líquido en región escrotal. Aproximadamente un mes posterior a ingreso cede el edema. Aún sin diagnóstico definitivo, durante nuevo interrogatorio, el paciente refiere antecedente de contacto con abortos de ganado vacuno, así, se solicita serología para *Brucella*, *Rickettsia*, *Anaplasma* y *Ehrlichia*. Los episodios febriles desaparecen, por lo que el paciente es egresado, sin embargo reaparecen una semana después encontrándose en su localidad. Luego se demuestra infección reciente por *Rickettsia* grupo typhi, prescribiéndose doxiciclina, 100 miligramos cada doce horas, vía oral, por siete días. Los síntomas remiten por completo en el paciente. Se debe tener en cuenta el retraso al que es susceptible el diagnóstico y el edema como posible manifestación clínica en casos similares.

**Palabras clave:** Fiebre, Eosinofilia, Linfedema, Hidrocele testicular.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela "Luis Razetti"
2. Tutor. Médico Cirujano, residente del servicio de infectología del Hospital Universitario de Caracas.

E-mail:  
[fornerino46@hotmail.com](mailto:fornerino46@hotmail.com)

## REPORTE DE CASO

# Pleuroneumonía complicada en paciente con enfermedad de Huntington: Reporte de un caso.

José Miguel Méndez Jurado<sup>1</sup>, Ana Gabriela Mendoza Ávila<sup>1</sup>, Leonel Jogreh Monserratt Vargas<sup>1</sup>, Rosirys Velasquez Salazar<sup>2</sup>.



### RESUMEN

La enfermedad de Huntington (EH) es un trastorno neurodegenerativo, hereditario autosómico dominante que se manifiesta con una triada de síntomas neurológicos motores, cognitivos y psiquiátricos que comienzan insidiosamente y progresan durante muchos años, presentando complicaciones como; neumonía por aspiración, asfixia, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, traumatismos y cuadros depresivos con tendencias suicidas, siendo estas las causas principales de mortalidad en estos pacientes. Se estima en países occidentales una prevalencia de 5 a 10 casos por cada 100.000 habitantes y la mayor prevalencia a nivel mundial se encuentra en Venezuela (estado Zulia). Se presenta el caso de una paciente de 57 años con EH mal tratada y pleuroneumonía complicada con derrame pleural (DP) tipo exudado, quien durante su hospitalización requirió la reinsertión del tubo de tórax en cuatro oportunidades, luego del retiro involuntario debido a los continuos, estereotipados e incontrolables movimientos relacionados a su enfermedad de base. Estas reinsertaciones promueven la contaminación del líquido pleural (LP) con gérmenes intrahospitalarios requiriendo tratamiento antimicrobiano de amplio espectro. Se programa la posibilidad de resolución quirúrgica y se plantean las alternativas a los familiares, quienes posteriormente acuerdan el egreso del hospital ante la dificultad de costear los insumos necesarios para el tratamiento. El consejo genético y la individualización del tratamiento constituyen parte fundamental de la ayuda que debe ofrecérsele al paciente. La colocación y permanencia de un tubo de tórax requiere siempre de un cuidado especial e individualizado. La autonomía y la justicia distributiva son aspectos bioéticos a considerar en esta situación dilemática.

**Palabras clave:** Asesoramiento genético, enfermedad de Huntington, pleuroneumonía, terapéutica.

1. Universidad de Carabobo (núcleo Maracay)
2. Tutor. Médico internista. Doctora en Educación Superior. Profesor Agregado de la Universidad de Carabobo Sede Aragua (UCSA)

E-mail:  
[mendezjose1000@gmail.com](mailto:mendezjose1000@gmail.com)

## REPORTE DE CASO

### Paciente con síndrome nefrótico secundario a hipotiroidismo. Reporte de un caso.

Brayan Virgilio Infante Avila<sup>1</sup>, Carlos Eduardo González Vergara-Donoso<sup>1</sup>, Berzeliuz Andueskha Fajardo De Los Santos<sup>1</sup>, Guillianana Anais Hernández Pérez<sup>1</sup>, Maria Inés Calatroni<sup>2</sup>.



#### RESUMEN

El hipotiroidismo es la deficiencia de hormonas tiroideas causada por alteración orgánica o funcional en la glándula tiroidea o de su estimulación a través del eje hipotálamo-hipofisiario. La prevalencia general es de 9,8%; siendo más frecuente en mujeres. El hipotiroidismo actúa como factor de riesgo para desarrollar diferentes enfermedades debido a su función en órganos diana, incluyendo el riñón. Una complicación importante e infrecuente asociada al hipotiroidismo es la insuficiencia renal crónica; se relaciona con disminución del filtrado glomerular como consecuencia de la alteración del flujo renal por acción deficiente de las hormonas tiroideas en este sistema. Se presenta el caso de paciente femenina de 57 años de edad, quien consulta por presentar aumento de volumen progresivo de carácter difuso en miembros inferiores con limitación funcional, concomitantemente disminución del volumen urinario, orina espumosa, náuseas matutinas y disgeusia; posteriormente la clínica progresa presentando ortopnea, tos no productiva y ascitis. Al examen físico: presión arterial 118/80 mmHg, frecuencia cardíaca 75 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 22 ciclos por minuto, obesidad tipo II, intolerancia al decúbito, piel levemente deshidratada, fría, pálida, cabello quebradizo, ascitis y edema en miembros inferiores grado IV. Paraclínicos: química sanguínea: creatinina de 4.69 mg/dL, depuración de orina en 24 horas: 3.24 g de proteínas, perfil tiroideo: tiroxina (T4): 3,3 µU/mL, diagnosticándose insuficiencia renal asociada a hipotiroidismo. Es fundamental el diagnóstico precoz y asociación de estas entidades, ya que en etapas tempranas el tratamiento del hipotiroidismo puede revertir el daño renal, evitando su evolución a insuficiencia renal crónica.

**Palabras clave:** ascitis, edema, hipotiroidismo, insuficiencia renal, ortopnea, síndrome nefrótico.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela "Luis Razetti"
2. Tutor. Jefa de Cátedra 2 del Servicio de Medicina 2 del Hospital Universitario de Caracas. Médico Internista-Infectólogo.

E-mail:  
[brayan.infante@hotmail.com](mailto:brayan.infante@hotmail.com)

## REPORTE DE CASO

# Síndrome Stevens–Johnson en un paciente con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en falla del tratamiento antirretroviral: reporte de un caso.



María Elisa Campos<sup>1</sup>, Helly Gamboa Luces<sup>1</sup>, Elizabeth Hernández<sup>2</sup>.

### RESUMEN

El Síndrome de Steven Johnson (SSJ) es una entidad clínica rara potencialmente fatal, caracterizada por eritema multiforme dado por una reacción adversa epidermolítica posterior a la administración de un fármaco. Su incidencia aumenta significativamente en la población de pacientes VIH positivo y es causada principalmente por la administración de sulfonamidas, barbitúricos, pirazolonas, entre otras. Se presenta el caso de un paciente masculino de 40 años de edad con antecedente de VIH positivo desde 1995 en tratamiento antirretroviral, quien acude a la emergencia en el contexto de un síndrome febril prolongado, quien posterior a la administración de Trimetoprim Sulfametoxazol (TMP-SMX) bajo el diagnóstico presuntivo de pneumocistosis, presenta un eritema multiforme dado por maculopápulas violáceas en tórax, espalda, cuello y miembros superiores e inferiores. Adicionalmente presentaba conjuntivitis, lesión ampollar de contenido eritematovioláceo en palmas y pies y una lesión costrosa hemática que abarcaba toda la superficie de los labios. Al examen físico presentaba adenomegalias cervicales, supraclaviculares y axilares, crepitantes pulmonares bibasales y esplenomegalia gigante. Tras la omisión del TMP-SMX se evidenció mejoría progresiva de las lesiones en piel y mucosas, sin embargo permanece hospitalizado con persistencia de la fiebre y del cuadro clínico. El paciente fallece tras una descompensación respiratoria, en espera del resultado de la biopsia de ganglios linfáticos. A pesar de que el paciente no fallece a causa del SSJ, este representa un reto clínico para quien se enfrente a él, siendo necesario el manejo adecuado de las patologías de base para conseguir un desenlace óptimo para el paciente.

**Palabras clave:** Bazo, Ganglios Linfáticos, Fiebre, SIDA, Síndrome de Steven Johnson.

1. Estudiante de Pregrado. Universidad Central de Venezuela, Facultad de Medicina. Escuela "Luis Razetti"
2. Tutor. Médico Internista, Hospital Universitario de Caracas.

E-mail:  
[marialisacamposb@gmail.com](mailto:marialisacamposb@gmail.com)

## REPORTE DE CASO

### Dermatomiositis juvenil clásica: Reporte de un caso.

Mayrelin Patricia Jaimes Materano<sup>1</sup>, Xavier Jesús González Rujano<sup>1</sup>,  
Lucila Isabel Rivas Perdigon<sup>1</sup>, Daliana Cabello<sup>1</sup>, Ana Maria Sáenz<sup>2</sup>.



#### RESUMEN

La dermatomiositis Juvenil Clásica (DMC) es una enfermedad autoinmune caracterizada por ser inflamatoria subaguda o crónica que afecta músculo y piel, manifestándose con debilidad muscular proximal y erupción cutánea; afecta a 1-3 niños por cada 1.000.000 de habitantes, y se asocia principalmente a microangiopatía intramuscular, patologías autoinmunes de base tales como tiroiditis de Hashimoto, vitiligo, entre otros, de igual manera a factores ambientales tales como ciertas infecciones víricas o bacterianas que desencadenan la patología, y en menor grado neoplasias de etiología maligna. El tratamiento es a base de corticoesteroides a altas dosis e inmunoglobulinas. Se presentó adolescente de 15 años de edad, quien fue llevada a consulta a los 9 años por presentar lesiones cutáneas, correspondientes a eritema heliotropo, pápulas de Gottron, fotosensibilidad y posteriormente debilidad muscular proximal simétrico, progresivo de meses de evolución correspondiente a primer pico de la enfermedad. Para diagnóstico se basaron en criterios clínicos según Bohan, Peters y de laboratorio para medir los marcadores específicos de enzimas musculares; Se plantearon diagnósticos diferenciales hasta realizar electromiografía y biopsia de piel, dando el diagnóstico de dermatomiositis juvenil. Conociendo la etiología de la enfermedad se generó una incógnita en cuanto al factor desencadenante en esta paciente. Recibe actualmente 50 mg de Prednisona, 20 mg de Metotrexato semanal, fotoprotección y ácido fólico. Al realizar un diagnóstico oportuno se podría mejorar la calidad de vida del paciente, sumado a la ayuda psicológica que le pueda brindar el médico para sobrellevar los factores que podrían alterar su autoestima.

**Palabras clave:** Dermatomiositis, Dermatología, Trastornos por Fotosensibilidad, Muscular Diseases.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela "Luis Razetti"

2. Tutor. Médico dermatólogo. Hospital Universitario de Caracas.

E-mail:  
xavier\_gonzalez\_rujano@  
hotmail.com

## REPORTE DE CASO

# Encefalitis herpética como complicación de linfoma no Hodgkin tipo Burkitt, a propósito de un caso.

Carlos Augusto Lucena Salas<sup>1</sup>, Katheryn Joseph Sosa Gil<sup>1</sup>, Richard Gerardo Rangel Cardenas<sup>2</sup>, Juan Jose España F<sup>3</sup>.



### RESUMEN

La encefalitis herpética es la forma más grave de infección por herpes en el Sistema Nervioso Central (SNC), siendo a menudo letal en pacientes inmunodeprimidos. El linfoma de Burkitt es una variedad histológica del linfoma no Hodgkin (LNH) que afecta los linfocitos B del sistema inmunológico, presentándose con infiltración neoplásica en los tejidos linfoides, comprometiendo la médula ósea y SNC. El presente caso trata de adolescente masculino de 14 años de edad con antecedente diagnóstico de LNH tipo Burkitt, el cual presentó fiebre, alteración del estado neurológico progresivo caracterizado por hipoprosia, bradipsiquia y bradialia cursando finalmente con afasia global de comprensión y expresión, presentó pérdida de la fuerza muscular proximal y distal total en extremidades, manteniéndolo en decúbito dorsal permanente. Se realizaron estudios de extensión entre ellos, TAC cerebral, que reportó imágenes hiperintensas en zona parieto-temporal derecha; se realizó punción lumbar con muestra de LCR para estudio de multiplex viral siendo positivo para Herpes Virus Simplex tipo 1. Se concluye diagnóstico de Encefalitis Herpética y ante ello se indica tratamiento con aciclovir 1500 mg/m<sup>2</sup>sc/día. La importancia del caso radica en lo poco frecuente de la patología con aparición de 30% de los casos en niños, siendo una complicación infecciosa importante en pacientes inmunodeprimidos, conduciendo a cuadro clínico agresivo y de rápido desarrollo llegando a la muerte.

**Palabras clave:** Afasia, Burkitt, Encefalitis, Hodgkin, Neoplásica.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela "Luis Razetti"

2. Tutor. Medico Cirujano-Universidad Central de Venezuela, Residente del postgrado Pediatría y Puericultura-Hospital Universitario de Caracas.

3. Medico Cirujano. Magister Pediatría y Pericicultura-Universidad Central de Venezuela, Administracion Sanitaria escuela de Salud Publica y Catedra de Pediatría y Puericultura, Universidad Central de Venezuela

E-mail:  
[lucenasalas@gmail.com](mailto:lucenasalas@gmail.com)

## REPORTE DE CASO

# Síndrome de Sturge-Weber: Presentación de un caso y revisión de la literatura.

Victoria Eugenia González Gutierrez<sup>1</sup>, Valeria Alejandra López López<sup>1</sup>, Brayan Infante Ávila<sup>1</sup>, Vanessa Villamizar Fariñas<sup>1</sup>, Ángela Troncone<sup>2</sup>.



### RESUMEN

El Síndrome de Sturge-Weber (SSW) es una condición patológica congénita con afectación multisistémica, caracterizada por 3 grandes grupos de trastornos: manchas vasculares de color rojo vinoso en cara (principalmente en el territorio del trigémino), alteraciones en la esfera neurológica (afectación leptomeníngea ipsilateral comúnmente en lóbulo temporal y parietal, convulsiones, retardo mental) y signos oftalmológicos como glaucoma y malformaciones vasculares coroideas. Esta enfermedad es considerada poco frecuente y esporádica con un curso clínico muy variable, posee una incidencia descrita de 1/50.000 a 1/123.000 a nivel mundial. Se presenta el caso de lactante femenina de 5 meses de edad quien es llevada a emergencia por presentar crisis tónico-clónicas focales, con lateralización oculo-cefálica a la derecha de 16 minutos de duración con pérdida de la conciencia. Examen físico: regulares condiciones generales. Taquicardia, afebril al tacto. Se evidencia mancha eritemato-violácea que compromete hemicuerpo y hemicara derechos, con asimetría ocular dada por protrusión del ojo derecho. Al examen neurológico se encuentra somnolienta, responde parcialmente a estímulos externos. Paraclínicos: RMN Cerebral muestra atrofia cortical, dilatación ventricular y aumento de señal periventricular, LCR: negativo para enterovirus, citomegalovirus, Epstein-Barr, varicela zoster, herpes simple. Biopsia cutánea de lesión: malformación capilar. Evaluación oftalmológica descarta presencia de glaucoma. En vista de hallazgos clínicos y paraclínicos se concluye diagnóstico de Síndrome de Sturge-Weber. Evoluciona satisfactoriamente y egresa con tratamiento anticonvulsivante y control por neurología, pediatría y oftalmología.

**Palabras clave:** Angiomatosis trigeminal, convulsiones, glaucoma, lesiones vasculares, retardo mental, síndrome de Sturge Weber.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela "Luis Razetti"

2. Tutor. Pediatra Infectólogo, Adjunto del Servicio de Pediatría Médica, Hospital Universitario de Caracas.

E-mail: [faviva19\\_96@hotmail.com](mailto:faviva19_96@hotmail.com)

## REPORTE DE CASO

### Síndrome de microdeleción 1q43q44: a propósito de un caso.

Jose Miguel Bravo Otero<sup>1</sup>, Leidy Carolain De Jesus<sup>1</sup>, Kimberly Thaymar Acero Molina<sup>1</sup>, Katherine Rosales<sup>1</sup>, Magally Bottaro<sup>2</sup>.



#### RESUMEN

La microdeleción es una pérdida de un pequeño segmento de cromosoma. Particularmente la microdeleción 1q43q44 da como resultado un trastorno clínico reconocible caracterizado por una discapacidad intelectual con discurso expresivo limitado, rasgos faciales característicos, anomalías de manos y pies, microcefalia, agenesia del cuerpo calloso y convulsiones. Se trata de paciente masculino de 4 años de edad, producto de I gesta, embarazo controlado, con diagnóstico de quistes endodermiales a las 16 semanas de gestación y de ventriculomegalia leve a las 18 semanas. Presentó restricción de crecimiento intrauterino desde la semana 20 asociado a oligoamnios por lo que se planifica cesárea segmentaria a las 38 semanas, bajo anestesia peridural. Al nacer se evidencia fenotipo peculiar (microcefalia, micrognatia, hipertelorismo, cuello corto, globos oculares prominentes, puente nasal ancho). Al año de edad, fue intervenido por craneosinostosis, criptorquidea bilateral y diagnóstico de comunicación interauricular amplia. En el 2012 el ecosonograma cerebral impresiona agenesia del cuerpo calloso, colpocefalia y ausencia de arteria pericallosa. La evaluación genética (2014) reporta síndrome de microdeleción:1q43q44. Actualmente a los hallazgos anteriores se asocia desarrollo pondoestatural bajo, retardo global del desarrollo psicomotor, hipoacusia neurosensorial bilateral, hipermetropía-astigmatismo, epilepsia generalizada, deficiencia de colina, taurina y ácidos grasos poliinsaturados en sistema nervioso central. En la literatura médica no existen reportes de la prevalencia de este síndrome, estimamos que los reportes de casos son pocos, esto lo convierte en una patología que deber ser conocida y estudiada de manera que podamos ofrecerle al paciente mejor calidad de vida.

**Palabras clave:** Microcefalia, Micrognatismo, Hipertelorismo, Craneosinostosis, Agenesia del Cuerpo Calloso, Defectos del Tabique Interatrial.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela "Luis Razetti"
2. Tutor. Médico Pediatra especialista en neurología infantil, Universidad Central de Venezuela.

E-mail:  
[josealacho\\_94@hotmail.com](mailto:josealacho_94@hotmail.com)

## REPORTE DE CASO



### Artrogriposis múltiple congénita. Presentación de un caso.

Maria Andrein De Sousa Pestana<sup>1</sup>, Geraldine Gerdel<sup>1</sup>, Rafael Andres Hanssen Hargitay<sup>1</sup>, Katherine Rosales<sup>1</sup>, Angela Troncione<sup>2</sup>.

#### RESUMEN

La artrogriposis múltiple congénita (AMC) comprende un grupo heterogéneo de trastornos congénitos caracterizados por contracturas articulares múltiples no progresivas asociado a deformidades musculares. El síndrome se presenta en 1/3.000 nacidos vivos y tiene más de 150 tipos de manifestaciones. La forma clásica es la amioplasia con incidencia de 1/10.000 nacidos vivos, representando el 40% de todos los casos de AMC. La causa es desconocida, pero se acepta una teoría multifactorial genética, factores mecánicos de reducción espacial intrauterina, patologías maternas durante la gestación, factores tóxicos e infecciosos produciendo reducción de los movimientos fetales intrauterinos trayendo como consecuencia agenesia muscular y contracturas articulares. El diagnóstico principalmente es clínico tomando en cuenta los antecedentes prenatales. Se decide presentar paciente femenino de 7 meses de edad quien presenta al nacer pie equino y miembros inferiores en abducción con hiper-elasticidad, diagnosticada al día 5 de nacimiento con Artrogriposis; producto de madre de 24 años IV-G IV-P, obtenido a las 39 semanas por parto vaginal. La madre refiere durante el embarazo infección del tracto urinario en tercer trimestre con tratamiento no precisado y leucorrea en dicho trimestre con tratamiento no precisado. Refiere hábito tabáquico 3 cigarros/día hasta el 5to mes de gestación e ingesta de 3-4 tazas de café diarias durante el embarazo. Niega alcohol e ilícitos, no presenta serologías. Peso al nacer: 3300 gramos, talla al nacer 51 centímetros, lloró y respiró espontáneamente, niega cianosis y refiere ictericia a las 24 horas tratada con fototerapia sin complicaciones, egresando al 3er día como recién nacido sano.

**Palabras clave:** Microcefalia, Micrognatismo, Hipertelorismo, Craneosinostosis, Agenesia del Cuerpo Calloso, Defectos del Tabique Interatrial.

1. Estudiante de Pregrado. Universidad Central de Venezuela, Facultad de Medicina. Escuela "Luis Razetti". (Caracas-Venezuela).
2. Tutor. Hospital Universitario de Caracas, Pediatra Infectóloga.

E-mail:  
[mariaandreinasousa@gmail.com](mailto:mariaandreinasousa@gmail.com)

## REPORTE DE CASO

# Sildenafil y propranolol: un tratamiento no convencional del higroma quístico. Reporte de un caso.



César Ramis<sup>1</sup>, Jorge Pulido<sup>1</sup>, Mariexy Ordoñez<sup>1</sup>, Alejandro Parra<sup>1</sup>,  
José Vivas<sup>2</sup>.

### RESUMEN

El higroma quístico o linfangioma es una malformación congénita que se origina por la obstrucción de los vasos linfáticos, presenta una prevalencia de 1:10.000 nacidos vivos y el 75% se localiza en la región cervical, estas malformaciones vasculares tienen un crecimiento proporcional con el desarrollo. El tratamiento va dirigido principalmente a la resección quirúrgica y el uso de esclerosantes comúnmente utilizados en ésta patología. Se presenta caso de masculino de 32 semanas a término por capurro, diagnosticado en vida intrauterina en el primer trimestre del embarazo por ecosonograma determinando una patología fetal, lesión ocupante de espacio (L.O.E) higroma quístico en región cervical. Se obtiene por cesárea segmentaria, lloró y respiró espontáneamente al nacer, peso al nacer 3.200 kg. Talla al nacer 50 cm. con Apgar de 7 y 9 puntos y Silverman de 0 puntos. Examen físico evidenció cuello asimétrico, evidenciando aumento de volumen de región cervical izquierda de 22x16cm. que invade región maxilar inferior derecha, blando no impresiona dolor, en piel se evidencia lesiones tipo pústulas y lesión violácea. Se administró tratamiento no convencional de sildenafil 25mg/kg cada 6 horas y propranolol 1mg/kg cada 12 horas. El tratamiento fue aplicado bajo observación constante de los signos vitales y con límite de presión arterial media de 40 mmHg. Se logró detener el crecimiento acelerado de la lesión y una leve reabsorción, presentando la lesión una dimensión de 20x13cm. El reporte de este caso aporta resultados sobre los efectos de este tratamiento que no está suficientemente documentado.

**Palabras clave:** Higroma quístico, neonato, propranolol, sildenafil.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela "Luis Razetti"
2. Tutor. Cirujano General Jefe del Servicio de Cirugía, Hospital Domingo Luciani, Caracas Director del Postgrado de Cirugía General, Hospital Domingo Luciani

E-mail:  
[cesareduardoramis@gmail.com](mailto:cesareduardoramis@gmail.com)

## REPORTE DE CASO

### Absceso Hepático no Amebiano en Escolar Femenina: Informe de caso.

Carlos Rafael Hernández Badell<sup>1</sup>, Veronica Isabel Linares Khamiso<sup>1</sup>, Nell Rivas<sup>1</sup>, Karin Gebran<sup>1</sup>, Elvia Irene Badell Madrid<sup>2</sup>, Carlos Enrique Hernandez Rivero<sup>3</sup>.



#### RESUMEN

El hígado es principal sitio más susceptible a la llegada de diversos antígenos. Debido a esto presenta un buen sistema de defensa, es cuando el inóculo supera la capacidad de defensa del mismo que ocurren los procesos infecciosos que pueden conllevar a la formación de una colección localizada de pus. El absceso hepático suele ser poco frecuente en niños y es aquí donde se requiere un diagnóstico y un manejo a tiempo con el fin de evitar la morbilidad. Se trata de una escolar femenina de 9 años de edad natural y procedente del Estado Bolívar-Venezuela, quien consulta por presentar fiebre alta continua de 10 días de evolución cuantificada en 39-40°, concomitantemente dolor abdominal exquisito en epigastrio que se exacerbaba al movimiento. Acude a centro asistencial y en su examen físico se encontró: mal estado general, febril y fascies algidas. Abdomen: Dolor exquisito en epigastrio, abdomen blando depresible, sin visceromegalia. Reportando en el examen de laboratorio aumento de segmentados; química sanguínea aumento de Transaminasas; dando negativo en la serología para Malaria por falciparum y por viva. Ecosonograma abdominal: Masa abscedada en región I-II Lóbulo hepático izquierdo. Luego ante ello se le realizó un drenaje quirúrgico en el cual la muestra para cultivo negativo para Entamoeba Hystolytica; luego se le colocó un catéter en el cual no hubo salida de contenido purulento y se le proporcionó antibiótico terapia.

**Palabras clave:** Absceso Hepático, Dolor Abdominal, Fiebre, Absceso Hepático No Amebiano, Escolar Femenina.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela "Luis Razetti"
2. Tutor. Médico cirujano-Pediatra. Directora del Centro de Pediatría Integral Dr. Carlos Hernández Acosta.
3. Tutor. Médico cirujano-Pediatra. Codirector del Centro de Pediatría Integral Dr. Carlos Hernández Acosta

E-mail:  
[carlosrafael1995@hotmail.com](mailto:carlosrafael1995@hotmail.com)

## REPORTE DE CASO

# Panhipotuitarismo secundario a lesión ocupante de espacio: A propósito de un caso.

Jose Medina Piedrahita<sup>1</sup>, Angélica Lamanna Vera<sup>1</sup>, Loren Prevete De Domenico<sup>1</sup>, Leonardo Jaimes Barreto<sup>1</sup>, Juan Carlos Alvarado<sup>2</sup>.



### RESUMEN

Se trata de paciente masculino de 42 años de edad quien refiere inicio de enfermedad actual en febrero de 2015 con disminución de la libido, incapacidad para mantener la erección, imposibilidad para eyacular, disminución del tamaño testicular y diámetro peneano. Concomitante disminución generalizada del vello corporal, astenia, labilidad emocional y aumento de 26 kilogramos, todos estos de aparición insidiosa entre febrero y julio de 2015, cuando acude a facultativo, quien solicita resonancia magnética de silla turca y refiere a neurocirugía donde se diagnostica una lesión ocupante de espacio (LOE) supraselar. En marzo de 2016, el paciente refiere visión borrosa en ojo izquierdo, por lo que se realiza resonancia magnética de silla turca donde se evidencia crecimiento de la lesión, ejerciendo efecto de masa sobre quiasma óptico, porción anterior del polígono de Willis y piso del tercer ventrículo. Se programa intervención quirúrgica para el 21 de marzo de 2017 en la cual se realiza exéresis de la lesión sin complicaciones; actualmente el paciente se encuentra en cuidados postoperatorios en espera de alta médica. Se concluye que la disminución de la libido puede ser la primera manifestación y el principal motivo de consulta de un LOE supraselar siendo de gran importancia la sospecha clínica para realizar estudios complementarios que permitan el diagnóstico, los síntomas pueden ser de aparición insidiosa y atribuidos a otras causa y el paciente puede esperar un largo periodo antes de solicitar ayuda médica, en pacientes con esta sintomatología un LOE supraselar debe entrar entre las posibilidades diagnósticas.

**Palabras clave:** Hemianopsia, hipogonadismo, hipopituitarismo, libido.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela "José María Vargas"

2. Tutor. Neurología-Hospital Vargas de Caracas.

E-mail:  
[angelamannavera@hotmail.com](mailto:angelamannavera@hotmail.com)

## REPORTE DE CASO

### El defecto de Gerbode. Presentación de un caso.

Nelson Harb<sup>1</sup>, Faruk Kafraael<sup>1</sup>, Franco Chramosta<sup>1</sup>,  
José Gomez<sup>2</sup>.



#### RESUMEN

El aneurisma del septum membranoso roto con cortocircuito de ventrículo izquierdo (VI) hacia aurícula derecha (AD), es una anomalía cardíaca donde la sangre del VI fluye directamente a la AD a través de un defecto en el componente auriculo-ventricular de la porción membranosa septal, por arriba del sitio de inserción de las valvas de la válvula tricúspide, con una incidencia del 0,08% de todos los defectos congénitos hallados en cateterismo. Ocasionalmente se encuentran las comunicaciones VI-AD adquiridas en la población adulta que pueden suceder como resultado de endocarditis o reemplazo de la válvula aortica. Se trata de paciente masculino de 53 años de edad cuyas manifestaciones clínicas se caracterizan por la presencia de disnea clase funcional (CF) 2 que evoluciona a CF 3 en 3 meses, presentando al examen físico como dato característico un soplo holosistólico  $\frac{3}{4}$  paraesternal bajo irradiado en banda. Este cuadro es debido a la producción de un cortocircuito significativo de izquierda a derecha que suele progresar a insuficiencia cardíaca. La importancia del diagnóstico reside en la potencialidad de cardioembolismo, asociación a arritmia supraventricular. Se reporta el caso de un paciente con defecto del septum interventricular consistente con aneurisma roto en porción membranosa, hacia aurícula derecha, el cual es diagnosticado mediante la realización de una ecocardiografía, posterior a la cual se planea resolución quirúrgica. Planteando la siguiente interrogante, cual es la mejor opción para realizar el diagnóstico, así como de su tratamiento en base al caso que se presente.

**Palabras clave:** Aneurisma roto. Defectos de los tabiques cardiacos. Fistulas.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela "Luis Razetti"

2. Tutor. Medico cirujano especialista en medicina interna, terapia intensiva y cardiología. Director del laboratorio de ecocardiografía del servicio de cardiología del Hospital Universitario de caracas.

E-mail:  
[nelsonharb93@hotmail.com](mailto:nelsonharb93@hotmail.com)

## REPORTE DE CASO

### Enfermedad inflamatoria intestinal no clasificable: A propósito de un caso.

Carlos Eduardo Loynaz Cardona<sup>1</sup>, Andrés Eduardo Franceschi Coll<sup>1</sup>, Thomas Alexander Brewer Espinoza<sup>1</sup>, Andrés Alfonso Abreu Massaro<sup>1</sup>, Teresa Gledhill<sup>2</sup>.



#### RESUMEN

La enfermedad inflamatoria intestinal son un conjunto de patologías autoinmunes que engloban cuadros diarreicos con presencia de infiltrado leucocitario en el tejido intestinal. Entre los patrones que se observan esta la enfermedad de Crohn y la rectocolitis ulcerosa, las cuales cursan con características clínicas, endoscópicas y anatomopatológicas diferentes. En algunos casos la enfermedad se vuelve indiferenciable (3-10% de los casos según distintos autores) al no tener un patrón claro de alguno de los subtipos de la enfermedad, como lo fue en este caso, donde el paciente presenta en la colonoscopia una mucosa completamente edematizada en el recto y colon sigmoides característico de la colitis ulcerosa y con un ileon terminal con infiltrado inflamatorio lo cual se observa solo en el Crohn, y además el reporte de anatomía patológica con un patrón no clasificable. De igual forma el paciente debutó en un principio con una disentería de origen amebiano que se complicó con un absceso amebiano cerebral lo que superpuso los diagnósticos y retraso el tratamiento. Es importante entonces tomar en cuenta el patrón mixto que puede tomar la enfermedad sobre todo en el momento de la terapéutica a realizar, donde la enfermedad no es clasificable y el paciente corre el riesgo de que se de un diagnóstico no certero.

**Palabras clave:** Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Enfermedades Gastrointestinales.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela "Luis Razetti"
2. Tutor.

E-mail:  
[carlosloynazc@gmail.com](mailto:carlosloynazc@gmail.com)

## REPORTE DE CASO

# Edema Pulmonar de las alturas a propósito de un caso.



Sofia Isea López<sup>1</sup>, Jose Octavio Isea Dubuc<sup>2</sup>, Efrain Sanchez<sup>3</sup>.

### RESUMEN

Se considera alta montaña altitud superior a los 2.500 metros. Al ascender la presión barométrica y la presión alveolar de oxígeno disminuyen. En individuos susceptibles y no aclimatados, puede desarrollarse Edema Pulmonar secundario a un incremento exagerado de la presión de la arteria pulmonar generada por la hipoxia con extravasación de agua y proteínas al intersticio y al alvéolo comprometiéndose el intercambio gaseoso que puede ser fatal. Paciente masculino de 49 años, previamente sano, quien inicia enfermedad actual 48 horas posteriores a ascenso a pico El Toro en el estado Mérida (4.760 metros/nivel del mar) sin aclimatación previa, cuando presenta sensación de peso en tórax, acompañado de disnea progresiva. La oximetría de pulso mostró saturación de oxígeno en 30%. Es trasladado Hospital de Mérida (1.700 metros/nivel del mar). El examen físico mostró hemodinamia estable y crepitantes bibasales en ambos pulmones. La saturación de oxígeno mejoró a 90% respirando por cánula 5 litros/minuto. Se indicó furosemida y dexametasona vía endovenosa y se trasladó a Caracas; Centro Medico Docente la Trinidad. La tomografía de tórax reveló signos de Edema Pulmonar. La evolución fue favorable desapareciendo los signos auscultatorios y radiológicos y normalizando la saturación de oxígeno. Conclusiones: El edema pulmonar a grandes alturas es una condición prevalente y prevenible que puede tener alta mortalidad de no tomarse las medidas oportunas. Una medida eficaz es descender de inmediato al paciente y el uso de oxígeno. Puede prevenirse con aclimatación con ascensos no mayores a 500 metros/día en alturas superiores a los 2500 metros.

**Palabras clave:** Edema Pulmonar. Hipoxia. Altitud.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela "Luis Razetti"

2. Tutor. Medicina Interna y Neumonología. Centro medico docente la trinidad.

3. Tutor. Neumonología. Instructor. Cátedra de neumonología y cirugía de tórax Hospital Universitario de Caracas. Centro Médico Docente la Trinidad.

E-mail:  
[sofaissea@gmail.com](mailto:sofaissea@gmail.com)

## REPORTE DE CASO

### Comunicación interventricular postinfarto agudo del miocardio: presentación de un caso.

Carla Andrea Archila Páez Pumar<sup>1</sup>, Rafael Andrés Hanssen Hargitay<sup>1</sup>, Carlos Eduardo Loynaz Cardona<sup>1</sup>, Andreína Elena Mijares Cerullo<sup>1</sup>.



#### RESUMEN

La comunicación interventricular adquirida (CIV), describe un defecto del tabique interventricular que se presenta como una de las complicaciones más graves e infrecuentes del infarto agudo de miocardio. Actualmente, con el advenimiento de las estrategias de reperfusión y terapia médica, la incidencia de este tipo de complicación ha disminuido en menos de 0,2% de los casos; así mismo, los pacientes con CIV postinfarto presentan una mortalidad de hasta 45% cuando son manejados quirúrgicamente y de un 90% cuando se limita a un tratamiento médico. Se decide presentar el caso de paciente masculino de 66 años de edad, conocido hipertenso, dislipidémico y fumador, quien acude a centro hospitalario tras presentar sintomatología de una semana de evolución caracterizado por dolor retroesternal opresivo de 25 min de duración aprox., disnea rápidamente progresiva, edema simétrico en miembros inferiores y episodios de disnea paroxística nocturna. Por esta razón, es atendido en el Hospital Universitario de Caracas donde se realiza evaluación clínica y complementaria mediante ECG, Ecocardiograma transtorácico, gasometría, Eco Doppler y angiografía coronaria diagnosticando un infarto agudo del miocardio por enfermedad arterial coronaria obstructiva significativa de tres vasos, complicado con una CIV y aneurisma apical del ventrículo izquierdo. Posteriormente, se resuelve quirúrgicamente mediante una aneurismectorrafía endocárdica de Cooley, cierre de CIV con parche de Dacron y revascularización miocárdica quirúrgica con puente de arteria Mamaria Interna-Descendente anterior. A pesar de su alta mortalidad el paciente ha logrado mantenerse estable durante el curso de la enfermedad haciendo distintivo el caso a presentar.

**Palabras clave:** Defecto del Tabique Interventricular, Enfermedad coronaria, Infarto del miocardio, Rotura cardiaca postinfarto.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela "Luis Razetti"
2. Tutor. Medicina Interna y Neumonología. Centro medico docente la trinidad.
3. Tutor. Neumonología. Instructor. catedra de neumonología y cirugía de tórax HUC. Centro medico docente la trinidad.

E-mail:  
[andreinamijares95@gmail.com](mailto:andreinamijares95@gmail.com)

## REPORTE DE CASO

### Neumonía recurrente en adolescente de etiología a precisar.

Anamaría Medina Ferrari<sup>1</sup>, Alessandra Passaro Zapata<sup>1</sup>, Vanessa Carolina Gómez Lara<sup>1</sup>, Efrain Sánchez<sup>2</sup>, Yeinmy Moran<sup>3</sup>.



#### RESUMEN

La neumonía recurrente (NR) define como dos episodios de neumonía durante un año o de tres episodios durante la vida con mejoría radiológica y clínica entre eventos. Existen pocos datos disponibles sobre su incidencia y etiología. Se trata de paciente femenino de 14 años de edad, quien presentó fiebre precedida de escalofríos que mejora con acetaminofén, concomitante disnea grado 3 según mMRC, tos con expectoración verdosa y en ocasiones hemoptoica. Como antecedentes personales refiere cuatro episodios de neumonía desde los 18 meses hasta los 12 años con hallazgos radiológicos de tórax que evidencian bilateralidad y multilobaridad. Al examen físico resaltan signos sugestivos de consolidación neumónica en el tercio inferior del hemitórax derecho. La radiografía de tórax del ingreso presenta radiopacidad heterogénea que compromete campo pulmonar derecho, borramiento del receso costofrénico derecho. Es ingresada con los diagnósticos de Neumonía Adquirida en la Comunidad complicada con derrame pleural derecho, neumonía recurrente e insuficiencia respiratoria. Se indica tratamiento con antibióticos con mejoría clínica y radiológica por lo que egresa con controles periódicos. Este es un caso de NR bilateral y multilobar por lo que debe descartar causas sistémicas como lo son inmunodeficiencias primarias o adquiridas. Es importante esclarecer el diagnóstico para indicar un tratamiento eficaz con el fin de mejorar la calidad de vida de la paciente.

**Palabras clave:** Adolescente, derrame pleural, inmunodeficiencia, neumonía, neumonía recurrente.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela "Luis Razetti"
2. Tutor. Neumonología clínica. Profesor instructor de la Escuela de medicina "Luis Razetti".
3. Tutor. Médico internista. Residente de segundo año de neumonología.

E-mail:  
vane01.08@gmail.com

## REPORTE DE CASO

# Disfagia en paciente con miastenia gravis y acalasia. Reporte de un caso.

Carlos Julio Cerrada Yopez<sup>1</sup>, José Alejandro Coronado Raniolo<sup>1</sup>,  
Brandon Alejandro Díaz Vasconcelos<sup>1</sup>, Diana Ferrer Escalona<sup>1</sup>,  
Elizabeth Armas<sup>2</sup>, Daniela Pizarro<sup>3</sup>.



### RESUMEN

La miastenia gravis (MG) es una alteración autoinmune en la transmisión neuromuscular que involucra la producción de autoanticuerpos dirigidos contra receptores músculo-esqueléticos ubicados en la placa motora, de acetilcolina principalmente. Mundialmente tiene una prevalencia de 15 a 179 afectados por millón de habitantes, con predominancia en mujeres cuando la presentación es temprana. La debilidad muscular es el principal signo y síntoma, cuya forma de presentación es localizada, fluctuante y exacerbada con el ejercicio. La presentación de ptosis, diplopía, disfonía, paresias faciales y fatiga de músculos cervicales son también fuertes pistas que orientan el diagnóstico. La manifestación clínica varía según los subgrupos de la misma y se ve afectada por otros factores extrínsecos al cuadro. Se presenta una mujer de 56 años de edad, quien inicia el cuadro clínico con disfagia a sólidos que, de forma brusca, progresa a líquidos. A finales del mes, se añade voz nasal y debilidad de los músculos masticatorios, requiriendo sonda nasogástrica para alimentación. Estudios imagenológicos evidencian presencia de acalasia. Cinco meses después, se adiciona ptosis palpebral izquierda y debilidad en los músculos cervicales. Acude a consulta de neurología en donde realizan prueba de neostigmina, resultando positiva para la enfermedad. La prueba de estimulación repetitiva resulta negativa. Se indica piridostigmina, prednisona e inmunoglobulina humana, y es dada de alta por mejoría. La acalasia es un diagnóstico diferencial a considerar en pacientes con disfagia, pudiendo estar asociada o no a MG, siendo imprescindible su estudio y manejo para el beneficio del paciente.

**Palabras clave:** Acalasia del esófago, autoanticuerpos, blefaroptosis, miastenia gravis, trastornos de deglución.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela "Luis Razetti"
2. Tutor. Neumunólogo. Adjunto del servicio de Neurología, Hospital Universitario de Caracas.
3. Tutor. Médico residente del servicio de Neurología, Hospital Universitario de Caracas.

E-mail:  
[jose.coronado94@gmail.com](mailto:jose.coronado94@gmail.com)

## REPORTE DE CASO

# Mixoma cardíaco con repetidos eventos cerebrovasculares en paciente femenina de 45 años de edad: Una infrecuencia complicada.



Daniela Loyola Pedraja<sup>1</sup>, Francisco Enrique Machado Toro<sup>1</sup>, Génesis Paola Morales Araques<sup>1</sup>, Mauro Herrera Gutiérrez<sup>2</sup>, Daniela Pizarro<sup>3</sup>.

### RESUMEN

Los tumores cardíacos son poco comunes, en los que más de la mitad de los casos corresponde al mixoma, presentando una incidencia en la población general del 0.002% y son más frecuentes en mujeres y de localización en aurícula izquierda, sin tratamiento, un mixoma puede conducir a una embolia. Los fragmentos del tumor pueden desplazarse hasta el cerebro, los ojos o las extremidades, lo cual puede llevar a un bloqueo del flujo de sangre. Presentamos el caso de una paciente femenina de 45 años de edad, sin antecedentes patológicos conocidos, quien refiere inicio de la enfermedad en marzo de 2017 caracterizado por palpitaciones en reposo, que exacerba en horas de la noche, acompañado de disnea, hemiplejía en lado izquierdo del cuerpo y lenguaje disártrico; quien ingresa a la unidad de cuidados coronarios del Hospital Vargas de Caracas en regulares condiciones generales, bradipsíquica, bradilálica, pero consciente y coherente, refiriendo disnea y con crepitantes finos, se indica tomografía computarizada craneal que reporta condición evolutiva de evento cerebrovascular. Posteriormente se realiza Ecocardiografía Doppler, destacando entre sus hallazgos: aurícula izquierda dilatada, con masa apendiculada que protruye al ventrículo izquierdo; por lo que se establece el diagnóstico de mixoma en aurícula izquierda, la cual con el progreso de la enfermedad hasta su última evaluación presenta tetraparesia y estado de inconsciencia con alimentación por sonda nasogástrica. El diagnóstico temprano y resección quirúrgica de los mixomas es importante para prevenir las complicaciones causadas, que son capaces de comprometer la calidad de vida de estos pacientes.

**Palabras clave:** Accidente Cerebrovascular, Ecocardiografía Doppler, Mixoma.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela "José María Vargas"

2. Tutor. Médico Cirujano, Cardiólogo Intervencionista. Médico Adjunto de la unidad de Hemodinamia del Hospital Vargas de Caracas. Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital Vargas de Caracas.

E-mail: franciscomachadotoro@gmail.com

## FOTOGRAFÍAS MÉDICAS

### Vólvulo de colon sigmoides

Leonardo Andres Matheus Gonzalez<sup>1</sup>, Steffany Paola Mavarez Toloza<sup>1</sup>.

#### RESUMEN

Se define como la rotación y torsión del asa sigmoidea sobre su eje mesocolico, cuya consecuencia es la obstrucción intestinal, siendo en nuestro país la segunda causa más frecuente de esta luego del cáncer de colon. La población masculina es afectada en más de un 65%. Se puede complicar con estrangulación, gangrena y perforación, representando de esta manera un alto riesgo para la vida del paciente.



1. Universidad del Zulia  
(Zulia-Venezuela)

E-mail:  
[leonardomatheusg@gmail.com](mailto:leonardomatheusg@gmail.com)

## FOTOGRAFÍAS MÉDICAS

### Tumor metastásico al ovario.

Leonardo Andres Matheus Gonzalez<sup>1</sup>, Steffany Paola Mavarez Toloza<sup>1</sup>, Angel Garcia<sup>2</sup>.

#### RESUMEN

Paciente femenina de 32 años de edad, quien consulta por aumento de volumen y dolor abdominal, concomitantemente náuseas y sangrado uterino, quien posterior a evaluación se diagnostica con Adenocarcinoma endometriode infiltrante al miometrio con metástasis al ovario. Las metástasis en ovario más frecuentes corresponden a tumores digestivos, endometrio y mama. Se presenta en mujeres postmenopáusicas, con máxima incidencia entre los 50 y 75 años.



1. Universidad del Zulia (Zulia-Venezuela)
2. Tutor. Medico Cirujano. Residente de 4 de Cirugia General en el Servicio Autonomo del Hospital Universitario de Maracaibo.

E-mail:  
[leonardomatheusg@gmail.com](mailto:leonardomatheusg@gmail.com)

## FOTOGRAFÍAS MÉDICAS

### Adenocarcinoma de ductus salivales.

Leonardo Andres Matheus Gonzalez<sup>1</sup>, Steffany Paola Mavarez Toloza<sup>1</sup>, Angel Garcia<sup>2</sup>.

#### RESUMEN

Se trata de paciente masculino de 58 años de edad, quien consulta por presentar aumento de volumen en hemicara izquierda a predomino palpebral que dificulta su apertura, con antecedentes de tumor de parótida tratado con ciclos de quimioterapia más radioterapia incompletos. Constituye un 3-9% de los tumores malignos de glándulas salivales. La mayoría de los pacientes son varones entre la 5ª y 6ª década de la vida y el 85% de estos tumores se originan en la glándula parótida.



1. Universidad del Zulia (Zulia-Venezuela)
2. Tutor. Médico Cirujano. Residente de Cirugía General en el Servicio Autónomo del Hospital Universitario de Maracaibo.

E-mail:  
[leonardomatheusg@gmail.com](mailto:leonardomatheusg@gmail.com)

## FOTOGRAFÍAS MÉDICAS



### Síndrome de Stevens–Johnson en paciente de 12 años de edad que recibía tratamiento con Aciclovir.

Gabriela Sánchez Latas<sup>1</sup>, Gabriela Saglimbeni Lara<sup>1</sup>, Luciano Saglimbeni<sup>2</sup>.

#### RESUMEN

El Síndrome de Stevens-Johnson es una dermatosis mucocutánea aguda y grave desencadenada por infecciones virales o bacteriana y fundamentalmente por medicamentos. En este paciente de 12 años de edad que recibía tratamiento con Aciclovir por infección viral, la enfermedad progresó rápidamente (3 días) y tuvo diagnóstico erróneo de varicela. Posteriormente mediante biopsia de piel se confirmó el diagnóstico de Síndrome de Stevens-Johnson.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela "Luis Razetti"
2. Tutor. Médico Pediatra egresado de la Universidad Central de Venezuela.

E-mail:  
[gaby\\_ale\\_1502@hotmail.com](mailto:gaby_ale_1502@hotmail.com)

## FOTOGRAFÍAS MÉDICAS

### Prolongación anómala del himen en lactante menor.

Gabriela Sánchez Latas<sup>1</sup>, Gabriela Saglimbeni Lara<sup>1</sup>, Luciano Saglimbeni<sup>2</sup>.

#### RESUMEN

Lactante menor femenino que al examen físico genital presentó prolongación anómala del himen. Se consultó el caso con un panel de expertos sin llegar a un diagnóstico preciso, por lo que se decidió una conducta expectante sin ningún tratamiento médico o quirúrgico. En consultas posteriores se evidenció como dicha prolongación disminuía de tamaño hasta desaparecer por completo.



1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela "Luis Razetti"
2. Tutor. Médico Pediatra egresado de la Universidad Central de Venezuela.

E-mail:  
[gaby\\_ale\\_1502@hotmail.com](mailto:gaby_ale_1502@hotmail.com)

## FOTOGRAFÍAS MÉDICAS



### Fístula de líquido cefaloraquídeo posterior a intervención quirúrgica por higroma quístico en cabeza.

Gabriela Sánchez Latas<sup>1</sup>, Gabriela Saglimbeni Lara<sup>1</sup>, Luciano Saglimbeni<sup>2</sup>.

#### RESUMEN

Lactante menor masculino que fue sometido a craneotomía por higroma posterior a una meningitis producida por *Haemophilus influenzae*. Días luego de la cirugía presentó aumento de volumen en la herida quirúrgica y se diagnosticó fístula de líquido cefaloraquídeo postquirúrgica. Se decide conducta expectante y se observa cierre espontáneo.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela "Luis Razetti"
2. Tutor. Médico Pediatra egresado de la Universidad Central de Venezuela.

E-mail:  
[gaby\\_ale\\_1502@hotmail.com](mailto:gaby_ale_1502@hotmail.com)

## FOTOGRAFÍAS MÉDICAS



### El gordo y el flaco – Síndrome de Transfusión Feto-Fetal.

Gabriela Sánchez Latas<sup>1</sup>, Gabriela Saglimbeni Lara<sup>1</sup>, Luciano Saglimbeni<sup>2</sup>.

#### RESUMEN

El Síndrome de transfusión feto-fetal (STFF) es una complicación de los embarazos gemelares monocoriales que se presenta en el 10-15% de los casos, con una incidencia de 1/2000 gestaciones múltiples. Se caracteriza por la presencia de anastomosis arteriovenosas que provocan desequilibrios hemodinámicos entre los gemelos quedando uno como el donante y el otro como receptor, resultando en una gran gama de alteraciones según su status (donador/receptor).

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela "Luis Razetti"
2. Tutor. Médico Pediatra egresado de la Universidad Central de Venezuela.

E-mail:  
[gaby\\_ale\\_1502@hotmail.com](mailto:gaby_ale_1502@hotmail.com)

## FOTOGRAFÍAS MÉDICAS

### Cierre difícil de pared abdominal con tyrrap.

Leonardo Andres Matheus Gonzalez<sup>1</sup>, Steffany Paola Mavarez Toloza<sup>1</sup>, Angel Garcia<sup>2</sup>.

#### RESUMEN

Se trata de paciente femenina de 57 años de edad, quien consulta por presentar aumento de volumen, dolor abdominal y pérdida de peso, en estudios complementarios se evidencia lesión ocupante de espacio pélvico, se procede a laparotomía exploratoria, donde se evidencia carcinoma epitelial de ovario en estadio IV, por lo cual se procede a cierre por planos, complicándose con dehiscencias a repetición, por ello se decide cierre de pared abdominal con tyrrap.



1. Universidad del Zulia (Zulia-Venezuela)
2. Tutor. Medico Cirujano. Residente de 4 de Cirugia General en el Servicio Autonomo del Hospital Universitario de Maracaibo.

E-mail:  
[leonardomatheusg@gmail.com](mailto:leonardomatheusg@gmail.com)

## FOTOGRAFÍAS MÉDICAS



### Escoliosis Torácica, ¿Consecuencia o Complicación de la Enfermedad de Huntington?

José Miguel Méndez Jurado<sup>1</sup>, Ana Gabriela Mendoza Ávila<sup>1</sup>  
Leonel Jogreh Monserratt Vargas<sup>1</sup>, Rosirys Velasquez Salazar<sup>2</sup>

#### RESUMEN

Se presenta radiografía de tórax de paciente femenina de 57 años de edad, diagnosticada con Enfermedad de Huntington, no tratada, donde se evidencia escoliosis torácica derecha, con una curvatura de 40° de más de 10 años de evolución. Se sospecha que la causa principal se debe a su patología de base.

1. Universidad de Carabobo (núcleo Maracay)
2. Tutor. Médico Especialista en Medicina Interna. Doctora en Educación Superior. Profesor Agregado de la Universidad de Carabobo Sede Aragua.

E-mail:  
[leonardomatheusg@gmail.com](mailto:leonardomatheusg@gmail.com)

## FOTOGRAFÍAS MÉDICAS

Lesiones dermatológicas de la Acrodermatitis Enterohepática, antes y después del inicio con tratamiento con Zinc.

María Gabriela González Vianello<sup>1</sup>, María Mercedes Morante Tinoco<sup>1</sup>, Verónica Carolina Pérez Matos<sup>1</sup>, Jacqueline Torcat<sup>2</sup>.

### RESUMEN

La Acrodermatitis Enterohepática es una enfermedad autosómica recesiva producida por un defecto en los genes que codifican el transportador intestinal de zinc ZIP4, causando un déficit del micronutriente. Se evidencian placas erosivas, eritematosas bien delimitadas a predominio periorifical, las cuales pueden cronificarse y adquirir un aspecto psoriasiforme. Posterior al tratamiento con zinc, se observa una mejoría significativa de las lesiones.



1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela "Luis Razetti"
2. Tutor. Médico Pediatra, Nutrición Clínica, Facultad de Medicina Escuela "Luis Razetti" Universidad Central de Venezuela

E-mail:  
[gaby261294@gmail.com](mailto:gaby261294@gmail.com)

## FOTOGRAFÍAS MÉDICAS

### Síndrome de Stevens Johnson.

Andrea Gabriela Arcadi Da Silva<sup>1</sup>, Daviana Andreina Castillo Salazar<sup>1</sup>, Andrea Desiree Celis Jiménez<sup>1</sup>,  
María Carmen Cifelli<sup>2</sup>.



#### RESUMEN

El Síndrome de Stevens-Johnson se ha definido como un eritema multiforme vesiculobuloso de la piel y otros órganos. Es considerado como etapa inicial de una reacción dérmica cuya presentación más severa es la Necrólisis Epidérmica Tóxica, se ve involucrado más del 30% de la superficie corporal. Su etiología está ligada al uso de algunos fármacos en 60% de los casos, además de infecciones por virus de herpes simple, micoplasma y algunos factores genéticos predisponentes.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela "Luis Razetti"
2. Tutor. Médico cirujano, Hospital Universitario de Caracas

E-mail:  
[gabrielaarcadi15@gmail.com](mailto:gabrielaarcadi15@gmail.com)

## FOTOGRAFÍAS MÉDICAS

### Resección de sarcoma epitelioides con pulgarización del tercer dedo.

Diana Ferrer Escalona<sup>1</sup>, Daniela Savelli<sup>1</sup>, Carlos Julio Cerrada<sup>1</sup>.  
Daniel Ferrer Gordon<sup>2</sup>.



### RESUMEN

El sarcoma epitelioides es un tumor maligno de histogénesis desconocida y crecimiento lento pero extremadamente agresivo, generalmente representa una enorme dificultad diagnóstica. La amputación del miembro afectado es la actuación terapéutica más adecuada cuando el tumor primario está localizado en los dedos de la mano; en este caso se realizó la técnica de pulgarización que consiste en la transferencia de otro dedo para que funcione en lugar del pulgar.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela "Luis Razetti"

2. Tutor. Traumatólogo-Cirujano de la Mano. Hospital "Miguel Pérez Carreño"

E-mail:  
[dianaferrer28@gmail.com](mailto:dianaferrer28@gmail.com)

## FOTOGRAFÍAS MÉDICAS



### Hemangioma: Mácula sospechosa en el Recién Nacido

Orianna Valentina Sahuquillo Jiménez<sup>1</sup>, Erika María Dias Pires<sup>1</sup>, Anna Rebeca Hernández González<sup>1</sup>, Ana María Sáenz de Cantele<sup>2</sup>.

#### RESUMEN

La incidencia de este tipo de lesión en recién nacidos varía entre el 1 y 3%, por lo cual se presenta lactante femenino de 13 meses con mácula eritematosa en región malar izquierda desde el nacimiento, que aumenta progresivamente de tamaño, adquiriendo aspecto de tumor vascular, eritemato-violáceo, brillante, lobulado, de 4 cm de diámetro, con una úlcera irregular en su centro, cubierta en su totalidad por costra sero-hemática, siendo ésta la complicación más frecuente.

Palabras Clave: Mácula, tumor, vascular, hemangioma, úlcera.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela "Luis Razetti"

2. Tutor. Médico Dermatólogo de la Clínica Santa Sofía y actual Jefa del servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Caracas

E-mail:  
[ori.sahuquillo@gmail.com](mailto:ori.sahuquillo@gmail.com)

## FOTOGRAFÍAS MÉDICAS



### Epitelioma espino-celular con sobreinfestación con larvas de *Cochliomyia hominivorax*

Daniel Gouveia<sup>1</sup>, Valentina Garcia<sup>1</sup>, Charbel Abi<sup>1</sup>, Carla Montengro<sup>2</sup>.

#### RESUMEN

Paciente de 56 años con presencia de lesión neoplásica xerofítica y de característica vegetante, que responde a la etiología de melanoma espinocelular (proliferación del estrato espinoso en piel) con focos importantes de necrosis y hemorragia sin patrón aparente, de 32x21 cm y ubicada en región glútea. Se evidencia sobre infestación por más de 200 larvas de *Cochliomyia hominivorax*.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas). Escuela "José María Vargas"
2. Tutor.Médico Cirujana, Universidad de Carabobo. Residente de cirugía Hospital Vargas de Caracas.

E-mail:  
[danielgouveia13@gmail.com](mailto:danielgouveia13@gmail.com)

## FOTOGRAFÍAS MÉDICAS

### El Hombre Roca.

Isabel Sánchez<sup>1</sup>, Javier Goncalves<sup>1</sup>, Geraldine Gerdel<sup>1</sup>,  
Marisela Morales<sup>2</sup>.



### RESUMEN

Paciente masculino de 63 años de edad con diagnóstico de Micosis Fungoide Folículo-trófica, un tipo de Linfoma Cutáneo de Células T (LCCT), que presenta placas eritematosas infiltradas y pruriginosas en región frontal que progresan al resto de la cara, tórax y abdomen. Luego de tratamiento con 6 ciclos de CHOP, evolucionan a placas aisladas con disminución de su tamaño y número.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas-Venezuela). Escuela "Luis Razetti"
2. Tutor. Médico Cirujano de la Universidad de Carabobo. Hematólogo del Hospital Universitario de Caracas. Actualmente ejerce en la Unidad de Hematología y Oncología del HUC.

E-mail:  
[isa.sanchez5995@gmail.com](mailto:isa.sanchez5995@gmail.com)

## FOTOGRAFÍAS MÉDICAS



### Necrosis coagulativa digital por microangiopatía con onicomiosis por *Trichophyton rubrum*.

Daniel Gouveia<sup>1</sup>, Maria Andreina Gouveia<sup>1</sup>, Charbel Abi<sup>1</sup>, Carla Montengro<sup>2</sup>.

#### RESUMEN

Paciente de 85 años con presencia de necrosis tipo gangrena en miembro Inferior derecho. Se observa una extendida área necrótica que abarca los dedos II, III, IV y V con inicio expansional a IV y V metatarsiano. Adicionalmente se evidencia en Hallux separación de la uña del lecho ungueal por micosis por *Trichophyton rubrum*.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas). Escuela "José María Vargas"
2. Tutor.Medico Cirujana, Universidad de Carabobo. Residente de cirugía Hospital Vargas de Caracas.

E-mail:  
[danielgouveia13@gmail.com](mailto:danielgouveia13@gmail.com)

## FOTOGRAFÍAS MÉDICAS

Podopatía diabética Wagner IV microangiopática con gangrena en III y IV digital derecho.

Daniel Gouveia<sup>1</sup>, Maria Andreina Gouveia<sup>1</sup>, Charbel Abi<sup>1</sup>, Carla Montengro<sup>2,3</sup>.



### RESUMEN

Paciente de 53 años de edad conocido con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, con lesión ulcerativa de 12,5x7 cm. Con presencia de gran extendido piógeno y focos de necrosis y hemorragia difusos. Adicionalmente, se observa afectación de la irrigación del III y IV dedo, por lo cual se denota necrosis coagulativa de los mismos.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas). Escuela "José María Vargas"
2. Tutor. Médico Cirujano, Universidad de Carabobo.
3. Residente de cirugía Hospital Vargas de Caracas.

E-mail:  
[danielgouveia13@gmail.com](mailto:danielgouveia13@gmail.com)

## FOTOGRAFÍAS MÉDICAS

Resultado de limpieza quirúrgica de carcinoma basocelular complicado con miasis en hemicara izquierda.

José Alexander Rodrigues Goncalves<sup>1</sup>, Suriel Karlis Landaeta Ortega<sup>1</sup>, Diego Alejandro Fornerino Moreno<sup>1</sup>.



### RESUMEN

Rostro de paciente masculino de 65 años de edad posterior a limpieza quirúrgica llevada a cabo en diciembre - 2016, debido a miasis como complicación de carcinoma basocelular (CBC) no tratado, ubicado en hemicara izquierda y diagnosticado hace aproximadamente 6 años por biopsia.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas). Escuela "Luis Razetti"

E-mail:  
[danielgouveia13@gmail.com](mailto:danielgouveia13@gmail.com)

## FOTOGRAFÍAS MÉDICAS

Rabdomiosarcoma Embrionario en region tenar izquierda en Escolar de 9 años de edad.

Diana Carolina Freitas De Nobrega<sup>1</sup>, Juan Jose Sanchez Espinoza<sup>1</sup>.



### RESUMEN

Escolar Masculino de 9 años de edad, Diagnóstico por biopsia de Rabdomiosarcoma Embrionario, de 7 meses de evolución tórpida y agresiva, Posteriormente por compromiso regional de tejidos blandos y ganglionar axilar requirió desarticulación acromio-escapular completa del Miembro Superior Izquierdo.

1. Universidad de Oriente  
(núcleo Ciudad Bolívar)

E-mail:  
[dianacarolinafd1@gmail.com](mailto:dianacarolinafd1@gmail.com)

## FOTOGRAFÍAS MÉDICAS

### Un día normal en la Unidad de Politraumatizados del Hospital General del Este “Dr. Domingo Luciani”

Xavier Garnica<sup>1</sup>, Leonela García<sup>2</sup>.



#### RESUMEN

Miércoles! Paciente masculino de 44 años de edad quien es traído a la Unidad de Politraumatizados treinta minutos posterior a accidente automovilístico tipo colisión lateral con vehículo automotor en calidad de piloto sin casco. Paciente sobrevive tras un adecuado manejo del ABC del trauma, siendo referido a la postre a Cirugía Bucomaxilofacial para corrección quirúrgica del macizo facial. P.D.: realmente fue la noche de un miércoles.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas). Escuela “Luis Razetti”
2. Tutor. Odontología – Cirugía Bucomaxilofacial. Hospital General del Este “Dr. Domingo Luciani”

E-mail:  
[tioxavi55@gmail.com](mailto:tioxavi55@gmail.com)

## VIDEOS MÉDICOS

### Parálisis de Bell: diagnóstico clínico y evolución

Quizaira Andreina Rodríguez Colmenares<sup>1</sup>, Tomás H. Byrne<sup>1</sup>,  
Argenis Brito Contreras<sup>1</sup>.

#### RESUMEN

Evolución de paciente femenina de 24 años, con parálisis de Bell izquierda. Se indicó tratamiento con glucocorticoides y terapia física de rehabilitación. Fue dada de alta a los 21 días con recuperación total de la función motora del nervio facial. Patología frecuente del VII par en su porción periférica que debe ser de diagnóstico precoz (clínico-semiológico), ya que su pronóstico y secuelas depende de la rapidez del manejo en las primeras horas de iniciada la sintomatología.



1. Universidad de Los Andes  
(Táchira-Venezuela)

E-mail:  
[kiss02andre@gmail.com](mailto:kiss02andre@gmail.com)

## VIDEOS MÉDICOS



# Obstrucción dinámica del ventrículo izquierdo por mixoma auricular

Xabier Coscojuela<sup>1</sup>, Nataly De Freitas<sup>1</sup>.

### RESUMEN

Masa heterogénea pediculada de 6,8 x 3,6 cm de diámetro, unida al septum interauricular, cuyas características corresponden a un mixoma auricular izquierdo, que protruye en diástole al ventrículo izquierdo produciendo obstrucción dinámica de su tracto de entrada, originando estenosis mitral severa y provocando dilatación de la aurícula izquierda y en consecuencia, dilatación de cavidades derechas.

1. Universidad Central de Venezuela (Caracas). Escuela "Luis Razetti"

E-mail:  
[xabiercoscojuela@gmail.com](mailto:xabiercoscojuela@gmail.com)

# Acta Científica Estudiantil

## NORMAS DE AUTOR

### Consideraciones generales para el envío de manuscritos

Los manuscritos enviados para corrección a la revista *Acta Científica Estudiantil* deben cumplir con los siguientes requisitos de formato para ser considerados para publicación.

1. Archivo Microsoft Word®.
2. Los márgenes deben ser de 2 cm en cada borde.
3. Todo el manuscrito debe estar escrito con fuente Arial, tamaño 12 puntos, el interlineado debe ser de 1.5 puntos y cada párrafo debe tener una separación de 10 puntos.
4. Debe estar escrito en una sola columna.
5. No deben aparecer los nombres ni las filiales de los autores en el documento Microsoft Word®, estos datos serán introducidos en el formulario en línea, de esta forma se facilita el proceso de revisión doble ciego.
6. La primera página debe contener el título del trabajo (Arial 16 puntos), el resumen y las palabras clave. Se deben seguir las instrucciones para cada tipo de artículo a la hora de escribir el título, en caso de tener que realizar alguna excepción se agradece comunicarse directamente con el comité editorial.
7. La segunda página debe contener el título, resumen y palabras clave del artículo en idioma inglés.
9. Cada sección debe empezar en una página aparte (revisar cada tipo de artículo para conocer las secciones que debe contener).
10. Las referencias deben ser realizadas según las instrucciones del ICMJE, numeradas según el orden de aparición de las citas, las cuales deben colocarse entre corchetes con el número al que corresponde la referencia, separadas por medio de comas (i.e. [1], [1,4,7]), no se debe colocar el número en un formato distinto al del texto.
11. Las tablas, figuras y gráficos constituyen la última sección del manuscrito. Cada una de ellas debe estar citada en el texto, numerada según orden de aparición y cada una en página aparte. Todas deben contener título y leyenda en la misma página, las cuales deben poseer el mismo formato que el resto del texto, con la referencia respectiva si esta lo amerita.

# Acta Científica Estudiantil

## NORMAS DE AUTOR

### Instrucciones para el envío de cartas al editor

Las cartas al editor son artículos de crítica u opinión dirigidos al comité editorial de *Acta Científica Estudiantil*. Estos tienen por finalidad emitir un comentario acerca de alguno de los artículos publicados por la revista o contener alguna información de importancia para el comité editorial y el público general.

Normas para la publicación de cartas al editor	
Extensión total	750 palabras
Figuras y tablas	Máximo 2 figuras o 2 tablas
Referencias	1-5 referencias

#### Título

No debe exceder las 15 palabras, en caso de tratarse de una crítica u opinión hacia algún artículo antes publicado, debe incluir el título del artículo en cuestión, el cual deberá citarse entre comillas (i.e. Sobre “Edición artística” un error común); la sección correspondiente al título del artículo citado no se contabilizará en la extensión del título.

#### Cuerpo de la carta

Debe iniciar en página aparte, todo comentario u opinión debe ser respaldada con su respectiva cita bibliográfica

# Acta Científica Estudiantil

## NORMAS DE AUTOR

### Instrucciones para el envío de trabajos de investigación

Los trabajos de investigación como contribución científica más importante y con mayor nivel de evidencia deben contener las siguientes secciones (cada una debe empezar en página aparte):

#### Título

No debe exceder las 15 palabras, en caso de requerirlas el autor corresponsal debe comunicarse con el comité editorial explicando la situación y solicitando una excepción. Se recomienda que contenga el aspecto más relevante de la investigación o el resultado más relevante.

#### Resumen y abstract

Ninguno de los dos resúmenes (español o inglés) debe exceder las 250 palabras, la traducción al inglés debe ser literal, no se aceptarán trabajos que presenten abstracts traducidos utilizando programas predeterminados de traducción (i.e. Google Translate®). No debe encontrarse subdivido en secciones y todo debe estar redactado en tercera persona.

#### Introducción

Debe contemplar los siguientes aspectos del protocolo de investigación llevado a cabo: problema, hipótesis, objetivos, justificación y finalidad del estudio. Así mismo debe poseer una revisión bibliográfica, basada en literatura nacional y/o internacional que incluya los antecedentes del estudio. Todo debe ser redactado en tercera persona y cada párrafo debe incluir una cita bibliográfica.

#### Normas para la publicación de trabajos de investigación

Extensión total	2500 palabras
Extensión del resumen	250 palabras
Palabras clave	3-6 palabras
Figuras, tablas y gráficos	Máximo 10
Referencias	15-30 referencias

# Acta Científica Estudiantil

## NORMAS DE AUTOR

### **Materiales y métodos**

Debe contemplar los siguientes aspectos: tamaño y selección de la muestra, criterios de inclusión y exclusión, métodos de recolección de datos y metodología de análisis de los mismos. En caso de tratarse de un trabajo experimental se deben incluir los compuestos y procedimientos realizados para llevar a cabo el experimento, todos los datos necesarios para reproducir el proceso deben ser incluidos. Es necesario mencionar marcas y versiones de todos los instrumentos utilizados para la recolección de datos, así mismo se debe indicar qué software se utilizó para llevar a cabo el análisis de los mismos (i.e. SPSS PAW Statistics versión 20).

### **Resultados**

Deben mencionarse los resultados más relevantes de la investigación en cuestión, se recomienda dividir esta parte en secciones en caso de ser necesario. No es recomendable redactar todos los resultados específicamente, ya que esto se realizará mediante la utilización de tablas y/o gráficos, los cuáles deben ser citados en esta sección.

### **Discusión**

Esta sección debe contener una comparación de los resultados obtenidos con investigaciones similares realizadas nacional o internacionalmente. Se debe realizar un análisis de las limitaciones del estudio, el alcance del mismo, proporcionar recomendaciones para investigadores que deseen reproducir el estudio en el futuro. Cada párrafo debe contener su propia cita bibliográfica.

### **Conclusiones**

Se deben exponer las conclusiones más relevantes obtenidas en el estudio, las mismas deben expresarse de manera clara y concisa. No es recomendable realizar conclusiones muy extensivas.

### **Reconocimientos y agradecimientos**

Esta sección es opcional, consiste en un espacio utilizado para brindar un reconocimiento a personas o instituciones que participaron en la realización del estudio pero que no califican dentro de los criterios de autoría. Para conocer dichos criterios los invitamos a revisar el documento publicado por el ICMJE.

# Acta Científica Estudiantil

## NORMAS DE AUTOR

### Instrucciones para el envío de revisiones narrativas y revisiones sistemáticas

Las revisiones narrativas son artículos de discusión acerca de algún tema en específico. Los mismos deben estar restringidos a una sola pregunta de investigación. El comité editorial de *Acta Científica Estudiantil* se basa en los PRISMA guidelines (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) para la evaluación de las revisiones narrativas y las revisiones sistemáticas.

Normas para la publicación de revisiones narrativas y revisiones sistemáticas	
Extensión total	4500 palabras
Extensión del resumen	250 palabras
Palabras clave	3-6 palabras
Figuras, tablas y gráficos	Máximo 10
Referencias	30-40 referencias

#### Título

No debe exceder las 15 palabras de extensión, resaltando el aspecto más relevante de la revisión, debe incluir el tipo de estudio realizado (i.e. meta-análisis, revisión sistemática).

#### Introducción

La pregunta de investigación debe estar claramente establecida, se debe de igual forma mencionar la hipótesis y la justificación y objetivos de la revisión realizada.

#### Materiales y métodos

Se deben especificar los métodos de búsqueda: buscadores, índices, bases de datos, filtros utilizados, idiomas incluidos en la revisión, criterios de inclusión y exclusión, período de tiempo que se utilizó para la búsqueda y demás parámetros de importancia que permitan hacer reproducible la revisión. Se debe además realizar un diagrama de flujo, donde se especifique los artículos encontrados, los revisados, los rechazados y los artículos finales sujetos a revisión. En caso de realizar un meta-análisis se deben especificar los métodos estadísticos utilizados. Para mayor información acerca de los criterios necesarios para realizar una revisión bibliográfica de calidad, recomendamos revisar los PRISMA guidelines antes mencionados.

# Acta Científica Estudiantil

## NORMAS DE AUTOR

### **Cuerpo de la revisión**

Se recomienda dividir esta parte del manuscrito en diversas secciones, dependiendo del tema que se esté discutiendo. Cada párrafo debe estar debidamente citado.

### **Conclusiones**

Se debe especificar la respuesta encontrada a la pregunta de investigación que se especificó al inicio, en caso de que no haya suficiente información en la literatura revisada para llegar a una conclusión, esto debe ser claramente especificado. Se deben incluir en esta sección las recomendaciones sugeridas a otros autores que deseen revisar o investigar con mayor profundidad en el tema.

# Acta Científica Estudiantil

## NORMAS DE AUTOR

### Instrucciones para el envío de reportes de caso

Los reportes de caso poseen el menor nivel de evidencia dentro de la literatura médica. No es recomendable la publicación de reportes de caso acerca de patología u observaciones de las cuales existan ya series de casos u otro tipo de estudio de investigación clínica (i.e. casos y controles, cohortes, etc.). *Acta Científica Estudiantil* se basa en los CARE Guidelines (CAsE REporting guidelines) para la revisión de reportes de caso, se recomienda leer dichas guías antes de enviar un reporte de caso.

Normas para la publicación de reportes de casos	
Extensión total	1500 palabras
Extensión del resumen	250 palabras
Palabras clave	2-5 palabras
Figuras, tablas y gráficos	Máximo 5
Referencias	10-20 referencias

Los reportes de caso deben respetar la confidencialidad del paciente, no se debe colocar en el manuscrito ningún tipo de información que vulnere la privacidad del paciente, de igual forma las fotografías que se coloquen no deben permitir la identificación del sujeto en cuestión.

#### Título

Debe incluir el sexo, la edad y el motivo de consulta del paciente, junto con el aspecto más importante del caso, seguido de las palabras “Reporte de caso” (i.e. Paciente masculino de 50 años con cefalea y ondas  $\alpha$  anormales en electroencefalograma. Reporte de caso). No debe exceder las 15 palabras (sin incluir “Reporte de caso”).

#### Resumen y abstract

Ninguno de los dos resúmenes (español o inglés) debe exceder las 250 palabras, la traducción al inglés debe ser literal, no se aceptarán trabajos que presenten abstracts traducidos utilizando programas predeterminados de traducción (i.e. Google Translate). No debe encontrarse subdividido en secciones, redactado en tercera persona. Debe incluir los siguientes aspectos: nuevo aporte del caso, principales

# Acta Científica Estudiantil

## NORMAS DE AUTOR

síntomas, hallazgos clínicos, pruebas diagnósticas, intervención terapéutica, resultado y seguimiento del paciente, así como también las principales lecciones aprendidas del mismo.

### **Introducción**

Debe resumir brevemente los antecedentes del caso, citando la literatura médica nacional o internacional pertinente. Cada párrafo debe contener su respectiva cita bibliográfica.

### **Presentación del caso**

Esta sección debe contener los principales datos clínicos del caso (sólo incluir los datos de importancia para los lectores, no debe ser igual a una historia clínica, sólo pertinentes positivos y negativos): información del paciente, motivo de consulta, síntomas, hallazgos clínicos, calendario (fechas y tiempos de importancia), evaluación diagnóstica (los estudios relevantes para el diagnóstico de la patología y para descartar otros diagnósticos diferenciales), intervención terapéutica aplicada, resultados de la misma, seguimiento del paciente (especificar tiempo de seguimiento y pruebas utilizadas para realizarlo).

### **Discusión de hallazgos**

Se deben describir los puntos fuertes y las limitaciones durante el manejo del caso, debe incluir un análisis de los métodos utilizados para el diagnóstico o seguimiento del paciente, respaldado con la literatura pertinente nacional o internacional, cada párrafo debe poseer su respectiva cita bibliográfica. Las conclusiones que se tomen a partir del manejo del caso deben ser expresadas en esta sección, incluidas las evaluaciones de causalidad. Por último se deben mencionar las principales lecciones aprendidas del caso.

### **Consentimiento informado**

Todo reporte de caso debe ir acompañado del consentimiento informado firmado por el paciente o en su defecto por un familiar o un representante legal. Un modelo del documento que debe ser llenado por el paciente está disponible en nuestra página web.

# Acta Científica Estudiantil

## NORMAS DE AUTOR

### Instrucciones para el envío de fotografías médicas

Las fotografías médicas deben reflejar casos, investigaciones o hallazgos impactantes que puedan ser de relevancia para el público en cuestión.

#### Título

El mismo no debe exceder las 15 palabras y debe estar acompañado al final de las palabras “Fotografía médica”.

#### Formato

Las mismas deben ser enviadas en formato .jpg o .jpeg.

#### Resolución

Debe ser de 100 pixels/cm (250 pixels/pulgada), no se aceptarán fotografías con menor resolución.

#### Tamaño

Deben tener un tamaño mínimo de 30 cm en cada dimensión, en caso de que la misma posea proporciones desiguales, el tamaño de cada una de las dimensiones no debe exceder los 100 cm.

#### Texto

Deben estar acompañadas de un texto explicativo que no debe exceder las 150 palabras. El mismo, en caso de tratarse de un caso clínico, debe incluir el motivo de consulta y el diagnóstico del paciente, además de otros datos relevantes. En caso de tratarse de una fotografía por microscopía, debe incluir el aumento utilizado, el microscopio, tejido o célula en cuestión y otros datos de relevancia para el lector (métodos de inmunofluorescencia utilizados, etc). Debe encontrarse el mismo en el idioma Español y traducido al idioma Inglés.

#### Normas para la publicación de fotografías médicas

Formato	.JPG .JPEG o .TIF
Resolución	100 pixels/cm o 250 pixels/pulgada
Tamaño mínimo	30 cm/12 pulgadas
Tamaño máximo	100 cm/40 pulgadas
Texto	150 palabras
Referencias	1-3 referencias

*Acta Científica Estudiantil* (ISSN 2542-3428, Depósito legal DC2017001301) es publicada semestralmente, a excepción de números suplementarios como libros de resúmenes del Congreso Científico Internacional de Estudiantes de Medicina, por la ***Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (Sociem-UCV)***, Ciudad Universitaria de Caracas, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela. Copyright 2017 por Sociem-UCV. Todos los derechos Reservados.



UCV  
26 AL 28  
OCTUBRE 2017

# VII CCIEM

DESAFÍOS DE LA  
PRÁCTICA CLÍNICA  
¿A QUÉ NOS ENFRENTAMOS?

CONGRESO  
CIENTÍFICO  
INTERNACIONAL  
DE ESTUDIANTES  
DE MEDICINA

[www.actacientificaestudiantil.com.ve](http://www.actacientificaestudiantil.com.ve)

Acta Cient Estud.2017;12(Supl 3)

ISSN 2542-3428;Depósito legal DC2017001301