

JULIO 2025
VOL. 2, Nº 1



Revista Científica

DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO



TÍTULO: Revista Científica del
Hospital Antonio Lorena del Cusco

VOL. 2, N° 1 - JULIO 2025

EDICIÓN: Unidad Ejecutora 403 -
1169 - Región Cusco -

Hospital Antonio Lorena / **RUC:**

20527287112

Calle Carlos Ugarte S/N Urb.

Primavera - Santiago, Cusco - Perú

DEPOSITO LEGAL: N° 2024-11699

ISSN: 3084-715X

© *DERECHOS RESERVADOS POR*
Hospital Antonio Lorena del Cusco
2025

Equipo Editorial



**Dr. Manuel
Sotelo Barbaran**

DIRECTOR EJECUTIVO DEL HAL



**Dr. Nicanor
Mellado Villafuerte**

DIRECTOR EDITORIAL



**Dra. Yolanda
Surco Ochoa**

SECRETARIA EDITORIAL



**Dr. Washington
Villafuerte Jara**

**SECRETARIO ACADÉMICO
DEL CUERPO MÉDICO DEL HAL**



**Mgt. Estela
Chacon Ortega**

**JEFE DE LA UNIDAD DE COMUNICACIONES
E IMAGEN INSTITUCIONAL**



**Evelin Liseth
Palomino Vargas**

SECRETARÍA DE EDICIÓN

Comité Científico



**Dra. Fátima Rosario
Concha Velasco**



**Dr. Juan Carlos Rojas
Marroquín**



**Dra. Yoni Elizabeth
Cárdenas Delgado**

Oficina de Investigación Docencia y Capacitación HAL

Sumario

5

EDITORIAL

ARTÍCULO ORIGINAL

6

RELACIÓN ENTRE CÁNCER DE PRÓSTATA Y FACTORES DE RIESGO METABÓLICOS EN PACIENTES DEL SERVICIO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA CUSCO 2024

Dr. Rodrigo Faustino Oscco Zambrano - Médico Cirujano

Dr. Hugo Rommel Villagarcía Zereceda - Médico Cirujano, Especialista en Cirugía

REPORTE DE CASO

10

MIGRACIÓN DE CATÉTER INTRAVENOSO PERIFÉRICO ROTO DE VENA CEFÁLICA A VENA MEDIANA, AL PROPÓSITO DE UN CASO

Dr. Guillermo Castañeda Cusihuaman - Médico Cirujano, Especialista en Cirugía de Tórax y Cardiovascular

André Paredes Chávez - Estudiante de Medicina

12

VASCULITIS IGA - ANCA NEGATIVO EN ADULTO CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA Y PÚRPURA, SIN COMPROMISO RENAL: UNA PRESENTACIÓN INUSUAL

Dra. Mariela Nanci Sumire Quispe - Médico Cirujano, Especialista en Medicina Interna

Dra. Haydee Omayra Medina Delgadillo - Médico Cirujano, Especialista en Medicina Interna

Dra. Norma Meléndez Sequeiros - Médico Cirujano, Especialista en Medicina Interna

Dra. Giuliana Ávila Lleneras - Médico Cirujano, Especialista en Medicina Interna

Kevin Harry Pillco Quispe - Estudiante de Medicina

14

NEUROLISTERIOSIS ATÍPICA SIN SIGNOS MENÍNGEOS EN ADULTO MAYOR DIABÉTICO: UNA INFECCIÓN SUBESTIMADA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Dra. Mariela Nanci Sumire Quispe - Médico Cirujano, Especialista en Medicina Interna

Dra. Haydee Omayra Medina Delgadillo - Médico Cirujano, Especialista en Medicina Interna

Dra. Alexia Chávez Paruma - Médico Cirujano, Especialista en Medicina Interna

17

DIAGNÓSTICO TARDÍO DE SÍNDROME DE ALPORT: DESAFÍOS Y LECCIONES DE UN CASO CON AFECTACIÓN MULTISISTÉMICA

Dr. José Antonio Fuentes Vega - Médico Cirujano, Especialista en Oftalmología y Subespecialista en Cornea

TEMA DE ACTUALIZACIÓN

20

NUEVAS PERSPECTIVAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS EN EL MANEJO DE LA DISPLASIA DEL DESARROLLO DE LA CADERA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Dr. Nicanor Mellado Villafuerte - Médico Cirujano, Especialista en Ortopedia y Traumatología

ARTÍCULO DE OPINIÓN

21

HITOS QUE TRANSFORMAN LA CARDIOLOGÍA EN NUESTRA REGIÓN

Dr. Grimaldo Gutiérrez Gayoso - Médico Cirujano, Especialista en Cardiología

Editorial



Dr. Nicanor Mellado Villafuerte

DIRECTOR EDITORIAL

Con gran entusiasmo presentamos la segunda edición de nuestra Revista Médica Científica del Hospital Antonio Lorena del Cusco, un espacio concebido para promover el diálogo riguroso, ético y colaborativo entre diversas áreas de las ciencias de la salud. En esta nueva entrega reafirmamos nuestro compromiso con la difusión del conocimiento científico como herramienta fundamental para mejorar la práctica clínica, fortalecer los sistemas de salud y responder a los desafíos sanitarios de nuestras comunidades.

Reconocemos que la ciencia avanza gracias al esfuerzo colectivo. Agradecemos profundamente la confianza de nuestros autores, la rigurosidad de nuestros pares revisores y el compromiso de nuestro comité editorial. Cada artículo publicado es el resultado de un proceso transparente de evaluación y revisión por pares que garantiza la calidad y relevancia de los contenidos.

Invitamos a nuestros lectores, profesionales de la salud, investigadores, estudiantes y tomadores de decisiones, a explorar los artículos de esta edición con espíritu crítico y constructivo. Esperamos que los hallazgos y reflexiones aquí presentados contribuyan a nutrir sus propios campos de acción y motiven nuevas líneas de investigación colaborativa.

Finalmente, renovamos nuestro llamado a la comunidad académica para seguir construyendo juntos este espacio de encuentro y producción científica. Porque solo a través del intercambio de saberes, el compromiso ético y la búsqueda constante de la verdad, podremos avanzar hacia una salud más equitativa, universal y basada en evidencia.

[1] Medico Cirujano. Especialista en Ortopedia y Traumatología. Magister en Gerencia de los Servicios de la Salud. Pas Director Ejecutivo del Hospital Antonio Lorena. Director Médico de EESS Privado Terapias Medifran EIRL.

RELACIÓN ENTRE CÁNCER DE PRÓSTATA Y FACTORES DE RIESGO METABÓLICOS EN PACIENTES DEL SERVICIO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA CUSCO, 2024

Dr. Rodrigo Faustino Oscco Zambrano
MÉDICO CIRUJANO

Dr. Hugo Rommel Villagarcía Zereceda
MÉDICO CIRUJANO, ESPECIALISTA EN CIRUGÍA

RESUMEN

Objetivo: encontrar la relación entre cáncer de próstata y factores de riesgo metabólicos en pacientes del servicio de urología del hospital Antonio Lorena 2024. **Método:** fue un estudio observacional, cuantitativo, analítico de correlación, retrospectivo y transversal, la muestra estuvo conformada por 168 pacientes del servicio de urología del hospital Antonio Lorena.

Resultados: Se evidenció una relación significativa entre el cáncer de próstata y los factores de riesgo metabólicos. En particular, la obesidad (52,9%), la diabetes mellitus tipo II (57,1%) y la hipertensión arterial (69,4%) se identificaron como factores de riesgo relevantes.

Conclusiones: Los factores de riesgo metabólicos estudiados tienen una relación significativa con el cáncer de próstata, predominando la hipertensión arterial, seguido de la diabetes mellitus II y por último la obesidad.

Palabras claves: Cáncer de próstata, factores de riesgo metabólico, urología.

INTRODUCCIÓN

El Observatorio Mundial del Cáncer (Globocan) de 2020 informó que el cáncer de próstata es una de las enfermedades más comunes en los varones y ocupa el segundo lugar a nivel mundial entre las neoplasias que se diagnostican con mayor frecuencia en los varones, solo superado por el cáncer de pulmón y es la quinta causa de muerte relacionada con cáncer en los hombres (1).

Es un problema de salud pública que en los últimos años ha tenido un crecimiento exponencial a nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2020 se diagnosticaron 19,3 millones de casos nuevos de cáncer, de los cuales el 21.7% fueron cáncer de próstata(2).

Su incidencia a nivel mundial es alta, aproximadamente el 75% de los casos se registran en países industrializados, en los países en vías de desarrollo su incidencia solo alcanza un 25% pero la mortalidad es mucho mayor (3). En Perú, el cáncer de próstata es uno de los tumores más comunes y el más prevalente entre los hombres, hasta agosto de 2023, se registraron 1.541 nuevos casos de cáncer de próstata(1). Según el Ministerio de Salud (MINSA), en Perú se registran alrededor de 8700 casos de cáncer de próstata cada año. Según el Seguro Social de Salud (EsSalud), el cáncer de

próstata fue uno de los más diagnosticados en Perú en 2023, junto con el cáncer de mama, el cáncer de cuello uterino y el cáncer de tiroides (1).

Los efectos de esta neoplasia tienen implicancias importantes para las personas que la padezcan debido a su alta incidencia, mortalidad y los altos costos económicos y sociales que genera, en Perú, el 85% de los casos de cáncer están diagnosticados en etapas avanzadas, lo que reduce la probabilidad de recuperación y curación, merma la calidad de vida del paciente y aumenta la tasa de mortalidad (1).

Se han documentado factores de riesgo que condicionan la aparición del cáncer de próstata, estos incluyen la obesidad, diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial, algunos de ellos se detallan a continuación (4). El estudio de Carreño, L y colaboradores (Colombia, 2019) el objetivo del estudio fue determinar la asociación entre obesidad y diagnóstico de cáncer de próstata en adultos mayores, demostraron que el grupo de hombres con IMC > 25 kg/m² tenían más probabilidades de tener cáncer de próstata que los hombres con IMC < 25 kg/m²(5). El estudio de Liang, Z y colaboradores (China, 2019) el objetivo del estudio fue encontrar pruebas de la conexión entre la hipertensión arterial y el riesgo de cáncer de próstata, demostraron que las personas con hipertensión, se observó un aumento significativo en el riesgo de cáncer de próstata (6). El estudio de Martínez, M (Trujillo, 2019) el objetivo del estudio fue determinar si existe asociación entre diabetes mellitus tipo 2 y cáncer de próstata, demostraron que existe una baja asociación entre la diabetes mellitus tipo 2 y el cáncer de próstata (7).

En este contexto el objetivo del estudio fue encontrar la relación entre cáncer de próstata y factores de riesgo metabólicos en pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata confirmado que además presente uno o más de los factores de riesgo metabólicos (obesidad, diabetes mellitus II e hipertensión arterial) (8).

METODOLOGÍA

Estudio observacional, cuantitativo, analítico correlacional, retrospectivo y transversal, ya que se centra en demostrar el comportamiento de causa efecto entre las variables en una circunstancia temporal y geográfica determinada. La población estuvo conformada por todo paciente varón con diagnóstico confirmado de cáncer de próstata, que además presenta factores de riesgo metabólicos, que acudió al servicio de urología y su anexo urología oncológica del hospital Antonio Lorena entre los años 2019-2023.

Los criterios de inclusión fueron: 1. Pacientes mayores de 50 años que fueron diagnosticados o tengan diagnóstico previo de cáncer de próstata entre los años de 2019-2023.

Los criterios de inclusión fueron: 1. Pacientes mayores de 50 años que fueron diagnosticados o tengan diagnóstico previo de cáncer de próstata entre los años de 2019-2023. 2. Pacientes que cumplan con uno o más de los siguientes diagnósticos: diabetes mellitus tipo II, obesidad o hipertensión arterial, que sea \geq a 5 años antes del diagnóstico de cáncer de próstata. 3. Pacientes del servicio de urología diagnosticados con cáncer de próstata que cuenten con historias clínicas legibles y completas. 4. Pacientes con examen físico completo (peso, talla y perímetro abdominal). 5. Pacientes con exámenes de laboratorio (glucosa, urea, creatinina y PSA).

La muestra estuvo conformada por 170 pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer de próstata, que además presentaban factores de riesgo metabólicos, que acudieron al servicio de urología del hospital Antonio Lorena entre los años de 2019-2023. El método usado para el muestreo fue el probabilístico tipo aleatorio simple, en el cual de las 300 historias clínicas se eligieron de manera aleatoria 170 historias clínicas que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. La técnica de recolección de datos que se utilizó fue la revisión de historias clínicas que cumplan los criterios de inclusión.

El instrumento fue una ficha de recolección de datos, que recopilará la información de las historias clínicas de los pacientes a estudiar. Constará de 3 segmentos, la primera parte recogerá datos sociodemográficos, la segunda parte se centrará en el cáncer de próstata que incluye: reporte histológico, puntuación de Gleason y PSA. Finalmente, la última parte tratará sobre los factores de riesgo metabólicos (Obesidad, Diabetes Mellitus II e HTA) que incluye: peso, talla e IMC, presencia o ausencia de obesidad, diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial.

El contenido fue validado por cinco expertos calificados en el campo que verificaron la validez y recomendaron que los instrumentos cumplan con las características establecidas, dentro del cual obtuvo un DPP de 2.2; que está ubicado en el intervalo B, indicando que el instrumento de investigación "tiene adecuación en gran medida" al fenómeno que se desea investigar, y por tanto puede ser utilizada.

Por ser un estudio analítico se hizo la prueba de hipótesis donde se realizó el análisis bivariado con el coeficiente de correlación de Pearson para el contraste de hipótesis planteado en el estudio. Para que los resultados sean estadísticamente significativos se utilizó la significancia estadística la que será evaluada a través de los intervalos de confianza al 95%.

RESULTADOS

Se analizaron 170 pacientes con cáncer de próstata la mayoría se encuentra compuesta por personas mayores, en el rango de 71 a 80 años (*ver tabla 1*). En cuanto a la relación entre el cáncer de próstata y la obesidad el 52,9% de los participantes presentan obesidad, y el 47,1% no

presentan obesidad (*ver tabla 1*). En cuanto a la relación entre cáncer de próstata y la diabetes mellitus II el 57,1% de los pacientes presentan diabetes mellitus II, y el 42,9% no presenta diabetes mellitus II (*ver tabla 1*). En cuanto a la relación entre cáncer de próstata y la hipertensión arterial el 69,4% de los participantes presentan hipertensión arterial, y el 30,6% no presenta hipertensión arterial (*ver tabla 1*).

Tabla 1: Características clínicas

Características clínicas	Total= 170	%
Edad		
50-60 años	35	20.6
61-70 años	46	27.1
71-80 años	57	33.5
81-90 años	28	16.5
91- a más años	4	2.4
Obesidad		
Si	90	52.9%
No	80	47.1%
Hipertensión arterial		
Si	117	69.4%
No	53	30.6%
Diabetes mellitus II		
Si	97	57.1%
No	73	42.9%
Tipo de cáncer de próstata		
Adenocarcinoma acinar	133	78.2%
Adenocarcinoma ductal/tubular	25	14.7%
Carcinoma escamoso	12	7.1%
Puntuación de Gleason		
<6	58	34.1%
7	30	17.6%
8-10	82	48.2%

Se observó que, el adenocarcinoma acinar es el tipo más frecuente, representando el 78,2% de los casos. Por otro lado, el carcinoma escamoso representa el 7,1% de los casos, llevando el porcentaje acumulado al 85,3%. En cambio, el adenocarcinoma ductal/tubular representa el 14,7% de los casos, completando el 100% de los casos estudiados (*ver tabla 1*).

Se observó que, el 48,2% de los casos tienen una puntuación de Gleason de alto grado, con un porcentaje acumulado del 48,2%. Mientras que el 34,1% de los casos tienen una puntuación de Gleason de bajo grado, llevando el porcentaje acumulado al 82,3%. Asimismo, el 17,6% de los casos tienen una puntuación de Gleason de grado intermedio (*ver tabla 1*).

El análisis de correlación entre la obesidad y el cáncer de próstata muestra un coeficiente de correlación de Pearson de 0,54. Este valor indica una correlación positiva moderada entre la obesidad y el cáncer de próstata. Además, el valor de p (sig.) asociado a esta correlación es de 0,004, lo que indica que esta relación es estadísticamente significativa a un nivel de significancia del 5%. (*ver tabla 2*).

Tabla 2: Correlaciones

	Correlación de Pearson	Sig. bilateral
Obesidad	0.54	0.004
Diabetes mellitus II	0.60	0.003
Hipertensión arterial	0.55	0.004

El análisis de correlación entre la diabetes mellitus tipo II y el cáncer de próstata muestra un coeficiente de correlación de Pearson de 0,60. Este valor indica una correlación positiva moderada a fuerte entre la diabetes mellitus tipo II y el cáncer de próstata. Además, el valor de p (sig.) asociado a esta correlación es de 0,003, lo que indica que esta relación es estadísticamente significativa a un nivel de significancia del 5% (ver tabla 2).

El análisis de correlación entre la hipertensión arterial y el cáncer de próstata muestra un coeficiente de correlación de Pearson de 0,55. Este valor indica una correlación positiva moderada entre la hipertensión arterial y el cáncer de próstata. Además, el valor de p (sig.) asociado a esta correlación es de 0,004, lo que indica que esta relación es estadísticamente significativa a un nivel de significancia del 5% (ver tabla 2).

DISCUSIÓN

El riesgo de cáncer de próstata se ha evaluado en varios estudios, mostrando resultados mixtos.

Relación entre cáncer de próstata y obesidad

Los resultados muestran que el 52,9% de pacientes obesos presentan cáncer de próstata y el 47% de pacientes no obesos presenta cáncer de próstata, en el análisis multivariado se encontró que la obesidad y el IMC elevado están relacionados al cáncer de próstata, con un coeficiente de correlación de Pearson de 0,54. $p=0,004$, IC 95%. Esto implica que la obesidad puede ser un factor de riesgo importante a considerar en la incidencia y desarrollo del cáncer de próstata en estos pacientes. Estos resultados contrastan lo encontrado en investigaciones previas. Como el estudio de Carreño, L y colaboradores (Colombia, 2019) que identificó casos en hombres con $IMC > 25 \text{ kg/m}^2$ tenían más probabilidades de tener cáncer de próstata como hallazgo en la biopsia que los hombres con $IMC < 25 \text{ kg/m}^2$ (34,6% vs 22,1%), un 53% de los pacientes obesos tienen cáncer de próstata comparado con un 47% de los pacientes sin obesidad, en el análisis multivariado se encontró que la obesidad y el IMC están asociados (OR 1,96, $p = 0,005$, IC 95%). (5), también con el estudio de Reyes, S (Lima, 2020) que encontró que el 54,1% de los pacientes obesos presenta cáncer de próstata agresivo en comparación con el 28,4% de los no obesos ($P = 0.000$), lo que indica que la obesidad es un factor de riesgo para contraer cáncer de próstata agresivo (9), también con el estudio de Buso, C y colaboradores (Argentina, 2020) observaron que un pobre control glucémico (HbA1C mayor a 6,5%) en personas obesas está asociado a mayor

mortalidad general, mayor tasa de complicaciones postoperatorias y mayor tasa de recidiva tumoral (10) y por último en discordancia con el estudio de Fujika, K. et al (Japón, 2019) que demostraron que un mayor IMC es un predictor de cáncer de próstata ($p: <0.00$; OR=3.27, IC: 95%), además descubrieron una relación inversamente proporcional entre el IMC y el cáncer de próstata localizado, lo que indica que la obesidad puede afectar la probabilidad de desarrollar cáncer de próstata (11).

Relación entre cáncer de próstata y diabetes mellitus II

Los resultados muestran que el 57,1% de los pacientes diabéticos presentan cáncer de próstata y el 42,9% de pacientes no diabéticos presentan cáncer de próstata, en el análisis multivariado se encontró que la diabetes mellitus tipo II está relacionado al cáncer de próstata, con un coeficiente de correlación de Pearson de 0,60. $p=0,003$, IC 95%. Este valor indica una correlación positiva moderada a fuerte entre la diabetes mellitus II y el cáncer de próstata. Además, el valor de p (sig.) asociado a esta correlación es de 0,004. El cual implica que la diabetes mellitus tipo II puede ser un factor de riesgo importante a considerar en la incidencia y desarrollo del cáncer de próstata en estos pacientes. Este resultado muestra ciertas variaciones en comparación con investigaciones previas. Como el estudio de Martínez, M (Trujillo, 2019) el cual el objetivo fue determinar si existe asociación entre diabetes mellitus tipo 2 y cáncer de próstata, en el cual se examinaron 380 pacientes, de los cuales 95 tuvieron cáncer de próstata y 285 no. Se encontró un p -Chi cuadrado de 0,042 y un OR de 0,245 en relación con la asociación entre ambas enfermedades, con un IC del 95%, lo que indica una asociación baja (7).

Relación entre cáncer de próstata e hipertensión arterial

Los resultados muestran que el 69,4% de los pacientes hipertensos presentan cáncer de próstata y el 30,6% de pacientes no hipertensos presentan cáncer de próstata, en el análisis multivariado se encontró que la hipertensión arterial está relacionado al cáncer de próstata, con un coeficiente de correlación de Pearson de 0,55. $p=0,004$, IC 95%. Este valor indica una correlación positiva moderada entre la hipertensión arterial y el cáncer de próstata. Además, el valor de p (sig.) asociado a esta correlación es de 0,004. Esto implica que la hipertensión arterial puede ser un factor de riesgo importante a considerar en la incidencia y desarrollo del cáncer de próstata en estos pacientes. Estos resultados contrastan lo encontrado en investigaciones previas. Como el estudio de Liang, Z y colaboradores (China, 2019) el cual el objetivo del estudio fue encontrar pruebas de la conexión entre la hipertensión arterial y el riesgo de cáncer de próstata, se encontró un aumento significativo en el riesgo de cáncer de próstata (OR 1,08, IC del 95% 1,02-1,15, $P = 0,004$), se utilizó el chi cuadrado de Pearson, alcanzando una frecuencia inferior, $p = 0,005$, lo que demuestra una relación significativa entre las variables (6).

El tipo histológico más frecuente de cáncer de próstata fue el adenocarcinoma acinar, representando el 78,2% de los casos. Por otro lado, el carcinoma escamoso representa el 7,1% de los casos, llevando el porcentaje acumulado al 85,3%. En cambio, el adenocarcinoma ductal/tubular representa el 14,7% de los casos, completando el 100% de los casos estudiados. El cual indica que el adenocarcinoma acinar es el tipo predominante de cáncer de próstata en la población estudiada. Estos resultados contrastan lo encontrado en investigaciones previas. Como el estudio de Huayanca, D (Ica, 2020) el cual detalla que el tipo histológico más frecuente fue el adenocarcinoma, más específicamente el adenocarcinoma acinar (12) y el estudio de Galindo, J (Ica, 2021) el cual detalla que el 91,3% de los cánceres de próstata son de tipo adenocarcinomas, seguidos por carcinomas de células pequeñas, tumores neuroendocrinos y carcinomas de células transicionales, respectivamente (13).

Las implicancias del estudio sobre la relación entre cáncer de próstata y los factores de riesgo metabólicos son significativas en varios aspectos: prevención y educación en estos pacientes para corregir los factores de riesgo metabólicos, detección temprana que incluye el screening para cáncer de próstata en varones con factores de riesgo, manejo clínico se debe considerar estos factores de riesgo como un pilar importante al planificar el tratamiento y el seguimiento de estos pacientes y por último investigación futura para el desarrollo de nuevas estrategias de prevención y tratamiento dirigidas específicamente a los pacientes con cáncer de próstata que presenten factores de riesgo metabólicos.

RECOMENDACIONES

1. Al hospital Antonio Lorena desarrollar campañas de concientización y programas de reducción de peso, monitoreo de la presión arterial y controles de glucosa dirigidos a hombres con riesgo de cáncer de próstata. Incluir asesoramiento nutricional y programas de ejercicio físico adaptados para reducir la prevalencia de los factores de riesgo metabólicos y su impacto en el desarrollo de cáncer de próstata.
2. A los profesionales del hospital Antonio Lorena del área de urología implementar programas integrales de salud que incluyan la evaluación rutinaria de factores de riesgo metabólicos (obesidad, diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial) en pacientes con cáncer de próstata. Además, fomentar intervenciones multidisciplinarias para el manejo de estos factores, con el objetivo de mejorar la prevención y el tratamiento del cáncer de próstata.
3. A la sociedad concientizar que la obesidad no solo es un estigma físico o de belleza, conlleva varios problemas de salud, para lo cual se recomienda tener estilos de vida saludable, ayuda psicológica si fuera el caso y sobre todo estar bien informado.

CONCLUSIONES

Se evidencia una relación significativa entre el cáncer de próstata y los factores de riesgo metabólicos. En particular, la obesidad (52,9%), la diabetes mellitus tipo II (57,1%) y la hipertensión arterial (69,4%), siendo la hipertensión arterial la más prevalente entre los pacientes con cáncer de próstata.

Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar estos factores en la evaluación y manejo de los pacientes, sugiriendo que su control podría mejorar la prevención y tratamiento del cáncer de próstata. El adenocarcinoma acinar es el tipo de cáncer de próstata más frecuente entre los pacientes del servicio de urología del hospital Antonio Lorena, representando el 78,2% de los casos. Estos resultados subrayan que el adenocarcinoma acinar es el tipo predominante de cáncer de próstata en esta población. Respecto a la puntuación de Gleason entre los pacientes del servicio de urología del hospital Antonio Lorena, se observó que el 48,2% de los casos presentan una puntuación de alto grado, lo que la convierte en la más frecuente indicando que, en la población estudiada, la puntuación de Gleason de alto grado es la más común, seguida por la de bajo grado y, finalmente, por la de grado intermedio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de salud. Programa presupuestal para la prevención y control del cáncer. Contenidos Mínimos del Programa Presupuestal [Internet]. 2019;Anexo 21–397. Disponible en: https://www.minsagob.pe/presupuestales/doc2019/pp/anexo/ANEX02_6p.dif.
2. Sociedad Americana contra el cáncer. ACERCA DEL CÁNCER DE PRÓSTATA 2021. Estadísticas importantes sobre el cáncer de próstata. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/can-cer-de-prostata/acerca/estadisticascave.html>.
3. American Society of Clinical Oncology. Junta Editorial de Cancer.Net. 2020 [citado el 30 de mayo de 2022]. Cáncer de próstata: Estadíos y Grados | Cancer.Net. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-decancer/cancer-de-prostata/estadios-ygrados>.
4. Carvajal Carvajal C. Síndrome Metabólico: Definiciones, Epidemiología, Etiología, Componentes y Tratamiento. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA [Internet]. 2017 [citado el 28 de octubre de 2021];34(1). Disponible en: <https://www.scielo.sa/pdf/mlr/v34n1/12215-5287-mlr-34-01-175.pdf>.
5. Carreño GL, Arceñiga AJ, Gustavo J, Ulloa R, Mayans GG, Cano CA. Asociación entre obesidad y diagnóstico de cáncer de próstata en adultos mayores: análisis secundario de la encuesta SABE Sociedad Colombiana de urología [Internet]. 2018 [citado el 28 de octubre de 2021];1–6. Disponible en: <https://www.thiemeconnect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0038-1673669.pdf>.
6. Liang Z, Xie B, Li J, Wang X, Wang S, Meng S, et al. Hypertension and risk of prostate cancer: A systematic review and meta-analysis. *Sex Rep [Internet]*. 2016;6:1–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/srep31358>.
7. Martínez M. Asociación entre diabetes mellitus tipo 2 y cáncer de próstata en pacientes del Hospital Belén de Trujillo [Internet]. Vol. 1. Universidad Nacional de Trujillo; 2019. Disponible en: <https://dspace.untrujillo.edu/handle/UN1TRU/16362>.
8. Villalobos Sánchez A, Millán García G, Naranekievitz D. Síndrome metabólico. *Medicine (Spain) [Internet]*. 2017;12(42):2485–93. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2017.10.002>.
9. Stiephanie R. Obesidad como factor de riesgo a cáncer de próstata en el servicio de urología de la clínica Detecta 2016–2019 Lima-Perú [Internet]. Universidad privada San Juan Bautista; 2020. Disponible en: http://repositorio.upsj.edu.pe/bitstream/handle/upsj/2499/7-TMP-STEPHANIE_REYES_CACERES.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
10. Buso C, Maraschio M, Adad A, Cela C, Croxatto E, Figueroa J, et al. Diabetes y cáncer de próstata , una relación ambigua de dos patólogos de alta prevalencia mundial. 2020;84(August):27–33. Disponible en: <https://www.revistasau.org/index.php/rv-evista/article/view/4296/3614>.
11. Dickeman BA, Tarafdar J, Valdimarsdottir UA, Giovannucci E, Wilson KM, Asplund T, et al. Body fat distribution on computed tomography imaging and prostate cancer risk and mortality in the AGES-Reykjavik study. *Cancer [Internet]*. 2019;125(16):2877–85. Disponible en: <https://ascopubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/cncr.32167>.
12. Perea-Martínez A, López-Navarrete GE, Padrón-Martínez M, Guadalupe Lara-Campos A, Santamaría-Arza C, Ynga-Durand MA, et al. Obesity: Assessment, diagnosis, treatment and opportunities for its prevention. *Acta Pediatr de México [Internet]*. 2014;35(4):316–37. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/apm/v35n4/v35n4a9.pdf>.
13. Henry GH, Malewska A, Joseph DB, Malladi VS, Lee J, Torrealba J, et al. Cellular Anatomy of the Normal Adult Human Prostate and Prostatic Urethra. *Cell Rep [Internet]*. 2018;25(12):3530–3542.e5. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.celrep.2018.11.086>.

MIGRACIÓN DE CATÉTER INTRAVENOSO PERIFÉRICO ROTO DE VENA CEFÁLICA A VENA MEDIANA, AL PROPÓSITO DE UN CASO

Dr. Guillermo Castañeda Cusihuaman
MÉDICO CIRUJANO, ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX Y
CARDIOVASCULAR

André Paredes Chávez
ESTUDIANTE DE MEDICINA

RESUMEN

Paciente femenina de 35 años, multigesta de 36 semanas de gestación, referida al servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular por ruptura de un catéter venoso periférico (PIVC) en el brazo izquierdo, con retención de un fragmento intravascular. El evento ocurrió tras la colocación de un catéter N°18G para hidratación, seguido de infiltración y dolor en el sitio de punción. Al retirar el dispositivo, se detectó la ruptura del segmento distal. Mediante ecografía Doppler venosa se identificó inicialmente el fragmento en la vena cefálica, procediéndose a una flebectomía para evitar la migración. Posteriormente, un segundo control ecográfico reveló la migración del fragmento a la vena mediana, donde fue finalmente extraído quirúrgicamente.

Palabra clave: Cuerpo extraño en vena, Catéter venoso periférico roto, Cuerpo extraño roto en vena, Ruptura de catéter venoso.

INTRODUCCIÓN

El catéter intravenoso periférico (PIVC, por sus siglas en inglés) es una herramienta ampliamente utilizada en la práctica médica de forma habitual, para la administración de fluidos, medicamentos y soluciones intravenosas. Aunque se considera un procedimiento de bajo riesgo, no está exento de complicaciones mecánicas, infecciosas o vasculares (1)(3). Una de las complicaciones mecánicas más inusuales, es la ruptura del catéter con retención intravascular de fragmentos, la cual puede derivar en migración del cuerpo extraño y causar, trombosis, infecciones, etc. (2)(5)

La incidencia de esta complicación es baja, pero su manejo requiere un enfoque rápido y coordinado que combine diagnóstico por imágenes, intervención quirúrgica o endovascular, (1)(4).

REPORTE DE CASO

Paciente femenina de 35 años de edad, multigesta de 36 semanas de embarazo según fecha de última regla (FUR). Es referida desde un centro de salud de la localidad con el diagnóstico de ruptura de catéter venoso periférico en brazo izquierdo, con un tiempo de evolución de 5 horas desde el evento.

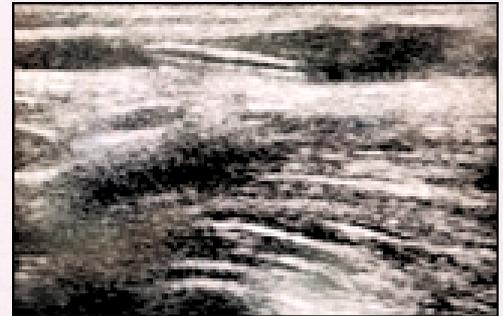
A la paciente se le colocó un catéter intravenoso periférico (PIVC) N°18G para hidratación, presentando a los pocos minutos una infiltración en la zona de punción acompañada de dolor. Al proceder con el retiro del PIVC, se produce la ruptura del segmento distal del catéter,

presentando tumefacción y dolor en la zona de inserción. **Fig. 1. Comparación de catéter extraído.**



Por este motivo, es referida al Hospital Antonio Lorena, al servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, para la recuperación del fragmento faltante.

Durante la evaluación inmediata se visualiza equimosis en piel en la zona de inserción. A la palpación, no se logra identificar el cuerpo extraño en la región del pliegue del codo izquierdo (vena cefálica). Se realiza entonces una ecografía Doppler venosa, localizándose el cuerpo extraño en la vena cefálica. **Fig. 2. Ecografía Doppler muestra cuerpo extraño en vena cefálica.**



Con este resultado, se procede a la exploración quirúrgica de la zona bajo anestesia local, controlando los cabos distal y proximal, con una longitud aproximada de ± 5 cm. No se logra ubicar el cuerpo extraño, por lo que, para evitar su migración, se realiza ligadura y flebectomía de la vena cefálica.

Posteriormente, se realiza nueva ecografía Doppler venosa control, ubicándose el fragmento del PIVC en la vena mediana a nivel del pliegue del codo, confirmando así la migración del fragmento. Con este hallazgo, se realiza una segunda exploración quirúrgica en la zona señalada, logrando la extracción del cuerpo extraño, con una dimensión aproximada de 11 mm. **Fig. 3. PIVC roto.**



Se realiza hemostasia en la zona de exploración vascular y cierre por planos hasta piel. Se indica seguimiento con ecografía Doppler de control al día siguiente, y se indica el alta médica, con control postoperatorio en consultorio externo en siete días.

DISCUSIÓN

La ruptura de un PIVC con retención intravascular de un fragmento es una complicación poco frecuente, pero relevante, especialmente en el contexto de pacientes embarazadas, donde cualquier intervención debe considerar tanto el bienestar de la madre y el feto.

Este tipo de complicación puede deberse a defectos en el material del catéter, técnicas inadecuadas de inserción o manipulación, o el retiro forzado del dispositivo.

El manejo institucional fue oportuno, comenzando con diagnóstico mediante ecografía Doppler venosa, herramienta no invasiva que permitió localizar el fragmento hasta su retiro.

El manejo conservador sin sedación ni anestesia general fue adecuado para el estado de gestación avanzada, minimizando riesgos obstétricos.

Este caso destaca la importancia del manejo cuidadoso del PIVC en todos los niveles de atención, la correcta técnica de inserción y retiro del catéter, así como la vigilancia de complicaciones poco frecuentes, pero relevantes.

CONCLUSIÓN

Este caso resalta la importancia de:

- La colocación y retiro adecuados del PIVC, especialmente en entornos donde su uso es frecuente.
- El uso de herramientas de imagen como el Doppler venoso, fundamental para el diagnóstico y seguimiento de cuerpos extraños vasculares.
- Una coordinación rápida entre niveles de atención, especialmente en gestantes, donde cada intervención debe ser segura para la madre y el feto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Simin D, Milutinović D, Turkulov V, Brkić S. Incidencia, gravedad y factores de riesgo de las complicaciones inducidas por cánulas intravenosas periféricas: un estudio observacional prospectivo. *J Clin Nurs*. 2019;28(9-10):1585-1599.
2. Surov A, Wlenke A, Carter JM, Stovesandt D, Behrmann C, Spielmann RP, et al. Embolización intravascular de catéter venoso: causas, signos clínicos y manejo. Una revisión sistemática. *J Vasc*.
3. Rossi UG, Rollandi GA, Ierardi AM, Piacentino F, Pignataro R, Floridi C, et al. Materiales y técnicas para la extracción percutánea de cuerpos extraños intravasculares. *J Vasc Access*. 2019;20(1):87-94.
4. Acdosun PO, Abdulazeez AT, Okeke UI, Ehinmosan OE, Eze EG. Recuperación guiada por TC de una cánula intravenosa fracturada en un niño pequeño: informe de un caso. *Afr J Emerg Med*. 2020;10(4):277-280.
5. Nyamunyungwe MK, Mnzani EE, Patel MR. Una pieza faltante: fractura de cánula intravenosa periférica, reporte de un caso. *Int J Surg Case Rep*. 2021;78:296-299.



FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN



TERAPIAS MEDIFRAN

Su bienestar en manos de especialistas

18 AÑOS CONTIGO

Centro médico especializado
en ortopedia, traumatología y
rehabilitación.

CONTACTANOS

AV. FORTUNATO I. HERRERA 227 -
URB. MAGISTERIO (1RA ETAPA)

TELÉFONO: 084 231039

CELULAR: 973 107 982 - 984 298 363

VASCULITIS IGA - ANCA NEGATIVO EN ADULTO CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA Y PÚRPURA, SIN COMPROMISO RENAL: UNA PRESENTACIÓN INUSUAL

Dra. Mariela Nanci Sumire Quispe
MÉDICO CIRUJANO, ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

Dra. Haydee Omayra Medina Delgado
MÉDICO CIRUJANO, ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

Dra. Norma Meléndez Sequeiros
MÉDICO CIRUJANO, ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

Dra. Giuliana Ávila Lleneras
MÉDICO CIRUJANO, ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

Kevin Harry Pillco Quispe
ESTUDIANTE DE MEDICINA

RESUMEN

La vasculitis IgA, es infrecuente en adultos y suele asociarse a compromiso renal. Presentamos el caso de un paciente de 29 años con hemorragia digestiva alta, púrpura palpable y artralgias, pero sin afectación renal. El diagnóstico se sustentó en un juicio clínico oportuno que orientó a la realización de biopsias digestivas y cutáneas, confirmando vasculitis de pequeños vasos. Este caso resalta la importancia del razonamiento clínico como base diagnóstica, especialmente ante presentaciones atípicas, y demuestra que una intervención precoz puede evitar complicaciones graves.

Palabras claves: vasculitis por IgA, púrpura de Schönlein-Henoch, úlcera Hemorragia digestiva.

INTRODUCCIÓN

La vasculitis por IgA, antes conocida como púrpura de Schönlein-Henoch, es una vasculitis sistémica de pequeños vasos con infiltrado leucocitoclástico (1). La vasculitis por IgA es más frecuente en niños y menos común en adultos. Clínicamente, se manifiesta con púrpura palpable, artritis, dolor abdominal y compromiso renal (2). La afectación gastrointestinal se puede observar en aproximadamente dos tercios de los pacientes (3), y la región intestinal más frecuente afecta es el duodeno (4). Se presenta el caso atípico de un adulto de 29 años con hemorragia digestiva alta, púrpura palpable y artralgias, sin evidencia de afectación renal, hallazgo poco frecuente en la vasculitis por IgA en adultos. El diagnóstico se confirmó mediante biopsias de piel y gastrointestinal, demostrando vasculitis de pequeños vasos. El tratamiento con corticosteroides fue eficaz y sin recaídas. Este caso destaca por su presentación clínica inusual y resalta la importancia del diagnóstico y manejo oportuno de esta entidad en pacientes adultos sin compromiso renal.

REPORTE DE CASO

Paciente varón de 29 años, previamente sano, que se presenta con un cuadro de una semana de evolución de dolor abdominal difuso tipo cólico, acompañado de deposiciones acuosas que se tomaron posteriormente

melenicas. Además, presentó náuseas, vómitos alimentarios y lesiones purpúricas. Se asocia artralgias que migraron rápidamente desde los miembros inferiores hacia otras articulaciones. En el examen físico, se evidenció lesiones purpúricas palpables distribuidas simétricamente en las extremidades inferiores, extendiéndose hacia la región glútea y abdominal **Figura 1**. Los laboratorios iniciales se encontraron reactivos de fase aguda elevados, y el ANCA resultó negativo. Los exámenes de función renal fueron normales y no se observó compromiso renal. La endoscopia digestiva alta mostró lesiones eritematosas en la segunda porción del duodeno y en el íleon terminal, compatibles con un proceso inflamatorio. **Figura 2a, 2b**.

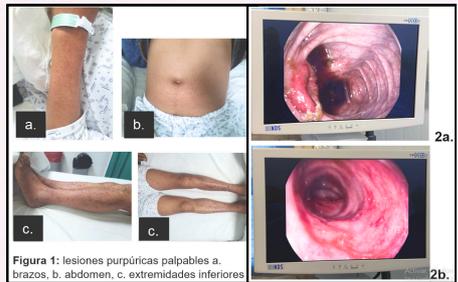
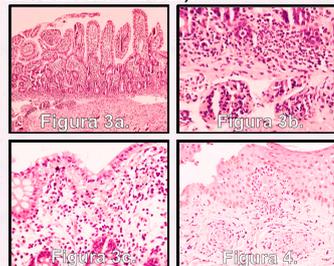


Figura 1: lesiones purpúricas palpables a. brazos, b. abdomen, c. extremidades inferiores

La biopsia de Mucosa colónica reporta moderado infiltrado inflamatorio en lámina propia, eritrocitos extravasados y vaso sanguíneo pequeño con infiltrado inflamatorio transmural y necrosis fibrinoide consistente con vasculitis de pequeños vasos **Figura 3a, 3b, 3c**. La biopsia de piel se observaron algunos eosinófilos, no se observan granulomas se concluye en una vasculitis de vasos pequeños **Figura 4**. La descripción histológica es compatible con una vasculitis de vasos pequeños necrotizante, y el contexto clínico e inmunopatológico sugiere fuertemente una vasculitis IgA (púrpura de Schönlein-Henoch).



3a. Mucosa duodenal con moderado infiltrado inflamatorio en lámina propia. **3b.** Duodeno: vasos sanguíneos pequeños con infiltrado inflamatorio transmural y necrosis fibrinoide. Consistentes con vasculitis de pequeños vasos. **3c.** Mucosa colónica moderado infiltrado inflamatorio en lámina propia, eritrocitos extravasados y vaso sanguíneo pequeño con infiltrado inflamatorio transmural y necrosis fibrinoide. Consistente con vasculitis de pequeños vasos. **Figura 4:** Vasos sanguíneos pequeños en dermis superficial con infiltrado inflamatorio transmural y necrosis fibrinoide. Hallazgos consistentes con vasculitis de pequeños vasos.

DISCUSIÓN

La vasculitis por IgA, es más frecuente en niños y rara en adultos. Su incidencia en adultos varía de 3,4 a 14,3 casos por millón. (5) la triada clásica púrpura palpable (95%-100%), dolor abdominal (35%-85%) y dolor articular (60%-84%) (6) la vasculitis afecta la piel, las articulaciones, el tracto gastrointestinal (GI) y los riñones debido a depósito de inmunoglobulina A (IgA) (7). La afectación renal y el compromiso gastrointestinal son las principales causas de morbimortalidad en adultos (8). En nuestro caso, el paciente no presentó insuficiencia renal, lo que lo convierte en una forma clínica inusual de presentación. En un estudio de pacientes adultos con vasculitis por IgA, el 24,1% desarrolló síntomas gastrointestinales antes de la aparición de la púrpura palpable, como dolor abdominal cólico, vómitos o diarrea sanguinolenta (5). Nuestro caso los síntomas gastrointestinales precedieron a la aparición de la púrpura palpable, lo cual, si bien está descrito en la literatura médica particularmente en adulto, puede llevar a diagnósticos erróneos y la falta de sospecha clínica inicial de vasculitis IgA puede retrasar el diagnóstico y favorecer complicaciones graves como hemorragia, perforación o invaginación intestinal. El tratamiento inmunosupresor, especialmente en casos con afectación renal, es fundamental. Las decisiones deben tomarse en conjunto con un equipo multidisciplinario (9). y la necesidad de inmunosupresión está condicionada a la afectación renal (10). Los corticosteroides y la ciclofosfamida son los principales medicamentos empleados (11). En nuestro paciente, el uso temprano de corticosteroides resultó en una buena evolución clínica sin recaídas.

En un estudio sobre púrpura de Schönlein-Henoch en adultos con elevación de proteína C reactiva y hemorragia gastrointestinal, el 91,7% presentó lesiones en el tracto digestivo alto e inferior, especialmente en el duodeno e íleon terminal, y el 95,7% respondió favorablemente a los corticosteroides (12). En nuestro caso, el paciente presentó lesiones inflamatorias en duodeno e íleon terminal, junto con elevación de proteína C reactiva y buena respuesta a corticosteroides. Otro estudio con 30 adultos diagnosticados de vasculitis de vasos pequeños reportó afectación gastrointestinal en el 80%, incluyendo hemorragia digestiva alta (40%) y baja, asociada a inflamación vascular (13). Este patrón fue similar al de nuestro paciente.

Se ha reportado el caso de una mujer de 53 años con púrpura, artralgias y hemorragia digestiva alta, cuya biopsia confirmó púrpura de Schönlein-Henoch como causa de las lesiones duodenales (4). De forma similar, nuestro paciente presentó lesiones inflamatorias en la mucosa digestiva confirmadas por biopsia como vasculitis de pequeños vasos por IgA. Otro caso de una mujer de 30 años con síntomas gastrointestinales, púrpura y vómitos, mostró inflamación activa en duodeno, íleon y colon en la endoscopia. La

biopsia confirmó la vasculitis por IgA como causa (14), hallazgos que también estuvieron presentes en nuestro paciente. Estos hallazgos refuerzan la importancia de realizar una evaluación endoscópica y biopsias en pacientes con sospecha de vasculitis IgA, especialmente cuando se presentan con síntomas gastrointestinales graves incluso sin afectación renal, para confirmar el diagnóstico y guiar el tratamiento adecuado. No obstante, es fundamental destacar que el juicio clínico es la base del diagnóstico, ya que permite orientar adecuadamente las pruebas complementarias y evitar retrasos en la intervención terapéutica. La capacidad de integrar los signos y síntomas en el contexto adecuado sigue siendo esencial en la toma de decisiones médicas.

CONCLUSIÓN

Este caso clínico presenta una forma atípica de vasculitis IgA en adultos, sin compromiso renal, lo que lo convierte en un aporte relevante para la práctica médica. El diagnóstico se basó principalmente en la evaluación clínica, ya que no se presentaron manifestaciones iniciales típicas como púrpura o insuficiencia renal. La sospecha temprana permitió orientar los estudios complementarios, y las biopsias cutánea y digestiva confirmaron el diagnóstico. El tratamiento precoz con corticosteroides favoreció una evolución favorable sin recaídas. Este caso resalta el valor del enfoque clínico integral y la importancia de considerar esta entidad ante síntomas gastrointestinales atípicos.

BIBLIOGRAFÍA

- Wallace CE, Sharma A. Adult Onset Immunoglobulin A (IgA) Vasculitis Secondary to Group A Streptococcus Infection. *Cureus* [Internet]. [citado 20 de mayo de 2025];14(4):e23987.
- Sato H, Takase K, Matsui K, Ishitobi T, Onuma H, Kin S, et al. IgA Vasculitis in an Oldst-old Patient Successfully Treated with Glucocorticoid. *Intern Med* [Internet]. 15 de enero de 2022 [citado 20 de mayo de 2025];61(2):213-6.
- Armoiei M, Mottamzaneh S, Kavosi H, Davarpanah AH, Shirkhoda A, Radmard AR. Imaging of intestinal vasculitis focusing on MR and CT enterography: a two-way street between radiologic findings and clinical data. *Insights Imaging* [Internet]. 4 de septiembre de 2022 [citado 20 de mayo de 2025];13:143.
- Frailé López M, García Espiga M, Pérez Álvarez G. Hemorragia gastrointestinal en paciente con púrpura de Schönlein-Henoch. *Aten Primaria* [Internet]. octubre de 2018 [citado 20 de mayo de 2025];50(8):509-10.
- McPartland K, Wright G. Acute abdominal pain: Henoch-Schönlein purpura case in a young adult, a rare but important diagnosis. *Clin Med (Lond)* [Internet]. enero de 2019 [citado 20 de mayo de 2025];19(1):77-9.
- Khader Y, Burmeister C, Patel D, Ambati A, Altork N. Henoch-Schönlein Purpura Presenting as Upper Gastrointestinal Bleed in an Adult Patient. *Cureus* [Internet]. [citado 20 de mayo de 2025];13(3):e13879.
- Shah S, Hata J. A Rare and Severe Presentation of Henoch-Schönlein Purpura in an Adolescent With Crescentic Glomerulonephritis, Arrhythmia, Acute Gastrointestinal Bleed, and Neurological Complications. *Cureus* [Internet]. [citado 20 de mayo de 2025];13(3):e14169.
- Servilio LF. Vasculitis por IgA del adulto. Caso clínico. RUMI [Internet]. 16 de noviembre de 2023 [citado 20 de mayo de 2025];8(3).
- Gonçalves JC, Rosa B, Côtter J. Small bowel vasculitis? what a gastroenterologist should know - from diagnosis to management. *Curr Opin Gastroenterol*. 1 de mayo de 2025;41(3):132-8.
- Castañeda S, Quiroga-Colina P, Floranes P, Uriarte-Ecenarro M, Valero-Martínez C, Vicente-Rabandea EF, et al. IgA Vasculitis (Henoch-Schönlein Purpura): An Update on Treatment. *J Clin Med*. 4 de noviembre de 2024;13(21):6621.
- Okazaki T, Shingawa S. Síndrome de vasculitis: diagnóstico y tratamiento.
- Nam EJ, Kim GW, Kang JW, Im CH, Jeon SW, Cho CM, et al. Gastrointestinal bleeding in adult patients with Henoch-Schönlein purpura. *Endoscopy*. noviembre de 2014;46(11):981-6.
- Nevrekar RP, Bhandare P, Khandeparkar A. Clinical Spectrum of Henoch Schönlein Purpura in Adults: A Hospital Based Study. *J Assoc Physicians India*. febrero de 2022;70(2):11-2.
- Lopez Castillo ER, Bhatti O. Immunoglobulin A Vasculitis: Contemplating Treatment for Gastrointestinal Involvement. *Cureus* [Internet]. [citado 20 de mayo de 2025];15(5):e39405.

NEUROLISTERIOSIS ATÍPICA SIN SIGNOS MENÍNGEOS EN ADULTO MAYOR DIABÉTICO: UNA INFECCIÓN SUBESTIMADA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Dra. Mariela Nanci Sumire Quispe
MÉDICO CIRUJANO, ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

Dra. Haydee Omayra Medina Delgado
MÉDICO CIRUJANO, ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

Dra. Alexia Chávez Paruma
MÉDICO CIRUJANO, ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

RESUMEN

La neurolisteriosis es una manifestación poco frecuente pero grave de la infección por *Listeria monocytogenes*, que afecta principalmente a personas inmunocomprometidas, recién nacidos, adultos mayores y gestantes. Aunque es una causa rara, representa la tercera causa más común de meningitis bacteriana. Se presenta el caso de una paciente de 84 años con antecedentes de diabetes mellitus y enfermedad de Parkinson que presenta alzas terminas, cefalea y alteración del nivel de conciencia, que a la evaluación no presentó rigidez de nuca, ni hallazgos radiológicos significativos en el sistema nervioso central. El cultivo de líquido cefalorraquídeo fue positivo para *Listeria monocytogenes*. Se inició tratamiento antibiótico, que se mantuvo durante cuatro semanas. Este caso es atípico debido a la ausencia de rigidez de nuca y hallazgos imagenológicos, así como a la presentación clínica poco específica en un adulto mayor con comorbilidades. Se discute la importancia de considerar la neurolisteriosis en el diagnóstico diferencial de meningitis en pacientes geriátricos, dado que podría estar ocurriendo un cambio epidemiológico con un incremento de infección en adultos mayores con factores de riesgo.

Palabras claves: Neurolisteriosis, *Listeria monocytogenes*, diabetes mellitus, meningitis.

INTRODUCCIÓN

Listeria monocytogenes es un bacilo grampositivo presente en el ambiente que puede causar infecciones graves tras consumir alimentos contaminados. Afecta principalmente a inmunocomprometidos, recién nacidos, embarazadas y adultos mayores, con predilección por el sistema nervioso central, donde provoca principalmente meningitis aguda y otras complicaciones neurológicas. (1)

Siendo la tercera causa de neuroinfección a nivel mundial, aunque Cerca del 1% de todos los casos de meningitis son causados por *Listeria monocytogenes* siendo la rombencefalitis una forma infrecuente de neurolisteriosis que se presenta más habitualmente en inmunocomprometidos. (2)

Los pacientes con infecciones del SNC por *Listeria* generalmente presentan un inicio más lento de los síntomas en comparación con los pacientes con meningitis bacteriana debido a otros patógenos como neumococos o

meningococos. (3) El síntoma más frecuente es el déficit de movimiento ocular, seguido de cefalea y alteración del estado de conciencia, mientras que la rigidez de nuca es menos común. Esto se debe a que la infección afecta principalmente el tronco encefálico, causando romboencefalitis, lo que explica la ausencia de rigidez de nuca típica de otras meningitis. La invasión de nervios craneales y el edema en esta región contribuyen a la alta mortalidad, especialmente en pacientes inmunocomprometidos. (4) El diagnóstico se realiza mediante cultivos positivos en sangre y líquido cefalorraquídeo (LCR). (5) Se presenta el caso de una paciente inmunocomprometida que desarrolló un cuadro clínico caracterizado por fiebre, agitación psicomotora y alteración del estado de conciencia, sin rigidez de nuca en el examen físico. Esta presentación es poco frecuente, ya que la neurolisteriosis en adultos mayores inmunocomprometidos suele manifestarse con síntomas atípicos y ausencia de signos meníngicos clásicos. El diagnóstico se confirmó mediante cultivo positivo de líquido cefalorraquídeo para *Listeria monocytogenes*. El tratamiento instaurado con ampicilina a dosis de 2 g cada 4 horas resultó en una mejoría clínica y neurológica significativa, destacando la importancia del diagnóstico y manejo oportuno para un mejor pronóstico.

REPORTE DE CASO:

Paciente mujer de 84 años, previamente funcional, que inició su cuadro clínico con tiempo de enfermedad de siete días con fiebre acompañada de sudoración profusa. Ante estos síntomas, sus familiares le administraron dos tabletas de paracetamol, con mejoría transitoria. Al día siguiente, reapareció la fiebre, esta vez con temperatura documentada de 38°C, asociada a cianosis peribucal. Cinco días antes del ingreso a emergencia, la paciente presentó nuevamente febrícula de leve intensidad, sin otros síntomas relevantes, permaneciendo en su domicilio. Posteriormente, el cuadro se agravó de forma súbita con sudoración profusa persistente, fiebre no cuantificada, cefalea, agitación psicomotora, confusión, alteración del sensorio y un episodio de afasia súbita. Ante el evidente deterioro neurológico, fue trasladada al servicio de emergencias del Hospital HAL para evaluación y manejo especializado. A la evaluación neurológica inicial, se evidenció un puntaje de Glasgow 10/15, sin signos meníngicos como rigidez de nuca. Estudios iniciales: Hemograma sin leucocitosis. Reactantes de fase aguda elevados, Análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR) con aspecto ligeramente turbio y Recuento celular 166 células/mm³, con predominio de polimorfonucleares, Proteínas elevadas (hiperproteinorraquia), Glucosa

disminuida (hipoglucorraquia), y test de ADA negativa. **Tabla 1.** Tomografía cerebral sin contraste **Figura 1A.** y Resonancia cerebral con contraste **Figura 1B** sin hallazgos significativos. El cultivo de LCR fue positivo para *Listeria monocytogenes*/innocua, confirmando el diagnóstico de meningitis bacteriana por *Listeria*.

BIOQUIMICA DE LCR	08/03/25	UNIDADES
VOLUMEN	1.2 MI	
COLOR	AMARILLO	
ASPECTO	Liq. Turbio	
RECuento de CELULAS	166.00	X mm3
MONONUCLEARES	36.0	%
POLIMORFONUCLEARES	66.0	%
LEUCOCITOS	5 - 7	X campo
HEMATIES	2 - 3	X campo
GLUCOSA EN LCR	26	mg/dl
PROTEINAS TOTALES LIQ	142.40	mg/dl

TABLA 1. ESTUDIO DE LCR

Tabla 2. Manifestaciones clínicas en neurolisteriosis Fuente: Antunes									
Síntoma	Chatur (1)	Amara (4)	Miyoshi (15)	Bonaver (18)	Pilgrett (12)	Laguna (13)	Lam (21)	Andas (14)	
fiebre	252	43	820	30	39	16	36	100	
delirio (escala > 20)	67.5 ± 16	67.5 ± 16	54	65.5 ± 18	64.5 ± 30	66.5 ± 18	65.5 ± 10	57.5 ± 41	
tiempo entre el primer síntoma y diagnóstico	2 (1 a 4)	2 (2)	3	-	-	1 a 6	-	5 (3 a 36)	
delirio	244 (97%)	30 (71%)	339 (92%)	27 (90%)	54 (92%)	14 (87%)	-	96 (96%)	
rigidez de nuca	163 (65%)	30 (70%)	-	22 (73%)	-	-	-	75 (75%)	
alteración del estado mental	-	-	238 (65%)	21 (70%)	44 (75%)	11 (68%)	-	70 (70%)	
triada meningitis	-	21 (49%)	-	13 (43%)	46 (79%)	9 (56%)	-	49 (49%)	
cefalea	20 (8%)	167 (46%)	32 (7%)	42 (72%)	13 (81.2%)	-	-	97 (97%)	
híctesis meníngeas local (b)	88 (48%)	14 (32%)	67 (18%)	11 (37%)	15 (25%)	-	5 (13.3%)	31 (31%)	
nefrosis tubulosa	11 (4%)	5 (12%)	55 (17%)	2 (7%)	-	-	0	16 (16%)	
crisis convulsiva	46 (18%)	4 (9%)	19 (5%)	2 (7%)	7 (12%)	2 (12%)	5 (13%)	31 (31%)	
incontinencia de esfínteres	216 (96%)	29 (68%)	2026 (53%)	30 (97%)	3 (8%)	10 (62%)	12 (13%)	54 (54%)	
mortalidad	30%	29%	27%	3 (17%)	14 (24%)	2 (12%)	4 (11%)	25 (25%)	

TABLA 2. ESTUDIO DE LCR

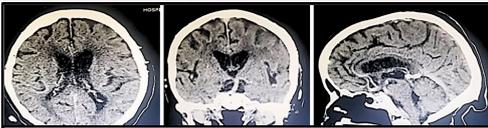


FIGURA 1A.



FIGURA 1B.

DISCUSIONES:

Listeria monocytogenes es un patógeno intracelular facultativo grampositivo que puede causar infecciones invasivas graves tras la ingestión de alimentos contaminados. Clínicamente, la listeriosis se presenta con mayor frecuencia como bacteriemia, meningitis o meningoencefalitis. (6) La listeriosis humana, causada principalmente por el consumo de alimentos contaminados, es una enfermedad grave que puede manifestarse de dos formas: infección gastrointestinal no invasiva en individuos inmunocompetentes o listeriosis invasiva en grupos de riesgo, incluidas mujeres

embarazadas y recién nacidos, ancianos e individuos inmunodeprimidos. (7) La ausencia de rigidez de nuca se explica porque la infección tiende a afectar el tronco encefálico, manifestándose como rombencefalitis, donde predominan déficits de nervios craneales, alteración del estado mental y síntomas neurológicos focales, en lugar de los signos meníngeos típicos. (8) En este caso, la paciente geriátrica con diabetes mellitus y enfermedad de Parkinson presentó un cuadro clínico atípico, caracterizado por ausencia de rigidez de nuca, signo clásico en la meningitis bacteriana, lo que dificultó el diagnóstico clínico inicial. Esta presentación clínica es consistente con reportes previos que describen la neurolisteriosis en adultos mayores como una entidad con sintomatología poco específica y ausencia frecuente de signos meníngeos.

Desde el punto de vista diagnóstico, el cultivo positivo de líquido cefalorraquídeo para *L. monocytogenes* es la confirmación definitiva, aunque el inicio clínico más lento y los resultados inespecíficos en el hemograma y la neuroimagen pueden retrasar la sospecha clínica. La tomografía computarizada suele ser normal en etapas iniciales, como se observó en esta paciente, limitando su utilidad para el diagnóstico precoz. (9)

El tratamiento para *Listeria* es difícil debido a la naturaleza intracelular de la infección y su alta prevalencia de resistencia a antibióticos únicos y múltiples. La terapia antibiótica de primera línea para la listeriosis del SNC incluye ampicilina o penicilina G más aminoglucósido durante al menos 6 semanas. Si la penicilina y la ampicilina no están disponibles, meropenem o trimetoprima-sulfametoxazol son las alternativas preferidas. (10) En nuestro reporte de caso el tratamiento con ampicilina a dosis de 2 g cada 4 horas resultó en una mejoría clínica y neurológica significativa, destacando la importancia del diagnóstico y manejo oportuno para un mejor pronóstico.

En un estudio multicéntrico de 3 años de la meningitis por *Listeria monocytogenes* determinaron la incidencia y factores de riesgo asociados, así como la presentación clínica más frecuente como se observa en la Tabla 2. siendo la edad promedio de presentación de neurolisteriosis en mayores de 60 años, el tiempo d enfermedad promedio desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico es de 1 a 6 días en el caso que presentamos coincide la edad y tiempo de presentación de la clínica. la fiebre es unas características clínicas típicas en la mayoría de los pacientes que se reporta en más del 90 % según el estudio. la presentación de rigidez de nuca es variable en varios estudios y en 4 estudios este signo estuvo ausente como se reporta en nuestro caso.

La triada clásica de meningitis solo se observó en 5 estudios reportados.

El déficit neurológico estuvo presente en la mayoría de los estudios, aunque en baja proporción. (11)

CONCLUSIÓN

La neurolisteriosis debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de cuadros neurológicos en adultos mayores inmunocomprometidos, aun en ausencia de signos meníngeos clásicos como la rigidez de nuca. Este caso pone de manifiesto la presentación atípica de la meningitis por *Listeria monocytogenes* en una paciente geriátrica con comorbilidades, lo que puede dificultar y retrasar el diagnóstico. La ausencia de hallazgos sugestivos en neuroimagen, así como parámetros inespecíficos en los exámenes de laboratorio, refuerzan la necesidad de un alto índice de sospecha clínica. El cultivo positivo de LCR sigue siendo el estándar diagnóstico, y el tratamiento oportuno con antibióticos adecuados, como la ampicilina, puede resultar en una recuperación significativa. En contextos donde el envejecimiento poblacional y la presencia de enfermedades crónicas son cada vez más frecuentes, este caso subraya la importancia de reconocer las formas clínicas no convencionales de infecciones graves como la neurolisteriosis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Elso T Mj, Cartier R L, Gálvez M M, Okuma P C, Rodríguez C P, Quiroz Z G, et al. Neurolisteriosis: Description of seven cases. *Revista chilena de neuro-psiquiatría* [Internet]. diciembre de 2008 [citado 1 de junio de 2025];46(4):270–9. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S077-92272008000400004&lng=en&nm=iso&lng=en
2. González DV, Puentes AB, Olivares MF. Meningoencefalitis por *Listeria monocytogenes*. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias* [Internet]. 14 de diciembre de 2020 [citado 1 de junio de 2025];19(4). Disponible en: <https://revmie.sld.cu/index.php/mie/articulo/view/708>
3. Trujillo-Gutiérrez V, Campos-Jiménez KI, Mendoza-Agular R, Jalil SEL. Neuroinfección por *Listeria monocytogenes* en un paciente inmunocompetente.
4. Koopmans MM, Brouwer MC, Vázquez-Boland JA, van de Beek D. Human *Listeriosis*. *Clin Microbiol Rev*. 23 de marzo de 2023;36(1):e0006019.
5. Bazooayr B. Rhombencephalitis by *Listeria Monocytogenes* in Two Diabetic Patients. *Arch Iran Med*. septiembre de 2015;18(9):613–5.
6. 3.10.05_ *Listeria_monocytogenes*.pdf [Internet]. [citado 1 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.woah.org/fileadmin/Home/esp/Health_standards/tahm/3.10.05_Listeria_monocytogenes.pdf
7. Sousa M, Magalhães R, Ferreira V, Teixeira P. Current methodologies available to evaluate the virulence potential among *Listeria monocytogenes* clonal complexes. *Front Microbiol* [Internet]. 10 de octubre de 2024 [citado 2 de junio de 2025];15. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/microbiology/articles/10.3389/fmicb.2024.1425437/full>
8. Bazooayr B. Rhombencephalitis by *Listeria Monocytogenes* in Two Diabetic Patients. *Arch Iran Med*. septiembre de 2015;18(9):613–5.
9. CV GSA de. *medigraphic.com* [Internet]. [citado 2 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/medigraphic.cgi>
10. Zhao Y, Xu C, Tuo H, Liu Y, Wang J. Rhombencephalitis due to *Listeria monocytogenes* infection with GQ1b antibody positivity and multiple intracranial hemorrhage: a case report and literature review. *J Int Med Res* [Internet]. 18 de abril de 2021 [citado 2 de junio de 2025];49(4):0300060521998568. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8755651/>
11. Amaya-Villar R, García-Cabrera E, Sulleiro-Igual E, Fernández-Vladrich P, Fontanals-Aymerich D, Catalán-Alonso P, et al. Three-year multicenter surveillance of community-acquired *Listeria monocytogenes* meningitis in adults. *BMC Infectious Diseases* [Internet]. 11 de noviembre de 2010 [citado 2 de junio de 2025];10(1):324. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-2334-10-324>

Dexlanzopral DR

EL IBP que por su Liberación Dual Retardada brinda altas tasas de curación de la EE y ERGE y alivia la pirosis las **24 horas**

EFICACIA - SEGURIDAD - COMODIDAD

POR SU PROLONGADA ACCIÓN TERAPÉUTICA

BIOEQUIVALENCIA DEMOSTRADA

DIAGNÓSTICO TARDÍO DE SÍNDROME DE ALPORT: DESAFÍOS Y LECCIONES DE UN CASO CON AFECTACIÓN MULTISISTÉMICA

Dr. José Antonio Fuentes Vega
MÉDICO CIRUJANO, ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA Y SUBESPECIALISTA EN CORNEA

RESUMEN

El Síndrome de Alport (SA), es una colagenopatía de la membrana basal, se caracteriza por nefropatía hereditaria progresiva, hipoacusia neurosensorial y anomalías oculares. Aunque la enfermedad renal es el foco principal, las manifestaciones oftalmológicas son comunes y a menudo subestimadas, ofreciendo ventanas diagnósticas y pronósticas críticas.

Presentamos el caso de un paciente varón de 23 años con SA donde al examen oftalmológico revelo lenticono anterior, una anomalía patognomónica, hallazgo que apoyo el diagnóstico definitivo. Este caso ilustra la variabilidad fenotípica del SA y resalta como una evaluación oftalmológica detallada puede no solo guiar el diagnóstico diferencial en casos de hematuria inexplicada asociada a una pérdida de la audición progresiva; sino también proporcionar información valiosa sobre la severidad y progresión de la enfermedad sistémica. La integración de la evaluación oftalmológica en el algoritmo diagnóstico del SA es fundamental para el manejo clínico, permitiendo intervenciones tempranas que pueden mitigar la progresión de la enfermedad renal, preservar la audición y la visión.

Palabra clave: Síndrome de Alport; Colagenopatía; Manifestaciones Oftalmológicas; Nefropatía Hereditaria; Hipoacusia Neurosensorial; Caso Clínico.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Alport (SA) es una nefropatía hereditaria progresiva, ligada predominantemente al cromosoma X, que constituye una de las causas monogénicas más prevalentes de enfermedad renal crónica terminal (ERCT) en el mundo, afectando aproximadamente a 1 de cada 5,000 a 10,000 individuos (1). Esta compleja patología se origina por mutaciones en los genes que codifican las cadenas alfa 3, alfa 4 y alfa 5 del colágeno tipo IV (COL4A3, COL4A4, COL4A5), una proteína fundamental en la estructura y función de las membranas basales de diversos tejidos. (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de cadenas alfa 3, 4 y 5 en el organismo

Riñón	Ojo	Cóclea
Membrana basal glomerular	Cápsula del cristalino	Surco espiral interno y externo
Cápsula de Bowman	Membrana de Descemet	Espiral del limbo
Membrana basal tubular distal	Membrana de Bruch	Prominencia espiral
	Membrana limitante interna	Membrana basilar

Si bien la afectación renal, caracterizada por hematuria microscópica persistente, proteinuria y progresión a ERCT, es el sello distintivo de la enfermedad (2), el SA se manifiesta como una verdadera enfermedad multisistémica, involucrando comúnmente los sistemas oftalmológico y auditivo; y en ocasiones, otros tejidos con colágeno tipo IV (3).

La afectación extrarrenal es crucial para el diagnóstico y el manejo integral del SA. La hipoacusia neurosensorial bilateral progresiva es una de las manifestaciones más frecuentes, afectando a la mayoría de los varones con SA ligado al X y a muchos pacientes con formas autosómicas (4). A nivel ocular, el lenticono anterior es un hallazgo patognomónico que, junto con los flecks maculares y otras anomalías retinianas o corneales, puede ofrecer pistas diagnósticas tempranas y orientar el pronóstico de la enfermedad renal (5). En raras ocasiones, se han reportado otras manifestaciones, como leiomiomatosis o aneurismas intracraneales, lo que subraya la naturaleza sistemática y la variabilidad fenotípica del SA (3).

A pesar del conocimiento creciente sobre su base genética y sus diversas manifestaciones, el diagnóstico del SA a menudo se retrasa, lo que repercute negativamente en la oportunidad de iniciar terapias renoprotectoras que pueden enlentecer la progresión de la enfermedad renal (6). El presente reporte de caso describe a un paciente joven con Síndrome de Alport que exhibe un espectro completo de manifestaciones multisistémicas, incluyendo afectación renal, auditiva y ocular, destacando la importancia de un enfoque diagnóstico integral y la necesidad de un trabajo multidisciplinario para optimizar el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes afectados.

REPORTE DE CASO

Paciente varón de 23 años de edad, acude por disminución de agudeza visual en ambos ojos de forma progresiva desde hace años a pesar de estar usando lentes correctores permanentes, última medida hace 2 años; se encuentra en hemodíalisis desde hace 4 años por enfermedad renal crónica terminal; además refiere pérdida de la audición bilateral hace años.

Al examen presenta: Agudeza Visual sin Corrección en Ojo Derecho (OD): 20/100 y Ojo Izquierdo (OI): Cuenta dedos a 2 mts. Agudeza Visual con Corrección de lentes en uso OD: 20/25 y OI: 20/30. Al examen del segmento anterior se aprecia en OD: Tiempo de ruptura de la película lagrimal >10 segundos; conjuntiva normal; cornea transparente; cámara anterior media; cristalino con ligera opacidad puntiforme en el centro. OI: Tiempo de ruptura de la película lagrimal >10 segundos; conjuntiva normal; cornea

trasparente; cámara anterior media; cristalino con ligera opacidad puntiforme en el centro.
Refracción: OD Esfera -4.75 Cilindro -4.25x 16° y OI Esfera -12.75 Cilindro -5.00x 177°.
Queratometría: OD K1: 39.5 Dp K2: 41.25 Dp OI K1:39.0 Dp K2:40.75Dp.

Oftalmoscopia Indirecta (Fondo de Ojo) se aprecia en OD Midriasis de 8mm; Retina aparentemente normal; Disco óptico relación copa/disco RCD: 0,4 (V/H); Macula con brillo foveal; Vítreo transparente; Cristalino se aprecia protrusión cónica en la parte anterior. OI Midriasis de 8mm; Retina aparentemente normal; Disco óptico relación copa/disco RCD: 0,4 (V/H); Macula con brillo foveal; Vítreo transparente; Cristalino se aprecia protrusión cónica en la parte anterior.

Fotografía clínica de ambos ojos en midriasis farmacológica para examen de fondo de ojo, tomada con la lámpara de hendidura en consultorio de oftalmología N°7. Fig (1,2,3 y 4). Tomografía de Coherencia Óptica de Segmento Anterior (Cornea-Cristalino) con Pentacam mediante imágenes de Scheimpflug donde se aprecia el lenticono anterior en ambos ojos. Fig (5,6,7 y 8).

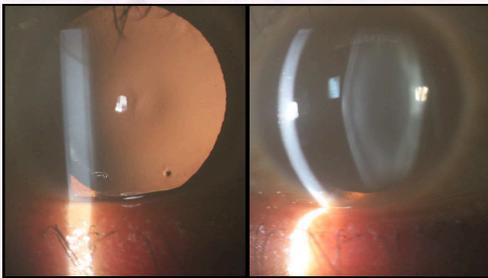


Fig. 1 Fotografía Clínica del Ojo Derecho en la lámpara de hendidura con iluminación difusa, consultorio de oftalmología N°7 HAL. Se aprecia discreta alteración central de la capsula anterior del cristalino derecho.

Fig. 2 Fotografía Clínica del Ojo Derecho en la lámpara de hendidura con iluminación focal directa, consultorio de oftalmología N°7 HAL. Se aprecia discreta protrusión cónica central de la capsula y corteza del cristalino derecho (Lenticono anterior)

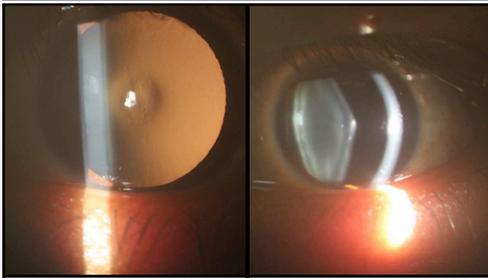


Fig. 3 Fotografía Clínica del Ojo izquierdo en la lámpara de hendidura con iluminación difusa, consultorio de oftalmología N°7 HAL. Se aprecia alteración central de la capsula anterior del cristalino izquierdo.

Fig. 4 Fotografía Clínica del Ojo izquierdo en la lámpara de hendidura con iluminación focal directa, consultorio de oftalmología N°7 HAL. Se aprecia marcada protrusión cónica central de la capsula y corteza del cristalino izquierdo (Lenticono anterior).

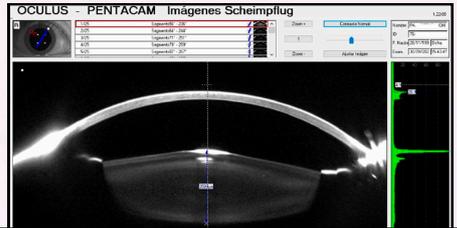


Fig. 5 Tomografía de Coherencia Óptica de Segmento Anterior (Cornea – Cristalino) del Ojo Derecho mediante imagen Scheimpflug tomadas por PENTACAM. Se aprecia la discreta alteración central de la capsula anterior del cristalino derecho.

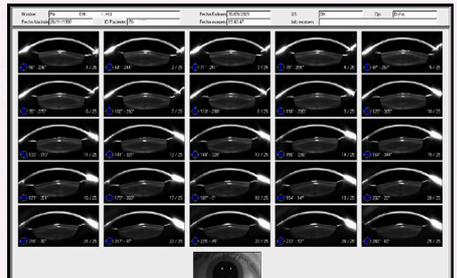


Fig. 6 Tomografía de Coherencia Óptica de Segmento Anterior (Cornea – Cristalino) del Ojo Derecho mediante la captura de multiples imágenes Scheimpflug, en 360° por PENTACAM. Se aprecia la discreta alteración central de la capsula anterior del cristalino derecho.

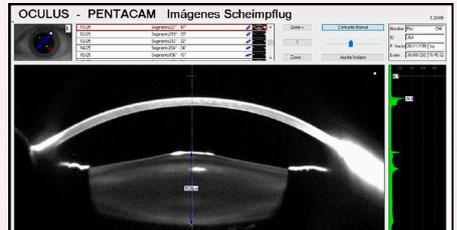


Fig. 7 Tomografía de Coherencia Óptica de Segmento Anterior (Cornea – Cristalino) del Ojo izquierdo mediante imagen Scheimpflug tomadas por PENTACAM. Se aprecia una marcada protrusión cónica central de la capsula y corteza del cristalino izquierdo.

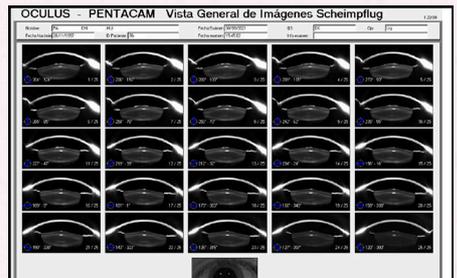


Fig. 8 Tomografía de Coherencia Óptica de Segmento Anterior (Cornea – Cristalino) del Ojo izquierdo mediante la captura de multiples imágenes Scheimpflug, en 360° por PENTACAM. Se aprecia la marcada protrusión cónica de la capsula y corteza del cristalino izquierdo.

Evaluaciones previas a la consulta por Oftalmología: Evaluación por Hematología (14/06/2016): Con diagnóstico de Anemia Severa y solicita i/c a Nefrología. Evaluaciones por Nefrología en varias oportunidades (Desde el 27/06/2016 al 09/03/2020): Diagnóstico de IRCT y Anemia Secundaria por lo que se le indica Hemodiálisis las que recibió en varias oportunidades.

Se hospitalizo en medicina varones (28/06/2016 al 02/07/2016): Diagnostico de Enfermedad Crónica Renal Reagudizada; Anemia Severa e HTA. Se hospitalizo en medicina varones (07/01/2018 al 09/01/2018): Diagnostico ERCT en Hemodiálisis; Anemia Crónica; Insuficiencia Respiratoria Aguda; Síndrome Urémico. Se hospitalizo en medicina varones (08/03/2020 al 10/03/2020): Diagnostico ERCT en Hemodiálisis; Anemia Moderada; Síndrome Hemoptico; Insuficiencia Respiratoria en Resolución.

Evaluación por Oftalmología (09/09/2021): Diagnostico presuntivo de Lenticono Bilateral; Miopia Patológica; Hipoacusia Bilateral e IRCT; se solicita I/C a Otorrinolaringología.

Evaluación por Otorrinolaringología (16/09/2021): Diagnostico Hipoacusia Neurosensorial Bilateral; D/C Sordera por Ruido.

Evaluación por Oftalmología (23/09/2021): Diagnostico Síndrome de Alport; Lenticono Anterior; Hipoacusia Neurosensorial Bilateral; Enfermedad Renal Crónica Terminal en Hemodiálisis.

DISCUSIÓN

La presentación clínica del Síndrome de Alport (SA) en nuestro paciente resalta la naturaleza heterogenea y multisistémica de esta nefropatía hereditaria. Se entiende que la progresión a enfermedad renal crónica terminal es la característica distintiva de esta patología, la coexistencia de hipoacusia neurosensorial bilateral y particularmente manifestaciones oftalmológicas atípicas, refuerzan la importancia de un enfoque diagnóstico y de seguimiento. Nuestro caso expone una combinación de hallazgos que no solo confirman el diagnóstico de SA, sino que además ofrecen perspectivas sobre la variabilidad fenotípica y la necesidad de un manejo multidisciplinario por varias especialidades médicas.

El compromiso oftalmológico, observado en este paciente a través de la presencia del lenticono anterior, es un aspecto crucial para el diagnóstico temprano del SA. El lenticono anterior, aunque considerado patognomónico, no está presente en todos los pacientes y su ausencia no excluye el diagnostico (7). Sin embargo, su identificación, como en nuestro caso, debe alertar al clínico sobre la posibilidad de SA, incluso antes de que se establezca una disfunción renal significativa. La presentación atípica o particularmente severa de estas características oculares en nuestro paciente podría ser indicativa de una mutación específica o de

factores modificadores aún por explorar, lo que resalta la necesidad de un análisis genético exhaustivo para entender la correlación genotipo-fenotipo.

Haciendo una comparación con la literatura existente, este caso nos demuestra la importancia del trabajo en equipo con las distintas especialidades médicas involucradas. La detección precoz de las anomalías oculares y auditivas puede guiar la sospecha diagnóstica y permitir el inicio oportuno de terapias renoprotectoras, como los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o los bloqueadores del receptor de angiotensina (ARA II), que han demostrado enlentecer la progresión de la enfermedad renal(8). Este paciente ejemplifica como un examen oftalmológico detallado no es solo un complemento diagnóstico, sino una herramienta invaluable para el screening de familiares de riesgo y para la estratificación pronóstica. La progresión de la hipoacusia y las alteraciones oculares también pueden servir como marcadores de la actividad y la severidad de la enfermedad sistémica, lo que sugiere un rol para la vigilancia regular de estos sistemas en el manejo a largo plazo.

CONCLUSIÓN

En conclusión, nuestro reporte de caso enfatiza que el Síndrome de Alport es una enfermedad multisistémica que requiere una alta sospecha clínica, un enfoque diagnóstico integral que involucre la evaluación oftalmológica y auditiva; y no menos importante un manejo multidisciplinario para optimizar los resultados clínicos y mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alport, A.C. (1927). Hereditary familial congenital haemorrhagic nephritis. *British Medical Journal*, 1(3459), 504-506.
2. Kashan, C.E. (2010). Alport syndrome: an update. *Pediatric Nephrology*, 25(9), 1641-1648.
3. Longo, I,et al. (2017). Alport syndrome: a review of the clinical and genetic features. *Journal of Clinical Medicine*, 6(5),51.
4. Groopman, E.E., et al. (2018). Genetic testing for Alport syndrome: a clinical and molecular approach. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 13(7), 1146-1152.
5. Savigs, J., et al. (2022). Alport Syndrome: Consensus on Diagnostic Criteria, Management, and Clinical Trials. *Kidney International Reports*, 7(8), 1629-1647.
6. Barratt, J., et al. (2020). Emerging therapies for Alport syndrome. *Kidney International*, 98(3), 577-589.
7. Kashan, C.E. (2021). Alport Syndrome: Diagnosis and Management. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 16(12), 1954-1961.
8. Gross, O,et al. (2012). ACE inhibition is kidney protective in Alport syndrome: results from a retrospective European study. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 27(3), 1012-1018.



**NUEVO MICROSCOPIO QUIRÚRGICO DE ALTA
TECNOLOGÍA POTENCIARÁ LAS CIRUGÍAS NEUROLÓGICAS
EN EL HOSPITAL ANTONIO LORENA**

MINISTERIO DE SALUD
TU SALUD, nuestra responsabilidad
HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO

NUEVAS PERSPECTIVAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS EN EL MANEJO DE LA DISPLASIA DEL DESARROLLO DE LA CADERA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Dr. Nicanor Mellado Villafuerte

MÉDICO CIRUJANO, ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

La displasia del desarrollo de la cadera (DDC) continúa siendo una de las principales causas de disfunción articular en la infancia y la adolescencia. La detección temprana y el abordaje individualizado son fundamentales para evitar secuelas a largo plazo, como artrosis precoz. En los últimos años se han producido avances significativos en diagnóstico por imágenes, técnicas quirúrgicas y enfoques conservadores. Este artículo revisa los hallazgos más relevantes desde una perspectiva multidisciplinaria.



La displasia del desarrollo de la cadera (DDC) es un espectro de alteraciones anatómicas que afectan la articulación coxofemoral, desde inestabilidad leve hasta luxación completa. Aunque se presenta principalmente en el período neonatal, los diagnósticos tardíos —especialmente en adolescentes— han motivado el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas. La prevalencia varía entre 1,5 y 20 por cada 1.000 nacidos vivos, dependiendo del método diagnóstico y los factores étnicos y geográficos (Novais et al., 2024).

El diagnóstico precoz continúa siendo esencial. La ecografía de Graf sigue siendo el estándar de oro en lactantes menores de 6 meses. No obstante, avances recientes en inteligencia artificial aplicada a imágenes han permitido automatizar la clasificación de displasia con mayor precisión y menor variabilidad interobservador (Lee et al., 2023). En adolescentes, la resonancia magnética articular con contraste (MRA) ha demostrado ser útil para evaluar lesiones asociadas como el pinzamiento femoroacetabular o daño labral (Weinstein et al., 2025).

El tratamiento depende de la edad al diagnóstico:

- **<6 meses:** El uso del apósito de Pavlik continúa siendo el pilar terapéutico. Sin embargo, estudios recientes han optimizado las indicaciones y duración para reducir complicaciones como necrosis avascular (Sankar et al., 2024).

- **6–18 meses:** En el caso de displasias leves, se indica el uso de ortesis tipo férulas de cadera, pero si el trastorno es severo como una luxación se prefiere la reducción cerrada bajo anestesia general seguida de inmovilización en yeso pelvipedio. El uso de fluoroscopia tridimensional ha mejorado los resultados quirúrgicos y reducido la tasa de redisolación (Schoenecker et al., 2023).
- **>18 meses:** En pacientes con diagnóstico tardío, la reducción abierta es común. Se ha evidenciado que el abordaje medial modificado permite una mejor visualización anatómica y preservación de estructuras vasculares (Yang et al., 2025). Además de la reducción abierta dependiendo de la severidad y el pronóstico de la displasia se indican osteotomías tanto femorales y/o pélvica.

En adolescentes con DDC sintomática, las opciones se centran en preservar la articulación:

- **Osteotomía periacetabular de Ganz (PAO):** Se mantiene como el tratamiento quirúrgico estándar. Avances en planificación tridimensional asistida por computadora permiten mejorar la corrección del acetábulo y disminuir complicaciones postoperatorias (Novais et al., 2024).
- **Artroscopia de cadera:** Indicada en displasia leve con dolor por lesiones del labrum o pinzamiento. Su indicación debe ser cuidadosa y suele combinarse con procedimientos reconstructivos (Weinstein et al., 2025).
- **Terapia física personalizada:** Estudios recientes resaltan el papel de la rehabilitación individualizada como herramienta no quirúrgica en displasias leves, mejorando funcionalidad y reduciendo dolor (Kurosaka et al., 2023).

La DDC sigue representando un desafío clínico, especialmente en adolescentes con diagnóstico tardío. Los avances en imagenología, técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas y planificación personalizada han transformado el manejo de esta patología. La implementación de nuevas tecnologías y un enfoque multidisciplinario continúan siendo claves para mejorar los desenlaces funcionales a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kurosaka, M., Tanaka, Y., & Sato, H. (2023). Rehabilitation strategies for adolescent developmental dysplasia of the hip. *Journal of Pediatric Orthopaedics*, 43(1), 45–52.
2. Lee, J. H., Kim, S. Y., & Park, H. J. (2023). AI-assisted ultrasound for early detection of DDH: A multicenter validation study. *Radiology in Pediatrics*, 12(4), 312–320.
3. Novais, E. N., Mills, M. B., & Kim, Y. J. (2024). Periacetabular osteotomy for adolescent hip dysplasia: Update on techniques and outcomes. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 482(2), 183–195.
4. Sankar, W. N., Williams, N., & Flynn, J. M. (2024). Optimizing Pavlik harness treatment in infants with DDH. *Journal of Bone and Joint Surgery - American Volume*, 106(5), 410–418.

HITOS QUE TRANSFORMAN LA CARDIOLOGÍA EN NUESTRA REGIÓN

Dr. Grimaldo Gutiérrez Gayoso
MÉDICO CIRUJANO, ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA



El servicio de cardiología perteneciente al departamento de medicina del Hospital Antonio Lorena del Cusco, conformado por más de 7 décadas como un consultorio unitario conducido en sus inicios por médicos generales y hace unas 3 décadas por médicos cardiólogos, en los últimos 10 años ha experimentado una transformación y reingeniería en su principales componentes de gestión hospitalaria, recursos humanos, infraestructura y equipamiento biomédico hasta que el 26 de octubre del 2022 se crea el servicio de cardiología como parte fundamental del departamento de medicina, desde entonces se ha tenido un crecimiento progresivo y vertiginoso convirtiéndose hoy en día en uno de los servicios más competitivos y prestigiosos de la Región Sur de nuestro país, siendo pioneros de la región en muchas actividades cardiovasculares.

CIRUGÍAS CARDÍACAS A CORAZÓN ABIERTO

Dentro de los principales logros que resaltar y en respuesta a que muchos de nuestros pacientes adultos y niños se encontraban en largas listas de espera para ser referidos a otros establecimientos de salud, muchos de ellos fallecían en el intento de lograr una oportunidad de ser operados en hospitales de Lima, es que en el año 2019 se toma la firme decisión de iniciar por primera vez las cirugías cardíacas a corazón abierto y en circulación extracorpórea en nuestras instalaciones de contingencia, habiéndose realizado hasta la fecha 5 jornadas de cirugía cardíaca a corazón abierto en las



Instalaciones de contingencia de nuestro hospital, habiendo sido operados a hasta la fechas más de 40 pacientes entre adultos y niños de escasos recursos económicos, todas estas actividades con el apoyo de grandes amigos médicos y no médicos de diversos hospitales Nacionales e Internacionales como el Hospital nacional Dos de Mayo, Instituto Nacional de Salud del Niño-San Borja, Hospital de Mackena de Santiago de Chile, Hospital Cardiovascular de Baylor- Dallas- Estados Unidos entre otros, convirtiéndonos hoy en día en uno de los hospitales de provincia con más cirugías cardíacas realizadas.

INTERVENCIONISMO CARDIOVASCULAR

La medicina cardiovascular crece a gigantescos pasos día a día, de acuerdo al avance científico y tecnológico y en el último año se logró implementar con un arco e C para intervencionismo cardiovascular, adquisición de insumos de intervencionismo y profesionales altamente calificados como parte del staff de profesionales nos permitió realizar los primeros implantes de marcapaso definitivo y en la última semana de mayo el primer cateterismo cardíaco de la región, así mismo para el mes de agosto realizaremos las primeras ablaciones por radiofrecuencia con participaciones de colegas de España-Barcelona en el que beneficiaremos a otros 10 a 15 pacientes de escasos recursos económicos.



ACTIVIDAD ACADÉMICA

Nuestro servicio se caracteriza por una intensa actividad académica en pre grado, post grado y de los profesionales actuales, realizando actividades académicas de lunes a domingo en pre y posgrado, pasantías nacionales del personal profesional hace 5 años en diversos hospitales del país y del extranjero, organización de congresos internacionales de actualización médico quirúrgica cardiovascular.

Somos el primer hospital en dar inicio al Residencia Médico en la especialidad de Cardiología en nuestra región, dando inicio de actividades este 01 de agosto 25 con una plaza libre y una cautiva, posicionándonos hoy en día como el mejor centro cardiovascular de formación académica cardiovascular del Sur del país.



Realizamos consulta externa cardiología de lunes a sábado, procedimientos cardiovasculares todos los días, servicio de hospitalización exclusivo para pacientes con patología cardiovascular, salas de procedimientos diversos, interconsultas y emergencias las 24 hrs del día. Implantes de marcapasos, cateterismo cardiaco y cirugía cardiovascular de adultos y niños.



NUESTRA CAPACIDAD INSTALADA

Hoy en día se cuenta con un servicio de cardiología con un equipo de recurso humano conformado por 30 trabajadores (11 médicos cardiólogos, 11 enfermeras y 8 técnicos en enfermería), el único hospital del Cusco con cardiólogo las 24 hrs del día y los 365 días del año, contamos con la más alta tecnología diagnóstica como el más moderno eco cardiógrafo Doppler color del país, Prueba de esfuerzo, HOLTER. MAPA. Electrocardiograma, etc, y personal en permanente capacitación en el país y el extranjero.

EL FUTURO INMEDIATO

En unos meses nos trasladaremos a las nuevas instalaciones del tan anhelado nuevo Hospital Antonio Lorena III-1, en el que se duplicara la capacidad y el número de recursos humanos, nuevos equipos cardiovasculares: Cardio Resonancia, TAC Cardiovascular, circulación extracorpórea, Cineangiógrafo de última generación, Eco cardiografos de vanguardia, HOLTER. MAPA, Prueba de esfuerzo y nueva infraestructura moderna y con mayor capacidad, en el que mejoraremos y consolidaremos las subespecialidades de la cardiología al servicio de nuestra población del Macro sur peruano.

Nada de esto sería posible sin la activa participación del mejor recurso que contamos: el recurso humano asistencial y el apoyo de los estamentos administrativos de nuestro querido Hospital Antonio Lorena del Cusco.



NEUMOLOGÍA CLÍNICA INTERVENCIONISTA

NEUMOVIDA

CENTRO ESPECIALIZADO EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Dr. Washington Claudio Villafuerte Jara
MÉDICO NEUMÓLOGO CMP 43959 - RNE 36473

contacto e informes  984 760 388



GM

Gial Médica

Jorge Solorzano
Gerente Administrativo

contáctanos: 973 581 460

jorge_so_pa@hotmail.com

gialmedica@hotmail.com



AGENCIA DE VIAJES
VIAJES
SUMAQTIKA

Informes : +51 988 802 150



HOSPEDAJE
BALCÓN
CUSQUEÑO

Un lugar acogedor

Run by Quipu travel

Para reservas:
+51 84 262210 - +51 966 079 640



www.HospitalAntonioLorena.gob.pe

