



LXXVIII CONGRESO CHILENO E INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

**XXXVII JORNADAS CHILENAS DE COLOPROCTOLOGÍA
III JORNADAS CHILENAS DE CIRUGÍA PLÁSTICA**

SOCIEDAD DE CIRUJANOS DE CHILE
SOCIEDAD CHILENA DE COLOPROCTOLOGÍA
SOCIEDAD CHILENA DE CIRUGÍA DE CABEZA-CUELLO
Y PLÁSTICA MÁXILO-FACIAL
SOCIEDAD CHILENA DE CIRUGÍA PLÁSTICA
RECONSTRUCTIVA Y ESTÉTICA
SOCIEDAD CHILENA DE QUEMADURAS

20 AL 23 DE NOVIEMBRE DE 2005

PUCÓN - CHILE

SEDE: GRAN HOTEL PUCÓN

**DIRECTORIO DE LA SOCIEDAD DE
CIRUJANOS DE CHILE**

Presidente:

Dr. FEDERICO HERNÁNDEZ F.

Vice-Presidente:

Dr. FERNANDO IBÁÑEZ C.

Secretario General:

Dr. GUILLERMO BANNURA C.

Tesorero:

Dr. JORGE PIÉRART P.

Past-President

Dr. ALBERTO GYHRA S.

DIRECTORES

Dra. JAMILE CAMACHO N.

Dr. FERNANDO MALUENDA G.

Dr. RENATO MERTENS M.

Dr. ANAMARÍA PACHECO F.

Dr. SERGIO SAN MARTÍN R.

Dra. VERÓNICA SILVA O.

Dr. GERARDO THONET R.

Secretaria Sociedad de Cirujanos de Chile

Srta. MARGARITA FERRER S.

COMITÉ PLANIFICADOR DEL CONGRESO

Presidente:

Dr. FEDERICO HERNÁNDEZ F.

Dr. CARLOS BENAVIDES C.

Dr. ATTILA CSENDES J.

Dr. FRANCISCO LÓPEZ K.

Dr. JUAN LOMBARDI S.

Dr. HORACIO RÍOS R.

Dr. CHRISTIAN JENSEN B.

Presidente Sociedad Chilena de Coloproctología

Dr. IGNACIO GOÑI E.

**Presidente de la Sociedad Chilena de Cirugía de
Cabeza-Cuello y Plástica Máxilo-Facial**

Dr. DANTE GONZÁLEZ B.

**Presidente de la Sociedad Chilena de Cirugía Plásti-
ca Reconstructiva y Estética**

Dr. JOSÉ LUIS PIÑEROS B.
Presidente de la Sociedad Chilena de Quemaduras

Dr. JORGE GAETE V.
Presidente del Departamento de Cirugía Vascular

Dr. RICARDO PEÑA G.
Presidente del Departamento de Trauma

Dr. WILLIAM AWAD F.
Presidente del Departamento de Cirugía Bariátrica.

Dr. ERWIN BUCKEL G.
Presidente del Departamento de Trasplante

Dr. CRISTIÁN BARDAVID S.
Presidente Sección de Hernias

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente:

Dr. JULIO YARMUCH

Dr. RICARDO ESPINOZA

Dr. MARIO URIBE

Dr. XABIER DE ARETXABALA

Dr. FRANCISCO LÓPEZ

INDICE

	Pág.
Seccional: CIRUGÍA GENERAL	7
Seccional: CIRUGÍA BARIÁTRICA	19
Seccional: CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA	25
Seccional: CIRUGÍA DE CABEZA, CUELLO Y PLÁSTICA MÁXILO - FACIAL	38
Seccional: CIRUGÍA VASCULAR	47
Seccional: COLOPROCTOLOGÍA	54
Seccional: DIGESTIVO	70
Seccional: HERNIAS	81
Seccional: HÍGADO, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS	89
Seccional: MAMAS	98
Seccional: ONCOLOGÍA-UROLOGÍA	104
Seccional: TÓRAX	110
Seccional: TRASPLANTE Y CIRUGÍA HEPATOBILIAR	117
Seccional: TRAUMA	123
Seccional: PÓSTER	126
Seccional: VÍDEO	160

Seccional: CIRUGÍA GENERAL

PLASTRÓN APENDICULAR: ¿APENDICECTOMÍA EN AGUDO O DIFERIDA?

Drs. C. Albornoz, M. Sylvester, I. Arriagada, E. Norero, F. Cartagena, G. Pinedo

(Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: El plastrón apendicular puede presentar dificultades diagnósticas con apendicitis aguda. Muchas veces se operan plastrones apendiculares en su etapa aguda, ya sea por diagnóstico intraoperatorio o por mala respuesta al tratamiento médico.

Objetivo: Analizar variables clínicas que determinaron el momento de la apendicectomía, resultados quirúrgicos y tiempo de hospitalización de pacientes operados en etapa aguda y compararlos con aquellos operados en forma diferida.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo. Se analizó la serie de pacientes apendicectomizados con plastrón apendicular en agudo (diagnóstico intraoperatorio o mala respuesta al tratamiento médico) (grupo 1) y los pacientes que fueron tratados médicamente y operados en forma diferida, electiva (grupo 2). Se analizaron los datos con t-student y chi-cuadrado).

Resultados: El grupo 1 tenía n=29 y grupo 2 n=25, con medianas de edad de 41 y 37 años respectivamente. El análisis estadístico mostró que los grupos 1 y 2 eran comparables en cuanto a edad y sexo. Hubo diferencia estadísticamente significativa en los días de hospitalización (7,1 vs 5) p=0,04. No se encontró relación significativa entre sexo, diarrea, vómitos, fiebre máxima y momento de la cirugía. La variable masa palpable tenía relación con el momento quirúrgico (p=0,006), la mitad de los pacientes con masa palpable se operó en forma electiva. Se produjo 17% (5) de complicaciones en grupo 1 y 12% (1) en grupo 2, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas debido a la poca incidencia de eventos en ambos grupos.

Conclusiones: En este estudio los pacientes que se operaron en agudo no tuvieron significativamente mayores complicaciones que los operados electivamente. El presentar masa palpable significó mayor número de cirugías en forma electiva.

¿ES REALMENTE NECESARIA LA APENDICECTOMÍA DIFERIDA EN EL TRATAMIENTO DEL PLASTRÓN APENDICULAR?: EXPERIENCIA DE 8 AÑOS CON MANEJO CONSERVADOR EN EL HUAP

Drs. J.I. Fernández², J. Arcuch³, P. Castillo³, D. Barrios⁴, J. Rivero⁴, A. Pacheco¹, R. Palacios¹

(¹Servicio de Cirugía Hospital de Urgencia Asistencia Pública, ²Becado de Cirugía Universidad de Valparaíso, ³Becado de Cirugía Universidad de Santiago de Chile, ⁴Capacitación en Cirugía Universidad de Chile.

Introducción: El manejo del plastrón apendicular ha sido controvertido por más de cien años, sin existir aún consenso en su manejo. Se describe resolución exitosa (sobre 85%) con manejo médico inicial, seguido de apendicectomía diferida en algunas series. La literatura actual pone en duda la indicación de esta conducta. El protocolo de manejo actual en el HUAP es conservador, utilizando la cirugía solo en caso de complicación o recurrencia. El objetivo de este trabajo es evaluar los resultados del manejo conservador del plastrón apendicular durante los últimos ocho años.

Material y Método: Serie de casos retrospectiva entre enero de 1997 y febrero del 2005, con diagnóstico de plastrón apendicular. Se consignan datos demográficos, manejo inicial, días de hospitalización, y morbimortalidad. Se realizó seguimiento de los pacientes mediante encuesta telefónica. Falla del tratamiento médico se definió como necesidad de cirugía dentro de los 30 días del diagnóstico, y apendicitis recurrente como aquella diagnosticada posterior a 30 días del tratamiento.

Resultados: 121 hombres (54%) y 103 mujeres (46%), con un promedio de edad de 41,6 (15-87) años. Ecografía en un 91%. En 84 pacientes (33%) el diagnóstico fue intraoperatorio, y en 150 pacientes (67%) se realizó el diagnóstico al ingreso, indicándose manejo médico en 138 (91,7%), quirúrgico inmediato en 11 (7,3%) y apendicetomía diferida en 3 (2%). Se obtuvo 95,7% de éxito del manejo conservador, con un promedio de 5,9 (1-20) días de hospitalización. Se diagnosticó cáncer de ciego en dos casos. No se registró mortalidad. Se logró seguimiento de 83 pacientes no apendicetomizados al alta; de los cuales 4 (4,8%) se operaron en forma electiva, 12 (14,5%) presentaron apendicitis recurrente; y 67 (80,7%) permanecen asintomáticos, con un promedio de 4,3 (0,5-8,4) años de seguimiento (43% por más de 5 años).

Conclusión: El manejo médico del plastrón apendicular es altamente efectivo, registrándose una baja tasa de apendicitis recurrente en un período de observación de ocho años.

Discusión: En base a lo expuesto y considerando que la preocupación por una neoplasia subyacente puede resolverse mediante la indicación de TAC y colonoscopia de rutina, no nos parece adecuado sugerir la apendicetomía electiva de regla luego de un manejo médico exitoso.

CRITERIOS DE CIRUGÍA DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Drs. G. Watkins, F¹, Parada, P², Peters³, C. Medina³, R. Zamora³, A. Rojas³ y E. Miranda³

(¹Departamento de Cirugía, Hospital Clínico J.J. Aguirre, Universidad de Chile. ²Becado Cirugía General, Universidad de Chile, Campus Norte, HCUCH, ³Interno Universidad de Chile, Campus Norte).

Introducción: El tratamiento de la Obstrucción intestinal mecánica ha variado a lo largo de los últimos decenios, desde un manejo principalmente quirúrgico a un manejo principalmente conservador. Se analiza la serie del hospital Clínico de la Universidad de Chile para evaluar la realidad de nuestro servicio en relación al manejo de la obstrucción.

Material y Método: Se revisaron las fichas clínicas de los pacientes hospitalizados por obstrucción intestinal alta y baja de los años 2003 y 2004 y se midieron los tiempos de la cirugía y la resolución del cuadro obstructivo. Se evaluaron la morbilidad y la mortalidad.

Resultados: De un total de 113 pacientes el 48,6% son hombres. La edad promedio de la serie

es de 59 años (56 años para los hombres y 62 años para las mujeres). El 68% son obstrucciones altas y el 32% bajas. Del total de la serie se operó el 64% (77% en altas y 36% en las bajas). El tiempo de hospitalización promedio fue de 11 días (12 días para las altas y 10 días para las bajas). La etiología en orden de frecuencia para las de origen alto fueron: Bridas y adherencias (83%), íleo biliar (5%) y otras (12%) y en las bajas son fecaloma (47%), neoplasia (17%), vólvulo (14%), ogilvie (11%) y otras (11%). El tiempo a la resolución del cuadro en las altas fue de 8 días y las bajas de 6 días. El tiempo de hospitalización de las obstrucciones intestinales altas (OIA) operadas fue de 13 días y las no operadas de 7 días. El tiempo de observación de las preoperatorio de las altas en promedio fue 32 horas. Existió un 43% de sufrimiento de asa. La mortalidad global de la serie fue de 4%.

Conclusiones: La obstrucción intestinal en nuestro servicio sigue siendo una patología principalmente quirúrgica. Afecta igual a ambos géneros y las mujeres son en promedio 6 años mayores. Las obstrucciones intestinales altas son los 2/3 del total. La causa mayoritaria son las adherencias. El tiempo promedio de observación de los pacientes operados por OIA médicas es de 32 horas, en los cuales existió un 43% de sufrimiento de asa.

En Chile sería necesario evaluar en un estudio clínico controlado la alternativa médica y quirúrgica para el manejo de las OIMA sin sufrimiento de asa.

ADRENALECTOMÍA LAPAROSCÓPICA, HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE

Drs. J. Amat, P. Gac, F. Rodríguez, F. Cardemil, R. Rossi, R. Valdebenito, V. Araya, P. Cabané, F. Parada, Srs. E. Miranda¹, J. López¹, C. Cárcamo¹, N. Melgarejo¹

(Departamento de Cirugía, Urología y Medicina, Hospital Clínico, Universidad de Chile, ¹Internos de Medicina, Universidad de Chile)

Introducción: La adrenalectomía laparoscópica (AL) es el estándar de oro de la cirugía de glándulas suprarrenales y se implementó en 1998 en nuestro hospital. Tiene bajo riesgo de complicaciones, con menor estadía postoperatoria y menor requerimiento de analgesia. Existen dos técnicas: Retroperitoneal y transperitoneal, siendo esta última la más utilizada. Las contraindicaciones para AL son controversiales: sospecha de cáncer, tamaño tumoral, cirugías previas y comorbilidades. Específicamente en feocromocitoma el abordaje laparoscópico ha sido controversial por el riesgo

de complicaciones hemodinámicas debido a la reacción adrenérgica por distensión peritoneal con CO₂. Sin embargo, disminuye la manipulación del tumor con menor liberación de sustancias vasoactivas.

Objetivo: Reportar nuestra experiencia en cirugía laparoscópica de glándulas suprarrenales, demostrando que es una técnica reproducible y segura.

Material y Método: Se revisaron en forma retrospectiva los casos de adrenalectomías laparoscópicas realizadas en nuestro Centro entre 1998 y 2005. El criterio de inclusión fue evaluado en conjunto con endocrinólogos e incluyó tumores funcionantes, de crecimiento progresivo, o de más de 3 cm de diámetro. Se consignaron la edad, tiempo operatorio, tamaño de la lesión, necesidad de conversión, complicaciones intra y postoperatorias, mortalidad, estadía hospitalaria y diagnóstico definitivo. Se enfatiza en los casos de feocromocitoma.

Resultados: Hasta la fecha hay 29 casos de AL transperitoneales (7 hombres y 22 mujeres, 19 derechas, 9 izquierdas y 1 bilateral). El promedio de edad de los pacientes fue de 45 años (SD±16). Promedio de tiempo operatorio 131 minutos (SD±41 min). El tamaño promedio de las lesiones fue 4,9 cm (SD±2,7 cm). Hubo 3 conversiones (10%) por tamaño y compromiso regional, hemorragia y adherencias. La única complicación fue un infarto renal pequeño, sin traducción clínica. No hubo alteraciones hemodinámicas perioperatorias. La estadía hospitalaria fue en promedio de 5 días (SD±2 días). Los diagnósticos postoperatorios incluyen: Adenoma suprarrenal (50%), feocromocitoma (20%), hiperplasia suprarrenal (7%), carcinoma suprarrenal (7%), mielolipoma (7%) y otros (9%). No hay resección de metástasis a la glándula suprarrenal. En 14% de los casos se confirmó un tumor maligno en la biopsia definitiva, sin diferencias en el resultado de la cirugía. No hay mortalidad. En esta serie se han resuelto 6 casos de feocromocitoma, sin complicaciones hemodinámicas perioperatorias. El tiempo operatorio en estos casos es de 200 minutos y la estadía hospitalaria de 5,5 días. El diagnóstico histológico definitivo confirmó 2 casos de feocromocitoma maligno.

Conclusión: La cirugía laparoscopia de glándulas suprarrenales es segura y reproducible en nuestro medio, aún en casos de feocromocitoma. Llama la atención la gran cantidad de patología maligna y la ausencia de resección de tumor de origen metastásico. La serie tiene resultados comparables a otras reportadas a nivel nacional e internacional.

ADRENALECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: EXPERIENCIA NACIONAL

Drs. J. Amat¹, y cols, O. Castillo², y cols., Velasco³ y cols., Campero⁴ y cols.

(¹Departamento de Cirugía, Hospital Clínico, Universidad de Chile, ²Servicio de Cirugía Clínica Santa María. ³Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad Católica. ⁴Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Fuerza Aérea de Chile y Clínica, Las Condes).

Introducción: La adrenalectomía laparoscópica (AL), implementada en 1992 por Gagner, es la técnica más utilizada para resolver lesiones suprarrenales con indicación quirúrgica. Tiene bajo riesgo de complicaciones, con menor estadía postoperatoria y menor requerimiento de analgesia. Las contraindicaciones para AL son controversiales: sospecha de cáncer, tamaño tumoral, cirugías previas y comorbilidades. En nuestro país se ha utilizado esta técnica desde 1998, adquiriendo experiencia y resultados similares a los reportados en la literatura internacional.

Objetivo: Reportar la experiencia de 4 de los centros con más experiencia en cirugía laparoscópica de glándulas suprarrenales.

Material y Métodos: Se revisaron en forma retrospectiva los casos de adrenalectomías laparoscópicas realizadas en 4 centros clínicos con experiencia en esta técnica quirúrgica. Se consignaron la edad, tiempo operatorio, tamaño de la lesión, necesidad de conversión, complicaciones intra y postoperatorias, mortalidad, estadía hospitalaria y diagnóstico definitivo.

Resultados: Entre 1998 y 2003 se operaron 239 pacientes (251 procedimientos) que cumplieron con los criterios de inclusión. Edad promedio 49 años. Un 42% de los tumores fueron funcionantes y 36% no funcionantes. Los diagnósticos más frecuentes son: Adenoma (28%), hiperaldosteronismo (18%); metástasis (17%), feocromocitoma (15%), Cushing (8%) y otros (12%). El tamaño promedio de las lesiones es de 5,5 cm y el tiempo operatorio promedio (anestesia más cirugía): 106 minutos. La estadía hospitalaria es de 3,1 días. Hubo 7 conversiones (2,8%) por hemorragia (3/7), adherencias (1/7), feocromocitoma maligno (1/7), imposibilidad técnica por tamaño (1/7) y falla del equipo (1/7). En un 21,6% de los casos se confirmó la naturaleza maligna de la lesión (cáncer y metástasis). La morbilidad operatoria es de 4,8% (hemorragia, fístula pancreática, desgarro vena renal, lesión esplénica, lesión diafragmática, hematoma retroperitoneal). Existe sólo un caso de mortalidad (intraoperatoria) por compromiso hemodinámico incontrolable en un feocromocitoma.

Conclusión: La AL es segura y reproducible por equipos con experiencia en cirugía laparoscópica. Con baja morbilidad (4,8%) y mortalidad (0,4%). La principal causa de conversión es la hemorragia. La serie tiene resultados comparables a otras reportadas a nivel internacional.

NEOSAXITOXINA: ¿NUEVO ANESTÉSICO LOCAL?

Drs. A. Rodríguez-Navarro^{1,2}, M. Lagos³, I. Braghetto¹, A. Csendes¹, F. Alvarez¹, H. Valladares¹, A. Rojas¹, D. Truan³, C. García³, N. Lagos³
(¹Hospital Clínico, Universidad de Chile; ²Hospital Padre Hurtado; ³Laboratorio Bioquímica de Membrana, ICBM, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Introducción: Neosaxitoxina es un derivado de las tetrahidropurinas, cuyo mecanismo a nivel molecular produce un bloqueo reversible de los canales de sodio voltaje dependiente a nivel neuronal. Esta actividad se expresa como bloqueo de la conducción axonal, deteniendo la propagación del impulso nervioso y la contracción muscular. En estudios clínicos en los cuales se utiliza este compuesto, todos asociados a hipertonías musculares, se ha descrito efecto anestésico temporal en la zona de aplicación. En la literatura no hay descripciones de un efecto anestésico local producido por Neosaxitoxina.

Objetivo: Probar la eficacia de neosaxitoxina como anestésico local al asear infiltrado a nivel subcutáneo.

Material y Método: Estudio clínico controlado-placebo, doble ciego, en 10 sujetos voluntarios sanos. Se infiltró a nivel subcutáneo la zona posterior de ambas piernas en cada paciente, una con neosaxitoxina y la contralateral con placebo, de acuerdo a tabla aleatoria obtenida por computador. El efecto anestésico local fue evaluado utilizando un modelo de dolor humano estandarizado, medido con un TSA II Neurosensory Analyser y con la técnica de Von Frey (Prick Test estandarizado). Los parámetros evaluados fueron cinco: umbrales de sensación térmica al frío y calor, umbrales de dolor inducido por calor y frío (TSA II Neurosensory Analyser) y respuesta a la estimulación mecánica (Anestesiometro Von Frey). Se realizaron mediciones previas y posteriores a las infiltraciones de ambas piernas con seguimiento hasta 48 horas.

Resultados: En todos los pacientes se obtuvo anestesia efectiva, de acuerdo a los cinco parámetros evaluados, con bloqueo completo, a una hora de la infiltración. Posteriormente, el parámetro

de umbral de sensación térmica al calor es el primero que comienza a revertirse, y el del umbral de dolor inducido por frío el último en revertirse. Los otros tres estímulos, incluida la respuesta a la estimulación mecánica tuvieron una duración intermedia.

Conclusión: Neosaxitoxina, demostró ser un efectivo anestésico local al ser infiltrado a nivel subcutáneo en este modelo experimental, obteniéndose anestesia y posteriormente analgesia, con un bloqueo completamente reversible.

INFECCIÓN DE LA HERIDA OPERATORIA EN HERNIOPLASTIA INGUINAL PRIMARIA

Drs. Guillermo Bannura C., Juan F. Guerra C., Juan A. Salvado B., Marcelo Villarroel S.
(Servicio y Departamento de Cirugía. Hospital San Borja Arriarán, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Antecedentes: La tasa de infección de una herida operatoria limpia es un índice de calidad en un servicio quirúrgico. El registro de los casos de infección sólo en el período de hospitalización tiene un sesgo cuya magnitud no es conocido en nuestro medio. El objetivo de este trabajo es medir la real incidencia de IHO en la reparación primaria de una hernia inguinal con malla mediante un sistema de vigilancia ambulatorio.

Pacientes y Métodos: Estudio longitudinal prospectivo de una serie de pacientes sometidos a una hernioplastia inguinal primaria con malla en un período de 22 meses con un protocolo de vigilancia completo. Se consignó la edad, las patologías asociadas, el tiempo operatorio, el cirujano y los materiales utilizados en la reparación. Todos los pacientes se controlaron al 7º, 15º, 30º día del post-operatorio. Se utilizó los criterios de infección de herida operatoria del Centro de Control de Enfermedades (CDC). Todos los pacientes recibieron una dosis profiláctica de antibióticos en la inducción anestésica.

Resultados: En el período señalado se logró completar la vigilancia en 281 pacientes, 261 (93%) varones, con un promedio de edad de 54,8 años (extremos 16-85), de los cuales 151 (54%) presentaba una o más enfermedades asociadas. Se hizo el diagnóstico de IHO en 3 pacientes a las 24 horas, 7 días y 21 días de la intervención, respectivamente. Se realizó cultivo en dos casos, aislándose en ambos casos con *Staphylococcus aureus*. Los tres pacientes fueron tratados con cloxacilina oral con buena respuesta. En ninguno de los pacientes con IHO fue necesario retirar la malla o rehospitalizar.

Conclusión: En esta serie no seleccionada de pacientes sometidos a una hernioplastia inguinal primaria la tasa de IHO alcanza al 1,06% luego de una vigilancia mínima de 1 mes. El número de casos complicados con una IHO no permite un análisis estadístico sobre los factores de riesgo de IHO en esta herida considerada limpia. Con la información disponible a la fecha, no está claro el rol de la profilaxis antibiótica en este tipo de cirugía.

LESIONES DEL CIRUJANO EN LAPAROSCOPIA

Drs. J. Grageda, J.E. Contreras, C. Carvajal
(Hospital del Salvador, CEICIL; Centro de Entrenamiento Laparoscópico)

Introducción: Se ha observado un patrón de lesiones características en cirujanos que practican dentro la especialidad de laparoscopia.

Desde tiempos inmemorables ha habido informes de daños corporales, durante el mismo acto quirúrgico o por la exposición a diferentes factores en la sala de operaciones. Todas las especialidades quirúrgicas han demostrado problemas debido al uso constante y forzado de ciertos músculos o debido a tensión prolongada.

Objetivo: El uso generalizado de la cirugía laparoscópica ha demostrado lesiones específicas relacionadas con el uso de los instrumentos y las técnicas especiales que se han desarrollado para estos procedimientos.

Métodos: Para conocer la frecuencia y variedad de estas lesiones, se realiza estudio de cohorte retrospectivo, tipo transversal, descriptivo y observacional, a la población quirúrgicamente activa.

Distribuyéndose de forma aleatoria e indiscriminada un cuestionario confidencial entre aproximadamente 50 cirujanos, ayudantes, residentes. Determinamos su edad, sexo, y horas de trabajo en el campo laparoscópico, además de solicitar información con respecto a sintomatología presentada. Asociada a la exposición quirúrgica.

Resultados: Obtuvimos respuesta en un 80%, analizando su significado y basados en su importancia estadística presentada, siendo un (90%) masculino y (10%) femenino, con edad promedio de 40,8 años, informando un 70% algún tipo de malestar o lesión tanto inicial o crónico. Los síntomas registrados fueron: Dolor de espalda (47%), de cuello (20%), de muñecas (13%), hombro (12%), codos (5%), manos (3%).

Conclusión: Es evidente que los cirujanos están expuestos a sufrir lesiones tanto con el instrumental tradicional, como con los de alta tecnología.

Ante la relación de causa y efecto, sin antecedentes previos, es recomendable ayuda profesional, pudiendo en caso contrario llevar a una discapacidad permanente. Sugiriendo finalmente alguna medida de prevención y tratamiento.

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES EMBARAZADAS

Drs. N. Lasagna, S. San Martín, A. Sauré
(Servicio de Cirugía Hospital Parroquial de San Bernardo, Universidad de los Andes)

Introducción: Llevar a cabo un procedimiento quirúrgico durante la gestación siempre ha sido motivo de controversia por el riesgo para la madre y el feto. La colecistitis aguda es la segunda causa, no obstétrica, de cirugía en embarazadas. Indicándose la colecistectomía en aquellas que no responden al tratamiento médico.

Objetivo: Revisar el manejo laparoscópico de la colecistitis aguda en pacientes embarazadas, en el servicio de Cirugía del Hospital Parroquial de San Bernardo.

Material y Método: Se revisó la ficha clínica de cada paciente, consignando la indicación quirúrgica, la técnica utilizada, la presentación de complicaciones, el estado previo del feto y los resultados obstétricos posteriores. Además, se realizó una encuesta telefónica para constatar el estado actual del crecimiento y desarrollo psicomotor del recién nacido.

Resultados: Seis pacientes fueron sometidos a una colecistectomía laparoscópica durante su embarazo. Con un promedio de edad de 25 años (rango 19-37). Todas ellas cursaban un embarazo fisiológico previo al evento. Las semanas de gestación promedio fueron 17 (rango 9-29). Dos (33%) estaban en el primer trimestre, tres (50%) en el segundo y una (17%) en el tercero. En todas se utilizó la técnica francesa, colocándose el trocar umbilical bajo visión directa para posteriormente realizar el neumoperitoneo con una presión máxima de 12 mmHg. No se registró ninguna complicación perioperatoria. El parto fue en promedio a las 37 semanas (36-38), todos eutócicos. El Apgar al primer minuto fue de 8 (rango 8-9) y a los cinco minutos de 9. El peso de nacimiento promedio fue de 3058 gramos (rango 2630-3620) y la talla de 47,6 centímetros (45-50). Un recién nacido (17%) fue considerado pequeño para la edad gestacional, correspondiendo a la paciente intervenida a las 29 semanas. No hubo malformaciones congénitas ni alteraciones en el crecimiento ni desarrollo psicomotor posterior.

Discusión: La presente serie de casos coincide con la literatura internacional en sugerir que la

colecistectomía laparoscópica podría utilizarse con seguridad en pacientes embarazadas, considerando los detalles técnicos aplicados. Los resultados adversos para el feto se relacionan, al parecer, con un embarazo previamente patológico.

ICTERICIA OBSTRUCTIVA EN CIRUGÍA. DIAGNOSTICO NO INVASIVO EN PATOLOGÍA AGUDA BASADO EN LA EVOLUTIVIDAD DE PRUEBAS HEPÁTICAS

Drs. G. Hein, X. de Aretxabala, E. Pérez, M. Lavín, G. Fasce, J.I. Fernández, Int. G. Mordojovic, H. Santana

(Servicio de Cirugía Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile y Universidad de Valparaíso)

Introducción: La colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE) constituye hoy un método aceptado en muchos centros para el manejo de la patología biliopancreática. La CPRE continúa representando, sin embargo, un riesgo para los pacientes tratados por esta técnica, con probabilidades de complicaciones variables dependiendo de diversos grupos reportados en la literatura, que en general se acercan a tasas de complicación de 1 a 8% y de mortalidad de aproximadamente 3 por mil. Se describen en la literatura hasta un 50% de CPRE con resultados normales. Dado lo anterior, se hace indispensable establecer subgrupos de pacientes con mayor probabilidad de presentar patología que justifique el realizar un procedimiento de cirugía endoscópica, asumiendo los riesgos en comparación con las técnicas quirúrgicas tradicionales. Uno de los parámetros generalmente disponibles en la mayoría de los centros corresponde a las pruebas hepáticas. Diversos grupos han reportado la probabilidad de encontrar patología asociada a colestasia en relación a los valores de las pruebas hepáticas en una muestra única al ingreso.

Objetivo: Determinar la utilidad de establecer la probabilidad de patología colestásica previo a CPER o cirugía, analizando la evolutividad de las pruebas hepáticas post ingreso, permitiendo así la identificación de subgrupos que deben ser sometidos a CPRE terapéutica o cirugía, con baja probabilidad de falsos positivos.

Material y Método: Se realizaron en forma prospectiva desde junio de 1997 hasta agosto de 2005 pruebas hepáticas post ingreso, en al menos 2 muestras diferentes, en pacientes con probable patología colestásica extrahepática. Se incorporan al estudio 432 pacientes. Se dividieron los pacientes en dos grupos según evolución de pruebas

hepáticas. Grupo A: pruebas hepáticas sin variación o en descenso. Grupo B: pruebas hepáticas en ascenso. Se utilizó como grupo control cohorte histórica de pacientes con pruebas hepáticas pre CPRE entre los años 1993 y mayo de 1997. De 372 pacientes en este grupo, 182 (48,92%) fueron catalogados como CPRE normal.

Resultados: de la muestra analizada se observó que en el grupo de pacientes con pruebas hepáticas en ascenso, sometidos a CPRE, se encontró un 4,2 % de procedimientos en blanco versus un 48,92% de CPRE sin hallazgos patológicos en el grupo histórico en el cual sólo se consideró una muestra de pruebas hepáticas pre procedimiento.

Conclusiones: De la muestra analizada puede concluirse que la evaluación de la evolutividad de pruebas hepáticas post ingreso, puede constituir un factor importante de selección del grupo de pacientes con patología biliar obstructiva, que se beneficiarán de un procedimiento invasivo, con mínimo porcentaje de procedimientos sin hallazgos patológicos, reduciendo así el riesgo de complicaciones en pacientes sin patología.

ANATOMÍA PATOLÓGICA DE LA PATOLOGÍA BILIAR EN LA V REGIÓN

Drs. Becerra V., Moreno A., Becerra P.

(Servicio de Cirugía, Hospital de Quillota, Chile, Universidad de Valparaíso, Chile)

Introducción: Chile es un país con alta tasa de incidencia de patología biliar, la que sumada a la etnicidad hacen que el cáncer vesicular sea un problema epidemiológico importante.

Objetivo: Se pretende conocer la presentación de la patología biliar, especialmente la incidencia de cáncer y su comportamiento en el tiempo en una población determinada del país.

Método: Se analizó la totalidad de los informes de biopsias de dos trienios: (t1) 1987-1989 y (t2) 2002-2004; posteriormente se establecieron diferencias por sexo, tipo de patología y diagnósticos concomitantes.

Resultados: En el t1 (1156 pacientes): 90 (7,8%) fueron hombres; 81,5% vesículas crónicas y 62,2% agudas o crónicas reagudizadas. En el t2 (1524 pacientes): 339 (22,2%) fueron hombres; 92,5% vesículas crónicas y 46% agudas o crónicas reagudizadas. La incidencia de cáncer fue 2% (23 casos) y 2,17% (33 casos) para t1 y t2 respectivamente.

Conclusiones: El cáncer vesicular tiene una alta incidencia en nuestra región y se ha mantenido estable en los últimos años. Se ha observado en

este trabajo un aumento significativo en las cirugías por patología biliar en hombres.

CIRUGÍA DE URGENCIA EN EL ADULTO MAYOR

Drs. A. Urizar¹, I. Galleguillos², B. León², P. Ibáñez², K. Borgeaud², M. Labbe²

(¹Servicio de Urgencia, Hospital Barros Luco-Trudeau, Universidad de Chile, Sede Sur. ²Interno)

Introducción: Los grandes cambios sociales y económicos verificados a partir de la segunda mitad de este siglo han contribuido a modificar el perfil demográfico de Chile, que a partir de la década del 80, se encuentra en una etapa avanzada de transición demográfica hacia el envejecimiento de la población, proyectándose que los mayores de 60 años representen un 18,2% para el 2025. A medida que envejece la población requería de mayores cuidados en salud y aumentarán las consultas a servicios de urgencia, donde el cirujano debe enfrentarse a un grupo de pacientes que tiene sus propias características en cuanto a fisiología, patología asociada y dependencia que involucra mayor morbilidad y mortalidad.

Objetivo: Revisar las causas de cirugía de urgencia en pacientes de la tercera edad en el servicio de urgencia de un Hospital tipo 1 y en particular las causas de abdomen agudo quirúrgico.

Material y Método: Estudio retrospectivo de todos los pacientes ingresados al Servicio de Urgencia del Hospital Barros Luco-Trudeau durante el año 2004 que fueron intervenidos de urgencia, analizando edad, sexo, diagnóstico y condición al alta.

Resultados: Durante el año 2004 se hospitalizaron 4368 pacientes mayores de 65 años en el Servicio de Urgencia del Hospital Barros Luco-Trudeau, se operaron 359 (8,22%). La edad promedio fue 75,7 años (rango 65 a 93), correspondiendo el 54,9% a mujeres. Los grupos diagnósticos corresponden a: abdomen agudo 58,4%, traumatología 19,1%, vascular 11,0%, infecciosa 7,6% y otras 3,1%. Las causas más frecuentes de abdomen agudo fueron: obstrucción intestinal 19,6%, hernia sin obstrucción 17,7%, colecistitis aguda 17,7%, apendicitis aguda 13,4%, obstrucción de vía biliar 6,7%, perforación de víscera hueca 3,8%, isquemia intestinal 2,9% y otros 17,2%. Hubo 2 casos de laparotomías en blanco y 6,8% de los pacientes con abdomen agudo fallece en el transcurso de la hospitalización.

Conclusiones: Existe un alto porcentaje de patología quirúrgica en el adulto mayor, predominando en mujeres en proporción 1,2:1. La principal causa por la que son intervenidos de urgencia es el

abdomen agudo y dentro de éste predomina la obstrucción intestinal. Existe un 6,8% de mortalidad perioperatoria en el abdomen agudo que debe tenerse presente.

VIGENCIA DE LA LAPAROSTOMÍA CONTENIDA EN EL MANEJO DE LA SEPSIS ABDOMINAL

Drs. Claudio Tapia¹, César Muñoz², Felipe Ferrada²

(¹Servicio de Cirugía, Hospital Herminda Martín de Chillán. ²Interno de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción)

Introducción: La laparostomía contenida (LPC) es una técnica al manejo de la sepsis y otras patologías de origen abdominal. Las series reportadas en Chile aun son escasas y se limitan a unos cientos de casos. Nuestro objetivo es postular la LPC como una buena alternativa al manejo de la sepsis abdominal.

Material y Método: Se revisó retrospectivamente todos los pacientes laparostomizados en nuestro hospital entre enero de 2002 y junio de 2005. Para la revisión de fichas clínicas y obtención de datos se confeccionó un protocolo de registro. Se excluyeron 5 pacientes (2 traslados y 3 información incompleta) que no cumplieron con este protocolo.

Resultados: Nuestra serie quedó constituida por 32 pacientes. La edad promedio fue 51 años (19-88). La distribución por sexo fue 59% hombres y 41% mujeres. La laparostomía fue la primera cirugía en 24 pacientes, en 7 la segunda y en 1 la cuarta. Se consignó la etiología y se agrupó según la clasificación de Meakins modificada, siendo lo más frecuente la peritonitis por perforación de intestino delgado. El promedio de días laparostomizado fue de 7,8 (1-55). Diez pacientes requirieron nueva cirugía postlaparotomía. Cuatro pacientes se laparostomizaron nuevamente. El promedio de aseo fue de 2,3 (0-15). Morbilidad médica se presentó en 25 pacientes, siendo sepsis la más frecuente. Morbilidad quirúrgica se presentó en 19 pacientes, siendo fístula intestinal la más frecuente. Seis pacientes se ingresaron a UCI para su manejo. El promedio de hospitalización fue 28 días (7-89). La mortalidad de la serie fue 6 pacientes (18,7%).

Conclusiones: La sepsis abdominal sigue siendo una patología de difícil manejo pese al avance en antibioticoterapia y cuidados intensivos. Se expone la técnica de LPC como una alternativa válida y vigente al manejo de la sepsis abdominal, con alta morbilidad general y una mortalidad aceptable en relación a la literatura.

DESCRIPCIÓN DE GENOTIPOS DE *ECHINOCOCCUS GRANULOSUS* EN HIDATIDOSIS HUMANA

Drs. C. Manterola, M. Vial, J. Mora, A. Melo, J.C. Roa
(Departamento de Cirugía y Anatomía Patológica. Universidad de La Frontera, Temuco, Chile)

Introducción: Se ha descrito variabilidad ambiental de *Echinococcus granulosus* (EG), del que ya se han reportado 9 genotipos y cierta heterogeneidad intergenotipo en estudio con material proveniente de animales.

Hipótesis: Existen diferentes genotipos de EG en pacientes con hidatidosis.

Objetivo: Describir los resultados de un protocolo de genotipificación de EG en muestras de hidatidosis humana.

Material y Método: Estudio de corte transversal. Se recolectó el líquido hidatídico de una muestra consecutiva de pacientes intervenidos quirúrgicamente por hidatidosis hepática y pulmonar en hospitales de Temuco entre julio de 2004 y agosto de 2005. Se diseñó un protocolo de extracción de ADN para EG en muestras homogeneizadas de aspirado de quistes hidatídicos. Se emplearon 2 sistemas de reacción de polimerasa en cadena (PCR): PCREg9 y PCREg16; ambos en concentraciones de MgCl₂ al 2 mM. Para PCREg9, se utilizaron los primers Eg9F y Eg9R a concentraciones de 0,5 mM, empleándose 35 ciclos con temperatura de hibridación a 60°C. Para PCREg16 se utilizaron los primers y Eg16F y Eg16R a concentraciones de 0,5 mM, empleándose 35 ciclos con temperatura de hibridación a 65°C. Los productos de las PCR fueron digeridos con una enzima de restricción (Rsa1) para la discriminación de los genotipos.

Resultados: Se analizaron 19 muestras, 3 provenientes de quistes pulmonares y 16 de quistes hepáticos. Se logró amplificación en 15 de 19 muestras (78,9%), realizándose una identificación preliminar de los genotipos según patrones descritos. Los resultados revelaron la presencia de 2 genotipos: 14 de 15 muestras (93,3%) dieron patrón de restricción correspondiente a genotipo G1, y en 1 de 15 muestras (6,7%) el patrón de restricción observado fue de genotipo G4.

Conclusión: Con los sistemas de PCR empleados se detectó ADN de EG. El uso de una sola enzima de restricción es insuficiente para la identificación categórica de un genotipo específico, hecho que se resolverá con la aplicación de enzimas de restricción adicionales a las muestras del estudio y la ulterior secuenciación de los fragmentos amplificados.

¿PUEDE EL USO DE ANALGÉSICOS OPIÁCEOS INCREMENTAR EL RIESGO DE ERROR DIAGNÓSTICO EN PACIENTES CON DOLOR ABDOMINAL AGUDO?

Drs. C. Manterola, V. Pineda, M. Vial, H. Losada, P. Astudillo

(Departamento de Cirugía y CIGES. Universidad de La Frontera, Temuco, Chile)

Introducción: Existe controversia acerca del uso de analgesia durante el proceso diagnóstico y de toma de decisiones en pacientes con dolor abdominal agudo (DAA).

Hipótesis: El uso de analgésicos opiáceos (AO) en pacientes con DAA no incrementa el riesgo de error diagnóstico.

Objetivo: Determinar si el uso de AO en pacientes con DAA incrementa el riesgo de error diagnóstico.

Material y Método: Revisión sistemática de la literatura. Se incluyeron ensayos clínicos aleatorios (ECAs) sin restricción idiomática, que comparen el uso de AO vs placebo en pacientes con DAA, administrados antes de cualquier intervención. Fueron excluidos ECAs con resumen no disponible o temática no atingentes. Las variables consideradas fueron edad, género, efectos adversos, porcentaje de apendicitis, cambios al examen físico, modificación de intestinal del dolor medido por EVA, error diagnóstico y calidad metodológica de los estudios. Se realizó una búsqueda en las bases de datos COCHRANE y MEDLINE, utilizando términos MeSH y palabras libres. El análisis de cada artículo fue seguido por la aplicación de un score de calidad metodológica mediante el cual se calcularon promedios ponderados para cada variable. Se aplicaron las estadísticas X² y t-test⁸ para comparación de grupos.

Resultados: Tras la búsqueda realizada, se encontraron sólo 6 artículos que cumplían los criterios de selección. Los estudios representan una población de 363 pacientes tratados con opiáceos y 336 con placebo. Los valores obtenidos en cada variable analizada se resumen en la tabla anexa.

Variable	Opiáceos	Placebo	p
Edad (años)	39,4	39,6	0,9690 ⁸
Género (% femenino)	55,5	49,5	0,0986*
Efectos adversos (%)	2,9	0,0	0,0022*
Apendicitis (%)	23,3	24,0	0,9026*
Cambios al examen físico (%)	47,3	32,5	0,0001*
Reducción del dolor (mm EVA)	27,2	7,2	0,0167*

Conclusión: El uso de opiáceos en pacientes con DAA no incrementa el riesgo de error diagnóstico y reduce el dolor durante la toma de decisiones.

PROYECTO PILOTO DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE PREGRADO

Drs. J. Grageda, S. Iturra, J.E. Contreras, C. Carvajal (Hospital del Salvador, Universidad de Chile, (CEICIL) Centro de Entrenamiento en Laparoscópica)

Introducción: La cirugía laparoscópica es un procedimiento quirúrgico de mínimo acceso con fines diagnósticos o terapéuticos.

En la sede Oriente de la Facultad de Medicina, hemos ensayado un proyecto piloto de enseñanza de la cirugía laparoscópica, a cargo de los residentes de cirugía dirigido a los alumnos de pregrado.

Objetivo: Describir el método de enseñanza, valorar cuantitativamente si se obtuvo aprendizaje significativo y además evaluar si los residentes de cirugía, tienen la capacidad pedagógica técnica apropiada para impartir dichos conocimientos.

Métodos: Mediante estudio experimental prospectivo, transversal, se integraron estudiantes de 4º año de medicina, (dos ciclos anuales desde 2003 al 2005). Enfatizándose en conceptos cognoscitivos y psicomotores además de la temática descriptiva en procedimientos básicos en cirugía laparoscópica. Los alumnos se dividieron en dos grupos a cargo de dos tutores, ambos grupos fueron sometidos a evaluación antes y después del curso. Los compararon los resultados en base a los obtenidos dentro del proceso de enseñanza.

Resultados: Fueron evaluados un promedio de 97 alumnos, obteniéndose resultados favorables y con validez reconocida. Al final del estudio un 98%, demostraban resultados satisfactorios dentro del proceso de aprendizaje, y satisfechos por el método pedagógico empleado, calificando favorablemente a los residentes tutores.

Conclusión: La enseñanza de la cirugía laparoscópica básica en pregrado es un concepto novedoso pero a la vez fundamental en la capacitación de los médicos generales. Introducir estos conceptos es adecuado durante su proceso de formación académica de pregrado, siempre y cuando se cuente con los equipos e instalaciones. Siendo fundamental la preparación técnica como pedagógica de los tutores, dentro el proceso de aprendizaje de la cirugía laparoscópica básica.

PARCHE DE TROMBINA EN EL MANEJO DE LA FÍSTULA INTESTINAL, ¿UNA ALTERNATIVA?

Drs. Gastón Astroza E., Alejandro Quintas W., Humberto Flisfisch, Salustio Montalva

(Servicio de Cirugía, Hospital Ramón Barros Luco-Trudeau. Unidad de Entrenamiento Quirúrgico, Departamento de Cirugía, Campus Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Introducción: La fístula corresponde a una de las más serias complicaciones de la cirugía digestiva, asociándose a elevada morbilidad y mortalidad. A través de los años diversas investigaciones se han realizado para buscar una solución a este problema, intentándose distintas medidas como el uso de derivados de somatostatina, injertos de mucosa porcina, inyección endoscópica de Histoacryl entre otras, sin obtenerse los resultados esperados. El objetivo de este trabajo es evaluar la utilidad del parche de Trombina en el manejo de las fístulas intestinales.

Material y Método: Se realizó un modelo experimental que consistió en formar en base a hemoderivados asociados a calcio, y según una fórmula preestablecida, un parche de trombina. Este se expuso en forma continua a secreciones intestinales, las que se obtuvieron desde fístulas intestinales e ileostomías de pacientes hospitalizados en nuestro servicio. Dichas secreciones se controlaron mediante medición de pH. Una vez expuesto el parche a las secreciones, se controló la impermeabilidad y la duración de ésta a intervalos preestablecidos en forma arbitraria de tiempo (0,3 y 6 horas). Todos los experimentos fueron efectuados bajo similares condiciones ambientales (18-20°C).

Se analizaron los resultados observándose el pH de las secreciones obtenidas, la impermeabilidad presentada por el parche de trombina frente a estas a los intervalos de tiempo preestablecido y la existencia o no de diferencia de permeabilidad según las diferentes secreciones. Se utilizó test Chi² para variables categóricas, con error alfa igual o inferior a 0,05.

Resultados: Se realizó un total de 20 experimentos. Las secreciones obtenidas presentaron pH de 3, 4, 5 y 6 en las diferentes muestras. La totalidad de los experimentos fueron impermeables al iniciarse el experimento. Durante el control a las 3 horas, 8 de las muestras presentaron pérdida de la impermeabilidad. Al evaluar si existía diferencia en la permeabilidad del parche frente a los diferentes pH, no se obtuvo significación estadística (p=0,976). Durante el control de las 6 horas, la totalidad de los experimentos se habían vuelto permeables.

Conclusión: Concluimos que el parche de trombina no es una alternativa útil para el manejo de las fístulas intestinales ya que independiente de las secreciones a las que se expone, se vuelve permeable en corto período de tiempo.

APENDICECTOMIA NEGATIVA. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

Drs. *Jean Michel Butte B., Armando Iñiguez C., Rodrigo Muñoz C., Fernando Crovari E., Luis Ibáñez A., Javiera Torres M., Osvaldo Llanos L.*

(Departamentos de Cirugía Digestiva, División de Cirugía y Anatomía Patológica. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: La apendicitis aguda (AA) es la cirugía de urgencia más frecuente. Sin embargo, el diagnóstico puede ser incorrecto.

Objetivos: Evaluar las características de los pacientes operados por sospecha de AA en quienes no se confirmó el diagnóstico luego del estudio anatomopatológico y compararlos con un grupo de pacientes controles en quienes se confirmó la AA.

Material y Método: Se analizó en forma retrospectiva a los pacientes operados por sospecha de AA, entre 2000 y de 2005 en el Hospital de la Universidad Católica. Se dividieron en grupo A (sin confirmación de AA) y grupo B (AA confirmada). En cada paciente se evaluó las características clínicas, los exámenes preoperatorios y la evaluación por otros especialistas. Se utilizó el test de student para las variables continuas y el de χ^2 para las variables nominales.

Resultados: Fueron operados 2450 pacientes. El grupo A está compuesto por 71 pacientes, 52 (73,2%) mujeres y 19 (26,6%) hombres con una edad de $25,8 \pm 4$ años. El grupo B está compuesto por 71 pacientes, 49 (69%) mujeres y 22 (31%) hombres con una edad de $34,6 \pm 7,8$ años ($p < 0,001$). El tiempo de evolución de la enfermedad de los pacientes del grupo A fue de $30,6 \pm 32,7$ horas y de $31,2 \pm 31,1$ en los del grupo B ($p = 0,9$). Los enfermos del grupo A fueron observados clínicamente por $15,5 \pm 22$ horas y los del grupo B por $6,9 \pm 6,8$ horas ($p = 0,01$). El dolor fue migratorio en 45 (63,3%) del grupo A y en 54 (76%) del grupo B ($p = 0,7$); 34 (47,8%) del grupo A y 44 (61,9%) del grupo B manifestaron náuseas o vómitos ($p = 0,5$); 22 del grupo A (30,9%) y 25 (35,2%) del grupo B presentaron fiebre ($p = 0,9$); 28 (39,4%) del grupo A y 54 (76,1%) del grupo B presentaron signos de irritación peritoneal ($p = 0,001$). El recuento de glóbulos blancos (RGB) de los enfermos del grupo A

fue de 10915 ± 4244 y de 15004 ± 4047 en los del grupo B ($p < 0,0001$). La proteína C reactiva (PCR) de los pacientes del grupo A fue de $2,6 \pm 4$ y de $7 \pm$ en los del grupo B ($p = 0,002$). Se realizó una evaluación por ginecólogo en 20 (38,4%) de las pacientes del grupo A y en 10 (20,4%) del grupo B ($p = 0,05$) y en todas fue normal. En 11 (15,5%) pacientes del grupo A el diagnóstico final fue de causa ginecológica. El principal diagnóstico en el grupo A fue dolor abdominal inespecífico en 28 (39,4%) enfermos.

Conclusiones: El cuadro clínico no siempre permite caracterizar a los pacientes sin AA. El RGB y la PCR parecen ser de mayor utilidad en el diagnóstico. La evaluación ginecológica por especialista tuvo un bajo rendimiento.

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES QUIRÚRGICAS MÁS FRECUENTES EN CHILE

Drs. *G. Watkins¹, F. Parada², R. Zamora³, P. Peters³, C. Medina³, A. Rojas³ y E. Miranda³*

(¹Departamento de Cirugía, Hospital Clínico J. J. Aguirre, Universidad de Chile. ²Becado Cirugía General, Universidad de Chile, Campus Norte, HCUCH, ³Interno, Universidad de Chile, Campus Norte)

Introducción: En Chile las tres intervenciones quirúrgicas más frecuentes (IQMF) son las operaciones de vesícula biliar, hernias de pared abdominal y la apendicectomía. El objetivo es analizar la tendencia de las IQMF en los últimos 35 años.

Material y Método: Se analizó el Anuario de Egresos Hospitalarios y de Defunciones del MINSAL y Anuarios de Demografía del INE entre 1968 y 2003, clasificadas según CIE-9-10.

Resultados: La patología quirúrgica genera el 10% de los egresos hospitalarios del país. Las operaciones según frecuencia son vesícula, apendicitis aguda y hernias. Representan más del 75% de los egresos quirúrgicos. La tasa de egresos hospitalarios por 100.000 habitantes ha aumentado en apendicectomía, se ha mantenido en hernia y decrecido vesícula. El promedio de edad para vesícula es 49,2; hernias 41,5 y apéndice 23 años. Para apéndice la mediana es 19 años. El 73,4 de vesícula son mujeres, en hernias el 41,3% y apéndice el 44,8. La tasa de mortalidad ha disminuido desde 14,0 (por 1.000 habitantes) en 1968, a 2,0 en 2001. Las muertes disminuyeron de 1.277 (1968) a 303 (2001).

Conclusiones: Las tres IQMF representan el 10% de los egresos y 75% de egresos quirúrgicos. La tasa de egresos hospitalarios (EH) por colecis-

topatía disminuyó hasta 1990 donde se observó un aumento. La tasa de EH para la hernia es estable y la tasa de EH de la apendicectomía muestra un aumento sostenido. El riesgo de hospitalización por estas 3 patologías ha disminuido en un 11,9%. La distribución por edad muestra que la apendicectomía afecta a una población joven, y que la colecistopatía y hernias a una población adulta. Las mujeres representan el 55,7% de los egresos siendo la colecistopatía la afección que concentra un mayor desequilibrio por género, con un 75% de egresos femeninos. La mortalidad muestra una reducción notable tanto en números como tasa/habitante. El riesgo de morir es 2 por 100.000 habitantes/año y el riesgo de morir hospitalizado es 25 en 10.000 (0,25%).

Los cambios requieren un análisis exhaustivo para relacionarlos con factores específicos.

PÓLIPOS DE VESÍCULA BILIAR SIN LITIASIS Y COLECISTECTOMÍA

Drs. R. Torres-Quevedo, O. Lynch, Als.: N. Pérez, S. Martínez, A. Giacaman, C. Goecke
(Servicio de Pensionado, Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción)

Introducción: Los pólipos de la vesícula biliar son neoplásicos, de carácter benigno o maligno, y no neoplásicos. Las lesiones más frecuentes son los pseudotumores, y de ellos el pólipo de colesterol. El objetivo del presente trabajo es describir las características de una serie de sujetos sometidos a colecistectomía por pólipos vesiculares.

Material y Método: Estudio observacional, del tipo serie de casos, sobre un universo de 750 colecistectomías, efectuadas durante los años 1991 y 2005. Del total de las colecistectomías, se obtiene una muestra de 55 sujetos que representan al total de pólipos de la vesícula biliar sin litiasis asociada. El muestreo fue no probabilístico, de casos consecutivos. El promedio de edad es 45,9 años con d.s. de 12,5 años. La relación hombre:mujer fue 1:1, con leve predominio del género femenino (52,7%).

Resultados: La prevalencia de colecistectomías por pólipos vesiculares sin litiasis asociadas fue de 7,3% (IC_{95%} 5,6-9,4%). Todos los sujetos fueron operados con diagnóstico ecográfico de pólipo vesicular, el 54,6% presentaba síntomas de dispepsia biliar, el 18,2% cólicos biliares, un sujeto tenía antecedentes de ictericia obstructiva y otro presentaba antecedentes de pancreatitis. La colecistectomía videolaparoscópica se realizó en el 98,2%, con un 3,2% (2/54) de conversión por observar lesión

sospechosa de pared vesicular. Un sujeto fue intervenido por vía laparotómica, ya que tenía asociada una lesión gástrica que se resecó durante la misma intervención. No hubo morbimortalidad perioperatoria. En el estudio histopatológico, el 16,4% tenía diagnóstico de colecistitis crónica, el 20,0% colesterólisis y el 63,6% restante confirmó ambas lesiones. La presencia de pólipos se confirmó en el 92,3% (51/55) de los sujetos, de estos el 88,2% eran pólipos de colesterol y el resto pólipos hiperplásicos. El número de pólipos por vesícula fue variable y el tamaño promedio fue 5.0 mm con d.s. de 2.1 mm. Los 4 sujetos sin pólipos tenían un adenocarcinoma de la pared vesicular.

Conclusión: La prevalencia de lesiones polipoideas coincide con lo descrito en la literatura. Todos los pacientes presentan patología vesicular agregada, siendo lo más frecuente la asociación de colecistitis crónica y colesterólisis. La gran mayoría (76,4%) se interviene por presentar síntomas similares a la colelitiasis, características publicada en otras series latinoamericanas. Finalmente, creemos que los síntomas presentes, la condición de premalignidad de algunas lesiones y los hallazgos histopatológicos, constituyen causas suficientes para considerar la colecistectomía como indicación para los pólipos vesiculares.

DIÁMETRO DE LOS CÁLCULOS VESICULARES Y SU RELACIÓN CON LA EDAD

Drs. G. Watkins¹, F. Parada², R. Zamora³, P. Peters³, C. Medina³, A. Rojas³ y E. Miranda³

(¹Departamento de Cirugía, Hospital Clínico J.J. Aguirre, Universidad de Chile. ²Becado Cirugía General, Universidad de Chile. ³Interno, Universidad de Chile, Campus Norte)

Introducción: En la literatura mundial se menciona como factor de riesgo de Cáncer a la Vesícula Biliar los cálculos vesiculares de mayor tamaño. Se estudia la edad del paciente con colelitiasis y el diámetro de los cálculos vesiculares para evaluar la existencia de correlación.

Material y Método: Se estudiaron 245 pacientes con colelitiasis a los cuales se les registró la edad y el género y se les midió el diámetro mayor de los cálculos vesiculares por ultrasonografía transabdominal, en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, entre junio de 2004 y junio de 2005. Las mediciones fueron hechas por un solo radiólogo. Se analizaron estadísticamente con el Índice de correlación de Spearman.

Resultados: Se produce un crecimiento de los cálculos vesiculares desde 1,17 cm de diámetro

promedio entre los 20 y 30 años a 1,85 cm entre los 50 y 60 años. El índice de correlación de Spearman es estadísticamente significativo.

Conclusiones: Los cálculos vesiculares crecen a lo largo de los años y la relación que existe entre diámetro mayor de los cálculos vesiculares y el riesgo de cáncer de vesícula biliar se puede deber a que los cálculos de mayor diámetro traducen mayor tiempo de evolución de la colelitiasis.

NATURALEZA DE LOS PÓLIPOS DE LA VESÍCULA BILIAR SOMETIDOS A COLECISTECTOMÍA

Drs. G. Seguel, Ints. E. Fres, M. Frez, F. Pinochet, Dr. R. Espinosa, J. Suárez

(Cátedra de Cirugía y Departamento de Anatomía Patológica. Hospital Naval Almirante. Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso)

Introducción: Existen distintos enfoques para el manejo de pólipos vesiculares, como colecistectomía para todo paciente con pólipo vesicular, para aquellos sintomáticos, que midan entre 6 y 10 mm o crezcan. El objetivo de este trabajo es aportar datos que contribuyan a optar entre colecistectomía sistemática o selectiva, caracterizando las lesiones polipoideas vesiculares, especialmente en relación a adenomas y adenocarcinoma.

Material y Método: Se realizó un estudio descriptivo revisando 118 fichas de los pacientes con pólipos vesiculares sometidos a colecistectomía en nuestro centro entre enero de 1995 y diciembre de 2004.

Resultados: Se encontró 118 pacientes con pólipos en 3780 colecistectomías (3,1%). La relación hombre-mujer fue 1:1.1. El tamaño promedio fue 4.1 mm. El 54,2% fueron hallazgos en el estudio anatomopatológico. Los pólipos de colesterol (67,9%) y los hiperplásicos (20,3%) fueron los más frecuentes. Los adenomas correspondieron al 9,3%. Se encontró 3 pacientes con cáncer vesicular *in situ* (2,5%) en pólipos adenomatosos, de los cuales 1 no se asocia a litiasis y mide 5 mm, otros 2 asociados a litiasis de 5 y 10 mm respectivamente.

Discusión: El hallazgo de pólipos es superior a otras publicaciones. Destaca una menor diferencia en la proporción hombre-mujer. Nos parece de gran importancia el hallazgo de cáncer en pólipos adenomatosos de 5 mm, en un caso no asociado a litiasis.

Conclusión: Aunque el hallazgo de cáncer en pólipo no asociados a litiasis vesicular es bajo (2,1%), el hallazgo de dos casos con pólipos de 5 mm (uno no estaba asociado a litiasis), cuestiona una conducta contemplativa, enfatizando la vigilancia ecográfica estrecha, e incluso plantea la colecistectomía laparoscópica como método diagnóstico y terapéutico frente a todo pólipo vesicular.

Seccional: CIRUGÍA BARIÁTRICA

GASTROPLASTIA VERTICAL DERIVATIVA (GVD): UNA NUEVA TÉCNICA QUIRÚRGICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD, REPORTE PRELIMINAR

Drs. *M. Alamo*¹, *C. Sepúlveda*², *L. Zapata*³

(¹Jefe Servicio de Cirugía, Hospital Dipreca, Profesor Adjunto Universidad de Valparaíso. ²Residente de Cirugía, Universidad de Valparaíso, Servicio de Cirugía, Hospital Dipreca. ³Interno, Universidad de Santiago de Chile)

Introducción: El objetivo de esta investigación es presentar los resultados preliminares de una nueva técnica quirúrgica restrictiva y mal absorbente para el tratamiento de la obesidad mórbida, denominada Gastroplastia Vertical Derivativa (GVD).

Material y Método: 30 pacientes (22 mujeres y 8 hombres) con IMC >40 kg/m² o IMC >35 kg/m² con comorbilidades, fueron sometidos a una GVD entre febrero de 2004 y mayo de 2005. El abordaje fue vía laparoscopia en 17 pacientes, laparotomía en 12 y una conversión. La técnica consiste en la creación de un tubo gástrico preservando el píloro para luego ascender una Y de Roux de 300 cm al remanente gástrico desfuncionalizado a 30 cm del ángulo de treitz. El protocolo de estudio incluye 140 variables.

Resultados: El IMC y Peso preoperatorio promedio fue de 41,22±5,1 kg/m² y 110,7±16,2 kg. Su IMC y peso promedio a los 12 meses fue de 23,45±3,6 kg/m² y 65,1±14,9 kg respectivamente, con una baja promedio del exceso de peso de 90,15%±11,9 a los 12 meses. Ningún paciente presentó dumping. Las tasas de mejoría de las comorbilidades asociadas superan el 90%. Las morbilidades registradas fueron: dehiscencia de sutura gástrica, hemoperitoneo, úlcera en gastroenterostomía, anemia de causa no precisada y coleditiasis. No hubo mortalidad.

Conclusión: La gastroplastia vertical derivativa, es una técnica restrictiva y mal absorbente, segura y efectiva, ya que presenta tasas de baja de peso y mejoría de comorbilidades similares a otras técnicas, con una baja morbilidad.

Tiene algunas ventajas, como la ausencia de dumping y de estenosis clínicamente significativa de la gastroenterostomía, que pudieran presentarse en otras cirugías de la obesidad. Además al no producir un *by pass* del duodeno, permite la absorción fisiológica de hierro y el acceso diagnóstico y/o terapéutico a la ampolla de Vater.

BANDING GÁSTRICO AJUSTABLE EN PACIENTES CON IMC MENOR A 35

Drs. *M. Berry*, *C. Martínez*, *L. Urrutia*

(Unidad de Cirugía Bariátrica, Clínica Las Condes)

Las indicaciones para el tratamiento quirúrgico de la obesidad están claramente definidas. Sin embargo, existe un grupo de pacientes con IMC menor a 35 kg/m² en los cuales las alternativas terapéuticas son controversiales, especialmente si se asocia a comorbilidades derivadas de la obesidad.

El objetivo del presente trabajo es evaluar los resultados a corto y mediano plazo especialmente orientados a la corrección del exceso de peso y comorbilidades asociadas.

Entre octubre 2003 y mayo de 2005 se realizaron 38 procedimientos de banding gástrico laparoscópico (Lap-Band, INAMED, Santa Bárbara, CA) por un mismo equipo quirúrgico. La edad promedio fue de 39 años, con un IMC de 32,8 kg/m² (30-34,5).

No hubo mortalidad en la serie. Las complicaciones fueron de un 7,9% e incluyeron sangrado de pared abdominal (sitio de trocar) autolimitado, 1 deslizamiento agudo y una intolerancia tardía al procedimiento.

El porcentaje de pérdida del exceso de peso alcanzó al 45,4% a los 6 meses y 57,7% a los 12 meses.

La curación o mejoría de las comorbilidades asociadas a la obesidad alcanzó al 84% a los 6 meses.

El Banding gástrico laparoscópico ajustable constituye una alternativa quirúrgica segura, efectiva y con una tasa de complicaciones baja, para el manejo de pacientes obesos con IMC bajo 35 espe-

cialmente asociado a comorbilidades en el mediano plazo.

BANDING GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO EN PACIENTES OBESOS ADOLESCENTES

Drs. *M. Berry, M. Guelfand*, C. Martínez, L. Urrutia* (Unidad de Cirugía Bariátrica y *Cirugía Infantil-Clínica, Las Condes)

Existe un 17% de adolescentes obesos en Chile y de ellos un gran porcentaje será obeso en la vida adulta.

Muchas de las patologías observadas en el obeso adulto son frecuentes en el obeso adolescente.

La búsqueda de alternativas eficaces para el manejo de estos pacientes es discutible y la banda gástrica ajustable por vía laparoscópica ofrecería una alternativa efectiva y segura. El objetivo del presente trabajo es evaluar las características y los resultados de pérdida de exceso de peso a corto y mediano plazo en pacientes obesos adolescentes sometidos a banding gástrico laparoscópico a cargo de un equipo quirúrgico estable y de experiencia.

Entre agosto 2004 y enero 2005 se realizaron 21 procedimientos de banding gástrico por vía laparoscópica (Lap-Bad, INAMED, Santa Bárbara, CA). La edad promedio fue de 17 años (13-19), con un IMC de 38,6 kg/m² (31-51). Las comorbilidades presentes con mayor frecuencia fueron resistencia insulínica e hiperinsulinismo, hiperuricemia e hígado graso. La pérdida de exceso de peso fue de 36,2% a los 6 meses y de 54,1% a los 12 meses.

No hubo mortalidad en la serie y las complicaciones alcanzaron al 9,5% las que correspondieron a dos deslizamientos a los 6 meses postoperado.

Los autores consideran al Banding gástrico laparoscópico como la técnica de elección en el paciente obeso adolescente, por ser un método seguro y efectivo para el manejo de la pérdida de peso a corto y mediano plazo. Los buenos resultados deberán confirmarse con el seguimiento alejado.

COMPLICACIONES EN CIRUGÍA DE LA OBESIDAD MÓRBIDA

Drs. *A.M. Burgos, P. Burdiles, A. Csendes, J.C. Díaz, F. Maluenda*

(Departamento de Cirugía, Hospital Clínico, Universidad de Chile)

Introducción: El bypass gástrico abierto con Y de Roux es la operación más comúnmente realizada para el tratamiento de la obesidad mórbida y

últimamente ha habido un incremento en realizar ésta cirugía por vía laparoscópica.

El objetivo del estudio es describir la frecuencia y tipos de complicaciones quirúrgicas en un grupo de pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica por vía abierta o laparoscópica.

Material y Método: El estudio se realizó en el Depto. de Cirugía del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago. En el 1^{er} grupo, entre el 01 de agosto de 1999 hasta el 30 de julio de 2005 se operaron 600 pacientes por cirugía abierta, realizándose bypass gástrico resectivo. En el 2^o grupo entre el 24 de febrero de 2002 al 30 de julio de 2005 se operaron 145 pacientes por vía laparoscópica, realizándose bypass gástrico resectivo en 70 pacientes y bypass gástrico no resectivo en 75 pacientes.

Resultados: En el 1^{er} grupo con cirugía abierta hubieron complicaciones en 43 pacientes 7,2%. En el 2^o grupo se complicaron 25 pacientes 17,2%; de éstos 16 (64%) correspondieron a pacientes con bypass resectivo laparoscópico y 9 (36%) con bypass no resectivo laparoscópico. En los 2 grupos la complicación más frecuente fue la fístula gastroyeyunal con un 2,3% (14 casos) en el primero y 7,6% (11 casos) en el segundo. Las otras complicaciones, en el primero y segundo grupo respectivamente, fueron colecciones intraabdominales 1% y 0,7%, obstrucción yeyunal 0,5% y 2,8%, fístulas duodenales 0,7% y 0,7%, fístulas yeyunales 0,2% y 1,4%, también se presentó hemoperitoneo, trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar.

Conclusión: En el grupo de estudio la complicación más frecuente fue la fístula gastroyeyunal.

EVALUACIÓN MEDIANTE SCORE BAROS DE LOS RESULTADOS DEL BYPASS GÁSTRICO EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD MÓRBIDA

Drs. *Julio Fernando González P, Ints Gonzalo Gómez C, Genaro Arriagada P.*

(Servicio y Cátedra de Cirugía del Hospital Dr. Eduardo Pereira, Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso.)

El sistema de evaluación mediante el score BAROS (Bariatric analysis and reporting outcome system) se ha validado como el mejor sistema de evaluación integral y objetivo de los beneficios de la cirugía bariátrica, ya que considera distintas variables como la pérdida de sobrepeso, corrección de las enfermedades asociadas a la obesidad severa, morbimortalidad del procedimiento a corto y largo plazo, y sobre todo incorpora la evaluación de la calidad de vida postoperatoria.

El objetivo del presente trabajo fue aplicar el score BAROS en una serie de pacientes operados, por un mismo cirujano, y comparar los resultados con los de otras publicaciones recientes.

De 57 pacientes obesos mórbidos operados en el Hospital Dr. Eduardo Pereira entre 1999 y mediados del 2004 con técnica abierta de bypass gástrico, se revisó la ficha y se entrevistó a 31 pacientes que tenían más de 12 meses de evolución con buen control médico-quirúrgico. El promedio de edad fue 42 años (rango 18 a 60), el IMC promedio fue 49 Kg/m². El porcentaje promedio de exceso de sobrepeso perdido fue un 67%. Las comorbilidades mayores mejoraron en un 94%. La calidad de vida de acuerdo al test de Moorehead - Ardelt mejoró en todos los pacientes.

La evaluación con el score BAROS fue de fácil aplicación y sus resultados fueron: excelente en el 58,1%, muy bueno en el 22,6%, bueno en el 16,1%, y 3,2% regular, cifras que son comparables a las mejores publicadas recientemente por otras experiencias en cirugía bariátrica.

ANÁLISIS COMPARATIVO DE 200 BYPASS GÁSTRICOS ABIERTOS Y LAPAROSCÓPICOS

Drs. L. Rodríguez, M. Alamo, P. Brante, J. Parra, E. Reyes, O. Isla, J. Saba
(Centro de Cirugía de la Obesidad Hospital Dipreca)

El desarrollo de la cirugía de la obesidad mórbida, junto al de la cirugía mínimamente invasiva, han inducido naturalmente a implementar en muchos centros la técnica laparoscópica como el estándar adecuado a la práctica actual. Sin embargo, es posible que los requerimientos crecientes de nuestra población nacional, no puedan ser satisfechos adecuada y oportunamente si no se considera la opción de la cirugía por laparotomía, en muchos grupos poblacionales. Por otro lado, la evidencia científica demuestra que los resultados a largo plazo de ambas técnicas, son similares. El presente trabajo analiza algunos aspectos de ambas técnicas quirúrgicas y su evolución dentro de los primeros 30 días, con el objeto de poner en evidencia factores que validen la mantención de la técnica abierta en algunos centros quirúrgicos, como una técnica con adecuada relación costo-beneficio. Se analiza en forma retrospectiva, un grupo de 200 pacientes operados entre Enero 2001 y Mayo de 2005 en el Centro de Cirugía de la Obesidad del Hospital Dipreca. 100 de ellos por Laparotomía clásica y 100, por vía laparoscópica. Ambos grupos presentan similares condiciones en cuanto a edad,

sexo, peso, IMC y patología concomitante. La decisión de Vía de abordaje fue determinada por la existencia de Cirugía abdominal previa, patología concomitante, y disponibilidad de recursos humanos, tecnológicos y financieros. Se revisó cada caso recopilando información respecto de los siguientes parámetros: Días de estada intrahospitalaria, tiempo quirúrgico, uso de analgesia en el postoperatorio, morbimortalidad, reoperaciones y costo. El grupo con laparotomía, tuvo un promedio de días de hospitalización de 5,2, un promedio de tiempo quirúrgico de 135 minutos, un uso de PCA de Morfina por 24 hrs., una morbilidad del 4%, un 2% de reoperaciones y no tuvo mortalidad. El grupo con laparoscopia, tuvo un promedio de días de hospitalización de 3,5, un tiempo quirúrgico promedio de 150 minutos, un uso de PCA de Morfina de 12 horas, una morbilidad del 3%, y no hubo reoperaciones ni mortalidad. El costo de la cirugía abierta tuvo un promedio de \$1.137.268 y el de la cirugía laparoscópica, de \$1.994.411. Se concluye que no existen diferencias significativas en los factores evaluados en ambas series pero sí una categórica diferencia en el costo por lo que la Vía de abordaje clásica para el Bypass gástrico, es una alternativa absolutamente válida con niveles similares de morbimortalidad y una buena relación costo-beneficio.

IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO DE LOS PACIENTES OBESOS TRATADOS CON BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE

Drs. J.E. Contreras, Nta. I. Darvich, Ps. S. Navarrete, Ps. Paula Díaz, C. Carvajal, O. Grageda, F. Ojeda, S. Iturra
(Servicio de Cirugía y Obesidad, Clínica Santa María. Departamento de Cirugía, Universidad de Chile, Sede Oriente)

Introducción: La banda gástrica tiene indicaciones claras para los pacientes con obesidad. Sus resultados dependen de una adecuada selección de pacientes, correcta técnica quirúrgica y un seguimiento estricto. Poco se conoce de la importancia de la adherencia postoperatoria de estos pacientes.

Objetivo: Evaluar en forma descriptiva nuestra experiencia en el manejo postoperatorio de pacientes tratados con banda gástrica ajustable.

Material y Método: Con un protocolo prospectivo de un total de 101 pacientes operados fueron incluidos 66 pacientes operados con banda gástrica en el período junio 2002 y junio 2005. Para la selección e indicación quirúrgica se usaron los criterios NHI 1991. Los 66 pacientes que cumplieron

con los requisitos para este estudio fueron separados en dos grupos de acuerdo a la adherencia al seguimiento. Se consideró bien adherido a el paciente que acudió a más del 75% de los controles. Los ajustes se efectuaron siguiendo las pautas recomendadas por Inamend. Se evaluó el porcentaje de reducción de exceso de peso, el promedio de reducción mensual, índices antropométricos y reducción de patologías.

Resultados: Pacientes adheridos fueron 37 (56%) y no adheridos 29 (44%). Se encontró clara diferencia a favor de pacientes adheridos que redujeron el exceso de peso con promedio de 89,3% contra 34,2% en el otro y redujeron 2,68 kg al mes contra un 0,8 kg. Además se efectuaron en promedio 2,5 ajustes contra 1,8. Hubo 6 fracasos en los no adheridos contra 2 el otro grupo. El grado de satisfacción, mejoría de calidad de vida fue mejor en pacientes adheridos y la reducción de patologías asociadas fue de un 85% contra un 40%.

Conclusión: El mejor resultado del tratamiento de pacientes con banda gástrica se obtiene con aquellos bien adheridos al programa de control y seguimiento.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA REALIZADA A PACIENTES DE CLÍNICA SANTA MARÍA, PREVIA COLOCACIÓN DE BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE (BGA)

Drs. *Juan Eduardo Contreras, Ps. Sandra Navarrete, Nta. Ingrid Darvich, Ps. Paula Díaz, Allister Gibbons*

(Servicio de Cirugía y Obesidad, Clínica Santa María. Departamento de Cirugía, Universidad de Chile, Sede Oriente)

Introducción: Los aspectos psicológicos cobran especial relevancia en la evaluación de pacientes candidatos a cirugía bariátrica. La importancia de esto, se basa en una mejor selección de los pacientes para el posterior tratamiento multidisciplinario.

Objetivo: Describir la experiencia inicial de la evaluación psicológica preoperatoria en pacientes que se colocarán la BGA.

Material y Método: Fueron estudiados 41 pacientes en forma retrospectiva, durante el período diciembre de 2004 y julio 2005. Se aplicaron a todos los pacientes: el "Eating Disorder Inventory" (EDI-1), para trastornos de la alimentación y el "State Trait Anxiety Inventory" (STAI) que evalúa ansiedad como estado y rasgo. Además, aquellos pacientes que en la entrevista clínica presentaron indicadores de psicopatología gruesa y depresión,

se les aplicó el Test de Rorschach y Escala de Depresión de Beck, respectivamente.

Como métodos estadísticos se utilizaron: Prueba Exacta de Fisher; T de Student y Chi cuadrado.

Resultados: Del total de los pacientes, 28 (68,3%) eran mujeres; su promedio de edad fue $43,2 \pm 11$; 31 89% eran obesos mórbidos.

En esta muestra un 65,9% presentó ansiedad como estado, con mayor prevalencia en hombres. Un 68,3% de la muestra resultó positiva para la prueba de ansiedad como rasgo, sin diferencia estadística entre los sexos.

De los resultados del EDI-1, los subtipos de trastornos alimenticios más frecuentes correspondieron a: "Obsesión por delgadez" en un 100%; "Insatisfacción corporal" en un 98%; "Miedo a la madurez" en un 83%; "Perfeccionismo" en un 73%. El 76% presentó trastornos del comer.

Conclusión: Los pacientes de la muestra presentaron una alta prevalencia de ansiedad como estado y rasgo de personalidad. Asimismo en la escala EDI-1, hubo un amplio espectro de subtipos de trastornos alimenticios.

Se deja en evidencia la necesidad de una investigación que evalúe el impacto de la atención psicológica personalizada a los pacientes, postcirugía bariátrica.

BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO CON TÉCNICA ANTECÓLICA VERSUS TRANSMESOCÓLICA: ESTUDIO COMPARATIVO

Drs. *Gustavo Pérez B., Alex Escalona P., Fernando Crovari E., Fernando Pimentel M., Nicolás Devaud J., Alejandro Raddatz E., Sergio Guzmán B., Luis Ibáñez A.*

(División de Cirugía, Departamento de Cirugía Digestiva, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: El bypass gástrico en Y de Roux (BPG) realizado por vía laparoscópica es actualmente una de las alternativas de elección en el tratamiento quirúrgico de la obesidad. Algunos aspectos técnicos del procedimiento, como es la vía de ascenso del asa alimentaria, son aún causa de discusión. El objetivo de este estudio es comparar los resultados de pacientes sometidos a este procedimiento con ascenso de asa alimentaria por vía transmesocólica y antecólica en nuestro Hospital.

Material y Método: Se revisó el registro prospectivo de todos los pacientes sometidos a BPG laparoscópico desde agosto de 2001 a agosto de 2005. Se registraron los datos demográficos de

cada pacientes características clínicas y la evolución postoperatoria. Complicaciones precoces fueron definidas como aquellas que se presentaron dentro de los primeros 30 días y tardías las posteriores a este período. Se realizó seguimiento de todos los pacientes a través de médicos tratantes, ficha clínica o evaluación clínica.

Resultados: La serie está compuesta por 754 pacientes. La edad es de $37,5 \pm 10$ años, 552 pacientes (73%) son mujeres. El índice de masa corporal (IMC) es de $41,3 \pm 5$ (kg/m^2). En total 454 (60,2%) pacientes fueron sometidos a BPG laparoscópico con ascenso de asa alimentaria por vía antecólica y 300 (39,7%) por vía transmesocólica. En 10 pacientes (1,3%) hubo necesidad de conversión. El tiempo operatorio fue de 116 ± 47 minutos. La estadía hospitalaria fue de $4 \pm 2,5$ días. Complicaciones precoces presentaron 68 pacientes (9%), 19 de ellos (2,5%) fueron reintervenidos. En el seguimiento 36 pacientes (4,7%) fueron reintervenidos por íleo mecánico o hernia interna, en 27 de ellos (3,5%) el procedimiento fue realizado en forma tardía. Esta complicación se observó en 28 de 300 pacientes (9,3%) con ascenso de asa alimentaria por vía transmesocólica y en 8 de 454 pacientes (1,7%) con ascenso antecólico, $p < 0,001$. La mediana de seguimiento postoperatorio es de 11 meses. El porcentaje de pérdida del exceso de peso a los 6 y 12 meses es de 79 y 97% respectivamente. Complicaciones tardías que requirieron reintervención se observaron en 19 pacientes (4,1%).

Conclusión: En BPG laparoscópico el ascenso de asa alimentaria por vía antecólica presenta menor frecuencia de hernia o íleo mecánico postoperatorio.

BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD MÓRBIDA: EXPERIENCIA EN LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

Drs. *Luis Ibáñez A., Alex Escalona P., Gustavo Pérez B., Fernando Crovari E., Fernando Pimentel M., Nicolás Devaud J., Alejandro Raddatz E., Sergio Guzmán B.*

(División de Cirugía. Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: La obesidad es un grave problema de salud pública. El bypass gástrico en Y de Roux (BPG) es actualmente una de las alternativas de elección en el tratamiento quirúrgico de la obesidad. El objetivo de esta presentación es presentar la experiencia en el tratamiento de la obesidad en

el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, con este método y comparar los resultados de pacientes sometidos a cirugía abierta con cirugía laparoscópica.

Material y Método: Se revisó el registro prospectivo de todos los pacientes sometidos a BPG desde agosto de 1992 a agosto de 2005. Se registraron los datos demográficos de cada paciente, características clínicas y la evolución postoperatoria. Complicaciones postoperatorias fueron definidas como aquellas que se presentaron dentro de los primeros 30 días desde la cirugía. Se realizó seguimiento a los pacientes a través de médicos tratantes, ficha clínica o evaluación clínica.

Resultados: La serie está compuesta por 1520 pacientes. La edad es de $38,4 \pm 11,3$ años, 1095 pacientes (72%) son mujeres. El índice de masa corporal (IMC) es de $42,3 \pm 6,2$ (kg/m^2). La presencia de HTA y DM II se observó en 470 (30,9%) y 207 (14%) pacientes respectivamente. Fueron operados 766 pacientes (50,3%) por técnica abierta y 754 (49,7%) por vía laparoscópica. Se realizó una colecistectomía en 160 pacientes (10,5%). El tiempo operatorio fue de $114,8 \pm 39$ minutos en cirugía abierta y 116 ± 47 en cirugía laparoscópica, $p = \text{NS}$. La estadía hospitalaria fue de $6,8 \pm 4,8$ y $4 \pm 2,5$ días en cirugía abierta y laparoscópica respectivamente, $p < 0,0001$). Dos pacientes fallecieron luego del procedimiento (0,13%). Complicaciones precoces presentaron 152 pacientes (10%), 84 operados por técnica abierta y 68 por vía laparoscópica, $p = \text{NS}$. En total 37 pacientes (2,4%) fueron reintervención. El IMC promedio al 1º, 3º y 5º año es de 28,29 y 30 kg/m^2 respectivamente.

Conclusión: El bypass gástrico es una alternativa efectiva en el tratamiento de la obesidad. La técnica abierta y laparoscópica presentan tiempo operatorio y morbilidad similar. La estadía hospitalaria es menor en cirugía laparoscópica.

RESULTADOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA DEL HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO, UTILIZANDO EL TEST DE BAROS

Drs. *H. Ríos¹, L. Manríquez^{1,2}, L. Suárez¹, S. Ferone³, M. Cortés², Ints. F. Vargas⁴, N. Veas⁴, N. Kerrigan⁴, E. Vega⁴*

(¹Servicio de Cirugía y ³Nutrición del Hospital Militar de Santiago, ²Universidad de Valparaíso, ⁴Universidad de Los Andes)

Introducción: La cirugía bariátrica ha sido progresivamente aceptada como tratamiento de la obesidad mórbida.

Objetivos: Analizar los resultados de ésta técnica con un método estándar como es el test de BAROS.

Material y Métodos: Se revisa fichas de pacientes operados entre diciembre de 1999 y noviembre de 2003, obteniendo datos según estipula el test de BAROS.

Resultados: Se intervino 125 pacientes, 37 (29,3%) hombres y 88 (70,4%) mujeres. La edad promedio fue de 39,6 años (18-65 años) 113 pacientes fueron sometidos a bypass gástrico y 12 a banding, 19 pacientes presentaron complicación médica, 17 pacientes presentaron complicación quirúrgica precoz; hemorragia intraoperatoria (n=5), fístula gastroyeyunal (n=7), vólvulo (n=1), evisceración (n=1), seroma (n=3), 26 pacientes presentaron complicación tardía; hernia (n=11), estenosis gastroyeyunal (n=10), dilatación de reservorio gástrico (n=4), anemia (n=20, desnutrición (n=1), disfunción de Y de Roux (n=1), coledoclitiasis (n=10), perforación esofágica por banding (n=1), 11 pacientes requirieron recirugía. La mortalidad fue de 1,6% (n=2) debido a fístula gastroyeyunal. No hubo mortalidad en los pacientes con banding. El 75% de los pacientes lograron una baja de peso superior al 50% del exceso de peso. La mayoría mejoró sus patologías de base o las resolvió. En cuanto a calidad de vida, la mayoría de los pacientes tuvo mejoría en los ítems. En cuanto a calidad de vida, la mayoría de los pacientes tuvo mejoría en los ítems autoestima, condición física, social, desempeño laboral y sexual. El test de BAROS tuvo un puntaje promedio de 6.

Conclusión: Los resultados se encuentran dentro de las cifras que se publica en la literatura internacional, con calificación según BAROS excelente.

GASTRECTOMÍA DISTAL EN BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX; INDICACIONES Y RESULTADOS

Drs. *Luis Ibáñez A., Alex Escalona P., Nicolás Devaud J., Gustavo Pérez B., Fernando Crovari E., Fernando Pimentel M., Alejandro Raddatz E., Sergio Guzmán B.*

(División de Cirugía, Departamento de Cirugía Digestiva, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: La obesidad es un grave problema de salud pública. El bypass gástrico en Y de Roux

(BPG) es una de las alternativas de elección en el tratamiento quirúrgico de la obesidad. La resección del estómago remanente en casos seleccionados es causa de discusión y debate actualmente. El objetivo de esta presentación es evaluar la experiencia en BPG con resección del remanente gástrico en el tratamiento de la obesidad en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Material y Método: Se revisó el registro prospectivo de todos los pacientes sometidos a BPG con resección del estómago remanente desde agosto de 1992 a agosto de 2005. Se registraron los datos demográficos de cada paciente, características clínicas y la evolución postoperatoria. Complicaciones postoperatorias fueron definidas como aquellas que se presentaron dentro de los primeros 30 días desde la cirugía.

Resultados: Se realizó resección del estómago remanente en 9 de 1520 (0,59%) pacientes sometidos a BPG. La edad promedio es de 43±10 años, siendo 7 pacientes (77,7%) mujeres. El índice de masa corporal (IMC) fue de 42±8 (kg/m²). En 6 de ellos el procedimiento se realizó con técnica laparoscópica y en 3 por técnica abierta. La indicación de resección del estómago remanente fue metaplasia intestinal, antecedente familiar de cáncer gástrico, cáncer gástrico incidental y poliposis gástrica en 5, 2, 1 y 1 paciente respectivamente. En aquel con cáncer incidental se realizó además resección ganglionar. El tiempo operatorio fue de 185±5 minutos en cirugía abierta y 145±3 en cirugía laparoscópica. La estadía hospitalaria fue de 6±1 y 5±2 días en cirugía abierta y laparoscópica respectivamente. Un paciente operado por vía laparoscópica presentó como complicación una colección intraabdominal en relación al muñón duodenal con buena respuesta a tratamiento médico. No hubo mortalidad asociada.

Conclusión: Factores de alto riesgo de desarrollo de cáncer gástrico en la evaluación prequirúrgica definen nuestro criterio de inclusión para resección del remanente gástrico durante el BPG. En aquellos casos en que se encuentra cáncer incidental, la cirugía mantiene criterios oncológicos. Los resultados obtenidos han sido favorables y permiten ser comparados con la misma técnica sin gastrectomía asociada.

Seccional: CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA

GINECOMASTIA Y PSEUDOGINECOMASTIA EXPERIENCIA EN EL MANEJO QUIRÚRGICO DEL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA DEL HOSPITAL MILITAR Y CLÍNICA SANTA MARÍA

Drs. *Wilfredo Calderón, Rodrigo Cabello, Guillermo Israel, Jorge Bassa, Jamil Kauak, Fernando Olguín, Angela Bautista, Patricio Araneda* e Ints. *Cristián Astorga, José Gellona*
(Servicio de Cirugía Plástica Hospital Militar y Clínica Santa María de Santiago)

La ginecomastia es una patología ampliamente conocida y manejada por todos los servicios de cirugía del país. La pseudoginecomastia o aumento de grasa pectoral es su principal diagnóstico diferencial, pudiendo asociarse ambas. La ginecomastia se presenta comúnmente en la pubertad, siendo más infrecuente a otras edades. Con el presente trabajo buscamos evaluar el manejo de los pacientes operados por esta patología, e intentar en base a nuestra experiencia, ofrecer pautas para el diagnóstico y manejo de esta patología a nivel de la cirugía general.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, análisis de 106 pacientes operados con diagnósticos de ginecomastia y pseudoginecomastia en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Militar y Clínica Santa María entre Enero de 1987 y Julio del 2005.

Resultados: Promedio de edad de 24 años (15 a 50 años), 29, 2% con diagnóstico de pseudoginecomastia, en un 26,4% solo se utilizó la lipoaspiración como tratamiento, todos estos casos correspondieron a pseudoginecomastia pura; en un 23,6% se utilizó sólo la adenectomía correspondiendo todos a ginecomastia en pacientes delgados; las complicaciones fueron un 3,8%, todas menores con hematomas y equimosis resolviéndose sin necesidad de nueva cirugía.

Discusión: La ginecomastia en adolescentes, se resuelve, generalmente, en forma conservadora, ya que la mayoría regresa espontáneamente. Requiriendo en algunos casos tratamiento quirúrgico,

principalmente por las secuelas psicológicas y estéticas que produce. La pseudoginecomastia también produce estas secuelas y se observa más en relación al aumento de la obesidad como patología asociada. El diagnóstico diferencial se puede realizar clínicamente, pero debe certificarse con mamografía. El manejo quirúrgico de ambas patologías debe realizarse, frecuentemente, asociado a lipoaspiración, siendo el tratamiento de elección para la pseudoginecomastia pura, obteniendo mejores resultados estéticos. Proponemos entonces como clasificación, la ginecomastia, pseudoginecomastia y la ginecomastia asociada a pseudoginecomastia y, de acuerdo a esto, la respectiva indicación de tratamiento quirúrgico.

PECTUS EXCAVATUM: TÉCNICA DE RAVITCH-WELCH MODIFICADA

Drs. *J.P. Sorolla, J.A. Sepúlveda, R. Acuña, M. Schwingeler*
(Hospital Roberto del Río, Hospital San Juan de Dios, Hospital Regional de Punta Arenas)

Introducción: Las deformidades del tórax en el niño se presentan con múltiples variantes. La más frecuente de ellas es el "Pectus excavatum". Ravitch y Welch describieron la resección de cartílagos costales con osteotomía esternal sin tracción externa, siendo la técnica más utilizada hasta el advenimiento de la "barra de Nuss". Dado el alto costo de esta última se diseñó una modificación a la técnica de Ravitch-Welch que ha permitido tratar esta patología con buenos resultados y a un bajo costo adecuándola a la realidad nacional.

Material y Método: Se realiza un estudio prospectivo en que se incluyen 27 pacientes portadores de pectus excavatum que requirieron tratamiento quirúrgico entre enero 2000 y marzo 2005 en los cuales se efectuó técnica de Ravitch Welch modificada por Ribó. Se diseñó una hoja de protocolo que incluye la indicación quirúrgica según valoración

radiológica (índice vertebral e índice de Haller). Los pacientes fueron sometidos a la resección sub-pericóndrica de los últimos cuatro cartílagos costales, con osteotomía esternal por abordaje mínimamente invasivo. Los resultados obtenidos se valoran objetivamente según índice vertebral e índice de Haller y subjetivamente según puntuación de Strasser.

Resultados: Se operaron 27 pacientes, 19 hombres y 8 mujeres con un promedio de edad de 7,9 años. En todos se realizó la técnica descrita sin incidentes intraoperatorios, se registran complicaciones precoces en 4 pacientes (Seroma: 1, Hematoma: 1, Neumonía: 2). Las complicaciones tardías (8 meses) se presentaron en 6 pacientes (Queloides: 2, Hipoplasia Mamaria: 1, Asimetrías: 2, Hipertrofia Secundaria de Cartílagos: 1). El índice vertebral mejoró en un 95,7% de los casos siendo estos resultados estadísticamente significativos.

Conclusiones: Los resultados obtenidos demostraron que la técnica descrita es una alternativa válida en el manejo de estos pacientes. La tasa de complicaciones precoces y tardías es menor a la técnica original y los resultados subjetivos son catalogados como buenos en la mayoría de los pacientes. Las complicaciones no fueron atribuibles a la modificación de la técnica. Concluimos que es una técnica reproducible, de bajo costo y con ventajas en relación a la técnica de Nuss.

MIELOMENINGOCELE EN CIRUGÍA PLÁSTICA

Drs. Alex Euluff M., Rodrigo Cabello P., Guillermo Israel V., Alvaro Cuadra C., Rodrigo Vielma M., Jorge Bassa S., Wilfredo Calderón O., Llamil Kauak K., Montserrat Fontbona T.

(Servicio de Cirugía, Equipo de Cirugía Plástica, Hospital Militar de Santiago)

Introducción: El mielomeningocele es un tipo de espina bífida y se caracteriza básicamente por un defecto embriológico en el cierre del tubo neural. Su consecuencia es la herniación de piel y meninges en la zona afectada. Habitualmente lumbosacra.

Si bien su incidencia no es alta, el enfrentamiento del punto de vista del manejo de las partes blandas para cierre del defecto una vez realizada la neurocirugía representa un desafío para cualquier cirujano plástico.

Material y Método: Se revisó retrospectivamente la experiencia de los últimos diez años en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Militar de Santiago. Desde 1995 al 2005 un total de 14 pacientes. Se revisó el tamaño de las lesiones, el tipo de cierre realizado, complicaciones inmediatas y

alejadas y el momento de la cirugía en relación a la fecha de parto.

Resultados: El grupo se compuso de 10 hombres y 4 mujeres. Con un seguimiento que varió de 1 mes hasta los 9 años 5 meses. Promedio 5 años 8 meses. El tamaño de las lesiones fluctuó entre 3,5 x 3 cm a 12 x 11 cm. Promedio 8 x 6 cm. El momento de la cirugía varió desde las 2,5 horas hasta 1,5 mes de nacido, promediando en 18 horas.

En cuanto a la técnica quirúrgica empleada se realizaron 7 cierres primarios ayudados por la liberación de los elementos tegumentales, 5 colgajos de Dufourmentel, 1 colgajo en W-Z y 1 colgajo de Limberg doble. De las complicaciones inmediatas derivadas del cierre se presentó una fístula de líquido céfalo raquídeo (LCR) de cierre espontáneo a las 48 horas en relación al colgajo en W-Z y una deshicencia parcial del 5% del colgajo que requirió resutura a las 36 horas y evolucionó en forma satisfactoria. No se registraron complicaciones a largo plazo en nuestra serie.

Comentario: Esta patología de la neurocirugía en la mayoría de los casos es resuelta por estos mismos especialistas. Cuando sus dimensiones requieren de la presencia de cirujanos plásticos, las técnicas convencionales de esta especialidad permiten un resultado funcional adecuado.

COLGAJO LIBRE MUSCULAR "SPLIT RECTUS ABDOMINIS". REFINAMIENTO DEL COLGAJO RECTO ABDOMINAL CLÁSICO PARA LA COBERTURA DE DEFECTOS PEQUEÑOS

Drs. R. Cabello, Dr. H. Roco*, Dra. M. Fontbona, Dr. F. Olgún, Int. C. Astorga

(Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Militar, Santiago. *Servicio de Cirugía Plástica y Quemados, Hospital del Trabajador. Santiago)

Introducción: Existen pocas alternativas de colgajos musculares para cobertura de defectos pequeños con volumen y pedículos apropiados. El colgajo libre muscular "split rectus abdominis", refinamiento del colgajo de recto abdominal clásico, constituye una alternativa terapéutica de gran utilidad. Existen escasas publicaciones de esta técnica, ninguna a nivel nacional. El objetivo del trabajo es describir su utilización en 4 pacientes en el Servicio de Cirugía del Hospital Militar y Clínica Santa María.

Material y Método: Se presentan 4 casos clínicos con utilización del colgajo para cobertura de lesiones pequeñas de pie y pierna con indicación microquirúrgica: fractura expuesta tercio distal de pierna con desforramiento en manguito, fractura ex-

puesta de tarso y calcáneo, osteomielitis crónica del tarso (pie bot operado), fractura expuesta tercio distal de pierna infectada. 2 hombres y 2 mujeres entre 16 y 51 años, con estudio arteriográfico preoperatorio. Con tamaño promedio de defectos de 5 x 5 cm.

Se realizó disección vasos epigástricos inferiores, decolamiento posterior del músculo, disección intramuscular según largo del pedículo requerido, partición del músculo según tamaño del defecto, manteniendo porción inferior con su inserción y porción medial, cierre pared sin malla.

Resultado: Se obtuvo buena cobertura cutánea, se controló infección en pacientes con compromiso previo. Sin morbilidad a corto plazo en zona dadora y buen resultado estético. No se observaron hernias en un tiempo de seguimiento de 3 meses a 1 año. Remodelación en un caso para disminuir volumen.

Conclusión: El colgajo libre muscular "split rectus abdominis" presenta múltiples ventajas para cobertura de defectos pequeños: volumen reducido, pedículo largo, vasos de gran diámetro, facilidad en toma del colgajo, potencial menor daño funcional de la pared abdominal y zona dadora estéticamente satisfactoria. Es una excelente alternativa para la cobertura de defectos pequeños en los cuales se requiere microcirugía.

Importancia e interés del tema Investigado: Se presenta un refinamiento del colgajo recto abdominal libre para cobertura de defectos pequeños, con escasas publicaciones internacionales, ninguna es nuestro medio.

CIERRE PRIMARIO DE SITIO DONANTE DE COLGAJO LIBRE CUTÁNEO DE CARA ANTEROLATERAL DE MUSLO

Drs. *W. Calderón, FACS, C. Borel, MD., H. Roco, MD. J.L. Piñeros, MD., F. Olguin, MD, D. Calderón M.* (Departamento de Cirugía Plástica y Quemados. Hospital del Trabajador)

Introducción: El colgajo libre anterolateral de muslo descrito por primera vez por Son et al. en 1984, ha ganado gran popularidad en la reconstrucción de partes blandas en la última década, especialmente, gracias a su gran versatilidad de usos (reconstrucción en cabeza y cuello, reconstrucción de extremidades inferiores, superiores y tronco).

Con esta técnica se pueden elevar colgajos cutáneos, fasciocutáneos, musculocutáneos y colgajos quiméricos, Debido a esta variedad de colgajos el manejo del sitio donante puede variar desde el cierre primario hasta rotación de colgajos e injertos de piel, dependiendo del ancho del defecto.

El uso de injertos de piel para grandes zonas dadoras trae como consecuencias problemas funcionales y estéticos.

El cierre primario del sitio donante cuando el defecto es mayor a 20 cm de largo y 10 cm de ancho es muy dificultoso, ya que para lograr un cierre adecuado hay que reseca grandes "orejas de perro" extendiendo las incisiones hasta la articulación de la rodilla y cadera.

Se presentan dos pacientes varones de 46 y 29 años de edad respectivamente. El primero portador de úlcera crónica de extremidad inferior secundaria a fractura expuesta de tibia, y el segundo con necrosis de piel secundaria a quemadura eléctrica en pie. Ambos pacientes fueron sometidos a reconstrucción con colgajo cutáneo anterolateral de muslo libre. Una vez levantado ambos colgajos se aprecia defecto en zona dadora de 23 x 12 cm en el primer paciente y de 26 x 10 cm en el segundo. El defecto remanente de la fascia por donde transcurre vasos fasciocutáneos se suturan en forma primaria. Luego se diseñan dos colgajos a medial y lateral de avances rectangulares a partir de eje longitudinal del defecto. Se realiza decolamiento suprafascial hasta obtener un afrontamiento de bordes sin tensión, suturando por planos obteniendo un cierre adecuado tanto funcional como estético. En región cefálica y caudal de zona dadora, en las bases de los colgajos rectangulares, se realizan pequeños triángulos de Burows para eliminar "orejas de perro", para lograr una cicatriz en forma de "I" mayúscula.

Los pacientes evolucionan favorablemente y se observó un buen resultado funcional y estético de esta zona dadora.

REINGENIERÍA EN EL SERVICIO DE QUEMADOS DEL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA. INFORME PRELIMINAR

Drs. *J. Villegas, I. Bravo, S. Whittle, C. Pedreros* (Servicio Quemados, Hospital de Urgencia Asistencia Pública)

Introducción: El Servicio de Quemados del HUAP creado en 1967, alcanzó un alto prestigio. Sin embargo, sus indicadores se estancaron a pesar de los cambios introducidos en la última década. En el último año se inicia un proceso de reingeniería tendiente a modernizarlo, mejorar la calidad de la atención, responder a las exigencias de Centro de Referencia Nacional y asumir la condición de centro formador de especialistas.

Material y Métodos: El Servicio recibe alrededor

de 250 pacientes anuales, cuenta con 28 camas: un área de paciente crítico con 9 camas, más 19 camas comunes.

El objetivo es establecer un diagnóstico y proyecto inicial, definir áreas de intervención e indicadores de evaluación prospectiva, estudiar los quiebres, orígenes y alternativas de superación y conseguir los recursos necesarios.

Se plantean objetivos específicos: reducir la letalidad en 50%, mejorar los resultados estético funcionales, extender la atención a lesionados graves de cubierta cutánea, participar en formación de postgrado en cirugía, medicina intensiva y enfermería, desarrollar una red nacional de atención de quemados.

Resultados: Se estudia el perfil de los pacientes. Se establecen indicadores de resultado con evaluación prospectiva. Se comenzó con la modificación del Protocolo quirúrgico y la incorporación de nuevos insumos con lo que se redujo la mortalidad absoluta en 19%. Se sistematizó la información para establecer quiebres y sus orígenes. Se incorporan Becados de Cirugía y Cirujanos en estadías de perfeccionamiento. Se establecieron instancias de evaluación periódicas.

Se formuló el proyecto global y estableció sus costos.

Conclusiones: Se presenta un informe del estado de avance del Proyecto de Modernización del Servicio de Quemados del HUAP, que busca intervenir en las cuatro áreas que, definido el perfil del paciente, determinan el resultado del tratamiento: Protocolo de Tratamiento, Recurso Humano, Infraestructura, Equipamiento e Insumos.

CAMBIO EN EL PROTOCOLO QUIRÚRGICO SE ASOCIA A DISMINUCIÓN DE LA MORTALIDAD EN QUEMADOS CRÍTICOS EN HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA

Drs. C. Pedreros, C. Loughton*, J. Said*, L. Parada*, S. Whittle, J. Villegas

(Servicio de Quemados, Hospital de Urgencia, Asistencia Pública. *Escuela de Medicina P. Universidad Católica de Chile)

Introducción: El Servicio de Quemados del HUAP fue creado en 1967. En el 2005, se inicia un proceso de modernización. Ese proceso está dirigido a intervenir en las cuatro áreas comprometidas: Protocolo Terapéutico, Recursos Humanos, Infraestructura e Insumos. Se inició con modificaciones en el Protocolo de Tratamiento Quirúrgico que es necesario estudiar para futuros estudios prospectivos.

Material y Método: Durante el 2005 se recolectaron datos de los pacientes admitidos en Cuidados Intensivos o Intermedios de nuestra unidad para cada una de las cirugías de los pacientes.

Los pacientes fueron sometidos a un aseo quirúrgico a la brevedad dentro de la unidad. Posterior a la reanimación se planificaron las cirugías de acuerdo al contexto del pacientes.

Se analizaron los datos por cuartiles según la superficie corporal quemada total.

Resultados: 42 pacientes fueron admitidos en 6 meses, promedio 43 años, superficie corporal quemada 37% y profunda 11%, 40% presentó injuria inhalatoria. IBSA 7,4. Para la primera cirugía los tiempos promedio fueron 52, 70, 84 y 108 minutos para cada cuartil respectivamente. Los tiempos operatorios promedios de las primeras tres cirugías no excedieron los 87 minutos globalmente. El número de cirujanos es directamente proporcional al porcentaje de superficie corporal quemada, y nunca inferior a 3 para las cirugías mayores en el cuartil más alto.

Las frecuencias cardíacas ni temperaturas mostraron fluctuaciones importantes hasta 24 horas postoperatorio, así mismo la relación entre la presión arterial media y la diuresis horaria hasta las 48 horas postoperatorias (todos $p = >0,05$).

Se registró una reducción de mortalidad absoluta de 19% respecto al período 2000-2004.

Conclusión: Los equipos quirúrgicos más completos y la disminución de los tiempos operatorios se asociaron a disminución de la mortalidad global. Existe una relación directa y lógica entre el tiempo quirúrgico y la superficie corporal quemada que se mantiene para todos las cirugías.

REANIMACIÓN EN PACIENTES QUEMADOS CRÍTICOS EN EL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA, 2005

Drs. C. Pedreros, C. Loughton*, J. Said*, L. Parada*, S. Whittle, J. Villegas

(Servicio Quemados Hospital de Urgencia Asistencia Pública *Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile)

Introducción: El Servicio de Quemados del HUAP fue creado en 1967. Sus indicadores se estancaron a pesar de los cambios introducidos en la última década. En el último año, se inició un proceso de modernización. En este contexto es necesario caracterizar el tratamiento de los pacientes que recibe tratamiento en este centro. Si bien es sabido que se trata de un perfil distinto del pediátrico o el accidentado del trabajo, con alto riesgo de profun-

dización por déficit de perfusión o por efecto colateral de vasopresores, no hay datos al respecto en la literatura.

Material y Método: Durante el 2005 se recolectaron datos epidemiológicos y clínicos de los pacientes admitidos en Cuidados Intensivos o Intermedios de nuestra unidad. Todos los pacientes fueron reanimados con solución de Ringer Lactato en base a la fórmula de Parkland (4cc/kg/%SCQ). Para pacientes con injuria inhalatoria, trauma asociado, inicio reanimación tardía e injuria eléctrica se calculó en base a 5,6 cc/kg/%SCQ. La monitorización de la reanimación fue guiada por diuresis y se usó un algoritmo para decidir el inicio de drogas vasoactivas o la monitorización invasiva de los pacientes.

Resultados: 42 pacientes fueron admitidos en 6 meses, promedio 43 años, superficie corporal quemada 37% y profunda 11%. 40% presentó injuria inhalatoria. IBSA 7,4. Los pacientes presentaron un peso promedio de 72 kg e IMC 27.

En promedio los pacientes recibieron 4930 cc las primeras 8 horas, y 9222 cc las primeras 24 horas, que representa un 92% y un 86,5% de la meta teórica respectivamente

Vasopresores se utilizaron 2,5 días postingreso y durante 3,4 días en promedio. La estadía promedio en intensivo/intermedio fue de 18 días y la hospitalización de 30 días.

Conclusión: La reanimación guiada por diuresis y protocolizada mantiene aportes de volumen razonables sin exceso de utilización de drogas vasopresoras.

INMUNONUTRICIÓN PRECOZ EN EL PACIENTE QUEMADO. ESTUDIO PROSPECTIVO, ALEATORIO DOBLE ENMASCARAMIENTO

Drs. E.U. Toledo J; Drs. Danilla, S., Leniz P., E.U.: Fernández A., E.U.: Roldán P., Dr. Calderón W., FACS

(Hospital del Trabajador de Santiago, Universidad de los Andes, Universidad Diego Portales)

Introducción: Hipótesis: la inmunonutrición promueve la inmunidad y cicatrización en pacientes quemados por lo que disminuye los días de hospitalización. Objetivo: determinar la efectividad de la inmunonutrición inmediata en la disminución de los días de hospitalización en pacientes quemados de gravedad intermedia.

Material y Método: Diseño: estudio prospectivo, aleatorio, doble ciego.

Criterios de inclusión: pacientes entre 18 y 65

años ingresados con quemadura por fuego, líquido a vapor, grado ABB o B \geq 15%.

Criterios de exclusión: necesidad de ventilación mecánica, drogas vaso-activas, quemadura de vía aérea, diabetes mellitus, desnutrición, obesidad mórbida, quemadura eléctrica.

La aleatorización se realizó por bloques permutados de n=4. El enmascaramiento se mantuvo para pacientes, tratantes y evaluadores por medio de placebos idénticos en forma, color, olor y sabor a los compuestos activos.

Intervención: los pacientes se aleatorizaron a 2 ramas (1) régimen común 80 g proteínas 2.500 Kcal + Placebo y (2) régimen común 80 g proteínas 2.500 Kcal+90 g L-glutamina + 90 g Caseinato de Calcio + 200 mg Zinc + Complejo multivitamínico.

La variable principal de estudio fueron los días de hospitalización. Las variables secundarias constituyeron la tasa de infecciones y parámetros nutricionales.

El tamaño muestral fue calculado con una prueba t de Student con potencia 75% basado en observaciones retrospectivas. Para la comparación de variables se usaron las pruebas t de Student, Fisher, ANOVA, Kruskal-Wallis y Ecuaciones de Estimación generalizada.

Ética: se realizó consentimiento informado. El protocolo fue revisado y aprobado por 2 comités de ética en forma independiente.

Resultados: Entre abril de 2003 y diciembre de 2004, 41 pacientes ingresaron al estudio (18 control y 23 activo) los cuales fueron comparables. El grupo placebo tuvo 15,9 \pm 13,5 días de hospitalización en tanto que el activo 17,9 \pm 15,8 días (p=0,6674, potencia post hoc 80,90%). Uno hubo diferencia a favor del grupo activo en ninguna de las variables secundarias estudiadas tanto clínicas como bioquímicas.

Conclusiones: La adición de inmunonutrientes a un régimen isointrogenado en pacientes quemados de gravedad intermedia no provee ningún beneficio clínico demostrable.

EFEECTO DE LA PRESIÓN NEGATIVA EN LA INTEGRACIÓN DE LOS INJERTOS DE PIEL. TRIAL PROSPECTIVO, RANDOMIZADO Y DOBLE ENMASCARADO

Drs. S. Llanos, W. Calderón, A. Quintas, S. Danilla, H. Roco, M.J. Piñeros, R. Roa, E.U.: E. Armijo, Inta. S. Searle

(Departamento de Cirugía)

La integración del injerto dermoepidérmico tiene tres frases: revascularización, revascularización linfática y reinervación. En la primera parte de la

fase de revascularización se observa el mayor porcentaje de pérdidas de injertos dado principalmente por colecciones intermedias e infección. La presión negativa mediante técnica VAC® (Vacuum assisted closure) se ha utilizado en cierre de heridas y para favorecer el prendimiento de injertos. En nuestro hospital se han hecho modificaciones de esta técnica, en donde la fuente de presión negativa es la aspiración central y la hemos llamado NPC (negative pressure closure). Dado que no existen estudios serios que midan la importancia estadística del efecto de la NPC en el prendimiento del injerto, es que realizamos un estudio prospectivo, randomizado y doble enmascarado, para evaluar cómo influye la presión negativa y cuantificar el prendimiento en la primera fase de la integración. Se randomizó en forma computacional un grupo control de 30 pacientes con técnica habitual de injerto dermoepidérmico y otro de 30 pacientes con técnica de injerto más NPC. Ambos grupos con cultivo cuantitativo sin infección. Al cuarto día de evolución se descubrió las curaciones y se fotografió las lesiones de ambos grupos en condiciones standard. Un observador externo al equipo quirúrgico evaluó las fotografías de los injertos en forma ciega respecto de los grupos y midió el área mediante un programa computacional. Las variables fueron edad, sexo, mecanismo de lesión, área injertada, áreas de pérdida de injerto y días de hospitalización. Los resultados analizados por otro médico externo y especialista en Estadística, muestran que el injerto dermoepidérmico más NPC tiene significancia estadística en el aumento de la tasa de integración de 73,3% a 95,3%, sin importar el área injertada. Hay un acortamiento de la hospitalización de 12 a 9 días. No hay significancia estadística respecto de la edad, sexo y mecanismo lesivo.

REPARACIÓN DE PARED ABDOMINAL: EXPERIENCIA HOSPITAL BARROS LUCO- TRUDEAU

Drs. *E. Villalón F., R. Vielma M., J.L. Román F., S. Pincheira G., A. Quintas W., P. Covarrubias*
(Servicio de Cirugía. Hospital Ramón Barros Luco-Trudeau)

Introducción: La reparación de la pared abdominal es una situación, a la cual nos enfrentamos como cirujanos en forma diaria. Esta condición es manejada habitualmente por cirujanos digestivos o generales en los diferentes Servicios de Cirugía del País.

En nuestro Hospital como Cirujanos Plásticos no hemos enfrentado a un número importante de pacientes afectados con grandes destrucciones de

esta región anatómica. Requiriendo desde una simple reparación con injerto dermo-epidérmico (IDE) hasta complejas técnicas con colgajos y/o mallas.

Material y Método: Se revisaron en forma retrospectiva 21 fichas clínicas de pacientes sometidos a reconstrucción de pared abdominal entre los años 2000 al 2005.

Resultados: 4 hombres, 17 mujeres con un promedio de edad de 52,7 (20 a 81) e IMC promedio de 29 (17 a 47). Las causas de intervención quirúrgica fueron: herniaria 5, urogenital 6, abdomen agudo 5, otras 5. La operación primaria fue: laparotomía de urgencia 7, hernioplastia con malla 5, otras 9. La técnica de reparación fue: IDE 11, colgajos 5, IDE + malla 4, cierre primario 1. El tiempo promedio de alta a la primera intervención plástica fue: 42,5 días (4 a 180). El tiempo promedio de reparación definitiva fue: 20 semanas (4 a 77). Complicaciones inmediata postreconstrucción fueron: 4 necrosis parciales de colgajos, integración parcial de IDE 1.

Conclusiones: La reparación de pared con grandes defectos, y en el contexto de pacientes graves y muchas veces sépticos, hace que el proceso de reparación definitiva, sea larga y compleja, pero posible de llevar a cabo.

COLGAJO SURAL, EXPERIENCIA DE 10 AÑOS

Drs. *W. Calderón¹, R. Cabello², P. Covarrubias³, F. Parada⁴, J. Piña⁵, Int. F. Anzian⁶*

(¹Servicio de Cirugía Plástica y Quemados, Hospital del Trabajador de Santiago. ²Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Militar de Santiago. ³Becado Cirugía General, Univ. de Chile, Campus Sur, HBLT. ⁴Becado Cirugía General, Univ. de Chile, Campus Norte, HCUCH. ⁵Médico Servicio de Urgencia, Hospital del Trabajador de Santiago. ⁶Interno Universidad de Chile, Campus Norte)

Introducción: La cobertura de heridas complejas en extremidades inferiores es un desafío de difícil manejo. En el siguiente estudio de tipo serie de casos, se analiza el resultado y las complicaciones en el uso del colgajo sural a pedículo distal para cobertura de defectos de extremidad inferior.

Material y Métodos: Revisión de fichas clínicas de todos los pacientes sometidos a colgajo sural en los Hospitales Militar y Trabajador de Santiago entre los años 1995 y 2005, analizando características epidemiológicas, técnica quirúrgica y complicaciones del procedimiento.

Resultados: Colgajos surales totales: 40 casos. Etiología de lesión: Fracturas: 33 casos (82,5%), Heridas complejas (infectadas, inestables) 4 casos

(10%), desforramiento: 2 casos (5%) y quemadura: 1 caso (2,5%). En 20 casos no hubo complicación, y dentro de las complicaciones se encontraron necrosis parcial: 8 casos (20%), infección: 5 casos (12,5%), epidermolisis: 4 (10%) y seroma en 3 casos (7,5%).

Conclusión: El colgajo sural a pedículo distal es una alternativa válida de cobertura en lesiones complejas de extremo distal de extremidad inferior. Con complicaciones de manejo aceptables, y con buen resultado a largo plazo.

COLGAJO ADIPOFASCIAL BIPEDICULADO CON ISLA DE PIEL V EN Y PARA LA COBERTURA DEL TALÓN

Drs. S. Llanos, W. Calderón, A. Quintas. Interna. S. Searle

(Servicio de Cirugía Digestiva, Hospital)

En el talón ocurren úlceras por presión, quemaduras y traumatismos. Como cobertura se describen injertos de piel, colgajos cutáneos, fasciocutáneos y libres. Los colgajos adipofasciales usados en la cobertura de variadas lesiones se caracterizan por el buen resultado estético de la zona dadora. En 1997 Hayashi y Maruyama publicaron el colgajo fasciocutáneo de avence V en Y para defectos pequeños a moderados del talón. En nuestro servicio modificamos la técnica como sigue: diseñamos un triángulo cutáneo de base hacia la lesión y de vértice cefálico. Se diseña un plano subcutáneo lateral al triángulo cutáneo hacia los maléolos y luego por un plano subfascial de maléolo a maléolo. Se acciona la fascia sobre el triángulo y bajo él, en línea transversal, de modo que queda una isla de piel triangular sustentada por un colgajo adipofascial transverso bipediculado que se mueve ampliamente hacia distal en forma de asa de balde. Hemos realizado 4 colgajos a pacientes parapléjicos con úlceras por presión entre 3 a 5 cm de tamaño. Los resultados muestran corta hospitalización y un seguimiento de 2 a 7 años sin recidiva. La liberación completa de la fascia permite un mayor avance del colgajo, además como la isla cutánea avanza en la forma V en Y, optimiza la distribución de las fuerzas y permite un cierre sin tensión. La fascia es una estructura con una rica irrigación, por lo tanto los colgajos adipofasciales, pueden ser tan buenos transportadores como los músculos de una isla de piel sobre ellos. El colgajo adipofascial bipediculado transverso con una isla cutánea que avanza en la forma V en Y, proporciona una cobertura estable y resistente en lesiones pequeñas a

moderadas del talón. Las ventajas del colgajo son cierre primario en un tiempo quirúrgico, rápida cicatrización y recuperación, cobertura cutánea resistente, mejor resultado estético y funcional.

EVALUACIONES KINEANTROPOMÉTRICAS COMO MEDICIONES OBJETIVAS EN CIRUGÍA DE REMODELAMIENTO CORPORAL

Drs. R. Hoppmann¹, D. González¹, P. Covarrubias², M. Steiner³, Klgo. A. Hoppmann⁴

(¹Cirujanos Plásticos, Clínica Tabancura, Santiago, Chile.

²Becado Cirugía General, Univ. de Chile, Campus Sur, HBLT, ³Cirujano, Hospital DIPRECA. ⁴Kinesiólogo MEDS)

Introducción: Las mediciones objetivas en Cirugía Plástica son una necesidad para poder evaluar resultados del cirujano, comparar técnicas, curvas de aprendizaje, así como entregar al paciente cifras del cambio obtenido con la cirugía. Por otro lado en la Kinesiología es usada la kineantropometría para medir y objetivar parámetros del contorno corporal, los cuales varían con el ejercicio. Nuestro grupo propone el uso de la kineantropometría para evaluar los cambios luego de la cirugía de remodelamiento corporal.

Objetivos: Evaluar los cambios luego de cirugía de remodelamiento corporal de forma objetiva con parámetros kineantropométricos.

Material y Métodos: Pacientes operadas por el grupo entre 2002 y 2005. Análisis de parámetros kineantropométricos realizados entre 2002 y 2005. Las mediciones se llevaron a cabo en el preoperatorio y en el postoperatorio.

Resultados: Se encontraron 15 pacientes, todas de sexo femenino. La edad fluctuó entre 21 y 61 años con un promedio de 38 años. Se realizaron las siguientes cirugías de remodelamiento corporal: 1 paciente solo abdominoplastia, 5 pacientes con abdominoplastia + lipoaspiración, 5 pacientes con abdominoplastia + lipoaspiración + mastopexia, 1 paciente abdominoplastia + mastopexia y 3 pacientes sólo lipoaspiración. Los resultados de las mediciones kineantropométricas fueron tomados entre 10 a 29 semanas de la cirugía (promedio: 23 semanas) obteniéndose lo siguiente: Porcentaje de masa grasa promedio (%MG) preop.: 35%, postoperatorio: 32,3%, con disminución de 2,6% de MG en promedio (diferencia porcentual promedio (d%): 6,9%); sobrepeso promedio preop.: 11,9, postop.: 9,6; disminución de 2,3 y d% de 15,9%; IMC promedio preop.: 25,3 y postop.: 24,56, disminución de 0,7 y d% de 2,88%, autopercepción de capacidad estética promedio preop.: 4,8, postop.: 7,4 aumento

de 2,6 y d% de 72%; SDD promedio preop.: 9,81, postop.: 8,36; disminución de 1,45 y d% de 14%; Índice de Cintura promedio preop.: 2,4, postop.: 1,2, disminución de 1,2 y d% de 50,4%. En la somatocarta valor de endomorfo promedio de 6,1 preop., postop.: 5,4 cambiando en 0,6 pts., mesomorfo promedio preop. 4,57, postop.: 4,62 con cambio en 0,05 pts., ectomorfo promedio preop. de 1,1 postop. de 1,4 cambiando en 0,3 pts. Dichos valores ubican en el eje X de la somatocarta del preoperatorio promedio en -4,9 y en el postoperatorio en -3,9 cambiando en 0,9 pts., por otro lado el eje Y preoperatorio promedio está en 1,85 y en el postoperatorio en 2,39 con un cambio de 0,5 pts.

Discusión: Observamos cambios en cada una de las partes, en especial en el índice de cintura con un cambio de un 50% con la cirugía lo que lo hace un buen marcador objetivo, además este método permite la ubicación especial en la somatocarta, que es el gráfico que utiliza las mediciones kineantropométricas y que coloca al paciente en un punto específico de su porción corporal de ectomorfo, endomorfo y mesomorfo, transformando luego dichos puntos en una coordenada X e Y; esto se hace en el pre y postoperatorio donde nuestros resultados muestran los cambios realizados con la cirugía.

Conclusión: La kineantropometría aplicada a la cirugía de remodelamiento corporal nos permite objetivar los resultados y cambios entre el pre y postoperatorio de nuestras pacientes.

MAMOPLASTIA DE AUMENTO TRANSAXILAR

Dr. Sergio Sepúlveda

(Departamento de Cirugía, Unidad de Cirugía Plástica, Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

Introducción: Los implantes mamarios han sido utilizados exitosamente como tratamiento de elección en mamas hipoplásicas. Las vías de introducción comúnmente utilizadas en nuestro medio han sido la vía submamaria, transareolar y periareolar, siendo esta última probablemente la más usada por dejar una cicatriz bastante menos visible. Sin embargo, muchas pacientes no desean correr el riesgo de una cicatriz visible sobre sus mamas, siendo ellas candidatas ideales para utilizar una vía de abordaje más oculta, como es la vía axilar.

Material y Método: En 62 pacientes con un rango de edad entre 17 y 41 años y sin ptosis mamaria, se instalan prótesis de silicona de la misma marca en posición submuscular por vía axilar. En ninguna

paciente se dejó drenaje. El tiempo de seguimiento fue al menos de 24 meses. Se analiza el tiempo quirúrgico, la calidad de la cicatriz axilar, complicaciones postoperatorio inmediatas, alteraciones de la sensibilidad, mal posiciones del implante, índice de reoperación y porcentaje de contractura capsular.

Resultados: El promedio de duración de la cirugía fue de 130 minutos. No hubo trastornos hipertroficados de la cicatriz axilar. Cuatro pacientes (6,5%) presentaron cicatriz hipertroficados de la cicatriz axilar. Cuatro pacientes (6,5%) presentaron cicatriz hiperpigmentada. No hubo hematomas mamarios postoperatorios. Una paciente evolucionó con un neumotórax que requirió pleurostomía en el postoperatorio inmediato, alargando en un día la estadía hospitalaria. Una paciente presentó un hematoma axilar derecho que requirió vaciamiento quirúrgico. Dos pacientes señalaron disminución de la sensibilidad del pezón unilateral, recuperándose a los 11 meses "ad integrum" en sólo una de ellas. En dos pacientes los implantes quedaron situados en una posición alta que requirió reposicionarlos en una paciente. La tasa de contractura capsular fue de 3,2%.

Comentario: Los implantes mamarios por vía axilar pueden ser una alternativa válida para aquellas pacientes con mama pequeña y sin ptosis que no desean una cicatriz en la zona mamaria. Esta técnica en manos expertas tiene bajo índice de complicaciones.

REMODELACIÓN CUTÁNEA EN SECUELAS DE OBESIDAD MÓRBIDA

Drs. E. Villalón F., M. Fontbona, V. Peña, J.L. Román F., A. Quintas W., S. Pincheira G.

(Servicio de Cirugía. Hospital Ramón Barros Luco-Trudeau)

Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico de los pacientes obesos mórbidos que después de haber disminuido en forma importante de peso presentan una dismorfia cutánea severa.

Hemos realizado 62 procedimientos remodelantes cutáneos en 41 pacientes. En 38 casos la baja de peso se logró con cirugía bariátrica y en 3 casos con medidas conservadoras. El IMC promedio inicial fue de 53 kg/m², con un rango de 35 a 69. Presentaron una baja del IMC a 30 kg/m². En un rango de 20 a 40.

La cirugía prioritaria para los pacientes fue la lipectomía abdominal. Efectuamos en 16 pacientes lipectomía de tipo circunferencial.

La prioridad para las nuevas intervenciones fueron: mastopexias en 11 pacientes, lipectomía inguinal en 5 pacientes, lipectomía braquial 2 pacientes, ridectomías 1 paciente. En 9 pacientes fue necesario reparar hernias incisionales secundarias a la cirugía bariátrica. La cirugía remodelante fue efectuada una vez estabilizada la baja de peso.

Los resultados fueron evaluados desde el punto de vista de los pacientes y desde el punto de vista médico en excelente, bueno, regular y malo.

Evaluación de los pacientes: Excelente 30% (12), bueno 63% (36), regular 7% (3).

Evaluación de los médicos: Excelente 22% (9), bueno 68% (28), regular 10% (4).

Complicaciones: En 5 pacientes se produjo seroma de regular cuantía. En 2 de ellos se produjo, además, infección. En 4 se produjo dehiscencia parcial. En 1 paciente se produjo necrosis parcial de pezones.

RESULTADO PRELIMINAR DE LA CIRUGÍA DE CONTORNO CORPORAL EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL CLÍNICO DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

Drs. *P. Vidal G-H, C. Albornoz, B. Dagnino, M. Sylvester, R. Contreras, S. Valenzuela, R. Prado, M.T. Pesqueira, J. Urenda, R. Ramírez*
(Sección Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva. Hospital Clínico PUC)

Introducción: La cirugía bariátrica cambió la historia natural de la obesidad mórbida. La baja de peso masiva tiene consecuencias físicas y psicosociales que hacen necesaria la cirugía del contorno corporal.

Objetivo. Comunicar la experiencia inicial en cirugía de contorno corporal en pacientes ex obesos tratados íntegramente en nuestro servicio.

Material y Métodos. Entre el 2000 y 2005 se realizaron 1598 cirugías bariátricas en nuestro hospital. De estas se analizaron en forma retrospectiva los pacientes sometidos a cirugía de contorno, estudiando los datos con variables estadísticas simples.

Resultados. Se operaron 46 pacientes. 35 mujeres (76,1%), 11 hombres (83 procedimientos de contorno). La cirugía bariátrica fue Banda Gástrica en 1, Bypass Gástrico Abierto en 35 (76,1%) y Bypass Laparoscópico en 10 pacientes (21,7%). La mediana de IMC pre cirugía de contorno fue 29 y ésta se efectuó en promedio 27 meses después.

Cirugías: abdominoplastia en 20 (43,4%) pacientes, las 26 (56,5%) restantes fueron combinadas. 18 (39,1%) con dos procedimientos, seis (13%) con tres, uno (2,2%) con cuatro y el último con cinco procedimientos. Se reparó hernia incisional en 15 (32,6%) pacientes. Mediana de tiempo operatorio 210'. Se produjeron 14 (30,4%) complicaciones: anemia que requirió transfusión 11(23,9%), atelectasia 2 (4,3%), HDA por antiinflamatorios 1(2,2%) y un TEP segmentario (2,2%). Complicaciones tardías hubo en 6 pacientes: 4 granulomas (9%), 2 dehiscencias (4,3%).

Conclusiones. La cirugía del contorno corporal en ex obesos mórbidos asocia múltiples procedimientos. No está exenta de complicaciones, cuya tasa en nuestro centro es aceptable.

ESTUDIO DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN ASOCIADO A CIRUGÍA DE REDUCCIÓN MAMARIA, EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

Drs. *P. Vidal¹; B. Dagnino¹; K. Petersen²; R. Prado¹; R. Contreras¹; S. Valenzuela¹; R. Ramírez¹*
(¹Sección Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva. Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile. ²Interna 7^{mo} año medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: La Reducción Mamaria (RM) es una de las cirugías más frecuentes en nuestra Unidad. En Chile, no se han publicado estudios sobre percepción de las pacientes respecto del resultado de esta cirugía y la evolución de los síntomas cervicales y dorsales que constituyen frecuentemente la indicación quirúrgica.

Objetivo: Determinar la percepción de nuestras pacientes respecto del resultado y síntomas que motivan la cirugía de RM.

Material y Método: Se realizó una entrevista telefónica directa, mediante preguntas simples hechas a pacientes operadas de RM entre los años 1999 y 2003, en el Servicio de Cirugía Plástica de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Resultados: Utilizando este instrumento, fue posible contactar a 57 pacientes que corresponde al 50% de las pacientes operadas y determinar que la mayoría se encuentra satisfecha con el resultado obtenido (92,98%), y que también se logró una alta tasa de remisión de los síntomas cervico-dorsales secundarios a gigantomastia (96,48%), después de la cirugía. El alivio del peso y la disminución de los síntomas (dorsalgia y omalgia), fue lo más valorado

por las pacientes, y lo menos agradable fueron las cicatrices.

Conclusiones: La RM en nuestro servicio, es un procedimiento que brinda un alto nivel de satisfacción y logra tratar la patología cervico-dorsal secundaria a gigantomastia, la cual constituye la indicación quirúrgica en la mayoría de los casos.

LIFTING PROFUNDO TOTAL: BASES ANATÓMICAS Y EXPERIENCIA QUIRÚRGICA

Drs. *G. Schwember* y *H. Roco*
(Clínica Alemana de Santiago)

Introducción: La cirugía del envejecimiento facial ha tenido diversas modificaciones en su técnica quirúrgica en los últimos 40 años. Basándonos en nuestras investigaciones anatómicas en cadáveres de fetos y adultos, hemos desarrollado una operación en un plano completamente profundo en el área facial y cervical.

Material y Método: El estudio anatómico incluyó diez cadáveres de adultos, cinco fetos de término. En todos se disecó completamente la mitad ventral del cuero cabelludo y las partes blandas superficiales faciales, que en profundidad alcanzaron hasta el tronco del nervio facial en su emergencia del orificio estilomastoideo y en extensión, hasta la línea media anterior. La experiencia quirúrgica alcanza a 32 pacientes en un lapso de ocho años (1997-2005). En la disección usamos una solución vasoconstrictora sin anestésico local y un estimulador de nervio periférico para identificar los ramos del nervio facial en caso de dudas frente a las estructuras anatómicas. El decolamiento es todo en plano profundo en mejilla y región cervical. El punto de máxima tracción es el eje del cuerpo de la mandíbula, tensando con la máxima fuerza posible esa área y la región cervical y anclándolo a la región mastoidea. No es una operación que la indiquemos sistemáticamente en todos los pacientes. Algunos rechazan esta alternativa cuando se les explica en detalle los riesgos anatómicos, particularmente con el nervio facial.

Los resultados los consideramos particularmente muy buenos en los casos de gran flaccidez cervical y en las revisiones de ritidoplastias antiguas. No tenemos parálisis de ramos del nervio facial ni necrosis cutáneas. Registramos un hematoma, que correspondió a un hombre.

Concluimos que es una técnica para cirujanos con experiencia en esta operación. Especialmente indicada en revisiones de cirugías antiguas que fueron ejecutadas previamente en plano superficial

y en pacientes con flaccidez importante en la región cervical.

RINOPLASTIA CON ANESTESIA REGIONAL Y SEDACIÓN

Drs. *Alex Eulufí M.*, *Eduardo Villalón F.*, *Alvaro Cuadra C.*, *Montserrat Fontbona T.*, *Verónica Peña*, *José L. Román*, *Jorge Villafranca*, *Juan E. Catalán*, *Mario Garcés S.*

(Servicio de Cirugía, Equipo de Cirugía Plástica, Hospital Barros Luco-Trudeau)

Introducción: Clásicamente en nuestro medio la rinoplastia tanto estética como funcional es un procedimiento quirúrgico realizado bajo anestesia general. En el Servicio de Cirugía Plástica del HBLT esta cirugía se realiza habitualmente bajo anestesia regional y sedación.

Material y Método: Se realizó una revisión retrospectiva desde el año 2003 al 2005. Un total de 95 pacientes fueron encuestados personal y telefónicamente. El grupo se desglosa en 67 mujeres y 28 hombres. Se evaluó el motivo de la cirugía (estética, funcional o secundaria) y la conformidad con el resultado por parte del médico y del paciente. Basado en una escala análoga del dolor, de 1 a 10, se solicitó al paciente que diera su impresión en cuanto al dolor del acto anestésico regional, del intraoperatorio y del postoperatorio inmediato (hasta 48 horas). También se midió la presencia de complicaciones derivadas de la cirugía.

Resultados: El promedio de edad fue de 30 años. La razón de la cirugía fue estética en el 84% de los casos. El promedio del dolor de la infiltración de la anestesia regional fue de 4,5 con un máximo de 10 (7% de los pacientes) y un mínimo de 1 (30% de los pacientes). En cuanto al dolor intraoperatorio, este fue de 2 con un máximo de 10 (7%) y un mínimo de 1 (70% de los pacientes). Finalmente en lo que respecta al dolor durante las 48 horas postoperatorias el promedio fue de 1,4 con un mínimo de 1 (80% de los casos) y un máximo de 5 (3% de los pacientes). Hubo una complicación derivada de la cirugía (hemorragia) no atribuible al tipo de anestesia utilizada. Finalmente, cabe mencionar que el 83% de los pacientes recomendaría esta cirugía con este tipo de anestesia.

Discusión: Basado en nuestra revisión, el uso de la anestesia regional asociada a sedación como técnica anestésica para realizar rinoplastias es una alternativa válida, que no aumenta la morbilidad aunque cabe destacar que la infiltración anestésica tiene una tolerancia variable por parte del paciente.

PEXIA CILIAR CON TENSORES LISOS

Drs. *G. Schwember, H. Roco*
(Clínica Alemana de Santiago)

Introducción: La ptosis ciliar es un fenómeno que se produce más frecuentemente como parte del envejecimiento de los tejidos blandos de la cara y sus elementos asociados. Hay diversas formas de tratarla. Cuando este es el factor principal en la región frontal, hemos desarrollado un método simple, fácil y rápido de ejecutar y con resultados predecibles.

Material y Método: Incluye 76 pacientes tratados de ambos sexos entre los años 1994 y 2005. Una vez evaluado el segmento ciliar afectado, que habitualmente es la mitad o tercio lateral de la ceja se prueba manualmente cual es el mejor vector o vectores para efectuar la suspensión ciliar.

El procedimiento habitualmente se realiza bajo anestesia local y sedación ligera. Se efectúan dos incisiones dentro de la ceja de 2 a 3 mm cada una y otras dos dentro de la zona pilosa del cuero cabelludo. Se pasa un nylon 4/0 incoloro que efectúa la suspensión y fijamos primeramente la porción ciliar. Luego se calibra la pexia efectuando una tracción con un pequeño grado de hiper-corrección y se fija a la parte profunda del cuero cabelludo. Se cierra el acceso cutáneo con punto de nylon 5/0.

Resultados: Superada la curva de aprendizaje con los primeros diez pacientes, en que seis de ellos nos quedaron subcorregidos, hemos obtenido resultados satisfactorios en 65 de ellos. En tres, la ptosis era tan severa que el método fue insuficiente para corregir el problema y en uno presentó una infección en el trayecto de dos de los cuatro hilos que nos obligó a retirar los dos restantes, para evitar una asimetría facial.

Concluimos que el método es efectivo y predecible. Es más simple que otros, como los Lifting frontales coronales y los endoscópicos.

RECONSTRUCCIÓN DEL ARCO DE CUPIDO LABIAL. TÉCNICA ORIGINAL

Drs. *Mario Garcés Salinas, Eduardo Villalón Fuster*
(Hospital de Urgencia, Asistencia Pública)

El perfeccionamiento de las técnicas de reconstrucción de las fisuras labiales ha logrado obtener, en la mayoría de los casos, una altura, un grosor y

una movilidad adecuada. Sin embargo, la configuración de un Arco de Cupido, línea que influye substancialmente en el aspecto de normalidad, suele ser deficitario, requiriendo retoques secundarios. Es muy frecuente que la línea blanca, que demarca la separación de la piel con el rojo labial, no tenga la configuración del arco normal sino que se presente distópico, irregular o incluso bien ubicado, pero como una línea continua, sin las incubaciones que le dan su característica.

Dos son las situaciones que más frecuentemente se presentan:

1. Que existiendo una altura labial suficiente, sea predominantemente cubierto por la piel, lo que determina una falta de borde rojo y un límite demarcatorio, o línea blanca, sin el relieve necesario. Este defecto es fácilmente corregible por la conocida técnica de resección superficial de piel, conservando la dermis profunda, seguida de la eversión de la mucosa y submucosa, generosamente disecadas. Naturalmente que la línea superior de la resección dérmica diseña las curvas propias del Arco de Cupido.

2. Distinta es la situación cuando existe una altura labial adecuada, con rojo labial suficiente, pero con una demarcación con la piel sin el dibujo del arco normal. Es para estos casos que hemos diseñado una técnica fácil y que nos ha permitido una solución satisfactoria.

Consiste en la movilización de un colgajo de avance de la línea media labial, de forma triangular en su parte superior y romboidal en la inferior, que se imbrica con el rojo labial incidido en su punto medio. Este colgajo, que tiene su base profunda, es fácilmente desplazable y se ubica en la inflexión media de un neo Arco de Cupido. El espacio cruento que deja en su parte superior se sutura al igual que los bordes, los cuales simulan los pilares normales del filtrum. Generalmente es necesario resecar un pequeño excedente de los bordes del rojo labial incidido, obteniéndose una incubación central a voluntad. Añádase al cambio de la línea piel-rojo labial la posibilidad de marcar el tubérculo central, forzando moderadamente el avance necesario del colgajo. Debe tenerse en cuenta que cuando el labio se presenta muy tenso transversalmente y, por lo tanto, el cierre sobre el colgajo es muy tirante, es necesario avanzar las incisiones hasta el piso de las narinas, de manera que la laxitud de la columela participe en el avance.

Por ser sencillez y por los buenos resultados nos permitimos presentarlo como un recurso válido.

COLGAJO DE MUSTARDÉ PARA LESIONES FACIALES NEOPLÁSICAS

Drs. *Rodrigo Cabello P., Alex Eulufí M., Alvaro Cuadra C., Rodrigo Vielma M., Guillermo Israel V. Montserrat Fontbona T., Jorge Bassa S.*

(Servicio de Cirugía, Equipo de Cirugía Plástica, Hospital Militar de Santiago)

Introducción: El colgajo de Mustardé, forma parte del grupo de colgajos cérvico faciales, está indicado para defectos a nivel de párpados especialmente inferior y de mejilla. Rota la mejilla lateral hacia medial en forma intacta. Este colgajo incluye los vasos arteriales y venosos de la arteria facial aunque también posee componentes tipo "random".

Material y Método: Presentamos una serie clínica retrospectiva de ocho colgajos de Mustardé para solucionar lesiones tumorales malignas en la cara. Cuatro para parpadeo inferior y cuatro para lesiones de mejilla medial. Se evaluó el resultado cosmético, oncológico y las complicaciones derivadas de este colgajo.

Resultados: No hubo pérdidas totales ni parciales de colgajo. Los resultados oncológicos no se vieron influenciados por el uso de esta técnica. Los resultados estéticos fueron considerados buenos, tanto por el paciente como por el cirujano, en todos los casos.

Discusión: En esta serie se propone el colgajo de Moustardé como una buena alternativa para cubrir estos defectos, con muy buen resultado estético y funcional. Su irrigación es segura. Cabe destacar la presencia de edema postoperatorio a nivel del párpado superior autolimitado, por un período de uno a dos meses.

MANEJO REPARADOR MÍNIMAMENTE INVASIVO EN DEFECTOS CONGÉNITOS DE LA PARED ANTERIOR DEL RECIÉN NACIDO

Drs. *R. Acuña, J.P.Sorolla, M. Schwingeler, J.A. Sepúlveda, F. Saitua D, C. Acuña*
(Hospital San Juan de Dios)

Introducción: Se denomina Defectos de Pared Anterior (DPA) a la protrusión de vísceras abdominales a través de una apertura en o a la derecha del cordón umbilical. Se presentan once recién nacidos con DPA durante dos años que han sido sometidos a un manejo mínimamente invasivo y electivo de su patología desde 03/2001 al 03/2003. El presente trabajo intenta demostrar un método reparador en un sólo tiempo quirúrgico mínimamente invasivo

que permita el cierre del defecto de la pared en forma primaria sin necesidad de estirar la pared abdominal, agrandar el defecto o dejar un defecto a nivel de la fascia abdominal ni menos de la utilización de un silo.

Material y Método: Se realizó un estudio prospectivo que involucró 11 recién nacidos con DPA (9 gastrosquisis, 2 onfalocele). Según protocolo previamente establecido se evalúa edad gestacional, peso de nacimiento, vísceras comprometidas, tamaño del defecto y tiempo de exposición de ellas. Se estandariza según protocolo intraoperatorio la medición del incremento de la presión venosa central (PVC) y se evalúa la presión intragástrica (PIG) a través de una sonda nasogástrica (SNG). Todos los pacientes fueron sometidos a cirugía mínimamente invasiva y electiva mediante lavados del contenido intestinal anterógrados y retrógrados con suero fisiológico a temperatura corpórea hasta permitir el vaciamiento del meconio contenido en las asas.

Resultados: El promedio de edad gestacional y peso de nacimiento fue de 38 semanas y 2.552 Kg. Respectivamente. Todos los pacientes tenían exteriorizados su intestino delgado, nueve de ellos estómago y uno parte del lóbulo hepático izquierdo. Todos los pacientes conservaron su ombligo y la evaluación cosmética se sometió a puntuación de Strasser.

Conclusiones: El lavado retrógrado y anterógrado ha demostrado ser una excelente alternativa de manejo de pacientes con DPA. Mejora el resultado cosmético, conserva el ombligo y evita la utilización de otras técnicas reparadoras. Acorta la estadía intrahospitalaria y disminuye las complicaciones postoperatorias.

COLGAJO NASOGENIANO EN ISLA PARA LESIONES NEOPLÁSICAS FACIALES

Drs. *Rodrigo Cabello P., Alex Eulufí M., Alvaro Cuadra C., Rodrigo Vielma M., Guillermo Israel V., Montserrat Fontbona T., Jorge Bassa S.*

(Servicio de Cirugía, Equipo de Cirugía Plástica, Hospital Militar de Santiago)

Introducción: El colgajo nasolabial es un método de reconstrucción versátil y relativamente simple, generalmente utilizado para región perinasal, labio superior y mejilla. Sus principales ventajas son la rica irrigación vascular, proveniente de perforantes de la arteria facial por sobre y bajo el músculo cigomático, y el buen soporte que está piel otorga a la zona del defecto. El tejido celular subcutáneo también presenta un rico soporte vascular.

Material y Método: Presentamos una serie clínica retrospectiva de 6 casos, en los cuales se realizó reconstrucción de defectos del ala nasal, mejilla y labio superior secundario a lesiones tumorales malignas, empleando un colgajo nasogeniano en isla. Basado en pedículo vascular subcutáneo superior, inferior y lateral. Se evaluó el resultado cosmético, oncológico y las complicaciones derivadas de este procedimiento. En toda la casuística se empleó placa de silicona por 24 horas al día por un período de dos a tres meses.

Resultados: No hubo pérdida totales ni parciales del colgajo. Los resultados oncológicos no se vieron influenciados por el uso de esta técnica. Los resultados estéticos fueron considerados buenos, tanto por el paciente como por el cirujano, en todos los casos. Durante los dos a tres meses postoperatorios se produce un aumento de volumen del colgajo que revirtió en todos los casos después de este período.

Discusión: El colgajo nasogeniano en isla con pedículo subcutáneo es una alternativa versátil, de fácil y rápida ejecución para defectos pequeños de la región perinasal, labio superior y mejilla. Posee una segura irrigación. Además presenta la ventaja de evitar la secuela estética de la "oreja de perro" y mejora el arco de rotación y alcance del colgajo.

CORRECCIÓN NASAL EN SÍNDROME DE BINDER

Drs. A. Troncoso¹, P. Castillo¹, J. Villamán¹, P. Fuentes¹, C. Sepúlveda²

(¹Servicio de Cirugía Plástica, Hospital de Carabineros.
²Residente de Cirugía Universidad de Valparaíso, Servicio de Cirugía, Hospital Dipreca)

Introducción: El objetivo del siguiente trabajo es presentar una serie de pacientes sometidos a una

técnica de corrección nasal en el Síndrome de Binder o displasia maxilonasal; síndrome congénito infrecuente, el cual se caracteriza por retrusión del tercio medio facial, nariz corta con un puente plano, ausencia de ángulo fronto nasal, ausencia de espina nasal anterior, mucosa nasal limitada, columela corta, ángulo nasolabial agudo, aplanamiento perialar, labio superior convexo y tendencia a oclusión tipo III. Las diversas técnicas para la reconstrucción nasal tienen por objetivo incrementar la longitud nasal y la proyección de la punta.

Material y Método: 4 pacientes mujeres fueron sometidas a reparación nasal entre el 2003 y 2005, el rango de edad 20 y 38 años.

La técnica quirúrgica presentada busca la remodelación de la arquitectura cartilaginosa de punta y dorso nasal, mediante la utilización de un vástago y un escudo que dieron conformación a la columela y punta nasal, realizados con cartílago costal autólogo. En 2 de los casos, debió además corregirse el dorso nasal con injerto de cartílago. Se realizó un seguimiento fotográfico de los pacientes en cada control.

Resultados: Los resultados obtenidos son bastante aceptables desde el punto de vista estético y funcional, destacando que hasta 20 meses de seguimiento se mantiene la corrección estable, con un alto grado de satisfacción tanto para el paciente como para el equipo quirúrgico.

Conclusión: La corrección nasal en el Síndrome de Binder es compleja, lo que representa un desafío para el equipo quirúrgico.

La finalidad de la reconstrucción con cartílago es evitar la reabsorción y pérdida de la corrección, lo que ocurre al utilizar injerto óseo, evento ampliamente descrito en la literatura médica.

Seccional: CIRUGÍA DE CABEZA, CUELLO Y PLÁSTICA MÁXILO-FACIAL

ANATOMÍA DEL RAMO EXTERNO DEL NERVIOLARÍNGEO SUPERIOR (RENLS) Y SU RELACIÓN CON LA CIRUGÍA TIROÍDEA

Drs. *Marcelo Veloso Olivares*
(Servicio Médico Legal. Hospital Militar de Santiago)

Introducción: A diferencia del lo que ocurre con el nervio laríngeo recurrente, la identificación rutinaria del RENLS no es siempre realizada durante la cirugía tiroídea y no existen muchos trabajos que cuantifiquen la repercusión clínica de su lesión.

Objetivo: Describir las variaciones anatómicas encontradas en la RENLS en la población chilena y su aplicación en cirugía tiroídea.

Material y Método: Entre Mayo de 2004 y Julio de 2005, se disecaron 80 cadáveres frescos sometidos a pericia médico legal en el Servicio Médico Legal de Santiago (64 hombres y 16 mujeres), edad promedio 50 años (17-90), obteniéndose para estudio anatómico 160 hemilarínges todas disecadas por el autor. Se identificó el RENLS y su relación con la arteria tiroídea superior (ATS) y el polo superior del tiroídes (PST) según la clasificación propuesta por Kierner, A. et al.

Resultados: Se encontró que el cruce del RENLS con respecto a la ATS ocurrió sobre 1 cm del PST en un 36,6% de los casos (tipo 1), a menos de un 1 cm en un 56,2% (tipo 2) y cubierto por el PST en un 7,2% (tipo 3). No se observaron casos en que discurría entre las ramas de la ATS (tipo 4). El tipo de curso del RENLS de un lado fue el mismo en el contralateral en un 80,5%. Los diferentes tipos de cursos fueron independientes de la edad, sexo, peso, talla y nodularidad del tiroídes.

Conclusiones: El RENLS se encuentra en riesgo potencial de lesionarse durante la tiroidectomía en un alto porcentaje de los casos (63%), y cuando esto ocurre generalmente se repite en el lado opuesto. Esto no guarda relación con la edad, sexo, talla ni patología tiroídea. Una búsqueda di-

rigida de éste o una sección por parcialidades del pedículo superior sería el método más seguro de evitar una lesión.

FORMA DE PRESENTACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA FRACTURA ORBITARIA

Drs. *M. Schwingeler, R. Villalobos, R. Hernández, P. Andrades*
(Hospital del Trabajador, ACHS, Santiago)

Introducción: Las fracturas orbitarias se presentan en más del 40% de todos los traumatismos faciales, ya sea como fracturas aisladas o asociadas a lesiones o fracturas más complejas. El propósito del presente trabajo consiste en realizar un estudio que abarca la epidemiología, diagnóstico, tratamiento y resultados de los pacientes con diagnóstico de fractura orbitaria, ya sea aislada o asociada a otras lesiones.

Método: Se realiza un análisis retrospectivo de las fichas electrónicas de los pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital del Trabajador de Santiago con el diagnóstico de fractura orbitaria en el período comprendido entre el 1 de enero del 2000 y el 31 de diciembre del 2004 (5 años).

Resultados: Se obtuvieron un total de 118 fracturas orbitarias en 105 pacientes con una distribución por sexo de 12 mujeres y 93 hombres. La etiología más frecuente fueron los accidentes automovilísticos (50%), seguido por las caídas (18%) y las agresiones (11%). 69 pacientes (65%) presentaron lesiones asociadas de las cuales la más frecuente fue la lesión neurológica en 50 pacientes (47,6%). La presencia de otras fracturas craneofaciales se dio en 73 pacientes (67,9%). Las fracturas del complejo orbito-zigomático, incluyendo en este grupo las fracturas máxilo-malares con extensión a la órbita representan el 33%. Un similar porcentaje (33%) está dado por las fractu-

ras fronto-orbitarias, seguido por las fracturas NOE y tipo blow out con un 14,4% cada una. El tratamiento quirúrgico se realizó en 76 pacientes (72,4%), consistiendo habitualmente en la reducción y OTS con placas y tornillos de titanio. Hubo una incidencia de 9,3% (11 pacientes) de secuelas atribuibles a reducciones inadecuadas o insuficientes, muchas veces en el contexto de una fractura panfacial, que en 3 de 10 casos requirieron más de una cirugía correctiva.

Conclusiones: Las fracturas de órbita plantean desafíos especiales en cuanto a su indicación quirúrgica, materiales utilizados en su estabilización y manejo adecuado de las secuelas. Estas últimas frecuentemente necesitan de dos o más cirugías secundarias para su corrección.

PATOLOGÍA TIROÍDEA QUIRÚRGICA. EXPERIENCIA DE 5 AÑOS

Drs. *A. Ortiz¹, S. Mir C.¹, O. Andrade W.¹, B. Koffman¹, M. Nicola S.¹, R. Stock¹, A. Ostojic¹, Int. A. Pinto I.², Inostroza S.², C. Díaz V.², C. Rivera R.²* (¹Unidad de Cirugía Oncológica, Servicio y Departamento de Cirugía, Universidad de Chile, Campus Centro, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile. ²Interno de Medicina, Universidad de Chile)

La patología tiroídea quirúrgica (PTQ) es una entidad clínica de frecuencia desconocida en el Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA). Con el objetivo de evaluar las características clínicas, anatomopatológicas, acciones terapéuticas y complicaciones de la PIQ en el HCSBA, entre enero 2000 y diciembre de 2004. Se revisan en forma retrospectiva las fichas de pacientes con diagnóstico de PTQ, intervenidos en dicho período. Se excluyeron operados en la unidad de pensionado. Se diseñó una base de datos con variables biodemográficas, motivo de consulta, tiempo de evolución, examen físico, estudios clínicos específicos, tipo de cirugía, informes anatomopatológicos y complicaciones. Se realizó análisis con estadística descriptiva. Se analizaron un total de 160 pacientes, 141 mujeres (88%), con edad promedio de 50 años (18-83 años). El tiempo de evolución hasta la hospitalización tuvo un promedio de 40 meses (1-360 meses). El motivo de consulta fue aumento de volumen cervical en 91,9% casos. La ecografía cervical mostró en 50% nódulo único. El diagnóstico de ingreso más frecuente fue nódulo tiroideo sospechoso en 65,5%. La cirugía más frecuente fue tiroidectomía total en 41,9% de los casos. Se realizó biopsia rápida en 78,1% de los

casos. El diagnóstico postoperatorio más frecuente fue nódulo tiroideo benigno en un 47,5% y cáncer en un 21,2%. Se complicaron 23 pacientes (14,4%). Se reexploraron 5 pacientes. No hubo mortalidad en esta serie. El promedio de hospitalización fue de 5 días (1-30 días).

La PTQ, en la unidad de oncología quirúrgica del HCSBA, entre enero del año 2000 y diciembre del 2004, presenta tendencias similares a las descritas por la literatura internacional, siendo el presente trabajo preliminar para realizar comunicaciones posteriores.

COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA DE TIROIDES

Drs. *B. Koffman¹, S. Mir C.¹, A. Ortiz¹, O. Andrade W.¹, M. Nicola S.¹, C. Rivera R.², C. Díaz V.², A. Pinto I.², Inostroza S.²*

(¹Unidad de Cirugía Oncológica, Servicio y Departamento de Cirugía, Universidad de Chile, Campus Centro, Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA), Santiago, Chile. ²Interno de Medicina, Universidad de Chile)

La cirugía de tiroides tiene hasta un 20% de complicaciones perioperatorias, las cuales varían según el tipo de cirugía y el diagnóstico preoperatorio. Con el objetivo de describir y evaluar las complicaciones en relación a la cirugía del tiroides en la unidad de cirugía oncológica del HCSBA, entre enero 2000 y diciembre de 2004, se revisan en forma retrospectiva las fichas de los pacientes intervenidos por patología tiroidea quirúrgica en el HCSBA, en dicho período. Se excluyeron los operados por la unidad de pensionado. Se diseñó una base de datos con variables biodemográficas, motivo de consulta, tiempo de evolución, examen físico, estudios clínicos específicos, tipo de cirugía, informes anatomopatológicos y complicaciones. Se realizó análisis con estadística descriptiva. Se incluyeron 160 intervenciones. 53,8% hemitiroidectomías, 41,9% tiroidectomías totales, de las cuales 21,2% por cáncer, 13,8% por bocio multinodular y 5,7% por hipertiroidismo. Hubo 5,6% de vaciamiento cervicales. Edad promedio de 50 años (18-83 años). Se complicaron 23 pacientes (14,4%), 9 de ellos con tiroidectomías totales por cáncer (39,1%), y con tiroidectomías totales por bocio multinodular, 4 hemitiroidectomías y 3 tiroidectomías totales por hipertiroidismo. Respecto a las complicaciones, 10 fueron hipocalcemias, 8 hematomas, 3 pacientes con disfonía, tres que presentaron infección de sitio operatorio y una lesión de tráquea, reparada en el intraoperatorio.

Se reexploraron 5 pacientes, 2 hemitiroidectomizados y 3 post tiroidectomías totales. El promedio de hospitalización fue de 6,1 días (3-15 días). En esta serie no se encontró mortalidad. Las complicaciones encontradas en el HCBA, son similares a las reportadas por la literatura internacional, siendo más frecuentemente relacionadas a postoperatorio de tiroidectomías totales por cáncer. La correlación entre tipo de cirugía y complicaciones demuestra que una tiroidectomía total tiene seis veces más riesgo de complicarse respecto a una hemitiroidectomía.

MANEJO DE LA FRACTURA DE ÓRBITA. EXPERIENCIA DE 10 AÑOS

Drs. P. Paladines Z., M. González P., R. Inturias C., G. Astroza y C. Cortés. Ints. M.T. Haye, A. Castillo y C. Urbina

(Servicio de Cirugía, Hospital Barros Luco-Trudeau, Santiago)

Introducción: Entre las fracturas más frecuentes del macizo facial se encuentran las que comprometen la órbita. El propósito del presente trabajo es analizar nuestra experiencia en las formas de presentación, diagnóstico y tratamiento de las fracturas de la órbita y específicamente aquellas que comprometen el piso orbitario.

Método: Se realiza un análisis retrospectivo de las fichas clínicas de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Equipo de Cirugía Máxilo-Facial del Hospital Barros Luco-Trudeau de Santiago, con el diagnóstico de fractura orbitaria entre los años 1995 y 2005.

Resultados: Fueron intervenidos 112 pacientes, con una distribución por sexo de 16 mujeres y 96 hombres. Las causas más frecuentes del trauma fueron: agresiones (50%), accidentes automovilísticos (27,5%) y caídas (15,5%). La distribución de las fracturas asociadas a la órbita incluyó: fronto-orbitarias (15,2%), cráneo-faciales (10,7%), máxilomales (8%), nasomaxilares (7,2%), fracturas tipo blow-out (5,4%) y fracturas de mandíbula (5,4%). Hubo compromiso del piso de órbita en 58 pacientes (50,8%). Se utilizaron diversos materiales para su reparación: prótesis de propil-tetrafluor-etileno (PTFE) en 42 casos (72,4%), malla de Marlex en 7 (12%), injerto óseo en 5 (8,6%), malla de titanio en 3 (5,2%) y lámina de Gorotex en 1 (1,7%). La estabilización de los rasgos fracturarios se realizó con alambre de acero en 22 pacientes (20,7%), placas de acero en 1 (0,94%) y placas y tornillos de titanio en 83 casos (78,3%). No se

utilizó material de osteosíntesis en 6 pacientes (fracturas blow-out), en las que sólo se reparó el piso orbitario. Se presentaron complicaciones en el 9,8% de los pacientes, incluyendo infecciones del sitio quirúrgico, diplopia residual, obstrucción lacrimal y asimetría cantal.

Conclusiones: Las fracturas de la órbita y en especial el compromiso del piso orbitario plantean inquietudes y desafíos interesantes ya que la variedad y calidad de los materiales disponibles para su reparación es muy amplia, estando aún vigente la búsqueda del material ideal para ellas.

CORRELACIÓN ENTRE BIOPSIA RÁPIDA OPERATORIA Y BIOPSIA DIFERIDA DE TIROIDES: REVISIÓN DE 10 AÑOS EN EL HOSPITAL BARROS LUCO-TRUDEAU

Drs. G. Astroza E., M. González P., P. Paladines Z. y R. Casas C.

(Servicio de Cirugía, Hospital Ramón Barros Luco-Trudeau. Equipo de Cirugía de Cabeza-Cuello y Plástica Máxilo-Facial. Santiago, Chile)

La biopsia rápida intraoperatoria es un examen esencial en el curso de una tiroidectomía para decidir la magnitud del procedimiento resectivo. Un patólogo experimentado va a redundar en un alto grado de concordancia en el resultado entre la biopsia rápida y el de la biopsia diferida.

Para analizar cómo se dio esta concordancia en nuestro hospital, revisamos retrospectivamente 351 tiroidectomías, de las 795 tiroidectomías realizadas en los últimos 10 años en nuestro Servicio. Para esta selección, excluimos aquellos procedimientos que no contaban con ambos tipos de biopsia.

Se informó como proceso maligno por la biopsia rápida en 88 pacientes, lo que coincidió con la biopsia diferida en 75 pacientes (85,2%). El resto (13 pacientes o 14,8%) la biopsia rápida informó malignidad y el resultado final fue benigno. En 263 pacientes la biopsia rápida informó lesión benigna, presentándose una concordancia en 238 pacientes (90,5%). Por tanto en el resto (25 pacientes o 9,5%) el estudio diferido informó malignidad.

Se calculó la sensibilidad y especificidad de la biopsia rápida intraoperatoria, las que resultaron de 75% y 94,8% respectivamente.

De los falsos negativos informados por biopsia rápida, el carcinoma papilar fue el tipo histológico más frecuente encontrado (15/25).

Se concluye que si bien se obtuvo una buena especificidad lo que se acompaña de un bajo número de tiroidectomías totales en vano, la sensibilidad (75%) pudo haber sido mayor, lo que obligó en los pacientes erróneamente catalogados en una primera instancia como benignos a ser sometidos a una segunda intervención.

MODELO EXPERIMENTAL DE TIROIDECTOMÍA CON TÉCNICA ENDOSCÓPICA

Drs. F. Ojeda D., I. Alvar, J.E. Contreras, D. Ojeda S. (CEICIL (Centro Experimental de Investigación en Cirugía Laparoscópica) Hospital El Salvador, Universidad de Chile)

Introducción: La cirugía mínimamente invasiva (CMI) ha evolucionado en el campo de sus aplicaciones desde la cirugía abdominales al tratamiento de enfermedades endocrinas. La tiroidectomía bajo técnica endoscópica hoy es una alternativa terapéutica. Si bien esta técnica quirúrgica esta en su fase inicial, la curva de aprendizaje ha llegado a igualar la tasa de complicaciones asociadas a la tiroidectomía convencional. Este trabajo es parte de la segunda fase del estudio de un modelo experimental para la aplicación de esta técnica en la cirugía de cabeza y cuello. Nuestra hipótesis fue si acaso sería posible aplicar la tiroidectomía con CMI en conejos.

Objetivo: Evaluar la factibilidad de realizar una tiroidectomía total utilizando una técnica endoscópica en conejos. Desarrollar una curva de aprendizaje en la técnica de cirugía endoscópica.

Material y Método: Este proyecto se llevó a cabo durante el período de Mayo hasta julio de 2005, en el CEICIL. Se utilizaron 15 conejos de laboratorio, más una torre convencional de cirugía laparoscópica. Se documentó la técnica mediante imágenes en VHS. Se usó Pentotal como anestesia endovenosa. Se estandarizó la siguiente técnica quirúrgica. Cervicotomía transversa de 2 cm de longitud en la línea media cervical a 1 cm por sobre el esternón. Disección de aponeurosis cervical superficial en línea media separando los músculos pretiroideos. Insuflación de CO₂ (flujo 10 cm H₂O) con aguja de Veress, creando un enfisema en espacio pretraqueal. Colocación de trocar para óptica de 10 mm. Fijación con punto jareta alrededor del trocar. Para la disección roma se utilizaron dos agujas de Veress, dispuestos triangulando con la cámara. Disección de la glándula tiroides más la sección de su pedículo vascular con pinza mosquito y tijera a través del puerto de entrada de una de las agujas. Ligadura con técnica de nudo extracor-

póreo. Extracción de la glándula a través del trocar de 10 mm.

Resultados: De los 15 conejos operados solo 3 (20%) fallecieron antes de terminada la cirugía. El procedimiento se llevó a cabo con éxito en 13 conejos (87%). El tiempo promedio de duración fue de 50 minutos (rango de 40 a 120). Hubo complicaciones con el sangrado en uno de todos los conejos (1%).

Conclusiones: Es factible la realización de tiroidectomías mediante técnica endoscópica en conejos de laboratorio. La complicación hemorrágica que presentó uno de los conejos es un hecho a evaluar en modelos experimentales futuros, pero con técnicas hemostáticas más avanzadas, como el Ligasure para CMI. La disección roma es una técnica aplicable a este modelo experimental. La CMI es una cirugía satisfactoria desde el punto de vista estético, ya que se usó incisiones pequeñas, con solo tres puertos, uno de 2 cm y dos de 1 cm de longitud.

MODELO EXPERIMENTAL DE SIALEDENECTOMÍA MANDIBULAR CON TÉCNICA ENDOSCÓPICA

Drs. F. Ojeda D., I. Alvar, J.E. Contreras, D. Ojeda S. (CEICIL (Centro Experimental de Investigación en Cirugía Laparoscópica) Hospital El Salvador, Universidad de Chile)

Introducción: La cirugía mínimamente invasiva (CMI) ha evolucionado en el campo de sus aplicaciones desde la cirugía abdominal y torácica a otras regiones anatómicas. Este trabajo es parte de la segunda fase del estudio de un modelo experimental para la aplicación de esta técnica en la cirugía de cabeza y cuello, siendo la primera fase su aplicación en la exploración y disección cervical de conejos de laboratorio. En la literatura se han reportado dos vías de abordaje, una cervical y la otra vía piso de boca. Como hipótesis nos cuestionamos si acaso era posible hacer una sialadenectomía bajo técnica endoscópica en conejos, por vía cervical.

Objetivo: Lograr desarrollar una técnica de abordaje, disección y extirpación de una glándula submandibular utilizando una técnica CMI endoscópica en conejos.

Material y Método: Este proyecto se llevó a cabo durante el período de mayo hasta julio de 2005, en el CEICIL. Se utilizaron 10 conejos de laboratorio con técnica endoscópica más gas, documentándose la técnica mediante cinta VHS. Anestesia con Pentotal endovenoso. Cervicotomía transversa de

2 cm de longitud en la línea media y a 1 cm por sobre el esternón. Insuflación de CO₂ (Flujo 10 cm H₂O) con aguja de Veress, creando un enfisema subcutáneo. Colocación de trocar para óptica de 10 mm. Colocación de dos agujas de Veress, una en línea cervical media en punto equidistante entre el mentón y manubrio esternal, y la otra a la misma altura pero en un punto lateral derecho a 2 cm de la primera aguja. Se abordó el compartimento glandular por vía subcutánea, con disección roma, identificando y aislando la glándula para luego seccionar su pedículo. Extracción de la glándula a través del trocar de 10 mm.

Resultados: De los 10 conejos operados sólo 2 fallecieron antes de terminado el procedimiento que se llevó a cabo con éxito en todos con un tiempo promedio de 40 minutos. Hubo complicaciones con el sangrado en 2 de los conejos.

Conclusiones: Es factible la realización de sialadenectomía mediante esta técnica en conejos de laboratorio. La complicación hemorrágica es un hecho a evaluar en estudios futuros, en lo posible contando con técnicas hemostáticas más avanzadas, como el Ligasure de minilaparoscopia. También es concluyente que la disección roma es una técnica aplicable a este modelo experimental. Por último destacar que la cirugía se llevó a cabo con tres puertos, uno de 2 cm y dos de 1 cm de longitud.

DISECCIÓN CERVICAL MEDIANTE TÉCNICA DE CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA

Drs. F. Ojeda D., I. Alvar, J.E. Contreras, D. Ojeda S. CEICIL (Centro Experimental de Investigación en Cirugía Laparoscópica) Hospital El Salvador, Universidad de Chile)

Introducción: Las aplicaciones de la cirugía mínimamente invasiva (CMI) está constantemente en desarrollo. Existen reportes de modelos experimentales de exploración cervical en perros y cerdos. Y múltiples reportes de centros especializados, que han avanzado con éxito desde la fase de desarrollo experimental a la aplicación en humanos. Ante ésta observación nos planteamos la hipótesis de si acaso será posible iniciar una fase experimental de esta técnica quirúrgica adaptada a nuestra realidad.

Objetivo: Evaluar la factibilidad de realizar CMI en la disección cervical con técnica roma. Desarrollar una curva de aprendizaje en la técnica de cirugía endoscópica cervical.

Material y Método: El proyecto se llevó a cabo en el período entre abril y mayo de 2005, en el

CEICIL. Se utilizaron conejos de laboratorio, seleccionados al azar. Durante la primera etapa se realizaron exploraciones y disecciones cervicales en siete conejos mediante disección convencional con tijera y bisturí, bajo técnica videoasistida. En la segunda etapa se realizaron exploraciones y disecciones cervicales en 13 conejos, esta vez con técnica endoscópica más gas. Se documentó la técnica mediante imágenes en VHS. Se utilizó anestesia endovenosa, con Pentotal (dosis promedio: 15 mL). La óptica usada fue de cirugía laparoscópica convencional (10 mm), para las dos etapas del estudio. Para la disección video-asistida se utilizó incisión cervical transversa de 6 cm. Y se estandarizó como técnica endoscópica, una incisión de 2 cm con bisturí en línea media cervical, insuflación de CO₂ (Flujo 10 cm H₂O) con aguja de Veress, creando un enfisema subcutáneo. Colocación de trocar de 12 mm para óptica de 10 mm, más dos agujas de Veress, dispuestos triangulando con la cámara. Disección de espacio pretraqueal y cervical lateral, desde esternón hasta el mentón.

Resultados: De los 7 conejos en que se utilizó técnica video-asistida, en 3 (43%) hubo sangrado controlado. El tiempo promedio de disección fue de 150 minutos, y en promedio fallecieron a los 85 minutos. De los 13 conejos en que se realizó disección cervical con técnica endoscópica, en 2 (15%) se produjo sangrado no controlable. La cirugía demoró 138 minutos y en promedio fallecieron a los 116 minutos. En los dos últimos conejos el tiempo de demora de todo el procedimiento fue de 40 minutos.

Conclusiones: Es factible realizar exploración y disección cervical mediante técnica endoscópica en conejos. La curva de aprendizaje que fue progresiva en cuanto al tiempo operatorio e incidencia de complicaciones hemorrágicas. La disección roma es aplicable a este modelo experimental. Queda la inquietud de aplicar la CMI a otras regiones anatómicas.

MELANOMA MUCOSO. EXPERIENCIA TERAPÉUTICA EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER 1985-2005

Drs. F. Capdeville, F. Parada, A. Madrid, C. Ferrada, I. Court

(Servicio de Cirugía Oncológica de Cabeza y Cuello, Instituto Nacional del Cáncer, Universidad de Chile, Universidad de Valparaíso)

Introducción: El melanoma mucoso, es una patología de baja incidencia (1/10.000.000 hbs), pero

de alta letalidad. Los sitios más afectados son: Mucosa oral, mucosa senos paranasales, conjuntiva, mucosa vaginal y anal. El objetivo de este estudio es dar a conocer la experiencia en el tratamiento del melanoma mucosa en el Instituto Nacional del Cáncer.

Material y Método: Revisión retrospectiva de 27 fichas clínicas de los pacientes con diagnóstico histopatológico de melanoma mucoso, atendidos en el Instituto Nacional del Cáncer entre enero de 1985 y junio del 2005. Todos los pacientes fueron evaluados en comité oncológico, y tratados por el equipo de cirugía oncológica de cabeza y cuello de esta Institución. Todas las biopsias fueron analizadas por nuestro servicio de anatomía patológica. Se estudió: Edad, sexo, distribución por estadio, localización, cirugía realizada, adyuvancia, sobrevida total y libre de enfermedad actuarial. Fueron excluidos de la revisión los pacientes con melanoma cutáneo, ocular o visceral.

Resultados: La edad promedio fue de 55,3 (18-82) años, 16 mujeres y 11 hombres. Los motivos de consulta más frecuentes fueron: derivado por dentista, melanosos en paladar, epistaxis, obstrucción nasal, tumor intraoral. Las ubicaciones fueron: Paladar 11; Fosa nasal 8; Anal 2, Vulva 2; Seno maxilar 1; no consignado 4. Veintitrés pacientes estaban en estadio I, tres en estadio II, y 2 en estadio III. Los pacientes en estadio I accedieron a tratamiento quirúrgico con intención curativa, y 14 de estos se realizó radioterapia adyuvante con el fin de mejorar el control local, 3 pacientes fueron a radioterapia, en dos pacientes se realizó tratamiento paliativo. Los pacientes que presentaron RT. Adyuvante tuvieron 21% de recidiva locorregional, en comparación con el grupo que no recibió RT adyuvante que presentó 61% de recidiva locorregional. La sobrevida actuarial total del grupo a 5 y 10 años fue de 42% y 21%, respectivamente. La sobrevida actuarial libre de enfermedad a 5 y 10 años fue 23% y 0%, respectivamente.

Conclusiones: El melanoma mucoso es una enfermedad de baja incidencia, que afecta a la edad media de la vida, con más frecuencia en mujeres en este grupo, con altas tasas de recidiva local o sistémica. La región intraoral del paladar es el sitio más frecuente de aparición en esta serie. La radioterapia adyuvante es de utilidad para mejorar el control locorregional, pero no influye en la sobrevida final de los pacientes.

OSTEOSARCOMA DE CABEZA Y CUELLO. EXPERIENCIA INC, 1998-2004

Drs. F. Capdeville, I. Court, A. Madrid, B. Muller, C. Ferrada, F. Parada

(Servicio de Cirugía Oncológica de Cabeza y Cuello, Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile. Universidad de Valparaíso, Universidad de Chile)

Introducción: El osteosarcoma de Cabeza y Cuello es un tumor poco frecuente, (10% de osteosarcomas). Es localmente agresivo, con alta tasa de metástasis a distancia. El tratamiento se basa en cirugía y quimioterapia. La terapia alternante (neoadyuvante-cirugía-adyuvante) representa el tratamiento estándar, sin embargo, en Cabeza y Cuello no siempre representa la mejor alternativa terapéutica. El propósito de este trabajo es describir el tratamiento realizado en el Instituto Nacional del Cáncer (INC), en 8 pacientes con Osteosarcoma.

Material y Método: Se analizaron las fichas clínicas de 8 pacientes con osteosarcoma de Cabeza y Cuello, tratados en el INC entre 9/1998, y 11/2004. Cinco pacientes no tenían tratamiento previo. Todos estos pacientes fueron discutidos en comité oncológico donde se decidió el esquema de tratamiento más adecuado. Las biopsias fueron analizadas en el servicio de Anatomía Patológica del INC. Se revisó: Edad, sexo, localización, TNM, Estadio, tipo histológico, esquema terapéutico, quimioterapia, cirugía, reconstrucción, sobrevida actuarial.

Resultados: Mediana de seguimiento: 29 meses (10-81). Edad promedio: 32 (18-45), 5 mujeres y 3 hombres. Localización tumoral: Maxilar: 4, Etmoidal: 1, Mandibular: 3. En los tumores maxilares se realizó maxilectomía total con conservación del globo ocular, reconstrucción del piso de la órbita con malla de titanio y colgajo microvascularización de recto anterior en 3 pacientes. En un paciente se realizó maxilectomía radical con exanteración orbitaria. En los pacientes con tumor mandibular se realizó resecciones mandibulares amplias con reconstrucción con placa más colgajo microvascularizado de peroné en 2 pacientes y colgajo osteomiocutáneo trapecial en 1 paciente. En el tumor etmoidal se realizó resección craneofacial. De los 5 pacientes vistos íntegramente en el INC; en 4 se realizó cirugía y quimioterapia adyuvante, y en 1 esquema alternante, debido a que fue inoperable inicialmente. En los otros 3 se realizó esquema alternante, y en uno RT postoperatoria. En 87% se realizó reconstrucción inmediata. Sobrevida actuarial total a 5a: 60%, sobrevida actuarial libre de enfermedad a 5a: 40%.

Conclusiones: El osteosarcoma de Cabeza y Cuello es una enfermedad poco frecuente. En esta serie fue más común en mujeres y en hueso maxilar. El tratamiento neoadyuvante no demuestra un beneficio real, incluso, puede hacer perder la oportunidad resectiva, por este motivo se usa como terapia adyuvante en el INC.

INMORTALIZACIÓN DE PARATIROIDES HUMANA PARA TRASPLANTE CELULAR

Drs. P. Cabané, R. Rossi, S. Oviedo, C. Romero, R. Caviedes y P. Caviedes

(Equipo de Cirugía Endocrina, Departamento de Cirugía, Hospital Clínico, Universidad de Chile, Laboratorio de Cultivo de Tejidos, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Introducción: Dentro de las alternativas quirúrgicas de manejo de pacientes con hipoparatiroidismo postquirúrgico se ha intentado el trasplante de células de paratiroides humanas. Las dificultades para establecer este tipo de cultivos han sido: mantener cultivos duraderos a largo plazo y mantener cultivos con función endocrina normal. Existe un método de inmortalización celular, descrito por Caviedes y cols., que permite mantener células humanas con la capacidad de proliferar, sin perder sus funciones de células diferenciadas.

Hipótesis y Objetivos: Con este método de inmortalización se logrará establecer una línea celular continua de paratiroides humana con función endocrina normal a largo plazo, esta última definida como la capacidad de respuesta secretoria normal de Paratohormona (PTH), frente a distintas concentraciones de calcio extracelular.

Metodología: Se obtuvo muestras de paratiroides humana de pacientes operados por hiperparatiroidismo 1río y 2río. Se excluyó pacientes con sospecha de cáncer o antecedentes de infecciones virales. Las muestras fueron procesadas con técnica estéril, bajo campana de flujo laminar. Se realizó disgregación mecánica y enzimática del tejido. Se cultivó en placas de plástico con medio DMEM/F12 suplementado con suero bovino (10%), suero fetal bovino (5%) y el medio de inmortalización UCHT1 al 10%. El seguimiento se realizó por observación en microscopio invertido de contraste de fases; la función endocrina se evaluó por secreción de PTH en el medio por técnica de radioinmunoensayo. El crecimiento en Agar blando se realizó como prueba de tumorigénesis *in vitro*.

Resultados: Se obtuvo una línea celular conti-

nua con un tiempo de duplicación (TD) de 30 horas, con crecimiento exponencial sin senescencia. Presenta una respuesta secretoria de PTH normal a 12 meses de cultivo. Tiene una densidad de placa de 123.000 cels/cm² con inhibición por contacto. No hay evidencias de formación de colonias en el test de crecimiento en Agar Blando. Mantiene características de diferenciación con producción y secreción de paratohormona por más de 20 meses y más de 80 subcultivos.

Conclusión: Se ha logrado establecer la primera línea celular continua de paratiroides humana con función endocrina mantenida (Línea RCPTH).

Esta línea es una posible fuente inagotable de células para terapia celular en pacientes con hipoparatiroidismo postquirúrgico.

Al menos *in vitro* no existen evidencias de tumorigenicidad.

TIROIDECTOMÍA TOTAL SIN LIGADURAS: EVALUANDO LIGASURE PRECISE®

Drs. J. Amat, P. Gac, F. Rodríguez, E. Ortuondo, F. Parada, P. Cabané, J. Munita, C. Ferrada, Srs. E. Miranda*, R. Zamora*, J. Gibbs*

(Departamento de Cirugía, Hospital Clínico, Universidad de Chile, *Internos de Medicina, Universidad de Chile)

Introducción: La tiroidectomía se caracteriza en su técnica, por necesitar una rigurosa hemostasia, que por décadas se ha llevado a cabo ligando con distintos materiales de sutura.

Objetivo: Presentar nuestra experiencia inicial en la tiroidectomía total sin ligaduras, al utilizar el método de sellado de vasos a través de Ligasure Precise®.

Material y Método: Se realizó por primera vez en Chile la tiroidectomía total con Ligasure Precise® en enero del año 2005. Para evaluar los resultados, se consignaron en forma prospectiva, los datos de 40 pacientes. Se incluyeron: Datos personales del paciente, fecha intervención, antecedentes mórbidos, presencia de síntomas, función tiroidea preoperatoria, hallazgos del examen físico, ecografía y PAAF (si correspondía), tipo de operación, cirujano, tiempo operatorio, días de estadía postoperatoria, débito total de los drenajes en el postoperatorio, biopsia intraoperatoria y definitiva, complicaciones postoperatorias médicas y quirúrgicas como necesidad de reintervención.

Resultados: Se realizaron 40 tiroidectomías totales entre enero y marzo de 2005. Se operaron 20 pacientes de forma tradicional y 20 con Ligasure. No hubo mortalidad operatoria. La edad

fluctuó entre 19 y 68 años, con 37 mujeres y 3 hombres. La biopsia definitiva mostró carcinoma en 35%. Los días de estada postoperatoria promedio fueron 2 días. El débito total de los drenajes fue 85 ml para el grupo tradicional y 80 ml para el grupo con Ligasure. El tiempo operatorio en promedio fue 94,3 minutos para el grupo tradicional y 98,4 minutos para el grupo Ligasure. No hubo complicaciones en esta serie. En algunos casos se complementó el uso de ligadura en tiroidectomías con Ligasure cuando se trabajó cerca del nervio recurrente.

Conclusión: La tiroidectomía con técnica de sellado de vasos con Ligasure precise es un método posible de realizar en nuestro medio. Es tan seguro como la tiroidectomía con ligaduras habitual. Este método es muy cómodo para el cirujano y a la luz de los resultados igual de seguro para el paciente. Su aplicación, indicación y reales beneficios deben ser evaluados en el futuro con mayor número de casos.

ANATOMÍA DE LOS VASOS TEMPORALES PROFUNDOS (VTP) Y SU RELACIÓN CON EL DISEÑO DEL COLGAJO MUSCULAR TEMPORAL EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL

Drs. *Marcelo Veloso Olivares*
(Servicio Médico Legal, Hospital Militar de Santiago)

Introducción: El colgajo de músculo temporal ha sido largamente utilizado en la cirugía reconstructiva maxilofacial, está basado en los vasos temporales profundos ramos de la arteria y vena maxilar interna, tiene la limitante de su pequeño arco de rotación que puede mejorarse desprendiéndolo del arco cigomático, aumentándose su alcance. Objetivo: Describir las variaciones anatómicas de los VTP en la población chilena y su aplicación en el diseño del colgajo muscular temporal.

Material y Método: Entre Mayo de 2004 y Julio de 2005, se disecaron 80 cadáveres frescos sometidos a pericia médico legal en el Servicio Médico Legal de Santiago (64 hombres y 16 mujeres), edad promedio 50 años (17-90), obteniéndose para estudio anatómico 160 músculos temporales todos disecados por el autor. Se identificaron los VTP y su relación con el nacimiento de la apófisis cigomática (ACT) del hueso temporal.

Resultados: La distancia promedio entre el nacimiento de la ACT y los VTP fue de 4,5 cm (3,7-5,2) en los hombres y 3,8 cm (3,2-4) en las mujeres y estos nunca se encontraron a menos de 3 cm. El

largo promedio del músculo temporal en su porción media fue de 9 cm en los hombres y de 8 cm en las mujeres. Al despegar el músculo temporal del hueso y seccionar la aponeurosis temporal superficial y el músculo temporal de la apófisis cigomática hasta la aparición de los VTP el colgajo alcanza su largo máximo. Hubo 63 casos de doble sistema arterial profundo.

Conclusiones: El colgajo muscular temporal ofrece una buena alternativa para el cierre de defectos en la cirugía maxilofacial, al mejorar el arco de rotación seccionando la aponeurosis temporal superficial y el músculo temporal hasta la aparición de los VTP se logra su mayor alcance, y esto se puede hacer en forma segura hasta 3 cm desde el nacimiento de la ACT.

MORBILIDAD DE LA TIROIDECTOMÍA EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS

Drs. *I. Goñi, A. Zárate, A. León, R. Claure, H. González, M. Camus, P. Montero, Al. C. Luna*
(Sección de Cirugía Oncológica y de Cabeza y Cuello. División de Cirugía. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: La tiroidectomía es el tratamiento de elección en pacientes con cáncer tiroideo y otras patologías benignas. La cirugía en mayores de 65 años tendría una morbilidad postoperatoria similar a pacientes menores de 65 años. El objetivo de este trabajo es comparar la incidencia de complicaciones post-tiroidectomía entre estos dos grupos etarios.

Material y Método: Desde diciembre de 2003 hasta junio de 2005, se operaron 158 pacientes de tiroidectomía (total o parcial). La edad promedio fue de 47,3 años (14-79), el 86,7% de los casos fueron mujeres. En forma prospectiva se dividieron los pacientes en dos grupos: mayores o iguales a 65 años (A), con 21 casos, y menores de 65 años (B), con 137 casos. Análisis estadísticos: Test t student, chi cuadrado.

Resultados: Las principales indicaciones de cirugía fueron bocio multinodular benigno (A vs B: 57,1% vs 56,6%; $p>0,05$) y cáncer tiroideo (A vs B: 23,8% vs 22,7%; $p>0,05$), sin existir diferencias significativas entre los grupos. La cirugía realizada fueron similares estadísticamente (tiroidectomías totales. A vs B: 85,7 vs 85,1; $p>0,05$). La hipocalcemia fue estadísticamente menos frecuente en el grupo A (45%) que en el B (62,5%); $p<0,05$. La disfonía en el grupo A (9,5%) fue mayor que en el grupo B (2,2%); $p<0,05$, siendo todas transitorias.

Menos del 5% desarrolló un hematoma cervical en ambos grupos (A vs B: 4,7% vs 4%; $p>0,05$). Complicaciones respiratorias o cardiológicas se presentaron en forma similar en ambos grupos en menos del 5% de los pacientes ($p>0,05$). Ningún paciente presentó infección de la herida operatoria. La me-

diana del tiempo de hospitalización fue similar en ambos grupos (A vs B: 2 vs 2, $p>0,05$).

Conclusión: Las complicación postoperatorias de las tiroidectomías en pacientes mayores de 65 años son similares a pacientes menores de esa edad.

Seccional: CIRUGÍA VASCULAR

INFECCIÓN EN ACCESOS VASCULARES PARA HEMODIÁLISIS

Drs. I. Galleguillos O., C. Vallejos, J. Vergara, H. Pizarro, Int. G. Schönffeldt, K. Tirado, C. Schiele (Servicio de Cirugía. Hospital Barros Luco-Trudeau)

Introducción: La infección de un acceso vascular es una complicación poco frecuente pero grave que puede comprometer la permeabilidad y producir amenaza vital.

Objetivo: Describir nuestra experiencia en pacientes con infección de acceso vascular para hemodiálisis.

Material y Método: Entre 01/01/2001 y 01/06/2005 se construyeron 1926 accesos vasculares, en 1537 pacientes en el Servicio de Cirugía del Hospital Barros Luco-Trudeau, seleccionamos aquellos pacientes que fueron manejados por presentar evidencias clínicas de infección. Se definió como infección precoz aquella que se presentó antes de 30 días y tardía, después de 30 días.

Resultados: El grupo está constituido por 15 pacientes: 8 (53,3%) hombres y 7 (46,7%) mujeres, 8 (53,3%) diabéticos. La edad fluctuó entre 34 y 85 años (promedio: 56,73 años). La infección se manifestó en forma precoz en 1 (6,67%) pacientes y en forma tardía, en 14 (93,3%) ($p < 0,05$).

La incidencia global de infección fue de 0,97%. Un 26,67% eran diabéticos ≥ 60 años y un 26,67%, no diabéticos < 60 años (ns). La incidencia de infección de acuerdo a tipo de acceso fue de 0,59% en los pacientes con fístula A/V nativa y 4,5% en pacientes con acceso protésico ($p < 0,05$). En 3 (17,6%) pacientes se obtuvo estudio bacteriológico siendo el único germen aislado *Staphylococcus aureus*.

El manejo del caso de infección precoz consistió en cierre de la fístula. En los 14 casos de infección tardía se hizo manejo conservador en 2 (%) casos, y cierre de la fístula en 12 (80%). No hubo mortalidad.

Conclusiones: La infección en accesos vasculares para hemodiálisis es una complicación grave

que suele presentarse en forma tardía y con mayor frecuencia en accesos protésicos. Por lo general implica la pérdida del acceso para hemodiálisis.

ISQUEMIA SINTOMÁTICA EN ACCESOS VASCULARES PARA HEMODIÁLISIS

Drs. L. Galleguillos O., C. Vallejos, J. Vergara, H. Pizarro, Int. C. Schiele, G. Schönffeldt, K. Tirado (Servicio de Cirugía. Hospital Barros Luco-Trudeau)

Introducción: Aunque poco frecuente el desarrollo de isquemia de la extremidad en un paciente en HD es una complicación muy invalidante y puede llegar a dejar serias secuelas.

Objetivo: Dar a conocer nuestra experiencia en el manejo de los pacientes con isquemia sintomática asociados a los accesos vasculares para hemodiálisis.

Pacientes y Métodos: Entre enero de 2001 y junio de 2005 se han construido 1926 accesos vasculares para HD en 1537 pacientes en el Servicio de Cirugía del Hospital Barros Luco-Trudeau, seleccionando para este análisis aquellos pacientes que fueron manejados por presentar elementos de isquemia sintomática.

Resultados: El grupo está constituido por 18 pacientes: 9 (50%) hombres y 9 (50%) mujeres; 14 (78%) diabéticos. La edad fluctuó entre 27 y 84 años (promedio de 61,5 años).

El diagnóstico se hizo sobre la base de la anamnesis y el examen físico, objetivado con laboratorio no invasivo en todos los pacientes y angiografía en algunos.

La incidencia global de isquemia sintomática fue de 1,17%; un 61,1% correspondía a pacientes diabéticos mayores de 60 años y un 16,7% a no diabéticos menores de 60 años ($p < 0,05$). En 15 pacientes (83%) la isquemia sintomática se presentó con relación a una fístula arteriovenosa nativa y 3 (17%) a un acceso vascular protésico.

Las manifestaciones de isquemia aparecieron

en el postoperatorio inmediato en 7 (39%) pacientes y en forma tardía (después de 6 meses) en 11 (61%) pacientes.

Los factores etiológicos observados fueron enfermedad arterial oclusiva en 13 (72,2%), estenosis funcional en 2 (11,1%) y robo arterial en 3 (16,7%).

El manejo de los casos de isquemia sintomática consistió en revascularización en 8 (44,5%) pacientes y en cierre de la fístula más instalación de catéter tunelizado en 10 (55,5%). En 14 (77,8%) pacientes se debió recurrir al cierre de la fístula.

Al término del seguimiento 15 (83,3%) presentaban regresión completa de los síntomas y 3 (16,7%) pacientes quedaron con secuelas.

Conclusión: La isquemia sintomática es una complicación poco frecuente, pero invalidante, que puede dejar serias secuelas. Es importante su prevención.

TROMBOFILIA EN ACCESOS VASCULARES PARA HEMODIÁLISIS

Drs. I. Galleguillos O., C. Vallejos, J. Vergara, H. Pizarro. Int. K. Tirado C. Schiele, G. Schönfeldt (Servicio de Cirugía. Hospital Barros Luco-Trudeau)

Introducción: El diagnóstico de trombofilia puede hacerse en relación a la construcción de un acceso vascular, lo cual se manifiesta por hoy fallas repetidas.

Objetivo: Dar a conocer nuestra experiencia en el manejo de los pacientes con trombofilia e Insuficiencia Renal Crónica Terminal.

Material y Método: Entre 01/01/2001 y 01/06/2005 se construyeron 1926 accesos vasculares para hemodiálisis en 1537 pacientes seleccionados aquellos que presentaron elementos clínicos de trombofilia. La sospecha clínica de trombofilia fue por falla repetida de acceso vascular o falla precoz sin causa aparente.

Resultados: El grupo está constituido por 13 pacientes: 4 (30,8%) hombres y 9 (69,2%) mujeres, 1 (7,7%) diabéticos, 1 (7,7%) presentaba LES, 1 (7,7%) presentaba LES+SAF y 1 (7,7%), púrpura. La edad fluctuó entre 23 y 83 años (promedio: 50,5 años). La incidencia global de trombofilia fue de 0,008%. La incidencia de trombofilia en <60 años fue de 61,5% y en ≥60 años, de 38,5% (p<0,05). En 10 (77%) pacientes se sospechó trombofilia por clínica y 3 (23%) tenían el diagnóstico preoperatorio. Se hizo estudio postoperatorio en 2 pacientes. La etiología fue hiperhomocisteinemia en 1 (7,7%) paciente, déficit de ATIII en 2 (15,4%) y anticuerpos anticardiolipina en 2 (15,4%). No se

realizó el estudio postoperatorio en 8 (61,5%) pacientes. Frente a la sospecha clínica de trombofilia se inició heparinización sistémica intraoperatoria seguida de TACO postoperatorio. Se hicieron un total de 20 accesos vasculares, de los cuales 12 (60%) correspondían fístulas A/V nativas, 7 (35%) fístulas A/V protésicas y 1 (5%) catéteres tunelizados. Al finalizar el seguimiento 11 (84,6%) pacientes se encontraban permeables, 1 (7,7%) había fallecido, 1 (7,7%) trasplantado y ninguno trombosados. Al término del seguimiento 10 (77%) pacientes se encontraban en TACO, 1 paciente se trasplantó y 1 paciente se trató la enfermedad de base.

Conclusiones: La trombofilia es una complicación de excepción. Más frecuente en mujeres jóvenes y con enfermedades reumatológicas. Se obtienen buenos resultados cuando se sospecha clínicamente y se manejan bajo anticoagulación.

AGOTAMIENTO DE SITIOS PARA ACCESOS VASCULARES PARA HEMODIÁLISIS

Drs. I. Galleguillos O., C. Vallejos, J. Vergara, H. Pizarro

(Servicio de Cirugía. Hospital Barros Luco-Trudeau)

Introducción: El agotamiento de sitios para acceso vascular para hemodiálisis (ASAVH) es un cuadro poco frecuente, de difícil manejo y de mal pronóstico, con casos aislados en la literatura.

Objetivos: Comunicar nuestra experiencia en pacientes con ASAVH, conocer su incidencia, causas, manejo y pronóstico.

Material y Método: Entre enero de 2001 y junio de 2005 se construyeron 1926 accesos vasculares (AV) en 1537 pacientes, seleccionando aquellos con ASAV. Se definió agotamiento cuando no es posible utilizar las extremidades superiores e inferiores para la construcción de un AV, sea por utilización previa de los vasos de la extremidad o por oclusión venosa central (venas subclavas, cava superior, ilíacas o cava inferior) y/o enfermedad arterial oclusiva. Se estudiaron con ecodoppler color y/o flebografía y/o EVNI cuando estuvo indicado.

El grupo estudiado fueron 26 pacientes 10 (38,46%) hombres y 16 (61,54%) mujeres, 10 (38,46%) diabéticos, con edad entre 20 y 73 años (promedio de 45).

Resultados: La incidencia de agotamiento fue 1,69%, con 7/26 (26,9%) en diabéticos mayores de 60 años y 7/26 (26,9%) en no diabéticos menores de 60 años (p= NS).

El antecedente de AV múltiples y uso de CVC

transitorio estuvo presente en todos los pacientes. La permeabilidad promedio de los AV fue de 16,9 meses y su infección se observó en 9,5% (42).

Todos se manejaron con AV de excepción, realizándose 3 (11,53%) interposiciones de PTFE axiloaxilares, 4 (15,38%) interposiciones axiloilíaca, 2 (7,69%) interposiciones femorofemorales, 1 (3,84%) interposición de PTFE femorofemoral en omega. Además 16 (61,53%) catéteres tunelizados con cuff, 9 (56,25%) por vía femoral, 4 (25%) vía ilíaca y 3 (18,75%) vía cava inferior. La mortalidad global fue 72,7%.

Conclusión: El ASAVH es una entidad poco frecuente, de difícil manejo y alta mortalidad. Se llega esto por el uso de CVC múltiples y/o por AV disfuncionales repetidos. Se deben hacer todos los esfuerzos posibles para evitarlo.

INTERRUPCIÓN DE VENA CAVA INFERIOR MEDIANTE FILTROS PERCUTÁNEOS: RESULTADOS INMEDIATOS Y A LARGO PLAZO EN 277 PACIENTES

Drs. R. Mertens, I. Arriagada, R. Sagües, F. Valdés, A. Krämer, L. Mariné, M. Bergoening, E.U.: J. Vergara, E.U.: M. Valdebenito

(Departamento de Enfermedades Cardiovasculares, Pontificia Universidad Católica de Chile. Instituto Vascular de Santiago)

El tratamiento de la enfermedad tromboembólica es la anticoagulación y ocasionalmente la trombólisis. En ocasiones la anticoagulación está contraindicada, presenta complicaciones, fracasa en prevenir un nuevo episodio o se anticipa un resultado insuficiente. En estas situaciones se indica interrumpir la vena cava inferior (VCI) para evitar mecánicamente la embolia pulmonar (EP) y sus complicaciones. Con el propósito de evaluar los resultados de este procedimiento en el corto y largo plazo revisamos retrospectivamente nuestra experiencia en la inserción de filtro VCI, utilizando los dispositivos percutáneos actualmente disponibles.

Entre enero de 1993 y julio de 2005 insertamos filtros en 277 pacientes (pac), 54,7% de sexo masculino y edad promedio 61,9 años (rango: 17-98). La indicación más frecuente fue la presencia de enfermedad tromboembólica y contraindicación de anticoagulación en 142 pac (51,3%) seguido de EP masiva o con mala reserva pulmonar en 40 pac (14,5%).

El procedimiento fue técnicamente posible en el 100% de los pacientes. Los filtros utilizados fueron: Greenfield (Boston Sci®) 59 (21%), Günther-Tulip

(Cook®) 11 (4%), Trapease/Optease (Cordis®) 99 (36%), Venatech (Braun®) 106 (38%), y Bird's nest (Cook®) 2 (0,7%). La vía de acceso más frecuente fue la vena yugular interna (68%). En 19 pacientes (7%) el filtro fue instalado sobre las venas renales. No hubo morbimortalidad derivada del procedimiento. El seguimiento promedio fue de 42 meses (0,2-136,4). Durante el seguimiento 3 (1,1%) pacientes han fallecido por EP y se ha documentado un nuevo episodio trombótico en 20 pacientes (7,2%).

El uso de filtros de VCI es una forma eficaz y segura de prevención de la EP masiva, sus complicaciones a largo plazo son infrecuentes, la incidencia alejada de TVP se compara favorablemente con la reportada en pacientes con TVP sin filtro.

TRAUMA VASCULAR DE EXTREMIDADES INFERIORES. REPORTE DE 6 AÑOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA DEL HBLT

Drs. Vergara J., Astroza G. Galleguillos H., Azolas R., Rodríguez C. Costa E., Vallejos C. Int. Díaz C. Al. Meza G. Int. Urbina C. Int. Castillo A.

(Unidad de Emergencia HBLT. Departamento de Cirugía Campus Sur Universidad de Chile)

Introducción: El trauma vascular es actualmente un importante problema en los servicios de emergencia de nuestro país especialmente el que compromete las extremidades inferiores. El diagnóstico y el manejo adecuado de este determinan, por una parte, la sobrevida del paciente y por otra la viabilidad de la extremidad. El presente trabajo tiene por objetivo analizar las características, manejo y evolución de los pacientes que fueron atendidos en el Servicio de Emergencia con lesiones vasculares de las extremidades inferiores.

Material y Método: Estudio descriptivo retrospectivo del total de pacientes que fueron sometidos a intervenciones con hallazgos de lesión vascular en las extremidades inferiores, en el período comprendido entre el 01 de enero de 1999 al 31 de junio de 2005. Para la obtención de los datos se revisaron las fichas clínicas correspondientes.

Resultados: El total de pacientes con lesiones vasculares de las extremidades inferiores fue de 85 de los cuales 79 (93%) fueron hombres y 6 (7%) fueron mujeres. El promedio de edad fue de 30 años con un rango de 13 a 68 años. El mayor número de pacientes se concentraron entre 15 y 45 años. Las lesiones fueron producidas por armas de fuego en un 73% de los casos. La región más frecuentemente comprometida fue el muslo (55,3%), lo

que implica que los vasos principalmente comprometidos fueron los femorales. En 70 pacientes (82,4%) hubo lesión arterial y lesión mixta arterial y venosa en 37 (43,5%). En las lesiones arteriales la principal reparación se realizó con interposición venosa de safena en un 30 (42,85%) seguida de sutura primarias en 22 (31,4%). Hubo 4 pacientes que terminaron en amputación de la extremidad (4,7%) y fallecieron 6 (7%). Hubo 5 (6,4%) pacientes con lesiones secuelas neurológicas.

Conclusiones: Este tipo de lesiones afecta principalmente a hombres en edades productiva. En un alto número de pacientes hubo lesión arterial. Según reportes anteriores el número de lesiones por arma de fuego a aumentado considerablemente en nuestro medio. Hay una baja tasa de amputaciones y de mortalidad.

RESULTADOS DE REVASCULARIZACIÓN INFRINGUINAL EN PACIENTES CON ISQUEMIA CRÍTICA: SEGUIMIENTO A 8 AÑOS

Drs. E. Sepúlveda¹, M. Espíndola¹, J. Seitz¹, M. Maureira¹, G. Sepúlveda¹, Ints. D. Erlij², G. Cantó², P. Sepúlveda², O. Esparza²

(¹Servicio de Cirugía Vasculard, Hospital DIPRECA. ²Interinos de Medicina, Universidad de Santiago)

Introducción: La isquemia crítica de extremidades inferiores define a los pacientes con enfermedad arterial oclusiva severa, con dolor de reposo, úlceras o necrosis, los que presentan alto riesgo de amputación y mortalidad. El propósito de este análisis retrospectivo es revisar los resultados de pacientes con isquemia crítica sometidos a puentes infringuinales, según su indicación, morbimortalidad, permeabilidad primaria, secundaria, por tipo puente, salvataje global de extremidad y sobrevida a largo plazo.

Métodos: Durante el período comprendido entre 1997-2004, se realizaron 172 puentes infringuinales en el Hospital DIPRECA. Los datos se recopilaron según recomendaciones establecidas para isquemia crónica. El promedio de seguimiento fue de 19,1 meses (Rango: 1-98,6 meses). Para el cálculo estadístico de permeabilidad, salvataje de extremidad y sobrevida se utilizó el método de Kaplan and Meier, y para su comparación el método del Log rank test.

Resultados: 68 hombres y 19 mujeres fueron sometidos a 106 puentes infringuinales, 18 femoropoplíteos y 88 distales, 75 vena safena, 22 PTFE, 9 puente compuesto. El promedio de edad fue de 68 años. Las indicaciones fueron: dolor de

reposo 14 (13,2%), necrosis focal-isquemia pedia difusa 74 (69,8%), necrosis a nivel del metatarso 18 (16,9%). La mortalidad y morbilidad a 30 días fue de 0,9% (1) y 13,2% (14), respectivamente. La sobrevida global a 8 años fue de 72%. La permeabilidad global a 8 años fue de 64,5%. La permeabilidad primaria y secundaria a 8 años fue de 61% y 64,5% respectivamente ($p < 0,57$ ns), (RR 1,153; 95% CI 0,69 a 1.902). Salvataje global de extremidad fue de 68% a 8 años. El salvataje de extremidad utilizando vena safena fue de un 74%. La permeabilidad según el tipo de puente, vena safena interna, PTFE y puente compuesto a 8 años fue de 79,2%, 32%, 21% ($p < 0,0001$) respectivamente.

Conclusiones: En esta serie la mayor indicación de revascularización infringuinal en isquemia crítica fue la necrosis focal-isquemia pedia, demostrando ser un procedimiento de baja morbimortalidad. La vena safena es el conducto con mejores resultados de permeabilidad y salvataje de extremidad, siendo el puente de elección en pacientes con isquemia crítica.

USO DE ENDOPRÓTESIS EN EL TRATAMIENTO DE LESIONES NO OCLUSIVAS DEL TERRITORIO ILÍACO

Drs. R. Mertens, A. Krämer, F. Valdés, M. Bergoing, R. Sagües, R. Olgún, J. Cruz, E.U.: M. Valdebenito, E.U.: J. Vergara

(Cirugía Vasculard y Endovascular. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: La cirugía endovascular reduce la magnitud de los procedimientos para tratar enfermedades vasculares, disminuyendo la morbilidad y eventualmente la mortalidad.

Objetivo: Analizar indicaciones y resultados en el tratamiento mediante endoprótesis de lesiones ilíacas no oclusivas.

Pacientes y Métodos: Revisamos datos de 12 pacientes (todos hombres 54,8 años, rango 25-76) tratados por vía endovascular consecutivamente desde 2001 de lesiones ilíacas no oclusivas. El estudio preoperatorio incluyó tomografía computada (TC) rutinariamente y angiografía selectivamente. El procedimiento se efectuó en quirófano, bajo anestesia regional o local, utilizando un angiógrafo DEC 9800. Se usó acceso femoral para insertar extensiones ilíacas de dispositivos abdominales (Cook®, Gore® o Talent®) en 10 casos y Wallgraft (Boston Scientific) en 2. En 10 pacientes se asoció embolización de arteria hipogástrica para

obtener cuello distal. El seguimiento se realizó mediante TC.

Resultados: Patologías tratadas: Cinco aneurismas de iliaca primitiva, 3 disecciones, 2 traumas, un aneurisma hipogástrico y un pseudoaneurisma. La comorbilidad más frecuente fue la hipertensión en un 67%. No hubo mortalidad. Un paciente presentó pseudoaneurisma femoral tratado con compresión. Un paciente tratado por fístula A-V presenta resolución de insuficiencia cardíaca, con persistencia asintomática de mínimo flujo. No se presentaron otras endofugas iniciales o tardías. Durante el seguimiento (Promedio: 23,5 meses, rango 1 a 36), no se ha presentado mortalidad ni necesidad de procedimientos complementarios.

Conclusión: Tratamiento endovascular de lesiones ilíaca mediante endoprótesis es seguro y permite un resultado durable en el manejo de un amplio espectro de patologías.

MORTALIDAD TEMPRANA Y COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA CONVENCIONAL DEL ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL COMPLICADO

Drs. *Alejo Chávez M.¹, Pablo Díaz D.¹, Juan Silva S.¹, Ints. Gonzalo Gómez C.¹, Aníbal Scarella C.¹, Gonzalo Martínez R.¹, Paula Muñoz M.²*

(¹Servicio y Cátedra de Cirugía del Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso. ²Interna de Medicina, Universidad de Los Andes)

El aneurisma de la aorta abdominal (AAA) complicado es una patología quirúrgica grave, que se plantea como un desafío para el equipo médico-quirúrgico. El objetivo es estudiar las complicaciones y la mortalidad temprana de los pacientes operados de urgencia por un AAA complicado en el Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar.

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes ingresados por la Unidad de Emergencia Adultos del Hospital Dr. Gustavo Fricke, con el diagnóstico de AAA operado complicado. Desde enero de 1996 a enero de 2005 se operaron 33 pacientes de urgencia. Se obtuvo información adecuada en 31, los que fueron analizados.

La edad promedio fue de 70,7±8 años, con predominio de sexo masculino (70,4%). El diámetro promedio del AAA fue 8,1±2,4 cm. La complicación del AAA más frecuente fue la rotura. Hubo dos casos de aneurismas aórticos-intestinales inflamatorios rotos. Todos los pacientes fueron operados por vía abdominal transperitoneal. La mortalidad

intraoperatoria fue de 12,9% (n=4). Dos pacientes requirieron de toracotomía izquierda anterior con clampeo aórtico torácico adicional. En las primeras 24 horas postoperatorias, tres pacientes tuvieron que ser reintervenidos por una complicación quirúrgica. Hubo dos casos de hemoperitoneo por filtración de sutura protésica. La infección de herida operatoria se presentó en dos pacientes y la infección de prótesis en uno. La mortalidad quirúrgica de la serie, hasta los 30 días postoperatorios, fue un 41,9% (n=13).

Los resultados en cuanto a complicaciones y mortalidad son satisfactorios y comparables a lo publicado en otras series.

MORBIMORTALIDAD DE LA RUPTURA DEL ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL EN EL ÁREA GEOGRÁFICA DEL HOSPITAL DE PUERTO MONTT

Drs. *Reginald Rojas N., Al. Andrés Rojas G.*
(Servicio de Cirugía. Hospital de Puerto Montt)

El aneurisma aórtico roto (AAAr) es una condición con alta mortalidad. El Servicio de Salud Llanquihue, Chiloé y Palena atiende una población de 600.000 habitantes en un área geográfica difícil y todas las urgencias vasculares son derivadas al Hospital de Puerto Montt.

Objetivo: Conocer el manejo y morbilidad de esta patología en el área geográfica asignada.

Material y Método: La información fue obtenida de un registro vascular local. Se revisan retrospectivamente los datos de 20 pacientes con AAAr ingresados al Hospital de Puerto Montt entre el 11/9/1995 y el 2/7/2005, derivados desde hospitales periféricos con distancias variables entre 20 y 250 km, agregándose dos desde XI Región.

Resultados: 17 AAAr fueron operados, 2 rechazaron cirugía y 1 se consideró fuera de tratamiento quirúrgico. Sólo 4 (20%) conocían existencia previa del aneurisma. El diámetro promedio fue de 7,2 cm (5-10 cm). La edad promedio fue de 69 años (36-87 años). Quince de sexo masculino y cinco femenino. Los factores de riesgo más comunes: tabaquismo (45%), hipertensión arterial (35%) y limitación crónica al flujo aéreo (25%).

Seis pacientes ingresaron en shock hipovolémico y ruptura libre intraperitoneal, con 100% de mortalidad; 14 pacientes ingresaron con hematoma retroperitoneal contenido y mortalidad de 21% (3). La mortalidad global en los 20 pacientes fue 45%, y la operatoria a 35%, a 30 días. La complicación más frecuente fue la insuficiencia renal.

Conclusiones: La demora en el traslado y revascularización no afectaron la sobrevida, obteniéndose mortalidad satisfactoria en un área de aislamiento y dificultad de transporte.

Los pacientes ingresados con hipotermia, en *shock* y con alteración de conciencia tuvieron mayor mortalidad.

ANEURISMAS AÓRTICOS ABDOMINALES ROTOS: REVISIÓN DE 7 CASOS EN EL HBLT

Drs. J. Vergara, S. Osorio, J. Gaete, G. Gassorla, G. Astroza, Int. Castro A.

(Servicio de Cirugía, Unidad de Emergencia, Hospital Ramón Barros Luco-Trudeau. Equipo de Cirugía Vascular. Departamento de Cirugía, Campus Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Introducción: El aneurisma aórtico abdominal (AAA) constituye el 1,3% de las muertes de pacientes entre 65 a 85 años en países desarrollados. Siendo la más temible de sus complicaciones la ruptura, dada por su alta mortalidad. Dos tercios de los pacientes fallecen antes de recibir atención, del resto un quinto fallece antes de cirugía. Por lo cual, es necesario realizar una detección precoz de los pacientes portadores de esta patología. Nuestro objetivo fue revisar los casos de AAA roto operados en el HBLT y su evolución.

Material y Método: Se efectuó un análisis retrospectivo de los casos de AAA rotos operados en el HBLT, para esto se diseñó un protocolo con los datos considerados más relevantes, siendo el período estudio desde noviembre de 2003 a marzo de 2005.

Resultados: Un total de 7 pacientes fueron operados de AAA roto en este período, seis hombres y una mujer, promedio de edad 70 años. En dos pacientes se contaba con el antecedente de AAA. Los síntomas y signos presentados: Dolor abdominal 7/7, dolor lumbar 4/7, compromiso estado general 7/7, hipotensión 5/7. Se pudo realizar TAC abdominal 5/7 confirmándose el diagnóstico. El tiempo desde su ingreso hasta su cirugía, fue en promedio 5 horas, tiempo total de cirugía en promedio 4 horas, y el tiempo de clampeo promedio 90 minutos, este fue en todos los casos infrarrenal. Se realizó una reconstrucción en todos los pacientes con prótesis de dacrón. Ningún paciente requirió reexploración. Un total de 4 fallecidos (uno en pabellón, 2 en postoperatorio inmediato y uno a los 30 días postoperado). De los tres pacientes que sobrevivieron, uno evolucionó con insuficiencia renal que no ha requerido diálisis, los otros dos con buena evolución.

Conclusión: El AAA roto es una patología con alta mortalidad. Esta serie a pesar de ser pequeña, presenta una sobrevida alentadora si lo comparamos con lo publicado internacionalmente.

TRATAMIENTO DE ESTENOSIS DE ARTERIA RENAL TRANSPLANTADO (EART) MEDIANTE ANGIOPLASTIA PERCUTÁNEA

Drs. F. Ibáñez, F. Corvalán, D. Lazo, J. Parra, V. Bianchi, C. Salas, W. Bastías

(Departamento de Cirugía Vascular, Hospital del Salvador)

Introducción: El motivo del presente trabajo es mostrar la experiencia de nuestro centro en el manejo de las EART mediante angioplastia renal percutánea (ARP).

Material y Método: Se estudiaron en forma retrospectiva los pacientes que presentaron EART y que fueron tratados con ARP desde enero de 1999 a diciembre de 2004.

Se describen detalles técnicos del abordaje utilizado así como del procedimiento angiográfico.

Se realizó seguimiento en todos los pacientes con controles clínicos en los meses 1 y 3 y al año de este, con medición de creatinina plasmática (CrP) y medición de presión arterial (PA).

Resultados: Se realizaron 12 ARP en 10 pacientes. La edad promedio de los pacientes al momento del trasplante fue de 45 años. El tiempo promedio entre el trasplante y el diagnóstico de la lesión fue 34 meses (rango 2,6 a 152 meses).

Se realizó ARP primaria sin stent en 60% de los pacientes. Se obtuvo éxito inmediato en un 100% de los pacientes. Hubo dos reestenosis, ambas tratadas con ARP (una de ellas con stent).

Al término del seguimiento hubo una disminución de 13% tanto en la PA media como en la diastólica y de un 34,5% del valor de CrP. También hubo disminución en el requerimiento de fármacos antihipertensivos.

La permeabilidad primaria y primaria asistida de la ARP fue 70 y 90% a un año respectivamente. La sobrevida libre de diálisis fue de 79% a un año.

Discusión: La EART es una complicación que requiere especial atención por parte del equipo médico tratante dado es una causa reversible de disfunción de injerto, tanto en el corto como en el largo plazo. La ARP de riñón trasplantado es una alternativa terapéutica efectiva y segura para el tratamiento de la EART, con buenos resultados en el seguimiento a un año.

TRATAMIENTO CONVENCIONAL DE ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL EN EL HOSPITAL DIPRECA

Drs. M. Maureira, M. Espíndola, E. Sepúlveda, G. Sepúlveda, J. Seitz

(Servicio de Cirugía Vasculiar Periférico, Hospital DIPRECA)

Introducción: La cirugía convencional del aneurisma de aorta abdominal, ha sido el manejo de elección para esta patología, cuyos riesgos y pronósticos son conocidos. El siguiente trabajo tiene por objetivo dar a conocer el tratamiento convencional del aneurisma aórtico abdominal en nuestro Hospital.

Material y Método: Se revisa un período de 7 años (1998 a 2005), considerando el inicio de la cirugía endovascular en nuestro hospital. De un total de 82 pacientes el 36% se realizó un procedimiento endovascular, dos pacientes fueron sometidos a cirugía de urgencia por rotura aórtica, dejando para esta revisión un total de 50 pacientes tratados clásicamente. Se estudia en este grupo la mortalidad perioperatoria, complicaciones a mediano plazo y

sobrevida global, utilizando el método estadístico de Kaplán Meier.

Resultados: De un total de 50 pacientes, 8 fueron mujeres y 42 hombres, con un promedio de edad de 70,6 años, 23 presentaron además compromiso ilíaco. El diámetro aneurismático promedio fue 5,8 cm. Se realizaron 17 puentes aorto-aórticos, 2 puentes aortofemorales y 33 puentes aorto-ilíacos. Presentaron un 13,4% de complicaciones postoperatoria. La mortalidad intraoperatoria y postoperatoria fue de 2% respectivamente. El promedio de hospitalización postoperatoria fue de 7,7 días y una mediana de 5 días. El seguimiento promedio alcanzó a los 1,3 años, con una mediana de 0,7 años. La sobrevida global a 8 años fue del 80%.

Discusión: Los resultados obtenidos confirman que el tratamiento clásico del aneurisma aórtico abdominal en nuestro hospital cumple con los estándares publicados en la literatura actual, procedimiento claramente vigente a pesar del advenimiento creciente del tratamiento endovascular, sobretodo en el medio nacional donde el costo es aún una limitante para el desarrollo de este último.

Seccional: COLOPROCTOLOGÍA

FACTORES ASOCIADOS A LA DEHISCENCIA CLÍNICA DE UNA ANASTOMOSIS INTESTINAL GRAPADA: ANÁLISIS MULTIVARIADO DE 610 PACIENTES CONSECUTIVOS

Drs. *Guillermo Bannura C.*¹, *Miguel A. Cumsille G.*², *Alejandro Barrera E.*¹, *Jaime Contreras P.*¹, *Carlos Melo L.*¹, *Daniel Soto C.*¹, *Juan A. Mansilla E.*¹
(¹Servicio y Departamento de Cirugía, CHSBA, Campus Centro, Facultad de Medicina. ²Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

Propósito: La dehiscencia de una anastomosis intestinal (DA) es una complicación grave, lo que ha motivado la búsqueda de factores de riesgo asociados con ella. El propósito de este estudio es analizar los factores predictivos de DA en una serie consecutiva de pacientes con una anastomosis grapada.

Pacientes y Método: Estudio longitudinal prospectivo de 610 pacientes (54% mujeres) con un promedio de edad de 58,9 años (extremos 14-88). Las principales indicaciones quirúrgicas fueron el cáncer colorrectal (55%), la enfermedad diverticular (16%) y el megacolon (11%). Se utilizó un modelo de regresión logística para estudiar la posible asociación entre la DA y 17 variables.

Resultados: La DA ocurrió en 23 pacientes (3,8%). Hubo un 3% (9/300) de DA en el grupo de las anastomosis colorrectales altas y 12% (9/73) en el grupo de anastomosis bajas ($p=0,001$). De los 23 pacientes con DA, 14 requieren una reintervención y 9 fueron manejadas en forma conservadora. La mortalidad global fue 1% (6/610), la mitad debido a complicaciones sépticas de la DA. Al comparar los pacientes sin y con DA, la tasa de reoperaciones fue 6,4% y 61% ($p<0,0001$), la tasa de infección de herida operatoria fue 6,6% y 61% ($p<0,0001$), el tiempo de hospitalización promedio fue 11 y 29,9 días ($p<0,0001$) y la mortalidad operatoria fue 0,5% y 13% ($p<0,0001$), respectivamente. En el análisis univariado el género, la altura de la anastomosis, el diámetro de la grapadora circular, el tiempo operatorio, el drenaje a la pelvis y el antecedente de

radioterapia fueron significativas. En el análisis multivariado sólo el género (masculino), la altura de la anastomosis al margen anal y el antecedente de radioterapia pélvica se mantienen como variables independientes asociadas al riesgo de DA.

Conclusión: Las anastomosis bajas, la radioterapia preoperatoria y el género masculino son factores de riesgo independientes de DA clínica en el análisis multivariado. En los pacientes con múltiples factores de riesgo de DA debe considerarse la confección de una ostomía proximal de protección.

BOTOX VS GONYAUTOXINA (GTX) EN EL TRATAMIENTO DE LA FISURA ANAL (INFORME PRELIMINAR)

Drs. *Mario Abedrapo*, *Rodrigo Azolas*, *Rogelio Garrido*, *Tania Gutiérrez*, *Néstor Lagos*. T.M.: *Ana Henríquez*
(Unidad de Coloproctología, Departamento de Cirugía, Hospital Clínico, Universidad de Chile)

Introducción: La fisura anal es una de las patologías más frecuentes en el ejercicio de la coloproctología. La mayoría de los tratamientos están dirigidos a aliviar la hipertonía del esfínter anal interno (EAI), que se postula como causa de la perpetuación de la lesión. Nuestro grupo publicó recientemente una nueva opción terapéutica para la fisura anal, inyectando toxina paralizante de la marea roja, GTX, en el EAI.

Objetivo: Nuestro objetivo es comparar la seguridad y eficacia de GTX con Botox en el tratamiento de la fisura anal.

Material y Método: Se realizaron en forma paralela dos series prospectivas. Serie A: 30 U de Botox en el EAI, Serie B: 100 U de GTX en el EAI. Se realizó control clínico de todos los pacientes en los días 7,14,28 y 42 postinyección, evaluando dolor, sangrado y cicatrización de la fisura, manometrías anorrectales pre y postinyección, y los criterios de

curación se consideraron el alivio del dolor y la epitelización de la fisura.

Resultados: Hasta el momento hay 14 enfermos en el grupo Botox y 16 en el Grupo GTX. No existe diferencias significativas entre ambos grupos cuando analizamos sus características clínicas y epidemiológicas. Los pacientes del grupo Botox tuvieron menos dolor al momento de la inyección, y el dolor de la fisura cedió en promedio a los 14 días, en el grupo GTX el dolor cedió a los 3 días. Ninguno de los dos grupos presentó incontinencia y se presentó sólo una complicación (fluxión hemorroidal) en el grupo Botox. La relajación clínica y manométrica del esfínter se hizo evidente en forma inmediata en los enfermos con GTX, en los enfermos con Botox demoró entre 7 y 10 días. En el grupo con GTX todas las lesiones estaban cicatrizadas al día 17 en promedio, en el grupo Botox, si bien el dolor cedió en todos los enfermos, hubo 5 de ellos en los cuales la fisura no cicatrizó hasta el día 42. Hasta el momento hay 2 recaídas en el grupo Botox.

Conclusiones: El dolor de la inyección es significativamente menor con Botox. No se presentaron complicaciones atribuibles a la técnica en ninguna de las dos series. En el grupo con GTX el 100% estaba cicatrizado al control del día 28. En el grupo Botox la cicatrización alcanzó un 64,3%.

OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA FISURA ANAL CRÓNICA CON GONYAULATOXINA

Drs. Rogelio Garrido¹, Néstor Lagos², Marcelo Lagos², Alberto Rodríguez-Navarro¹, Dominique Truan², Carlos García², y Ana Henríquez¹

(¹Departamento de Cirugía, Hospital Clínico, Universidad de Chile. ²Laboratorio Bioquímica de Membrana, ICBM, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Introducción: Recientemente, se ha publicado un estudio sobre un tratamiento de Fisura Anal aguda y crónica utilizando Gonyaulatoxina (Dis. Colon Rectum 2005; 48: 335-430. Las Gonyaulatoxinas son ficotoxinas producidas por dinoflagelados, a nivel molecular son bloqueadores específicos del canal de sodio voltaje dependiente. Este nuevo tratamiento demostró ser efectivo, seguro y sin producir efectos secundarios. Sanando los pacientes con Fisura anal aguda en 15 días y los crónicos en 28 días. En ese estudio la frecuencia de inyección fue cada 7 días con evaluaciones clínicas a los 7, 14, 21; 28 y 35 días de la inyección. En ese estudio se administraron un promedio de 2,6±1,3 dosis por paciente.

Objetivo: Probar la eficacia de un nuevo protocolo de administración de gonyaulatoxina, con igual dosis inyectadas al quinto y séptimo días de la primera inyección con evaluaciones clínicas a los 5, 7 y 12 días postinyección.

Métodos: 25 pacientes diagnosticados con fisura anal crónica en el Policlínico de Coloproctología, Hospital Clínico Universidad de Chile y con consentimiento informado, se les realizó manometrías anorrectales antes y después de la inyección de una dosis de gonyaulatoxina en el esfínter anal interno. La dosis corresponde a 25 microgramos de gonyaulatoxina en suero fisiológico en un volumen de 1 cc.

Resultados: El 100% de los pacientes inyectados epitelizaron, cicatrizaron y sanaron su fisura en un tiempo de alta promedio de 12 días. Se utilizó como criterio de alta la cicatrización de la fisura diagnosticada por examen clínico al tacto rectal. No ocurrió recidiva durante los 4 meses que duró el estudio y seis meses de seguimiento. Ningún paciente mostró incontinencia fecal o flatulenta. 100% de los pacientes mostraron significativa disminución del tono anal, lo que se detectó midiendo la presión de reposo anal y la presión de contracción voluntaria anal a 2 minutos de la inyección. El 100% de los pacientes inyectados mantuvieron el reflejo recto-anal y recto-cortical.

Conclusión: La Gonyaulatoxina, como relajante muscular inmediato, termina el ciclo vicioso de dolor, espasmo y fisura anal. Este nuevo protocolo de inyección con una frecuencia al quinto y séptimo día desde la primera inyección, permite la epitelización y cicatrización más rápida de la fisura anal que en el protocolo de inyección cada 7 días. Se demuestra nuevamente que la infiltración de Gonyaulatoxina es eficaz y segura en el tratamiento de fisura anal crónica siendo una alternativa más rápida, eficiente y económica que los tratamientos con cremas tópicas y la inyección con toxina botulínica.

EVALUACIÓN DEL ESTUDIO ENDOSCÓPICO DEL COLON Y PERCEPCIÓN POR PARTE DEL PACIENTE

Drs. MA García-Huidobro, G Soto, G Tapia, F López-Kostner, C Longton, A Walton, W Romero, D Montaldo, S Rosson

(Departamento de Cirugía Digestiva- Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: La colonoscopia es un procedimiento útil para estudiar el colon, pero la percep-

ción es que se asocia a mala tolerancia del paciente.

Objetivo. Conocer indicaciones, resultados y percepción del paciente de las colonoscopias realizadas en un hospital docente.

Material y Método: Estudio prospectivo de 278 colonoscopias en pacientes hospitalizados entre mayo 2004 y junio 2005. Registro de variables endoscópicas mediante una encuesta al endoscopista y al paciente.

Resultados: La edad promedio fue 60 años, 56% fueron mujeres. Las principales indicaciones fueron: sospecha de cáncer colorrectal (26%), estudio de hemorragia digestiva baja (21%), diarrea crónica (21%). La preparación del colon fue calificada como completa en el 75%, suficiente en 14% e insuficiente en 11%. En 95% de los pacientes se utilizó sedación, combinando Midazolam (mediana: 5 mg) y Meperidina (mediana: 30 mg) en la mitad de ellos. Excluyendo los casos de estenosis patológica, la tasa de llegada al ciego fue del 83%, con un tiempo promedio de 17 min. Los diagnósticos principales fueron: colonoscopia normal (41%), diverticulosis (19%), tumor colorrectal (10%). Dieciocho pacientes presentaron complicaciones (6%): depresión respiratoria en 12 pacientes; náuseas y vómitos en 4; y bradicardia en 2. No hubo mortalidad, ni casos de perforación. La percepción del dolor inmediata en las primeras 24 horas fue leve en un 70% de los casos, moderada en un 20%, e intenso en un 10%. La mayoría de los pacientes recibió una información adecuada (77%), una sedación suficiente (80%), y un trato bueno o excelente (99%). La preparación fue considerada como lo peor del examen por el 33% de los pacientes, y el dolor por el 14%. La satisfacción global fue buena o excelente en 91% de los casos.

Conclusiones: Este estudio muestra que la colonoscopia es eficaz y se asocia a una buena tolerancia y satisfacción del paciente.

INDICACIONES Y RESULTADOS DE LA ENDOSONOGRFÍA ANO-RECTAL. ANÁLISIS DE LAS PRIMERAS 1000 ENDOSONOGRFÍAS

Drs. A. Zárate, F. López-Köstner, G. Pinedo, M. Molina, Als. T. Sepúlveda, P. Valdebenito (Departamento de Cirugía Digestiva, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: El estudio de patologías ano-rectales requiere un conocimiento de su funcionalidad y anatomía, para el estudio anatómico en 1999 se introdujo la endosonografía (EUS) en nuestra institución.

Objetivo: Analizar las indicaciones, aplicaciones y resultados de la EUS.

Hipótesis: La EUS sería un examen seguro, entregaría una correcta imagen ano-rectal, permitiendo decidir terapias adecuadas.

Material y Métodos: Estudio prospectivo, descriptivo desarrollado entre noviembre de 1999 hasta septiembre de 2004. Se registraron datos clínicos y del procedimiento. Se correlacionó la EUS con las cirugías y piezas de anatomía patológica. Análisis estadístico: Concordancia, VPP, VPN.

Resultados: En el período mencionado se realizaron 1.000 EUS (62,3% mujeres, edad promedio 55,4 años). Los diagnósticos pre-EUS son cáncer de recto (CR) y seguimiento 279, otros tumores 119, incontinencia fecal (IF) 336, fístulas 173, dolor anal (DA) 73, otros 55 pacientes. La etapificación del CR (187 EUS), evidencia según compromiso de pared, uT1: 16, uT2: 31. uT3: 131. uT4: 9 y según compromiso ganglionar uN(0): 88. uN(+): 80. uN(x): 19. Estudio de IF (315 EUS), muestra lesión de ambos esfínteres, esfínter anal externo (EAE), esfínter anal interno, normal y otros en 52, 204, 5, 52, 3 pacientes respectivamente. En 30 pacientes operados por IF nuestra institución, hay 100% de concordancia entre hallazgos endosonográficos e intraoperatorios. Postesfinteroplastia (18 EUS) se evidencia reparación satisfactoria del EAE en todos. Estudio fístulas (137 EUS): 88 (64,2%) confirmaciones, 18 (13,1%) mostró colección, 14 (10,2%) no demostró alteración y 17 (12,5%) otros diagnósticos. Estudios DA (73 EUS): Hallazgos en 37 (50,7%) pacientes (17,8% colecciones, 10,9% masa perineal, 22% otras), sin alteración en 36 (49,3%) pacientes. El examen no registró morbilidad y las molestias fueron mínimas.

En resumen: el estudio anatómico de patologías ano-rectales, se realiza de forma certera y segura mediante la EUS, permitiendo adecuada selección de terapias y seguimiento de tratamientos.

RESULTADOS DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON

Drs. F. López-Köstner, A. Zárate, G. Pinedo, M. Molina, Als.: N. Badilla, C. Luna G. (Departamento de Cirugía Digestiva, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: El abordaje laparoscópico se está transformando en la alternativa de elección en el tratamiento electivo de la enfermedad diverticular del colon (ED).

Objetivo: Analizar los resultados de los pacientes operados en forma electiva y por vía laparoscópica por ED.

Hiptótesis: La cirugía laparoscópica es segura y efectiva en el tratamiento de la Ed.

Material y Métodos: Diseño prospectivo, descriptivo. Se incluyen los pacientes operados entre enero de 1999 y mayo de 2005. Las indicaciones quirúrgicas fueron las crisis repetidas de diverticulitis aguda, la persistencia de sintomatología y/o deformación anatómica después de una primera crisis y las diverticulitis complicadas (Hinchey 1-2) que respondieron a tratamiento médico. La técnica laparoscópica incluyó el uso de 5 trócares y la extracción de la pieza operatoria por vía suprapúbica.

Resultados: En el período descrito se operaron a 64 pacientes, la edad promedio fue de 53,7 años (i: 33-82) correspondiendo al sexo femenino el 50% de los pacientes. Un 59,6% de los pacientes poseían una cirugía abdominal previa. El tiempo operatorio fue 223 minutos promedio (i: 140-300). Se realizaron 2 conversiones a cirugía abierta (3,1%). Una o más complicaciones postoperatorias se observaron en 8 pacientes (12,5%), uno de los cuales debió ser reoperado. Sólo dos pacientes han presentado infección de herida operatoria (3%). La analgesia intravenosa se usó 2,6 días promedio. El tiempo promedio a la expulsión de gases y la realimentación con régimen líquido fue de 1,7 y 2,3 días respectivamente. La media de estadía postoperatoria fue de 4 días. No hubo mortalidad. En un seguimiento promedio de 27 meses solo un paciente (1,5%) ha presentado una nueva diverticulitis que respondió bien al tratamiento médico. Ningún paciente ha desarrollado un íleomecánico.

Conclusión: La cirugía laparoscópica es una alternativa terapéutica segura en el tratamiento quirúrgico electivo de la enfermedad diverticular del colon.

COLECTOMÍA TOTAL MÁS ANASTOMOSIS ILEORRECTAL LAPAROSCÓPICA

Drs. F. López-Köstner, A. Zárate, G. Pinedo, F. Bellolio, M. Molina, G. Soto. Als. N. Badilla, F. Vergara

(Departamento de Cirugía Digestiva, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: La colectomía total por vía laparoscópica (CTL) es un desafío para el cirujano y en la opinión de algunos, sin grandes beneficios con respecto al acceso por laparotomía.

Hipótesis: La CTL es una alternativa terapéutica segura.

Objetivo: Analizar los resultados de un protocolo prospectivo de colectomía total laparoscópica.

Material y Método: Diseño prospectivo, descriptivo. El período de estudio incluye a todos los pacientes a quienes se les realizó una colectomía total laparoscópica (marzo de 2002 hasta junio de 2005).

Resultados: En el período descrito se realizaron 196 cirugías laparoscópicas colorrectales, de las cuales 17 fueron CTL, la edad promedio de los pacientes fue de 35,3 años (i:8-52), correspondió al sexo femenino el 82,3% de ellos. La indicación de cirugía fue colitis ulcerosa en 3 (17,6%) pacientes, inercia colónica en 8 (47%), poliposis adenomatosa familiar en 5 (29,4%) y HNPCC en un (6%) paciente. El tiempo operatorio promedio fue de 281 minutos (i:180-400), dos (11,1%) paciente se convirtieron por dificultad anatómica. El tiempo medio de la expulsión de gases, y realimentación con líquidos fue de 2 y 3 respectivamente. En el postoperatorio 3 (16,6%) pacientes presentaron complicaciones (hematoma herida operatoria, íleo prolongado y trombosis portal) uno de los cuales se reoperó. El tiempo medio de hospitalización posterior a la cirugía fue de 6,5 días. No hubo mortalidad. En un seguimiento promedio de 22 meses, el 100% de ellos presenta continencia adecuada con puntajes de Wexner menor a 3, un 81% presenta menos de 6 deposiciones por día y la mayoría no refiere uso de antidiarreicos. El 90% de los pacientes recomendarían su cirugía a otros pacientes con similar patología.

Conclusión: El desarrollo de la CTL en el marco de un protocolo permite una incorporación segura con resultados comparables a otras experiencias internacionales.

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN COLITIS ULCEROSA: EVALUACIÓN DE RESULTADOS INICIALES

Drs. G. Pinedo, G. Olivares, F. Bellolio, F. López, M.E. Molina, M. Álvarez, A. Zúñiga

(Departamento de Cirugía Digestiva. División de Cirugía. Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: La cirugía laparoscópica asistida (CLA) es usada ampliamente en el manejo de enfermedades colorrectales, debido a que reduce el período postoperatorio y tiene buenos resultados estéticos. Sin embargo, está asociado a un prolongado tiempo operatorio. Su indicación en el manejo de la enfermedad de Crohn ha sido establecida, sin

embargo su uso en la colitis ulcerosa (CU) es aún controvertido. El objetivo del trabajo fue evaluar los resultados de la CLA en pacientes con CU en nuestra institución.

Material y Método: Se revisaron los datos de un protocolo prospectivo de 210 cirugías colorrectales laparoscópicas. Se seleccionaron aquellos pacientes con el diagnóstico de CU sometidos a CLA. Se analizaron características de los pacientes, de la cirugía y complicaciones intra y postoperatorias.

Resultados: Se evaluaron 10 pacientes (7 mujeres), con una mediana de edad de 35 años (rango 18-52). Se realizaron 12 procedimientos: 6 colectomías totales (CT), 4 proctocolectomías más reservorio ileal (PC+RIA) y 2 proctocolectomías más reservorio ileal (P+RIA). En todos los pacientes se realizó una ileostomía en asa. No existieron complicaciones intraoperatorias ni conversiones a cirugía abierta. La mediana de tiempo operatorio fue: CT 308 minutos (260-360), PC+RIA 360 minutos (245-410) y P+RIA 255 minutos (240-270). Las complicaciones en el postoperatorio fueron: Neumonía (1), infección urinaria (1), infección de la herida operatoria (1) y hematoma del sitio de trocar (1). Un paciente debió ser reoperado a las 10 semanas postoperatorio debido a una torsión de la ileostomía. La mediana de inicio del tránsito a gases fue de 1 día (1-4) y de los días de hospitalización postoperatorio fue de 6 días (4-16).

Conclusión: La CLA en pacientes con CU resultó ser una técnica segura y efectiva. Los resultados son comparables a reportes internacionales y son una alternativa a los procedimientos convencionales.

AVANCES EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA INERCIA COLÓNICA

Drs. G. Pinedo, F. Millar, C. Barría, M.E. Molina, F. López, G. Soto, F. Bellolio., Miquel J.F. y A. Zúñiga (Departamento de Cirugía Digestiva. División de Cirugía. Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: La Inercia Colónica (IC) es un patología poco entendida. En pacientes bien evaluados con diagnóstico de IC y con el objetivo de tratar principalmente la constipación, existe un lugar para la cirugía. El objetivo de este trabajo es mostrar nuestros resultados quirúrgicos con distintas vías de abordaje en el tratamiento quirúrgico de la IC.

Material y Métodos: Revisamos en forma retrospectiva entre 1994-2002 y en forma prospectiva desde 2002-2005 a los pacientes con diagnóstico

de IC intervenidos en el Hospital Clínico de la Universidad Católica.

Resultados: Se evaluaron 23 pacientes con edad promedio de 43,3 años (21-67 años). Todas las pacientes presentaban a lo menos 2 años de constipación refractario al uso de tratamiento médico habitual. El 100% de los pacientes fueron mujeres. En el estudio preoperatorio 100% de los pacientes presentaban enema baritado doble contraste con dolico colon, y estudio de tránsito colónico: IC (marcadores distribuidos en el colon al 5° día post ingesta). Diecinueve pacientes presentaban manometría anorectal (82%) normal y 5 defecografía normal (22%). Todos los pacientes presentaban test de chagas negativo y pruebas tiroideas normales. Veintiún pacientes fueron sometidos a colectomía total más ileorectanastomosis (10 por vía laparoscópica) y 2 pacientes a bypass colónico. La frecuencia defecatoria postoperatoria en promedio fue de 3,5 veces por día (1,4 veces por semana en el preoperatorio). Complicaciones mayores: 2 pacientes con obstrucción intestinal que requirieron cirugía y 1 paciente con trombosis de vena porta que requirió resección parcial de intestino delgado. El grado de satisfacción del procedimiento (1-10) fue de 9,46, con un seguimiento de 43,89 meses de promedio (2- 132 meses)

Conclusión: Si el objetivo del tratamiento es mejorar la frecuencia defecatoria, nuestros resultados muestran que la cirugía es una excelente opción.

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA COLORRECTAL EN EL HOSPITAL DR. SÓTERO DEL RÍO

Drs. M. Sanhueza, R Kusanovich, I. García-Huidobro, J. Rodríguez, A Díaz, E. Flores, J. Reyes. (Servicio de Cirugía. Hospital Dr. Sótero del Río. Santiago)

Introducción: La cirugía laparoscópica colorrectal (CLCR) ha experimentado una gran evolución durante la última década. Su gran aporte está centrado en disminuir el estrés quirúrgico, disminuyendo el trauma parietal y visceral.

Objetivo: Presentar la experiencia del Servicio de Cirugía del Hospital Sótero del Río en la CLCR, Describir la técnica quirúrgica empleada y analizar los resultados inmediatos de un protocolo prospectivo de cirugía laparoscópica colorrectal.

Métodos: entre marzo 2003 a junio del 2005 se incluyeron en un protocolo prospectivo 57 pacientes. Los criterios de selección fueron pacientes ASA I Y II, portadores de patologías benignas y de patologías neoplásicas (T1, T2 y T3). La técnica quirúrgica consiste en una laparoscopia asistida

Resultados: Se operaron 57 pacientes (16 hombres y 41 mujeres), realizando un total de 60 intervenciones, con una edad promedio de 52 años (i:16-83). Todas las cirugías fueron electivas. 18 intervenciones (30%) fueron realizadas por patologías benignas y 42 cirugías (70%) por cáncer colorrectal. Se realizaron 11 colectomías derechas, 7 sigmoidectomías, 13 resecciones anteriores de recto, 7 resecciones rectales por tumores de 1/3 distal (anastomosis colo-anal), 8 amputaciones abdomino perineales, 4 colectomía totales, 4 reservorios ileales en J, 4 reconstituciones de tránsito, 2 operaciones por prolapso rectal y una operación de Hartmann. El porcentaje de conversión fue de 7%. La morbilidad fue 21%. Cuatro pacientes (7%), fueron reoperados. Un paciente falleció (2%). El tiempo quirúrgico promedio fue de 256 min.

Conclusión: Los Resultados obtenidos en el grupo de pacientes sometidos a CLCR en nuestro hospital son comparables a resultados nacionales e internacionales. Esta cirugía debe ser realizada por un equipo entrenado en el manejo de la laparoscopia y de la cirugía colorrectal. La morbilidad es baja y se compara positivamente con los resultados obtenidos en la cirugía colorrectal realizada por laparotomía.

PRESENCIA DE TUMORES PRIMARIOS EN DISTINTOS ÓRGANOS EN PACIENTES CHILENOS CON SÍNDROME DE LYNCH

Drs. D. Fullerton, F. Bellolio R., F. León, K. Álvarez, F. López

(Departamento de Cirugía Digestiva, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: El cáncer colorrectal hereditario no poliposo (HNPCC) o Síndrome de Lynch es el síndrome de predisposición genética a cáncer más frecuente en el hombre, tiene una transmisión autosómica dominante con penetrancia de 80% para adenocarcinoma colorrectal y es un factor de riesgo para otros tumores aunque con menor frecuencia. Entre ellos el más prevalente es el cáncer de endometrio. El objetivo de este estudio es analizar la presencia de neoplasias primarias en familias chilenas con HNPCC.

Hipótesis: Las genealogías de pacientes chilenos con HNPCC debiera mostrar una tendencia familiar al desarrollo de tumores en ciertos órganos similar a las descritas en la literatura internacional.

Material y Métodos: Estudio descriptivo basado en la aplicación de una encuesta clínica a pacientes afectados con HNPCC tratados en nuestro hospital o referidos desde otros centros para ser integrados

en un Registro Nacional de Tumores Hereditarios. Se diseñaron árboles genealógicos según la información entregada. Se analizó la presencia de cáncer en el colon y en otros órganos en las familias estudiantes.

Resultados: Se integraron al estudio miembros de once familias chilenas con HNPCC, cuatro de las cuales fueron referidas desde otros centros asistenciales. Se identificaron 239 integrantes en las familias, de ellas 66 personas presentaron neoplasias, quince individuos presentaron al menos dos tumores primarios diferentes. Cuarenta y ocho personas presentaron cáncer colorrectal, trece cáncer de útero, cuatro tumores periampulares o de vía biliar, tres de ovario y 4 de mama, tres de vejiga o uréter. Otros tumores referidos fueron piel (dos), estómago (dos), tumor retroperitoneal indiferenciado (uno), tumor hepático (uno), y de intestino delgado (uno).

Conclusiones: Las familias chilenas presentadas en esta serie de Síndrome de Lynch tienen alta presencia de tumores, siendo los más frecuentes los del intestino grueso, y del útero. Además existe alta frecuencia de tumores en órganos diversos, con frecuencia comparables a las descritas en series internacionales. FONDECYT 1040827.

CENTRO DE PISO PELVIANO. ¿ES ÚTIL TRABAJAR EN CONJUNTO?

Drs. M.E. Molina P., C. Albornoz G., E. Norero M., M. García-Huidobro D., G. Pinedo M., F. López K., A. Zúñiga D., R. Pineda A., A. Dell Oro C. Ints. M. Sylvester F., I. Arriagada J.

(Departamento de Cirugía Digestiva, Urología y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: La disfunción del piso pélvico es una patología frecuente. Una de cada tres mujeres presentará en algún momento de su vida una o más patologías relacionadas al piso pelviano, alterando su calidad de vida. Las disfunciones más frecuentes son la incontinencia de orina (IO), el prolapso de órganos pélvicos (POP), la incontinencia fecal (IF) y los trastornos defecatorios (TD). Las patologías del piso pelviano frecuentemente coexisten por lo que sería indispensable un enfrentamiento multidisciplinario.

Objetivo: Analizar las características clínicas, la presencia de patologías del piso pelviano y su coexistencia, en pacientes que consultan en la Unidad de Piso Pelviano (UPP) y son evaluadas por un equipo multidisciplinario.

Material y Método: Estudio descriptivo de pacientes que consultan en la UPP y son evaluados por urólogo, ginecólogo y coloproctólogo, ente enero y junio de 2005. Los datos se obtuvieron de las fichas de la UPP y se analizó la edad, IMC número de partos vaginales, uso de forceps, el peso del RN, IMC, antecedente de histerectomía, presencia de IO, POP, IF y TD y la asociación entre las diferentes patologías del piso pelviano.

Resultados: La muestra está constituida por 201 pacientes. Edad x: 57 años (i: 27-88). Sexo femenino 100%. IMC x: 27. Número de partos vaginales x: 2,5. Peso RN x: 3715 g. El 31% de las pacientes tuvo RN \geq 4.000 g. En 67 pacientes (33%) se requirió forceps durante el parto vaginal. El 22% (4) de las pacientes tiene antecedentes de histerectomía. El 69% (139) de las pacientes son posmenopáusicas. El POP se presenta en el 83% (167) de las pacientes (cistocele en 151 pacientes, histerocele en 74, rectocele en 73, uretrocele en 990. En 115 pacientes hubo más de un tipo de POP. La IO se presentó en 166 (82%) pacientes. IF se presentó en 23 (11%) pacientes y TD en 9 (5%). El 83% de las pacientes con POP (140/167) presenta IO. De las pacientes con IO el 84% presenta además un POP (140/166) y el 11% IF (19/166). De las pacientes con IF el 82% presenta IO (19/23) y el 78% presenta un POP (21/23).

En las pacientes con IF (23) el x de partos vaginales es 2,8 en el 39% de las pacientes se utilizó fórceps y el 33% tuvo RN \geq 4000 g.

Conclusión: Las patologías del piso pelviano rara vez se presentan en forma aislada, por lo que se requiere de un equipo multidisciplinario (urólogo, ginecólogo, coloproctólogo) para una adecuada evaluación.

PERFIL Y MANEJO EN TRAUMA DE COLON Y RECTO, SERVICIO DE URGENCIA HOSPITAL SAN JOSÉ 1999-2005

Drs. M. García, S. López, R. Basso, G. Ibáñez, Int. P. Díaz¹
(Servicio de Urgencia, Hospital San José. ¹Interno de Medicina, Usach)

Introducción: El manejo en Trauma de Colon y Recto ha cambiado en los últimos 20 años. Con las nuevas conductas quirúrgicas en base a la intervención precoz, la aplicación de parámetros predictivos de morbilidad y el apoyo multidisciplinario en el manejo de la evolución postoperatoria, han modificando crecientemente el pronóstico en estos casos.

Objetivos: Evaluar las conductas quirúrgicas y morbilidad de pacientes ingresados e interve-

nidos en el Servicio de Urgencia del Hospital San José por Trauma de Colon y Recto.

Material y Método: Se efectuó la revisión retrospectiva de antecedentes clínicos de 60 casos, desde enero de 1999 a julio de 2005, ingresados a través del Servicio de Urgencia del Hospital San José, por Trauma de Colon y Recto. En base a lo anterior, se evaluaron los siguientes parámetros: grupo etario, mecanismos de lesión, tiempo de ingreso a pabellón, conductas quirúrgicas, días de hospitalización y morbilidad postoperatoria.

Resultados: En el período descrito ingresaron 60 pacientes por Trauma de Colon y Recto, siendo 93,4% población masculina y 6,6% población femenina, con edad media de 31,5 años. Dentro de los mecanismos de lesión, por trauma penetrante ingresaron 56 pacientes (93%), y por trauma contuso 4 pacientes (7%). Las causas principales de trauma penetrante (arma blanca vs arma de fuego), alcanzaron igual incidencia (45%). El sitio anatómico y tipo de lesión más frecuente fue colon izquierdo (42%), y desgarró simple (38,3%), respectivamente. La lesión asociada más frecuente fue intestino delgado (43,3%), y la conducta quirúrgica más empleada fue el cierre primario (65%). La principal complicación postoperatoria fueron las infecciones pulmonares (25%). La mortalidad fue de un 3,3% y el promedio de días de hospitalización fue de 12,3 días.

Conclusiones: En nuestra serie se han equiparado las causas principales de trauma de colon y recto de tipo penetrante (arma blanca vs arma de fuego). El cierre primario y la resección con anastomosis terminoterminal, en el manejo del trauma de colon y recto, continua siendo la mejor alternativa quirúrgica.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CONDILOMAS PERIANALES EN PACIENTES VIH POSITIVOS

Drs. Alejandro Barrera E., Juan Andrés Mansilla E., Guillermo Bannura C., Paulina Peñaloza M., Jeanette Dabanch P., Martín Nicola S., Carolina Tapia Z.
(Servicio y Departamento de Cirugía y Anatomía Patológica, Fundación Arriarán, Facultad de Medicina, Campus Central, Universidad de Chile, Hospital Clínico San Borja Arriarán)

Introducción: Los condilomas acuminados corresponden a la patología ano rectal más frecuente en los pacientes portadores del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH+). Su tratamiento genera controversia por la posible progresión a carcinoma epidermoide y su alta recurrencia. Se presenta

nuestra experiencia en el tratamiento de los condilomas acuminados en pacientes VIH+.

Material y Método: Se realiza una revisión retrospectiva, descriptiva de los pacientes HIV+ operados por condilomas acuminados en nuestro hospital.

Resultados: La serie corresponde a veinte pacientes todos de sexo masculino, con edad promedio de 32 años, once de ellos recibían triterapia al momento de la cirugía. Los síntomas más frecuentes fueron el sangrado, el prurito y la sensación de masa anal. Quince pacientes presentaron condilomas en todo el margen con extensión al canal anal. En cuatro casos se realizó fulguración de las lesiones y los restantes fueron resecados. La anatomía patológica de estos casos mostró infección por virus papiloma en todos ellos, con displasia moderada en solo un caso. No se registraron casos de displasia intensa ni carcinoma invasor. El seguimiento alejado se logró en 16 pacientes, dos de ellos presentaron recidiva de las lesiones debiendo ser sometidos a un nuevo procedimiento quirúrgico sin nuevas recidivas y lográndose el control sintomático en todos ellos. Los cuatro pacientes restantes se encuentran fallecidos por su patología de base.

Conclusión: En esta serie aunque la histología no muestra displasia intensa ni carcinoma, el control sintomático justifica el tratamiento quirúrgico de estas lesiones.

MANEJO DE CARCINOIDE APENDICULAR

Drs. G. Thonet, S. López, O. Navarro
(Servicio de Cirugía, Hospital San José)

Introducción: El carcinoide apendicular es el tumor maligno más frecuente del apéndice cecal, derivado de células neuroendocrinas, que alcanza una baja incidencia en diferentes revisiones y cuyo diagnóstico se confirma con el estudio histopatológico.

Objetivos: Conocer la incidencia, estadificación y manejo de carcinoide apendicular en el Hospital San José.

Material y Método: En el período comprendido entre enero de 2000 y junio de 2005, de 3575 apendicectomías, se revisan 15 casos de carcinoide apendicular. Se analiza el cuadro clínico (formas de presentación como apendicitis aguda, síndrome carcinoide y hallazgo incidental), informes anatomopatológicos, estudio de estadificación, conducta terapéutica y períodos de seguimiento. Las condiciones para cirugía complementaria incluyen tamaño tumoral (>1 cm), compromiso de serosa y evidencia de diseminación en estudio de estadificación. Se efectúa revisión de la segunda pieza operatoria.

Resultados: La incidencia de Carcinoide apendicular alcanza un 0,41%, siendo un 86% de sexo femenino, con edad media de 27,9 años. La forma de presentación como apendicitis aguda alcanza un 86%, hallazgo incidental 14% y síndrome carcinoide 0%, destacando la concomitancia de embarazo en 3 casos. La histopatología revela como localización más frecuente el tercio distal apendicular (86%), con tumor menor a 1 cm en un 66,6% y compromiso de serosa en un 33%. Se realizó TAC y ecografía abdominal en 6 pacientes (40%), sin hallazgos patológicos, sin embargo, por compromiso histológico se efectuó hemicolectomía derecha en 4 de ellos. El análisis de segunda pieza operatoria resultó negativo para carcinoide. El período de seguimiento va de 1 a 5 años.

Conclusión: Carcinoide apendicular en nuestra serie tiene una incidencia similar a otros reportes. Su potencialidad maligna (aunque baja), hace necesario un conocimiento acabado y precoz de los resultados de biopsia por parte del cirujano. La diseminación es muy poco frecuente, sugiriendo la realización de estudios multicéntricos para fijar conductas comunes de estadificación y probable modificación de criterios quirúrgicos.

TRAUMATISMO DE COLON Y SU RELACIÓN CON LOS ÍNDICES PREDICTIVOS

Drs. R. Azolas, A. Hasbún, J. Vergara, C. Rodríguez, M. Gatica, E. Costas. Int. C. Díaz, Al. G. Meza
(Servicio de Urgencia, Hospital Barros Luco-Trudeau)

Los índices predictivos del traumatismo de colon han ayudado a disminuir la morbimortalidad al estandarizar conductas en el tratamiento. El objetivo del presente trabajo es valorar los índices predictivos del traumatismo de colon para evaluar los resultados en el Servicio de Urgencia del HBLT.

Material y Método: Se revisaron 94 fichas clínicas entre enero de 1998 y diciembre de 2004, el promedio de edad fue de 30,6, con predominio del sexo masculino con un 93,6% (88), se evaluó agente lesivo, segmento de colon lesionado, lesiones asociadas, procedimiento quirúrgico realizado, contaminación fecal, tiempo de retardo de la cirugía, complicaciones, contaminación y PA al ingreso. Se aplicaron 2 índices predictivos, el de gravedad de Flint y la escala pronóstico de Moore, se analiza su correlación con la morbimortalidad. Para el análisis de los datos se aplicaron pruebas de significación estadística (test de chi cuadrado) además de tasas de porcentajes.

Resultados: El agente causal más frecuente fue el arma de fuego 47 (50%), el segmento de colon

más afectado fue el colon transverso 34 (36%) seguido del colon sigmoides 21 (22,5%), las lesiones asociadas más frecuentemente encontradas fue el intestino delgado 48 (50,9%). El principal procedimiento realizado fue la coloproctografía 66 (70%), seguido de la colectomía más anastomosis 20 (21%). La relación de los índices pronósticos utilizados y la morbimortalidad se resumen en las Tablas 1 y 2. El análisis de la concordancia entre tratamiento efectuado y tratamiento recomendado según los índices muestran un 40,5% de complicaciones para los pacientes sometidos a un procedimiento no recomendado y un 29,8% en el grupo adecuadamente tratado (p: 0,55). La mortalidad de esta serie fue de 5,3%.

Tabla 1

Flint	n(%)	Complicaciones	Mortalidad
I	60 (63,8)	20 (33,3)	1 (1,6)
II	26 (27,6)	7 (26,9)	2 (7,6)
III	8 (8,5)	4 (50)	2 (25)

Tabla 2

ATI	n (%)	Complicaciones	Mortalidad
<15	25 (26,5)	8 (32)	0 (0)
15 a 53	53 (56,3)	17 (32)	2 (23,7)
26 a 35	14 (14,8)	5 (35,7)	1 (7,1)
>35	2 (2,2)	2 (100)	2 (100)

Discusión: La presencia de mayor índice de Flint y ATI se correlaciona con una mayor morbimortalidad postoperatoria. No existe diferencia estadísticamente significativa en la evolución de los pacientes, en relación de la técnica quirúrgica recomendada según estos índices.

ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CÁNCER COLORECTAL EN FAMILIARES ASINTOMÁTICOS DE PACIENTES PORTADORES DE VARIANTES HEREDITARIAS

Drs. F. Bellolio¹, F. León¹, D. Pulgar¹, M.J. Retamal¹, D. Fullerton¹, F. López-Köstner¹

(¹Departamento de Cirugía Digestiva, Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: Más del 80% de los pacientes portadores de una poliposis adenomatosa familiar (PAF) y un HNPCC (cáncer colorrectal hereditario no polipósico) desarrollarán un cáncer colorrectal. Dado la transmisión autosómica dominante, la probabilidad de portador de un familiar de primer grado es elevada.

Objetivo: Evaluar el conocimiento de la enfermedad por parte de los familiares de pacientes PAF y HNPCC y el eventual cambio de conducta frente a un programa educativo.

Hipótesis: La intervención educativa se asocia a un alto grado de conciencia y evaluación del riesgo por parte de los familiares.

Material y Método: Se realizó una encuesta a familiares asintomáticos de pacientes portadores de PAF y HNPCC, evaluando el grado de conocimiento de la enfermedad y de exámenes practicados para evaluar su riesgo. Se les sugirió revisar un portal educativo con la información respecto a sus riesgos y exámenes a realizar. Un año después fueron reevaluados para determinar si existieron cambios en su conducta.

Resultados: Se encuestaron 43 individuos de 8 familias (5 PAF y 3 HNPCC). Sólo 22 (51%) conocían el carácter hereditario de la enfermedad; de estos un 90% (20) había realizado alguna conducta preventiva como control médico o estudio endoscópico (13). Al año fue posible reevaluar a 39 familiares (91%). De ellos, 15 (38%) consideraban conocer más acerca de la enfermedad, todos los cuales se habían reconocido previamente como de riesgo aumentado. De los 21 familiares que inicialmente desconocían su condición de paciente de riesgo, solamente 3 (14%) reconocían haber tomado alguna conducta como búsqueda de información sobre la enfermedad o control médico, aunque ninguno se realizó un estudio endoscópico.

Conclusiones: Sólo un 52% de los familiares se interesó por incrementar su conocimiento por la enfermedad o ser evaluados por un grupo de especialistas. El disponer de métodos de detección menos invasivos (estudio de mutaciones en sangre) podría mejorar los resultados.

DILATACIÓN DE LA ESTENOSIS BENIGNA DE LA ANASTOMOSIS COLO-RECTAL MEDIANTE BUJÍAS DE SAVARY-GILLIARD

Drs. Guillermo Bannura C.^{1,3}, Carlos Barrientos C.^{2,3}, Alejandro Barrera E.^{1,3}, Carlos Melo L.^{1,3}, Jaime Contreras P.^{1,3}, Daniel Soto C.^{1,3}, Juan A. Mansilla E.^{1,3}

(¹Servicio y ³Departamento de Cirugía. ²Instituto Chileno-Japonés de Enfermedades Digestivas, CHSBA, Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Introducción: La estenosis cicatricial de una anastomosis colorrectal (CRA) ocurre en el 22% de los pacientes, la mayoría asintomáticos y menos del 5% de los casos requiere algún procedimiento de corrección. Este estudio analiza la técnica y los

resultados de la dilatación endoscópica con bujías de una estenosis de una CRA grapada.

Pacientes y Métodos: Revisión retrospectiva de todas las dilataciones de una CRA efectuadas en el período 1997-2004 por una estenosis cicatricial crítica (<10 mm), con o sin síntomas. La dilatación se efectuó mediante bujías de Savary-Gilliard bajo visión fluoroscópica.

Resultados: De un total de 349 CRA con suturas mecánicas realizadas en forma consecutiva en dicho período, 15 pacientes (4,3%) requirieron de una o más sesiones de dilatación. La altura promedio de la estenosis desde el margen anal fue 12,7 cm (extremos 7-17). La estenosis midió en promedio 7 mm (extremos 2-10). El intervalo entre la confección de la CRA y el diagnóstico de estenosis fue de 19 meses como promedio (extremos 2-67). Once pacientes (73%) presentaban síntomas obstructivos, los que progresaron a una obstrucción mecánica en 5. Se efectuó 18 dilataciones en los 15 pacientes, logrando una dilatación hasta 15 mm y mejoría del cuadro clínico en forma definitiva en 12 pacientes. Tres pacientes presentan una reestenosis que requiere un nuevo procedimiento de dilatación, logrando éxito en 2 de ellos. Un paciente debió operarse por una perforación luego de la segunda sesión, quedando con una ileostomía transitoria.

Conclusión: En nuestra experiencia logramos una corrección de la estenosis benigna de la CRA con una sesión de dilatación en el 80% de los casos, cifra que se eleva al 93% con dos sesiones. La técnica de dilatación con bujías es una técnica reproducible de bajo costo simple y eficiente.

DETECCIÓN DE SANGRE OCULTA EN DEPOSICIONES MEDIANTE UN TEST INMUNOLÓGICO (OC-LIGHT)

Drs. U. Kronberg, G. Soto, F. López, M. Alvarez, EU E. Pinto, Int. A. Donoso, A. Gaete, F. Millard (Departamentos de Cirugía Digestiva y Gastroenterología. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: Existe evidencia que el tamizaje permite reducir la mortalidad por cáncer colorrectal (CCR). Sus principales limitaciones son el costo y la baja tasa de adherencia de los pacientes. El clásico test de detección de sangre oculta en deposiciones por método de peroxidasa tiene una sensibilidad de 43% y una especificidad de 96,5% para adenomas, pero su aceptación no es alta por su preparación con restricción de alimentos y medicamentos. Existe un test en base a anticuerpos monoclonales (anti

hemoglobina humana) que no requiere ninguna preparación (OC-light). Hipótesis: El test OC-light logra detectar lesiones precursoras de CCR con un rendimiento similar o superior al método estándar actual.

Pacientes y Métodos: Se incluyó a personas voluntarias mayores de 50 años con indicación de colonoscopia por síntomas y/o antecedentes familiares de CCR. Previo a la colonoscopia se les ofreció realizarse el OC-light sin costo. Los datos fueron registrados prospectivamente en una base de datos computacional. Se evaluó la sensibilidad, especificidad y los valores predictivos en base al hallazgo de adenoma y/o cáncer en la biopsia endoscópica como punto de comparación.

Resultados: De un total de 132, 117 pacientes (88,6%) se realizaron el tamizaje con OC-light previo a su colonoscopia. Todas las colonoscopias fueron completas. Todo pólipo diagnosticado fue extirpado y enviado a estudio histológico dando los siguientes resultados:

	Adenoma POS	Adenoma NEG	Σ
OC light POS	13	16	29
OC light NEG	19	69	88
Σ	32	85	

De estos valores se calcula una sensibilidad de 40,6%, una especificidad de 81,2%, un valor predictivo positivo de 44,8%, y un valor predictivo negativo de 78,4%.

Conclusión: El OC light se compara favorablemente con el método estándar en cuanto a su aceptación y rendimiento en la detección de lesiones neoplásicas de colon.

RECONSTITUCIÓN DE LA OPERACIÓN DE HARTMANN CON SUTURAS MECÁNICAS. ANÁLISIS DE 65 PACIENTES CONSECUTIVOS

Drs. Guillermo Bannura C., Alejandro Barrera E., Carlos Melo L., Jaime Contreras P., Daniel Soto C., Juan A. Mansilla E.

(Servicio y Departamento de Cirugía, CHSBA, Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Introducción: El restablecimiento del tránsito colónico luego de la operación de Hartmann es una intervención de complejidad variable y morbilidad significativa que podría facilitarse con el empleo de la sutura mecánica. El objetivo de este estudio es analizar los resultados de esta intervención efectuada con anastomosis grapada.

Método: Estudio prospectivo de una serie de pacientes sometidos a una colorrectoanastomosis mecánica (CRA) luego de la operación de Hartmann en forma consecutiva, lo que se compara con una serie histórica de la Institución efectuada con sutura manual.

Resultados: Se trata de 65 pacientes con un promedio de edad de 56 años (extremos 20-81), el 40% de ellos portadores de una o más condiciones comórbidas. La patología de base fue el cáncer colorrectal en el 37% de los casos, la enfermedad diverticular en el 32% y el trauma en el 12%. El tiempo promedio entre la operación de Hartmann y la reconstitución fue 6,8 meses (extremos 2,5-60). La intervención se efectuó en forma abierta en 53 pacientes y por vía laparoscópica en 12, 5 de las cuales hubo que convertir por el intenso proceso adherencial. El tiempo de hospitalización fue en promedio de 10,5 días (extremos 3-35). La morbilidad global fue 15%, hubo 3 reoperaciones (4,6%) por evisceración (1 caso) y una lesión inadvertida de intestino delgado (2 casos), un caso de fístula anastomótica de manejo conservador y no hubo mortalidad. Al comparar esta serie con la histórica de la institución, se aprecia una reducción significativa del tiempo operatorio en la cirugía abierta, una mayor proporción de pacientes con enfermedad diverticular y una disminución de la infección del sitio operatorio ($p < 0,05$). El seguimiento promedio en esta serie es de 40 meses (extremos 4-87) y hay 53 pacientes en control. La estenosis benigna de la anastomosis ocurrió en 6 casos (9,2%), de los cuales 3 son asintomáticos y 3 (4,6%) han sido sometidos a una dilatación endoscópica.

Conclusión: La CRA grapada tiene resultados globales similares a la anastomosis manual en este tipo de intervención, aunque potencialmente permite reducir el tiempo operatorio y mejorar los índices de infección del sitio operatorio.

ESTUDIO DE MUTACIONES EN LOS GENES MLH1 Y MSH2 EN FAMILIAS CHILENAS CON CÁNCER COLORRECTAL HEREDITARIO NO POLIPÓSICO (HNPCC)

Drs. F. Bellolio¹, K. Alvarez¹, F. León¹, D. Fullerton¹, G. Soto¹, P. Carvallo², F. López-Köstner¹

(¹Departamento de Cirugía Digestiva, Hospital Clínico. ²Departamento de Biología Celular y Molecular, Facultad de Ciencias. Biológicas. Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: El cáncer colorrectal hereditario no polipósico (HNPCC) se estima que es responsable del 3 a 5% de los casos de cáncer colorrectal y

es causado por mutaciones en genes que codifican para enzimas reparadoras del DNA, entre ellos los genes MSH2 y MLH1. El estudio genético en este síndrome permite diagnosticar una alta predisposición al desarrollo de cáncer de colon, promoviendo así una mejor vigilancia de estos pacientes.

Objetivo: Búsqueda de mutaciones en la línea germinal de pacientes con HNPCC, en los genes MSH2 y MLH1.

Hipótesis: El análisis genético de pacientes con características clínicas de HNPCC permitir detectar mutaciones en los genes MLH1 y MSH2.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio genético a muestras de DNA de linfocitos correspondientes a 9 pacientes con cáncer colorrectal pertenecientes a 4 familias con criterios clínicos de HNPCC (tres compatibles con Ámsterdam y la restante compatible con Bethesda). Para el análisis de mutaciones se amplificaron los exones de ambos genes por PCR y se estudió la presencia de mutaciones por la técnica de SSCP y secuenciación automática.

Resultados: Se detectaron 4 mutaciones en el gen MLH1. Dos producen el término prematuro de la proteína: c.504insA, que causa un desplazamiento del marco de lectura que resulta en un codón de término, y c.901C>T, que resulta en un codón de término. La tercera, c.2041G>A, produce la variante aminoacídica Ala>Thr, identificada en una familia que presenta además cáncer de mama y endometrio. El último cambio, c.1731+3A>T, produciría una alteración en el splicing del mRNA de MLH1, el cual no ha sido reportado en la literatura internacional.

Conclusiones: Los resultados confirman la base genética de esta enfermedad y la factibilidad de su determinación. Estos hallazgos permitirán extender el estudio a familiares asintomáticos.

FONDECYT # 1040827.

ROL DE LA ENDOSONOGRAFÍA RECTAL EN LA ETAPIFICACIÓN PREOPERATORIA DEL CÁNCER DE RECTO

Drs. F. López, M.A. García-Huidobro, I. Arriagada, G. Pinedo

(Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Una adecuada estadificación preoperatoria del cáncer de recto es fundamental a la hora de planificar el tratamiento, tanto en relación al tipo de resección quirúrgica, como a la indicación de quimioterapia y radioterapia adyuvante en el prope-

torio. Dentro de los estudios disponibles para ello, se encuentran la tomografía computada, la resonancia magnética y la endosonografía rectal. Esta última técnica ha ganado cada vez mayor importancia. El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad de la endosonografía rectal en la estadificación preoperatoria de los pacientes con cáncer de recto.

Material y Método: Se analizaron en forma prospectiva 1.000 endosonografías rectales, realizadas entre febrero de 2000 y septiembre de 2004. Dentro de ellas 205 casos se informaron como carcinoma rectal y fueron tratados en nuestra institución 100 de estos pacientes. Treinta y nueve no recibieron terapia neoadyuvante, y son los casos que constituyen esta serie. El informe de endosonografía rectal (uT y uN) fue comparado con el informe de anatomía patológica de la pieza quirúrgica (pT y pN), utilizándose la clasificación TNM.

Resultados: En la evaluación de la profundidad de la invasión en la pared rectal, la concordancia fue de 82%.

	pT1	pT2	pT3	pT4	pN(+)	pN(-)	VPP	VPN	S	E
	n						%			
uT1	4	2					67	97	80	94
uT2	2	6	3				55	93	75	84
uT3			21				100	83	88	100
uN(+)					4	5	44	79	50	75
uN(-)					4	15				

Valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN), sensibilidad (S) y especificidad (E) para etapificación de compromiso de pared rectal y linfonodos regionales.

Conclusión: La endosonografía rectal es un examen efectivo para la etapificación en el cáncer de recto.

RESULTADOS DE LA RESECCIÓN LOCAL DE CÁNCER DE RECTO

Drs. F. Bellolio¹, G. Pinedo¹, J. Torres², R. Pizarro¹, F. López¹, M.E. Molina¹, E. Pinto¹, A. Zúñiga¹

(¹Departamento de Cirugía Digestiva, ²Departamento de Anatomía Patológica. Hospital Clínico. Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: La resección local del cáncer de recto (RL) es una alternativa a cirugías más radicales. Sus ventajas sobre la cirugía tradicional se basan en una baja morbilidad y mejores resultados funcionales. Sin embargo, en el último tiempo, trabajos internacionales han mostrado mayor recurrencia con RL que con cirugía clásica, por lo

que se ha cuestionado su utilidad. El objetivo de este estudio es analizar la recurrencia local (REC) y sobrevida libre de enfermedad (SLE) y global (SG) de los pacientes sometidos a RL. Hipótesis: La RL es una alternativa segura para el tratamiento del adenocarcinoma de recto.

Materiales y Métodos: Revisión de la base de datos de cáncer de recto del período 1975-2004, seleccionando a los pacientes sometidos a RL. Se revisó las fichas clínicas y se reestudieron las biopsias. Mediante encuesta telefónica y certificados de defunción se hizo seguimiento a largo plazo.

Resultados: El estudio incluyó 22 pacientes (13 T1, 6 T2 y 3 T3, edad promedio 72 años). El seguimiento fue de 100% con un promedio de 56 meses. Todos los pacientes fueron informados como borde quirúrgico sin tumor. Seis pacientes (3 T1, 2 T2 y 1 T3) recibieron coadyuvancia. Los tres pacientes T3 fueron resecados con carácter paliativo. La REC en el grupo con intención curativa fue de 31%(6/19): 15%(2/13) en T1 y 66%(4/6) en T2. De los que recurrieron, un paciente T1 y tres T2 presentaban elementos de mal pronóstico anatómo-patológico. A dos pacientes T2 se les realizó una cirugía de salvataje, actualmente se encuentran libres de enfermedad. La SG fue de 78% a 5 años, y la SLE fue de 71% a 5 años.

Conclusiones: En esta serie, la RL presenta altas tasas de recurrencia. Por lo tanto, recomendamos no ofrecer esta alternativa con intención curativa a pacientes con tumores T2, y en pacientes T1 sugerimos analizar caso a caso según las características de la lesión y las condiciones y preferencias del paciente.

ESTUDIO COMPARATIVO EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER COLORRECTAL: LAPAROSCOPIA VS LAPAROTOMÍA

Drs. A. Zárate, F. López-Köstner, G. Pinedo, A. Zúñiga, G. Soto, M. Molina. Ints. F. Ayala, S. Mundnich (Departamento de Cirugía Digestiva, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: El abordaje laparoscópico por enfermedades benignas posee claras ventajas, sin embargo, los resultados en tratamiento del cáncer colo-rectal (CCR) son controversiales.

Objetivo: Comparar los resultados inmediatos al realizar una colectomía abierta (CA) versus laparoscópica (CL) en pacientes con CCR.

Hipótesis: El desarrollo protocolizado de la CL, permite obtener resultados quirúrgicos comparables a la CA.

Material y Método: Diseño prospectivo, compa-

rativo. Inclusión prospectiva de pacientes operados por CL desde septiembre 1999 hasta abril 2005, realizándose pareo según edad, sexo y cirugía con pacientes operados por CA. Análisis por intención de tratamiento, mediante test t de student, chi cuadrado, ANOVA, consideramos estadísticamente significativo $p < 0,05$.

Resultados: En el período descrito 49 pacientes fueron operados mediante CL, que se compararon con igual número de pacientes operados por CA. Los grupos (CL vs CA) fueron similares estadísticamente en edad (63 vs 65), sexo (femenino 38% ambos grupos), operaciones realizadas (12 HCD, 2 CT, 3 HCl, 4 Miles, 6 RAB, 1 RAUBIE, 21 sigmoidectomías) y ASA ($p > 0,05$). La mediana del tiempo operatorio fue 222 y 175 minutos en CL vs CA respectivamente ($p < 0,05$). Un 8,1% se convirtió a técnica abierta en CL. El tiempo medio a la expulsión de gases y realimentación con régimen líquido fue menor en CL (2 vs 4 días, $p < 0,05$ y 2,5 vs 5 días, $p < 0,05$). La estadía media fue menor en CL (5 vs 8 días $p < 0,05$). Las complicaciones quirúrgicas fueron similares (20,4% vs 18,3% CL vs CA, $p > 0,05$). Los linfonodos resecaos y tamaños de piezas operatoria fueron similares (CL vs CA: 26,3 vs 25,9 linfonodos $p > 0,05$ y 29,1 vs 28,5 cm $p > 0,05$). En sigmoidectomías los costos fueron comparables entre CL vs CA ($p > 0,05$).

Conclusión: El desarrollo de la cirugía laparoscópica por CCR mediante una protocolización permite obtener resultados oncológicos y de costos similares a la cirugía convencional.

RESECCIÓN ANTERIOR ULTRABAJA CON DISECCIÓN INTERESFINTÉRICA Y ANASTOMOSIS COLOANAL MANUAL (RAUBIE) PARA EL CÁNCER DE RECTO SITUADO EN LOS ÚLTIMOS 5 CM DEL MARGEN ANAL

Drs. F. López, A. Zárate, A. Zúñiga, Ints. P. Valdebenito, I. Arriagada
(Departamento de Cirugía Digestiva, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: El tratamiento del cáncer de recto (CR) ubicado en los últimos 5 cm del margen anal (MA) presenta grandes desafíos, en orden al difícil acceso quirúrgico y variadas alternativas terapéuticas que inciden en el pronóstico y calidad de vida. La RAUBIE permite la preservación del esfínter anal en pacientes que de otra forma habrían sido candidatos a resección abdominoperineal.

Objetivo: Analizar los resultados oncológicos y de calidad de vida en pacientes sometidos RAUBIE.

Hipótesis: Los pacientes sometidos a RAUBIE tendrían buenos resultados oncológicos y función evacuatoria aceptable.

Material y Método: Diseño prospectivo descriptivo. Inclusión prospectiva de pacientes operados desde abril 1998 hasta abril 2005, definimos un protocolo e incorporamos la técnica. Estadística: Análisis sobrevida actuarial, mediante método Kaplan Meier.

Resultados: En el período descrito se operaron con intención curativa 24 pacientes, edad promedio de 60,9 años (i: 39-84) correspondiendo al sexo femenino el 37,5%. La distancia media al MA fue 4 cm (DS:1) y 87,5% de los pacientes fueron sometido a quimiorradioterapia neoadyuvante. Una o más complicaciones presentaron 7 pacientes (29,1%), ninguno fallece en el postoperatorio. El promedio de linfonodos fue 15 (DS: 15). Ningún paciente presentó margen macroscópico tumoral positivo. Todos los pacientes han sido controlados a los 31 meses promedio, 5 han presentado recidiva tumoral (2 local y distancia, 1 local exclusiva y 2 distancia exclusiva). La sobrevida actuarial libre de enfermedad a cinco años es 69%. Funcionalmente 2 pacientes (8%) presentan incontinencia fecal diurna y nocturna. El 70% presenta continencia normal con 3,1 (i:1-5) evacuaciones diarias. La función sexual en hombres se afectó severamente sólo en un paciente y parcialmente en 2.

Conclusión: La RAUBIE permite la preservación del esfínter anal con una función evacuatoria aceptable y además es una técnica segura desde el punto de vista oncológico.

RECURRENCIA EN CÁNCER DE COLON TRATADO CON INTENCIÓN CURATIVA

Drs. J.A. Mansilla E.¹, A. Barrera E.¹, G. Bannura C.¹, M.A. Cumsille G.², J. Contreras P.¹, C. Melo L.¹, D. Soto C.¹, H. Cid B.¹, M. Nicolás S.¹

(¹Servicio y Departamento de Cirugía, Hospital Clínico San Borja Arriarán. ²Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Introducción: La recidiva después de una resección curativa por cáncer de colon llega a valores de entre un 15 y 40%. Distintos factores se han asociado al riesgo de desarrollar una recidiva después de una resección por cáncer de colon. El objetivo de este trabajo es identificar la incidencia de recurrencia en cáncer de colon en pacientes tratados con intención curativa e identificar los factores de riesgo relacionados con la recidiva.

Material y Método: Se revisa en forma retrospectiva las fichas clínicas de los pacientes portado-

res de cáncer de colon sometidos a cirugía con intención curativa en nuestro Servicio en el período desde enero de 1990 a diciembre de 2000. Los factores a analizar fueron edad, sexo, ubicación, estadio, diferenciación tumoral, presencia de mucina, permeación vascular y/o linfática y antígeno carcinoembrionario (CEA). Para el análisis de sobrevida se utilizó el método de Kaplan-Meier y para la comparación de las curvas se empleó la prueba de Log-rank con significación de 0,05.

Resultados: Se operaron 141 pacientes con intención curativa. La recidiva tumoral se detectó en 25 pacientes (17,7%). En 12 pacientes se presentó en más de una localización distribuyéndose principalmente a nivel hepático. La clasificación TNM del tumor primario fue estadio II en 5 casos, estadio III en 15 casos y IV en 5 casos. Once pacientes fueron a cirugía de la recidiva tumoral (44%). Cinco de ellos fueron sometidos a una resección hepática por metástasis, 3 a resección de recidiva loco-regional, 2 a resección de cicatriz y un paciente a linfadenectomía inguinal. Al comparar la distribución de los tumores en los pacientes recidivados con los tumores no recidivados no se encontró significación estadística para la localización del tumor primario, CEA preoperatorio ni diferenciación tumoral. Al analizar la permeación vascular y/o linfática es significativa en los pacientes recidivados comparados con los no recidivados ($p=0,003$) como también la distribución según el estadio TNM ($p=0,001$). La sobrevida global de los pacientes operados por cáncer de colon que no presentaron recidiva fue de 89,5% comparado con un 43,3% de sobrevida en los pacientes recidivados.

Conclusión: La recidiva tumoral después de una resección curativa por cáncer de colon tiene una incidencia de 17,7% en nuestra serie, los factores de riesgo más importantes son el estadio del tumor primario y la permeación vascular y linfática. La sobrevida de los pacientes recidivados es francamente menor que los que no la presentan.

RESECCIONES AMPLIADAS CON INTENCIÓN CURATIVA EN CÁNCER DE COLON

Drs. A. Barrera E., G. Bannura C., J.A. Mansilla E., M.A. Cumsille G., J. Contreras P., Héctor Cid B.

(Servicio y Departamento de Cirugía, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Campus Centro, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile)

Introducción: El cáncer de colon con compromiso de órganos vecinos se presenta entre el 5 y 16% de los pacientes que son resecados por esta causa.

Este compromiso puede deberse a fenómenos inflamatorios o a infiltraciones tumoral verdadera. El objetivo de este trabajo es analizar los resultados, comparándolos con las resecciones simples.

Material y Método: Desde enero de 1995 a febrero de 2004 se realizaron 184 resecciones de colon con intención curativa. Se incluyó todas las resecciones sobre el promontorio en que fue necesario resecar alguna estructura abdominal por probable infiltración. El análisis estadístico se realizó con el paquete computacional Stata 8.1.

Resultados: Se realizaron 25 resecciones ampliadas, 60 de sexo femenino, edad promedio de 58,8 años (extremos 28=82). Quince corresponden al colon derecho. La tomografía computada mostró la infiltración en el 63% de los casos. El órgano más comprometido fue la pared abdominal seguida del intestino delgado. La infiltración tumoral se comprobó en 12 pacientes. Doce pacientes se encontraban en estadio II y 13 en estadio III. La morbilidad global fue de 20%, con dos reoperaciones. La mortalidad asciende a un caso (4,3%). Al realizar el análisis comparando con las resecciones simple se encontró que no existen diferencias estadísticas en sobrevida, mortalidad operatoria, reoperaciones ni estadía hospitalaria, y que la sobrevida depende exclusivamente del estadio del tumor primario, existiendo diferencia con mayor significación entre los estadios II y III ($p=0,004$).

Conclusión: Las resecciones ampliadas entre un cáncer de colon con adherencias macroscópicas a un órgano adyacente se justifica por la probabilidad de infiltración neoplásica, y aunque se reconoce un aumento de la morbilidad quirúrgica, el control de la mortalidad operatoria y la sobrevida justifica plenamente realizar esta cirugía en pacientes de un adecuado riesgo quirúrgico.

RESECCIÓN DE CÁNCER DE RECTO DE 1/3 INFERIOR CON PRESERVACIÓN ESFINTERIANA. ANASTOMOSIS COLO-ANAL "DIFERIDA" SIN OSTOMÍA DE PROTECCIÓN

Drs. M. Sanhueza, R. Kusanovich, I. García-Huidobro, J. Rodríguez, E. Flores, F. León, A. Díaz, J. Reyes.

(Servicio de Cirugía. Hospital Dr. Sótero del Río. Santiago)

Introducción: Durante los últimos 20 años se han desarrollado múltiples progresos en el manejo del cáncer de recto. Los avances técnicos han sido encaminados a preservar la función esfinteriana y así proporcionar una mejor calidad de vida.

Objetivo: Presentar nuestra experiencia en el tratamiento de pacientes con cáncer de recto de tercio inferior de recto, manejados con resección anterior ultrabaja y anastomosis colo-anal "diferida" (RAUBIE-CAD), evaluando tanto los resultados quirúrgicos inmediatos como funcionales.

Materiale y Método: Trabajo prospectivo entre junio de 2003 y mayo de 2005.

Se estudiaron pacientes con cáncer de recto de tercio inferior (localizados entre 3 y 5 cm del margen anal) que fueron sometidos a RAUBIE-CAD. La técnica quirúrgica consta de dos etapas: un tiempo anal con disección Interesfintérica y una resección anterior baja. La pieza quirúrgica se exterioriza a través del ano, creando un prolapso de colon de 10 a 15 cm, que se secciona la tercera semana postoperatoria. No se confeccionó ostomía de protección. Se evaluaron los resultados funcionales mediante escala de Wexner y la encuesta de Rockwood de calidad de vida.

Resultados: Se operaron 8 pacientes (3 hombres y 5 mujeres), con una edad mediana de 63 años (i: 46-74). La mediana del tiempo operatorio fue de 310 min (i:240-360). La cirugía se realizó por vía laparoscópica en 6 pacientes. Un paciente presentó una trombosis venosa profunda, y no hubo mortalidad. La mediana de estadía hospitalaria fue de 6 días (i:4-16). Las encuestas de Wexner y calidad de vida tuvieron un puntaje mediano de 14 y 2.6 respectivamente.

Conclusión: Este trabajo presenta una alternativa novedosa y segura para el tratamiento del cáncer de recto de tercio inferior con preservación del aparato esfinteriano y sin necesidad de realizar ostomía. Los resultados funcionales a corto plazo sugieren satisfacción parcial de los pacientes con el procedimiento.

MORTALIDAD POR CÁNCER DE COLON EN CHILE, 1990-2003

Drs. G. Pinedo³, A. Donoso¹, L. Villarroel²
(¹Interno. ²Estadístico. ³Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: En Chile, el cáncer colorrectal es la tercera causa de muerte por cáncer digestivo después del gástrico y biliar. Países desarrollados como EEUU, Canadá y algunos de la Comunidad Europea presentan en la actualidad incidencias y tasas de mortalidad por cáncer colorrectal en descenso, lo que sería atribuible al diagnóstico precoz, al mejor tratamiento y a los cambios de los hábitos nutricionales de la población. El objetivo de este

estudio es evaluar la tendencia de la mortalidad por cáncer de colon en Chile en el período 1990-2003.

Material y Método: Las variables analizadas fueron obtenidas de los Anuarios de Demografía y Estadísticas Vitales publicadas por el INE. Las tasas de mortalidad del período fueron ajustadas por edad para controlar el efecto del envejecimiento poblacional, utilizando como población estándar la correspondiente a 2003. La tendencia y pendiente del período fueron evaluadas respectivamente según análisis de correlación de Pearson y de regresión lineal, y la comparación de proporciones mediante Chi cuadrado. Se consideró significativo un valor $p < 0,05$.

Resultados: En el período 1990-2003, hubo 9.968 muertes por cáncer de colon, 4.096 (41,1%) fallecimientos correspondieron a hombres y 5.872 (58,9%) a mujeres. La tasa cruda de mortalidad general por cáncer de colon presentó una tendencia ascendente y significativa ($r=0,964$; $p < 0,001$), similar tendencia se observó en la mortalidad de hombres ($r=0,026$; $p < 0,001$) y mujeres ($r=0,043$; $p < 0,001$). Al ajustar las tasas por edad persiste una tendencia ascendente y significativa tanto en la población general ($r=0,885$; $p < 0,001$), como en hombres ($r=0,823$; $p < 0,001$) y mujeres ($r=0,800$; $p < 0,001$). La pendiente del período correspondió a un aumento de la tasa de mortalidad de 0,175/100.000 habitantes por cada año del período ($p < 0,001$). La mortalidad en mujeres fue mayor y estadísticamente significativa en todos los años del estudio. La tasa de mortalidad general en 2003 fue 6,2/100.000 habitantes, la más alta del período estudiado.

Conclusiones: Los resultados de este estudio muestran en Chile la mortalidad por cáncer de colon aumentó significativamente en el período 1990-2003, debiéndose considerar como un problema emergente de salud pública.

ESTRATEGIAS PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER COLORRECTAL: ADHERENCIA Y RESULTADOS

Drs. Udo Kronberg, Gonzalo Soto, Francisco López, Manuel Alvarez, G. Pinedo, M.E. Molina, A. Zúñiga D., E.U.: Eliana Pinto, Int. Andrés Donoso, Alejandra Gaete, Fernando Millard, Domingo Montalvo, Juan Pablo Cisternas
(Departamento de Cirugía Digestiva y Gastroenterología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) parece cobrar cada vez más importancia en Chile. La

detección precoz de lesiones precursoras o tumores incipientes permite ofrecer una alta tasa de curación.

Hipótesis: Un modelo escalonado incluyendo una evaluación de riesgo, test de sangre oculta en deposiciones y colonoscopia permite el diagnóstico de lesiones precursoras y cáncer en etapas iniciales.

Objetivo: Evaluar los resultados de un proyecto de detección precoz de CCR en personas mayores de 50 años.

Pacientes y Métodos: Se incluyó a voluntarios mayores de 50 años. Los pacientes fueron evaluados por síntomas de sospecha (SS) de CCR y antecedentes familiares o personales (AFP) de CCR y/o pólipos. Todos los pacientes fueron instruidos y se les entregó sin costo un test inmunológico para la detección de sangre oculta en deposiciones (OC light). A los pacientes con AFP, SS y/o pacientes con OC-light positivo se les sugirió efectuarse una colonoscopia total. En el análisis estadístico se utilizó el test de chi cuadrado para la comparación de variables categóricas.

Resultados: Se evaluaron 607 pacientes, 374 de ellos mujeres (61,6%), con una edad promedio de 61,5 años (SD 8,47). Un total de 226 (37,2%) pacientes fueron asintomáticos (A), 327 pacientes (54%) relataban síntomas (S) y 54 pacientes (8,8%) refieren antecedentes estando asintomáticos (AFP). En 502 pacientes (82,7%) se obtuvo el resultado del OC-light, que fue positivo en 41 de ellos (8,2%). En total se indicaron 281 colonoscopias, de las cuales se realizaron 132 (46,9%). Se encontraron neoplasias en 32 pacientes (31 adenomas y un adenocarcinoma) (5,3%). La tasa de detección de neoplasias fue de 3,1%, 6,4% y 7,4% en los A, S y AFP respectivamente ($p=0,076$). No hubo morbilidad derivada del estudio inmunológico ni de los exámenes endoscópicos asociados.

Conclusión: El modelo empleado permite detectar lesiones neoplásicas en el 5,3% de los pacientes con una buena adherencia y sin morbilidad.

ESTUDIO DE MUTACIONES DEL GEN APC EN FAMILIAS CHILENAS CON POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR: CORRELACIÓN GENOTIPO-FENOTIPO

Drs. F. León¹, K. Álvarez¹, F. Bellolio¹, M. De la Fuente², A. Letelier², M. Acuña², D. Fullerton¹, G. Soto¹, P. Carvallo², F. López-Köstner¹

¹Departamento de Cirugía Digestiva, Facultad de Medicina.

²Departamento de Biología Celular y Molecular, Facultad de Ciencias Biológicas. Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: El síndrome de la Poliposis Adenomatosa Familiar (PAF) es responsable del 1% de todos los casos de cáncer colorrectal. Es causado fundamentalmente por mutaciones en el gen supresor de tumores APC, localizado en el cromosoma 5q22 y que consta de 15 exones. La detección de mutaciones en los pacientes con PAF permite identificar tumores en etapas tempranas, lo que se traduciría en la mejoría de la sobrevida. Hasta ahora, no se habían realizado estudios genético-moleculares de esta patología en nuestro país.

Objetivo: Búsqueda de mutaciones en la línea germinal del gen APC en familias chilenas con PAF.

Hipótesis: El análisis genético de pacientes con diagnóstico de PAF permitirá detectar mutaciones en el gen APC.

Material y Método: Se obtuvo DNA genómico de linfocitos periféricos de 12 pacientes con PAF correspondientes a 6 familias. Para el análisis se amplificaron todos los exones del gen APC por PCR y se estudió la presencia de mutaciones por las técnicas de conformómeros de hebra simple, test de la proteína trunca y secuenciación automática.

Resultados: Se detectaron 5 mutaciones en el gen APC en las 6 familias estudiadas. El cambio c.3927-3931delAAAGA ha sido reportado previamente como el más frecuente y con un fenotipo agresivo de la enfermedad. Esta mutación se encontró en dos familias del presente estudio con un fenotipo concordante a lo descrito. Las mutaciones c.3941_3942delG, c.3916G>T, c.790C>T y c.3632insA corresponden a cambios no descritos. Este último cambio se asoció a osteomas y a la aparición de tumores desmoides de comportamiento agresivo.

Conclusiones: Este estudio es el primero en demostrar mutaciones en el gen APC en pacientes chilenos con PAF. Los hallazgos permiten agregar estos nuevos cambios a la base de datos internacional de mutaciones del gen APC. La asociación de las mutaciones con las características clínicas de los pacientes permiten establecer correlaciones genotipo-fenotipo.

FONDECYT # 1040827

Seccional: DIGESTIVO

TÉCNICA DEL MANGUITO MUCOSO (TMM) EN GASTRECTOMÍA TOTAL POR CÁNCER GÁSTRICO. REVISIÓN DE 100 CASOS

Drs. R. Muñoz, G. Parr, L. Muñoz, R. Acevedo, V. Monsalve, H. Vaccaro, C. Tapia, F. Allegro¹

(Servicio de Cirugía, Hospital Herminda Martin de Chillán.

¹Interna, Universidad Católica de la Santísima Concepción)

Introducción: La alta morbimortalidad de la gastrectomía total por cáncer gástrico hace que los cirujanos diseñen estrategias para disminuir su incidencia, que en gran medida está dada por la fístula de la anastomosis esofagoyeyunal (FEYA).

Bajo esta visión, hemos creído necesario exponer la *técnica del manguito mucoso*, que corresponde a una variante técnica de esofagoyeyunoanastomosis en Y de Roux, como método de reconstrucción en gastrectomía total por cáncer gástrico.

El objetivo del presente estudio es dar a conocer la variante técnica señalada, mostrando su morbimortalidad, en especial la FEYA, y destacarla como alternativa frente a la carencia de sutura mecánica, en pacientes sometidos a gastrectomía total por cáncer gástrico.

Material y Método: Se estudió en forma retrospectiva los primeros 100 pacientes sometidos a gastrectomía total por cáncer gástrico, entre marzo de 1986 y abril de 2004 en el Hospital Herminda Martin de Chillán, empleando la TMM. Se describe la morbimortalidad, y el tiempo quirúrgico de la técnica, refiriéndose en especial, a la incidencia de FEYA.

Resultados: De los 100 pacientes estudiados, existe claro predominio del sexo masculino (68 pacientes) con respecto al sexo femenino (32 pacientes), con una edad promedio de 52,3 años. El cáncer gástrico temprano fue de un 19% y el 81% comprometía la serosa gástrica. El tiempo quirúrgico promedio empleado fue 277 minutos. Entre las complicaciones quirúrgicas destacan 5 pacientes con absceso subfrénico postgastrectomía, uno de los cuales fallece y da la mortalidad a la serie (1%). La fístula de la anastomosis esofagoyeyunal (FEYA) se presenta en 5 pacientes (5%) y es de manejo médico (drenaje tubular) en todos ellos.

Discusión: Se sugiere la TMM como alternativa

válida frente a la carencia de sutura mecánica en pacientes sometidos a gastrectomía total por cáncer gástrico, considerando el bajo porcentaje y tipo de FEYA, como su baja mortalidad.

ESPLENECTOMÍA EN CÁNCER GÁSTRICO. FACTORES ANATOMOPATOLÓGICOS Y SOBREVIDA

Drs. Javier López S., Carlos Cárcamo I., Francisco Venturelli M., Aliro Venturelli L.

(Instituto de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Regional, Valdivia)

La indicación de esplenectomía en el tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico es cada día más controversial. Su principal fundamento es reseccionar las posibles metástasis linfonodales en relación al hilio esplénico (Grupo N° 10). Estudios randomizados han revelado un aumento significativo de la morbimortalidad quirúrgica, y no se ha podido demostrar fehacientemente un impacto en la supervivencia al realizar una resección del bazo. El objetivo de este estudio es analizar diversos factores anatomopatológicos presentes en las piezas quirúrgicas de los pacientes con metástasis linfonodales del grupo N° 10, y evaluar la supervivencia de éstos en relación a los pacientes con similares características pero que no presentaron compromiso de este grupo linfonodal. Se trata de un estudio retrospectivo que incluye 67 pacientes con una edad promedio de 62,6 años que fueron sometidos a esplenectomía en el contexto de una linfadenectomía tipo D2 como tratamiento de un cáncer gástrico entre enero de 1988 y diciembre de 2002. Para el análisis estadístico se utiliza el Software Graph Pad InStat y se crean las curvas de supervivencia de Kaplan-Meier. Doce de ellos (17,9%) presentaron metástasis linfonodal en el grupo N° 10. Todos ellos presentaron compromiso de serosa (T3) y siete o más linfonodos metastásicos (N2 o N3). Se trataba de tumores de gran tamaño, con una mediana de 70 cm² (25-198). Once de ellos (91,6%) comprometían el tercio superior del estómago. Todos los

tumores fueron clasificados como mal diferenciados y presentaron permeación linfática. Al comparar estas características con el grupo que no presentaba compromiso del hilio esplénico la presencia de una diferenciación histológica de mal diferenciado fue el único factor que presentó significancia estadística. La sobrevida media para los pacientes con metástasis en el grupo N° 10 fue de 13 meses, y para los pacientes T3 N2 o N3 que no presentaron metástasis en el grupo N° 10 fue de 15,5 meses. Según nuestros hallazgos en los pacientes con tumores del tercio superior, con compromiso de serosa, mal diferenciados y de gran tamaño sería planteable la esplenectomía, por el hecho de reseca linfonodos metastásicos. Sin embargo se trataría de pacientes con una enfermedad locoregional avanzada y con baja sobrevida, por lo que estas cirugías debieran considerarse paliativas. Por lo tanto se debería tender a preservar el bazo en la cirugía del cáncer gástrico.

TÉCNICA MANUAL DE ANASTOMOSIS ESOFAGOYEYUNAL EN 100 CASOS CONSECUTIVOS DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

Drs. O. Lynch, H. Schultz, R. Torres-Quevedo, F. Kawaguchi, J. Madariaga, B. Lagos, N. Pérez, I. Alfaro, P. Villalobos, S. Martínez, M. Rodríguez, A. Giacaman, C. Goecke
(Pensionado, Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción)

Introducción: El tratamiento del cáncer gástrico es quirúrgico, no obstante la gastrectomía total tiene complicaciones, siendo la principal de ella la dehiscencia de la anastomosis esofagoyeyunal. Las suturas mecánicas han reducido esta complicación, desplazando a las técnicas de anastomosis manuales.

Objetivo: Comunicar la experiencia en 100 anastomosis esofagoyeyunales consecutivos con técnica de sutura manual monopiano.

Material y Método: Serie de 100 casos de adenocarcinoma gástrico intervenidos consecutivamente entre junio de 1986 y agosto de 2005. 66 hombres y 34 mujeres.

Promedio de edad 61,3 años (rango 30 a 80 años).

La cirugía se realizó indistintamente por laparotomía media o toracofrenolaparotomía. La anastomosis esofagoyeyunal se hizo en forma terminolateral en Y de Roux, sutura monopiano, punto separado, material reabsorbible Vicryl® 3-0, con participación segura de la mucosa esofágica, según adaptación del punto de Almeida. No se usaron drenajes abdominales. En el postoperatorio se indi-

ca antibióticos por 5 días. Alimentación paraenteral por 7 días, recomenzando ingesta oral al 8° día.

Resultados: Profundidad de invasión tumoral T4=30, T3=38, T2=25, y T1=7. Ubicación del tumor: Tercio superior= 76 casos, y tercio medio= 24. Compromiso cardial en 72 casos. Tipo histológico intestinal= 52, difusos= 41, mixtos= 6, y adenoescamoso= 1. Complicaciones en 11 casos: Resolución médica en 7 casos; respiratorias= 6, endotoxemia perioperatoria= 1. Resolución quirúrgica en 4 casos; absceso subfrénico= 1, fístula pancreática= 1, empiema pleural= 1, obstrucción intestinal= 1. No hubo fístula de la anastomosis esofagoyeyunal, ni mortalidad intrahospitalaria. Estadía hospitalaria promedio 14 días (S ± 2,5).

Conclusión: La técnica de sutura manual para anastomosis esofagoyeyunal usando la adaptación del punto de Almeida es segura, reproducible, y de bajo costo. La proponemos como técnica alternativa al uso de suturas mecánicas.

CIRUGÍA LIMITADA EN EL MANEJO DEL CÁNCER GÁSTRICO INCIPIENTE

Drs. O. Lynch, H. Schultz, M. Zilic, J. Israel, F. Kawaguchi, J. Madariaga, R. Torres-Quevedo, N. Pérez, S. Martínez, P. Villalobos, I. Alfaro, B. Lagos
(Pensionado, Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción. Unidad de Gastroenterología, Hospital del Trabajador de Concepción)

Introducción: El cáncer gástrico incipiente ubicado en tercio superior tiene indicación de gastrectomía total, cirugía de alta complejidad, que tiene complicaciones y afecta la calidad de vida del paciente. El uso de endosonografía determina con certeza la profundidad de invasión en pared gástrica y la presencia de linfonodos comprometidos. Así es posible seleccionar pacientes con cáncer incipiente que pueden beneficiarse de un tratamiento conservador mediante mucosectomía o resección gástrica limitada.

Objetivo: Comunicar 2 casos de cáncer gástrico incipiente localizados en tercio superior, tratados con resección limitada de pared gástrica.

Material y Método: N°1: Sexo femenino, 66 años, adenocarcinoma intramucosal tipo IIc, subcardial, se interviene en enero de 2001. Paciente N° 2: Sexo masculino, 50 años, adenocarcinoma submucosal, tipo IIc+IIb, de tercio superior, se interviene en enero de 2003.

En la etapa preoperatoria la propuesta de cáncer incipiente se basó en endoscopia digestiva alta, radiografía EED, scanner abdominal y estudio anatomopatológico. Se usó un endosonógrafo

Olympus EUM30 de 7,5 y 12 MHz de tipo circular a 360°, confirmando la condición de cáncer incipiente y ausencia de linfonodos comprometidos. Se interviene con consentimiento informado. Técnica: se hace gastrotomía, se identifica la lesión con tinción de índigo carmín previa digestión con gascón, demarcación de bordes de seguridad a 1,5 cm del tumor, resección de la pared gástrica, confirmación del estado de los bordes por biopsia intraoperatoria. Control endoscópico cada 6 meses.

Resultados: Postoperatorio inmediato sin complicaciones. Caso N° 1, vivo, sin enfermedad, 4 años 7 meses. Caso N° 2, vivo, sin enfermedad, 2 años 7 meses. Calidad de vida correspondiente a individuos normales y sanos, integrados a la sociedad en sus actividades profesionales.

Conclusión: La cirugía limitada en el manejo del cáncer gástrico incipiente de tercio superior, debe considerarse como una alternativa, previo estudio con endosonografía.

CÁNCER GÁSTRICO INCIPIENTE: REVISIÓN DE 27 AÑOS EN EL HOSPITAL DEL SALVADOR

Drs. S. Iturra, S. Valenzuela, J.C. Justiniano, F. Ojeda, J. Pilasi, K. Guler, C. Carvajal, J.E. Contreras, J. Lombardi, y M. Bustamente
(Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Sede Oriente, Universidad de Chile, Hospital del Salvador)

El cáncer gástrico es la primera causa de muerte por patología oncológica en hombres en Chile. El estadio de la enfermedad es el principal factor pronóstico. El cáncer incipiente posee una alta sobrevida con una baja recurrencia.

El pronóstico de nuestro trabajo es analizar los pacientes con cáncer gástrico incipiente en el Hospital del Salvador durante 1978 a 2005. Se estudió características clínicas, cirugía y anatomía patológica. Se analizó el seguimiento a largo plazo con el fin de evaluar recidiva tumoral o la presencia de un segundo primario.

El total de pacientes operados por cáncer gástrico fue de 707, siendo 50 (7%) casos de cáncer incipiente. La edad promedio fue 60 años, de los cuales 28 correspondían a hombres. La principal forma de presentación fue dolor epigástrico (64%). La ubicación tumoral fue en el tercio proximal 30%, medio 48% e inferior 22%.

El tratamiento realizado fue una gastrectomía total en 58%, subtotal en 38% y mucosectomía en 2%. La disección ganglionar fue de nivel I 10%, II 66% y III 32%.

El tipo histológico fue en un 80% intestinal, 16% anillo de sello y 4% indiferenciado. Un 20% de los

pacientes presentaron compromiso ganglionar, de los cuales el 70% fueron sometidos a quimioterapia y radioterapia.

Hubo 24% de morbilidad (principalmente neumonía) y un 4% de mortalidad perioperatoria.

Se logró un seguimiento satisfactorio en un 80%, con un promedio de 66 meses. El 90% se encontró libre de enfermedad, 5% presentó recidiva tumoral (un paciente sometido a una mucosectomía y otro a una gastrectomía subtotal) y un 5% presentó un segundo primario.

En conclusión, en la serie descrita, se observa una baja incidencia de cáncer gástrico incipiente. La morbimortalidad se asemeja a lo descrito en publicaciones internacionales. Destacamos la excelente sobrevida libre de enfermedad a largo plazo con el tratamiento multidisciplinario.

¿POR QUÉ REALIZAMOS DE RUTINA LA ANASTOMOSIS ESOFAGOYEYUNAL CON GRAPADORA TRAS LA GASTRECTOMÍA TOTAL?

Drs. C. García, C. Benavides, P. Rubilar, S. Covacevich, F. Ricaurte, C. Perales, G.R. Medina, G. Mora, M. Villarroel
(Servicio de Cirugía, Hospital San Borja-Arriarán)

La fístula de la anastomosis esofagoyeyunal es una causa específica y relevante de morbimortalidad posterior a una gastrectomía total. Su frecuencia alcanza hasta el 22,5% en algunas series nacionales. Sin embargo, con el advenimiento de las suturas mecánicas, que en general se consideran menos traumáticas, más rápidas, más precisas y reproducibles que las realizadas con técnica manual se podría esperar una disminución de esta complicación. Nuestro servicio ha publicado varias series sobre el tema, con frecuencia de fístulas de un 19,3% (1995) hasta un 10,8% (1997). La gran mayoría de estas anastomosis fueron realizadas con técnica manual y solo un pequeño porcentaje con grapadoras mecánicas. Desde 1996 hemos realizado todas las anastomosis esofagoyeyunales con sutura mecánica, por lo que pensamos que la frecuencia de esta complicación debió disminuir en comparación con las publicaciones anteriores de nuestro servicio.

El objetivo del presente trabajo es mostrar los resultados con el uso de suturas mecánicas en gastrectomía total, en cuanto a frecuencia de fístulas esofagoyeyunales, estenosis, defectos técnicos intraoperatorios y mortalidad de esta operación y compararlos con las abundantes publicaciones referidas al tema.

Entre enero de 1996 y junio de 2005 hemos realizado 306 gastrectomías totales, la mayoría por cáncer gástrico (95%), pero también por GIST (2%), Linfoma (2%) y estenosis cáusticas (1%). En todas hemos utilizado suturas mecánicas para la confección de la esofagoyeyunoanastomosis, así como para el cierre del asa ascendida. Los defectos técnicos relevantes durante la cirugía se observaron en cuatro pacientes: atrapamiento del asa yeyunal distal con la sutura circular que motivó deshacer la anastomosis y rehacerla en forma manual (1 caso), dos lesiones con desgarro del esófago distal, uno reparado inmediatamente y otro detectado al segundo día postoperatorio y que provocó la muerte del paciente por sepsis y el último caso con anastomosis en mediastino posterior y que se detectó fuga anastomótica intraoperatoria lo que motiva desfuncionalización inmediata mediante esofagostoma cervical. En 18 pacientes se diagnosticó fístula de anastomosis esofagoyeyunal (5,8%). En otros tres casos hubo fístula en extremo del asa ascendida (1%). Fallecieron 16 pacientes (5,2%), solo dos como consecuencia de la fístula (12%).

En conclusión hemos disminuido a la mitad la frecuencia de fístulas en comparación a las últimas publicaciones del servicio en que se emplearon mayoritariamente anastomosis manuales. Se mantiene la proporción de fístulas complicadas (tipo II y III de Burmeister) en un 25%. Como causa de mortalidad operatoria, esta complicación solo representa el 12% del total, cifra similar a lo publicado. La mortalidad operatoria se mantiene alrededor de un 5%. Se demuestra la superioridad de la anastomosis esofagoyeyunal mecánica, al compararla con las series históricas del servicio con sutura manual.

DISTRIBUCIÓN POR ESTADIOS DEL CÁNCER GÁSTRICO. EXPERIENCIA HOSPITAL DE SALVADOR

Drs. K. Guler, M. Bustamante, J. Pilasi, F. Ojeda, J. Lombardi, C. Carvajal, J. Justiniano, J. Contreras, S. Iturra, S. Valenzuela, Ints.: A. Correa, P. Leiva (Servicio de Cirugía, Hospital del Salvador, Sede Oriente, Universidad de Chile)

Introducción: El cáncer gástrico (CG) se diagnostica cuando la enfermedad está diseminada y tanto las expectativas terapéuticas como la sobrevida son escasas. El objetivo de nuestro estudio es analizar en que situación se encuentra nuestra población.

Material y Método: Estudio retrospectivo de 416 pacientes con CG atendidos entre abril 1995 y abril 2005 en Servicio de Cirugía, Hospital Salvador. Análisis según edad, sexo, estadio según TNM,

distribución por estadios por grupos etáreos: menores 40 años, entre 40 y 60 años, mayores 60 años.

Resultados: Edad promedio de presentación de CG fue 63 años; por sexo 247 hombres (59%) y 169 mujeres (41%); considerando nivel de significación 0,05 la prueba X^2 calculada es de 15,15 con X^2 crítico de 3,84 por lo que la asociación entre estas variables fue estadísticamente significativa para sexo masculino en etapas avanzadas con nivel de significación 0,05.

La edad de presentación en años promedio por estadios fue: estadio 0 y IA: 65; estadios IB, II, IIIA, IIIB y IV: 64. Distribución de pacientes según estadio: etapa 0: 7 (2%); etapa IA: 20(5%); etapa IB 30 (7%); etapa II: 48 (11%); etapa IIIA: 57 (14%); etapa IIIB: 33 (8%); etapa IV: 221 (53%). Porcentualmente un 3% está bajo los 40 años, 28% entre 40 y 60 años y 69% sobre 60 años. En etapa IV se practicó algún tipo de cirugía al 65%. De este grupo a 64 pacientes se les practicó GT.

Discusión: Observamos mayor número de hombres afectados por CG. Llama la atención que en estadios precoces e intermedios las mujeres predominan, es decir, los hombres serían diagnosticados en etapas avanzadas. Sobre 60 años se produciría un incremento significativo del CG. Un grupo importante de pacientes con CG avanzado continúa siendo candidato a alguna cirugía paliativa.

COMPLICACIONES DE LA GASTRECTOMÍA TOTAL EN CÁNCER

Drs. K. Guler, M. Bustamante, F. Ojeda, J. Pilasi, J. Lombardi, C. Carvajal, J. Justiniano, J. Contreras, S. Iturra, S. Valenzuela. Int.: A. Correa (Servicio de Cirugía, Hospital del Salvador. Sede Oriente, Universidad de Chile)

Introducción: La gastrectomía total se practica cada vez más en la actualidad en cáncer gástrico (CG). Los avances de la cirugía y la introducción del stappler han logrado disminuir su morbimortalidad y simplificar la técnica. El objetivo de nuestro estudio es analizar la morbimortalidad de esta operación.

Material y Método: Se analizaron 192 pacientes gastrectomizados totales (GT) en el Servicio de Cirugía del Hospital Salvador. Se consideraron la edad, sexo, tipo de anastomosis esofagoyeyunal (manual o stappler), patología asociada (anemia, malnutrición, DM), complicaciones y mortalidad perioperatoria.

Resultados: La edad promedio de la GT fue 63 años. El 67% fueron hombres y el 33% mujeres. Anastomosis manual se realizó al 55% y stappler al

45%. Los pacientes sin patología asociada fueron 77 (40%), de estos 7 (9%) se fistulizaron y de los con patología asociada 115 (60%) pacientes, 21 (18,3%) se fistulizaron. El total de fístulas anastomóticas fueron 28 de 192 GT (14,5%). Dentro de las complicaciones la fístula anastomótica y las neumopatías predominaron. Se observaron complicaciones cardiovasculares (6,5%), infección de herida operatoria (5%), evisceración (5%), HDA (1,5%), hemoperitoneo (1,5%) y absceso intraabdominal (1,5%). Fallecieron 2 pacientes en el postoperatorio (1%), las causas fueron una HDA masiva y un hemoperitoneo masivo.

Discusión: La GT es una cirugía que se practica a pacientes de mayor edad que, por lo general, asociados al cáncer presentan otras patologías. En los pacientes con patologías asociadas evidenciamos un mayor porcentaje de fístulas anastomóticas. Dentro de las complicaciones la fístula anastomótica y la neumopatía son las más frecuentes. El porcentaje de fístulas anastomóticas fue 14,5% sin asociarse a mortalidad postoperatoria.

FÍSTULA DE LA ANASTOMOSIS ESOFAGOYEUINAL. COMPARACIÓN DE LA ANASTOMOSIS MANUAL Y MECÁNICA

Drs. M. Bustamante, K. Guler, J. Pilasi, F. Ojeda, J. Lombardi, C. Carvajal, J. Justiniano, J. Contreras, S. Iturra, S. Valenzuela, Ints. A. Correa, P. Leiva (Servicio de Cirugía, Hospital del Salvador, Sede Oriente, Universidad de Chile)

Introducción: El uso del stappler circular ha facilitado la confección de la anastomosis esofagoyeuinal en la gastrectomía total.

El número de fístulas de la anastomosis ha sido reportada como similar en anastomosis manual y mecánica.

Objetivo: Comparar la incidencia de fístula de la anastomosis en 2 grupos de pacientes con gastrectomía total.

Material y Método: De un total de 192 gastrectomías totales se eligen al azar 100 pacientes, 50 stappler y manual. Ambos grupos se caracterizaron en cuanto a edad, TNM, estado nutricional y patología asociada.

Técnica quirúrgica: Manual: Sutura a puntos separados no reabsorbibles.

Mecánico: Stappler Nº 25, sin puntos de refuerzo.

Pesquisa de fístula: todos los pacientes con fístula presentaron prueba de azul de metileno positiva.

Resultados: Incidencia total de fístula 11 de los 100 pacientes presentaron fístula. Todos fueron de

tipo I. Reoperaciones: 2, uno por evisceración y uno por absceso. Incidencia por grupo. Manual 5/50 (10%). Mecánico 6/50 (11%). Mortalidad: no hubo.

Patología asociada: Manual: 4/5 pacientes fistulizados con patología asociada. Mecánica: 3/6 fistulizados con patología asociada.

Conclusiones: La incidencia de la fístula de la anastomosis es similar con anastomosis manual o mecánica. En este grupo de pacientes la mortalidad es 0%.

MORBIMORTALIDAD EN PANCREATECTOMÍA DISTAL ASOCIADA A GASTRECTOMÍA TOTAL POR CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO

Drs. F. Parada¹, P. Burdiles¹, A. Csendes¹, J. Díaz¹, F. Maluenda¹, I. Braghetto¹, J. Rojas¹, G. Watkins, R. Zamora², E. Miranda², A. Rojas²

(¹Servicio de Cirugía, Hospital Clínico, Universidad de Chile. ²Internos, Hospital Clínico, Universidad de Chile)

Introducción: La infiltración al páncreas del adenocarcinoma gástrico representa un pronóstico ominoso y la resección en bloque significa aumentar la morbilidad quirúrgica por las complicaciones derivadas de la cirugía pancreática. Sin embargo, esta infiltración puede ser solo inflamatoria con lo que la etapificación postquirúrgica es más exacta y la cirugía puede tener un carácter curativo. El objetivo de este trabajo fue analizar la morbilidad derivada de esta infiltración histológica.

Material y Método: Entre los años 1990 y 2004 se realizaron 335 gastrectomías totales por adenocarcinoma gástrico de las cuales 31 casos corresponden a cáncer infiltrante a páncreas según apreciación intraoperatoria y que fueron sometidos a una resección en bloque de estómago, omentos, linfadenectomía D2 y esplenopancreatectomía distal. Son 19 hombres y 12 mujeres con edad promedio 59 años.

Resultados: 10 (32,2%) pacientes correspondían a tipo intestinal de Lauren y 27 (87%) correspondían a Bormann III. Se obtuvo un promedio de 23,8 linfonodos y 14 infiltrados por tumor. Los grupos 1 al 9 presentaban en promedio 40% de compromiso y los grupos 10 y 11 presentaban 24% y 29% de positividad respectivamente. La infiltración pancreática comprobada por histología afectó a 2 de los 31 pacientes. Un tercio de los pacientes presentaron complicaciones de tipo Neumonía: 8 (25,8%) y Colección intraabdominal: 2 (6,4%) comparado con 5% de los pacientes sometidos a gastrectomía total sin pancreatectomía. Tres casos presentaron fístula de esófago-yeyunoanastomosis y ninguno de ellos fístula del muñón duodenal. Tres pacientes fallecieron por complicaciones sépticas abdominales.

Conclusión: La infiltración macroscópica ocurre en aproximadamente el 10% de los pacientes con cáncer gástrico en etapa resecable. De ellos, menos del 10% corresponde a verdadera infiltración histológica verdadera, con lo cual una aparente etapa IVb migra a una etapa III con el consiguiente mejor pronóstico. La pancreatectomía es necesaria sólo en casos de extensión macroscópica de la enfermedad, en orden de realizar una resección en bloque permitiendo una adecuada etapificación y una potencial curación. El procedimiento en casos seleccionados no está asociado a mayor tasas de complicaciones postoperatorias.

CIRUGÍA DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL

Drs. *Carlos Cárcamo I., Javier López S., Daniela Cardemil N.*

(Unidad de Emergencia, Hospital Regional de Valdivia, Servicio de Cirugía, Hospital Regional Valdivia, Instituto de Cirugía, Universidad Austral de Chile)

La hemorragia digestiva alta no variceal (HDANV) se mantiene como una causa frecuente de consulta en las unidades de emergencia de nuestro país. Su enfrentamiento y terapéutica son esencialmente endoscópicos por lo que en la actualidad sólo van a cirugía aquellos pacientes que no logran ser manejados por el endoscopista. El objetivo de este trabajo es comunicar y analizar los resultados del tratamiento quirúrgico en el manejo de esta patología. Se presenta una serie retrospectiva de 39 pacientes sometidos a cirugía en la Unidad de Emergencia del Hospital Regional de Valdivia entre enero de 1998 y diciembre de 2003. Los datos fueron ingresados en un protocolo tipo y analizados en una planilla Excel. La serie está constituida por 27 pacientes de sexo masculino (69%) y 12 de sexo femenino (31%). La edad promedio fue de 62,3 años (31-91). El 67% de los pacientes tenía patología asociada siendo la más frecuente la hipertensión arterial seguida del alcoholismo. El 94,8% de los pacientes tuvo estudio endoscópico previo a la cirugía. Se realizaron en promedio 1,3 endoscopias por caso con rango de 1 a 4. El hallazgo más frecuente de sangrado fue la úlcera péptica en 26 casos (66,6%), 15 pacientes con úlcera gástrica y 11 con úlcera duodenal. La cirugía más frecuentemente realizada fue la sutura del vaso sangrante en un 89,7% de los casos. Se efectuaron además 3 gastrectomías subtotales y una total. Un 90% de los pacientes requirió de transfusiones. La mortalidad en nuestra serie fue de

un 17,9%. Se concluye que la causa más frecuente de cirugía en la HDANV es la úlcera péptica gástrica, evidenciándose un alto porcentaje de éstas a nivel subcardial. La técnica quirúrgica más utilizada es la sutura del vaso sangrante y a pesar del tratamiento quirúrgico no resectivo, la mortalidad es elevada.

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO DE PACIENTES SOMETIDOS A GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA EN EL HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO, COHORTE PRONÓSTICA

Drs. *P. Balbontín^{1,2}, S. Danilla MSc^{1,3,4}, L. Manríquez^{1,2}, R. Plass¹, Ints. J.L. Leal³, C. Taladriz³*
(¹Servicio de Cirugía, Hospital Militar de Santiago. ²Universidad de Valparaíso. ³Universidad de los Andes. ⁴Centro de Epidemiología Clínica, Universidad de Chile)

La gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) se describió por primera vez en 1980 como un procedimiento efectivo para alimentar con vía oral no utilizable. Es un procedimiento relativamente simple, y su uso principal es en pacientes de alto riesgo quirúrgico. Nuestros objetivos fueron determinar la evolución clínica de las GEP y encontrar factores pronósticos en la evolución clínica de la GEP.

Se ingresaron al estudio todas las GEP consecutivas realizadas entre enero de 1997 y diciembre de 2004 en el Hospital Militar de Santiago. Se analizaron variables generales como edad, sexo, indicación de la gastrostomía, etc., y además la prueba exacta de Fisher. Las variables continuas se analizaron con las pruebas de Wilcoxon y Kruskal-Wallis. Para buscar asociación entre variables categóricas se usaron modelos de regresión logística uni y multivariados. El tiempo de sobrevida de los pacientes se analizó con curvas de Kaplan-Meier utilizando modelos de regresión de Cox y la prueba de Logrank para encontrar factores pronósticos. Todos los intervalos de confianza se expresan al 95%. Se consideró como estadísticamente significativo un nivel alfa de 5%.

Se practicaron 169 GEP en 123 pacientes. La edad de la muestra fue de 80 (22 a 99) años con un 75% de los pacientes sobre 73 años. El 60,2% fue de sexo femenino. En el 3,5% la indicación de la GEP fue por enfermedad local obstructiva del tubo digestivo, en el 2,6% trastornos funcionales primarios de la deglución y el 93,9% por enfermedad del SNC. La sobrevida de la serie fue de 77,8%. Las causas de muerte fueron complicaciones médicas. El 44,4% de las GEP debió ser cambiado. El número de cambios de botón influyó significativamente en la sobrevida de la GEP ($p < 0,001$).

Es un procedimiento seguro, con baja tasa de complicaciones y baja mortalidad asociada al procedimiento. Es esencial el manejo posterior, para evitar recambios de botón ya que aumenta la mortalidad, lo que coincide con la literatura revisada.

CÁNCER DE ESÓFAGO. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Drs. G. Mangelsdorff, R. Cabrera, J. Llanos, A. Escalona, S. Sotelo, L. Inzunza, A. Tapia, E. Denegri, P. Pizarro, R. Cárdenas, F. Gaspar
(Servicio de Cirugía, Hospital Regional de Talca. División de Cirugía Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: El cáncer de esófago es la sexta causa de muerte por cáncer en Chile. El tratamiento quirúrgico es potencialmente curativo en etapas iniciales.

Objetivo: Analizar las características clínicas de los pacientes y los resultados del tratamiento quirúrgico a corto y largo plazo.

Pacientes y Métodos: En forma retrospectiva se revisaron los registros clínicos e informes anatomopatológicos de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de cáncer esofágico en nuestro Servicio de Cirugía en el período 1997-2005. El seguimiento se obtuvo de las fichas clínicas e información del registro civil, actualizado hasta agosto 2005. En el análisis se utilizó test chi cuadrado, t-student, curvas de supervivencia según el método Kaplan-Meier comparadas con el test log-rank. Se consideró significativo $p < 0,05$.

Resultados: La serie está compuesta por 194 pacientes (130 hombres y 64 mujeres) de edad promedio 67 años (rango 27-91) con 55% de ruralidad. Los síntomas más frecuentes fueron baja de peso, disfagia lórica, afagia y hemorragia digestiva alta. El tiempo promedio de evolución de los síntomas al momento del diagnóstico fue 4 meses (rango 1-48). La ubicación del tumor fue tercio superior (2%), tercio medio (41%) y tercio inferior (57%). Tipo histológico: carcinoma escamoso (88%), adenocarcinoma (5,5%), indiferenciado (4,3%), adenoescamoso (0,6%), se incluyen dos casos de Barrett con displasia severa (1,3%). Fueron operados 151 pacientes (80%), 56 con intención curativa siendo resecados 41 (21,2%) y 95 para procedimientos paliativos. En los pacientes resecados, se realizó esofagectomía transtorácica en 25 (61%) y transhiatal en 16 (39%). La morbilidad en este grupo fue 75% y la mortalidad 17% (7/41). No hubo diferencias significativas entre ambas técnicas quirúrgicas. Se completó el seguimiento en 194 pa-

cientes (100%) con una supervivencia global de 8% a 5 años. En los pacientes resecados la supervivencia fue 32% y en aquellos no resecados 3% a 5 años ($p < 0,0001$).

Conclusión: En esta serie, el cáncer de esófago se presenta con frecuencia en etapas avanzadas, lo que se asocia a un bajo porcentaje de pacientes resecados, destacando la importancia del diagnóstico precoz. Las cifras de morbilidad, mortalidad operatoria y supervivencia alejada son comparables a otras comunicaciones. No observamos diferencias entre las técnicas utilizadas en la resección esofágica.

PERFORACIONES ESOFÁGICAS. TRATAMIENTO MÉDICO Y QUIRÚRGICO

Drs. G. Mangelsdorff, M. Kufeke, J.M. Butte, G. Ramos, S. Guzmán, L. Ibáñez, O. Llanos
(Departamento de Cirugía Digestiva, División de Cirugía. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: La perforación esofágica (PE) es una patología infrecuente con una alta letalidad. El diagnóstico y el tratamiento precoz es fundamental. Esto permitiría seleccionar a aquellos pacientes que se beneficiarían de un tratamiento conservador.

Objetivo: Presentar una serie de pacientes con PE, analizar las características clínicas, los resultados del tratamiento y la mortalidad asociada.

Pacientes y Métodos: Se analizó los registros de los pacientes tratados por PE en nuestro hospital entre 1993 y 2005. Se consideró la edad, sexo, etiología, localización, tiempo de evolución, tratamiento médico, procedimientos quirúrgicos, estadía hospitalaria y mortalidad.

Resultados: Fueron tratados 15 enfermos, 10 hombres y 5 mujeres, con una edad promedio de 66 años (17-86 años). Fue espontánea en 7 enfermos, secundaria a instrumentalización en 6 y por cuerpo extraño en 2. La perforación se localizó en esófago cervical en 33% de los enfermos, esófago torácico distal en 53% y esófago abdominal en 13%. El diagnóstico se realizó en el 80% de los casos durante las primeras 24 horas de evolución. Se realizó tratamiento no quirúrgico en 7 pacientes (47%); 6 de ellos presentaron estabilidad hemodinámica, sin signos de sepsis, con imagen de filtración contenida y sin comunicación pleural ni peritoneal, por lo que recibieron manejo conservador (monitorización, antibióticos y soporte nutricional) con buena evolución y sin mortalidad (2 cervicales, 2 de esófago torácico distal y 2 abdominales). La estadía hospitalaria promedio fue de 36 días (8-41

días). La otra enferma, portadora de un cáncer gastroesofágico avanzado recibió medidas paliativas y falleció. Ocho pacientes fueron operados, el 63% dentro de las primeras 24 horas. La localización y etiología de la perforación en este grupo fue: torácica baja/espontánea en 3, torácica baja/instrumental en 2, cervical/instrumental en 2 y cervical/espontánea en uno. Se realizó sutura del defecto en 2, sutura asociado a ligadura esofágica en 1, exclusión y derivación mediante ligadura y esofagostomía en 2, drenaje y aseo en 3 enfermos. La mortalidad en este grupo fue de 50%. La mortalidad global fue 33%.

Conclusión: En esta serie se observó que el tratamiento no quirúrgico de la perforación esofágica es una opción válida con buenos resultados y sin mortalidad en pacientes seleccionados por estabilidad hemodinámica, sin sepsis, con filtración contenida y sin comunicación pleural ni peritoneal.

TRATAMIENTO DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO MEDIANTE FUNDOPLICATURA DE NISSEN LAPAROSCÓPICA: EXPERIENCIA DE 9 AÑOS EN EL HOSPITAL FACH

Drs. J.I. Fernández², O. Reyes³, M. Lavin², C. Farias¹, C. Ovalle¹

(¹Departamento de Cirugía del Hospital FACH. ²Universidad de Valparaíso. ³Escuela de Medicina Universidad Mayor)

Introducción: El reflujo gastroesofágico (RGE) es una patología de alta prevalencia (hasta 7%), crónica y multifactorial, que ha incrementado debido a cambios dietéticos y estilos de vida. La funduplicatura con técnica de Nissen ha demostrado ser una terapia eficiente en el manejo del RGE; sin embargo la aparición de los inhibidores de bomba de protones, fue quitando terreno al manejo quirúrgico del RGE. La última década, cambios como la masificación de la cirugía laparoscópica, mejor selección de pacientes y especialización de los cirujanos, ponen nuevamente a la cirugía antireflujo como una alternativa atractiva. El objetivo de este trabajo es mostrar los resultados quirúrgicos y evolución clínica de una serie de casos retrospectiva de pacientes sometidos a funduplicatura de Nissen por videolaparoscopia, durante los últimos nueve años en el Hospital FACH.

Material y Método: Todos los pacientes derivados para cirugía antireflujo, fueron evaluados con endoscopia digestiva alta, PHmetría y manometría esofágicas; seleccionando aquellos mejores candidatos a cirugía antireflujo. La técnica quirúrgica empleada es la funduplicatura de Nissen laparos-

cópica, justo sobre unión cardioesofágica, con adecuada movilización del fondo gástrico, sin tensión, utilizando sonda de calibración de 50fr, y cerrando pilares diafragmáticos. Se evaluaron los resultados quirúrgicos inmediatos y a largo plazo, así como la evolución clínica, mediante control médico o encuesta telefónica.

Resultados: Se analizaron 145 pacientes sometidos a funduplicatura de Nissen laparoscópica, siendo 57% mujeres y 43% hombres, con edad promedio de 45(13-80) años. El tiempo operatorio promedio fue de 111(40- 215) min, registrándose solo dos conversiones (1,4%), morbilidad mayor postoperatoria de 5%, siendo la complicación más frecuente la hemorragia (2,7%). No se registró mortalidad. El seguimiento promedio fue de 4.6 años (9,6 meses a 9,4 años). Un 10% de los pacientes presento disfagia leve transitoria, presentándose solo un caso de disfagia severa (0.7%) que requirió reoperación. Un 85% se mantienen sin necesidad de terapia médica. El 86% de los pacientes se manifestó satisfecho con el procedimiento. *Conclusión:* La funduplicatura de Nissen laparoscópica es una técnica segura y efectiva a largo plazo en el manejo del RGE.

Discusión: La optimización progresiva de resultados en esta patología probablemente depende de la fina selección de pacientes en base a estudios fisiológicos y la experiencia en cirugía laparoscópica del equipo quirúrgico.

DIAGNÓSTICO DE LESIONES PRENEOPLÁSICAS GÁSTRICAS CON NIVELES SÉRICOS DE PEPSINÓGENO: ALTERNATIVA PARA LA PESQUISA MASIVA DE CÁNCER GÁSTRICO EN POBLACIÓN CHILENA

Drs. J.I. Fernández¹, X. de Aretxabala², R. Santander³, M. Etchart⁴, I. Gallegos⁴, X. Torrens⁵, I. Reydet⁶
(¹Universidad de Valparaíso. ²Departamentos de Cirugía. ³Gastroenterología. ⁴Anatomía Patológica. ⁵Laboratorio Clínico y ⁶Banco de Sangre del Hospital FACH)

Introducción: El cáncer gástrico es la causa más frecuente de muerte por cáncer en Chile. Japón ha demostrado que la pesquisa masiva aumenta la detección precoz y disminuye las tasas de mortalidad. Es casi invariable la asociación de gastritis crónica atrófica (GCA) y metaplasia intestinal (MI) con cáncer gástrico. Más de 20 años de estudio en Japón han demostrado que los niveles séricos de pepsinógeno I (PGI) y la relación pepsinógeno I/II (PGI/II), permiten detectar estas condiciones; logrando hasta 90% de detección de cánceres incipientes. El objetivo de este estudio es definir en población chilena niveles de corte de PGI y relación

PGI/II para la detección lesiones preneoplásicas gástricas, estableciendo su sensibilidad (S), especificidad (E), valores predictivos positivos (VPP) y negativos (VPN).

Material y Método: Serie de casos prospectiva de pacientes sometidos a panendoscopia en el laboratorio de gastroenterología según criterios de exclusión previamente establecidos. Se tomo biopsias de mucosa en cuerpo, antro, incisura angular y áreas sospechosas; cuya histología se analizó utilizando la clasificación de Sydney para GCA. Los parámetros histológicos fueron comparados con niveles de pepsinógeno de una muestra obtenida el día de la panendoscopia.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 109 pacientes, 56 hombres y 46 mujeres, con un promedio de edad de 43.1(14-77) años. La relación entre PGI y PGI/II con GCA y MI, fue estadísticamente significativa ($p < 0.001$). Se obtuvo un valor de corte de PGI/II=2.3 (S=70%, E=92%, VPP=60%, VPN=95%) y PGI=36ng/ml (S=62% E=64%, VPP=20%, VPN=96%) para la detección de GCA y MI moderada y severa. No hubo mucosa gástrica sana con PGI<20 ng/ml. Los criterios combinados PGI/II<2,3 y/o PGI<20 ng/ml, obtienen una S=85%, E=92%, VPP=65%, y VPN=97%; seleccionando un 20% de la población para estudio endoscópico.

Conclusión: Se comprueba que los niveles de PGI y relación PGI/II se relacionan estrechamente con la presencia de GCA y MI; y que la combinación de criterios propuesta resulta altamente sensible y específica para detección de lesiones preneoplásicas gástricas.

Discusión: La fácil realización de este examen, que define un grupo de riesgo claro, resulta una buena alternativa para la pesquisa masiva de cáncer gástrico en Chile. Es necesario un estudio prospectivo de pesquisa masiva para establecer su real utilidad en esta área.

RESULTADOS ALEJADOS DE CIRUGÍA ELECTIVA DE ÚLCERA DUODENAL EN HOSPITAL CLÍNICO DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA: SEGUIMIENTO A MÁS DE 20 AÑOS

Drs. C. Albornoz, M. Sylvester, F. Pacheco, L. Ibáñez (Departamento de Cirugía Digestiva, Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica)

Introducción: La cirugía de úlcera duodenal fue una alternativa de tratamiento previo al uso masivo de inhibidores H2 y bloqueadores de la bomba de protones.

Objetivos: Analizar la morbilidad tardía de pacientes operados en nuestro centro, sintomatología actual y calidad de vida.

Material y Métodos: Se siguió mediante una encuesta telefónica previamente validada a 27 pacientes. División en 3 grupos: Grupo I Gastrectomía Subtotal, Grupo 2 Antrectomía + Vagotomía Selectiva. Grupo 3 (G3) Vagotomía Superselectiva. Análisis retrospectivo de recurrencia ulcerosa, morbilidad tardía (>3 meses) y actual. Evaluación de percepción de la cirugía y clasificación según escala de Visick.

Resultados: Se analizaron 27 pacientes, 4 pacientes del grupo 1, 14 pacientes del grupo 2 y 9 pacientes del grupo 3. Mediana de edad 60 años (33-80). Mediana de seguimiento 21 años (rango 19 a 27 años). La tasa de recurrencia global de úlcera fue 11% (3 pacientes, uno en cada grupo). Percepción de los pacientes según clasificación Visick: I 10 (37%), II 14 (51,9%) y III (11,1%). No hubo Visick IV. 22 pacientes (81,4%) consideran los resultados de la cirugía muy buenos, 2 bueno (7,4%) y 3 regular (11,1%).

Discusión: El 11% de recidiva global es la cifra esperable para esta cirugía. No es posible analizar cada técnica por separado debido al tamaño muestral. La mayoría de los pacientes se encuentra actualmente asintomáticos y siente que la cirugía mejoró su calidad de vida.

GASTRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER GÁSTRICO: EXPERIENCIA PRELIMINAR

Drs. Alex Escalona P., Gustavo Pérez B., Fernando Crovari E., Fernando Pimentel M., Nicolás Devaud J., Sergio Guzmán B., Osvaldo Llanos L., Luis Ibáñez A. (División de Cirugía. Departamento de Cirugía Digestiva, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: El cáncer gástrico es la primera causa de muerte por cáncer en Chile. La resección oncológica constituye la principal alternativa de tratamiento de esta enfermedad. El desarrollo de la cirugía laparoscópica avanzada ha permitido incorporar esta herramienta en el tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico. El objetivo de esta presentación es dar a conocer la experiencia preliminar en el tratamiento del cáncer gástrico por vía laparoscópica en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Método: Se revisó el registro prospectivo de 4 pacientes sometidos a gastrectomía laparoscópica por cáncer gástrico en nuestro Hospital desde

mayo a agosto de 2005. Se registraron los datos demográficos de cada paciente, características clínicas y la evolución postoperatoria. Se registró tiempo operatorio, sangrado intraoperatorio, realimentación, estadía hospitalaria y complicaciones postoperatorias. Las complicaciones postoperatorias fueron definidas como aquellas que se presentaron dentro de los primeros 30 días de la cirugía. Se realizó seguimiento de todos los pacientes a través de médicos tratantes, ficha clínica o evaluación clínica.

Resultados: La serie está compuesta por 4 pacientes. La edad promedio es de 63 años (48-80 años), 3 pacientes de sexo masculino. En dos de ellos se realizó una gastrectomía total con esofago-yeyunoanastomosis en Y de Roux. En los otros dos pacientes se realizó una gastrectomía subtotal Billroth II. Se realizó una colecistectomía por colelitiasis en 2 pacientes. No hubo conversión a cirugía abierta. No hubo morbilidad postoperatoria. El tiempo operatorio es de 260 minutos (180-330). El sangrado intraoperatorio promedio fue de 162 cc. Los pacientes fueron realimentados entre el 3 y 5 días postoperatorio. La estadía hospitalaria promedio fue de 6,5 días (6-7 días). De acuerdo al estudio anatomopatológico dos pacientes presentaban cáncer incipiente en etapa IA y IB respectivamente y los otros dos pacientes tumores avanzados etapa IB y IIIB. El promedio de ganglios resecaos es de 39 (35-45).

Conclusión: La gastrectomía laparoscópica es un procedimiento factible con buenos resultados postoperatorios inmediatos y oncológicos en esta experiencia preliminar.

TUMORES GASTROINTESTINALES ESTROMALES (GIST): EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE DESDE 1999 A 2005

Drs. F. Parada¹, I. Braghetto¹, A. Csendes¹, E. Fernández¹, J. Molina², H. Lembach², C. Ojeda³
(¹Servicio de Cirugía, Hospital Clínico, Universidad de Chile. ²Alumnos Hospital Clínico, Universidad de Chile. ³Interna Hospital Clínico, Universidad de Chile)

Introducción: Los GIST corresponden a las neoplasias de origen mesenquimático más frecuentes del tracto digestivo. Se ha establecido que el diagnóstico de GIST debe ser hecho por un patólogo experto en sarcomas, y debe sustentarse en análisis histológico e inmunohistoquímico. Así C-KIT está presente en más del 90% de los casos. El

objetivo de este trabajo, es revisar la experiencia del Servicio de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, en el diagnóstico, estudio y manejo de los GIST desde 1999 a 2005.

Material y Método: Revisión retrospectiva de fichas, de los casos registrados como tumor GIST, luego de análisis microscópico, histológico e inmunohistoquímico en Anatomía Patológica del Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre 1999 y 2005. Posteriormente se revisó el manejo quirúrgico y la evolución de estos pacientes.

Resultados: Serie de 12 pacientes, con mediana de edad: 66 ± 13 años 4 hombres y 8 mujeres. El cuadro predominante de presentación en esta serie fue la hemorragia digestiva alta, con melena (50%), hematemesis (25%), dolor abdominal (41,6%), anemia (16,6%). Solo 1 de los pacientes (8,3%) se presentó como incidentaloma. El estudio consistió en endoscopia digestiva alta y biopsia endoscópica (100%), TAC abdominopélvico (83,3%), radiografía esófago-estómago-duodeno (50%) y endosonografía digestiva (16,6%). En cuanto a su ubicación 10 fueron gástricos (83,3%) y 2 en el intestino delgado (16,7%). La ubicación gástrica más frecuente fue el cuerpo gástrico (41,7%). El tamaño tumoral promedio fue 5,45±1 cm. El manejo quirúrgico fue gastrectomía parcial (33,3%), gastrectomía total (25%), y resección intestinal segmentaria en el resto. El promedio de días de hospitalización fue de 8,16±4 días, y no se presentaron complicaciones postoperatorias.

Conclusión: Los pacientes fueron diagnosticados, estudiados y tratados en forma adecuada, con resultados comparables con la experiencia internacional, teniendo como pilar terapéutico la resección quirúrgica.

SOBREVIDA DE PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO CON HISTOLOGÍA DE CÉLULAS DE ANILLO DE SELLO (MUCOCELULAR). EXPERIENCIA DE 15 AÑOS

Drs. F. Parada¹, P. Burdiles¹, A. Csendes¹, J. Díaz¹, F. Maluenda¹, I. Braghetto¹, J. Rojas¹, G. Watkins, R. Zamora², E. Miranda², A. Rojas²
(¹Servicio de Cirugía, Hospital Clínico, Universidad de Chile. ²Internos, Hospital Clínico, Universidad de Chile)

Introducción: El carcinoma indiferenciado mucocelular gástrico de Células en Anillo de Sello, es el menos frecuente en series a nivel mundial, siendo más frecuente en mujeres y con mayor tendencia a dar metástasis peritoneales. El objetivo de este trabajo es mostrar la sobrevida de pacientes

con carcinoma mucocelular gástrico de tipo Anillo de Sello analizados por estadio, operados en el Servicio de Cirugía del Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre los años 1990 y 2005.

Material y Método: Se revisaron en forma retrospectiva las fichas clínicas de pacientes con carcinoma gástrico mucocelular de Células de Anillo de Sello, sometidos a gastrectomía total entre 1990 y 2005. La muestra consta de 45 pacientes, con edad promedio de 59 años (30-84), son una relación hombres/mujeres de 1,3:1 (26/19). El tiempo promedio de evolución de síntomas a la consulta fue de 11,2 meses. La distribución según estadios fue I:5 pacientes (11,1%), II:4 pacientes (8,8%), IIIa: 6 (13,3%), IIIb:9 (20%) y IV: 21 (46,6%).

Resultados: La sobrevida de la serie se expresa según ecuación de Kaplan-Meier en sobrevida promedio y sobrevida a 5 años, así la Etapa I: 100% vivo Etapa II: 22 meses/0 mes, Etapa IIIa: 20 meses/0 mes Etapa IIIb: 20 meses/0 mes IV:10 meses/0 mes.

Conclusión: El cáncer gástrico con células en anillo de sello tiene un ominoso pronóstico donde casi la mitad de los pacientes se presentan en etapas avanzadas de la enfermedad y la sobrevida a largo plazo solo se observa en cáncer en etapa precoz sin compromiso linfonodal.

LECTURA CRÍTICA Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD METODOLÓGICA DE UN ARTÍCULO DE TRATAMIENTO DE CÁNCER GÁSTRICO APLICADO ACTUALMENTE EN HOSPITALES CHILENOS

Drs. C. Manterola, M. Vial, V. Pineda, R. Torres, L. Burgos, E. Lee

(Departamento de Cirugía y CIGES. Universidad de La Frontera, Temuco, Chile)

Introducción: La cirugía es el único tratamiento curativo del cáncer gástrico (CG); sin embargo, como la recidiva es frecuente, se han utilizado diversos tratamientos adyuvantes. Uno de ellos es la quimiorradioterapia postoperatoria, de la que existen escasos reportes. No obstante ello, en nuestro país el estudio de MacDonald fue aceptado como protocolo de tratamiento del CG.

Hipótesis: El estudio MacDonald es de buena

calidad metodológica y posee validez interna y externa.

Objetivo: Evaluar calidad metodológica, validez interna y externa del estudio MacDonald.

Material y Método: Estudio biliométrico. Se realizó lectura crítica del artículo publicado por MacDonald aplicando una guía ad-hoc; y, se analizó calidad metodológica, validez interna y externa con 2 escroes: MINCIR, validado para artículos de terapia; y, CONSORT, validado para análisis de ensayos clínicos. La guía y las escalas fueron aplicadas independientemente por seis investigadores (todos con formación en análisis crítico de literatura biomédica y epidemiología clínica). Posteriormente, para la validación de resultados, éstos fueron discutidos en sesiones de trabajo grupal resolviendo por consenso las situaciones de discrepancia. Se calculó tamaño de la muestra necesario para la conducción del estudio con programas estadísticos y simulación de diferentes escenarios.

Resultados: La guía de lectura crítica permitió verificar que el artículo no se orienta a una pregunta claramente definida; hubo asignación aleatoria de los pacientes a los tratamientos en evaluación, sin embargo, no se describe el método utilizado ni como se realizó; y, los pacientes no fueron considerados hasta el final del estudio (sólo un 64% del grupo de cirugía más quimiorradioterapia completó protocolo). El score MINCIR permitió constatar que se trata de un ensayo clínico multicéntrico, sin enmascaramiento, con secuencia de aleatorización no clara, estimación del tamaño de la muestra errónea, objetivos vagos, sin justificación del diseño empleado y sin criterios de exclusión. El score CONSORT permitió comprobar carencias de pregunta de investigación, hipótesis de trabajo y objetivos específicos, ausencia de criterios de exclusión e identificación de variable primaria, estimación imprecisa del tamaño de la muestra, ambigüedades del proceso de aleatorización, inexistencia de enmascaramiento, ausencia de ajuste estadístico por variables de conocido impacto pronóstico y omisión de análisis de subgrupos.

Conclusión: Tres instrumentos que valoran diferentes ámbitos metodológicos de un estudio, pusieron en evidencia falencias metodológicas que objetan la validez interna y externa del estudio, lo que hace cuestionable su aplicación clínica sin antes valorar su reproducibilidad.

Seccional: HERNIAS

ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS DE LA HERNIOPLASTIA DE LICHTSENTEIN EN HERNIA INGUINAL PRIMARIA VERSUS HERNIA INGUINAL RECURRENTE

Drs. M.A. Beltrán, E.U.K.S. Cruces, Dr. A. Vicencio
(Departamento de Cirugía, Hospital de Ovalle)

Introducción: Actualmente no existe controversia respecto a los resultados de la hernioplastia de Lichtenstein en la reparación de hernias inguinales primarias. No es posible encontrar estudios publicados que comparen los resultados de la hernioplastia de Lichtenstein entre hernia inguinal primaria y hernia inguinal recurrente.

Objetivo: Comparar los resultados de la hernioplastia de Lichtenstein entre pacientes operados por hernia inguinal primaria versus pacientes operados por hernia inguinal recurrente utilizando el denominado Instrumento cualitativo y cuantitativo de medición de resultados de la hernioplastia de Lichtenstein (ICCRHL).

Métodos: Entre enero 1997 y diciembre de 2000, 388 pacientes masculinos fueron intervenidos por hernia inguinal. De ellos, 303 (78%) fueron operados por hernia primaria y 85 (22%) por hernia recurrente. Se completó el estudio en 362 pacientes (93,2%), período de seguimiento entre 54 y 101 meses.

Diseño del estudio: Cohorte prospectiva, controlada, no aleatoria.

Análisis estadístico: Se calculó un valor $\alpha = 0,05$, poder 80%, intervalos de confianza 95%; se requirió una muestra de 329,8 pacientes. Se aplicó el Test t de Student para las variables categóricas y el X^2 de Pearson para las variables continuas. Cuando se encontraron valores menores a 5 se utilizó el Test de Fisher. El nivel de significación estadística se estableció en $p < 0,05$.

Resultados: El puntaje final del ICCRHL demuestra que la mayoría de los pacientes en ambos grupos lograron puntajes entre 8 y 11 puntos, existe

una diferencia significativa en el puntaje máximo (11 puntos) a favor de los pacientes con hernia inguinal primaria.

Conclusiones: Mediante el uso del ICCRHL demostramos que los resultados de la hernioplastia de Lichtenstein no son similares entre hernia primaria y recurrente, existe una tendencia, en muchos casos significativa, hacia mejores resultados en pacientes con hernia inguinal primaria.

¿SON LOS RESULTADOS DE LA HERNIOPLASTIA DE LICHTENSTEIN DE URGENCIA SIMILARES A LOS RESULTADOS DE LA HERNIOPLASTIA DE LICHTENSTEIN ELECTIVA?

Drs. M.A. Beltrán, E.U.K.S. Cruces, H. Martínez, A. Vicencio, T. Danilova, T. Tapia, J. Almonacid
(Departamento de Cirugía, Unidad de Emergencia, Hospital de Ovalle)

Introducción: La hernioplastia de Lichtenstein, es el gold standard de la cirugía electiva de hernia inguinal. Se ha establecido la seguridad del uso de prótesis de polipropileno para reparación de urgencia de hernias inguinales. No se encuentran publicados estudios comparativo entre los resultados de la hernioplastia de Lichtenstein electiva (HLE) versus la hernioplastia de Lichtenstein de urgencia (HLU).

Objetivo: Comparar los resultados de la HLE con los resultados de la HLU.

Pacientes y Métodos: Entre el 2001 y diciembre de 2003, 405 pacientes masculinos fueron intervenidos por hernia inguinal en nuestra institución, 343 fueron operados electivamente y 62 de urgencia. Se realizó seguimiento de 17 a 57 meses en 48 pacientes operados de urgencia y 326 operados electivamente en los cuales se aplicó el Instrumento cualitativo y cuantitativo de medición de los resultados de la hernioplastia de Lichtenstein (ICCRHL).

El estudio corresponde a una cohorte prospectiva, controlada, no aleatoria. Se completó un protocolo con variables independientes, dependientes, categóricas, continuas y una baja del instrumento ICCRHL por cada paciente. Se calculó el promedio, rango, desviación estándar y el X^2 para las variables continuas. Se aplicó el Test *t* de Student para las variables categóricas. Cuando se encontraron valores menores a 5 se utilizó el Test de Fisher. El nivel de significación estadística se estableció en $p < 0,05$.

Resultados: El promedio de edad y los días de hospitalización fueron similares en ambos grupos. El puntaje promedio en HLE fue 10,07 y en HLU 9,5. Todos los parámetros evaluados demuestran valores similares.

Conclusiones: Existe una tendencia no significativa hacia mejores resultados en HLE. Mediante la aplicación del ICCRHL demostramos que los resultados de la HLU son similares a los resultados de la HLE.

HERNIOPLASTIA DE LICHTENSTEIN EN EL ADULTO MAYOR

Drs. M.A. Beltrán, E.U.: K.S. Cruces
(Departamento de Cirugía, Hospital de Ovalle)

Introducción: La hernioplastia en pacientes mayores de 65 años, es frecuente en la práctica de los servicios de cirugía y unidades de urgencia. La hernioplastia de Lichtenstein ha sido evaluada en pacientes adulto mayor comparándola con otras técnicas sin prótesis, o analizando los resultados en pacientes adulto mayor sin compararlos con otros grupos etáreos.

Objetivo: Comparar los resultados de la hernioplastia de Lichtenstein entre pacientes adulto mayor y pacientes menores utilizando el Instrumento cualitativo y cuantitativo de medición de resultados de hernioplastia de Lichtenstein (ICCRHL).

Pacientes y Método: Definimos como paciente adulto mayor a todo con 71 años o mayor. Entre enero de 1997 y diciembre de 2003, 731 pacientes masculinos fueron intervenidos electivamente por hernia inguinal en nuestra institución. Se estudiaron 688 pacientes (94,1%). Se excluyeron 43 pacientes (5,9%): fallecieron 12 por causa no relacionadas con la cirugía y 31 fueron perdidos al seguimiento. El período de seguimiento fue de 18 a 102 meses. El estudio corresponde a una cohorte prospectiva, controlada, no aleatoria. Se completó un protocolo con variables independientes, dependientes, categóricas, continuas y una baja del ICCRHL por cada paciente. Se calculó el promedio, rango y desvia-

ción standard para las variables dependientes. Se aplicó el Test de Student para las variables categóricas y el X^2 para las variables continuas. Cuando se encontraron valores menores a 5 se utilizó el Test de Fisher.

Resultados: La recurrencia de la hernia se presentó en 7 pacientes (1%); 6 recurrencias en pacientes menores de 70 años y 1 en paciente adulto mayor. El puntaje final del ICCRHL en pacientes menores de 70 años fue 10,36 significativamente mayor que el promedio de 8,87 en pacientes adulto mayor.

Conclusiones: Los resultados de la hernioplastia de Lichtenstein según el ICCRHL son mejores en pacientes menores de 70 años que en el paciente adulto mayor.

HERNIOPLASTIA INGUINAL CON TÉCNICA PHS (PROLENE HERNIA SYSTEM). EXPERIENCIA DE 4 AÑOS CON SEGUIMIENTO A 24 MESES

Drs. R. Rodríguez¹, C. Muñoz², F. Ruiz¹, J. Tobar¹, L. Canales², P. Córdova²

(¹Servicio de Cirugía, Hospital Base de Curicó. ²Interno de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción)

Introducción: La hernioplastia inguinal constituye uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en nuestro país. La reparación a través de materiales protésicos se considera técnicas "libres de tensión". En el año 2001 iniciamos la hernioplastia con Prolene Hernia System (PHS) de Ethicon®, diseñada por Gilbert, por medio de un método protocolizado en nuestro servicio. Nuestro objetivo es mostrar los resultados de este protocolo de trabajo y nuestra experiencia con PHS en la reparación de los defectos del conducto inguinal.

Material y Método: Se realiza un estudio retrospectivo de todos los pacientes intervenidos con técnica PHS, desde enero de 2001 a junio de 2005. Se diseñó un protocolo para el registro de datos. Se excluyeron todos los pacientes que no cumplieron con el protocolo antes señalado.

Resultados: Nuestra serie quedó constituida por 82 hernioplastias en 79 pacientes, todos sexo masculino, con una edad promedio de 55 años (16-81). Todos los pacientes recibieron anestesia espinal y cefazolina 1 g ev como profilaxis antibiótica. La ubicación se distribuyó 3 bilaterales, 36 derechas y 40 izquierdas. Siete fueron mixtas, veinte directas y 55 indirectas. Ocho pacientes tenían hernioplastia recidivas. Veintiún pacientes patologías mórbidas.

El tiempo operatorio promedio fue 44 minutos (15-96), no observándose una curva de aprendizaje. Se realizó manejo analgésico con AINEs en 75 pacientes y en 4 fue necesario opiáceos. Dos pacientes desarrollaron complicación postoperatoria (2,5%): 1 hidrocele; 1 infección de herida operatoria, ambos tratados médicamente. El tiempo postoperatorio promedio fue de 2,2 días (1-5). Sesenta pacientes cuentan con seguimiento postoperatorio completo a 24 meses. La recidiva de nuestra serie es 0% a la fecha.

Conclusiones: La técnica PHS, permite reparar exitosamente defectos herniarios del conducto inguinal, en todas sus variedades, sin una marcada curva de aprendizaje, con escasas complicaciones postoperatorias y ausencia de recidiva a los 2 años de seguimiento.

RESULTADOS DE LA HERNIOPLASTIA INGUINAL CON SISTEMA DE MALLA PHS® EN EL HOSPITAL GUILLERMO GRANT B.

Drs. *Oswaldo Torres, Eduardo Figueroa R., Rodrigo Villagrán M., Luis Rocha A., Camila Peña O.*
(Servicio de Cirugía, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción)

Introducción: La cirugía de la hernia inguinal es una de las intervenciones quirúrgicas realiza más a menudo el cirujano general. El desarrollo tecnológico ha permitido la aparición de materiales cada vez más cercano al ideal para la reparación de los grandes defectos de la pared abdominal, con la creación del sistema de reparación herniaria inguinal de prolene conocido comercialmente como Prolene hernia system (PHS)®, que en teoría proporciona un refuerzo para el anillo interno y el suelo del canal inguinal que reduce la probabilidad de recidiva, se ha utilizado en forma creciente en los distintos centros. Es nuestro objetivo el describir los resultados inmediatos de las hernioplastias con malla PHS realizadas en nuestro centro, sus complicaciones postoperatorias y estado de los pacientes al momento de este estudio.

Material y Método: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de las fichas clínicas de los pacientes intervenidos de hernioplastia inguinal con técnica de reparación con malla PHS®, en el Hospital Clínico Regional, Concepción Guillermo Grant Benavente, Servicio de Cirugía, entre enero de 2004 y julio de 2005. En este período se instalaron 68 mallas PHS en 64 pacientes. Se describe edad, género, tipo de hernia, patología asociada, tipo de anestesia utilizada, complicaciones postoperatorias

inmediatas y tardías que se investigaron mediante comunicación telefónica con el paciente.

Resultados: De un total de 64 pacientes operados el 92% era de sexo masculino, el promedio de edad era de 57 (18-79) años, los tipos de hernia inguinal eran 91% inguinal, 10% inguinoescrotal, 6,25% bilateral, del total de hernias, el 60% era del tipo directa y el 10% de las cirugías era por recidiva herniaria, en dos pacientes se realizó colecistectomía videolaparoscópica agregada. El 37,5% no tenía patología asociada. El tipo de anestesia utilizada fue raquídea en un 94%. Todos los pacientes fueron dados de alta a la mañana siguiente. El describir las complicaciones postoperatorias, el dolor fue leve en el 32% que requirió analgesia habitual, hubo un 4,4% de hematoma posoperatorio, 2,9% de seroma y 2,9% de infección de hernia operatoria. Al momento del primer control posoperatorio realizado al mes un 12,5% tenía dolor leve en relación a la cirugía y 2,9% tenía seroma local. En el control telefónico 14% tenía dolor leve, el resto de los pacientes ubicados tuvo evolución favorable sin complicación al momento del contacto.

Conclusiones: De la presente revisión se desprende que la utilización del sistema de malla PHS tiene pocas complicaciones que se acercan a la de la hernioplastia convencional con malla de prolene con bajo índice de complicaciones inmediatas y en el seguimiento a largo plazo según literatura soportante, sin embargo se debe considerar el costo del sistema PHS vs malla de prolene y los resultados de ambas para poder preferir uno u otro método de reparación de la hernia inguinal.

HERNIAS INCISIONALES: REPARACIÓN CON USO DE PRÓTESIS PREFASCIAL

Drs. *C. Bardavid S., M. Sepúlveda H., Inta. M. Cantó*
(Servicio de Cirugía, Hospital Dipreca)

Introducción: La hernia incisional es una complicación frecuente de la cirugía abdominal, con una incidencia reportada entre un 2-20%. Existen predominantemente dos técnicas con respecto a la reparación, la sutura y el uso de material protésico, siendo esta última la de mayor uso por sus mejores resultados.

Objetivo: Fue realizar un estudio comparativo entre estas dos técnicas en especial el análisis técnico de la instalación de la malla en posición preaponeurótica.

Material y Método: Se utilizó una base de datos prospectiva de las epicrisis durante un período de nueve años. Se revisaron en forma retrospectiva

207 hernioplastias realizadas en 167 pacientes. Análisis estadístico de los datos demográficos, buscando el resultado de la recurrencia como principal objeto. El análisis comparativo se realizó con el test de hipótesis diagnóstica de Chi cuadrado.

Resultados: 28% hombres y 72% mujeres. La cirugía de la vía biliar fue la laparotomía primaria más frecuente (43%). Las hernias de la línea media estuvo presente en alrededor del 70%, siendo la ubicación supraumbilical la más frecuente (45%). La técnica preferida fue la hernioplastia con malla (70%), de las cuales un 93% fue con instalación preaponeurótica. En un 30% se usó simple sutura. En el análisis, la recurrencia global fue de 25,6%, correspondiéndole un 45,2% a la sutura y un 17,2% al uso de malla ($p < 0,01$). En la morbilidad postoperatoria, se encontró un total de 6 (9,7%) en las herniorrafias y 27 (11%) en la hernioplastia ($p = 0,107$). Herniorrafia 4 casos (6,5%) de infección de herida operatoria (IHO). En el uso de prótesis se presentaron 11 IHO (7,6%), y 2 infecciones de la malla que requirieron su retiro y nueva reparación.

Conclusiones: La hernioplastia presenta resultados prohibitivos para su uso regular, con casi tres veces más de recurrencia visto en estudio randomizados. La técnica de hernioplastia con malla se ajusta a los resultados publicados en la literatura mundial, con bajo número de recidiva y complicaciones, debiendo abandonarse la reparación con sutura. La elección de la vía de instalación de la malla preaponeurótica requiere detalles técnicos considerados necesarios para evitar complicaciones más frecuentes como el seroma, retardo de integración de malla y aparición de pseudorecidivas o desprendimiento de los bordes. Para su solución utilizamos sistemas de aspiración cerrado por varios días junto con faja abdominal ajustada.

HERNIOPLASTIA INGUINAL CON PRÓTESIS PARCIALMENTE REABSORBIBLE (VYPRO-II)

Drs. C. Bardavid, J. Rappoport, C. Wainstein y J. Saba

(Hospital Dipreca-Instituto Internacional de La Hernia, Clínica Arauco)

Introducción: Con la introducción del concepto de "hernioplastia libre de tensión", la tasa de recurrencia disminuyó significativamente a cifras bajo el 1% en hernias primarias y en la actualidad es la técnica de elección en Chile para el manejo de la hernia inguinal. Sin embargo, los estudios sobre la utilización de mallas de polipropileno han expuesto tasas variables de morbilidad y secuelas. Lo

anterior ha conducido al desarrollo de prótesis livianas de polipropileno, gracias a la asociación con ácido poliglactínico, reduciendo en un 70% la masa residual, con disminución del dolor crónico y mejorando la flexibilidad de la zona operada.

Objetivo: El propósito del presente estudio es analizar el comportamiento local y la reacción tisular de estas nuevas mallas, reflejada en la movilidad, sensación de cuerpo extraño y dinámica del territorio afectado por la reparación. Nuestra investigación se está complementando con un trabajo prospectivo y randomizado de análisis comparativo de prótesis parcialmente absorbible con no absorbible.

Material y Método: Presentamos un estudio prospectivo con 32 pacientes portadores de hernia inguinal, operados con técnica de Lichtenstein utilizando prótesis parcialmente reabsorbibles, durante un período de 16 meses, entre marzo 2004 y julio de 2005, con un protocolo estandarizado de evaluación preoperatoria, analgesia, antibioprofilaxis y reposo postoperatorio. Se utilizó una clasificación anatómica de la hernia, de acuerdo al tamaño del defecto en A (0-2 cm) y C (más de 4 cm). Evaluamos aspectos técnicos y manipulación de las nuevas prótesis durante el acto quirúrgico y evolución postoperatoria de los pacientes.

Resultados: El rango de edad osciló entre 16 a 91 años con un promedio de 41,1 años; la distribución por sexo fue de un 93,75% masculino y 6,2% femenino. De un total de 36 hernias inguinales 30 fueron unilaterales (83,3%) y 4 bilaterales (16,7%); 34 primarias (94,4%) y 2 recidivadas (5,6%); 22 indirecta (61,1%), 14 directas (38,9%); 16 derechas (44,4%) y 20 izquierdas (55,6%). El tiempo operatorio varió entre 40 a 60 min. Durante el acto quirúrgico se observó una mejor adaptación de la prótesis a los tejidos, proporcionado por la textura y blandura de las mallas parcialmente reabsorbible. Lo anterior permitió reducir el espacio entre la malla y los tejidos subyacentes que sumado al mayor tamaño de los poros, favorece la transparencia de los planos profundos. Durante la estabilización de la prótesis el inconveniente del Vypro II es el multifilamento trenzado que dificulta el paso de la aguja de sutura continua de polipropileno. El tiempo de hospitalización fue menor a 24 horas. Los requerimientos de analgesia fueron bajas. La serie no presentó morbilidad ni mortalidad. Se indicó deambulacion a las 6 horas de terminado el procedimiento.

Conclusiones: Las mallas parcialmente reabsorbibles constituyen una nueva alternativa para la hernioplastia inguinal libre de tensión. Presenta ventajas respecto a las mallas tradicionales, en cuanto a su colocación más anatómica en el estuche músculo-aponeurótico durante el acto quirúrgico.

co. Se observó una menor incidencia de sensación de cuerpo extraño en la región inguinal. Mayor número de pacientes, con un seguimiento prolongado y el análisis de otros aspectos de interés permitirán determinar el rol de este tipo de prótesis.

EVENTRACIONES. CIRUGÍA AMBULATORIA CON ANESTESIA LOCAL

Drs. A. Acevedo, A. Viterbo, J. Bravo, V. Dellepiane (Unidad de Cirugía Ambulatoria (UCA) del CRS Cordillera Oriente de Santiago)

Introducción: En 1998 se inauguró el Centro de tratamiento de las hernias del CRS Cordillera. Las eventraciones han constituido la tercera causa de consulta con un 11,7%. El objetivo de esta presentación es dar cuenta de la cirugía ambulatoria con anestesia local de las eventraciones. Se midieron el dolor operatorio, la satisfacción de los pacientes, y las complicaciones en el postoperatorio precoz.

Material y Método: Consultaron 169 pacientes con eventración a partir del 1 de enero de 2002 y 108 pacientes (64%) se consideraron apto para Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA). Este estudio representa nuestra experiencia con 90 pacientes, 70 mujeres con una edad de 51 años ($\pm 12,1$), y 20 varones con una edad de 53 años ($\pm 11,7$) que aceptaron ser incluidos en este programa de CMA.

Criterios de selección: a) enfermedades intercurrentes. Se intervinieron pacientes ASA I, y II, b) Se rechazaron las eventraciones con un diámetro mayor de 15 cm y/o con un anillo mayor de 3 cm. Síntomas agudos abdominales se consideraron una contraindicación absoluta. La irreductibilidad de eventraciones pequeñas no constituyó una contraindicación. c) Se exigió un entorno social mínimo. d) Se exigió una condición neurológica y psíquica compatible.

El 66,3% de las eventraciones tuvo un diámetro entre 5 y 15 cm y el 49% fue parcial o totalmente irreductible. La obesidad estuvo presente en el 56,5% de las mujeres y en el 25% de los varones. El 8% de la muestra presentó diabetes mellitus y el 28,9% hipertensión arterial compensadas.

Técnica anestésica. Se usó Lidocaína® alcalinizada al 0,35% en un volumen de 300 cc para infiltrar la piel y luego el espacio preperitoneal bajo la línea alba o el músculo recto en la longitud requerida.

Técnica quirúrgica. Una malla preperitoneal se colocó en el 22,5% de los casos. En el 10% se realizó una sutura simple de los bordes del anillo eventral y en el 67,5% restante se ha empleado una sutura simple del defecto seguida de una doble

sutura invaginante de la vaina de los rectos con Ethylon®. Se indicó el uso de una faja abdominal en todos los casos.

Las indicaciones postoperatorias fueron mantener autosuficiencia asistida, una alimentación habitual sin excesos y el analgésico. Se ha recomendado habitualmente el Ibuprofeno® 400 mg cada 8 horas.

Resultados: El promedio del dolor operatorio fue 2,9 (1-8) y el 83% de los enfermos acusó un dolor calificado como aceptable (menor que 4). La satisfacción fue de 8,7 (6-10), siendo en el 98% de los casos superior a 7. Una enferma se hospitalizó por 24 horas debido a una lipotimia. Hubo un caso de hemorragia de la herida operatoria en el postoperatorio precoz que motivó la única concurrencia a la Unidad de Emergencia en este grupo. En el transcurso de las primeras 24 horas, en el domicilio, el dolor fue la molestia principal calificado con un promedio de 4,2 (2-8), seguido por náuseas leves en el 12% de los casos que no impidieron la alimentación. Todos los pacientes fueron autovalentes.

Comentario: El presente estudio demuestra que las eventraciones de tamaño pequeño a moderado pueden ser intervenidos en forma ambulatoria con anestesia local.

PREVALENCIA DE LA HERNIORRAFIA INGUINAL EN CHILE

Dr. A. Acevedo

(Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del CRS Cordillera Oriente, Campus Peñalolén de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Introducción: Los estudios epidemiológicos orientados a conocer la prevalencia de la hernia inguinal son escasos, refiriéndose, la gran mayoría, a la prevalencia de la herniorrafia inguinal. En USA esta tasa es de 280/100.000 habitantes y en Gran Bretaña de 200. En Chile no hay publicaciones al respecto y nuestro objetivo es dar a conocer las tasas del país y la Región Metropolitana.

Material y Método: Se trata de un estudio de prevalencia de la cirugía herniaria del país durante el año 2002. La información se obtuvo del Instituto Nacional de Estadística, del Ministerio de Salud, del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). También obtuvimos antecedentes del anuario estadístico del Departamento de Bioestadística del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO) y de las bases de datos del Servicio de Cirugía del Hospital del Salvador y del Centro de Referencia de Salud Cordillera Oriente de la ciudad

de Santiago. La significancia se determinó por el cuadrado de la diferencia de las tasas.

Resultado: La prevalencia nacional de la herniorrafia inguinal fue de 138,2/100.000 habitantes y de los adscritos al FONASA de 139,3. La tasa nacional de las ISAPRES fue de 121/100.000 y de la Caja de Previsión de la Defensa Nacional (CAPREDENA) de 119,5/100.000. Esta tasa en el área geográfica del SSMO fue con 217 muy superior a los restantes Servicios de Salud Metropolitana que tuvieron en conjunto una tasa de 110,8/100.000 habitantes. Restando los pacientes adscritos a las ISAPRE y la CAPREDENA la prevalencia en el sector público del SSMO fue de 136,4/100.000. Analizando la prevalencia en las diferentes comunas del SSMO se observa una diferencia significativa en la tasa, que va desde 82 en la comuna de Vitacura hasta 156 en la comuna de Macul ($p < 0,0001$).

Comentario: Las tasas de prevalencia de la herniorrafia inguinal en Chile es inferior a la de los países desarrollados evidenciando una deficiente accesibilidad al tratamiento quirúrgico en todos los Sistemas Previsionales del país. La mayor tasa se observó en los inscritos en la Atención Primaria de Salud, beneficiarios del Sistema Público de Salud, y las más bajas de las ISAPRES y la CAPREDENA. En este último caso, por ser la hernia inguinal un impedimento para el ingreso a la Institución, la cifra es sesgada. La tasa global de 217/100.000 habitantes observado en el SSMO es consecuencia de las numerosas clínicas privadas existentes en esta zona geográfica. Llama la atención que la tasa de los beneficiarios del SSMO, con 136,4 es significativamente superior a la de los restantes Servicios Metropolitanos, reflejando el esfuerzo realizado en este servicio por disminuir la lista de espera.

Conclusiones: La baja prevalencia de la herniorrafia inguinal en Chile señala una deficiente accesibilidad al tratamiento. El Sistema Público de Salud detecta tasas más elevadas que los Sistemas Privados. Dentro del Sistema Público, las comunas presentan significativas diferencias.

HERNIA INGUINAL COMPLICADA: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE URGENCIA

Drs. M.A. Beltrán, E.U.: K.S. Cruces, T. Tapia, J. Almonacid, H. Martínez

(Departamento de Cirugía, Unidad de Emergencia, Hospital de Ovalle)

Introducción: Las complicaciones de la hernia inguinal son: incarceration y estrangulación con o sin obstrucción. El tratamiento quirúrgico ideal de la

hernia inguinal complicada (HIC) no se encuentra completamente establecido, las opciones de tratamiento son las mismas de la cirugía electiva. La hernioplastia sin tensión de Lichtenstein (HL), constituye el gold standard de la cirugía electiva de hernia inguinal en pacientes masculinos.

Objetivo: Comparar los resultados de HL de urgencia con las técnicas de herniorrafia utilizadas en pacientes operados por HIC mediante la aplicación del Instrumento Cualitativo y Cuantitativo de medición de los Resultados de la Hernioplastia de Lichtenstein (ICCRHL).

Pacientes y Método: Entre enero de 2001 y diciembre de 2003, 62 pacientes masculinos fueron intervenidos por HIC. En 51 pacientes (82,2%) el procedimiento fue HL y en 11 (17,8%) herniorrafias. En el seguimiento se estudiaron 59 pacientes (95,2%). Se excluyeron 3 pacientes (4,8%): falleció 1 paciente (1,6%) por causas no relacionadas con la cirugía y 2 fueron perdidos al seguimiento (3,2%). El estudio corresponde a una cohorte prospectiva, controlada, no aleatoria. Se completó un protocolo con variables independientes, dependientes, categóricas, continuas y una hoja del ICCRHL por cada paciente. Todas las variables fueron analizadas mediante estadística descriptiva.

Resultados: En 72,7% pacientes del grupo con herniorrafia y 81,3% pacientes HL se lograron puntajes entre 8 y 11 puntos, el puntaje promedio en pacientes HL es $9,5 \pm 1,7$ y en pacientes con herniorrafia $8,1 \pm 1,9$.

Conclusiones: Los resultados de la cirugía por hernia inguinal complicada son mejores cuando se utiliza la hernioplastia de Lichtenstein. La resección intestinal es una contraindicación relativa para el uso de prótesis. No se debe utilizar prótesis en pacientes con complicaciones sépticas como peritonitis o necrosis de asa intestinal.

HERNIA INCISIONAL Y OBESIDAD

Drs. G. Astroza E., S. Novoa, R. Casas C., G. Cassorla J. Int. O Yarur V., A. Salvatierra M.

(Servicio de Cirugía, Hospital Ramón Barros Luco-Trudeau. Departamento de Cirugía, Campus Sur, Universidad de Chile)

Introducción: Presentándose las hernias incisionales en un 3 a 13% de las laparotomías y siendo la obesidad un problema de salud creciente en nuestro país, nos propusimos revisar un grupo de pacientes intervenidos por hernia incisional y analizar en estos la frecuencia, evolución postoperatoria y recidiva herniaria que presentaron los pacientes obesos.

Material y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de una muestra aleatoria de pacientes intervenidos electivamente en nuestro servicio, entre el 01 de Enero 2000 y el 31 de Diciembre 2001, por cuadros de hernias incisionales. Se analizó la distribución por género, índice de masa corporal o IMC (considerándose obesos IMC>30), complicaciones postoperatorias, recidiva y ubicación de la hernia. Para el análisis estadístico se utilizó T. Fischer con error alfa igual o menor a 0.05.

Resultados: De un total de 162 pacientes, se obtuvo una muestra de 81 pacientes. De estos 66 (81,5%) correspondía a sexo femenino con un promedio de edad de 36,9 años. Un 18,5% correspondían a sexo masculino.

Un total de 47 pacientes (58%) presentó IMC >30 al momento de la cirugía. El promedio de edad en este grupo fue 52 años, la distribución por sexo correspondió a 5 hombres y 42 mujeres. De este grupo, 7 pacientes presentaron complicaciones, la más frecuente la infección de sitio quirúrgico. Del grupo no obesos (34 pacientes), 5 presentaron complicaciones, correspondiendo a hematoma de sitio quirúrgico la más común ($p=0.62$).

Del total de pacientes, 28 fueron intervenidos sin prótesis de polipropileno, mientras que en los 53 restantes sí se utilizó.

Al evaluar la recidiva, esta se presentó en 12 pacientes correspondientes todos al grupo de obesos ($p=0.001$). La ubicación más frecuente de recidiva correspondió a LMIU. Al relacionar la recidiva según uso o no de malla de polipropileno, se evidenció que 5 pacientes recidivaron pese al uso de malla y en los otros 7 no se utilizó esta ($p=0.09$).

Conclusión: Los resultados muestran que una proporción importante de los pacientes se encontraba obesos al momento de la cirugía. A su vez, existe una relación significativa entre obesidad y recidiva de la hernia incisional, sin observarse relación entre obesidad y complicaciones postoperatorias. No se observó en esta muestra incidencia sobre la recidiva entre el uso o no de material protésico.

ORQUIDECTOMÍA EN HERNIOPLASTIA

Drs. R. De la Cuadra, J. Rappoport, J. Bezama, L. Gutiérrez, R. Las Heras, C. Moya
(Unidad Hernias, Hospital Clínico U. de Chile)

Introducción: Aunque de rara ocurrencia, la orquidectomía durante una hernioplastia, plantea una problemática importante para el paciente y una opción que debe ser meditada por el cirujano en el

momento de plantear el tratamiento quirúrgico de una hernia inguinal.

Material y Método: De un total de 670 pacientes operados y un total de 748 hernioplastias, en el período comprendido entre Julio de 1996 a Junio de 2005, se analiza el número de pacientes a los que se le agregó el procedimiento de orquidectomía uni o bilateral. La serie consta de 9 pacientes, en quienes se realizó diez orquidectomías. El promedio de edad fue de 63 años, con valores extremos de 39 y 81 años. Patología asociada: cardiovascular severa: 4 pacientes; déficit mental: 1 Patología quirúrgica asociada: hidroce de tamaño considerable: en tres pacientes; hidrocele grande bilateral: en dos; hernia femoral ipsilateral: en uno; deslizamiento ureteral y vesical: un paciente.

Resultados: En aquellos pacientes portadores de hernia inguinal simple, la orquidectomía solo fue necesaria en uno. Aquellos pacientes con hernia inguinoescrotal con irreductibilidad crónica, de tamaño considerable (comúnmente llamada gigante), fue necesaria la orquidectomía en seis; de éstos, cuatro tenían patología agregada urológica. De los 9 pacientes sometidos a orquidectomía, en seis se describe claramente la anomalía anatómica que motivó el procedimiento de exéresis. Solo un paciente era portador de una hernia recurrente; en él, se constató la presencia de atrofia testicular significativa, concomitante. Nuestro estudio muestra una tasa de orquidectomía concomitante en hernia inguinal, de 0.013%.

Conclusión: Concluimos que la orquidectomía es significativamente mayor en pacientes con hernia inguinoescrotal con irreductibilidad crónica y con patología urológica concomitante. Es en estos pacientes, que debemos plantear la opción probable de exéresis en el preoperatorio al momento de plantear la cirugía y exigir el consentimiento escrito de parte del paciente. No parece necesario plantearlo, en pacientes con hernia inguinal simple.

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA Y HERNIOPLASTIA INGUINAL SIMULTÁNEA. REVISIÓN DE UNA SERIE CLÍNICA

Drs. Gonzalo Fernández, Cristóbal Ravest, Luis Gutiérrez, Ronald De la Cuadra, Jaime Rappoport, Jorge Bezama, Francia López, Marcela Rodríguez, Daniela Pérez, Sandra Penzo
(Unidad de Hernias. Departamento de Cirugía, Hospital Clínico, Universidad de Chile)

Introducción: La colecistectomía laparoscópica y la hernioplastia inguinal son las dos cirugías elec-

tivas que con mayor frecuencia se realizan en nuestro país. Por este hecho, y debido a que suelen presentarse en el mismo grupo etáreo, es frecuente encontrar pacientes portadores de colelitiasis y con hernia inguinal simultánea. En esta condición, algunos cirujanos prefieren resolver las dos patologías en un tiempo quirúrgico, mientras otros prefieren hacerlo en diferido, dado que no existen estudios que comparen la conveniencia de uno u otro método. El objetivo de este trabajo es efectuar un análisis de los pacientes portadores de colelitiasis y hernia inguinal que fueron ingresados y intervenidos quirúrgicamente en el Departamento de Cirugía de un hospital clínico universitario.

Material y Método: Desde enero de 1996 hasta diciembre de 2003, 67 pacientes fueron ingresados y operados en el Servicio de Cirugía de nuestro hospital con el diagnóstico de Colecistitis Crónica Litiásica y Hernia Inguinal. Hubo 51 hombres (76%) y 16 mujeres (24%). El promedio de edad fue 56 años con un rango entre 18 y 75. Consideraciones relacionadas a demografía, comorbilidad, diagnóstico, estudio histopatológico, técnica relacionada a

demografía comorbilidad, diagnóstico, estudio histopatológico, técnica quirúrgica, días de hospitalización y complicaciones fueron estudiadas.

Resultados: Colelitiasis y algún tipo de hernia inguinal se confirmó en el 100% de los casos, y se efectuó colecistectomía laparoscópica más hernioplastia con prótesis en todos los pacientes. El tiempo operatorio promedio fue 146 minutos (60-305). Sesenta y dos pacientes tuvieron una evolución favorable. Hubo cinco complicaciones, fundamentalmente íleo prolongado, e infección de herida operatoria. No se registró mortalidad en esta serie. El tiempo de hospitalización promedio fue 3,3 días con un rango de 1 a 11. El total de los pacientes tiene seguimiento a largo plazo.

Conclusiones: 1) Es posible y seguro efectuar una colecistectomía laparoscópica y una hernioplastia inguinal en forma simultánea. 2) Las complicaciones no son superiores a la de cada cirugía por separado. 3) La colecistectomía laparoscópica debe ser realizada en primer lugar y posteriormente la herniorrafia inguinal, al resolverse en forma simultánea ambas patologías.

Seccional: HÍGADO, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

CÁNCER DE LA VESÍCULA BILIAR, ANÁLISIS DE UNA SERIE DE 139 PACIENTES CON INVASIÓN DE LA TÚNICA SUBSEROSA

Drs. *Xabier de Aretxabala, Iván Roa, Luis Burgos, Héctor Losada, Juan Carlos Roa, Javier Mora, Juan Hepp, Jorge León, F. Maluenda*

(Departamento de Cirugía, Universidad Católica de La Frontera, Clínica Alemana de Santiago, Hospital Clínico, Universidad de Chile, Unidad de Anatomía Patológica, Universidad de La Frontera)

Objetivo: El objetivo de este trabajo es mostrar los resultados obtenidos en una serie de pacientes portadores de un tumor de la vesícula biliar catalogado como potencialmente curativo.

Material y Método: Se analizan 139 pacientes portadores de un tumor con invasión de la túnica subserosa ingresados de manera prospectiva en nuestra base de datos entre abril de 1998 y julio de 2004 y que cumplían con los requisitos como para ser catalogados como potencialmente curativos.

Resultados: Del total de pacientes, 120 fueron operados mediante un procedimiento abierto mientras que el resto fue sometido a una colecistectomía laparoscópica. En solo 8 (5,75) pacientes el diagnóstico fue sospechado previo a la colecistectomía.

La mayoría de los tumores correspondían a un adenocarcinoma mientras que seis tuvieron un tumor epidermoide y uno fue catalogado como carcinosarcoma.

De la serie de pacientes 74 fueron sometidos a una reintervención, de los cuales en 55 (70,2%) fue factible realizar una resección extendida con ánimo curativo. La mortalidad operatoria fue de 0% mientras que la morbilidad fue 16%.

Compromiso de los ganglios linfáticos fue observado en 10 pacientes (18,8%) mientras que en 7 pacientes (13,2%) el hígado estuvo comprometido.

La sobrevida global de la serie es de 67,7% mientras que en aquellos pacientes en los que se logró efectuar una resección fue de 77%. La exis-

tencia de ganglios linfáticos comprometidos y de invasión hepática fue asociada con un peor pronóstico (70% vs 45% en pacientes sin y con compromiso linfático $p=0,06$) (82% vs 42% en pacientes sin y con invasión hepática $p= 0,002$).

Se realizó un análisis multivariado evaluando los siguientes factores: Tipo macroscópico. Compromiso linfático, edad mayor a 50 años, e invasión hepática. Como resultado de este análisis se observó que solo la presencia de compromiso linfático fue factor independiente relacionado al pronóstico.

Conclusión: a) La factibilidad de efectuar una resección extendida en pacientes portadores de un cáncer de la vesícula e invasión de la túnica subserosa se asocia a una sobrevida superior a 70% a 5 años). b) La presencia de ganglios linfáticos comprometidos representa el principal factor asociado a un pobre pronóstico y en ese grupo en particular se debe estudiar la utilización de algún tipo de adyuvancia.

CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR, RESULTADOS PRELIMINARES DE UN PROGRAMA DE MANEJO DE TUMORES POTENCIALMENTE CURATIVOS

Drs. *Xabier de Artexabala, Juan Hepp, Jorge León, Fernando Maluenda, Marcela Schultz, Iván Roa, Fernando Macan*

(Departamento de Cirugía y Anatomía Patológica, Clínica Alemana de Santiago, Departamento de Anatomía Patológica, Universidad de La Frontera)

Introducción: El propósito de la presente comunicación es mostrar los resultados preliminares de un protocolo de trabajo en Cáncer de Vesícula llevado a cabo en la Clínica Alemana de Santiago como parte de sus actividades de beneficencia.

Material y Método: Desde junio de 2004, se ha llevado a cabo un protocolo de manejo quirúrgico

de los pacientes portadores de un tumor de la vesícula biliar detectado luego del estudio de Anatomía Patológica de la pieza de colecistectomía. Para ser incluido en el protocolo se requiere que los pacientes posean un tumor considerado como potencialmente curativo al momento del diagnóstico y que posea indicación de ser sometido a una reoperación conforme a nuestro protocolo de trabajo.

Resultados: Desde junio de 2004 hasta agosto de 2005, un total de 15 pacientes fueron evaluados. La serie estaba compuesta por 12 mujeres y 3 hombres con un rango de edad de 44 a 71 años. Los pacientes provenían de diferentes Hospitales del país distribuyéndose estos desde Arica a Pucón.

En ningún paciente el diagnóstico fue sospechado por el cirujano, correspondiendo a un cuadro de colecistitis aguda el diagnóstico postoperatorio de 7 de ellos. Solo 8 pacientes fueron intervenidos vía laparoscópica, de estos dos debieron ser convertidos mientras que en dos se objetivó la caída de cálculos.

Nueve pacientes tuvieron un tumor con invasión de la subserosa, 3 de la serosa, dos de la muscular y uno del tejido adiposo perivesicular. De los 15 pacientes, 13 fueron reintervenidos, siendo en ocho (61,5%) posible la resección. Ninguno de los pacientes presentó complicaciones en el postoperatorio mientras que 2 requirieron de transfusión.

De los pacientes resecados, 4 (50%) tuvieron compromiso del hígado no encontrando compromiso linfático en ninguno de los pacientes resecados. Todos los pacientes resecados tuvieron una cirugía catalogada como R 0. El seguimiento de los pacientes fluctuó entre 3 y 20 meses. De los 5 pacientes reoperados pero no resecados, 3 han fallecido mientras que los 8 pacientes resecados se encuentran vivos.

Conclusión: a) Se muestra la experiencia de la Clínica Alemana en el manejo protocolizado del cáncer de la vesícula biliar potencialmente curativo y los primeros resultados obtenidos. b) Esta cirugía puede efectuarse de manera segura con baja morbimortalidad. c) Destaca la baja resecabilidad aún considerando que el diagnóstico no fue sospechado durante la colecistectomía. d) Comparado con controles históricos la presencia de compromiso hepático es mayor. e) Como segunda etapa de este protocolo los pacientes que presentan factores de riesgo tales como ganglios o hígado comprometido serán sometidos a quimiorradiación de adyuvancia en base a Capecitabina.

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE LA COLEDOLITIASIS, CON CIERRE PRIMARIO DE LA VÍA BILIAR

Drs. *M. Sanhueza, J. Reyes, R. Kusanovich, I. García-Huidobro, E. Flores, J. Rodríguez*

(Servicio de Cirugía Hospital Dr. Sótero del Río. Servicio de Cirugía Hospital de San Fernando)

Introducción: La coledocolitiasis asociada a colelitiasis es una situación muy frecuente en nuestro medio. Para resolverla disponemos actualmente de diferentes alternativas terapéuticas.

El objetivo de este trabajo es evaluar el manejo laparoscópico, resolviendo al mismo tiempo la Colelitiasis y la litiasis de la vía biliar.

Material y Método: Protocolo prospectivo de cirugía laparoscópica. Desde marzo 2004 a agosto del 2005, 20 pacientes consecutivos fueron operados. Se incluyeron pacientes con colelitiasis y coledocolitiasis demostrada, o sospecha de coledocolitiasis con vía biliar de diámetro mediado a la ecografía \geq a 8 mm. La coledocolitiasis fue confirmada con una colangiografía intraoperatoria. La exploración de la vía biliar se realizó a través de coledocotomía. En todos los pacientes se utilizó coledocoscopia flexible para facilitar la extracción de los cálculos y el diagnóstico final de limpieza de la vía biliar. El cierre del colédoco se realizó con material de sutura reabsorbible 4 ó 5 cero.

Resultados: Se operaron 20 pacientes (16 mujeres y 4 hombres), la exploración laparoscópica de la vía biliar, fue técnicamente exitosa en 18 pacientes, un paciente fue convertido a cirugía tradicional y en otro, con un cálculo impactado fue necesario realizar en el postoperatorio una colangiografía endoscópica y extracción de cálculo. Se efectuó cierre primario en 17 pacientes y en 2 se dejó una sonda de Kehr, no hubo reoperaciones. Hubo 1 filtración biliar, que se resolvió precozmente con una CPRE y endoprótesis, la mediana de tiempo operatorio fue 203 minutos (i:80-360), la estadía post operatorio promedio fue de 3 días (i:1-9)

Conclusiones: El método de exploración laparoscópica de la vía biliar es una alternativa segura, permite resolver el problema de la coledocolitiasis y la colelitiasis en un único procedimiento, en nuestra serie se asocia a una baja morbilidad y a un porcentaje de éxito de 90%.

IMPACTO DE LA COLANGIORRESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA EN LAS INDICACIONES DE LA COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA PARA DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA COLEDOLITIASIS

Drs. E. Norero, B. Norero, N. Jarufe, F. Pimentel, A. Huete

(Departamento de Cirugía Digestiva, Departamento de Radiología. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es una de las principales formas de estudiar la vía biliar, sin embargo se asocia a morbilidad y mortalidad. Actualmente, la colangio resonancia nuclear magnética (CRNM), es un método no invasivo y de buen rendimiento para pesquisa de coledocolitiasis, por lo que podría disminuir la indicación de CPRE con objetivo diagnóstico.

Objetivo: Comparar los cambios en las indicaciones y hallazgos de la CPRE en 2 períodos, diferenciados en uno con y uno sin disponibilidad de CRNM.

Material y Método: Se realizaron un estudio retrospectivo revisando los registros de las CPRE y CRNM efectuadas por sospecha de coledocolitiasis desde los años 1999 a 2001 (período sin CRNM) y desde el 2002 al 2004 (período con disponibilidad de CRNM). Se consignaron variables demográficas de ambos períodos, número de procedimientos por año, hallazgos radiológicos o endoscópicos y efectividad terapéutica de la CPRE. Se utilizaron las pruebas de Chi cuadrado y t de student para comparar ambos períodos.

Resultados: Desde el año 1999 a 2004 se realizaron 778 (CPRE en 682 pacientes con edad promedio de 63 ± 18 años; 65% correspondieron a mujeres y 35% hombres. Las indicaciones de CPRE fueron: sospecha de coledocolitiasis sin ictericia 428 casos (55%), sospecha de coledocolitiasis con ictericia 179 pacientes (23%), pancreatitis en 78 casos (10%) y colangitis en 93 pacientes (12%). Las variables demográficas fueron comparables entre los 2 períodos. Se logró acceso a la vía biliar en el 87% de las CPRE y se demostró coledocolitiasis en el 56%. En el período sin CRNM se realizaron 161 CPRE por año, lo que disminuyó a 107 por año en el período con CRNM. El acceso a la vía biliar fue similar entre ambos períodos, 86% y 89%, respectivamente ($p=0,16$). El porcentaje de CPRE negativas para coledocolitiasis disminuyó en forma significativa de

51% a 36% ($p=0,0004$). La extracción endoscópica de coledocolitiasis fue similar, 80% y 86% ($p=0,11$).

Conclusión: La introducción de la CRNM en nuestro medio se ha asociado a una disminución significativa en el número de CPRE realizadas por motivo diagnóstico, lo que se refleja en la caída del total de CPRE efectuadas por año.

RENDIMIENTO DE LA COLANGIORRESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA EN EL DIAGNÓSTICO DE COLEDOLITIASIS

Drs. E. Norero, B. Norero, N. Jarufe, F. Pimentel, A. Huete

(Departamento de Cirugía Digestiva, Departamento de Radiología. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: La colangio resonancia nuclear magnética (CRNM) es un método no invasivo que ha demostrado tener un buen rendimiento para el diagnóstico de coledocolitiasis.

Objetivo: Describir los resultados de la CRNM para el diagnóstico de coledocolitiasis.

Material y Método: Se realizó un estudio retrospectivo. Incluimos a los pacientes en quienes se realizó CRNM por sospecha de coledocolitiasis y que tuvieron algún examen confirmatorio como hallazgos a la exploración quirúrgica de la vía biliar, colangiografía intraoperatoria (CIO) o colangio pancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Se revisaron los informes de las CRNM realizadas por sospecha de coledocolitiasis entre octubre de 2001 a diciembre de 2004, comparándolos con los resultados de las CPRE y los protocolos operatorios de este mismo período para cada paciente. Se realizó una tabla de 2x2 para calcular la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo.

Resultados: 125 pacientes cumplieron los criterios de inclusión. La edad promedio fue de 58 ± 20 años, 70 (56%) mujeres y 55 (44%) hombres. Los diagnósticos fueron ictericia obstructiva en 30 (24%), pancreatitis en 17 (14%) y colangitis en 6 (5%) pacientes. En 54 (43%) pacientes se tuvo la correlación con exploración quirúrgica de la vía biliar y/o CIO y en 71 (57%) con CPRE. Se encontró coledocolitiasis en 86 (67%) pacientes según la CIO o CPRE. El rendimiento de la CRNM para el diagnóstico de coledocolitiasis fue: sensibilidad= 97%; especificidad= 74%; valor predictivo positivo= 89%; valor predictivo negativo= 90%.

Conclusión: La CRNM es un método no invasivo y de alto rendimiento para el diagnóstico de coledocolitiasis.

CIERRE DE COLEDOCOSTOMÍA SOBRE ENDOPRÓTESIS. COMPARACIÓN DE ESTA TÉCNICA CON EL USO DE SONDA KEHR

Drs. C. Rodríguez T., G. Astroza E., C. Matus F., R. Barrera C.

(Servicio de Cirugía, Unidad de Emergencia, Unidad de Cirugía Endoscópica, Hospital Ramón Barros Luco-Trudeau)

Se ha demostrado las grandes ventajas de la cirugía endoscópica en el manejo de la ictericia obstructiva y sus complicaciones, como la colangitis. Debido a las características del sistema público de salud, esta opción terapéutica no siempre está disponible y es preciso recurrir a la exploración de la vía biliar mediante laparotomía. Recogiendo la propuesta de autores nacionales y extranjeros para realizar el cierre de la coledocostomía sobre prótesis de teflón en lugar de la sonda Kehr, nos propusimos evaluar esta técnica y sus resultados en nuestro servicio.

Se realizó una revisión de los pacientes a los que se realizó exploración de la vía biliar y los dos tipos de cierre, durante un período de 18 meses. La totalidad de los pacientes fueron intervenidos en nuestro servicio y por lo mismos cirujanos (4). Se ingresaron a una base de datos donde se analizaron diferentes características epidemiológicas y se compararon variables en la evolución y complicaciones, para así poder analizar si existen diferencias en la evolución, que hagan preferible el uso de uno de las dos técnicas por sobre la otra. Se aplicó Test Fisher para cálculo estadístico.

El total de pacientes ingresados en el período de tiempo estudiado fue de 80 pacientes, los que correspondían a 25 hombres (31,25%) y 55 mujeres (68,75%). El promedio de edad total fue 44 años, con rango 24-78. En 38 pacientes (47,5%) se realizó cierre sobre endoprótesis y en 42 (52,5%) se realizó coledocostomía sobre sonda T.

Las indicaciones para la exploración de la vía biliar fueron ictericia obstructiva 47 (58,75%), Colecistopatía con colédoco dilatado 15 (18,75%). Hallazgo intraoperatorio 8 (10%), CPRE frustra o insuficiente 6 (7,5%), sospecha de lesión de vía biliar 2 (2,5%). En 23 pacientes se drenó pus de la vía biliar (28,75%). El promedio de días postoperatorio en el grupo de la endoprótesis fue de 2,92, en el del grupo de sonda Kehr fue de 4,14. La

morbilidad asociada a la prótesis fue de 2 (5,26%), y a la sonda Kehr fue de 6 (14,28%) ($p=0,167$). En el seguimiento posterior el número de consultas por complicaciones asociadas a la sonda fue mayor en el grupo de la sonda Kehr requiriendo incluso rehospitalizaciones. Subjetivamente hubo mayor aceptación del uso de endoprótesis sobre la coledocostomía.

Conclusión: A pesar de los adelantos en la cirugía mínimamente invasiva biliar, la exploración abierta de la vía biliar sigue siendo un procedimiento utilizado con frecuencia. En estos casos, el uso de prótesis biliar se plantea como una alternativa segura para el cierre de la coledocostomía, siendo por lo menos igual de segura al compararla con la sonda Kehr.

RESULTADOS EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER VESICULAR

Drs. M. Uribe^{1,2,3}, F. Catán^{1,2}, J. Pilasi², F. Millan^{1,2}, C. Farias², J. Ormazabal¹, E. Buckel^{2,3}, L. Fábrega², M. Dib²

(¹Servicio de Cirugía, Hospital del Salvador. ²Departamento de Cirugía, Campus Oriente, Universidad de Chile. ³Departamento de Cirugía, Clínica Las Condes)

Introducción: El cáncer vesicular es la primera causa de muerte por cáncer en la mujer chilena. Se asocia en un alto porcentaje a colelitiasis. En el momento del diagnóstico, menos del 30% de los pacientes son susceptibles de ser resecaados.

Objetivo: Presentar nuestra experiencia en el tratamiento del cáncer vesicular con distintas alternativas terapéuticas.

Pacientes y Método: Se incluyen en forma prospectiva en una base de datos pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico histológico de cáncer vesicular. Los pacientes fueron clasificados de acuerdo a sus estadios. El tratamiento consistió en colecistectomía simple o radical (laparotomía subcostal bilateral, con resección de los segmentos IVB y V, y disección ganglionar mas quimiorradioterapia concomitante, con 5FU o Gemcitabine-Cisplatino. Los pacientes con enfermedad metastásica o irresecaable fueron derivados a la Unidad de Cuidados Paliativos, consignándose escala visual análoga (EVA) al ingreso y alta. El estudio estadístico se efectuó con programa EpiInfo considerando significativo los valores de $p<0,05$.

Resultados: Se incluyó 190 pacientes entre 1995 y 2004 (86,2% mujeres y 13,8% hombres con un promedio de edad $63,3\pm 11,5$ años. Correspondiendo 6 de estos a carcinoma *in situ*, 14 en esta-

dio I, 25 Estadio II, 28 estadio III, 30 Estadio IVA y 87 IVB. A 64 pacientes se les efectuó cirugía radical. 3 pacientes presentaron complicaciones quirúrgicas; absceso, hemoperitoneo y fístula biliar. No hubo mortalidad postoperatoria. Con un rango de seguimiento de 1 a 112 meses con una sobrevida a 5 años que llega a 92,9% estadio I. 62,3% en estadio II, 43,7% en estadio III. En estadio IV la sobrevida promedio fue de 41 ± 61 días. Con EVA promedio de ingreso de $6,3 \pm 3$ y de egreso de $0,07 \pm 0,4$.

Comentario: El tratamiento multidisciplinario del cáncer vesicular permite ofrecer una baja morbimortalidad a los pacientes resecaados y una buena calidad de sobrevida a aquellos fuera del alcance terapéutico.

MANEJO QUIRÚRGICO DEL INSULINOMA: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Drs. M. Millán, M. Figueroa, F. Orellana, L. Cadena, F. Huidobro, J. Palacios, O. Jiménez
(Equipo Digestivo Servicio de Cirugía Hospital San Juan de Dios)

Introducción: Los insulinomas son tumores pancreáticos de las células beta que segregan insulina en cantidad suficiente como para producir hipoglucemia. Habitualmente benignos y con una incidencia anual de 1/millón de habitantes, mayores de 30 años, y cuyo diagnóstico se realiza por síntomas de hipoglucemia, glicemia por debajo de 50 mg% y niveles elevados de insulina plasmática en ayunas. La mayoría de los insulinomas no logran evidenciarse por estudios imagenológicos siendo diagnosticados durante la cirugía, tratamiento de elección del insulinoma.

Objetivo: Presentar la experiencia en el manejo perioperatorio y quirúrgico del insulinoma en los últimos 10 años en el Servicio de Cirugía del Hospital San Juan de Dios.

Material y Método: Revisión de las fichas clínicas de todos los pacientes diagnosticados de insulinoma entre enero 1995 a enero 2005, en base a un protocolo previamente establecido, con análisis descriptivo de los resultados.

Resultados: 9 pacientes fueron diagnosticados de insulinoma durante el tiempo en estudio, 5 mujeres y 4 hombres, entre 18 y 68 años. 5 pacientes ingresaron con diagnóstico inicial de epilepsia y compromiso de conciencia, y 4 como probable insulinoma. El 100% tenía síntomas de hipoglucemia y niveles de insulina alterados en el estudio ingreso.

Los estudios de imágenes preoperatorios no tuvieron hallazgos patológicos en 7 pacientes. En los 9 pacientes se sospechó insulinoma en el preoperatorio, confirmándose todos en el intraoperatorio. Se realizó enucleación a 6 pacientes y a 3 pancreatectomía distal; ninguno presentó enfermedad extrapancreática al momento de la cirugía. Cuatro pacientes tuvieron complicaciones postoperatorias: 2 con fístulas pancreáticas de bajo débito, 1 con una colección perivesicular y 1 con una pancreatitis necrohemorrágica.

Conclusión: El insulinoma en nuestra revisión tuvo un bajo índice de sospecha y diagnóstico tardío en la mayoría de los casos revisados, destacando la baja sensibilidad de los exámenes de imágenes preoperatorios, predominando la clínica y exámenes de laboratorio en la decisión quirúrgica, siendo esta última la que confirmó el diagnóstico en todos los casos.

RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE LA PATOLOGÍA BILIAR EN PANCREATITIS AGUDA LEVE

Drs. A. Fierro; L. Cadena; E. Chinchero; I. Turu; M. Millán; F. Orellana; M. Figueroa
(Servicio de Cirugía Hospital San Juan de Dios)

Introducción: La principal causa de Pancreatitis aguda en Chile es la patología biliar (30-60%). Clínicamente se presenta de dos formas: leve (80%) y grave (20%). El manejo definitivo de la patología biliar se logra mediante la colecistectomía con colangiografía intraoperatoria (CIO), en la misma hospitalización, cuando la enfermedad se encuentra en remisión y antes de 4 semanas de iniciada la enfermedad, ya que una intervención precoz aumenta la morbimortalidad y una tardía aumenta la probabilidad de recurrencia.

Objetivo: Describir la temporalidad y características de la colecistectomía en Pancreatitis Aguda Leve.

Pacientes y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, analizando 49 fichas clínicas, disponibles en archivo, de pacientes con Pancreatitis aguda biliar leve, ingresados al Servicio de Cirugía del HSJDD entre Enero de 1995 y Diciembre de 2004.

Resultados: Distribución por sexo Mujeres: 71,43%; Hombres: 28,57%. Edad promedio: $40,02 \pm 1,01$ años (Mujeres: $38 \pm 15,6$; Hombres: $45,07 \pm 14,17$). En el 97,96% se resolvió la patología biliar en la misma hospitalización. Estadía preoperatoria: $11,1 \pm 6,68$ días. Estadía Postoperatoria: $3,55 \pm 2,71$ días. Técnica utilizada: Abierta:

59,18%; Laparoscópica: 40,82%, Conversión 15% (Anatomía inespecífica: 66,6%, Adherencias: 33,3%). Se realizó CIO en un 67,3% de los casos (Normal: 75%; Vía Biliar dilatada 9,4%; Coledocolitiasis: 15,6%). Tiempo quirúrgico: Abierta: 81,96 min.; Laparoscópica: 90,26 min. Complicaciones postalta: 8,16% (Coledocolitiasis residual: 4,08%; Pseudoquiste: 2,04%; Pancreatitis Aguda por Coledocolitiasis residual: 2,04%).

Discusión: La mayor proporción de mujeres con Pancreatitis Aguda biliar que es concordante con la prevalencia de patología biliar en este grupo. Existe un 15,6% de Coledocolitiasis diagnosticada por CIO y un 6,12% de Coledocolitiasis residual. En general los tiempos son similares a los recomendados en la literatura mundial, no describiéndose, en este grupo, lesiones de vía biliar en intraoperatorio.

PANCREATECTOMIA DISTAL

Drs. *Jean Michel Butte B., Fernando Millard S., Roberto Cabrera T., Javiera Torres M., Nicolás Jarufe C., Luis Ibáñez A., Ignacio Duarte G., Álvaro Zúñiga D., Sergio Guzmán B., Osvaldo Llanos L.*

(Departamentos de Cirugía Digestiva, División de Cirugía y Anatomía Patológica. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: Las pancreatectomías a la izquierda del eje mesentérico portal, se conocen como pancreatectomías distales y se realizan en un relativo bajo porcentaje de enfermos.

Objetivos: Evaluar las indicaciones, los resultados quirúrgicos y la sobrevida de los pacientes sometidos a una pancreatectomía distal.

Material y Método: Se analizó los registros clínicos de los pacientes operados entre 1980 y 2005 en el Hospital de la Universidad Católica de Chile con una pancreatectomía distal. En cada enfermo se consignó las características clínicas, quirúrgicas, anatomopatológicas y postoperatorias. Las curvas de sobrevida se obtuvieron con el método de Kaplan-Meier y las diferencias comparadas con el test de log-Rank.

Resultados: Se operaron 38 pacientes, 9 hombres y 29 mujeres con una edad de $52,9 \pm 5$ años. El diagnóstico se realizó por ecografía en 7 pacientes y en 31 además se practicó una tomografía computada o resonancia de abdomen y pelvis. La indicación quirúrgica fue la presencia de un tumor quístico en 24 pacientes y un tumor sólido en 14 pacientes. Se observó una o más complicaciones postoperatorias en 10 (26,3%) pacientes. La más frecuente fue la fístula pancreática en 5 (13,5%)

enfermos. Otras complicaciones fueron: sepsis en 3, infección del catéter central en 3, neumonía en 2, colección intraabdominal en 2, infección de la herida en 2, trombosis venosa profunda en 1 y tromboembolismo pulmonar en otro. Fue necesario reoperar a 4 (10,5%) enfermos. Un enfermo (2,6%) falleció por sepsis de origen abdominal. El estudio anatomopatológico demostró en los tumores quísticos: 14 cistoadenomas mucinosos, 3 cistoadenomas serosos, 2 tumores pseudopapilares y 1 quiste hidatídico pancreático y en los tumores sólidos: 8 adenocarcinomas, 3 tumores endocrinos, 2 pancreatitis crónica, 2 fibroadenomas, 1 sarcoma, 1 schwannoma y 1 papiloma.) El seguimiento promedio de todos los enfermos es de 48,5 meses. La sobrevida a 5 años de todos los pacientes es de 78,9%. En los casos tratados por una causa benigna de 100% y de 20% cuando la causa fue maligna ($p < 0,0001$).

Conclusiones: En esta serie se puede observar que las pancreatectomías distales se realizan preferentemente por una enfermedad benigna. La morbimortalidad fue baja. La naturaleza de la lesión que es el factor determinante en la sobrevida, se obtiene con certeza sólo después del estudio histológico definitivo.

PANCREATODUODENECTOMIA: INDICACIONES Y SOBREVIDA

Drs. *Jean Michel Butte B., Roberto Cabrera T., Fernando Millard S., Javiera Torres M., Nicolás Jarufe C., Alvaro Zúñiga D., Fernando Crovari E., Gustavo Pérez B., Luis Ibáñez A., Sergio Guzmán B., Ignacio Duarte G., Osvaldo Llanos L.*

(Departamentos de Cirugía Digestiva, División de Cirugía y Anatomía Patológica. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: La pancreatoduodenectomía (PDD) es el tratamiento de elección para los tumores periampulares.

Objetivos: Evaluar las indicaciones quirúrgicas, la morbimortalidad operatoria y la sobrevida de los pacientes sometidos a una PDD.

Material y Método: Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes sometidos a una PDD entre los años 1975 y 2005 en el Hospital de la Universidad Católica. En cada paciente se analizó las características clínicas, de laboratorio, imagenológicas, quirúrgicas, anatomopatológicas y la sobrevida. Las curvas de sobrevida se obtuvieron con el método de Kaplan-Meier y las diferencias comparadas con el método de log-rank.

Resultados: Se operaron 104 pacientes, 50 hombres y 54 mujeres con una edad de $56,5 \pm 14,1$ años. La indicación quirúrgica principal fue la sospecha de cáncer en 97 enfermos. La mortalidad operatoria fue de 5,8% (6 enfermos), secundaria a sepsis asociada a filtración de la anastomosis pancreática en 5 enfermos e infarto al miocardio en otro. Se presentaron complicaciones postoperatorias en 39 (37,5%) enfermos: Sepsis en 11 (10,6%), fístula pancreática en 10 (9,6%), infección de la herida en 7 (6,7%), hemorragia digestiva en 6 (5,8%), fístula biliar en 3 (2,9%), hemoperitoneo en 3 (2,9%) y otras en 15 (14,4%). La anatomía patológica demostró un adenocarcinoma en 86 enfermos (60 de la cabeza del páncreas, 18 de la ampolla de Vater, 6 del colédoco distal y 2 del duodeno), un cáncer epinocelular del páncreas, seis tumores quísticos del páncreas (5 benignos y 1 maligno), seis pancreatitis crónicas, cuatro lesiones benignas del páncreas y un tumor endocrino del páncreas. El seguimiento promedio es de 30 meses. La supervivencia actuarial a 5 años de todos los enfermos es de 35,2%, la de los enfermos con lesiones benignas de 58,9%, con cáncer de páncreas de 30,2% y con cáncer de ampolla de Vater de 35%. La supervivencia a 3 años de los enfermos con cáncer de colédoco fue de 16,7%.

Conclusiones: En esta serie la principal indicación para una pancreatoduodenectomía fue la sospecha de cáncer, sin embargo, en 15 (14,4%) enfermos el diagnóstico final fue benigno. La sepsis asociada a la fístula pancreática fue la principal causa de mortalidad. Los tumores de la cabeza pancreática fueron los más frecuentes y los de colédoco los de menor supervivencia.

DETERMINACIÓN ENDOSCÓPICA DE MICROLITIASIS COMO ETIOLOGÍA DE CUADROS AGUDOS BILIOPANCREÁTICOS EN PACIENTES CON ESTUDIO DE IMÁGENES NEGATIVO PRE CPRE

Drs. G. Hein, X. de Aretxabala, M. Lavín, E. Pérez, G. Fasce, J.I. Fernández. Int. G. Mordojovic, H. Santana

(Servicio de Cirugía Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile y Universidad de Valparaíso)

Introducción: El diagnóstico de coledocolitiasis con técnicas actualmente disponibles de apoyo clínico, de laboratorio e imagenológico, progresivamente han logrado detectar a un grupo de pacientes que antes de la ecografía, tomografía computada y resonancia nuclear magnética, eran clasificados

como libres de litiasis o como cuadros idiopáticos en casos de pancreatitis aguda. La endosonografía ha podido detectar muchos de estos casos de colecisto o coledocolitiasis a cálculos pequeños, entre 1 a 5 mm, pero corresponde a un examen no habitualmente disponible y con una larga curva de aprendizaje para los especialistas dedicados a esa técnica. En nuestro centro hemos seguido la conducta de realizar papilotomía endoscópica durante colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) en los casos con fuerte sospecha clínica y de laboratorio de coledocolitiasis, con contraste de vía biliar negativo durante CPRE y en varios casos hemos encontrado microlitiasis de colédoco durante la exploración endoscópica postpapilotomía.

Objetivo: Demostrar que el diagnóstico endoscópico post papilotomía constituye un método de certificación del origen litiásico de múltiples cuadros sin diagnóstico etiológico según las técnicas de imágenes habitualmente disponibles en la mayoría de los centros nacionales, en pacientes con alta sospecha clínica y de laboratorio preoperatorio.

Material y Método: Se registró el total de procedimientos de CPRE terapéutica desde enero de 2001 hasta agosto de 2005, indicada en cuadros biliares o pancreáticos agudos. En los casos en que no se encontró lesión de origen tumoral o coledocolitiasis evidente a la colangiografía retrógrada, se practicó papilotomía endoscópica cuando la sospecha diagnóstica de litiasis obstructiva era muy alta desde el punto de vista clínico y de laboratorio.

Resultados: Se realizaron un total de 647 CPRE con diagnóstico preoperatorio de ictericia obstructiva, coledocolitiasis, colangitis o pancreatitis aguda biliar. Se encontró patología tumoral o litiásica evidente en 575 pacientes (88,87%) que fueron tratados según protocolo por diagnóstico. En 3 pacientes (0,46%) se practicó papilotomía por disfunción de esfínter de Oddi. No se logró canulación selectiva de vía biliar en 11 pacientes (1,7%). No se encontró patología evidente en 58 (8,96%) pacientes con alta sospecha clínica de coledocolitiasis, a los que se les practicó papilotomía endoscópica, observando en este grupo salida de microcálculos hacia duodeno en forma espontánea o postcoledocolitiasis con solución fisiológica.

Conclusiones: Se demuestra en el presente trabajo, que en un porcentaje significativo de pacientes con alta sospecha clínica y de laboratorio, los cuadros de patología biliopancreática se originan en microlitiasis de vía biliar, no pesquisada con los métodos de imágenes de diagnóstico habituales y en este grupo estaría indicada la papilotomía endoscópica.

UTILIDAD DE LA LUMBOTOMÍA (POR VÍA EXTRAPERITONEAL) Y DRENAJE PERCUTÁNEO EN EL MANEJO DE LA NECROSIS PANCREÁTICA INFECTADA EN PANCREATITIS AGUDA GRAVE

Drs. F. Catán, J. Pilasí, C. Farías, L. Fabrega, F. Millán, J. Ormazabal, M. Dib, M. Uribe
(Servicio de Cirugía, Hospital del Salvador. Departamento Cirugía Oriente Universidad de Chile)

Introducción: La pancreatitis aguda es una patología frecuente en nuestro país. Se asocia habitualmente a coledolitiasis. La evolución de la pancreatitis necrótica es compleja, con hospitalizaciones prolongadas en intensivo lo que demanda gran cantidad de recursos.

Objetivo: Analizar la utilidad de la lumbotomía y drenajes percutáneos en el manejo de la necrosis infectada en pancreatitis aguda grave. Evaluando sus resultados y complicaciones.

Pacientes y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes con necrosis infectada evaluados por el equipo de cirugía hepatobiliar del Hospital Salvador entre enero del 2001 y diciembre del 2004. Se consignó datos demográficos, evolución clínica, etiología, gérmenes, antibióticos usados, tratamientos realizados, complicaciones. Los datos fueron analizados con EpiInfo 2002.

Resultados: en el período analizado se trató 25 pacientes con necrosis pancreática infectada. De ellos 15 eran hombres y 10 mujeres, la edad promedio fue de $50,1 \pm 10,2$ años, con estadía promedio de 74,9 días; la etiología biliar fue la más frecuente; los gérmenes aislados en más ocasiones fueron: *S. Aureus*, *Acinetobacter* y *E. coli*; los antibióticos más usados fueron: Metronidazol, Imipenem, Amikacina y Vancomicina. Un 40% requirió antifúngicos. Para el manejo de los pacientes se utilizó drenajes percutáneos en 48%, pero en todos los casos se requirió lumbotomía para el tratamiento definitivo. Los pacientes sometidos a lumbotomía requirieron un promedio de 2 aseos quirúrgicos. Las complicaciones detectadas fueron hemorragia en un caso que se maneja con packing y 5 fístulas colónicas de bajo flujo con cierre espontáneo 2 en relación a drenajes y 3 a lumbotomía. 5 (20%) de los 25 pacientes fallecieron.

Comentario: El drenaje por vía extraperitoneal es un método seguro, con pocas complicaciones. El uso de drenajes percutáneos no es útil como método único de tratamiento de las necrosis infectada. Pero fue útil para mejorar las condiciones del paciente antes de llevarlo a cirugía.

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN PANCREATITIS AGUDA GRAVE. EXPERIENCIA HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE DE VIÑA DEL MAR, 2001-2004

Drs. L. Muñoz¹, R. Ahumada², C. Moral³, J.F. Moreno⁴, G. Llewelyn¹

(¹Becados Cirugía General del Adulto Hospital Gustavo Fricke, Universidad de Valparaíso. ²Infectólogo-Intensivista, Hospital Gustavo Fricke. ³Médico en pasantía en Servicio de Anestesiología Hospital Gustavo Fricke. ⁴Interno de Medicina Universidad de Valparaíso)

Las complicaciones sépticas de la pancreatitis aguda grave (PAG), son la principal causa de mortalidad en esta patología. Si bien la profilaxis antibiótica en las PAG es una conducta generalizada hoy en día, no existe evidencia concluyente respecto a su utilidad, mejor esquema y efectos adversos, por lo que sigue siendo un tema controversial. Se revisan retrospectivamente las fichas clínicas de los pacientes egresados del Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, con diagnóstico de Pancreatitis Aguda, con el fin de evaluar los resultados de la profilaxis antibiótica en las PAG en términos de esquemas utilizados, momento de inicio, duración, complicaciones sépticas, duración de la hospitalización y mortalidad. Se analizaron 183 fichas. La edad promedio de los pacientes fue de 51,5 (DS: 16,7), siendo 50,3% de sexo femenino. La etiología más frecuente fue la biliar. Un 42,6% de los pacientes correspondieron a PAG. De estos un 75% recibió profilaxis antibiótica. De ellos el 74,1% recibió el esquema Cefotaxima 1 g c/8 horas, Metronidazol 750 mg c/12 horas y el 12,8%, Ciprofloxacino 200 mg c/12 horas, Metronidazol 750 mg c/12 horas, ambos vía endovenosa. El 25% que no recibió profilaxis, falleció o presentó una complicación séptica precozmente (antes de los 7 días) o el diagnóstico de PAG por TAC fue tardío y la evolución había sido favorable. Un 34,6% de los pacientes que recibieron profilaxis, presentó alguna complicación séptica. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos esquemas, pero sí en cuanto al momento de inicio de la profilaxis, siendo menor la incidencia de infección cuando se comenzó dentro de los 3 primeros días de evolución (OR: 0,3 IC: 0,09-0,099; p=0,048). La duración de la profilaxis fue de 15 días (DS: 8,3). Los procedimientos quirúrgicos abdominales no fueron una determinante para la producción de complicaciones sépticas (OR: 0,98 IC: 0,34-2,69; p=0,85). La mortalidad general fue de 15,9%; 0% para pancreatitis leve, 37,2% para la grave y 57,7% en caso de complicaciones sépticas. Si bien esta

serie muestra, una tasa de complicaciones sépticas elevada en pacientes con profilaxis respecto a lo publicado internacionalmente, el hecho de que la precocidad de instauración tuviera una influencia favorable, sugiere que puede ser útil. Además, se encontró una influencia de las complicaciones sépticas en la mortalidad global es menor que en la literatura. Se concluye que la profilaxis antibiótica debe seguir siendo evaluada en cuanto a sus esquemas y resultados en nuestro medio.

LA COLANGIOGRAFÍA ENDOSCÓPICA COMO PROCEDIMIENTO RUTINARIO EN PATOLOGÍA BILIOPANCREÁTICA. REVISIÓN DE 2933 PROCEDIMIENTOS

Drs. *Luis Montero, P. Rebolledo, P. Lobos*
(Servicio de Cirugía, Hospital San José, SSMN, Santiago, Chile)

Introducción: Con el advenimiento de la cirugía laparoscópica vesicular las técnicas de exploración de la vía biliar han tenido un desarrollo explosivo. Si bien la colangiografía endoscópica (CPEP) se inició a fines de la década de los '70, recién en los últimos 15 años se ha desarrollado como un procedimiento quirúrgico endoscópico seguro y efectivo. Es por esto que hemos realizado esta revisión en nuestro hospital, donde la CPEP se ha desarrollado por un período de 12 años y donde se pueden responder algunas preguntas. ¿La CPEP es un procedimiento seguro en nuestro medio hospitalario público? ¿Tiene resultados satisfactorios? ¿Puede llegar a ser un procedimiento rutinario en un servicio de Cirugía?

Material y Método: Se realizó una revisión de todas las CPEP efectuadas entre agosto de 1993 y julio de 2005 en el Hospital San José gracias a una

base de datos en Access (Microsoft) confeccionada especialmente para registrar estos procedimientos. Todas las CPEP se realizaron bajo sedación con Diazepam (entre 5 y 15 mg) y Buscapina (1 a 2 Amp.). Entre el año 1993 y 1997 se utilizó un duodenoscopio de fibra Olympus (JFI-T20) y a partir de 1998 videoduenoscopia (JF-130 y JF-V). Además todas se realizaron de acuerdo a las técnicas estandarizadas de CPEP. Se descartaron todos los procedimientos efectuados en otras instituciones. Se efectuaron seguimiento de 45 días como mínimo para las patologías benignas y de 120 días o más para las malignas.

Resultados: Se revisaron un total de 2933 CPEP en este período de los cuales 60 (2,04%) presentaron complicaciones atribuibles al procedimiento, 9 de ellas graves (0,3%). La más frecuente fue el sangramiento de la papilotomía con 29 casos (1%), el 80% controlado dentro del mismo procedimiento. Hubo 25 casos de (0,85%) de pancreatitis aguda, 4 de las cuales graves (0,14%). Perforaciones en 5 casos (0,17%) y 3 colangitis (0,1%). La mortalidad total asociada a los procedimientos fue de 5 pacientes (0,17%), 2 por perforación, 2 por pancreatitis y una por colangitis. El éxito de las CPEP fue en 2833 procedimientos (96,6%).

Conclusión: La revisión de las CPEP efectuadas en estos últimos 12 años en este hospital permite afirmar que este procedimiento es seguro de efectuar en nuestro medio hospitalario y con excelente resultado, siempre que se utilicen técnicas estandarizadas, además de un equipamiento mínimo y adecuado para CPEP. La mayoría de las complicaciones graves se dieron en los primeros 5 años lo que confirma que la curva de entrenamiento en CPEP es larga. Las cifras obtenidas están dentro de las encontradas en las últimas publicaciones internacionales e incluso mejores que algunas de ellas.

Seccional: MAMAS

SUBDIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO EN BIOPSIAS MAMARIAS PERCUTÁNEAS

Drs. C. Barriga, J. Camacho, M. Celis, I. Robles, F. Gaete, G. Sandoval, Matr. M. Aravena
(Hospital Luis Tisné, Universidad de Chile)

Objetivo: Evaluar la correlación histológica de lesiones mamarias sospechosas que fueron a biopsia core y luego a extirpación quirúrgica.

Material y Método: Se analizan en forma retrospectiva 75 lesiones mamarias sospechosas a las cuales se les realizó biopsias core bajo ecotomografía con aguja 14 G y luego cirugía, realizadas los años 2003 y 2004 en el Hospital Luis Tisné. Se analiza la indicación de la biopsia core, indicación de cirugía, los casos de subdiagnóstico histológico.

Resultados: Entre los años 2003 y 2004 se realizaron 147 biopsias percutáneas mamarias en el Hospital Luis Tisné. De estas 75 fueron a cirugía. La indicación de biopsia core fue: nódulo 62 casos (82,6%), distorsión de arquitectura 6 (8%), microcalcificaciones 7 (9,3%). La indicación de cirugía fue: cáncer 43 (57,3%), lesión papilar con atipia 1 (1,3%), tumor phyllodes 4 (5,3%), discordancia con las imágenes o muestra insuficiente 27 (36%).

En 7 pacientes (9,3%) hubo subdiagnóstico histológico al comparar la biopsia core con la biopsia quirúrgica. Una paciente con lesión papilar con atipia, la biopsia quirúrgica reveló carcinoma ductal infiltrante. Un carcinoma ductal *in situ* en que luego se encontró un carcinoma infiltrante, dos pacientes que en la biopsia core sólo se informó tejido mamario, una tenía un carcinoma ductal infiltrante y la otra un lobulillar infiltrante. Una biopsia core mostró un tumor phyllodes y en la quirúrgica se encontró un carcinoma ductal *in situ*. Una paciente con adenosis esclerosante en la primera y carcinoma infiltrante en la segunda. La última con fibrosis hialina estromal y carcinoma infiltrante en la segunda.

Conclusión: Las técnicas histológicas percutáneas en nuestro servicio, ha demostrado una

buena relación costo efectividad evitándose en esta revisión 70 cirugías, y de las 75 que si la requirieron encontramos sólo un subdiagnóstico del 9%, menos que lo reportado en la literatura. Esto último probablemente dado la indicación selectiva mayoritaria en nódulos (82,6%) y menos en otro tipo de lesiones como microcalcificaciones, además de la experticia obtenida por los radiólogos-mastólogos.

CÁNCER INFLAMATORIO DE MAMA EN HOSPITAL LUIS TISNÉ DESCRIPCIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA

Drs. M. Celis, C. Barriga, J. Camacho, I. Robles, F. Gaete, Matr. M. Aravena
(Hospital Luis Tisné Brousse, Universidad de Chile)

Introducción: Estudio retrospectivo y descriptivo del universo de pacientes con diagnóstico de cáncer inflamatorio de mama (CIM) en el Hospital Luis Tisné.

Material y Método: Se incluyeron todas las pacientes con este diagnóstico entre los años 2003-2005. Los datos fueron recopilados de la ficha clínica, registro de comité oncológicos, y la base de datos de anatomía patológica del hospital.

Resultados: Entre marzo de 2003 y mayo de 2005 (26 meses) hubo 12 pacientes con CIM que corresponde al 3,8% del total de cánceres de mama en nuestra unidad. La edad promedio es 57 años (mediana 55 años). Al examen en 5 de 12 pacientes no se logró palpar un nódulo mamario, a la palpación axilar 7 de 12 fueron positivos con masas de entre 2 y 9 cm. El 100% se confirmó con biopsia core o incisional. De estas 2 de 12 con émbolos neoplásicos en linfáticos subdérmicos. La histología fue de CA ductal infiltrante en todas con Grados Elston Ellis de II y III en 4 y 6 pacientes respectivamente. El estudio inicial de diseminación fue (+) en una de ellas. La totalidad de la muestra se trató con quimioterapia (QMT) neoadyuvante siendo esta 4

AC (10/12) y CMF (2/12), con una respuesta clínica parcial en un caso. Post QMT fueron sometidas a Mastectomía total extendida en 9 de 12, del resto 2 están en QT y una presentó progresión local. En las piezas operatorias no hubo respuestas histológicas completas, de las 7 pacientes con tumor palpable pre QMT sólo una con respuesta parcial. Los receptores E y/o P fueron (+) en 10 pacientes y una negativos. Se siguió tratamiento con QMT postoperatorio en 8 pacientes, 4 completaron luego su radioterapia. El seguimiento promedio fue 11 meses. Dos presentan falla local posradioterapia y recidiva sistémica en 4; tres fallecen por enfermedad.

Discusión: Nuestro reporte confirma lo publicado en cuanto a la agresividad de esta enfermedad, complementándose con los hechos histológicos de alto grado de indiferenciación y nula respuesta histológica al tratamiento QMT, además antes de 2 años ya fallaron 4/12 y tres fallecen por CIM.

OBESIDAD Y CÁNCER DE MAMA

Drs. *Nuvia Aliaga Molina, Karen Papapietro, Eitan Schwartz, María Mañana, Francisco Rodríguez, José Amat, Alna. Lorena Lara*

(Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile)

Introducción: El cáncer de mama es la segunda causa mortalidad por cáncer en chilenas. Hay mayor incidencia de cáncer mamario en obesas.

Objetivo: Definir características de grupo de pacientes con cáncer de mama y compararla con la variable obesidad.

Método: Estudio descriptivo, retrospectivo, de 56 fichas de pacientes (consecutivas), con diagnóstico cáncer de mama, operadas en el Departamento de Cirugía Hospital Clínico, Universidad de Chile.

Definimos obesidad: IMC (Peso/Talla²)= $o > 30$.

Resultados: De 56 pacientes con cáncer de mama, 17 (30,3%) eran obesas. IMC promedio: 31,7 (30-35) obesas; 24,4 (19-29) no obesas. Promedio edad: 59,5 (44-84); 53,4 (17-76) años respectivamente. Antecedentes familiares cáncer: 17,6% obesas; 10,2% no obesas, 58,8% obesas consultaron por nódulo palpable y aumento de volumen vs 61,5% en no obesas. El resto consulta por "mamografía alterada". Examen físico: masa palpable 70,5% en obesas; 74,3% no obesas. Histología: Mayormente carcinoma ductal infiltrante (76,4% obesas; 53,8% no obesas). Cirugía más utilizada: mastectomía parcial más disección axilar y/o linfonodo centinela (sin diferencias), 66% recibió tratamiento adyuvante. Receptores estrógeno (+): 68%.

Discusión: La obesidad ha sido mencionado largamente en literatura internacional como factor riesgo en cáncer mama; los trabajos no son concluyentes. La incidencia de ambas patologías ha aumentado. La obesidad es un factor de riesgo controlable.

Encontrar una relación directa entre cáncer de mama y obesidad ayudaría en la prevención del cáncer. En nuestra muestra no encontramos diferencias significativas entre obesas y no obesas; la muestra es pequeña para sacar conclusiones definitivas. Más estudios serán necesarios para definir si existe una relación entre cáncer y obesidad.

Conclusión: En nuestra casuística un 30% de las pacientes con cáncer de mama tenían obesidad al diagnóstico. No existen diferencias entre el grupo obesas vs no obesas. Es necesario desarrollar un trabajo prospectivo para buscar significancia estadística con un "n" mayor.

BIOPSIA RADIOQUIRÚRGICA DE MICROCALCIFICACIONES MAMARIAS: HALLAZGOS RADIOLÓGICOS Y ANATOMOPATOLÓGICOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Drs. *Nuvia Aliaga, María Mañana de T., Francisco Rodríguez, José Amat, Teresa Taub, Iván Gallegos M., Int. Daniela Pesce B.*

(Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile)

Introducción: La mamografía es la técnica más usada en detección de patología mamaria, incluyendo las microcalcificaciones. La confirmación histológica se hace a través de una biopsia radioquirúrgica o esterotáxica.

Objetivo: Presentar la experiencia del Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile en pacientes sometidas a biopsia radioquirúrgica, años 2000 a 2004.

Material y Método: Se revisaron 21 fichas de pacientes sometidas a cirugía por microcalcificaciones mamarias sospechosas en nuestro departamento entre 2000 y 2004. Análisis de informe radiológico, clasificación BIRADS, tipo de cirugía y resultados de biopsias.

Resultados: 21 pacientes fueron sometidas a biopsia radioquirúrgica entre 2000 y 2004 por microcalcificaciones sospechosas; 19 catalogadas como BIRADS 4; 2 como BIRADS 5. Las microcalcificaciones fueron marcadas con alambre guía bajo rayos para su ubicación, previo precirugía.

Cirugía: Se practicaron 21 mastectomías parciales. Tuvimos 100% correlación radioanatomoquirúrgica. No hubo complicaciones derivadas del procedimiento. Biopsias: patología benigna, 15 pacientes; maligna en 6, (4 carcinomas ductales *in situ*, 1 microinfiltrante, 1 ductal infiltrante).

Discusión: El método de elección para el diagnóstico de microcalcificaciones sospechosas es, actualmente, la biopsia esterotáxica. La biopsia "radioquirúrgica" es una alternativa que sigue siendo efectiva en manos expertas, casos seleccionados o donde no exista la posibilidad de una biopsia esterotáxica. El trabajo en equipo (cirujanos, radiólogos y patólogos), es fundamental para el éxito del procedimiento. En nuestro grupo tuvimos 100% correlación radioanatomoquirúrgica. No hubo complicaciones derivadas del procedimiento, (tanto radiológico como quirúrgico). Encontramos mayor porcentaje de patología benigna vs maligna. Si bien la muestra es pequeña nuestros resultados se correlacionan con trabajos internacionales.

Resultados: La cirugía por microcalcificaciones mamarias sigue teniendo indicaciones precisas y en manos expertas tiene pocas complicaciones; el trabajo en equipo es fundamental para el éxito del procedimiento; los resultados concuerdan con lo publicado internacionalmente.

CÁNCER DE MAMA COMPORTAMIENTO DE PACIENTES OPERADOS A 5 AÑOS

Drs. A. Hasbun, J.I. Calderón, V. Peña, F. Panussis, A. Cruz, Internos R. Capona, M.G. Schonfeldt, K. Tirado

(Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: El cáncer de mama ha ido incrementando su importancia en nuestro país, alcanzando 4999 egresos hospitalarios durante el 2004 según estadísticas del Ministerio de Salud, por lo que, desde el año 1999 se han realizado dos consensos nacionales, convirtiéndose además en patología AUGE.

Objetivo: El objetivo del presente es observar el comportamiento de las pacientes con diagnóstico de Cáncer de Mama durante cinco años posterior a su cirugía.

Material y Método: Se revisaron los antecedentes de 79 pacientes con diagnóstico de Cáncer de mama ente el 1º julio 1999 y 31º julio 2005 de la Unidad de Patología de Mama Hospital Barros Luco-Trudeau, considerando edad al diagnóstico, tipo histológico, etapificación (TNM), tipo de cirugía,

meses de supervivencia al diagnóstico y tratamiento coadyuvante. Los datos serán expresados en promedio \pm desviación estándar y frecuencia, se utilizó programa Excel, y el programa Medcalc para calcular la curva de supervivencia Kaplan Meier.

Resultados: El 100% fueron pacientes mujeres, el promedio de edad fue de 58 ± 15 años, la frecuencia según la etapificación fue etapa I 5 pacientes (7,5%), IIa: 17 (21,5%), IIb: 19 (24%), IIIa: 13 (16,5%), IIIb: 20 (25,3%), IV: 3 (3,79%) y 1 no etapificado (1,26%), con una supervivencia de 72 meses para las etapas I - IIb, 48,5 meses etapa IIIa, 68 meses IIIb y 23 meses IV.

Conclusión: Los datos observados muestran que la edad promedio de diagnóstico es tardía y que este se realiza principalmente en etapas intermedias, que la supervivencia disminuye francamente en etapas tardías, pero esta es superior a lo descrito en algunas series internacionales. Lo anterior implica reforzar nuestros esfuerzos para realizar un diagnóstico precoz.

CÁNCER DUCTAL IN SITU DE LA MAMA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Drs. P. Montero¹, A. Lesón¹, F. Ayala¹, M. Camus¹, C. Albornoz¹, E. Schwartz¹, I. Goñi¹, R. Claure¹, D. Oddó², P. Besa³, M. Bustos³, D. Razmilic⁴, M.E. Navarro⁴

(¹Sección de Cirugía Oncológica, División de Cirugía; ²Departamento de Anatomía Patológica. ³Servicio de Radioterapia. ⁴Departamento de Radiología, Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: El carcinoma ductal *in situ* (CDIS) es una enfermedad curable, susceptible de ser tratada con cirugía conservadora y radioterapia coadyuvante en la mayoría de los casos, logrando bajas tasas de recurrencia local. El objetivo de este trabajo es evaluar los resultados del tratamiento del CDIS en nuestra institución en los últimos 14 años.

Método: Se realizó una revisión retrospectiva de las fichas clínicas de todas las pacientes con diagnóstico de CDIS de mama tratadas y seguidas en nuestra institución desde 1991 al 2004. Se analizó: motivo de consulta, tratamiento, anatomía patológica y seguimiento.

Resultados: La serie incluye 113 pacientes consecutivos tratados por CDIS. Se compone de 112 mujeres y 1 hombre. La mediana de edad fue de 54 (27-91) años. Se presentó como hallazgo mamográfico en 77 casos (79%). En 20% de las pacientes se hizo el diagnóstico preoperatorio por biopsia percutánea. Las pacientes fueron operadas en más

de una oportunidad en el 41% de los casos. En 77 casos (69%) se trató con mastectomía parcial (MP) y radioterapia, 15 pacientes (13%) fueron tratados solamente con MP y 21 casos (18%) solo con mastectomía total (MT). De las 92 pacientes (81%) que fueron sometidas a tratamiento conservador, fue necesario ampliar el margen en 28 (30%), de las cuales en 13 (46%) se encontró tumor residual. La mediana de seguimiento es de 42 (5-120 meses), con un caso de recidiva local a los 87 meses que se trató con MT hace 2 años.

Conclusión: Esta serie demuestra con una mediana de seguimiento de 42 meses que el CDIS es susceptible de ser tratado en la mayoría de los casos en forma conservadora con cirugía y radioterapia. Probablemente dado que el tiempo de seguimiento aún es corto la tasa de recidiva local es inferior a las reportadas en la literatura.

CONDUCTA QUIRÚRGICA FRENTE AL HALLAZGO DE METÁSTASIS AXILARES DE CÁNCER DE MAMA EN EL LINFONODO CENTINELA: ¿ES RECOMENDABLE REALIZAR SIEMPRE DISECCIÓN AXILAR?

Drs. *M. Camus, P. Cabello, M. Carmona, A. León, I. Goñi, R. Claure, H. González, V. Mariani, F. Ayala, D. Oddó, C. Escobar, J.C. Quintana y P. Orellana* (Sección de Oncología de la División de Cirugía, Departamento de Anatomía Patológica y Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Clínico, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: La técnica de biopsia del linfonodo centinela (LC) en cáncer de mama ha sido validada en nuestro centro. Siguiendo la tendencia mundial, a partir del año 2003, hemos dejado de hacer rutinariamente la disección axilar (DA), en axilas clínicamente negativas, cuando el LC no presenta metástasis. Por el contrario, el hallazgo de metástasis en el LC, ha sido indicación de DA. La técnica del LC ha aumentado la detección de micrometástasis, cuya relevancia clínica es incierta. El objetivo de este trabajo es conocer la frecuencia de metástasis axilares de cáncer de mama en linfonodos no centinelas (LNC), de acuerdo al tamaño de la metástasis en el LC, para definir una conducta quirúrgica frente al hallazgo de micrometástasis.

Material y Método: Desde mayo de 1999 hasta agosto de 2005 hemos incluido en un estudio para detección de linfonodo centinela a 201 pacientes portadoras de cáncer de mama en etapas I y II, con axila clínicamente negativa. La técnica empleada fue con tinta azul (Patent blue al 1%) en 98 casos

(49%) y técnica mixta (tinta azul + linfocintigrafía + sonda radiodetectora, con inyección previa de linfast marcado con tecnecio-99m, en 103 casos (51%). Se seleccionaron los casos que presentaron metástasis en el LC, los que se separaron en: macrometástasis (>2 mm), micrometástasis (\leq 2 mm y >0,2 mm) y células tumorales aisladas o submicrometástasis (\leq 0,2 mm), de acuerdo con la última clasificación TNM. El LC se estudió con cortes seriados, en varios niveles, con tinción de hematoxilina y eosina (H&E) e inmunohistoquímica (IHQ) para pancitoqueratinas.

Resultados: Se logró identificar el LC en 191 de 201 casos (95%). Se detectaron metástasis en 58 de los 191 casos (30,4%) en que se logró detectar el LC. En 3 casos con micrometástasis en el LC, no se realizó disección axilar. En los 55 casos en que se realizó disección axilar, se encontraron otras metástasis en los LNC en 31 casos (56%). De acuerdo con el tamaño de la metástasis en el LC, la frecuencia de otras metástasis en los LNC fue la siguiente: macrometástasis: (23/38)= 61%, micrometástasis (6/9)= 67%, submicrometástasis (2/80)= 25%.

Conclusiones: El hallazgo frecuente de otras metástasis adicionales en los LNC hace aún recomendable la realización de DA cuando hay metástasis de cualquier tamaño en el LC.

MASTITIS GRANULOMATOSA LOBULILLAR: MANEJO QUIRÚRGICO Y SEGUIMIENTO DE 17 CASOS

Drs. *M. Camus, F. Ayala, S. Mundnich, A. León, I. Goñi, D. Oddó, P. Cabello, M. Carmona* (Sección de Oncología de la División de Cirugía y Departamento de Anatomía Patológica, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: La mastitis granulomatosa lobulillar (MGL) es una enfermedad inflamatoria infrecuente y benigna de la mama, que puede confundirse con un cáncer. La etiología es desconocida, pero posiblemente asociada con un agente bacteriano. La MGL puede seguir un curso crónico, con episodios de recidivas que plantean un desafío para el cirujano. El objetivo de este trabajo es analizar el manejo quirúrgico y la evolución clínica de 17 casos de MGL, para definir el rol de la cirugía en esta compleja enfermedad.

Métodos: Estudio retrospectivo de 17 casos de MGL, diagnosticados por biopsia y tratados en nuestra institución, entre septiembre de 1994 y julio de 2005. Se revisaron las historias clínicas y el

manejo quirúrgico. Las biopsias se analizaron con técnica histoquímicas especiales para microorganismos (Gram, PAS, Giemsa, Gomori-Grocott, Ziehl-Neelsen, Kinyoun y Warthin-Starry).

Resultados: Se trataron 17 pacientes con MGL. La mediana de edad fue de 34 años (rango 21-59). La presentación clínica más frecuente fue una masa mamaria, sensible unilateral en 16 casos (94%) con un tamaño promedio de 4,2 cm. La principal hipótesis diagnóstica inicial fue cáncer en 9 pacientes (53%) y un proceso inflamatorio tipo mastitis en 8 casos (47%). Trece pacientes recibieron inicialmente, tratamiento antibiótico. Todas las pacientes tuvieron confirmación histológica de MGL y en 5 casos (29%) se encontraron bacilos gram (+) coryneformes lipofílicos en los granulomas supurados. El tratamiento quirúrgico definitivo consistió en resección total de la lesión en 9 casos, drenaje y biopsia incisional en 5 y biopsia con aguja core y observación en 3 casos. Trece pacientes presentaron algún tipo de recidiva, con un promedio de 1,7 veces por paciente (rango 0-3). En 5 pacientes que recidivaron, se usaron corticoides y posteriormente, 3 de ellas requirieron cirugía con resección completa de la lesión.

Conclusiones: La presentación clínica de la MGL, frecuentemente hace plantear el diagnóstico diferencial con un cáncer. El diagnóstico de MGL requiere de biopsia y el hallazgo de bacilos coryneformes lipofílicos, sugieren un origen infeccioso. Las recidivas son frecuentes y el tratamiento médico conservador con antibióticos y corticoides, la mayoría de las veces no es suficiente. La cirugía con resección completa de la lesión tiene un rol importante en el manejo de la MGL, pero debe tenerse en cuenta el tamaño de la lesión, considerando las posibles repercusiones estéticas.

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA Y RADIOTERAPIA. EXPERIENCIA DE CLÍNICA ALEMANA

Drs. K. Goset, G. Schwember, E. Cunill, J. Camacho, A. Córdova
(Clínica Alemana de Santiago)

Introducción: En el cáncer de mama la mastectomía radical modificada es una de las opciones terapéuticas iniciales, también se utiliza como rescate en caso de recidiva local después de un tratamiento conservador. La cirugía reconstructiva mamaria se considera actualmente como parte del tratamiento integral del cáncer de mama. La radioterapia tiene un rol importante, tanto en sobrevida global como en sobrevida libre de enfermedad, en

pacientes de alto riesgo sometidas a mastectomía radical. Esto nos ha llevado a enfrentar cada vez más pacientes sometidas a una reconstrucción mamaria y luego a radioterapia o vice-versa. El objetivo de este trabajo es mostrar nuestra experiencia a este respecto.

Material y Método: Entre los años 2000 y 2005 se realizaron 76 reconstrucciones mamarias en pacientes portadoras de cáncer de mama, 28 de ellas recibieron además radioterapia, la dosis fue de 50 Gy en fracciones diarias de 2 Gy.

La mediana de edad en el grupo irradiado es de 44,5 años. La distribución de paciente en este grupo es la siguiente: TRAM: 60% (17), Dorsal ancho: 28,5% (8), Implante: 7% (2), con 78,5% (22) reconstrucciones inmediatas. En el grupo sin radioterapia la mediana de edad fue de 44,2 años y la distribución de pacientes: TRAM: 68,5% (33), Dorsal ancho: 25% (12), Implante: 6,2% (3) con 85% (41) reconstrucciones inmediatas.

Resultados: Se analizaron los resultados cosméticos y las complicaciones (seroma, necrosis de piel, necrosis grasa, infección y exposición del implante) en ambos grupos con una mediana de seguimiento de 31 y 21 meses respectivamente.

Conclusiones: Las complicaciones fueron mayores en el grupo irradiado, 35% versus 10,4%, lo que coincide con lo reportado en la literatura.

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA INMEDIATA POSTMASTECTOMÍA CON DIVERSAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

Drs. G. Schwember; S. Bühler; J. Camacho, L. Castro, E. Cunill, J. Puga, E. Roman, H. Roco, H. Rojas, R. Rossi, E. Weinstein, Al. S. Giacaman
(Clínica Alemana de Santiago)

Introducción: La reconstrucción mamaria se ha transformado en los últimos veinticinco años en un procedimiento quirúrgico de creciente importancia, pasando a ser en muchos centros clínicos de una cirugía de características poco predecibles y arriesgada a un procedimiento que forma parte del tratamiento integral de la mujer que tiene un cáncer de mama.

Material y Método: En un período de seis años (1999-2005) hemos efectuado 64 reconstrucciones inmediatas en forma consecutiva.

Las técnicas quirúrgicas empleadas fueron: 1. Colgajo miocutáneo transversal de recto abdominal (CMTRA) monopediculado. 2. CMTRA bipediculado. 3. CMTRA monopediculado con refuerzo

vascular microquirúrgico. 4. CMTRA monopediculado más implante de silicona con cubierta de poliuretano. 5. Colgajo de músculo dorsal ancho con o sin isla de piel más un implante de silicona con cubierta de poliuretano. 6. Implante de silicona con cubierta de poliuretano.

Los resultados obtenidos fueron clasificados en dos aspectos, el quirúrgico y el morfológico o estético. Los resultados quirúrgicos son buenos, con complicaciones dentro de los promedios publicados en la literatura internacional. Complicaciones graves fue la pérdida completa de la reconstrucción mamaria por infección y extrusión del implante de silicona. Complicaciones menos graves consideramos las necrosis parciales, seroma, necrosis de la piel de la mastectomía, esteatonecrosis, hernia incisional.

En los resultados morfológicos empleamos una escala de cuatro grados: Malo, regular, bueno y excelente, se consideró la opinión de la paciente y el cirujano, evaluando las fotografías pre y postoperatorias. Concluimos que la reconstrucción mamaria inmediata es una alternativa que debe ser considerada como parte del tratamiento para muchas pacientes que serán sometidos a mastectomía, dado que sus resultados son en gran parte predecibles en la parte funcional y estética. Por otra parte, constatamos que el porcentaje de complicaciones importantes es bajo y se encuentra dentro de los promedios de las publicaciones especializadas.

USO DE LA RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA EN LA EVALUACIÓN PREOPERATORIA DEL CÁNCER DE MAMA

Drs. *Camacho J., Cunill E., Puga J., Rossi R., Horvath E., Wenzel H., Pinochet M.A., Roman E., Wainstein E., Bühler S., Rojas H., T.M.: Baldassare G. Als. Villalón C., Villalón I.*

(Clínica Alemana de Santiago y Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo)

Objetivo: Determinar si la RNM ayuda a establecer en forma más precisa la extensión de la enfermedad comparándola con la mamografía y ecografía.

Material y Método: Durante los años 2001 al 2004 se realizaron en nuestra institución 544 RNM de mama de las cuales 256 se solicitaron como etapificación preoperatoria. Se analizaron en forma retrospectiva las fichas de 123 pacientes con 129 cánceres de mama.

Resultados: La RNM fue concordante con los otros métodos de imágenes diagnósticos en 85 cánceres (65,9%). En 22 (17,1%) mostró mayor lesión que los otros exámenes (multicentricidad, multifocalidad o mayor extensión tumoral) y esto fue concordante con la anatomía patológica en 18 casos (14%). Los 4 casos restantes (3%) la RNM sobre-estimó la lesión. En 14 (10,9%) cánceres, 8 infiltrantes y 6 in situ no hubo captación del medio de contraste. En 8 (6,2%) casos la RNM mostró una captación difusa que invalidó su interpretación.

Conclusión: La RNM demostró un beneficio real al diagnóstico multifocalidad, multicentricidad o mayor extensión tumoral en 14% de los cánceres de mama, lo cual ayudó a planificar en forma más precisa el tipo de cirugía a realizar.

Seccional: ONCOLOGÍA-UROLOGÍA

CÁNCER GÁSTRICO LOCORREGIONALMENTE AVANZADO E IRRESECABLE. RADIOQUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE SEGUIDA DE CIRUGÍA RADICAL. ESTUDIO FASE II DEL INSTITUTO ONCOLÓGICO DE VIÑA DEL MAR, UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

Drs. *P. González, R. Díaz, O. Giannini, G. Rey, L. Schiappacasse*
(Instituto Oncológico de Viña del Mar, Universidad de Valparaíso)

Introducción: Radioquimioterapia adyuvante tiene un rol establecido en el tratamiento del cáncer gástrico avanzado y reseca. La enfermedad irreseca se enfrenta habitualmente solo con criterio paliativo. Sin embargo, el uso de radioquimioterapia neoadyuvante en enfermedad irreseca puede ofrecer alguna oportunidad de cura.

Objetivo: Evaluar la eficacia y toxicidad de un régimen de radioquimioterapia neoadyuvante en pacientes con cáncer gástrico avanzado, no diseminado inicialmente irreseca.

Metodología: En marzo de 1999, activamos un estudio prospectivo fase II de radioterapia preoperatoria: 46 Gy/23 fracciones con Cisplatino 40 mg/m² semanal concomitante. Cuatro a seis semanas después se programó laparotomía exploradora con intento de cirugía R0. Se planificó realizar el protocolo en 15 pacientes y análisis de resultados a los 6 meses desde el último paciente ingresado.

Resultados: Ingresaron 16 pacientes hasta enero del año 2005. La mediana de seguimiento fue de 44 meses (8-72 meses), 15 pacientes completaron su neoadyuvante. Se registró un caso de toxicidad hematológica grado 3 y un caso de toxicidad digestiva grado 4. Doce pacientes presentaron una respuesta clínica al menos parcial, 11 fueron sometidos a cirugía exploradora (uno rechazó la cirugía) y 7 tuvieron resección R0. Se obtuvo una respuesta patológica completa en 1 paciente. La mediana de

sobrevida fue de 7 meses y la tasa de supervivencia global a 24 meses de un 21%. Tres pacientes fallecieron en perioperatorio.

Conclusiones: La radioquimioterapia preoperatoria es un tratamiento tolerable pero no exento de complicaciones graves, permite reducción tumoral significativa y ofrece posibilidades de resección R0 y supervivencia a largo plazo a pacientes considerados inicialmente irreseca. La mortalidad operatoria es elevada.

EVALUACIÓN DEL ESTUDIO PRE Y POSTOPERATORIO EN EL CÁNCER DE TIROIDES

Drs. *O. Andrade W.¹, S. Mir C.¹, A. Ortiz¹, B. Koffman¹, M. Nicola S.¹, C. Díaz V.², P. Inostroza S.², C. Rivera R.², A. Pinto I.²*

¹Unidad de Cirugía Oncológica, Servicio y Departamento de Cirugía, Universidad de Chile, Campus Centro, Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA), Santiago, Chile.
²Interno de Medicina, Universidad de Chile)

El cáncer de tiroides constituye el 1% de los tumores malignos. De estos, aproximadamente el 80% son cánceres papilares, 12% folicular, 5% medular y 3% anaplásico. Con el objetivo de evaluar las características clínicas y anatomopatológicas, así como evaluar el estudio pre y postoperatorio para cáncer de tiroides en el HCSBA, entre enero de 2000 y diciembre de 2004, se revisan en forma retrospectiva las fichas de los pacientes intervenidos por patología tiroidea quirúrgica, en este período. Se excluyeron los operados por la unidad de pensionado. Se diseñó una base de datos con las variables a evaluar. Se realizó análisis con estadística descriptiva y analítica. De 160 intervenciones por patología tiroidea quirúrgica, 35 pacientes tenían cáncer (21,9%). Con edad promedio de 47 años (23-73 años), mayoría mujeres (91%). El tiempo de evolución hasta la hospitalización fue en pro-

medio de 27 meses (3-96 meses). Clínicamente se describió bocio nodular en 48,5%. La ecografía cervical fue sospechosa en 60%. El diagnóstico de ingreso más frecuente fue bocio uninodular sospechoso (65,5%). La intervención más frecuente fue tiroidectomía total (88,6%). La biopsia rápida fue positiva en 77% de los cánceres, con un valor predictivo positivo (VPP) de 96,4% y un valor predictivo negativo (VPN) de 93,8%. Tipo histológico más frecuente fue cáncer papilar 94,3%. Respecto al diagnóstico pre y postoperatorio, muestra VPP de 24,2% y VPN de 86,1%. Se complicaron diez pacientes, más frecuentes fue hipocalcemia transitoria (50%). La estadía fue de 6,9 días (3-15 días). No hay mortalidad en esta serie. Entonces, tres de cada cinco pacientes operados por patología tiroidea en el HCSBA tienen algún elemento sospechoso de cáncer, pero solo uno de cada cinco egresa con diagnóstico confirmado de cáncer. Esto sugiere que nuestra capacidad de diagnóstico preoperatorio debe mejorar su especificidad y valor predictivo positivo.

QUIMIOTERAPIA CON FOLFOX IV EN CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO

Drs. M. Garrido, G. Melgoza, H. Galindo, J. Madrid, C. Sánchez, M. Alvarez, E. Orellana
(Centro del Cáncer. Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: El cáncer gástrico representa la primera causa de muerte por cáncer en Chile. El 65% se presenta en forma avanzada y su sobrevida mediana sin cirugía es de 5,4 meses. Nuestra hipótesis es que el esquema de quimioterapia con FOLFOX IV es activo y con baja toxicidad en pacientes con cáncer gástrico avanzado. Los objetivos son evaluar la respuesta, toxicidad y sobrevida de pacientes con cáncer gástrico avanzado tratados con quimioterapia.

Pacientes y Métodos: Se incluyeron pacientes con adenocarcinoma gástrico, etapa IV, que recibieron quimioterapia con FOLFOX IV en algún momento de su evolución. Se analizó las características de los pacientes, la respuesta a la QMT, toxicidad y sobrevida global.

Resultados: Entre enero de 2001 y marzo 2005 se incluyeron 14 pacientes, con edad promedio de 52 años, 78% de sexo masculino. El 28% había sido inicialmente resecado con intención curativa. En primera línea el 43% recibió GOLFOX, 43% 5FU/LEU, 7% Taxotere/5FU/Cisplatino y el 7% FEC. En total se observó respuesta parcial (RP) en

el 43%, enfermedad estable (EE) en el 21% y progresión (P) en el 29%. De los 6 pacientes tratadas con FOLFOX en primera línea el 84% tenían RP y 16% tenía EE, 7 pacientes recibieron FOLFOX en segunda línea, con RP en 28%, EE en el 72%. El 50% de los pacientes presentó toxicidad con FOLFOX; siendo digestiva grado 1-2 en 2 pacientes, neurológica grado 1-2 en 4 pacientes y sólo 1 paciente presentó toxicidad neurológica grado 3. La mediana de sobrevida global fue de 20 meses.

Conclusión: La quimioterapia FOLFOX IV es un régimen activo y con baja toxicidad en cáncer gástrico avanzado.

CARCINOGENESIS DE LA VESÍCULA BILIAR: MODELO DE LA SECUENCIA DISPLASIA-CARCINOMA

Drs. I. Roa^{1,2}, X. de Aretxabala U.³, J. Araya O.¹, J. Roa S.¹, L. Burgos⁴ y S. Muñoz⁵

(¹Departamento de Anatomía Patológica. Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera. ²Departamento de Anatomía Patológica Clínica Alemana. ³Departamento de Cirugía Clínica Alemana. ⁴Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de la Frontera. ⁵CIGES. Universidad de la Frontera)

Introducción: El conocimiento respecto de la etiología y de los mecanismos a través de los cuales se desarrolla el cáncer de la vesícula biliar (CVB), es significativamente menor comparada con otros tumores malignos.

Objetivo: Analizar aspectos morfológicos relevantes de las lesiones preneoplásicas de la mucosa vesicular como lesiones precursoras del CVB.

Material y Método: Entre 1993-2004 en nuestra Institución se procesaron histológicamente 25.971 piezas de colecistectomías. En ese mismo período se diagnosticaron 1039 cánceres de la vesícula biliar (4%), 210 displasias no asociadas a cáncer de la vesícula biliar (0,8%) y 45 adenomas (0,17%). Para fines de este estudio, se incluyeron la totalidad de los pacientes con cánceres vesiculares diagnosticados en nuestro Departamento desde 1987 (1.326 pacientes).

Resultados: Entre las lesiones epiteliales involucradas en la carcinogénesis vesicular están la displasia y los adenomas que representan dos modelos carcinogénicos biológicamente distintos. La displasia progresaría a carcinoma *in situ* y posteriormente a invasor. Sobre el 80% de los cánceres vesiculares infiltrantes focos adyacentes de carcinoma *in situ* y displasia epitelial. La baja frecuencia de adenomas de la vesícula biliar y la pre-

sencia de restos adenomatosos en la mucosa vecina a los carcinomas incipientes en menos del 3% de los casos, sugieren la escasa importancia de esta vía carcinogénica. La displasia epitelial no asociada a cáncer de la vesícula biliar se observa en alrededor del 1% de las colecistectomías por litiasis. La metaplasia, displasia y CIS están presentes en la mucosa adyacente al cáncer en el 66%, 81,3% y un 69% respectivamente. Los promedios de edad de los pacientes con displasia epitelial no asociada a cáncer (51,9 años), carcinomas incipientes (56,8 años), carcinomas avanzados (62,9 años), muestran una gradiente con un alto grado de correlación ($R=0,99$) que apoya la progresión de estas lesiones.

Conclusión: Desde el punto de vista morfológico la secuencia Displasia-Carcinoma es la más plausible vía carcinogénica del cáncer de la vesícula biliar que requeriría de un período de aproximadamente 10 años.

RADIOQUIMIOTERAPIA CON Y SIN CIRUGÍA EN EL CÁNCER DE ESÓFAGO LOCALMENTE AVANZADO: EXPERIENCIA DEL INSTITUTO ONCOLÓGICO VIÑA DEL MAR Y HOSPITAL GUSTAVO FRICKE-UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

Drs. L. Muñoz¹, P. González², C. Bergh³

(¹Becado de Cirugía Hospital Dr. Gustavo Fricke, Universidad de Valparaíso. ²Radioterapia Instituto Oncológico Viña del Mar, Universidad de Valparaíso. ³Servicio de Cirugía Hospital Dr. Gustavo Fricke, Universidad de Valparaíso)

Introducción: La radioquimioterapia (RTQT) ofrece posibilidades de curación en cáncer de esófago localmente avanzado. Su rol neoadyuvante o a título exclusivo es controversial.

Objetivo: Revisar la eficacia y toxicidad de la RTQT exclusiva y compararla con la RTQT seguida de cirugía en pacientes tratados con intención curativa.

Metodología: Revisión retrospectiva de fichas de pacientes con enfermedad localizada tratados entre 1999-2005. El tratamiento se decidió en comité oncológico privilegiando cirugía en pacientes en mejor performance status y lesiones bajo la carina. Análisis de sobrevida se realizó con el estimador de Kaplan-Meier y la comparación de esta entre los dos grupos con Log-Rank test.

Resultados: La serie consta de 68 pacientes. 29 RTQT exclusiva y 39 preoperatoria. La mediana de seguimiento fue de 38,5 meses. La edad media fue

de 69 y 65 años respectivamente ($p:0,03$), 18% de los tumores estaba ubicado sobre la carina. 93% de histología escamocelular. El 93% correspondió a estadios II y III (clínico), en su mayoría T3-4, similar en ambos grupos. RT tuvo una dosis media de 46,2 Gy en preoperatorio y 64,2 Gy en exclusiva. QT fue Cisplatino 40 mg/m² semanal concomitante en el 93% de los pacientes. Se realizó esofagectomía transhiatal en el 97% de los casos. La mortalidad perioperatoria fue de 23%. La mortalidad atribuible a complicaciones de la RTQT fue de 7,3%, concentrándose en su totalidad en el grupo quirúrgico. La sobrevida global fue de 36,5% a 5 años, con una mediana de sobrevida de 12 meses. La sobrevida global a 3 años para RTQT exclusiva: 52,8% y RTOT+cirugía: 33,2% ($p:0,03$). Esta diferencia se pierde excluyendo a 14 pacientes (35%) del grupo quirúrgico que no se operaron. La sobrevida libre de enfermedad no presentó diferencias entre ambos grupos.

Discusión: La sobrevida es comparable con publicaciones internacionales. A pesar de la selección negativa en el grupo RTQT exclusiva, se obtuvo mejores resultados. Las diferencias de efectividad de los tratamientos puede deberse a la mortalidad asociada a la cirugía que fue el doble de las cifras encontradas en la literatura médica y a que un 35% de los pacientes del grupo quirúrgico no completó el tratamiento (no se operó), de los cuales un tercio falleció por complicación de la RTQT. A pesar de su influencia negativa sobre los resultados del grupo quirúrgico, se mantuvieron estos pacientes en el análisis de ese grupo.

TERAPIA ONCOLÓGICA COMBINADA DE VIRUS HERPES SIMPLEX (HSV) CON RADIACIÓN IONIZANTE (IR) EN UN MODELO DE CÁNCER PANCREÁTICO: UN NUEVO ROL PARA LA IMAGEN POR BIOLUMINISCENCIA (BLI)

Drs. James J. Mezhir, Kerrington D. Smith, Bernard Roizman, Ralph R. Weichselbaum, Mitchell C. Posner

(The University of Chicago, Chicago, Illinois, USA)

Introducción: El HSV con capacidad replicativa está actualmente en ensayos clínicos para el tratamiento de tumores sólidos. Probamos la eficacia de HSV combinado con IR como una nueva terapia en cáncer pancreático.

Métodos: Utilizamos R3616, un virus clínicamente seguro, para estudiar el efecto de HSV sobre el cáncer pancreático. MiaPaCa-2, un cáncer pancreático humano poco diferenciado fue infecta-

do con R3616 y expuesto a 5Gy. Para determinar la eficacia de R3616 e IR, xenoinjertos de MiaPaCa-2 se trataron con inyección intratumoral de R3616 y exposición a 10Gy. Un gen reportero de luciferasa fue clonado en el HSV para crear el virus R2636, permitiendo la cuantificación y localización de replicación viral en los tumores, usando BLI.

Resultados: Se observó un aumento en la replicación luego de la exposición de células infectadas por R3616 a IR, comparado con los controles ($5,5 \times 10^5$ vs $8,8 \times 10^5$; $p=0,004$; t-test). Se observó un retardo significativo del crecimiento de tumores pancreáticos tratados con R3616 e irradiación en comparación con cada tratamiento por separado, a los 30 días post-tratamiento ($p=0,37$; t-test). Luego de la inyección intratumoral de R2636 y exposición a 10Gy, hubo 13,4 veces más luminiscencia 2 h después del tratamiento, comparado con tumores infectados no irradiados ($p<0,05$). Hubo más virus distribuido en la masa del tumor: Como se ve en la figura, este efecto persiste a la 5 h y 24 h post-tratamiento.

Conclusiones: Estos datos demuestran que la exposición de tumores pancreáticos infectados por HSV a IR aumenta la replicación y oncolisis. Esta interacción HSV-1 e IR puede visualizarse con BLI. Estos datos dan la base para tratamientos guiados por imágenes a pacientes con cáncer pancreático. Después de la inyección endoscópica de HSV, se puede administrar IR, para aumentar la oncolisis viral y visualizar el tejido tumoral infectado. Los tumores pueden ser posteriormente "reforzados" por dosis repetidas de IR a áreas de baja atenuación. La combinación de HSV e IR puede facilitar la resección de tumores pancreáticos a través de imágenes virales no invasivas.

RECONSTRUCCIÓN URETRAL EMPLEANDO INJERTO DE MUCOSA BUCAL

Drs. R. Gómez, C. Ramos, O. Castillo, P. Marchetti, P. González

(Servicios de Urología, Hospital del Trabajador de Santiago, Clínica Santa María, Clínica las Condes)

Introducción: La introducción de los injertos de mucosa bucal (MB) para la reconstrucción uretral ha significado un enorme aporte al desarrollo y buenos resultados de esta cirugía. La MB bucal está libremente disponible y es de fácil procuramiento, posee textura y manipulación adecuada y "toma" con facilidad. Se presentan los resultados preliminares de esta técnica en nuestra experiencia.

Material y Método: Se revisaron las uretroplastias con injerto de MB registrando la demografía, antecedentes clínicos, etiología, ubicación y longitud de la estenosis. Se analizaron las variantes de la técnica, complicaciones, fecha del último control, tiempo de seguimiento y la aparición de recidivas.

Resultados: Entre noviembre de 1998 y junio de 2005 se realizaron 25 uretroplastias con injertos de MB. La edad promedio de la serie fue de 46,5 años. Veintiún pacientes eran portadores de Estenosis uretral (de causa inflamatoria en 3, por sonda en 4, post-traumática en 3, Balanitis Xerótica en 2 y de causa desconocida en 9). En los otros 4 pacientes se usó mucosa bucal en el primer tiempo de una reconstrucción de hipospadias complejas. Todos los pacientes con estenosis habían sido sometidos a dilataciones, 11 a Uretrotomía interna y 7 a uretroplastias fallidas. La longitud del segmento de uretra reparado fue de 2,5 cm a 15 cm (promedio 6,6 cm) reflejando la complejidad de las reconstrucciones. La estenosis se localizó en uretra bulbar en 11 y en uretra peneana en 14. En la mayoría de los pacientes el injerto se colocó en posición dorsal. En solo dos se usó la posición ventral y en 5 se usó MB como primer tiempo de una reconstrucción por etapas. El injerto se tomó desde la cara interna de la mejilla con cierre inmediato de la mucosa, pero en los últimos 7 pacientes se ha dejado la mucosa abierta para cierre por segunda intención. El seguimiento va de 2 a 87 meses (promedio 11 meses). Solo dos pacientes han presentado recidiva de la estenosis (uno tratado con una dilatación y el otro con una Uretrotomía). Un paciente se complicó de infección de la herida operatoria y fístula que cerró espontáneamente y otro presentó una fístula que necesitó cierre quirúrgico. Cuatro pacientes tienen pendiente el segundo tiempo de su reconstrucción.

Conclusiones: Si bien es indispensable observar los resultados a largo plazo, esta experiencia preliminar es muy atentadora. La MB ha pasado a ser nuestro material de primera elección para la reconstrucción uretral que requiere injerto.

VEINTE AÑOS DE URETROPLASTIA: EL DESTINO DE CADA OPCIÓN

Drs. R. Gómez, C. Ramos, P. Marchetti, P. González
(Servicio de Urología, Hospital del Trabajador de Santiago)

Introducción: La reconstrucción uretral sigue siendo uno de los desafíos aun no resueltos de la urología. La técnica a emplear depende de la ubi-

cación y longitud de la estenosis, grado de fibrosis y de la preferencia del cirujano. Para estenosis de hasta 2,5 cm se prefiere la reconstrucción término-terminal. Para estenosis más largas existe una gran variedad de alternativas empleando colgajos y/o injertos. Se revisa nuestra experiencia de 20 años con énfasis en el destino alejado de cada uno de los diferentes tipos de reconstrucción.

Material y Métodos: Se revisaron las uretroplastias efectuadas en nuestro Hospital registrando la demografía, antecedentes clínicos, etiología ubicación y longitud de la estenosis. La serie se dividió en 4 grupos: reconstrucciones del meato (G1), reconstrucciones con injerto (G2), reconstrucciones con colgajo (G3) y reconstrucciones término-terminales (G4). Se analizaron las variantes técnicas, complicaciones, tiempo de seguimiento y aparición de recidiva (definida como la necesidad de cualquier procedimiento endouretral o uretroplastia ulterior), exigiendo un seguimiento mínimo de 12 meses para los no recidivados.

Resultados: Entre diciembre de 1984 y mayo de 2005 se realizaron 108 uretroplastias de las cuales 15 (14%) fueron excluidas de este análisis: 4 por datos incompletos, 6 por seguimiento <12 meses y 5 en autocateterismo. Se presentan 93 pacientes, edad promedio, 39 años. La estenosis se localizó en la Fosa Navicular en 9, uretra peniana en 14, uretra bulbar en 24 y uretra membranosa en 46. La longitud promedio de la estenosis fue de 3,3 cm (rango 1 a 18 cm). El seguimiento promedio fue de 75 meses (rango 3 a 242 meses). La recidiva global fue 19/95 (20%). La recidiva en los distintos grupos fue: 0/9 (0%) en el G1, 2/11 (18,2%) en el G2, 7/17 (41,2%) en el G3 y 7/56 (12,5%) en el G4. El G3 se subdivide en colgajos en islote (12 casos) y colgajos tubulares (5 casos), con recidiva del 17% y 100% respectivamente.

Conclusiones: El mérito de esta serie es lo completo y prolongado del seguimiento, que permite conocer el futuro de cada tipo de reconstrucción. Son grupos obviamente no comparables porque la selección de la técnica está determinada por las características de cada caso y no por el azar. Sin embargo queda claro que cada vez que sea posible deben preferirse las plastias término-terminales. Si esto no es así, injertos y colgajos en islote tienen pronóstico muy similar. Los colgajos tubulares se utilizan en casos extremos en donde hay un gran defecto uretral no reparable mediante otra alternativa e invariablemente requerirán de procedimientos complementarios. Las reconstrucciones del meato uretral tienen excelente pronóstico.

VALORACIÓN DEL SEDIMENTO DE ORINA EN PACIENTES QUE CONSULTAN POR DOLOR ABDOMINAL EN URGENCIA

Drs. *Ignacio San Francisco, Marco Ceroni, Soledad Celis, Alvaro Flores, Magdalena Bello, Javier Domínguez*

(Servicio de Urgencia y Urología, Hospital Sótero del Río)

Introducción: El sedimento de orina (SO) es un examen útil para el diagnóstico diferencial de condiciones que se presentan con dolor abdominal en un servicio de urgencia. Sin embargo, frecuentemente no es utilizado adecuadamente. Los objetivos de este trabajo son: evaluar el impacto del SO en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal y analizar la concordancia entre el diagnóstico y las alteraciones del SO.

Material y Método: Se analizó los SO de los pacientes que consultaron por dolor abdominal en nuestro servicio de urgencia durante 30 días consecutivos y evaluó la concordancia entre la hipótesis diagnóstica y diagnóstico definitivo sugerido por las características del SO mediante test de Kappa.

Resultados: Consultaron 6.930 pacientes, 1.106 por dolor abdominal, solicitándose SO a 284 (25,6%). La distribución por sexo fue: 26,3% hombres, 73,7% mujeres. Las hipótesis diagnósticas fueron, 12,2% apendicitis, 24,5% dolor abdominal inespecífico, 21,5% cólico renal, 26,6% ITU, 15,2% otras condiciones. Los patrones del SO fueron, 61,5% normal, 15,2% contaminación, 14,3% ITU y 9% hematuria. Al comparar la hipótesis diagnóstica con el diagnóstico de egreso (con el que el paciente fue enviado a su hogar) se encontró una buena concordancia (índice Kappa=0,64). Sin embargo, al comparar la hipótesis diagnóstica con el diagnóstico definitivo (diagnóstico real dado por el sedimento de orina) se encontró una concordancia marginal (índice Kappa= 0,39).

Conclusiones: El SO es un examen útil, solicitándose frecuentemente para el diagnóstico de dolor abdominal (25,6%). Sin embargo, en un porcentaje importante no es valorado por el cirujano de urgencia ya que el diagnóstico de egreso difiere de manera importante con respecto al diagnóstico definitivo.

TESTÍCULO AGUDO, ETIOLOGÍA Y MANEJO

Int. *Celis S., Dr. San Francisco I., Int. Ceroni M., Drs. Domínguez J., Encalada R.*

(Servicio de Cirugía Infantil y Servicio de Urología, Hospital Sótero del Río)

Introducción: El testículo agudo es una urgencia quirúrgica con la que el cirujano general se encuen-

tra habitualmente. La precocidad y certeza del diagnóstico torsión testicular es de gran importancia para evitar la pérdida del testículo y exploración quirúrgica innecesaria. El objetivo del presente estudio es describir las características clínicas, quirúrgicas y resultados de pacientes operados por sospecha de torsión testicular.

Material y Método: Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes sometidos a exploración escrotal quirúrgica entre los años 2000 y 2005 en los servicios de urgencia, urología adultos y cirugía infantil de nuestro centro, por diagnóstico de testículo agudo.

Resultados: 212 pacientes consecutivos fueron incluidos. La edad media fue de 9,9 años (DE 4; 3 meses - 33 años). Los motivos de consulta fueron: 54% dolor testicular, 22,1% dolor testicular asociado a aumento de volumen y 7,7% dolor testicular, aumento de volumen y eritema. Un 3,4% de los pacientes se realizó ecografía testicular. Los diagnósticos finales fueron: 60,2% torsión de hidátide,

20,5% torsión testicular (59% izquierda, 38% derecha y 2,4% bilateral), 9% orquiepidimitis, 4,3% otras causas. Se analizó los factores predictores de torsión testicular, observando en el análisis de curvas ROC y regresión logística multivariado, la edad mayor a 10 años ($p=0,0231$, OR: 1.147), temperatura menor a $36,2^{\circ}\text{C}$ ($p=0,0466$, OR: 0,199) y motivo de consulta por dolor testicular sin aumento de volumen ($p=0,0053$, OR: 0,198). La combinación de éstas, tiene un poder predictivo de 79%.

Conclusiones: Se identificaron como factores predictores de torsión testicular, la edad mayor a 10 años, temperatura menor a $36,2^{\circ}\text{C}$ y motivo de consulta por dolor testicular sin aumento de volumen. Al combinar estos 3 elementos se observa un alto valor predictivo, con lo que se podría descartar exploraciones quirúrgicas innecesarias. Sin embargo, en nuestra realidad, la exploración quirúrgica precoz todavía es el manejo más seguro frente a un paciente que consulta por testículo agudo.

Seccional: TÓRAX

TRATAMIENTO DEL NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO PRIMARIO POR VTC EN PRIMER EPISODIO EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA FUERZA AÉREA DE CHILE

Drs. R. Berríos¹, J.I. Fernández², R. Berner², I. Court², Ints. M. Troncoso³, P. González³, M. Gaete³, I. Olivares³, F. Larenas³

(¹Servicio de Cirugía Torácica y Cardiovascular, Hospital FACH. ²Becado de Cirugía, Universidad de Valparaíso. ³Escuela de Medicina, Universidad Mayor)

Introducción: El neumotórax espontáneo primario es una entidad bien conocida, aunque su etiología aún no es bien entendida. Representa un porcentaje importante de las urgencias de Cirugía de Tórax, presentándose en un tipo especial de pacientes fenotípicamente conocidos, donde la juventud es un factor constante y el impacto de las recurrencias en estos pacientes es importante de tener en cuenta. Estudios dan porcentajes de recurrencias de 17 a 25% luego del primer episodio, de 30 a 50% en el segundo y de hasta 70% después del tercero.

Objetivos: Demostrar que la cirugía durante el primer episodio disminuye la recurrencia a menos del 3% y soluciona el problema de base al tratar las bulas, con corta estadía Hospitalaria y un reintegro laboral temprano.

Materiales y Métodos: Desde enero de 2000 a julio de 2005 se han operado 36 pacientes con Neumotórax espontáneo primario en primer episodio, se analizaron junto la edad, sexo, antecedentes clínicos, lateralidad, cuantía, existencia y ubicación de las bulas, tiempo operatorio, tiempo con drenajes, tiempo de hospitalización y recidiva. Se operó por VTC con tres canales y óptica de 0 grados de 10 mm, resección con sutura mecánica y pleurodésis apical con drenaje.

Resultados: 61% hombres y 39% mujeres, edad promedio 24 años (rango 16 a 40), 30,7% derechos y 69,3 izquierdos, se encontraron bulas en el 92,3%, 25% en LSD y 75% en LSI, sin otra localización. En promedio; tiempo operatorio 39 minutos, estadía hospitalaria 3,5 días, retiro de dre-

najes 36 horas. Hubo una complicación (hemotórax postescarificación en un caso), sin mortalidad y con recurrencia de 2,7% a los 5 años, operándose 2 de Neumotórax Bilateral Asincrónico dentro de los primeros 18 y 20 meses de la cirugía.

Conclusiones: El tratamiento por VTC durante el primer episodio es una alternativa real para estos pacientes, con excelentes resultados, corta hospitalización y casi nula recidiva, lo que favorece esta opción al momento de tomar la decisión terapéutica. Sabemos que hay controversia en algunos grupos, debido al costo y la falta de acceso a esta técnica en otros centros.

VIDEOTORACOSCOPIA EN HEMOTÓRAX

Drs. F. Puelma, L. Sierra, L. Pérez, F. Dubournais, R. Balocchi
(Servicio de Cirugía, Hospital Regional de Talca)

Introducción: El hemotórax es una patología de alta frecuencia en los servicios de urgencia. El tratamiento inicial dependerá de la cuantía y de la repercusión hemodinámica que tenga en el paciente. El manejo inicial con la pleurotomía única o bien con punciones evacuadoras resolverán el problema en la gran mayoría de los casos. Sin embargo, cuando el neumotórax no se resuelve con estas medidas una alternativa terapéutica es la videotoracoscopía. El presente trabajo muestra las condiciones y los resultados de esta técnica quirúrgica en pacientes con hemotórax hospitalizados en el servicio de Urgencia y Cirugía del Hospital Regional de Talca.

Material y Método: Se registran en forma prospectiva todos los pacientes ingresados a Urgencia y Cirugía con diagnóstico de hemotórax durante un período de 48 meses consecutivos. Se registra el mecanismo de producción del hemotórax, el tratamiento inicial realizado, morbilidad y mortalidad de la serie. La serie total consta de 232 pacientes con hemotórax. Para el análisis se descartan aquellos pacientes que requieren una toracotomía de urgencia, punción o pleurotomía. Se considera un resul-

tado satisfactorio cuando la radiografía de control demostró una expansión pulmonar satisfactoria.

Resultados: De los 232 pacientes (29,3%) fue sometido a una videotoracoscopia, 15 (6,4%) requirió de una toracotomía de urgencia y 149 (64,2%) pleurotomía o punción. De los 68 pacientes en estudio, la causa del hemotórax fue herida por arma blanca 40 (58,2%), herida por arma de fuego 12 (17,4%), traumatismos cerrados 14 (20,6%) y postoperatorios 2 (2,9%). Se utilizó la técnica de videotoracoscopia con ventilación pulmonar independiente, con tres punciones torácicas en posición decúbito lateral. De los pacientes con videotoracoscopia 60 fueron sometidos previamente a algún procedimiento de evacuación de ocupación pleural. El promedio de días entre el inicio del hemotórax y la videotoracoscopia fue 6 días (1-68). Presentaban lesiones asociadas 33 (48%) pacientes. La morbilidad más frecuente fue la infección del orificio del drenaje 12 (17,6%) casos y la neumopatía nosocomial en 5 (7,3%). La serie presenta una mortalidad de 2,9% (2 pacientes), pero ninguno atribuible a la videotoracoscopia. Se consideró satisfactorio el resultado en 64 (94,1%), requirió de toracotomía completamente en 2 (2,9%) casos y fue necesaria una toracotomía formal en un segundo tiempo en dos casos.

Discusión: Los resultados expuestos permiten afirmar que esta técnica mínimamente invasiva permite resolver con seguridad y baja morbilidad lo que antes requería de grandes incisiones y períodos de recuperación largos. La serie presenta a la videotoracoscopia como una segunda alternativa frente a la pleurotomía que sigue teniendo plena vigencia en este tema. Puede llamar la atención el alto número de resultados satisfactorios, pero esto se debe a la utilización de variables técnicas que permiten un mejor lavado y aspirado de los coágulos, fibrina y otros.

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE DERRAME PLEURAL. EXPERIENCIA DE HCUCH EN ÚLTIMOS 15 AÑOS

Drs. J. Salguero, G. Cardemil, F. Pérez, e. Lanzarini, Ints. F. Elgueta, M. Palet
(Departamento de Cirugía. Hospital Clínico, Universidad de Chile)

Introducción: El derrame pleural es una patología frecuente de múltiples etiologías, tanto malignas como benignas. Se expone la serie de casos registrados en el HCUCH entre los años 1990 y 2005, considerando su etiología y tratamiento.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo de las fichas de los pacientes con diagnóstico de derrame pleural entre 1990 y 2005 en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Resultados: Un total de 515 pacientes presentaron derrame pleural en el período estudiado, 229 hombres y 286 mujeres. De ellos, 137 presentaron el derrame secundario a patología maligna, siendo las principales: cáncer de pulmón (34), cáncer de mama (20), tumores de la pleura (13), linfoma (11), cáncer gástrico (10), cáncer colorrectal (7) y otros tumores (42). El resto (378), presentaron patologías benignas, principalmente neumonía (56), patología cardíaca (50), cirrosis (25) e IRC (22).

Conclusión: Un 27% de los derrames pleurales son de etiología neoplásica maligna. Los derrames paraneumónicos complicados fueron la principal causa no neoplásica de derrame pleural. La videotoracoscopia es un método de elección para el tratamiento de patología maligna y benigna.

VENTANA PERICÁRDICA POR VIDEOTORACOSCOPIA: EXPERIENCIA DE DOS CENTROS

Drs. R. Berríos^{1,2}, C. Suárez¹, F. Allamand², P. Delgado^{1,2}, J. De la Maza², J. Lémus¹
(¹Equipo de Cirugía Torácica Clínica Santa María y ²Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile. Santiago. Chile)

Introducción: La Ventana pericárdica por VTC es un nuevo abordaje, no una nueva operación. No es un tratamiento estándar en el derrame pericárdico, sino una alternativa dependiendo del tipo de paciente, el pronóstico de sobrevida y la familiaridad del cirujano con la técnica. La magnitud del impacto hemodinámico es determinante en el tratamiento inmediato. Las causas de los Derrames Pericárdicos pueden ser benignas o malignas, incluyendo desde infecciones, drogas, trastornos metabólicos, radioterapia, y neoplasias. De estos últimos cerca de un 50% requieren manejo quirúrgico.

Objetivos: Dar a conocer nuestra experiencia con esta técnica en el manejo de los Derrames Pericárdicos de difícil manejo y que requieran de un manejo quirúrgico para el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes.

Material y Método: Se presenta la experiencia de 5 años de los equipos de Cirugía de Tórax y Cirugía Cardiovascular de la Clínica Santa María y del Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile en Santiago, se analizaron retrospectivamente los registros de estos pacientes analizando múltiples variables.

Resultados: se analizaron 38 pacientes, con edad promedio de 51 años. En 27 de ellos su presentación fue algún grado de Taponamiento cardíaco, requiriendo pericardiocentesis solo en 9 de ellos, 18 se asociaron a Derrame pleural neoplásico y pleurodesis, y 5 a biopsia pulmonar. Se abordaron 31 por derecha y 7 por izquierda, realizándose pericardiectomía con ventanas de 20-25 cm². La etiología fue neoplásica en 18 casos (16 Adenocarcinomas, 1 Sarcoma Miocárdico y 1 Teratoma), infecciosa en 8 (paraneumónico y TBC), e idiopática en 12 (virales o inmunológicos). La serie no presenta mortalidad, complicaciones ni reintervenciones asociadas a la técnica quirúrgica.

Conclusiones: En pacientes que toleran la intubación bibronquial y que tienen una expectativa de vida adecuada la Ventana Pericárdica por VTC ofrece un tratamiento seguro y un diagnóstico histológico con baja recurrencia. Un gran número de pacientes presenta etiologías de tipo viral o idiopática inmunológicas, siendo la neoplasia la principal.

DIVERTÍCULO DE TERCIO MEDIO ESOFÁGICO CON FÍSTULA ESÓFAGO-BRONQUIAL SECUNDARIA: MANEJO POR VIDEOTORACOSCOPIA. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Drs. *Italo Braghetto, Gonzalo Cardemil, Eitan Schwartz, Héctor Valladares, Guillermo Rencoret, René Estay*

(Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

Introducción: Los divertículos esofágicos de tercio medio (DETM) son una patología de baja frecuencia que en algunas ocasiones puede complicarse desarrollando una fístula esófago-bronquial (FEB) que compromete la función digestiva y respiratoria del paciente, siendo la cirugía la única alternativa de tratamiento. De las escasas publicaciones disponibles, la mayoría describe técnicas quirúrgicas abiertas para su tratamiento. El objetivo de este trabajo es mostrar nuestra experiencia en el tratamiento mínimamente invasivo de un DETM asociado a FEB mediante videotoracoscopía (VTC).

Caso Clínico: Pacientes de 63 años de sexo femenino sin antecedentes mórbidos de importancia con un cuadro de tos crónica irritativa que recientemente se hace productiva y presenta exacerbaciones asociadas a la ingesta de líquidos con cuadros de neumonía a repetición, por lo que se le solicitó un estudio con endoscopia (EDA) y radiografías de esófago-estómago-duodeno que muestra-

ron un DETM que fistuliza hacia bronquio fuente derecho.

Técnica Quirúrgica: Se realizó disección de mediastino por VTC derecha identificando sitio de divertículo con asistencia de EDA intraoperatoria. Se aísla divertículo y se secciona su base y punta mediante sutura mecánica, reforzando bronquio con puntos de prolene 3-0 y se parche de pleura.

Discusión: Los DETM son poco frecuentes y generalmente asintomáticos. Existe un grupo de pacientes que pueden presentar síntomas digestivos altos o respiratorios inespecíficos. Rara vez pueden complicarse fistulizando estructuras vecinas como el árbol bronquial, hecho que puede producir graves neumonías y hemoptisis. Los divertículos asintomáticos no requieren tratamiento sin embargo, los sintomáticos o complicados tiene indicación quirúrgica, la cual consiste en resección del divertículo y eventual miotomía en caso de existir alteraciones motoras asociadas. Las pocas referencias de DETM asociados a FEB hablan de cirugía abierta a excepción de un caso en que se optó por VTC. Como alternativa menos invasiva y por lo tanto menos mórbida, optamos por la VTC obteniendo resultados anatómicamente satisfactorios sin morbilidad para el paciente.

Conclusión: El DETM asociado a FEB es una patología poco frecuente con indicación quirúrgica, la cual puede llevarse a cabo de manera mínimamente invasiva con resultados satisfactorios a largo plazo.

TERMÓMETRO CUTÁNEO (TC) COMO CONTROL DE CALIDAD DE SIMPATECTOMÍA VIDEOTORACOSCÓPICA (SVT)

Drs. *C. Suárez, F. Reyes, F. Suárez, L. Rodríguez, S. Vogt*

(Clínica Santa María, Universidad de Chile, Universidad Austral de Chile)

Introducción: La SVT se realiza para el control de la hiperhidrosis de miembros superiores desde hace 15 años con resultados satisfactorios reportados entre 80 y 100%. Las causas de esta diferencia pueden ser muchas: experiencia del equipo, presencia de variantes anatómicas como nervio de Kuntz, disposición vascular, etc. Nuestra hipótesis de trabajo fue que si lográbamos monitorear adecuadamente la temperatura palmar durante la operación, el alza de 2 décimas de grado centígrado o más sería un buen indicador de simpatectomía efectiva. De no producirse esta alza debíamos pensar que se conservaban aún filetes simpáticos indomnes.

Material y Método: Se evaluaron 400 simpatectomías consecutivas desde marzo de 2003 a julio de 2005. Se registró el alza térmica en ambas palmas por separado, mediante un termómetro cutáneo digital Dragger.

Resultados: El registro se realizó prospectivamente en base de datos excel.

En 391 simpatectomía hubo alza térmica adecuada (promedio de 3 décimas de grado centígrado, rango de 2 a 15 décimas) con resultado satisfactorio postoperatorio inmediato para los pacientes. Nueve palmas no presentaron alza inicial, la revisión intraoperatoria permitió identificar nervios de Kuntz en 4 de ellos, que lograron alza térmica. De los 5 que no se logró alza: 4 palmas persistieron mojadas en el postoperatorio y debieron ser reexploradas posteriormente (dos pacientes unilateral el mismo día y una bilateral dos semanas después) y una palma no elevó la temperatura pero estaba seca.

Conclusiones: El uso de TC permite certificar la denervación simpática de la extremidad. Identifica el grupo de pacientes con riesgo de fracaso del procedimiento durante el acto quirúrgico y posibilita realizar las maniobras adecuadas para corregirlo en la misma operación.

SIMPATECTOMÍA VIDEOTORACOSCÓPICA T2 (SVT T2) PARA EL TRATAMIENTO DEL RUBOR FACIAL PATOLÓGICO (RFP) Y FOBIA SOCIAL

Drs. C. Suárez, E. Jadresic, Als. F. Suárez, L. Rodríguez, S. Vogt

(Clínica Santa María, Universidad de Chile, Universidad Austral de Chile)

Introducción: Desde hace una década se ha intentado controlar el RFP por diversos métodos, entre ellos SVT. Los resultados de diversos grupos muestran satisfacción en alrededor de 80% de los pacientes. La incidencia de síndrome de Horner reportada es 1 a 8%. Sudoración compensatoria importante postoperatoria se reporta en 30 a 40%. Planificamos SVT T2 exclusiva en pacientes filtrados por evaluación psiquiátrica, planteando la hipótesis que el resultado mejoraría si seleccionábamos adecuadamente a los pacientes, separando el grupo de patología psicosocial previa del grupo con hiperreactividad simpática primaria, quienes realmente se beneficiarían de la SVT T2.

Material y Método: Evaluamos 58 pacientes que consultaron por RFP, se enviaron a evaluación psiquiátrica: entrevista, aplicación de escalas BSPS, SPIN, Liebowitz, Watson-Friend, para medición de

ansiedad y fobia social, 48 pacientes fueron seleccionados para ser sometidos a SVT T2. Se realizaron con Ultracission* y tijera fría, métodos que pensamos podían disminuir el riesgo de síndrome de Horner.

Resultados: De los 48 pacientes sometidos a SVT T2, en 46 se logró satisfacción y control de su enfermedad. En 2 pacientes el resultado fue no satisfactorio. No hubo Horner en este grupo, la sudoración compensatoria no fue severa en ningún paciente, no hubo mortalidad ni complicaciones operatorias.

Conclusión: La SVT T2 es un excelente método de tratamiento de RFP, logrando control del síntoma en 95,6% de los pacientes previamente evaluados psiquiátricamente, lo que sugiere que el filtro utilizado permite mejorar los resultados reportados en otras series. Además logramos evitar complicaciones quirúrgicas en este grupo utilizando bisturí ultrasónico y tijera fría.

REINERVACIONES POSTSIMPATECTOMÍA VIDEOTORACOSCÓPICA (SVT) POR HIPERHIDROSIS (HH)

Drs. C. Suárez, F. Suárez, L. Rodríguez, S. Vogt
(Clínica Santa María, Universidad de Chile, Universidad Austral de Chile)

Introducción: La SVT ha sido utilizada por 16 años en el mundo para el tratamiento de la HH de miembros superiores con resultados iniciales de satisfacción de 95 a 99%, pero el seguimiento a largo plazo muestra que una parte de estos enfermos (2 a 12%) reinicia la sintomatología después de 6 a 24 meses de operado satisfactoriamente. La causa sería la reinervación por crecimiento de las fibras nerviosas simpáticas y reconexión de la cadena. El objetivo del presente trabajo es evaluar el porcentaje de reinervaciones en la población tratada por nosotros.

Material y Método: Desde diciembre de 2002 a diciembre de 2004 realizamos 400 simpatectomías en 200 pacientes hiperhidrosicos. El registro de enfermedad, localización, tipo de cirugía y seguimiento se realizó prospectivamente en base de datos excel. Detectamos 3 pacientes con reinervaciones y reaparición de los síntomas a los 9, 11 y 16 meses postoperatorios.

Resultados: Los tres pacientes fueron estudiados con test de función autonómica logrando demostrarse la reinervación. Todos habían sido sometidos a SVT monosegmentaria. Las reinervaciones fueron siempre bilaterales. Dos de ellos fueron reoperados y se resecó la cadena simpática a nivel de T3 con

Ultracission*. Luego de un año de seguimiento una de las pacientes presenta una segunda reinervación.

Conclusión: La tasa de reinervación de nuestra serie es de 1,5% con seguimiento promedio 18 meses, es bajo, pero puede aumentar pues la mitad de los pacientes tiene menos de 18 meses de seguimiento. La bilateralidad de la reinervación sugiere que se trata de una característica personal y no de un problema de técnica, similar a lo sugerido por otros estudios.

PESQUISA PRECOZ EN CÁNCER PULMONAR: HISTOLOGÍA EN NÓDULOS PULMONARES

Drs. *R. Berríos, I. Court, I. Fernández, R. Berne, Ints: M. Troncoso, P. González, M. Gaete, I. Olivares, F. Larenas*

(Servicio Cirugía Torácica y Cardiovascular. Hospital FACH. Santiago, Chile)

Introducción: Sin duda la pesquisa precoz es la medida más eficaz en los buenos resultados terapéuticos en el Cáncer pulmonar, la sospecha y el estudio de imágenes con TAC de tórax en pacientes de alto riesgo, según se ha publicado en los últimos años nos ha permitido contar con una población susceptible de evaluar y seguir, con nódulos pulmonares que a veces representa una problemática en la decisión quirúrgica. Es por todos sabido que los nódulos mayores a 1 cm deben operarse, el problema lo tenemos con los menores de 1 cm que hoy en día con los nuevos TAC podemos pesquisar desde 3 mm.

Objetivos: Determinar la incidencia de Cáncer Pulmonar en los Nódulos pesquizados en población susceptible, identificando algunos factores pronósticos, que influyan en la decisión de indicar estudio histológico mediante cirugía.

Material y Método: Presentamos nuestra experiencia en la pesquisa de nódulos pulmonares entre Julio de 1999 y Julio del 2005 en nuestro Hospital, analizando retrospectivamente las fichas clínicas, revisando la histología, tamaño, ubicación, existencia de Tumores primarios previos, relación con el tabaco entre otros.

Resultados: Se ingresaron 30 pacientes al estudio, con edad promedio de 57 años, la distribución por sexo fue 46,6% hombres y 53,4% mujeres. El tabaquismo se presentó en el 58,6%, con un consumo promedio de cigarrillos de 17,1 por día. Los hallazgos al TAC correspondieron a nódulos pulmonares solitarios de un tamaño promedio 1,6 cm (rango 0,4-3,0), 63,3% derechos y 36,7% izquierdos. La ubicación segmentaria de los nódulos fue LSD 26,8%, LM 16,6%, LID 6 20%, LSI 16,6%, LII

20%. En el periodo de 6 años se operaron todos los pacientes, realizándose VTC en 76,6% y Toracotomías en 23,4%. Con respecto a las VTC, 65,2% fueron derechas y 34,8% izquierdas. Del total de VTC 39,1% fueron asistidas por toracotomía mínima. La histología por biopsia rápida intraoperatoria demostró 7 (23,3%) nódulos malignos 3 (10%) cánceres primarios (1 Adenocarcinoma, 2 Escamosos), 4 (13,3%) metástasis (1 Ca Recto, 1 Ca Páncreas, 1 Ca Cervicouterino, 1 Ca Próstata); 22 (73,3%) nódulos benignos (7 Hamartomas, 7 Adenopatías intrapulomares, 7 Granulomas y 1 Hemangioma). La conducta frente a lesiones primarias fue la lobectomía reglada con disección mediastínica y solo la resección segmentaria para el resto de las lesiones, agregándose pleurodesis en aquellas lesiones metastásicas que lo requirieran.

Conclusiones: Nuestros resultados muestran similitud con las publicaciones existentes, teniendo un 10% de cánceres, siendo las lesiones benignas más frecuentes a menor tamaño del Nódulo. Creemos que estamos enfrentados a un nuevo tipo de pacientes y que la decisión quirúrgica cada vez es más difícil frente a los nódulos pulmonares menores de 1 cm, sin embargo el hecho de encontrar cánceres en nódulos menores de 1 cm en nuestra estadística valorarían la conducta de pesquisa precoz y tratamiento quirúrgico.

RESULTADO DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER PULMONAR ETAPA I

Drs. *C. Suárez, L. Pérez, Als. F. Suárez, L. Rodríguez, S. Vogt*

(Clínica Santa María, Universidad de Chile, Universidad Austral de Chile)

Introducción: El cáncer pulmonar es un grave problema de salud pública, con tasa de letalidad cercana a 90%. Al momento del diagnóstico 80% son inoperables y menos del 10% son etapa I. En Chile ya es la segunda causa de muerte por cáncer.

Objetivos: Analizar la epidemiología, tasas de supervivencia e intervalo libre de enfermedad logrados en etapas precoces de cáncer pulmonar con tratamiento quirúrgico exclusivo y comparar estos resultados con los obtenidos por otros grupos nacionales y extranjeros.

Material y Método: Se seleccionó a todos los pacientes que fueron diagnosticados y tratados por un cirujano desde enero de 1998 a marzo de 2003. Se incorporó los datos en base excel retrospectivamente. Se analizó clínica, histología, tratamiento realizado, seguimiento, período libre de enfermedad y

sobrevida, siendo éstos analizados según el método de Kaplan-Meier, obteniéndose sobrevida actuarial.

Resultados: Los pacientes eran 56% varones, con edad promedio 64 años, fueron T1 el 61% y T2 el 39%, eran adenocarcinomas el 68% de la serie, 13% tenía antecedentes de otro primario. Eran fumadores 60 a 61 pacientes y el 48% sigue fumando. Fueron sometidos a lobectomía 71% y se asoció linfadenectomía mediastínica en 69% de los pacientes. La sobrevida global fue 89% a 5 años sin diferencia significativa para T1 y T2. Estaban libres de enfermedad a 5 años el 79%.

Conclusión: Este grupo de pacientes con cáncer pulmonar Etapa I presenta tasas de sobrevida e intervalo libre de enfermedad comparables con los obtenidos por el grupo del NCC de Tokio y superiores a las reportadas en Chile previamente. La distribución epidemiológica es similar a las otras series nacionales publicadas.

TUMORES DE MEDIASTINO: CASUÍSTICA PERSONAL EN UN HOSPITAL GENERAL

Drs. R. Berríos¹, J.I. Fernández², R. Berner², I. Court², Ints. M. Troncoso³, P. González³, M. Gaete³, I. Olivares³, F. Larenas³

(¹Servicio de Cirugía Torácica y Cardiovascular, Hospital FACH. ²Becados de Cirugía, Universidad de Valparaíso. ³Escuela de Medicina, Universidad Mayor)

Introducción: El mediastino puede albergar una gran variedad de tumores, benignos y malignos, a veces de localización inaccesible y difícil de identificar. Muchas masas representan tejidos ectópicos con distinta diferenciación histológica. Pueden ubicarse en cualquier compartimiento del mediastino, más frecuentemente en el del superior. Son poco frecuentes en la población general y las características epidemiológicas dependen del tumor en particular.

Objetivo: Mostrar la casuística personal en nuestro Hospital, tipo histológico, características de los pacientes, métodos diagnósticos y terapéuticos.

Material y Método: Se revisan las fichas clínicas desde enero de 2000 a julio de 2005, encontrándose 11 pacientes, con estudio de imágenes en todos, y de marcadores según ameritaban.

Resultados: Del total fueron 67% mujeres, 33% hombres, edad promedio de 42,1 (19-64 años). Clínicamente se presentan; 45% con dolor inespecífico precordial, 33% compromiso de estado general y 23% disnea, asociación a Miastenia Gravis 33%. Localización principal fue mediastino antero superior (77%), siendo los más frecuentes los Timomas (55%), luego Timoma Maligno, Schwannoma,

Linfoma de Hodgking y No Hodgking, Bocio endotorácico y Teratoma. Como abordaje la Estereotomía fue el procedimiento más utilizado (44,4%), luego la Mediastinotomía y Toracotomía con un 22%, no realizamos punción bajo TAC o ECO. La Videotoracoscopia se usó para el diagnóstico en un 11%, muy útil en masas de mediastino medio y posterior, llegando a ser incluso terapéutica. La cirugía fue electiva siempre y en sólo uno de ellos se había realizado cirugía previa en otro centro. No hubo mortalidad perioperatoria, presentando complicaciones en dos casos (hemotórax postoperatorio y Trombosis de la vena Subclavia al mes). El promedio de días de Hospitalización fue de 12 (5-20) y de 4,5 días de UCI.

Conclusiones: Por ser una serie pequeña no podemos sacar grandes conclusiones, sin embargo, nuestros resultados concuerdan con las series publicadas, ratificando el valor de las técnicas clásicas como Mediastinotomía en el diagnóstico, y le da a la Videotoracoscopia un papel protagónico que abre la discusión en el tratamiento de los Timomas y en el abordaje de masas de localización central y para hiliares.

MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA HEMOPTISIS MASIVA. EXPERIENCIA ÚLTIMOS VEINTE AÑOS

Drs. Antonio Baquerizo M., Walterio Muñoz C., Fernando Barrientos C., Verónica Fonseca S.

(Unidad de Cirugía Torácica. Servicio y Departamento de Cirugía, Hospital Temuco y Universidad de La Frontera)

Introducción: Definidos la Hemoptisis masiva (HM) cuando el sangramiento por vía aérea es mayor de 200 ml/día o mayor de 100 ml/hora. Es una emergencia respiratoria grave con riesgo de muerte superior al 50% a causa de la inundación de la vía aérea. El manejo médico y quirúrgico adecuado es vital para el rescate de estos pacientes. El objeto del presente trabajo es analizar nuestra experiencia en los últimos veinte años en el manejo de esta afección.

Material y Método: Se analiza en forma retrospectiva las fichas clínicas de 19 pacientes tratados por HM entre los años 1985 y 2004. Se estudia la magnitud de la hemoptisis, la clínica laboratorio, procedimientos diagnósticos, etiología, tratamiento, complicaciones y mortalidad.

Resultados: Entre 1985 y 2004 se intervinieron 3657 pacientes, 19 correspondieron a HM con incidencia de 0,5%, 15 hombres y 4 mujeres con edad promedio 42 años. La etiología correspondió a secuelas de Tbc 11 (57,8), 6 con cavidades residuales

y bronquiectasias, 3 aspergilomas y 2 Tbc caseosa activas. Bronquiectasias quísticas y cilíndricas en 3 (15,7). Hidatidosis complicada en 2, malformaciones vasculares 2 y secuentro intrapulmonar 1 (5,2). La magnitud de la hemoptisis >300 ml/día 8 pacientes (42,1), >600 ml/día en 6 (31,5) y <600 ml/día en 5 (26,4). El hematocrito promedio fue 32%; la CV 68,9% el Vef168,2%; PaO₂ 78,7 mmHg y PCO₂ 35,2 mmHg. La Rx de tórax fue normal en 1 caso (malformación vascular). TAC de tórax se efectuó sólo en 6 pacientes. La broncoscopia se practicó en 14 pacientes (73,6) y fue diagnóstica en 9 (47,30). La intervención quirúrgica se realizó sin sangramiento activo en 12 pacientes (63,1) y de urgencia, con sangramiento en 7 (36,9). Se efectuaron 15 lobectomías, 2 neumonectomías y 2 segmentectomías. La mortalidad fue en 8 casos (42,1); cavidades residuales 2; fístula broncopulmonar 2; taquiarritmia FA 1 y 1 infección de herida operatoria. La mortalidad son 3 enfermos (15,7), todos secuelas de Tbc, con HM < de 600 ml/día, intervenidos de urgencia y uno con fístula aortopulmonar por Tbc caseosa.

Discusión: En el 90% de los casos del sangramiento proviene de las arterias bronquiales y en un 10% de la arteria pulmonar erosionada. Es fundamental el control de la vía aérea mediante una broncoscopia rígida que localiza el sangramiento. El broqueo bronquial mediante tubo de doble lumen o con intubación monobronquial o bloqueo con catéter de Fogarty es salvador en muchos casos. La tuberculosis y sus secuelas constituyen aún la causa más frecuente. La cirugía tiene una mortalidad elevada (15,7) especialmente cuando es intrahemorrágica con hemoptisis mayores de 600 ml/día y en secuelas de Tbc. Está indicada en lesiones localizadas con reserva respiratoria predictiva compatible. En pacientes con limitación respiratoria en lesiones extensas debe efectuarse una angiografía y embolización, procedimiento que tiene un 90% de éxito con un 20% de recurrencia a los 6 meses.

TRAUMATISMOS TORÁXICOS: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL FACH

Drs. R. Berríos¹, C. Polanco¹, R. Berner², J.I. Fernández², I. Court². Ints. M. Troncoso³, P. González³, M. Gaete³, I. Olivares³, F. Larenas³

(¹Servicio de Cirugía Torácica y Cardiovascular, Hospital FACH. ²Becado de Cirugía, Universidad de Valparaíso. ³Escuela de Medicina, Universidad Mayor)

Introducción: Los traumatismos de tórax representan cerca del 25% de los traumatismos y gene-

ralmente acompañan a lesiones de riesgo vital. El manejo rara vez es quirúrgico, 80% se manejan médicamente o con medidas quirúrgicas simples.

Objetivos: Exponer la casuística de traumatismos de Tórax y su manejo por el equipo de Cirugía torácica y cardiovascular de nuestro Hospital entre julio de 1999 y julio de 2005.

Material y Método: En el período ingresaron 101 pacientes con diagnóstico de Traumatismo de Tórax. Al ingreso los pacientes fueron evaluados clínicamente y con Rx de Tórax, Parrilla costal y TAC, exámenes de laboratorio, ECG y Ecocardiografía según la condición clínica. Se analizaron variables como sexo, edad, causa, hallazgos, estadía hospitalaria, complicaciones y otras.

Resultados: Del total, 21% fueron mujeres y 79% hombres, el promedio de edad fue 49 años. En un 91% fue debido a un trauma cerrado. Las lesiones encontradas fueron: 63 fracturas costales, 36 Contusiones pulmonares, 31 Neumotórax, 22 Hemotórax, 4 Hemoneumotórax, 1 Fracturas Esternales, 2 Tórax volante, 2 Neumomediastino y 1 Hernia diafragmática. El 58% se asociaron a otras lesiones, las más frecuentes fueron las Fracturas costales que se asociaron en un 48% a contusión pulmonar subyacente objetivada por TAC. Requirió manejo quirúrgico 53% de los casos, realizándose Pleurostomías en 78% de estos, VTC en 18% y Toracotomías en 4%. Del 47% manejados médicamente las complicaciones más frecuente fueron las atelectasias por dolor y la infección en aquellos que requirieron ventilación mecánica. En el grupo quirúrgico se presentaron atelectasias postoperatorias sin infección. No hubo mortalidad en esta serie.

Conclusiones: Nuestra experiencia es similar a la descrita en la literatura. La causa más frecuente de Trauma son los accidentes automovilísticos, principalmente en jóvenes, en pacientes ancianos se presentan más complicaciones. Las fracturas costales son las lesiones más frecuentes asociándose con contusión pulmonar subyacente, el manejo del dolor es fundamental y creemos que el uso de la analgesia peridural precoz marca la diferencia en los resultados. La cirugía rara vez se realiza y dentro de ella la VTC cumple un papel importante actualmente.

Seccional: TRASPLANTE Y CIRUGÍA HEPATOBILIAR

SOLUCIÓN HISTIDINA-TRIPTOFANO-KETOGLUTARATO (HTK) COMO MEDIO DE PRESERVACIÓN EN TRASPLANTE HEPÁTICO. RESULTADOS PRELIMINARES

Drs. *F. Pacheco, J.F. Guerra, N. Jarufe, F. Crovari, Int. M. Guajardo, M. Arrese, R.M. Pérez, A. Soza, E.U.: V. Hernández, A. Gederlini. Dr. J. Martínez* (Departamento de Cirugía Digestiva, Gastroenterología y Salud Pública, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: En trasplante hepático, la solución de la Universidad de Wisconsin (UW), ha constituido el estándar como medio de preservación en la procura del hígado del donante. Desde el año 2003 se introdujo en nuestro centro el uso de Histidina-Triptofano-Ketoglutarato (HTK) como solución de preservación. El objetivo del presente estudio es evaluar los resultados obtenidos con el uso de estas dos soluciones.

Hipótesis: El uso de solución HTK permite obtener resultados similares al uso de solución UW.

Material y Método: Entre enero de 2003 y julio de 2005, se procuraron 20 injertos hepáticos para trasplante, registrados en una base de datos prospectiva. Se utilizó como medio de preservación la solución UW (n=10) o HTK (n=10), en forma aleatoria. Un injerto del grupo HTK no fue implantado por fallecimiento del receptor. Se analizaron datos demográficos, del procuramiento, cantidad de solución utilizada, tiempo de isquemia fría, características del implante, pruebas hepáticas 24 y 72 horas post-trasplante, alza máxima de transaminasas, complicaciones y sobrevida de injertos y pacientes a 3 meses. Se comparó además el costo derivado de la solución utilizada. Se utilizó el test de Kruskal-Wallis para variables numéricas y el test exacto de Fisher para variables discretas.

Resultados: Se estudiaron en total 19 pacientes trasplantados. Ambos grupos son comparables en relación a edad, género, técnica de procuramiento, alza SGOT ($p=0,73$), SGPT ($p=0,73$), y complica-

ciones. Los tiempos de isquemia fría fueron; HTK: 543 minutos, UW: 665 minutos ($p=0,56$). La cantidad promedio de solución utilizada fue 13 y 5 litros, respectivamente ($p=0,002$). El costo promedio derivado de la solución utilizada fue; HTK: \$ 798.773, UW: \$ 2.722.630.

Conclusiones: Al analizar dos grupos comparables entre sí, utilizando dos soluciones de preservación, no se observan diferencias significativas con respecto a función hepática post-trasplante. Existe una significativa reducción de los costos en favor del uso de HTK.

NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA PARA TRASPLANTE RENAL SIN USO DE GRAPADORA

Drs. *F. Puelma, F. Dobournais, R. Henríquez* (Unidad de Trasplante, Servicio de Cirugía, Hospital Regional de Talca, Escuela de Medicina, Universidad Católica del Maule)

La utilización de donantes vivos para trasplante renal está ampliamente aceptada. Para aumentar el número de donantes vivos se ha desarrollado en forma explosiva la nefrectomía laparoscópica llegando a ser utilizada en el 97% de los casos en EE.UU. Existen varias opciones técnicas para desarrollar esta cirugía que cambian sobre todo el tiempo y los costos y una de estas es la no utilización de grapadoras vasculares (175 dólares cada disparo). El motivo del presente trabajo es el de comunicar los resultados del programa de nefrectomía laparoscópica sin uso de grapadoras.

Se presentan los primeros 12 pacientes sometidos a esta técnica laparoscópica en el Hospital Regional de Talca, todos los pacientes son donantes vivos relacionados que cumplen con las condiciones requeridas y con estudio de compatibilidad habitual. El estudio preoperatorio se completó con una angiogramografía computarizada de arterias re-

nales. Se seleccionó aquel riñón que presentan ausencia de variaciones vasculares. En los resultados se excluye los dos primeros casos ya que se utilizó grapadora. En el resto de los casos se ligó la arteria con clips habitual de laparoscopia y la vena renal con un clip de hemoloc. No hubo morbilidad ni mortalidad operatoria. Todos los injertos funcionan al mes del trasplante con una creatinina promedio de 1,1 mg (rango de 0,6 a 2 mg). No hubo baja del hematocrito ni necesidad de transfusión de los donantes. Todos los pacientes tuvieron un postoperatorio de 48 horas. Excepto uno que estuvo 72 horas. El tiempo operatorio promedio fue de 193 minutos. La serie registra una conversión por extensión del tiempo operatorio. El 100% de los donantes manifestó que volverían a donar en casos necesario. Se realizaron 7 nefrectomías izquierda y 3 derechas. Los resultados expuestos demuestran que la técnica laparoscópica es segura para el manejo de una persona sana, que permite reproducir los resultados de función y sobrevida del injerto en donante por lumbotomía clásica, pero que claramente mejoran las condiciones de recuperación del donante. La seguridad de la técnica presentada es similar a la grapadora pero el costo es menor ya que cada clip de homoloc cuesta 10 dólares.

MANEJO QUIRÚRGICO DEL LINFOCELE EN EL TRASPLANTADO RENAL-DRENAJE ABIERTO O LAPAROSCÓPICO

Drs. *L. Leiva, J. Aguiló, I. Galleguillos, A. Hasbún, Int. R. Cápona*
(Servicio de Cirugía, Hospital Barros Luco-Trudeau)

El linfocèle se define como una colección de linfa en una cavidad no epitelizada. De aspecto quístico, generalmente asintomático. En el trasplante renal es una complicación precoz, habitualmente asintomática cuya frecuencia varía en distintas series de un 0,6 a un 22%. En los casos sintomáticos se han descrito variados procedimientos para su resolución desde la punción percutánea guiada por ecografía, hasta el drenaje quirúrgico abierto o laparoscópico.

Material y Método: Se revisan las fichas de seguimiento de los pacientes sometidos a trasplante renal desde 1996 a 2005 (n:416), 17 (4,08%) de los cuales presentaron linfocèle sintomático entre el día 8 y 65 post trasplante.

Se analizan: existencia de factores de riesgo asociados, forma de presentación, tratamiento utilizado (DA, DL), comparando para cada grupo el

tiempo operatorio, estadía postoperatoria, complicaciones postoperatoria, recidiva, necesidad de reintervención. Para el análisis de los datos se aplicaron pruebas de significación estadística para variables no paramétricas, además de tasas de porcentajes.

Resultados: 14 (82,3%) de los 17 pacientes que desarrollan linfocèle sintomático, registran complicaciones médico-quirúrgicas post-trasplante 9 (64,2%) de los cuales se asocian a NTA y rechazo agudo como factor de riesgo. La forma de presentación más frecuente fue aumento de volumen de extremidades inferiores en el 52,9% (9), masa y dolor abdominal con un 23,5% (4) respectivamente y un 17,6% (3) pacientes con TPV como manifestación inicial.

El diagnóstico se hizo por ecografía en todos los casos y se encontró hidronefrosis asociada en 6 (35%) de ellos.

En los 17 pacientes se realizaron 18 procedimientos: 9 drenajes quirúrgicos por laparotomía abierta (DA), y 9 drenajes por vía laparoscópica (DL). Un paciente fue sometido a dos procedimientos (DA y luego DL). Los tiempos operatorios fueron en promedio 48 min para DA y 44 min para DL. Ocho pacientes sometidos a DA (47%) presentaron complicaciones quirúrgicas: lesión vesical (1), hemoperitoneo (2), hematoma perirenal (1) y recidiva del linfocèle (4). Las recidivas se manejaron con DL, DA y punción percutánea.

Los pacientes sometidos a DL no presentaron complicaciones quirúrgicas, de este grupo, 3 pacientes han presentado recidiva del linfocèle, solo en 1 caso se realizó DA. La estadía hospitalaria para ambos grupos fue de 14,7 días para DA y 5,1 para DL. El tiempo de seguimiento de esta serie es de 4 meses a 9 años (x: 5 años) y no presenta mortalidad.

Conclusiones: El drenaje laparoscópico en el tratamiento del linfocèle postrasplante es la técnica recomendada por su menor estadía intrahospitalaria, baja recidiva, y ausencia de morbimortalidad asociadas.

HEMANGIOMAS HEPÁTICOS. INDICACIONES QUIRÚRGICAS Y TÉCNICA

Drs. *C. Benavides, C. García, P. Rubilar, S. Cova-cevich, C. Perales, F. Ricaurte, R. Stock*
(Hospital Clínico San Borja-Arriarán, Servicio y Departamento de Cirugía)

El hemangioma es el tumor hepático más frecuente con incidencias reportadas entre el 0,2 y el

20% de la población. Sin embargo, la gran mayoría son asintomáticos, usualmente solo recubiertos por imagenología y no requieren tratamiento. Un grupo muy minoritario presentan importancia clínica por generar síntomas, evidenciar crecimiento o complicaciones, requiriendo decisiones y procedimientos terapéuticos usualmente complejos.

Presentamos nuestra experiencia de los 6 últimos años en el tratamiento quirúrgico de hemangiomas hepáticos cavernosos (HHC) con el objeto de discutir las indicaciones terapéuticas y los aspectos técnicos.

La serie está compuesta de 4 pacientes tratados en nuestro hospital desde 1999 a la fecha. Se trata de 3 mujeres y un hombre con rango de edades entre 43 y 70 años. El motivo de consulta fue dolor en 3 y crecimiento tumoral con Síndrome de Basabach Merritt en 1. Tres pacientes tenían HHC únicos y el cuarto HHC múltiples pero con una lesión predominante. El diagnóstico fue hecho por ecotomografía más TAC dinámico. Los pacientes fueron operados por dolor en 3 y por crecimiento objetivo del hemangioma predominante en el 4º. Los pacientes fueron sometidos a resección de los hemangiomas sin embolización previa. Durante la cirugía se utilizó control vascular de acuerdo a la técnica de Takasaki. No hubieron incidentes intraoperatorios y el sangrado osciló entre 50 y 350 cc. No hubo mortalidad operatoria. La paciente con Síndrome de Basabach Merritt solo tuvo una recuperación parcial que se atribuye a la persistencia de hemangiomas hepáticos menores pero múltiples.

Solo un grupo minoritario de HHC presentan problemas y son en general los gigantes que pueden generar dolor por trombosis intralesional, alteraciones hematológicas o crecimiento. Son estos elementos los que fundamentan su terapéutica. Se ha empleado la embolización selectiva pero es la resección quirúrgica la que reporta mejores resultados. Esta sin duda que constituye un desafío técnico por el riesgo de accidentes y para lo cual el control vascular parece relevante junto con una necesaria experiencia en cirugía hepática.

RESECCIONES HEPÁTICAS CON LIGADURA VASCULAR SELECTIVA

Drs. *S. Alvarez, M. Sanhueza, R. Mege, J. Merino*
(Clínica Dávila, Hospital Sótero del Río, Santiago)

Distintas técnicas quirúrgicas han sido descritas en una resección hepática mayor (RHM). Los

objetivos que se buscan son Ignorar un abordaje seguro en términos anatómicos, y exangue desde el punto de vista hemostático. La ligadura selectiva (LS) del hilio hepático constituye una alternativa que permite alcanzar estos objetivos. Se presentan los resultados obtenidos con la utilización de esta técnica en la realización de 7 RHM.

Se realiza habitualmente una laparotomía subcostal bilateral con eventual extensión supraumbilical. Se moviliza ampliamente el lóbulo a ser resecado con disección del ligamento falciforme, triangular izquierdo y el área desnuda del hígado según corresponda. Posteriormente se aborda el hilio hepático realizando colecistectomía, o disección de la placa hiliar según necesidad. Se evalúa la anatomía arterial identificando anomalías, y se procede a la disección, división y sutura de la vía biliar, pedículo arterial y portal correspondiente. Generalmente se intenta identificar las venas suprahepáticas comprometidas las que se dividen y suturan previamente a la transección. Esta se realiza utilizando ligasure, ligando estructuras vasculares y biliares mayores, y cuidando mantener una situación de hipovolemia controlada.

Se han realizado 7 RHM (3 lobectomías derechas, 2 resecciones laterales izquierdas, 1 lobectomía izquierda, y 1 segmentectomía (segmento IV)). Las etiologías corresponden a metástasis hepáticas de cáncer de colon (2), hepatocarcinoma (2), colangiocarcinoma periférico (1) enfermedad de Caroli (1), adenomatosis hepática (1). Las edades de los pacientes fluctúan entre 29 y 74 años (p. 51), y el sexo corresponde a 3 varones y 4 mujeres. El tiempo quirúrgico fluctuó entre 2 y 5 horas con un promedio de 3,5 horas. Se requirió transfusión de glóbulos rojos en 2 pacientes (2 unidades c/u). El postoperatorio se realizó en UCI en sólo 5 pacientes con un promedio de 1,1 días de estadía. El período de hospitalización global fue de 8,8 días. La morbilidad postoperatoria estuvo caracterizada por el desarrollo de ascitis y disfunción hepática transitoria (2), desarrollo de una fístula biliar manejada con drenaje externo (1), y atelectasia infectada (1), neumotórax post VVC (1). Se realizó terapia coadyuvante con QT en 2 pacientes, y QT-RT en 1 paciente. Los resultados de anatomía patológica demostraron que la cirugía fue completa y suficiente (R0) en todos los casos de patología maligna. La sobrevida quirúrgica a 30 días y a la fecha es 100%.

La LS permite la realización de resecciones hepáticas mayores con baja morbilidad y buenos resultados. En esta serie permitió minimizar la utilización de hemoderivados y también optimizar el tiempo de transección quirúrgica.

HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO ROTO ASOCIADO A PREECLAMPSIA SEVERA Y SÍNDROME DE HELLP. TÉCNICA QUIRÚRGICA

Drs. A. Pérez Castilla¹, W. Martínez¹, S. Hoefler², J.P. Castrol¹, J. Mollo¹, G. Campaña³
(Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile)

La rotura subcapsular hepática como complicación grave y altamente letal del Síndrome de HELLP, se presenta en un 2 a 3% de los casos con mortalidad de un 39% con diversas técnicas quirúrgicas. Presentamos una técnica quirúrgica basada en la experiencia de cuatro casos de Hematoma subcapsular hepático roto en pacientes con Síndrome de HELLP, en los cuales realizamos una técnica, que con algunas variaciones individuales se basó en el packing hepático con compresas sobre un hígado liberado, envuelto en malla de vicryl, laparostomizado con bolsa de Bogotá y cierre diferido. Se reexplora a las 48 horas o antes según el estado hemodinámico, retirando compresas y revisando hemostasia. En nuestra pequeña muestra contamos con un 100% de sobrevida. A la fecha según nuestra revisión de la literatura por medio de Medline que abarca el período comprometido entre 1990 y 2005 encontramos 72 casos en los cuales se aplicó desde el manejo conservador hasta el trasplante hepático; incluyendo distintas técnicas hemostáticas, embolización de la arteria hepática y resecciones hepáticas entre otras. A pesar de múltiples enfrentamiento quirúrgicos no se logra encontrar en la literatura actual un consenso con respecto al tratamiento de esta patología; concluimos entonces que en base a nuestra experiencia la técnica aquí presentada significa un aporte al adecuado manejo materno de una entidad tan grave, reportada una casuística sin mortalidad.

RESECCIONES HEPÁTICAS ENTRE 1994-2005. REVISIÓN RETROSPECTIVA EN CENTRO UNIVERSITARIO

Drs. J. Castillo K.¹, G. Rencoret P.¹, J.C. Díaz¹, P. Aceituno R.², J. Rojas C.¹, F. Maluenda¹, P. Burdiles P.¹
(¹Departamento de Cirugía Digestiva y Hepato-Biliar, Hospital Clínico, Universidad de Chile. ²Interna Cirugía)

Introducción: La cirugía hepática ha evolucionado, para ser cada vez más reglada, lo que influye directamente en resultados favorables que se obtienen actualmente. La clasificación y segmentación de la arquitectura hepática publicada por Couinaud (1957) ha permitido normar las resecciones. Nuestro

departamento es joven en cirugía hepática moderna involucrando actualmente Trasplante hepático. Revisamos nuestro archivo estadístico acerca del tema.

Objetivo: Obtener diagnóstico de situación de la morbimortalidad de resecciones hepáticas realizadas desde el año 1994 en adelante.

Material y Método: Revisión retrospectiva y descriptiva del archivo estadístico del Hospital con el código asignado por FONASA para "Hepatectomía". Se excluyeron las resecciones por cáncer de vesícula y las lesiones con diagnóstico preoperatorio de quiste hidatídico. Se revisaron variables como edad, género, diagnóstico preoperatorio, "tipo de cirugía", complicaciones y mortalidad entre otras.

Resultados: De la revisión se obtuvieron 113 pacientes con edad mediana de 53 años, 59 mujeres y 54 hombres. Motivo de consulta fueron dolor abdominal (45%), "hallazgo" (28%), ictericia (6,2%). Como principal diagnóstico preoperatorio "Tu hepático" 23% (26/113), "hepatocarcinoma" 15% (17/113), "metástasis" 13,3% (15/113). Las principales cirugías realizadas fueron segmentectomía lateral izquierda 25,7% (29/113), "dos segmentos" 17,7% (20/113), hepatectomía derecha 16,8% (19/113), hepatectomía izquierda 8,8% (10/113). Complicaciones médicas 23,9% (27/113) destacando encefalopatía 10,6% (12/113), sepsis y neumonía 7,1% (8/113). Complicaciones quirúrgicas 20% (23/113) de las cuales hemoperitoneo 6% (7/113) y bilioma y fístula biliar 5,3% (6/113) fueron las principales. Mortalidad operatoria de 5,3% (6/113).

Discusión: La complejidad de la cirugía hepática hacen que se realice en centros con experiencia en cirugía digestiva mayor. En nuestra revisión de los últimos 10 años observamos una morbimortalidad similar a series internacionales, sin duda que se han logrado gracias a técnicas quirúrgicas modernas y nuevas tecnologías.

RESECCIONES HEPÁTICAS ANATÓMICAS PARA EL TRATAMIENTO DE LITIASIS INTRAHEPÁTICA

Drs. F. Pacheco, F. Pimentel, J.F. Guerra, Int. M. Guajardo, Al. E. Buckel, J. Martínez, G. Pérez, S. Guzmán, L. Ibáñez y N. Jarufe
(Departamento de Cirugía Digestiva, División de Cirugía, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: La litiasis intrahepática (LIH) puede asociarse a complicaciones graves. Su tratamiento es motivo de controversia.

Objetivo: Comunicar los resultados de una serie consecutiva de pacientes sometidos a resecciones hepáticas anatómicas por LIH.

Pacientes y Métodos: Análisis retrospectivo de todos los pacientes con resección hepática por LIH desde noviembre de 1986 hasta mayo 2005, registrando antecedentes epidemiológicos, clínicos, terapéuticos, quirúrgicos y estudio anatomopatológico. Se utilizó t de Student para análisis estadístico.

Resultados: La serie se compone de 30 pacientes. El promedio de edad fue 48,8 años (24-78), 60% hombres, con un de seguimiento de 57,9 meses (4-193). El 56,6% de los pacientes tenía antecedente de colecistectomía abierta. Todos los pacientes presentaron síntomas, destacando colangitis (43,3%), dolor abdominal (46,6%) y pancreatitis (10%). La ecografía abdominal fue el examen más utilizado (90%), 53,3% colangiografía endoscópica retrógrada y 23,3% colangiografía. En 9 casos había compromiso del árbol biliar derecho, en 17 del izquierdo y 4 bilaterales. El procedimiento quirúrgico más frecuente fue la segmentectomía lateral izquierda (56,6%), dos de ellos por vía laparoscópica, seguida por la segmentectomía posterior derecha (23,3%). En los pacientes con antecedentes de colecistectomía el 47% tiene LIH de segmentos posteriores derechos versus el 7,6% de los pacientes sin este antecedente ($p < 0,05$). La LIH izquierda fue más frecuente en los pacientes sin cirugía biliar previa. La mediana de hospitalización fue de 10 días. Las biopsias fueron compatibles con enfermedad de Caroli en 17 casos (56,6%), 4 de ellos bilaterales. Complicaciones quirúrgicas se presentaron en 4 casos (13%). No hubo reoperaciones ni mortalidad. En el seguimiento se pesquisaron 5 litiasis residuales resueltas por vía endoscópica y 1 estenosis de vía biliar que requirió cirugía.

Conclusiones: La resección hepática anatómica es una alternativa quirúrgica segura y efectiva para el tratamiento de la LIH. El antecedente de cirugía biliar abierta tendría algún rol en el desarrollo de LIH de segmentos posteriores derechos, en esta serie.

HEPATECTOMÍA EXTENDIDA. UNA ALTERNATIVA SEGURA EN LESIONES HEPÁTICAS MALIGNAS

Drs. J.F. Guerra, N. Jarufe, J. Martínez, S. Guzmán, F. Pacheco, Int. M. Guajardo, A. Gederlini, L. Ibáñez (Departamento de Cirugía Digestiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: La hepatectomía extendida constituye un procedimiento quirúrgico mayor. El objetivo del presente estudio es comparar los resultados quirúrgicos de pacientes sometidos a cirugía hepática resectiva de más de 2 segmentos versus hepatectomía extendida (más de 4 segmentos de Couinaud).

Hipótesis: La hepatectomía extendida representa mayor complejidad técnica, con morbimortalidad similar a resecciones hepáticas de menor volumen.

Pacientes y Métodos: Se analizó la serie prospectiva de pacientes sometidos a cirugía hepática resectiva entre agosto de 2002 y junio de 2005. Se excluyeron resecciones laparoscópicas, unisegmentarias y no anatómicas. Se configuraron 2 grupos: Grupo I: Hepatectomías extendidas, Grupo II: Resecciones hepáticas de 2 a 4 segmentos. Se analizaron prospectivamente variables demográficas, indicaciones, aspectos técnicos intraoperatorias, uso de hemoderivados, función hepática postoperatoria, morbilidad y mortalidad. Para el análisis de las variables se utilizó el test de Kruskal-Wallis.

Resultados: En el período de estudio se realizaron 34 hepatectomías, 29 cumplieron los criterios de inclusión. Grupo I: (n=14), edad promedio 52 años. Grupo II (n=15), edad promedio 55 años. Todos los pacientes del primer grupo fueron resecados por lesiones malignas (9 metástasis, 5 tumores primarios). El promedio de segmentos resecados fue 5,5 (márgenes 5-6) para el grupo I y 2,3 para el Grupo II (márgenes 2-4). Los tiempos operatorios promedio fueron 283 y 199 minutos, respectivamente ($p=0,025$). La estadía hospitalaria promedio fue 13,6 días para el primer grupo, y 7,35 para el segundo ($p=0,004$). En el Grupo I, 4 de 14 pacientes presentaron complicaciones quirúrgicas y 1 de 15 en el grupo II ($p=0,1$). Dos pacientes del Grupo I presentaron insuficiencia hepática postoperatoria, 1 fallece. En el Grupo II, 1 paciente fallece debido a shock séptico refractario.

Conclusiones: La hepatectomía extendida es una alternativa para el tratamiento de lesiones malignas del hígado. A pesar del gran volumen de parénquima resecado, la mayor necesidad de transfusiones y estadía hospitalaria más prolongada, sus resultados parecen ser comparables con otras resecciones hepáticas de menor magnitud.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CARCINOMA HEPATOCELULAR

Drs. Jean Michel Butte B., M. Fernanda Bellolio A., Nevenka Vucetich B., Nicolás Jarufe C., Sergio Guzmán B., Alvaro Zúñiga D., Robinson González D., Jorge Martínez C.

(Departamento de Cirugía Digestiva, División de Cirugía y Gastroenterología. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: El carcinoma hepatocelular (CHC) es la tercera causa de muerte por cáncer a nivel

mundial. Los mejores resultados se obtienen cuando el diagnóstico es precoz y se acompaña de terapias radicales.

Objetivo: Evaluar los resultados del tratamiento quirúrgico y la sobrevida de los pacientes operados por un CHC.

Material y Métodos: Se analizaron los registros clínicos de aquellos pacientes evaluados y tratados por CHC en el Hospital Clínico de la P. Universidad Católica de Chile entre enero de 1990 y diciembre de 2003. Se analizó en cada paciente las características clínicas, terapéuticas y la sobrevida actuarial. Las curvas de sobrevida se obtuvieron con el método de Kaplan-Meier y las diferencias comparadas con el método de los rank. Se consideró significativo un $p < 0,05$.

Resultados: Durante este período fueron evaluados 141 pacientes con diagnóstico histológico de CHC. Cuarenta y tres (30,5%) entre 1990 y 2000 y 98 entre 2001 y 2003 (69,5%). Se trataron 75

(53,2%) pacientes. Se realizó exéresis tumoral a 30 enfermos. Veintitrés hombres y 7 mujeres con una edad de 64 ± 11 años. Veintisiete fueron resecados (19,1% del total) y 3 fueron transplantados posterior a quimioembolización (QE). Se observaron complicaciones postoperatorias en 10 pacientes (33,3%): Insuficiencia hepática grave en 3 (2 pacientes resecados fallecieron), colecciones en 3, fístula biliar en 3, infección de la herida operatoria en 2, fístula ascítica en 1 y hemoperitoneo en 1. El alta promedio fue a los 10 días (5-34 días). De los 3 pacientes transplantados uno falleció a los 12 meses por recidiva de su enfermedad. La sobrevida media es de 35 meses. La sobrevida a 5 años de los pacientes resecados fue de 22,4%.

Conclusiones: A pesar del aumento sostenido en las consultas por CHC, la mayoría de los pacientes lo hace en etapas avanzadas. Aunque la resección del tumor presenta los mejores índices de sobrevida, esta es baja.

Seccional: TRAUMA

TRAUMATISMO ABDOMINAL ABIERTO. REVISIÓN DE UN AÑO

Drs. *G. Astroza E., C. Rodríguez T. Int. A Salvatierra, M. Abelleira, M. Cerda, O. Yarur*
(Servicio Cirugía, Hospital Ramón Barros Luco-Trudeau.)

El trauma es la primera causa de muerte en la población joven, siendo una arista importante de éste el traumatismo abdominal abierto. Presentando nuestro hospital un alto ingreso de pacientes víctimas de trauma, nos parece importante mantener actualizada la epidemiología y la evolución que estos pacientes presentan, para así evaluar nuestra conducta junto a realizar las medidas necesarias para optimizar la atención de ellos.

Se realizó una revisión de los pacientes ingresados en el servicio de urgencia de nuestro hospital, en el período comprendido entre 03 de Junio 2004 y 03 Junio 2005, que presentaron a su ingreso lesiones traumáticas abdominales abiertas. Se ingresaron a una base de datos donde se analizaron diferentes características epidemiológicas junto a su evolución y conducta terapéutica.

El total de pacientes ingresados en el período de tiempo estudiado fue de 101 pacientes, los que correspondían a 93 hombres (92,08%) y 8 mujeres (7,92%). El promedio de edad total fue 31 años, con rango 15-72. En 36 pacientes (35,6%) la lesión fue producida por arma de fuego y en 65 (64,4%) por arma blanca.

De los pacientes con lesión por arma de fuego se operaron 35, de los cuales en 1 no se encontró lesión intra-abdominal. 11 de estos pacientes presentaban lesión extra-abdominal asociada, siendo la lesión de extremidad inferior la más frecuente. El 28,6% (10) de los pacientes operados presentó complicaciones postoperatoria. La mortalidad de este grupo fue 3 pacientes (8,33%), 2 de los cuales presentaban lesión vascular abdominal y ninguno lesión extra-abdominal asociada.

Del grupo de traumatismo por arma blanca, 47

fueron intervenidos (72,3%), de los cuales 7 (14,9%) fueron laparotomía en blanco. De los pacientes que se mantuvieron en observación, sólo 1 fue finalmente intervenido por presentar una complicación. Un 8,5% de los pacientes operados presentaron complicación postoperatoria. La mortalidad de este grupo fue 1,54% (1 paciente), el que presentó lesión vascular abdominal, sin presentar lesión extra-abdominal asociada.

El traumatismo abdominal abierto sigue correspondiendo a una patología casi exclusiva de hombres y afectando a la población joven (tercera década de la vida). Aún las lesiones por arma blanca son la mayoría de los casos, aunque el traumatismo por arma de fuego ha presentado un aumento en su frecuencia. La mortalidad y las complicaciones del traumatismo por bala son mayores en comparación al arma blanca, presentando las complicaciones una diferencia estadísticamente significativa ($p:0,01$).

MANEJO DE TRAUMA PENETRANTE CERVICAL DE ZONA II: EXPERIENCIA DE 13 AÑOS HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Drs. *J. Moran, M. Millán, F. Orellana, M. Figueroa, H. Álvarez, P. Babul, A. Fierro, D. Corthorn*
(Servicio de Urgencia Hospital San Juan de Dios)

Introducción: Los traumas penetrantes cervicales con signos de compromiso de estructura vital, requieren exploración quirúrgica. La principal controversia, esta sobre el manejo de zona II en pacientes hemodinámicamente estables y sin signos que indiquen daño de estructura vital. Existen 2 corrientes: Exploración quirúrgica en lesión que atravesase platismo, o tratamiento selectivo que implicaría estudio por imágenes, contrastados, endoscópicos que descarten lesiones quirúrgicas.

Objetivo: Presentar la experiencia del trauma penetrante cervical de zona II durante 13 años en Urgencia del Hospital San Juan de Dios.

Material y Método: Revisión de fichas clínicas de todos los pacientes con trauma penetrante cervical de zona II diagnosticados entre enero 1992 a enero 2005, en base a un protocolo previamente establecido, con análisis descriptivo de los resultados.

Resultados: 46 pacientes fueron diagnosticados por herida penetrante cervical de zona II, 3 mujeres y 43 hombres, entre 17 y 65 años; 38 por arma blanca, 6 por arma de fuego 2 por otras. Al ingreso 14 presentaban sangrado moderado a severo. 19 pacientes con inestabilidad hemodinámica, 3 hemoptisis 2 con aire saliendo por la herida, 6 enfisema subcutáneo, 3 hematemesis, 3 ausencia de pulsos carotídeo. Se exploraron 41 pacientes, de los cuales hubo 5 cervicotomía en blanco; 5 pacientes se manejaron conservadoramente sin requerimientos quirúrgicos. Estadía postoperatoria promedio 5,8 días, en 4 pacientes existieron complicaciones menores, no hubo fallecidos.

Conclusiones: En nuestro medio la mayoría de las heridas penetrantes de zona II fueron exploradas, con un bajo porcentaje de cervicotomías en blanco, por otra parte el manejo conservador es limitado probablemente debido a falta de disponibilidad de exámenes complementarios.

TRAUMA PENETRANTE CERVICAL: EXPERIENCIA DE 17 AÑOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Drs. J. Morán T., M. Millán A., F. Orellana, H. Álvarez, M. Figueroa, E. Chinchero, C. Orfali
(Unidad de Emergencia Adultos, Área Occidente, Servicio de Cirugía. Hospital San Juan de Dios, Santiago)

Introducción: Las heridas penetrantes cervicales son aquellas que atraviesan el platisma. Existe consenso en la exploración quirúrgica de aquellos pacientes con compromiso obvio de estructuras vitales, inestabilidad hemodinámica o déficit neurológico. Sin embargo, existe controversia en el manejo de aquellos pacientes asintomáticos o sin signos de compromiso de una estructura vital. El objetivo de este trabajo es describir el manejo de las lesiones penetrantes cervicales en la Unidad de Emergencia (UE) del Hospital San Juan de Dios.

Material y Método: Análisis retrospectivo de las fichas de los pacientes ingresados a la UE con diagnóstico de herida penetrante cervical durante los años 1987-2004.

Resultados: De los 124 pacientes analizados, 115 fueron hombres y 9 mujeres. La edad promedio fue 31 años (rango: 17 a 58 años). El principal

mecanismo de agresión fue arma blanca (95 pacientes), seguido por armas de fuego (26 pacientes). La zona II fue las más comprometida (72 pacientes); 32 pacientes ingresaron con signos de inestabilidad hemodinámica, 10 con enfisema subcutáneo, 20 con hemorragia severa, 18 con hematoma grande o expansivo, 3 con hemoptisis y 3 con hematemesis. Ochenta y tres pacientes (67%) fueron sometidos a cirugía, de los cuales 8 no presentaban lesiones importantes (9.6%). En 41 pacientes se decidió manejo conservador y fueron controlados por clínica, estudios endoscópicos, de imágenes o TAC. Sin embargo, 11 debieron ser explorados quirúrgicamente. Se presentaron 8 complicaciones y fallecieron 3 pacientes.

Discusión: Dada la falta de disponibilidad de exámenes complementarios en nuestro hospital se ha recomendado la exploración quirúrgica en todos los pacientes ingresados con heridas penetrantes cervicales. Esto se ha visto reflejado en el alto porcentaje de pacientes explorados. Sin embargo el porcentaje de exploraciones negativas fue bajo. La mortalidad y morbilidad de la serie fueron bajas, dentro del rango de otras series publicadas.

TRAUMA PERINEAL COMPLEJO

Drs. A. Pacheco, P. Castillo, J. Arcuch, R. Palacios
(Servicio de Cirugía, Hospital de Urgencia, Asistencia Pública)

Introducción: Existen pocos artículos referentes al manejo de pacientes con Trauma complejo de la región perineal. Estos pacientes tienen una mortalidad cercana al 25% y fallecen por hemorragias incontrolables, asociadas frecuentemente, a fracturas abiertas de pelvis. Habitualmente son lesiones causadas por fuerzas de alta energía y, ocasionalmente, son lesiones aisladas. La evaluación inicial debe incluir una revisión primaria y tratar las lesiones que ponen en riesgo la vida, con un packing inmediato para controlar la extensa hemorragia de los tejidos blandos perineales, que no siempre es exitoso, por la gran irrigación de la zona y, a la coagulopatía. Dado la cercanía con los sistemas genitourinarios, digestivo, pelvis ósea y otros tejidos blandos, estos pacientes deben ser atendidos por equipos multidisciplinarios.

Material y Método: Serie de casos retrospectiva, que incluye los pacientes atendidos en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública, con Trauma perineal complejo, definido así por alguna de las siguientes características: shock al ingreso, magnitud del daño perineal o lesiones asociadas, entre el 01

de enero de 1997 y el 31 de diciembre de 2004. Se consigna: sexo, edad, tipo de trauma, asociación con otras lesiones, tratamiento, número de cirugías, transfusiones, días de hospitalización y estado al alta.

Objetivo: El objetivo del trabajo es mostrar nuestra experiencia en un Trauma poco frecuente, que debe ser abordado en forma reglada y multidisciplinaria, para lograr resultados aceptables.

Resultados: En la serie revisada, resultaron con Trauma perineal complejo 17 pacientes, 15 de sexo masculino y 2 femenino, edad promedio de 30,4, con rango entre 17 y 79 años. Todos, pacientes lesionados en accidentes de tránsito (atropello en 14 y colisión en 3). Ingresaron en shock el 88% de los pacientes y, en el 82%, el trauma se asoció a fractura de pelvis, requiriendo un promedio de 4,7 cirugías, con un rango entre 1 y 13 por paciente. Politransfundidos 88% de los pacientes. De los procedimientos realizados, destacan: packing en 59%, colostomía derivativa en 76%, cistostomía en 35%. Algunos con más de un procedimiento a la vez. El

manejo fue realizado por cirujanos generales, anesthesiólogos, traumatólogos, urólogos, coloproctólogos, cirujanos plásticos y médicos intensivistas. Todos los pacientes recibieron antibióticos como profilaxis en la primera cirugía y, en todos los casos, se continuó el tratamiento. El promedio de días de hospitalización fue 35, con un rango entre 1 y 166 días. En la serie fallece el 35% de los pacientes.

Discusión: El trauma perineal presenta grandes desafíos en su tratamiento y, se asocia a una gran morbilidad y mortalidad. Muchas lesiones se asocian a fracturas de pelvis inestables o expuestas, comprometiendo tejidos blandos, sistema óseo, genitourinario y digestivo, que hace necesario un manejo multidisciplinario. Gracias al advenimiento de la cirugía de Control de Daños, se ha logrado manejar estos pacientes, evitando la primera causa de muerte que es la hemorragia, usando fijadores externos de pelvis y taponamiento perineal. Sin embargo, el manejo de la sepsis continúa siendo un desafío, llevando a los pacientes a numerosas cirugías.

Seccional: PÓSTER

VIDEOLAPAROSCOPIA EN PACIENTES CON DOLOR EN FID

Drs. J.I. Amat, W. Medina, M. Vargas, M. Ropert
(Servicio de Cirugía, Clínica Dávila. Servicio de Urgencia, Hospital San José, Santiago)

Introducción: La presencia de dolor en la Fosa Iliaca derecha sigue planteando un problema diagnóstico, especialmente en la mujer en edad fértil donde el índice de falsos negativos para apendicitis puede llegar al 30%. Desde el uso masivo de la videolaparoscopia en Chile desde 1989 se dispone de una técnica útil en el diagnóstico diferencial del dolor en FID y en muchos casos terapéuticas para las distintas patologías.

Material y Método: Se analizan 105 enfermos operados desde el 2000 al 2004, portadores de dolor en FID con indicación quirúrgica. De ellos 96 fueron mujeres y 9 hombres, con un promedio de edad de 32 años. Se utilizó el neumoperitoneo por punción en el 98% de los casos con 3 trócares, 2 de 10 mm y 1 de 5 mm. Se analizó retrospectivamente la ficha clínica y se ingresaron a una base de datos computacional para su análisis. Todos los especímenes para anatomía patológica fueron analizados por el mismo patólogo con un criterio uniforme.

Resultados: En 43 pacientes con apendicitis dudosa, ésta fue confirmada en el 37%, presentando el 58% otra patología no apendicular como causa del dolor. En 62 pacientes con el diagnóstico de apendicitis clínica, esta se confirmó en el 78% y el 22% restante presentó otra patología como causa. En 8 pacientes 7,6% no fue posible establecer la causa del dolor (videolaparoscopia en blanco). El procedimiento más empleado fue la videolaparoscopia con apendicectomía en el 88% de los casos. En un 9,5% de los pacientes se realizó Videolaparoscopia con aseo, sin apendicectomía. En los casos restantes se asoció algún procedimiento de cirugía ginecológica. No hubo conversión a Cirugía abierta.

La duración promedio del procedimiento fue de 54 minutos con un rango entre 15 y 170 minutos.

Un 5,7% de los pacientes presentaron morbilidad postoperatoria, sin reoperaciones ni mortalidad. La estadía hospitalaria se desglosa en 0,25 días preoperatorios, 2,6 postoperatorios con 2,9 días totales.

Conclusiones: La videolaparoscopia en los pacientes portadores de dolor en FID permite excluir o diagnosticar apendicitis con un alto grado de sensibilidad. Además permite tratar la patología no apendicular. La capacidad de explorar el abdomen excede a los procedimientos abiertos. Es un procedimiento seguro en manos expertas, con una baja morbimortalidad.

Tiene además las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva, con un claro mejor resultado estético.

RESULTADOS DE LA COLECISTECTOMÍA VIDEOLAPAROSCÓPICA EN EL ADULTO MAYOR

Drs. N.S. Montalva, F.A. Flisfisch, P.L. Leiva, S.R. Cerda, F.F. Hernández, F.C. Matus, M. Rioseco, Ints. C.P. Tabilo, M.J. Tolentino, P.A. Canales, P.R. Capona

(Departamento y Servicio de Cirugía Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Equipo Digestivo Alto. Hospital Barros Luco-Trudeau)

Introducción: Este trabajo prospectivo tiene por objetivo describir y evaluar los resultados de la colecistectomía videolaparoscópica (CVL) por colecistolitiasis en pacientes de 60 años o más.

Material y Método: La casuística se compone de 119 pacientes: 81,5% mujeres y 18,5% hombres; con un promedio de 67,8 años (rango de 60 a 81 años), operados entre marzo del 2003 y marzo de 2004.

Resultados: Aspectos clínicos relevantes: 75,4% tenía historia típica de cólico biliar, con 82,4% de Dispepsia y 10% con antecedente de ictericia. La patología médica asociada se presentó en el 70% (83 pacientes), destacando: Hipertensión arterial en

54,6%; Diabetes mellitus en 15,1% y obesidad en el 8,4%. Antecedente de cirugía previa en el 50,42%. Laboratorio: El 15,96% presentó hematocrito bajo lo normal; 25,21% tenía hiperglicemia; 15,2% presentó hiperbilirrubinemia y 27% aumento de las fosfatasa alcalinas; ECG alterado en 10,92%. Ecotomografía abdominal: se hizo en el 99,16% de los pacientes, destacando: engrosamiento de la pared vesicular en el 34,8%, alteración del lumen vesicular en el 30,5% y dilatación de la vía biliar principal en el 10,2%. ERCP preoperatoria se hizo en 3,36% de pacientes. La indicación quirúrgica correspondió a: colecistitis crónica litiásica en el 83,7%; patología biliar aguda en el 13,3%, pólipo vesicular en el 1,7% y coledocolitiasis en el 0,8%. El tratamiento correspondió en el 100% a colecistectomía videolaparoscópica (CVL) con técnica francesa. Los hallazgos intraoperatorios fueron: Vesícula biliar litiásica sin características especiales en 67 pacientes y con alteraciones que requirieron conversión en 23 pacientes: 19,3% (encrucijada biliar difícil en 7 casos; vesícula escleroatrófica en 6; coledocolitiasis en 4 pacientes; fístula biliodigestiva en 4 casos; sangrado incoercible en 1 paciente; y un caso de falla tecnológica-instrumental). Las complicaciones postoperatorias se presentaron en el 5,88%: 4 infecciones de heridas operatorias; 1 filtración por S.T.; 1 absceso subfrénico y 1 obstrucción intestinal. No hubo mortalidad en la serie.

Conclusiones: La colecistectomía videolaparoscópica por colelitiasis es frecuente en el adulto mayor: 37,1% de todas las colecistectomías realizadas en el período estudiado (119 de 321); y se asocia a patología médica concomitante importante y a formas de presentación anatómicas más complejas y complicadas, que determinan índices de conversión mayores a los de la población general. La CVL presentó promisorias cifras de morbimortalidad, con muy buena evolución postoperatoria, por lo que se propone como técnica de elección en el tratamiento del paciente adulto mayor portador de colelitiasis.

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: ¿POSIBILIDAD DE REALIZACIÓN AMBULATORIA?

Drs. R. Novoa¹, D. Becerra², F. Moscoso²
(¹Servicio de Urgencia, Hospital del Salvador. ²Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Introducción: La colecistectomía laparoscópica (CL) es una técnica ampliamente difundida y utilizada por sus bajos porcentajes de morbilidad y mor-

talidad para la resolución de la patología biliar litiásica. Sin embargo, en Chile aún no es un procedimiento ambulatorio.

Objetivo: Determinar la posibilidad de realizar CL en forma ambulatoria.

Método: Se realizó un análisis retrospectivo y descriptivo de pacientes sometidos a colecistectomía entre enero de 1999 y diciembre de 2002 en el HOSCAR, dando un total de 968 fichas analizadas. Se evaluó: 1) sexo y edad. 2) realización electiva o de urgencia. 3) tipo de cirugía realizada, 4) estadía postoperatoria, 5) conversión a laparotomía, 6) causa de conversión, 7) complicaciones mayores y menores.

Resultados: 594 (61%) colecistectomías fueron electivas y 374 (39%) de urgencia, encontrándose la mayoría entre los 30 y 60 años (64,3%), 83,3% de las cirugías electivas y el 46% de las de urgencia fueron laparoscópicas. La estadía hospitalaria fue de 2 vs 4,81 días en la cirugía laparoscópica y abierta electivas, respectivamente, y de 2,72 vs 5,83 días en las de urgencia. Un 20% de las CL de urgencia debió ser convertida a cirugía abierta, en comparación a un 6% de las electivas. El riesgo de conversión fue mayor en hombres y en mayores de 70 años, y de éstos últimos, la cirugía electiva en hombres y de urgencia en mujeres tuvo el mayor riesgo (44,4% en ambos). Un 0,85% y 1,77% de las CL electivas y de urgencia tuvieron complicaciones mayores. No se observó mortalidad.

Conclusiones: La CL se muestra como un método seguro y beneficioso con baja tasa de complicaciones y con menor estadía hospitalaria que la cirugía clásica, pero que no permite por ahora utilizarla en el manejo ambulatorio de esta patología.

RESULTADOS DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA ELECTIVA EN PACIENTES AÑOSOS

Drs. L. Manríquez^{1,2}, R. Cárdenas¹, P. Balbontín^{1,2},
H. Ríos¹. Ints. N. Veas³, F. Vargas³, F. Izquierdo³,
M. Gabrielli³

(¹Servicio de Cirugía del Hospital Militar de Santiago.

²Universidad de Valparaíso, ³Universidad de los Andes)

Introducción: En la literatura internacional existen numerosos reportes del manejo laparoscópico de la colelitiasis en el paciente senil.

Objetivos: El objetivo de esta publicación es dar a conocer la experiencia del Servicio de Cirugía del Hospital Militar en pacientes seniles (mayores de 75), operados de colecistectomía. Se analiza el

porcentaje de conversión, morbilidad médica, quirúrgica y mortalidad, así como el tiempo operatorio y estadía hospitalaria.

Material y Métodos: Revisión retrospectiva de las tablas quirúrgicas y archivos de informática, del período comprendido entre enero de 2000 a diciembre de 2004. De un total de 1.440 pacientes operados de colecistectomía laparoscópica. Se revisaron fichas clínicas de 144 pacientes mayores de 75 años.

Resultados: El promedio de edad fue 78,7 años (75 a 91), 67% eran mujeres (n=96). El tiempo operatorio fue en promedio 74 minutos (35-255), 6 pacientes debieron convertirse por adherencias de cirugías anteriores (4,1%). El tiempo postoperatorio fue en promedio 2,3 días (1-30). Dentro de las complicaciones quirúrgicas (n=3): seroma de herida operatoria, hemoperitoneo y biliperitoneo que requirieron cirugía. Tres pacientes tuvieron complicación médica: 1 infección urinaria, 1 neumonía y 1 descompensación de insuficiencia cardíaca. Hubo dos fallecidos (1,3%).

Conclusión: El abordaje laparoscópico de la coledocistitis es un procedimiento seguro y con baja morbilidad en pacientes mayores de 75 años. La conversión a cirugía abierta es menor que otras series. La estadía hospitalaria en cambio es similar. Sorprendentemente las cifras de complicaciones, sobre todo las médicas se hallan por debajo de los promedios de otros reportes.

NUEVA PROTESIS PLASTICA AUTOEXPANDIBLE PARA PALIACION DE CANCER DE ESOFAGO

Drs. J. Rodríguez, J. Reyes, R. Kusanovich, I. García-Huidobro, S. Báez, E. Briceño, E. Flores, M. Sanhueza. *Int. J. Sotomayor*
(Servicio de Cirugía. Hospital Sótero del Río)

Introducción: Las prótesis metálicas autoexpandibles son el método endoscópico preferido para la paliación de la disfagia en cáncer de esófago. Actualmente se dispone de un nuevo tipo de prótesis plástica autoexpandible.

Material: Se utiliza una prótesis tejida de una malla de poliéster, embebida en silicona, autoexpandible, de 12 cm de largo y 16 mm de diámetro.

Clínica: Mujer de 80 años, con disfagia severa por un cáncer espinocelular del esófago cervical, evaluado por endoscopia, esofagograma, tomografía de tórax, considerándose inoperable por la altura del tumor (el borde macroscópico superior

se encuentra 3 cm bajo el esfínter esofágico superior); se desestima la indicación de quimiorradioterapia por su edad y regulares condiciones generales.

Método: Paciente en posición lateral izquierda sobre la mesa de radioscopia, sedación con propofol, anestesia faríngea. Se introduce la guía de Savary, se dilata la estenosis con bujías de 9 y 11 mm, se marca el extremo superior e inferior del tumor con inyección submucosa de Hypaque, utilizando la misma guía de Savary se introduce el sistema aplicador con la prótesis, se libera la prótesis siendo necesario reposicionarla, utilizando una pinza Olympus FG-49L-1

Resultado: La paciente alivió su disfagia, al control sin dolor y la prótesis se mantiene en posición.

Discusión: La disfagia del cáncer de esófago es el principal síntoma a tratar, las prótesis son un buen método de paliación endoscópica que han evolucionando desde las plásticas, que poseen mayor morbimortalidad al momento de la instalación por su gran diámetro, a las prótesis metálicas autoexpandibles que por su mejor sistema de implantación se asocian a menos morbilidad ya que reducen significativamente la frecuencia de complicaciones relacionadas a la colocación de las prótesis plásticas. Finalmente aparecen las prótesis plásticas autoexpandibles que tienen las ventajas de las metálicas, sumando a ellas la posibilidad de poder ser reposicionadas o removidas.

HEMATOMA INTRAMURAL DEL ESÓFAGO: CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA REPORTE DE TRES CASOS

Drs. C.J. León, S. Rubel, C. Rodríguez
(Servicio de Cirugía, Unidad de Cirugía Endoscópica, Complejo Asistencial Barros Luco-Trudeau, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El hematoma intramural del esófago (HIE) es una entidad clínica que puede producirse espontáneamente o secundaria a un trauma. Se presenta con dolor torácico o epigástrico, hematemesis y/o disfagia. Existen factores predisponentes tales como: el vómito, instrumentación (dilatación esofágica y escleroterapia endoscópica), trastornos hematológicos, coagulopatías (hemofilia, trombocitopenia, policitemia), uremia y tratamiento anticoagulante. Se presentan 3 pacientes con HIE que debutaron con una hemorragia digestiva alta.

Caso clínico 1: Mujer de 42 años, sin antecedentes médicos, fue sometida a una colecistectomía

laparoscópica sin complicaciones. En recuperación presentó náuseas y hematemesis sin dolor toraco-abdominal. Una panendoscopia alta de urgencia demostró un hematoma longitudinal que se extendía desde el tercio proximal del esófago hasta la unión esófago gástrica. Evolucionó favorablemente con tratamiento conservador.

Caso Clínico 2: Mujer de 52 años, previamente sana, presentó hematemesis posterior a una colecistectomía laparoscópica. La panendoscopia alta de urgencia demostró un gran hematoma azulado que comprometía el esófago en toda su extensión. Evolucionó favorablemente con tratamiento conservador. Una endoscopia de control 15 días después demostró ausencia del hematoma y cicatrización en evolución.

Caso Clínico 3: Hombre de 68 años, presentó dolor retroesternal súbito, de intensidad progresiva y disnea, 3 horas después de varios episodios de vómitos. Tenía antecedentes de hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca y renal crónica en hemodiálisis. Se descartó isquemia miocárdica. El mismo día del ingreso presentó posteriormente hematemesis y la panendoscopia alta de urgencia demostró un gran hematoma comprometiendo los tercios medio e inferior del esófago. Los síntomas disminuyeron y evolucionó favorablemente con tratamiento médico.

El HIE se presentó como una hemorragia digestiva alta, y el único antecedente traumático en dos pacientes fue la instalación de una sonda nasogástrica, y en un paciente fue por vómitos a repetición. La endoscopia digestiva es de gran importancia en el diagnóstico de esta lesión. El manejo del HIE generalmente es conservador.

CIRUGÍA BILIAR ASOCIADA A CIRUGÍA DEL QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO

Drs. *Montalva N.S., Flisfisch F.H., Leiva P.L., Cerda S.R., Hernández F.F., Matus F.C., Rioseco M., Abularach R., Canales P.A. Ints. Capona P.R., Tabilo C.P., Tolentino M.I.*

(Departamento y Servicio de Cirugía Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Equipo Digestivo Alto. Hospital Barros Luco-Trudeau)

Introducción: Este trabajo tiene por objetivo identificar y evaluar las características y los resultados de la Cirugía Biliar asociada a la Cirugía del Quiste Hidatídico Hepático.

Material y Método: Nuestra casuística se compone de 90 pacientes de ambos sexos: 50% mujeres y 50% hombres; con un promedio de 44,35

años (rango de 15 a 87), operados entre enero de 1985 y diciembre de 2004.

Resultados: Aspectos clínicos relevantes: 52,2% de ruralidad. Con motivo de consulta en el 84,4% correspondiente a dolor abdominal. Se presentó ictericia en el 22,2%. Ningún paciente había sido sometido a cirugía biliar previa y el 11,1% lo había sido a cirugía por quiste hidatídico. El promedio de estadía hospitalaria fue de 20 días. Ecotomografía abdominal: Se realizó en el 93,3% y demostró quiste hepático en lóbulo derecho en el 69,4% y coledocostomía concomitante en el 8,3%. Se hizo TAC abdominal en el 27,8% de los pacientes y los hallazgos eran concordantes con los de ECO. El tratamiento fue quirúrgico en el 100% de los casos: 11,1% de cirugía de urgencia y 81,1% electiva. La laparotomía media fue la más usada: 36,7%. El número de quiste hepáticos efectivamente encontrados varios de 1 a 7. El tamaño promedio coincidió con los informes preoperatorios ecográficos; lo mismo que la ubicación de los quistes en el hígado. La cirugía realizada sobre quistes hepáticos fue de tipo conservadora en el 83,3% y resectiva en el 16,7%. Se realizó cirugía biliar contemporánea en 58 pacientes: 64,4%. Las indicaciones de ésta cirugía fueron: comunicación a vía biliar principal en 43,3%; quiste de gran tamaño 27,8%, relación anatómica en 23,3%, coledocostomía en 7,8%, etc. Esta cirugía correspondió a colecistectomía sola en el 16,7%, colecistectomía asociada a coledocostomía en el 24,4%, colecistectomía asociada a cisticostomía en el 17,8%, sólo coledocostomía en 3,3%, sólo coledocostomía en 1,1% y cisticostomía aislada en el 1,1%. Por lo tanto, se realizaron en total 53 colecistectomías (58,9% de los pacientes). Se practicó colangiografía intraoperatoria selectiva en el 21,1%. La morbimortalidad quirúrgica intraoperatoria fue de 5,6% y no se relacionó con la cirugía biliar propiamente tal. La morbilidad quirúrgica postoperatoria fue de 15,56%, y un 16,7% de reintervención para manejo de las complicaciones. La mortalidad de esta serie fue del 5,5% (5 pacientes).

Conclusiones: La cirugía biliar contemporánea con la cirugía del QHH es frecuente (64,4%) y corresponde principalmente a colecistectomía asociada a coledocostomía, cuya indicación principal es la comunicación del quiste a la vía biliar principal y la relación de vecindad anatómica especialmente en quiste de gran tamaño. La coledocostomía concomitante se presenta en el 7,8% de los casos. Las complicaciones postoperatorias en la cirugía del QHH asociado a cirugía biliar se presentan en el 24%, siendo la fístula biliar externa la

complicación más frecuente. La mortalidad de la serie es de 5,5% y se debe a causas médicas en el 75% de los fallecidos (4) y a Sepsis postquirúrgica en el 25% de ellos (1 pacientes). La cirugía biliar aparece asociada a QHH más complejos desde el punto de vista de su tamaño (mayor tamaño), complicaciones (comunicación a vía biliar principal); ubicación (compromiso extenso lóbulo derecho, relación anatómica íntima con vesícula biliar, etc.), número (múltiples), etc., lo cual se refleja en cifras de morbilidad postoperatoria mayores a las correspondientes a QHH operados sin cirugía biliar contemporánea. Lo mismo vale para la mortalidad postoperatoria que si bien no puede atribuirse a la cirugía propiamente tal (75% de causa médica de mortalidad), se presenta en todos los casos en pacientes con cirugía biliar asociada. La cirugía biliar asociada a la cirugía del QHH es necesaria y tiene como objetivo, complementar el tratamiento quirúrgico del QHH cuando lo exigen razones anatómicas y especialmente cuando se requiere explorar y/o drenar la vía biliar en caso de comunicación del quiste con o sin obstrucción de la misma y cuando se asocia a colelitiasis.

CISTOGASTROANASTOMOSIS ASISTIDA POR VÍA ENDOSCÓPICA PARA EL MANEJO DEL PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO

Drs. F. Catan, J. Ormazábal, I. Alvar, J. Pilasi, F. Millán M. Uribe

(Servicio de Cirugía, Hospital del Salvador, Sede Oriente, Universidad de Chile)

Introducción: El pseudoquiste pancreático se define como una colección de jugo pancreático contenida por una pared de tejido fibroso o granuloso que aparece en relación a pancreatitis aguda (patología cada vez más frecuente en nuestro medio) y/o crónica o bien en relación al trauma pancreático.

Diversas técnicas se han propuesto para el manejo del cuadro en cuestión, desde el abordaje tradicional abierto hasta el manejo mínimamente invasivo pasando por el drenaje percutáneo guiado bajo rayos, drenaje endoscópico transmural/transpapilar y el drenaje laparoscópico. Se presenta el caso de un paciente con pseudoquiste pancreático por pancreatitis aguda idiopática manejado con drenaje percutáneo por gastrostomía asistida por vía endoscópica para visualización y punción del quiste, además de posterior cistogastroanastomosis como técnica efectiva para el manejo (drenaje) mínimamente invasivo del pseu-

doquiste pancreático sintomático, persistente o no resuelto.

Material y Método: Endoscopio flexible, monitor de cirugía laparoscópica, kit gastrostomía percutánea, Hook y tijeras, sonda Foley siliconada 14 Fr. TAC abdominal de referencia. Se realiza procedimiento en pabellón bajo sedación con Propofol a dosis estándar practicándose EDA clásica visualizándose protrusión en pared posterior del estómago del pseudoquiste en cuestión. Se procede a realizar gastrostomía percutánea a través de la cual y mediante punción se localiza el sitio para realizar cistogastroanastomosis. Se confecciona boca anastomótica de 3 cm con Hook y tijeras introduciéndose sonda Nelaton en la cavidad del quiste dando salida a abundante tejido purulento e instalándose posteriormente sonda Foley siliconada 14 Fr con tracción mantenida del balón siendo conectada esta última a bolsa recolectora. Se realiza lavado y aspirado de la cavidad quística con solución fisiológica estéril a diario.

Resultados: Manejo satisfactorio del cuadro según la técnica descrita objetivada por disminución de los parámetros sépticos. Al décimo día de realizado el procedimiento se realiza EDA de control retirándose Sonda Foley y visualizando boca anastomótica de la pared posterior del estómago con la cavidad quística drenando espontáneamente tejido necrótico hacia la cavidad estomacal. Se retira botón gastrostomía 6 semanas después.

Conclusión: Se presenta una nueva forma de manejo del pseudoquiste con una técnica que toma elementos del manejo endoscópico y laparoscópico que permite resolver el cuadro en cuestión de forma satisfactoria, se requieren de más estudios y un mayor número de procedimientos para validar la técnica. Se requiere de endosonografía para optimizar el procedimiento aquí descrito.

Se adjunta un video digital del procedimiento en cuestión como apoyo audiovisual para la presentación de la técnica.

CONTROL DE FACTORES DE RIESGO DE COMPLICACIONES PERIOPERATORIAS EN CPRE. ANÁLISIS DE REDUCCIÓN DE COMPLICACIONES DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA EN PABELLÓN CENTRAL

Drs. G. Hein, X. de Aretxabala, E. Pérez, M. Lavín, G. Fasce, J.I. Fernández. Int. G. Mordojovic, H. Santana (Servicio de Cirugía Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile y Universidad de Valparaíso)

Introducción: La colangiopancreatografía endoscópica (CPRE), técnica de cirugía mínimamente

invasiva utilizada en pacientes frecuentemente añosos y con comorbilidades o críticos. Así, el endoscopista actúa como único a cargo, en sala de endoscopia en radiología, sin apoyo multidisciplinario. Se requiere un sistema de monitorización intraprocedimiento, sedación y analgesia, función habitual del anestesiólogo. En nuestro centro, se inició en 2001 un protocolo con realización de todas las CPRE en pabellón central asistidos por un anestesiólogo. La sedación se basó en uso de propofol, por su vida media corta, sedación profunda, rápida inducción y recuperación.

Objetivo: Demostrar que la técnica de sedación con propofol y monitorización intraprocedimiento durante CPRE en pabellón central, constituye un método eficaz y seguro para pacientes sometidos a esta terapia, reduciendo las complicaciones.

Material y Método: Estudio prospectivo de abril 2001 a agosto 2005 en 522 CPRE en pabellón central asistidos por anestesiólogo. Monitorización: presión arterial no invasiva, saturometría y ECG continuo. En caso de requerirlo: línea arterial y catéter venoso central. Técnica de sedación: Propofol en infusión en dosis entre 1,8 y 2,5 mg/min, que se basó en grado de sedación y respuesta hemodinámica de cada paciente. No se administraron opioides y sólo en caso de requerir ansiólisis se administró midazolam EV. Se estudió incidencia de complicaciones y se compararon con cohorte histórica de 204 pacientes que recibieron sedación con benzodiazepinas (diazepam o midazolam) indicados y controlados intraprocedimiento por el mismo endoscopista en sala de radiología.

Resultados: Del total de 522 enfermos estudiados un 11% presentó complicaciones por la técnica de sedación: hipotensión que se manejó con bolos de efedrina y disminución de velocidad de infusión. Se registraron eventos de caída de saturación de O₂ manejados precozmente sin requerir intubación endotraqueal. No se suspendió ninguna CPRE por sedación administrada. Esto contrasta al comparar incidencia de complicaciones con las registradas con el grupo histórico de 204 pacientes, en el que dos presentaron depresión respiratoria severa con interrupción del procedimiento y ventilación asistida con máscara y ambú, uno requirió intubación endotraqueal y manejo en UTI por 24 horas. Un paciente presentó un IAM que requirió suspensión de la CPRE y hospitalización en unidad coronaria. No se presentó mortalidad en ninguno de los dos grupos.

Conclusiones: Con el presente estudio se demuestra que la técnica de sedación y monitorización en pabellón central durante CPRE por un

anestesiólogo es segura y con una incidencia baja de complicaciones y permite al endoscopista realizar el procedimiento con completa dedicación a los aspectos técnicos de la cirugía.

EXPERIENCIA DE LA COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA EN EL HOSPITAL DR. SÓTERO DEL RÍO

Drs. A. Calvo, J. Rodríguez, H. Richter, E. Flores, P. Briones, A. Díaz
(Servicio de Cirugía, Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago)

Introducción: La colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) es una herramienta terapéutica importante para el manejo de diversas patologías del árbol biliar y pancreático, ya sea para la resolución de la coledocolitiasis, uso de prótesis para las neoplasias periampulares o el cáncer vesicular.

Objetivo: Presentar nuestra experiencia con la colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) analizando el éxito y la morbimortalidad del procedimiento.

Material y Método: Trabajo retrospectivo descriptivo desde marzo de 2002 a mayo de 2005 en el Servicio de Cirugía Hospital Dr. Sótero del Río. Se revisan los libros de actas de CPRE, y se realiza un seguimiento de 6 meses por vía telefónica de los pacientes.

Resultados: En este período se sometieron CPRE 150 pacientes, con un promedio de edad de 59,3 años (23-91), la distribución por sexo muestra 109 mujeres y 41 hombres. Los diagnósticos son ictericia obstructiva de origen neoplásico 69 pacientes, coledocolitiasis 60 pac., colangitis 8 pacientes, fístula biliar 8 pac., fístula pancreática 1 pac., dilatación de la vía biliar 4 pacientes. Se realizó papilotomía en 54 pacientes. Se instalaron 75 prótesis. Canulación papilotomía en 54 pacientes. Se instalaron 75 prótesis. Canulación papila frustra 2 pacientes. Pacientes con más de dos CPRE 26 (incluidos los cambios de prótesis). Extracción de coledocolitiasis frustra en 3. Pacientes que requirieron otro procedimiento para resolución de su patología 8 (incluidos las exploraciones por neoplasia). Las complicaciones se desglosan en pancreatitis aguda necro-hemorrágica 2 pacientes, pancreatitis leve 3 pacientes con manejo médico, perforación duodenal 2 pacientes, hemorragia digestiva 4 pacientes (dos pacientes autolimitado y dos requirieron clipaje). La mortalidad de la serie es de 1 paciente secundario a perforación duodenal.

Conclusión: Los procedimientos exitosos de la serie son adecuados, nuestra morbilidad es levemente superior a series publicadas, en cambio la mortalidad se condice con la literatura nacional e internacional.

EMBARAZO COMO MASA HEPÁTICA ÚNICA

Drs. M. Uribe¹, J. Castillo K.², J. Ormazábal B.¹, F. Catán¹, M. Capetillo³

(¹Equipo Biliopancreático, Hospital del Salvador. ²Becado de Cirugía Digestiva, Hospital Clínico, Universidad de Chile. ³Anatomía Patológica, Hospital del Salvador)

Introducción: El estudio, diagnóstico y terapia de una masa hepática única implica una gama de patologías tanto benignas como malignas; como nódulos únicos benignos es infrecuente encontrar embarazo ectópico hepático; describiéndose según nuestra revisión de la literatura internacional un total de 16 reportes, logrando acceder a seis de ellos. En la literatura nacional no logramos encontrar referencias alusivas a este tipo de casos.

Objetivo: Dar a conocer el caso clínico de una mujer en edad fértil derivada a nuestro Servicio de Cirugía Hepatobiliar por tumor hepático.

Caso Clínico: Mujer de 40 años de edad derivada a nuestro servicio en noviembre de 2003 por nódulo hepático en segmento 6, con antecedentes de enfermedad reumática. Inicia su cuadro clínico en septiembre de 2003 con congestión mamaria, hiperpigmentación areolar y test de embarazo positivo el 17 de octubre, luego leve sangrado vaginal y dolor progresivo en hipocondrio derecho. Ecografía abdominal y ginecológica que evidencian ausencia de saco gestacional y un nódulo sólido hepático derecho de origen incierto. Tomografía revela tumor en segmento 6. Evoluciona con metrorragia que remite espontáneamente, sometida a cirugía abierta con diagnóstico preoperatorio de hiperplasia nodular focal sintomática. Se realizó tumorectomía. Evolucionó satisfactoriamente. La biopsia definitiva informó "embarazo ectópico roto con signos de retención".

Discusión: Este reporte de caso clínico se agrega a los infrecuentes casos notificados en la literatura sobre embarazo hepático, cuya gran diferencia es la forma de presentación que en nuestra paciente no se requirió laparotomía de urgencia. Es probable que si fueran más frecuentes estos casos la sospecha diagnóstica sería durante el preoperatorio, sin embargo la conducta y criterios quirúrgicos evidentemente no cambiarían. Finalmente aportando con nuestro caso a la notificación de

hechos infrecuentes, resuelto adecuadamente para la paciente.

SOBREVIDA A 5 AÑOS EN PACIENTES CON CÁNCER DE ESÓFAGO DIAGNOSTICADOS ENTRE 1993 Y 2003, EN EL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE DE VIÑA DEL MAR

Drs. Carlos Bergh O., Pablo González M., Cedric Adelsdorfer O., Carlos Zúñiga G. Ints. Beatriz Silva V., Macarena Sáinz M., Daniela Masoli L., Nelly Pérez R.

(Servicio de Cirugía Adultos, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso. Instituto Oncológico, Clínica Reñaca)

Introducción: El cáncer esofágico constituye la séptima neoplasia en incidencia en los EE.UU., con una proyección hacia fines del presente año de 14.250 nuevos casos y 13.300 muertes relacionadas con ellas. Es uno de los cánceres de peor pronóstico cuya mortalidad operatoria hacia cuestionable la utilidad real de la cirugía.

Material y Método: Se realizó un estudio retrospectivo observacional de los pacientes con diagnóstico de cáncer de esófago entre los años 1993 y 2003, se analizaron perfiles epidemiológicos, histología, tratamiento, mortalidad operatoria. Se completó el estudio con el análisis de sobrevida 5 años por método de Kaplan-Meier, y la comparación entre variables se determinó con la prueba de log-rank, considerando significativo un p-value <0,05.

Resultados: 110 pacientes se incorporaron, con predominio masculino (70%), la mediana de edad fue de 60 años, alcoholismo y tabaco estaban en el 56% de los pacientes. 12% se ubicaron en esófago superior, 57% en esófago medio y 31% en esófago inferior. Un 90% fueron carcinoma epidermoide y un 10% adenocarcinoma. Sólo un 41% recibió tratamiento con intención curativa.

La sobrevida global a 5 años fue de 16,7% (incluye los paliativos), y para los con intención curativa de un 31,7%, siendo significativa esta diferencia con un p<0,001. La sobrevida en pacientes con intención curativa, dio resultados estadísticamente significativos al comparar según estadios de la enfermedad (p<0,005).

La mortalidad operatoria fue de 6,89% a 30 días y 13,8% a 60 días.

Conclusiones: Los resultados de esta serie son comparables a los encontrados en la literatura científica nacional e internacional, tanto de sobrevida

como de mortalidad postoperatoria, probablemente se deba a la selección en comité de tipo de terapia para estos pacientes y la experiencia del equipo quirúrgico.

METÁSTASIS TIROÍDEA DE ADENOCARCINOMA PULMONAR: CASO CLÍNICO

Drs. *C. Cortés, V. Peña, M. González P.*
(Servicio de Cirugía, Hospital Barros Luco-Trudeau, Santiago, Chile)

Introducción: Los tumores secundarios son raros dentro de la patología maligna del tiroides, representando aproximadamente un 4% de todos éstos, siendo el adenocarcinoma de mama, pulmón y estómago, como hipernefomas y linfomas ejemplos de los escasos reportados en la literatura mundial. Presentamos un caso clínico que resultó ser una metástasis en el tiroides de un adenocarcinoma pulmonar no pesquizado previamente.

Caso: Mujer de 57 años de edad, con antecedentes de asma bronquial, HTA, cardiopatía coronaria, TACO por TVP quien 16 meses antes de su ingreso se encontraba en estudio por nódulo tiroideo y disfonía. Cuatro meses después se le realizó una TAC cervical, sin hallazgos patológicos. Un mes antes del ingreso se realiza nueva TAC de cuello, que demuestra tumor de istmo y de tercios anteriores de ambos lóbulos tiroideos y adenopatías en compartimiento carotídeo izquierdo y para-traqueal derecho. Se hospitaliza y se realiza tiroidectomía total con disección ganglionar cervical bilateral modificada, encontrándose un tumor tiroideo infiltrativo y un ganglio cervical sospechoso del grupo IV. La biopsia de la pieza operatoria informa adenocarcinoma mucosecretor infiltrativo moderadamente diferenciado con metástasis en un ganglio perirrecurrential. Dado el hallazgo histológico de la biopsia, se realiza búsqueda del tumor primario, que resultó normal. La inmunohistoquímica fue concordante con metástasis de adenocarcinoma, que sugiere origen pulmonar.

Dos meses después se realiza nuevo TAC de tórax, que demuestra gran masa mediastínica sólida de aspecto tumoral, adenopatías prevasculares e imagen en trama vascular compatible en linfagitis carcinomatosa.

Se diagnosticó cáncer pulmonar TX-N3-M1, con lo cual se inició quimioterapia paliativa.

Conclusión: Las metástasis a tiroides son raras; sin embargo, es un diagnóstico que debe considerarse cuando se observa un tumor tiroideo cuya

histología no corresponde a las líneas celulares de la glándula. El adenocarcinoma de pulmón es un origen posible dentro de lo raro que es este tipo de patología maligna del tiroides.

PANCREATECTOMÍA DISTAL EN CERDO. MODELO EN CIRUGÍA EXPERIMENTAL. EXPERIENCIA INICIAL

Drs. *J. Castillo K.¹, G. Rencoret P.²*
(¹Cirujano Servicio de Emergencia Hospital del Salvador. Perfeccionamiento Cirugía Digestiva, Hospital Clínico, Universidad de Chile. ²Becado Cirugía Digestiva, Hospital Clínico, Universidad de Chile)

Introducción: Formamos un equipo de trabajo dedicado al desarrollo de cirugía experimental en nuestro Hospital, cuenta con la aprobación de las instalaciones en nuestro recinto. Elaboramos un protocolo conformado por dos etapas. La primera se comunica a continuación.

Objetivo: Desarrollar, aprender y practicar la técnica de pancreatectomía distal laparoscópica en modelo experimental de cerdos para su posterior aplicación en humanos.

Material y Método: Etapa 1: sometidos a cirugía un total de 9 cerdos por dos cirujanos. Se alimentaron con líquidos por 48 horas. Anestesia: ketamina y pentotal según peso. Posición decúbito dorsal. Se definieron grado de dificultad (0-10) y porcentaje de conversión teórica. Laparoscopia modelo MV-10104 de ACMI MicroDigital®, óptica de 0 grados, trocares de 5 y 10 mm, neumoperitoneo de 12 mmHg. Hook para la disección y sección del páncreas. Se desarrolló en Laboratorio Cirugía Experimental Hospital del Salvador. Procedimiento según normas éticas para experimentación en animales.

Resultados: De los 9 cerdos la mediana de peso fue de 16 kg (promedio= 17; DS=5,34; 9 a 25 kg), una mediana de trocares de 5 (4 a 5), tiempo operatorio de 100 minutos como mediana (60-110 min). Se presentaron complicaciones mayores intraoperatorias en 4 animales; con porcentaje de conversión teórica de 44,4%. Grado de dificultad de 7.

Conclusión: El desarrollo de la técnica fue aprendida con cierto grado de dificultad por dos cirujanos con una experticia quirúrgica previa proveniente de becas formales de cirugía general y digestiva. Se accedió fácilmente a la glándula pancreática, lo que puede tener claras ventajas para el estudio de masas pancreáticas distales. Este proyecto continúa desarrollándose en su segunda etapa.

TRATAMIENTO DE LA FÍSTULA BRONCO- PLEURAL POSTOPERATORIA

Drs. Marco Rojas^{1,2}, Osvaldo Iribarrén^{1,2}, Fernando Saavedra¹, Enrique De Amesti¹, Marcela Maureira³, Luis Soto³

(¹Servicio de Cirugía, ²Escuela de Medicina, Universidad Católica del Norte. ³Servicio de Medicina, Hospital de Coquimbo)

Introducción: Se presenta un estudio retrospectivo, descriptivo, del manejo de la fístula bronco-pleural (FBP), en el Servicio de Cirugía del Hospital de Coquimbo en un período de 51 meses. Se describen las patologías operadas, siendo las más frecuentes la hidatidosis y el cáncer broncogénico. Se realizaron 27 resecciones mayores y 63 resecciones menores, 90 operaciones de resección pulmonar. La frecuencia de aparición de la FBP es de un 5,5% (5 casos), resolviéndose 3 por vía endoscópica y 2 con reoperación. Cuatro FBP aparecieron en resecciones menores y una en una operación de resección mayor. No hubo mortalidad en esta serie. Se consigna el uso de un flap de grasa pericárdica para cubrir el muñón bronquial como elemento de protección y prevención de la aparición de una FBP en resecciones mayores.

PABELLÓN QUIRÚRGICO DOCENTE ASISTENCIAL, EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ: EXPERIENCIA EN 1106 COLECISTECTOMÍAS

Drs. F. Acuña, F. Poblete, J. Rocabado, G. Thonet, J. Olivares, R. Zuleta, A. Neira, Ints. A. Pérez, E. Herrera

(Servicio de Cirugía Hospital San José, USACH)

Introducción: La colecistectomía, es la cirugía electiva más frecuente realizada en nuestro hospital y otros centros del país. La formación de cirujanos con experiencia en el manejo de la patología vesicular es muy importante, además del alto impacto epidemiológico que implica la resolución de esta patología.

Objetivo: Analizar la factibilidad de un pabellón docente asistencial en el hospital San José resolviendo la lista de espera de coleditiasis y educando en la técnica quirúrgica de colecistectomía a los becados de cirugía de nuestro hospital.

Material y Método: El presente es un estudio prospectivo-descriptivo de los pacientes operados en el pabellón quirúrgico docente asistencial del hospital San José entre noviembre del 2001 y julio del 2005. Se realizaron 1106 colecistectomías, de

las cuales 1028 fueron laparoscópicas y 78 abiertas.

Resultados: En los 3 años y 8 meses de desarrollo del proyecto se realizaron 1106 colecistectomías. El 66,9% (n: 741) fueron efectuadas por becados y el 33,1% (n: 365) por cirujanos del servicio. Se consignaron los tiempos operatorios, complicaciones intra y postoperatorias y tasas de conversión. Se compararon y analizaron los aspectos antes descritos, en las colecistectomías realizadas por becados y cirujanos del servicio. No se encontraron cifras estadísticamente significativas en las comparaciones, exceptuando los tiempos operatorios que eran menores en los cirujanos del servicio.

Conclusiones: Es factible llevar a cabo un proyecto quirúrgico docente asistencial y cumplir con los objetivos de resolver el problema epidemiológico de la coleditiasis, además de contribuir en el adiestramiento de los cirujanos en formación, sin evidencias de mayores complicaciones.

PERFORACIÓN DE INTESTINO DELGADO SECUNDARIO A CÁNCER DE PULMÓN METASTÁSICO; REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Drs. W. Martínez¹, A. Pérez Castilla¹, J. Pilas²

(¹Servicio Médico Quirúrgico. Hospital Santiago Oriente, Campus Clínico Oriente. Universidad de Chile. ²Programa de Capacitación en Cirugía. Campus Clínico Oriente. Universidad de Chile)

Introducción: Las metástasis a intestino delgado derivadas de un cáncer pulmonar, según reportes anatomopatológicos, no son del todo infrecuentes, no obstante su manifestación clínica es un evento excepcional, siendo esta última fundamentalmente representada por la perforación del asa comprometida o bien por la obstrucción de la misma.

En la actualidad la literatura anglosajona reporta 58 casos bien documentados. Damos cuenta del caso de un paciente de 52 años portador de un carcinoma de células grandes mal diferenciado ubicado en el pulmón derecho que se presenta en urgencia como abdomen agudo. El hallazgo quirúrgico correspondió a dos tumores de intestino delgado, uno de ellos perforado siendo causal de peritonitis secundaria y un segundo obstruyendo el lumen del yeyuno. En el intraoperatorio se realiza doble resección intestinal con anastomosis primaria. Presentó una sobrevida de 6 semanas. Por el escaso número de casos reportados no existe claridad frente al tipo histológico más frecuente de tumores primarios pulmonares metástasis a intestino delga-

do; según el consenso en la literatura actual se aprecia que la manifestación clínica de estos tumores se corresponde con estadio tardío de la enfermedad pulmonar cancerosa. A su vez, es posible encontrar en la literatura que el manejo de este cuadro ha de ser la resección quirúrgica con anastomosis primaria a modo de manejo paliativo considerando una baja sobrevida (postoperatoria) debido a lo avanzado de la condición basal, que en promedio alcanza las 8 semanas. A modo de conclusión notamos que el caso aquí presentando se corresponde con un estadio tardío de la enfermedad pulmonar tumoral (T3N2M1) además de haberse presentado clínicamente dentro del espectro de posibilidades que la literatura, reporta, sin dejar de mencionar que su histología corresponde a una de las frecuentemente descritas en la literatura internacional como causal de metástasis pulmonar a intestino delgado.

FACTORES PRONÓSTICOS CLÍNICOS Y MORFOLÓGICOS EN EL TUMOR PHYLLODES DE MAMA

Drs. *Juan Carlos Roa S., Oscar Tapia E., Paula Carrasco A., Enrique Contreras V., Juan Carlos Araya O., Iván Roa E.*

(Departamento de Anatomía Patológica, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile)

Introducción: El tumor Phyllodes es una neoplasia poco frecuente que se caracteriza por su tendencia a recurrir localmente y ocasionalmente a dar metástasis. Se ha sugerido que algunas de sus características morfológicas podrían ayudar a predecir su comportamiento biológico.

Objetivo: Evaluar el valor pronóstico de características clínicas y morfológicas que permitan predecir recurrencia, metástasis y sobrevida en pacientes con diagnóstico de tumor Phyllodes.

Material y Método: Se seleccionaron y analizaron las características morfológicas, clínicas y quirúrgicas de 47 casos de tumor Phyllodes entre los años 1966-2003. Se utilizó la clasificación de la OMS. Se obtuvo seguimiento de la totalidad de los casos.

Resultados: El 51%, 28% y 21% de los tumores resultaron benignos, borderline y malignos respectivamente. La adherencia a planos profundos ($p=0,01$), tamaño superior a 10 cm ($p=0,001$), mayor actividad mitótica ($p=0,03$) y el margen infiltrativo tumoral ($p=0,0002$) resultaron ser buenos predictores de recurrencia. La presencia de dolor al diagnóstico ($p=0,03$), acentuado pleomorfismo celular ($p=0,007$), marcada actividad mitótica ($p=0,002$),

grado tumoral maligno ($p=0,006$) y metástasis ($p<0,00001$) correspondieron a factores predictores de peor sobrevida.

Conclusiones: El estudio cuidadoso del grado histológico y de algunas características clínicas de pacientes con tumores Phyllodes tiene un impacto significativo en la predicción del comportamiento biológico tumoral.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL QUISTE PULMONAR CONGÉNITO EN EL ADULTO: PRESENTACIÓN DE 3 CASOS

Drs. *Patricio Cancino A., Alejandra Díaz, Francisco Cabezas S.*

(Servicio de Cirugía, Hospital Dr. Eduardo Pereira R. de Valparaíso. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso)

Los quistes congénitos pulmonares se originan por alteración de la diferenciación bronquioalveolar entre la 26th-40th semana de gestación, de localización más frecuente en los lóbulos inferiores y habitualmente únicos. Comprenden entre el 15-20% de las lesiones quísticas del pulmón. Su incidencia en el adulto es desconocida por el alto porcentaje de pacientes asintomáticos. La presentación de síntomas es secundario a complicaciones tales como ruptura del quiste, infección de su contenido, sangramiento (hemoptisis) o por compresión de estructuras vecinas.

Habitualmente son diagnosticados y manejados en el período neonatal o la infancia. El tratamiento es en general quirúrgico resectivo, pero un número creciente de casos está siendo manejado de manera expectante, llegando los pacientes eventualmente a la vida adulta con estas malformaciones *in situ*. Un pequeño grupo de pacientes es diagnosticado en la adultez como hallazgo incidental radiológico o bien durante estudio por síntomas respiratorios inespecíficos. Un escaso porcentaje presenta complicaciones asociadas en esta etapa. En pacientes sintomáticos está indicada la resección quirúrgica. Sin embargo, el pronóstico a largo plazo de los pacientes asintomáticos es impredecible, de ahí el rol de la cirugía preventiva.

Por su rara presentación en adultos existe poca literatura al respecto. Presentamos tres casos de quistes pulmonares en adultos, intervenidos en nuestro hospital, los cuales se diagnosticaron durante estudio radiológico de síntomas respiratorios inespecíficos. Se describen las distintas presentaciones tanto clínicas como anatómicas, así como la técnica quirúrgica detallada.

LINFOMA TIROIDEO. REPORTE DE 2 CASOS

Drs. P. Gac, J. Amat, F. Rodríguez, C. Morales¹, P. Pineda², P. Cabané, F. Parada. Sres. J. López³, E. Miranda³, C. Cárcamo³, N. Melgarejo

(¹Departamento de Cirugía, Anatomía Patológica y ²Medicina, Hospital Clínico Universidad de Chile. ³Interno de Medicina, Universidad de Chile)

Introducción: El linfoma tiroideo representa entre un 1-5% de los cánceres de tiroides, pero existe solo un reporte previo en la literatura nacional.

Objetivo: Reportar los únicos 2 casos con linfoma tiroideo atendidos en nuestro centro.

Material y Método: Se revisan los casos de 2 pacientes con diagnóstico de linfoma primario del tiroides, enfatizando el enfrentamiento quirúrgico y forma de presentación.

Resultados: *Caso 1*, Mujer 81 años con enf. Alzheimer. Crecimiento cervical anterior de 3 meses de evolución, de rápido crecimiento el último mes. Se realizaron punciones tiroideas compatibles con tiroiditis crónica. TSH fue de 32,4 mUI/ml, con anticuerpos anti TPO (+). En octubre de 2004 consulta en urgencia por cuadro de 2 semanas de evolución de disnea progresiva y disfagia, destacando un gran aumento de volumen cervical anterior pétreo de 10 cm, asociado a múltiples adenopatías cervicales. Resto del examen y laboratorio normales. Se planteó resección tumoral de urgencia para lograr manejo de vía aérea, sospechándose carcinoma anaplásico tiroideo. En el preoperatorio se realizó nasofibroscoopia, para ver permeabilidad de la vía aérea a distal de la masa. No se encontró compromiso endoluminal y se dejó tubo nasotraqueal Nº 5 para anestesia general. Se realiza una istmectomía descompresiva más traqueostomía, destacando desplazamiento severo de tráquea a izquierda y a 10 cm en profundidad desde el plano cutáneo. Biopsia demuestra linfoma no Hodgkin (LNH) difuso, estirpe B de células grandes. Etapificación sin evidencias de compromiso extracervical. Inicia quimioterapia CHOP, con >90% de reducción de masa tumoral, recibiendo 2 ciclos más. Paciente fallece a los 2 meses del diagnóstico por insuficiencia respiratoria aguda en un centro para pacientes terminales. *Caso 2:* Mujer de 16 años, sin antecedentes relevantes. Con aumento de volumen cervical anterior progresivo asintomático desde septiembre de 2004. Ecografía tiroidea: bocio multinodular. Punción concordante con tiroiditis crónica. Inicia levotiroxina 50 mcg/día, con respuesta parcial. En diciembre de 2004 reaparece aumento de volumen tiroideo asociado a estridor laríngeo y dificultad respiratoria progresiva. Se hospitaliza en

nuestro centro estando eutiroides, con anticuerpos antitiroides (-). TAC de tórax y cuello: Bocio multinodular, compromiso endotraqueal cervical de un 70%, linfonodos cervicales yugular derecho. Se realiza tiroidectomía total y traqueostomía bajo el nivel de obstrucción endotraqueal. Biopsia: LNH estirpe B concordante con linfoma de Burkitt tiroideo. Evoluciona satisfactoriamente. Se etapifica como IV-E por compromiso renal. Inicia quimioterapia con esquema Hiper CVAD, del que he recibido 4 ciclos hasta la fecha, con remisión completa de masas tumorales.

Conclusión: El linfoma tiroideo es poco frecuente. Destaca que ambos casos fueron informados como LNH estirpe B, tuvieron punciones tiroideas compatibles con tiroiditis crónica y se presentaron como masa cervical con obstrucción aguda de la vía aérea, todo lo cual concuerda con lo reportado internacionalmente.

TUMOR SÓLIDO PSEUDOPAPILAR DE PÁNCREAS, REPORTE DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Drs. A. Pérez Castilla¹, W. Martínez¹, S. Valenzuela²
(¹Servicio Médico Quirúrgico Santiago Oriente, Facultad de Medicina, Campus Oriente, Universidad de Chile. ²Residente de Cirugía, Hospital del Salvador, Facultad de Medicina Campus Oriente Universidad de Chile)

El tumor pseudopapilar de páncreas, es una neoplasia de bajo grado. El diagnóstico se sospecha en mujeres jóvenes con masa abdominal. En general presentan muy pocas metástasis, casi todas en el hígado, y evolucionando favorablemente tras la cirugía. Desde su descripción original en 1959 se han reportado en la literatura anglosajona 718 casos bien documentados.

En el presente trabajo damos cuenta de dos nuevos casos, los cuales presentan características clínicas, radiológicas e histológicas distintivas de esta neoplasia. La resolución quirúrgica de ambos casos correspondió a una pancreatocetomía corporocaudal. Ambas pacientes se encuentran libres de enfermedad.

Según nuestra revisión de la literatura, este tumor corresponde entre el 2 al 7% de las neoplasias exocrinas del páncreas, con una relación mujer hombre de 9,78 a 1 y una edad promedio de presentación de 21 años. La ubicación anatómica más frecuentes son la cabeza del páncreas y el segmento corporocaudal. Su clínica está dada principalmente por el dolor abdominal inespecífico y el hallazgo de una masa abdominal. Sus características

histológicas son distintivas y permiten su clara identificación.

El tratamiento depende de la localización anatómica del tumor, siendo las opciones más empleadas la pancreatoduodenectomía y la pancreatectomía corporcaudal. Su malignidad se desarrolla en el 15% de los pacientes y la supervivencia a 5 años es de un 95%.

En conclusión se han presentado dos casos debidamente estudiados, los cuales concuerdan plenamente con lo descrito en la literatura, poniendo énfasis en la sospecha diagnóstica de estos casos, a la vez de estimular su tratamiento quirúrgico agresivo. Mediante la revisión del tema hemos constatado que el reporte adecuado de los casos ha permitido el correcto diagnóstico y manejo de casos futuros, estableciendo una entidad patológica que a pesar de su baja ocurrencia es de especial atractivo quirúrgico por las altas tasas de curación logradas con la cirugía.

E-LEARNING EN EL POSTGRADO DE CIRUGÍA GENERAL DE LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE. UNA EXPERIENCIA PARA EXTENDER LA EDUCACIÓN EN CIRUGÍA LAS 24 HORAS/365 DÍAS

Drs. C. Luna-Jaspe, R. Sánchez, J. Lara Ustaris, J. Roa Benavides, R. Ospina Díaz
(Universidad El Bosque, Facultad de Medicina, Postgrado de Cirugía General, Bogotá D.C., Colombia)

Introducción: Los residentes del postgrado de cirugía general de la Universidad El Bosque están sometidos a rotaciones de prácticas en centros hospitalarios distribuidos por toda el área urbana de Bogotá; sus diferencias en tiempo y lugar impiden adelantar sesiones académicas indispensables para el programa de postgrado. En consecuencia, no existe uniformidad de conocimientos y el cuerpo docente del postgrado mantiene una pobre comunicación con su estudiantado.

Objetivo: Desarrollar un programa académico mediante e-Learning para los residentes del postgrado de cirugía general con el fin de extender la enseñanza las 24 horas, los 365 días del año, manteniendo además una comunicación más estrecha con la institución universitaria y el residente.

Material y Método: El programa pretende desarrollar cursos académicos en línea ciclados a lo largo de la carrera donde sea indispensable la asistencia de docentes virtuales especialistas en la materia.

En la experiencia, se presentó el primer curso

en línea “abdomen agudo y laparoscopia diagnóstica”, diseñado totalmente en HTML con posterior implementación en el sistema de Aulas Virtuales de la Universidad El Bosque.

El curso cuenta con material de estudio guiado por páginas Web de contenido académico, herramientas de comunicación como: foros, chat, teleconferencias y herramientas de evaluación con seguimiento de estudiantes, casos clínicos y exámenes en-línea.

Discusión: En el programa se matricularon todos los residentes del postgrado de cirugía (14) en sus diferentes años de carrera. Fueron (4) docentes especialistas en la materia y (1) estudiante apoyando en el soporte tecnológico y alfabetización digital. Todo el curso y las tutorías se realizaron 100% en-línea sin asistencia presencial.

El nivel de satisfacción de los usuarios fue alto, cada residente afianzó sus conocimientos de anatomía, fisiología, abdomen agudo, imágenes diagnósticas y laparoscopia. El sistema de estadística del Aula Virtual nos proporcionó todos los detalles.

Conclusiones: Es indispensable unificar los conocimientos de las materias en el postgrado de cirugía general de la Universidad El Bosque, pero debido a las distancias y la diferencia de tiempo de los residentes, es imposible realizar sesiones académicas presenciales. e-Learning posibilita los procesos de enseñanza-aprendizaje extendiéndose las 24 horas y sin limitaciones geográficas. De esta forma, desarrollar programas académicos basados en educación virtual, hacen posible que los residentes de cirugía afiancen sus conocimientos, y más aún, permite que se realicen tutorías con expertos las 24 horas. Nuestra experiencia con el curso “Abdomen agudo y laparoscopia diagnóstica” demuestra que es posible hacerlo.

ANESTESIA LOCAL EN LAS HERNIAS DE LA LÍNEA MEDIA. COMPARACIÓN DE LA ANESTESIA PREPERITONEAL CON LA DEL MÚSCULO RECTO

Drs. A. Acevedo, A. Viterbo, J. Bravo
(Campus Peñalolén, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Unidad de Cirugía Ambulatoria (UCA), Centro de Referencia de Salud (CRS) Cordillera Oriente, Santiago)

Introducción: El 64% de las eventraciones que consultaron en la UCA del CRS Cordillera se intervinieron en forma ambulatoria con anestesia local. Las referencias sobre esta forma de anestesia son escasas en la literatura nacional e internacional. El

objetivo de este estudio es comparar la infiltración preperitoneal con la del músculo recto en la reparación de los defectos de la línea media.

Material y Método: Se trata de un estudio caso control donde los controles fueron 50 pacientes históricos, 39 mujeres y 11 varones con una edad promedio de 56,6 años ($\pm 13,4$), intervenidos entre el 01-06-2002 y el 31-05-2004, y los casos 57 pacientes, 37 mujeres y 20 varones con una edad promedio de 54 años ($\pm 12,2$) operados entre el 01-06-2004 y el 10-08-2005. Se intervinieron 75 eventraciones y 35 hernias umbilicales asociadas a diástasis o a hernias epigástricas y hernias epigástricas múltiples. El tamaño de las hernias fue mediano (5-10 cm) o grande (10 a 15 cm) en el 47% de los controles y en el 61% de los casos. El resto fue pequeño.

La técnica anestésica fue similar para la piel en ambos grupos. En el plano musculoaponeurótico se usó en los controles una infiltración del espacio preperitoneal en toda la longitud el defecto y en los casos una infiltración del músculo recto a través de la vaina, en la misma extensión. La técnica quirúrgica fue igual en ambos grupos consistente en la disección del o de los sacos, su manejo, reducción y sutura mediante un Surget corrido de la línea media con Vycril® 2-0, seguida de una doble sutura corrida invaginante de la vaina de los rectos en la línea media con Ethybon®. El tejido celular se suturó anclándolo a la aponeurosis con puntos separados de Vycril 2-0. No se dejó drenaje. El dolor se evaluó por la enfermera asistente de anestesia al término de la cirugía mediante escala analógica visual de 10 puntos. La significación estadística se estimó mediante el test de Chi cuadrado.

Resultados: Los controles tuvieron una puntuación de dolor significativamente mayor que los casos ($p < 0,046$). La tabla da cuenta de los valores obtenidos.

Dolor	1	2	3	4	5	6	7	8	x
Controles	3	16	9	10	5	1	3	4	3,7
Casos	15	26	7	5	3	1	0	1	2,3

Conclusiones: La técnica de infiltración anestésica de los músculos rectos del abdomen disminuyó significativamente el dolor operatorio en los enfermos sometidos a cirugía de las eventraciones y hernias de la línea media de la pared abdominal en comparación con la técnica de infiltración anestésica preperitoneal. Esto se explica porque la infiltración anestésica en los músculos rectos bloquea los nervios espinales en su trayecto hacia la línea media.

NECROSIS TOTAL DE ARÉOLA Y PEZÓN EN MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN CON PEDÍCULO INFERIOR

Drs. W. Calderón, FACS, A. Eulufi, C. Borel, P. Leniz, D. Calderón M.

(Departamento de Cirugía Plástica y Quemados)

La necrosis de aréola y pezón es una condición indeseable y, muy rara, en las mamoplastias de reducción.

Existen muchas posibles causas para dicho evento: compresión del pedículo vascular, infección necrotizante, sección del pedículo, traumatismo y hematomas.

En los últimos 20 años hemos operado 600 pacientes con Mamoplastia de reducción con pedículo inferior y en una paciente de un lado se presentó necrosis total del complejo aréola pezón.

La resección en dicho lado fue de 900 g. La necrosis apareció al 4º día de postoperatorio. Sabiendo que el epitelio de dicha zona, es grueso supusimos que las células basales serían capaces de epidermizar la zona alterada.

Por lo tanto solo realizamos curaciones con mupirocina al 2%.

A los dos meses de este tratamiento conservador se observó total recuperación del complejo.

Se presenta este caso pues no existen publicaciones sobre la conducta a realizar en esta difícil situación, en que el tratamiento conservador resolvió el problema.

EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN PULMONAR EN OBESOS MÓRBIDOS

Drs. Y. López, M. Falavignia, A. Burgos, A. Csendes
(Departamento de Cirugía de la Universidad de Chile)

Introducción: La obesidad mórbida tiene efectos adversos en la función pulmonar, asociado o no a otras patologías. La disminución en la función pulmonar después de cirugías mayores, como el by pass gástrico, se encuentran bien documentada. Se ha demostrado que la cirugía laparoscópica disminuye las alteraciones de la función pulmonar, al compararse con la cirugía abierta.

Objetivo: Comparar la función pulmonar de los pacientes sometidos a bypass gástrico abierto (BPGA) y bypass gástrico laparoscópico (BPGL).

Material y Método: Entre julio de 2004 y julio de 2005, 26 pacientes sometidos a BPGA y BPGL, se les realizaron estudios de función pulmonar (radiografía de tórax, gasometría arterial, espirometría)

pre y posoperatoria. Hubo 17 pacientes que se les realizó BPGA y 9 BPGL. El promedio de IMC fue de 42,8 con un rango entre 34,5 y 55. Se evaluaron patologías concomitantes y tabaquismo.

Resultados: Los pacientes sometidos a BPGA y BPGL presentaron hipoxemia, 70% y 66% respectivamente, durante el primer día posoperatorio, disminuyendo al cuarto día postoperatorio a 64% (BPGA) y 33% (BPGL). Se presentaron atelectasias en los controles posoperatorios de ambos grupos, siendo 53% (BPGA) y 44% (BPGL), manteniéndose en los controles del segundo y cuarto día posoperatorio. En la espirometría preoperatoria el 3,8% presentó alteración restrictiva, sin embargo en el control posoperatorio al cuarto día 47% (BPGA) y 44% (BPGL) presentaron alteración restrictiva leve. Se documentó tabaquismo en 54% de los pacientes de los cuales el 50% presenta alteración restrictiva en la espirometría posoperatoria.

Conclusiones: El abordaje utilizado para realizar el bypass gástrico no modifica las alteraciones de la función pulmonar en los pacientes con obesidad mórbida. Los pacientes con antecedente de tabaquismo aumentan el riesgo de alteraciones de la función pulmonar. La espirometría preoperatoria no ayuda a identificar pacientes que presentan alteración restrictiva en sus posoperatorio.

QUIMIOTERAPIA COADYUVANTE EN CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO

Drs. *Aliro Venturelli L., Carlos Cárcamo I., Javier López S., Francisco Venturelli M.*

(Instituto de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Regional, Valdivia)

Introducción: La quimioterapia coadyuvante en cáncer gástrico ha sido un tema muy debatido con diversos resultados publicados. Algunos grupos le confieren una mejoría en la sobrevida a 5 años, sin embargo no le logran otorgar significancia estadística. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de la quimioterapia en la sobrevida a 5 años, en pacientes portadores de cáncer gástrico con compromiso de serosa (T3). Se trata de un estudio prospectivo que incluye a 72 hombres y 39 mujeres con una edad promedio de 62,5 años que fueron sometidos a una gastrectomía con intención curativa entre enero de 1988 y diciembre de 2002. Los pacientes se agrupan dependiendo del número de linfonodos metastásicos (N), y si recibieron quimioterapia. El hecho de recibir quimioterapia o no, se basó principalmente en un protocolo predefinido. El

esquema de quimioterapia contaba con 5-Fluoruracilo, Adriamicina y Mitomicina. La curva de sobrevida se obtuvieron con el método de Kaplan-Meier y las diferencias comparadas con el test de Logrank, se consideró significativo un $p < 0,05$. De los 111 pacientes que incluyó el estudio a 69 (62,1%) se les realizó una gastrectomía total y a 42 (37,8%) una subtotal con linfadenectomía D2. Cincuenta y ocho fueron sometidos a una esplenectomía. Setenta (63,0%) recibieron quimioterapia coadyuvante. Según el estudio de linfonodos 21 fueron clasificados como N0, 36 como N1, 27 como N2 y 27 como N3; y la sobrevida a 5 años fue de 74, 42, 23, y 17% respectivamente. Al separar los grupos según su compromiso linfonodal y en relación a si recibieron o no quimioterapia coadyuvante, encontramos que en los grupos T3N2 y N3 no hubo diferencias en su sobrevida. Si encontramos diferencias en la sobrevida a 5 años en los grupos T3N0 y N1 a favor de los pacientes que recibieron quimioterapia, sin embargo sólo el grupo T3 N1 alcanzó significancia estadística. Según nuestros hallazgos en los pacientes con cáncer gástrico con compromiso de serosa, y que presenten seis o menos linfonodos comprometidos (T3 N0 o N1) se justificaría realizar este esquema de quimioterapia coadyuvante, puesto que tendría un impacto en la sobrevida a 5 años.

ABORDAJE AREOLAR EN MAMOPLASTIA AUMENTO

Drs. *P. Castillo, A. Prado, A. Troncoso, J. Villamán, P. Fuentes*

(Hospital de Carabineros (HOSCAR). Clínica Arauco Salud)

Introducción: Los abordajes habituales en mamoplastias de aumento, son el periareolar, submario y axilar. Todos ellos dejan cicatrices, que en algunos casos pueden perjudicar el resultado. Presentamos un abordaje que no deja cicatrices visibles.

Material y Método: Empleamos el abordaje areolar en 3 pacientes (25 a 38 años), 2 de ellas con hijos y lactancias. El diámetro de las aréolas varió entre 4,5 y 6,5 cm. Utilizamos prótesis texturizadas de gel de silicona (200 a 275 cc).

Marcamos 2 círculos concéntricos al pezón. La marca interna se encuentra rodeando el pezón y la externa deja 1,5 a 2 cm de aréola periféricamente. Realizamos una incisión en el tercio superior de la marca periférica, que transecta perpendicularmente el parénquima mamario, accediendo al plano

subfacial. Con un separador con luz disecamos el bolsillo e instalamos la prótesis. Cerramos el parénquima con monocryl. Desepidermizamos la aréola entre las dos marcas circulares y realizamos una sutura tipo round block, con nylon 4-0, aproximando el borde areolar desepidermizado al pezón. Finalizamos con puntos de nylon 6-0, que son retirados a la semana.

Resultados: El acceso areolar nos permitió disecar el bolsillo e instalar las prótesis sin dificultad. Ninguna paciente presentó alteraciones sensitivas del pezón. Con un seguimiento de entre 3 y 6 meses, las cicatrices han permaneciendo ocultas en la unión aréola-pezón. Durante el primer mes se observaron pliegues cutáneos radiados alrededor del pezón, que desaparecieron espontáneamente. Las pacientes han manifestado un alto grado de satisfacción.

Discusión: El abordaje areolar permite acceder al plano subglandular, subfacial o submuscular y es una alternativa para la instalación de prótesis mamarias que no deja cicatrices visibles, eliminando el estigma de la cirugía. Requiere de aréolas mayores a 4 cm de diámetro estando especialmente indicado cuando además se desea reducir su diámetro.

TUMORES ESTROMALES GASTROINTESTINALES. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE CARABINEROS

Drs. D. Lazo¹, R. Novoa², J. Plasser², M. Cáceres², Int. C. Sanhueza¹

(¹Servicio de Cirugía, Hospital Salvador. Facultad de Medicina Oriente. Universidad de Chile. ²Servicio de Cirugía, Hospital de Carabineros)

Introducción: Los tumores estromales gastrointestinales (GIST) son un raro conjunto de neoplasias que incluyen las líneas celulares mioide, neural y neuroganglionar autonómico. Comprenden menos del 1% de los tumores malignos del tracto digestivo, pudiendo localizarse a lo largo de todo éste, siendo la gástrica su ubicación más frecuente. Inmunohistoquímicamente poseen reactividad para CD117, características que hoy en día permite el tratamiento coadyuvante sistémico de sus etapas más avanzadas. El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia en el manejo de los tumores estromales gastrointestinales en el Hospital de Carabineros.

Material y Método: Análisis retrospectivo de los casos de GIST operados en el Hospital de Carabineros durante los años 1999-2005.

Resultados: Fueron analizados 5 casos de GIST atendidos entre los años 1999 y 2005. Estos corresponden a 3 hombres y 2 mujeres de entre 36 y 70 años. La presentación clínica fue HDA en 2 casos, dispepsia en 2 casos y obstrucción intestinal en 1. El diagnóstico preoperatorio se hizo endoscópicamente en todos los pacientes. Todos los pacientes fueron sometidos a cirugía, con intención curativa en cuatro casos. Al momento del diagnóstico sólo un paciente presentaba metástasis hepática, de los cuatro restantes, dos las presentaron, a los 6 meses y cuatro años postcirugía. El estudio histológico definitivo con inmunohistoquímica confirmó el diagnóstico en los 5 casos, siendo 3 de ellos considerados malignos, 1 de potencial maligno incierto y 1 benigno. El manejo coadyuvante incluyó quimioterapia convencional en 1 caso y con Gleevec[®] (Imatinib) en 2 casos de potencial maligno y el de potencial maligno incierto.

Actualmente todos los pacientes se encuentran vivos y con un seguimiento promedio de 4 años.

Conclusiones: Pese a la baja frecuencia de GIST descrita en la literatura, hemos visto un incremento en su diagnóstico, probablemente debido al uso masivo del estudio endoscópico. La piedra angular de su tratamiento sigue siendo la cirugía, sin embargo han aparecido nuevas terapias que muestran resultados alentadores.

MUCINOSIS CUTÁNEA PALPEBRAL, REPORTE DE UN CASO

Drs. R. Guridi, P. Bórquez, D. Lilayú

(Equipo de Cirugía General y Plástica, Servicio de Cirugía, Hospital Base Osorno. Décima Región)

La mucinosis cutánea (MC), es una enfermedad muy poco frecuente. Hay varios tipos descritos, entre otros una forma juvenil autolimitada y del adulto cuyo primer caso fue descrito en 1996. Además en el adulto existen otras formas crónicas y de curso progresivamente severo, todos de etiología desconocida. Según el tipo histológico, se clasifican en primarias en que la principal característica es el depósito de mucina en la dermis que determina aparición de lesiones clínicas características. Existe un tipo secundario en que el depósito de mucina acompaña a otras entidades patológicas.

Se reporta el caso de un hombre de 37 años, que consulta hace 5 años por lesiones eritematosas y papuloedematosas faciales principalmente de zona palpebral y de aparición brusca. Sus exámenes de hemograma, creatinina, factor reumatoideo e IgE total fueron normales. Durante 10 meses se trató

con corticoides orales, intramusculares de depósito y tópicos además de antialérgicos sin respuesta por lo que se deriva a Santiago donde se realizó una biopsia de piel (agosto de 2001), que confirmó el diagnóstico. Luego de numerosos tratamientos corticoidales en Santiago sin respuesta, el paciente abandona controles hasta agosto de 2004 en que consulta nuevamente en Osorno en el policlínico de cirugía plástica por persistencia del cuadro. Se planifica tratamiento con infiltración local de Triamcinolona (Kenacort-A®) en dosis de 10 mg por área, en una sesión mensual. Ya en la segunda sesión se aprecia una buena respuesta con franca disminución de las lesiones. Se completaron 4 sesiones con regresión de aproximadamente el 90% de volumen. Luego de 4 meses sin tratamiento se aprecia una recidiva del edema en la zona de los párpados, aunque la consistencia de los tejidos es mucho más blanda que en su presentación original. Se reinicia el mismo tratamiento por un tiempo más prolongado.

ACTIVIDAD OPERATORIA EN HOSPITAL TIPO 3: EXPERIENCIA QUIRÚRGICA EN HOSPITAL DE VILLARRICA, PERÍODO 2000-2005

Drs. *D. Fodor, J. Hertzler, C. Silva, G. Glavic, J. Valeria, C. Oyarzo, J. Klein, A. Donoso*
(Servicio de Cirugía, Hospital de Villarrica)

Introducción: Nuestro objetivo es presentar la actividad operatoria del Hospital de Villarrica, en el período comprendido entre enero de 2000 y mayo de 2005.

Material y Método: Revisamos en forma retrospectiva una serie de 2850 intervenciones, realizadas por el equipo, compuesto por dos cirujanos generales, dos médicos en Etapa de Destinación y Formación, dos anesthesiólogos, una enfermera universitaria, nueve técnicos paramédicos y un auxiliar de servicio. Las actividades operatorias se realizan en horario de 8:00 a 14:00, además de intervenciones enmarcadas dentro del Programa Oportunidad de la Atención (POA). Al ser un establecimiento de la red asistencial del Servicio de Salud Araucanía Sur, se atienden pacientes beneficiarios de distintas comunas, además de Villarrica.

Resultados: Nuestra serie se divide en 193 cirugías por hernia incisional; 528 cirugías por hernia inguinal-inguinocrotal; 100 safenectomías; 1145 colecistectomías abiertas (979 sin otra intervención, 181 asociadas a coledocostomía, 34 asociadas a coledocostomía más cisticostomía); 104 apendicectomías; 408 colecistectomías laparos-

cópicas; 31 intervenciones por hidatidosis hepática; 24 cirugías por obstrucción intestinal; 11 cierres de colostomía, 16 cirugías gástricas (entre las cuales están gastrectomías parciales y totales); 3 aseos quirúrgicos por peritonitis de origen no precisado; 19 operaciones proctológicas; 33 intervenciones en casos de hidrocele y varicocele; 9 tumorectomías mamarias; 23 amputaciones, 5 tiroidectomías y 38 drenajes pleurales.

Conclusión: El Hospital de Villarrica ha conseguido resolver una parte importante de la patología quirúrgica electiva, tanto de nuestra comuna como de otros centros de nuestra región. Quedan pendientes desafíos en cuanto a la cirugía mayor ambulatoria y a la implementación de un cirujano residente, como asimismo de aumentar las intervenciones laparoscópicas.

GARABATOS O EXCLAMACIONES INUSUALES, ¿SON FRECUENTES EN PABELLÓN?

Drs. *René Mora, Alexandra Clericus, MSC. Domingo Lancellotti, Al. Diego Mora¹, T.P. Alicia Guzmán², Sara Castillo², Roxana Muñoz²*

(Servicio de Cirugía, Hospital La Serena, Escuela de Medicina, Universidad del Norte. ¹Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo. ²Servicio Pabellones Hospital La Serena)

Introducción: Nuestro hospital comenzará a ser campo clínico de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica del Norte. Este trabajo, pretende evaluar la existencia y cantidad de garabatos, o exclamaciones inusuales efectuadas por los médicos en un pabellón, y ver su relación con el medio. Al revisar la literatura internacional, existe solo una publicación relacionada con este tema.

Material y Método: Tres técnicos paramédicos de pabellón observaron, sin el conocimiento del equipo quirúrgico, 104 intervenciones de distintas especialidades en el Hospital de La Serena. Se registró la inconsciencia o conciencia del paciente durante la cirugía. Se monitorizó el vocabulario usado por el Cirujano, Ayudante y Anestesiista. Si la exclamación era de maldición o blasfemia, (un punto) o si la exclamación correspondía a un garabato simple, (dos puntos) o si existía una composición del garabato, tres puntos.

Resultados: Las intervenciones correspondieron a 5 cirugía infantil, a 5 de otorrino, 13 oftalmología, 14 urología, 26 gineco-obstetricia y 41 a cirugía general. Estas intervenciones se realizaron en un total de 5.490 minutos. En la totalidad del tiempo se profirieron 450 puntos de garabatos o exclamaciones.

nes inusuales. Respecto al integrante del equipo los cirujanos se expresaron mal en 159 ocasiones, los anestesiólogos en 57 y los ayudantes en 47. Las exclamaciones fueron proferidas en 128 ocasiones con el paciente consciente, y en 135 con el paciente inconsciente. Finalmente, las exclamaciones de bajo calibre fueron 119, las groserías de mediano calibre 101 y las groserías fuertes 43.

Se aplicaron pruebas de significación estadística a los valores obtenidos. Hubo diferencias significativas entre especialidades en el promedio de puntos de garabatos emitidos por cirujanos por hora de operación. Tres de especialidades que registraron conciencia e inconsciencia del paciente, mostraron diferencias en el promedio de puntos de garabatos, siendo éstos mayores en Urología y Cirugía General cuando el paciente se encontraba consciente, mientras que Gineco-Obstetricia evidenció un comportamiento inverso. Sin embargo, estas diferencias no fueron significativas.

Conclusión: El nivel de exclamación inusuales o garabatos proferidos en un Hospital Público tiene una frecuencia importante, existen especialidades quirúrgicas que no discriminan sus actitudes con el paciente atento o inconsciente, la principal fuente de improperios es el Cirujano. Parecería ser un buen momento para reflexionar sobre la educación integral que podremos ofrecer a nuestros futuros alumnos.

MODELO EXPERIMENTAL DE EXPLORACIÓN DE LA CAVIDAD ORBITARIA CON TÉCNICA VIDEOASISTIDA

Drs. F. Ojeda D., I. Alvar, J.E. Contreras, D. Ojeda S.

(CEICIL, (Centro Experimental de Investigación en Cirugía Laparoscópica), Hospital El Salvador, Universidad de Chile)

Introducción: La cirugía mínimamente invasiva (CMI) ha evolucionado en el campo de su aplicación desde la cirugía abdominal a la cirugía de cabeza y cuello (CYC). Este trabajo es parte de la segunda fase del estudio de un modelo experimental para la aplicación de la CMI en CYC. Previamente nuestro grupo logró realizar procedimientos como disecciones de cuello, extirpaciones de glándula submandibular y tiroidectomías bajo técnica endoscópica. En esta oportunidad nos cuestionamos si acaso sería posible aplicar la CMI en la cavidad orbitaria.

Objetivo: Evaluar la factibilidad de realizar una extirpación de la glándula lacrimal bajo técnica vi-

deo-asistida. Evaluar la factibilidad de realizar una disección y exploración del nervio óptico con técnica video-asistida.

Material y Método: Este proyecto se llevó a cabo durante el período de junio hasta julio de 2005, en el CEICIL. Se utilizaron 4 conejos de laboratorio, más una torre convencional de cirugía laparoscópica. Se usó conejos ya fallecidos. Se documentó la técnica mediante imágenes en VHS. En la primera etapa se utilizó un solo conejo, para una disección abierta de la cavidad orbitaria bajo técnicas convencionales, utilizando tijera de Metzenbaum y bisturí. En la segunda etapa se utilizó 3 conejos. Se llevó a cabo una disección y extirpación de la glándula lacrimal, seguido de una exploración del nervio óptico bajo técnica video-asistida. El procedimiento consistió en una incisión arciforme a nivel de la región palpebral inferior para la extirpar la glándula lacrimal, y una incisión arciforme en la región palpebral superior para la exploración del nervio.

Resultados: De los 3 conejos, en todos se logró extirpar la glándula lacrimal. En los tres se produjo sangrado difícil de manejar, durante la exploración del nervio óptico.

Conclusiones: La técnica de CMI es aplicable en la cirugía de órbita, al menos en este modelo experimental. Con esta técnica de abordaje no es necesario la incisión de la conjuntiva. Hubo complicaciones técnicas debido a la relación entre el tamaño de la óptica de 10 mm y el tamaño de la cavidad orbitaria del conejo, pero a pesar de esto se logró el objetivo del proyecto. Queda abierta la inquietud de un futuro avanzar más en esta línea de trabajo con ópticas de menor diámetro y material de microcirugía, para llegar a una futura aplicación en la extirpación de masas orbitarias.

MODELO EXPERIMENTAL DE EXPLORACIÓN DE LA AXILA CON TÉCNICA VIDEO-ASISTIDA

Drs. F. Ojeda D., I. Alvar, J.E. Contreras, D. Ojeda S.

(CEICIL, (Centro Experimental de Investigación en Cirugía Laparoscópica), Hospital El Salvador, Universidad de Chile)

Introducción: La cirugía mínimamente invasiva (CMI) actualmente está en proceso de expansión a múltiples áreas de la cirugía. Este trabajo forma parte de una línea de estudio que nuestro grupo lleva a cabo en el CEICIL, sobre las futuras aplicaciones para la CMI. Previamente nuestro grupo ha logrado realizar procedimientos como disecciones de cuello, extirpaciones de glándula submandibular y tiroidectomías bajo técnica endoscópica. Nuestra

inquietud en esta oportunidad apuntó sobre la cuál sería la posibilidad de realizar una exploración del hueco axilar con técnica de CMI.

Objetivo: Evaluar la factibilidad de realizar una disección y exploración del hueco axilar con técnica endoscópica, más disección roma.

Material y Método: Este proyecto se llevó a cabo durante el período de junio hasta julio de 2005, en el CEICIL. Se utilizaron 3 conejos de laboratorio, más una torre convencional de cirugía laparoscópica. Se usó conejos ya fallecidos. Se documentó la técnica mediante imágenes en VHS. En la primera etapa se utilizó un solo conejo, para una disección video-asistida del hueco axilar, utilizando tijera de Metzenbaum y bisturí. En la segunda etapa se utilizó 2 conejos, en los que se hizo una disección del hueco axilar con una óptica de 10 mm, más dos agujas de Veres dispuestas triangulando respecto a la óptica. Primero se introdujo el trocar de 12 mm para la óptica bajo técnica abierta, más fijación a la piel con punto jareta. Insuflación de gas (CO₂ con flujo de 10 cm de agua). Introducción de las agujas de Veress bajo visión con la óptica. Seguido de disección roma del hueco axilar, hasta el opérculo torácico.

Conclusiones: La CMI es aplicable en la exploración del hueco axilar, en este modelo experimental. Estas tres exploraciones abren campo a una línea de trabajo para la aplicación de CMI en el estudio de entidades como el síndrome del opérculo torácico, búsqueda del ganglio centinela, y biopsia de masas y adenopatías ubicadas en esta región anatómica.

SARCOMA SINOVIAL INTRAORAL: REPORTE DE UN CASO

Drs. P. Gac, J. Amat, I. Gallegos, F. Rodríguez, C. Ferrada, P. Cabané, F. Parada, Srs. E. Abusleme¹, E. Salas¹

(Departamento de Cirugía y Anatomía Patológica, Hospital Clínico, Universidad de Chile. ¹Internos de Medicina, Hospital Clínico, Universidad de Chile)

Introducción: El sarcoma sinovial de localización intraoral es una rareza, existiendo 32 casos previamente descritos en el mundo y solo 2 del tipo monofásico.

Objetivo: Reportar un caso documentado de sarcoma sinovial monofásico intraoral, enfatizando el enfrentamiento quirúrgico en esta infrecuente entidad.

Material y Método: Se revisa el caso clínico de un paciente con diagnóstico histológico e inmunohistoquímico de Sarcoma sinovial intraoral mono-

fásico y se analiza enfrentamiento según escasa literatura disponible.

Resultados: Paciente hombre de 16 años de edad. Consultó en el Norte de Chile a odontólogo en Noviembre de 2004 por un nódulo indoloro en la mucosa geniana derecha de 3,5 cm de diámetro, duro y recubierto de mucosa normal, de aspecto benigno, color pardo-rosado. Se realizó la extirpación local del tumor un mes después. La biopsia concluyó un adenocarcinoma de alto grado con márgenes quirúrgicos no evaluables. Fue referido al equipo de Oncología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Un estudio anatomopatológico complementario demostró un "sarcoma sinovial monofásico", basado en el aspecto histológico asociado al perfil inmunohistoquímico, siendo referido a los autores. No existen antecedentes de importancia previos. Sin evidencias clínicas de recidiva local, se palpaban adenopatías en cadena yugular derecha de aspecto no metastásico. Estudio de diseminación con ecografía abdominal y radiografía de tórax informados como normales; TC de cuello informa linfonodos de 1 cm en cadena yugular interna derecha. Ante duda de margen quirúrgico libre, y basados en la literatura disponible, se realizó ampliación del margen quirúrgico (2 cm) más disección linfonodal radical modificada derecha. La biopsia rápida informó márgenes libres y el defecto fue cubierto con un injerto dermoepidérmico tomado del muslo. En el plan quirúrgico preoperatorio se solicitó estudio cintigráfico con Tecnecio para determinar la ubicación del ganglio centinela, tratando de descartar compromiso del territorio nodal intraparotídeo. Este estudio determinó drenaje linfático del primario hacia los ganglios submentonianos. Como protocolo de otro estudio, se realizó técnica de linfonodo centinela con resultado negativo en la biopsia rápida. Se sumó una disección ganglionar cervical radical modificada. El informe anatomopatológico concluyó bordes quirúrgicos libres y linfonodos negativos para metástasis. La evolución fue satisfactoria sin complicaciones. Se agregó radioterapia adyuvante. Con seguimiento de 7 meses, sin recidivas.

Conclusión: El sarcoma sinovial intraoral es muy raro, este es el tercer caso documentado en el mundo. El diagnóstico inmunohistológico es fundamental. No existe acuerdo en la literatura de si el comportamiento es mejor o peor que el localizado en extremidades agresivo y mucho más frecuente. Nuestro enfrentamiento fue muy agresivo, basándonos en las escasas experiencias publicadas e incluyó resección amplia con reconstrucción inmediata con injerto intraoral más vaciamiento de cuello y radioterapia.

REFLUJO PANCREÁTICO BILIAR OCULTO EN PACIENTES CON UNIÓN PANCREÁTICO BILIAR NORMAL Y PATOLOGÍA BILIAR NO ASOCIADA A QUISTES DE COLÉDOCO O UNIÓN PANCREÁTICO BILIAR ANÓMALA

Drs. M.A. Beltrán, M.Cs, M.A. Cumsille¹, E.U. K.S. Cruces, Drs. T. Danilova, J. Almonacid, T. Tapia, H. Martínez

(Departamento de Cirugía, Hospital de Ovalle. ¹Departamento de Bioestadística, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

Introducción: El reflujo de secreción pancreática hacia la vía biliar se describe en pacientes con unión anómala de los conductos pancreático biliares y dilataciones quísticas del colédoco. Existen publicaciones sobre reflujo pancreático biliar oculto (RPBO) en pacientes con unión pancreático biliar normal. Las causas de RPBO no se encuentran claramente definidas. Algunos autores han propuesto un mecanismo basado en la mayor presión generada dentro del conducto pancreático en pacientes con unión pancreático biliar normal y conducto pancreático biliar común largo, también se ha descrito RPBO en pacientes con conducto pancreático biliar común normal. Otros han propuesto anomalías funcionales o anatómicas del esfínter de Oddi como causa e RPBO.

Objetivo: Investigar los niveles de enzimas pancreáticas: lipasa y amilasa, en bilis de pacientes operados por colecistectomía con unión pancreático biliar normal evidenciada por colangiografía intraoperatoria.

Pacientes y Métodos: Estudiamos prospectivamente 118 pacientes operados electivamente por patología biliar. Los pacientes fueron seleccionados en forma aleatoria. En cada paciente seleccionado se tomaron muestra de sangre y bilis y una colangiografía intraoperatoria.

Resultados: El promedio de edad general es 50,6 años. En total 72 pacientes presentaron RPBO según los niveles de amilasa en bilis. En pacientes con colecistitis crónica litiásica la frecuencia de RPBO fue 36,5%, en colecistitis aguda litiásica 64,7%, en colecistitis crónica litiásica 87,5% y en los pacientes restantes 100%.

Conclusión: En esta serie la incidencia de RPBO fue 61%. El RPBO podría ser el resultado de un trastorno funcional del árbol biliar y esfínter de Oddi. El RPBO se asocia a todo el espectro de la patología biliar. La exposición prolongada a RPBO produce cambios inflamatorios crónicos en la mucosa y pared el árbol y vesícula biliar que llevan al desarrollo de síntomas biliares, alteraciones bioquí-

micas de la bilis, barro biliar, cálculos y eventualmente cáncer de vesícula biliar.

RESECCIÓN DE METÁSTASIS HEPÁTICA POR CÁNCER GÁSTRICO, SOBREVIDA A LARGO PLAZO: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Drs. P. Balbontín^{1,2}, R. Humeres¹

(¹Servicio de Cirugía, Hospital Militar de Santiago. ²Universidad de Valparaíso)

La resección de metástasis hepáticas no colorectales es una práctica controversial, y por lo tanto poco habitual. Nuestro objetivo es presentar un caso clínico de una metástasis hepática única de cáncer gástrico, cuya evolución posterior a la resección hepática fue favorable con supervivencia a largo plazo libre de enfermedad.

Mujer de 53 años que consulta por eigastralgia de 4-6 meses de evolución. Se realiza endoscopia digestiva alta que muestra lesión sollevantada gástrica tipo Borman I, cuya biopsia evidenció un adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Estudio preoperatorio sin evidencias de enfermedad metastásica. Fue sometida a una gastrectomía total ampliada en marzo de 1999, en la cual se confirmó la ausencia de metástasis. Alta al día 20 postoperatorio. Biopsia mostró paciente en etapa IB (T2aN0M0).

TAC control a los 10 meses muestra lesión hepática de 5 cm en segmentos VI y VII. Fue sometida a una hepatectomía derecha en febrero de 2000. La biopsia mostró metástasis de adenocarcinoma moderado a poco diferenciado. Alta al día 10.

Recibió quimioterapia con 5FU y LV completando 6 ciclos.

Evoluciona de manera favorable, con controles endoscópicos y de TAC abdomen y pelvis cada 6 semanas, completando hasta la fecha, 6 años libre de enfermedad.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ISQUEMIA MESENTÉRICA CRÓNICA: CASO CLÍNICO

Drs. Juan Marín P, Luis Manríquez C, Juan Tellez M¹, Helmuth Schweizer H. y Gonzalo Rossel D.

(¹Servicio de Cirugía y Radiología, Hospital Militar de Santiago)

Introducción: La isquemia mesentérica crónica es una entidad poco frecuente y de difícil diagnóstico.

Su principal etiología la constituye la enfermedad ateromatosa oclusiva de los troncos viscerales.

Sin embargo, su complicación, el infarto intestinal resulta en una elevada morbimortalidad. De allí la importancia de hacer un diagnóstico en su etapa precoz. Su tratamiento habitual ha sido la revascularización quirúrgica, pero, en la actualidad, la terapia endovascular ha surgido como alternativa de tratamiento. En nuestro medio, sólo hay un reporte en cuanto a tratamiento quirúrgico y otro en relación a la terapia endovascular. Se reporta un caso de una paciente de 55 años con historia de dolor abdominal postprandial, diarrea y baja de peso de dos años de evolución, con oclusión de ambas arterias mesentéricas y estenosis crítica de tronco celíaco, cuya primera alternativa de tratamiento fue la angioplastia y stent de tronco celíaco en dos oportunidades, remitiendo su sintomatología por un periodo corto, aparte de una isquemia aguda de la extremidad producto de múltiples estenosis de la arteria femoral común secundaria a numerosos estudios angiográficos por la misma vía. Finalmente, fue sometida a un puente de revascularización de arterias viscerales, con buena evolución postoperatoria y desaparición de su sintomatología. Se discuten las diferentes alternativas del tratamiento quirúrgico de esta patología, así como las complicaciones, además de las ventajas y desventajas de la terapia endovascular. Finalmente, creemos que la terapia endovascular es una buena alternativa en el tratamiento de la isquemia mesentérica crónica en pacientes de alto riesgo operatorio, especialmente cuando se trata de lesiones estenóticas, dado su menor morbimortalidad, sin embargo, el tratamiento quirúrgico, constituye una buena alternativa en pacientes de buen riesgo en términos de permeabilidad y remisión de la sintomatología a largo plazo.

ANEURISMA AISLADOS DE LA ARTERIA ILÍACA

Drs. *Reginald Rojas N., Al. Andrés Rojas G.*
(Servicio de Cirugía. Hospital Militar de Santiago)

Introducción: Los aneurismas ilíacos solitarios son infrecuentes y peligrosos y con alta incidencia de ruptura y mortalidad. Son de detección difícil. El diagnóstico precoz y su exclusión son imperativos para evitar la ruptura.

Presentamos 3 pacientes con aneurismas ilíacos solitarios intervenidos en el Hospital de Puerto Montt entre octubre de 2002 y octubre de 2004; uno asintomático, otro sintomático y el tercero complicado de ruptura. Dos hombres y una mujer con edades de 73, 75 y 77 años.

Diámetro de aneurismas varió entre 2,5 y 11 cm.

El diagnóstico se realizó con ecografía (1 pacientes) y TAC abdominal (2 pacientes).

Dos pacientes con compromiso aneurismático de ambas ilíacas comunes e hipogástricas y un paciente con aneurisma de ilíaca común unilateral (roto).

Abordaje transabdominal bajo anestesia general en todos los pacientes. Reparación mediante puente protésico aortobilíaco (1), aortobifemoral (1), tubo ilíaco-ilíaco (1) y cierre endoluminal de aneurismas hipogástricos en 2 pacientes.

Un paciente fallece en insuficiencia renal. Dos pacientes vivos y sin complicación a marzo y abril de 2005.

SINDROME DE ATRAPAMIENTO DE LA ARTERIA POPLITEA, CAUSA DE ISQUEMIA EN PACIENTES JOVENES: CASO CLINICO

Drs. *Juan Marín P., Paulina Balbontín M., Ricardo Olgún L. e Int. Cristián Astorga L.*

(Servicio de Cirugía, Hospital Militar de Santiago)

Introducción: La insuficiencia arterial crónica en pacientes jóvenes es poco frecuente. Entre las causas que se describen están la Enfermedad Quística Adventicial, el Tromboembolismo Arterial, la enfermedad oclusiva aterosclerótica acelerada, la Tromboangeítis obliterante y el Síndrome de Atrapamiento de la arteria poplítea. Esta última entidad tiene una incidencia menor de un 0.5 % en la población joven de sexo masculino

El objetivo de este trabajo es reportar un caso clínico correspondiente a un Síndrome de atrapamiento de la arteria poplítea. Corresponde a un paciente de 16 años, de sexo masculino, con historia de claudicación intermitente de aproximadamente 6 meses de evolución, la cual llega finalmente a los 100 metros. Al examen físico destaca ausencia de pulsos poplíteo y distales en extremidad inferior izquierda. El perfil arterial revela disminución de pulsos con la maniobra de dorsiflexión y la angiografía demuestra oclusión completa de la arteria poplítea en su tercio medio y oclusión de la arteria tibial anterior a distal, por lo que se decide su tratamiento quirúrgico, efectuándose un abordaje posterior encontrándose la arteria poplítea comprimida por haces del músculo poplíteo. La arteria está ocupada por fibrosis. Se reconstruye mediante interposición de Vena Safena Externa con buena evolución postoperatoria.

Si bien la angiografía constituye el Gold Stan-

dard como método diagnóstico, además de poder plantear el tipo de revascularización, la Tomografía Axial Computada y la Resonancia Nuclear Magnética hoy en día nos permiten efectuar un diagnóstico preciso de esta enfermedad.

El tratamiento quirúrgico se basa en la liberación de la arteria de los músculos que la comprimen cuando no está ocluida. Frente a una oclusión se plantea la alternativa de interposición con Vena Safena o un puente de revascularización con el mismo material.

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE EXTREMIDAD SUPERIOR. A PROPÓSITO DE 5 CASOS

Drs. C. Vallejos, H. Pizarro, G. Cassorla, J. Gaete, S. Osorio, L. Fuschini, Int. H. Silva, E. Vega, M. Szigethi, M. Pavez

(Hospital Barros Luco-Trudeau. Servicio de Cirugía)

Introducción: La trombosis venosa profunda de extremidad superior (TVPES) es una patología poco frecuente, constituyendo el 1-4% de todas las TVP. Si bien ha sido considerada clásicamente como una condición benigna, puede presentar importantes complicaciones (TEP), síndrome postflebítico, síndrome de vena cava superior y pérdida de accesos vasculares), lo cual cobra interés ya que afecta a pacientes en edad productiva. Existen escasas publicaciones nacionales en el tema y las casuísticas internacionales tampoco incluyen grandes series.

Objetivo: Dar a conocer una pequeña casuística de esta patología, mostrando su incidencia y sus principales características clínicas.

Material y Método: Se revisan las fichas clínicas de los ingresos a nuestros servicios con diagnóstico de TVP y TVPES en el período enero-agosto de 2005.

Resultados: Se identifica un grupo de 5 pacientes (3 mujeres y 2 hombres) con diagnóstico confirmado con Duplex color, con edades entre 22 y 48 años. La incidencia observada fue de 9,2%.

Los factores de riesgo identificados fueron tabaquismo, uso de catéter venoso y consumo de cocaína.

La presentación clínica fue con compromiso de ESI en 4 casos y ESD en 1 caso. Todos recibieron tratamiento anticoagulante programado para 3 meses y solo 1 paciente evolucionó con complicación (síndrome postflebítico).

Conclusión: La escasa casuística presentada en un servicio de gran demanda como el nuestro,

permite confirmar su baja incidencia, la cual en nuestro estudio es superior a cifras internacionales.

Es posible identificar algunos factores de riesgo relacionados con esta patología, como son tabaquismo y el uso de cateter venoso.

Por otro lado se requiere tener mayor número de casos para obtener otras conclusiones.

ANEURISMA DE LA AORTA ABDOMINAL. EXPERIENCIA QUIRÚRGICA HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Drs. D. Corthorn, C. Orfali, F. Huidobro, N. Arancibia, M. Millán, F. Orellana, M. Figueroa, A. Fierro, L. Cadena

(Departamento de Cirugía, Hospital San Juan de Dios)

Introducción: El aneurisma de la aorta abdominal (AAA) es una dilatación mayor al 50% de su diámetro normal. Tiene una incidencia de 36 casos x 100.000 hab/año. Es una patología en cuyo desarrollo intervienen múltiples factores, generalmente asociados a la enfermedad aterosclerótica: sexo masculino, edad avanzada, tabaco, HTA y dislipidemia. En Chile la prevalencia de AAA no ha sido estudiada.

Objetivo: Revisión retrospectiva de los pacientes operados por el equipo de cirugía vascular del HSJD, análisis de su morbimortalidad intraoperatoria, postoperatoria inmediata, tardía y comorbilidades.

Material y Método: Revisión fichas de pacientes con diagnóstico de AAA, manejados en el departamento de cirugía vascular del HSJD, durante los últimos 12 años. No se incluyó a pacientes operados de urgencia. Se aplicó un protocolo que incluía: cuadro clínico, comorbilidad, exámenes imagenológicos, cirugía, complicaciones postoperatorias y seguimiento.

Resultados: De un total de 60 pacientes, solo se obtuvo 25 fichas. Promedio de edad 67 años, rango entre los 52 y 82 años. Predominó el sexo masculino con 19 pacientes (76%), 6 pacientes mujeres (24%). En 14 pacientes (56%) diagnóstico fue un hallazgo, 7 (28%) consultaron por dolor abdominal y 4 (16%) por dolor lumbar. Al examen físico se encontró masa pulsátil en 17 pacientes (68%). Comorbilidad más frecuente: HTA 16 pacientes (64%), tabaquismo 14 pacientes (56%). El examen imagenológico más utilizado fue la ecotomografía abdominal en 20 pacientes (80%), describiendo el promedio del diámetro de los aneurismas en 5,6 cm, con ubicación infrarrenal en 21 pacientes (84%) e identificando trombo al interior del aneurisma en

17 casos (68%). Se utilizó TAC abdominal en 7 pacientes (28%) y arteriografía en 2 (8%). Hubo 1 caso de muerte (4%) por hemoperitoneo e isquemia de intestino delgado irreversible. Solo se registró seguimiento en 11 pacientes con promedio de 10 meses.

Conclusión: Los resultados son similares a los exhibidos en las distintas publicaciones tanto nacionales, como internacionales. Los factores de riesgo publicados extensamente se repiten en esta revisión, siendo el consumo de tabaco y la HTA los más frecuentes. No obtuvimos datos suficientes para publicar la mortalidad ya que suponemos que las fichas de los pacientes fallecidos son eliminados del sistema de registro. Sin duda alguna obtener menos del 50% (25/60) de las fichas del total de los enfermos imposibilita entregar resultados válidos. Esto es una realidad de todos los servicios públicos y es imprescindible mejorar la base de datos de los hospitales públicos.

ACCESOS VASCULARES PARA DIÁLISIS: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL GUSTAVO FRICKE DE VIÑA DEL MAR

Drs. *Alejo Chávez A., Pablo Díaz D., Juan Silva S. y Carlos Zúñiga*
(Servicio de Cirugía, Hospital Fricke y Cátedra de Cirugía, Universidad de Valparaíso)

Introducción: Estudio retrospectivo y descriptivo de los accesos vasculares realizados en el Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar, entre julio de 2001 y diciembre de 2004. Se recolectaron datos sobre: tipo de acceso vascular, accesos previos, inicio y centro de diálisis, edad, patologías crónicas y complicaciones postoperatorias, precoces y tardías. La información se obtuvo de: fichas clínicas, encuesta telefónica, centros de diálisis. Se excluyeron los pacientes en el cual no se obtuvo datos suficientes por estas vías, obteniéndose 356 accesos, en 338 pacientes. Los datos fueron analizados mediante cálculo de porcentajes, Odds Ratio y Chi².

Los accesos fueron: 210 FAV antológicas (radiales y humerales), 63 catéteres tunelizados, 51 prótesis axilohumerales y 32 transposiciones de vena basilica.

La complicación más frecuente fue la trombosis del acceso vascular. Casi la mitad de los accesos vasculares fueron primarios (160) en tanto que 176 ya tenían otro acceso vascular. Casi la mitad de los accesos vasculares fueron primarios (160) en tanto que 176 ya tenían otro acceso previo y no se obtu-

vo el dato en los 20 restantes. La mayoría de los pacientes ya estaba en diálisis al momento de confeccionar el acceso vascular. Se concluye que nuestro hospital maneja un volumen alto de pacientes, los accesos aún se construyen tardíamente en relación al ingreso a diálisis y presentamos un número creciente de transposiciones de basilica que están reemplazando la indicación anterior de acceso vascular protésico. El porcentaje de complicaciones es acorde con otras publicaciones.

ANEURISMA GIGANTE DE LA ARTERIA HEPÁTICA

Drs. *Gino Marisio C., Franco Innocenti C., Nelson Cánovas V. Al. Gino Marisio L., Int. Solange Marisio L.*
(Servicio de Cirugía Clínica Sanatorio Alemán Concepción)

Los aneurismas de arterias viscerales no presentan una sintomatología específica, lo que hace que su pesquisa sea muy infrecuente. En general, el examen físico no permite el diagnóstico, siendo la ruptura u otra complicación su cuadro clínico de presentación. De los aneurismas de arterias viscerales, el hepático, con un 20%, ocupa el segundo lugar en frecuencia después del aneurisma de la arteria esplénica (60%). En la mayoría de los casos, el diagnóstico se logra mediante exámenes imagenológicos solicitados por otros motivos clínicos. El objetivo de este trabajo es dar a conocer un caso de aneurisma gigante, de 7 cm de diámetro, de arteria hepática diagnosticado en un paciente de 76 años, en el transcurso de un estudio practicado para determinar el origen de una ictericia obstructiva. Se realiza revisión bibliográfica y se describe el estudio y la conducta quirúrgica realizada.

ANEURISMAS ILÍACOS SOLITARIOS

Drs. *A. Velásquez, G. Marisio, D. Méndez, Int. E. Strube*
(Servicio de Cirugía, Hospital Naval de Talcahuano)

Introducción: Los aneurismas solitarios de las arterias ilíacas, son infrecuentes. Son de difícil detección clínica, dada su localización en la pelvis. Tienen una alta tasa de mortalidad cuando se complican con ruptura.

En nuestro medio existen 2 reportes previos, por lo cual se presentan cinco casos de aneurismas ilíacos puros, tratados quirúrgicamente.

Material y Método: Se presentan 5 casos de aneurismas ilíacos, 4 de ellos en hombres y 1 en una mujer. Las edades de los pacientes fluctúan entre 54 y 82 años, y presentan antecedentes mórbidos, como hipertensión arterial (3), D. Mellitus tipo 2 (1) y EPOC (1). Todos asintomáticos desde el punto de vista vascular, realizándose el diagnóstico de manera incidental con estudios ecográficos y TAC de confirmación. El Angio-TAC abdominal evidenció, en los cinco casos, aneurismas de las A. ilíacas primitivas, cuatro que involucraban la A. ilíaca común izquierda y uno la A. ilíaca común derecha.

El diámetro de los aneurismas, determinado por scanner, oscilaba entre 24 y 43 mm. Todos fueron operados vía retroperitoneal, realizándose bypass protésico PTFE de 10 mm de diámetro entre A. ilíaca común y A. ilíaca externa (1) y prótesis de Dacron de 10 mm de diámetro entre la A. ilíaca común y la A. ilíaca externa (1) y entre la A. ilíaca común e ilíaca interna (1), con reimplante de la A. ilíaca externa. En los otros 2 pacientes se realizó sutura Termino-Terminal entre la A. ilíaca común y la A. ilíaca externa ipsilateral.

Resultados: La evolución postoperatoria fue sin incidentes desde el punto de vista quirúrgico.

La etiología de los aneurismas, confirmado por biopsia, es de tipo degenerativa en los cinco casos.

El seguimiento clínico se sitúa entre 3 meses y cuatro años, no evidenciando complicaciones.

Discusión: Los aneurismas ilíacos solitarios son poco frecuentes. Se describe una incidencia del 0,008 al 0,03% (autopsia). El 48% de estos son bilaterales.

La etiología más frecuente es la aterosclerótica. Se describen la micótica, traumática y el síndrome Marfan entre otras.

Afectan las A. ilíacas comunes (70-90%), las A. hipogástricas (10-30%), y muy raramente las A. ilíacas externas. Predominantemente afectan al sexo masculino, entre los 65 y 75 años.

Se consideran de tratamiento quirúrgico cuando sobrepasan los 3 cm de diámetro.

SÍNDROME DE WILKIE. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Drs. R. Torres-Quevedo, O. Lynch, Als. N. Pérez, S. Martínez, A. Giacaman, C. Goecke
(Servicio de Pensionado, Hospital Guillermo Grant Benvente de Concepción)

Introducción: El síndrome o enfermedad de Wilkie se caracteriza por compresión de la tercera

porción del duodeno por el mesenterio a nivel de la arteria mesentérica superior, resultando con una dilatación duodenal y/o gástrica secundaria. Este síndrome, también se denomina síndrome de arteria mesentérica superior, compresión duodenal por arteria mesentérica o pinza mesentérica. El objetivo del presente trabajo se presenta un caso clínico y revisión de la literatura.

Material y Método: Sujeto de 65 años, género femenino, con antecedentes de hipertensión arterial y reflujo gastroesofágico patológico. Consulta por síndrome de retención gástrica y baja de peso. Al examen físico se aprecia caquéctica, con un índice de masa corporal de 16,4 kg/m². Radiografía de esófago, estómago y duodeno revela una obstrucción duodenal incompleta y el TAC de abdomen describe hallazgos alta compatible con pinza mesentérica. Se maneja con apoyo nutricional enteral preoperatorio y luego de 2 semanas se realiza duodenoyeyunostomía transmesocólica. Evoluciona sin complicaciones perioperatorias.

Conclusión: El síndrome de Wilkie es una entidad infrecuente, encontrándose en alrededor del 0,2 al 1% en diversos estudios radiológicos. Se produce una obstrucción extrínseca de la tercera porción del duodeno por cualquier factor que atenué el ángulo aorto-mesentérico. La presentación clínica es variada, por tanto la compresión vascular del duodeno es difícil de diagnosticar. La obstrucción duodenal resultante puede tener una instalación crónica, intermitente o aguda. La forma crónica incluye síntomas como dolor y disconfort epigástrico postprandial que pueden estar asociados con distensión epigástrica o plenitud y vómitos biliosos. En el examen físico puede hallarse caquexia, distensión epigástrica o peristalsis visible. La forma aguda ocurre con menor frecuencia, siendo la pérdida ponderal rápida el mayor factor predisponente. La confirmación del diagnóstico por lo general requiere de estudios radiográficos tales como una serie gastroduodenal contrastada, duodenografía hipotónica o tomografía axial computarizada. Otro estudio para evaluar la compresión vascular duodenal es la arteriografía y la angiorensonancia. El diagnóstico diferencial debe excluir otras causas de megaduodeno, como diabetes mellitus, vasculitis o pseudoobstrucción crónica idiopática, además de anorexia nerviosa y bulimia. Respecto del tratamiento quirúrgico las técnicas utilizadas son la operación de Strong, la duodenoyeyunostomía, la gastroenterostomía y la desrotación intestinal. La duodenoyeyunostomía laterolateral o en "Y" de Roux es el procedimiento quirúrgico más empleado con una tasa de éxito en el 90% de los casos.

LIPOMA GÁSTRICO Y RESECCIÓN PARCIAL SIN GASTRECTOMÍA. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Drs. R. Torres-Quevedo, O. Lynch, Als. N. Pérez, S. Martínez, A. Giacaman, C. Goecke

(Servicio de Pensionado, Hospital Guillermo Grant Benvente de Concepción)

Introducción: Los tumores gástricos benignos tienen una frecuencia global del 1-5%, siendo el lipoma extremadamente raro. Es usualmente asintomático y encontrado incidentalmente durante estudios gastrointestinales superiores por distintas razones. El objetivo del presente trabajo es presentar un caso clínico y revisión de la literatura.

Material y Método: Sujeto de 59 años, género masculino, sin patología asociada, que consulta por molestias inespecíficas de epigástrico e hipogástrico, que consisten en distensión, vómitos ocasionales, y alteraciones del tránsito intestinal. El examen físico y bioquímicos es normal. Endoscopia digestiva alta describe soleventamiento hacia cara posterior del canal pilórico y bulbo duodenal sugerente de lesión extrínseca. Endosonografía señala lesión polipoidea submucosa prepilórica de aspecto compatible con lipoma. Ecografía abdominal es normal. Radiografía de esófago, estómago y duodeno informa tumor en primera porción del duodeno, con pedículo hacia el antro. TAC de abdomen describe lesión compatible con lipoma intraduodenal. Ingresa a pabellón con diagnóstico de neoplasia gástrica antral benigna, se realiza gastrostomía antral anterior y resección de tumor, con base de mucosa libre de neoplasia. La lesión se ubica a nivel antral, tiene aspecto polipoideo, mide 6 cm de largo por 3 cm de ancho, es móvil, y se introduce a través del duodeno ocupando el 90% de su lumen. La histopatología confirma un lipoma. El sujeto evoluciona sin complicaciones perioperatorias.

Conclusión: Un lipoma gástrico es raro. La incidencia del lipoma entre los tumores gástricos benignos es de un 2,7%. Histológicamente están compuestos por adipocitos y presentan una cápsula bien delimitada, su vascularización es escasa. No hay una afinidad por en género o raza en especial. La edad de distribución muestra un alza en la séptima década de vida. La localización más común del lipoma es el colon, seguido por el intestino delgado. El 28% tiene lipomas en otra ubicación simultáneamente. Los lipomas han sido encontrados en diferentes áreas del estómago, pero ocurren predominantemente en el antro. Aproximadamente un 90-95% de los lipomas gástricos son original-

mente submucosos y el resto son subserosos, especialmente en el fondo, y es siempre benigno. Los síntomas se relacionan directamente con el tamaño del tumor, el diámetro principal de los tumores sintomáticos es de 5,4 cm. Pacientes con lipoma pueden presentar hemorragia, dolor, obstrucción o dispepsia. En menos del 50% de los casos, la presentación más frecuente es hemorragia. La enucleación de estos tumores cuando son sintomático es el tratamiento de elección, y sólo cuando adquieren un gran tamaño o presentan complicaciones requieren una resección gástrica.

PANCREATODUODENECTOMÍA CON RESECCIÓN DE VENA PORTA Y REEMPLAZO CON YUGULAR INTERNA

Drs. M. Uribe^{1,2}, F. Catán², C. Salas^{1,2}, J. Pilasi², J. Ormazábal², F. Millán², I. Alvar², L. Fábrega³, M. Dib³, C. Farías³

(¹Clínica Las Condes. ²Hospital del Salvador. ³Internos Carrera de Medicina Universidad de Chile)

Introducción: El pronóstico del cáncer de cabeza de páncreas con compromiso vascular es pobre, falleciendo la mayoría de los pacientes en menos de 4 meses postdiagnóstico. Autores japoneses han propuesto asociar resecciones vasculares en bloque, para aumentar la sobrevida.

Objetivo: Presentar dos casos de cáncer de cabeza de páncreas con compromiso tumoral de vena porta, asociado a resección de la misma, destacando la técnica de reparación y su pronóstico.

Pacientes y Métodos: Se presentan dos pacientes portadores de tumores de cabeza de páncreas con compromiso tumoral de vena porta. Un varón de 68 años y una mujer de 57 años, ambos declarados fuera del alcance terapéutico. En la laparotomía exploradora se confirmó con biopsia el diagnóstico de cáncer de páncreas y se descartó metástasis. Se realizó una cervicotomía longitudinal izquierda, extrayéndose la vena yugular interna de una longitud de 12 cm aproximadamente. Se realizó una pancreatoduodenectomía clásica, resecando vena porta en bloque con el tumor, con control vascular de vena esplénica y mesentérica superior. Se realizó anastomosis término-terminal de yugular a la unión del tronco esplenomesentérico, con sutura de polipropileno 6.0 corrida y factor de crecimiento vascular. Con igual técnica, se realizó anastomosis al cabo proximal portal. Se completó la cirugía con reconstrucción del tránsito digestivo, vía biliar y pancreatogastroanastomosis. Se asoció quimiorradioterapia postoperatoria.

Resultados: Ambos pacientes evolucionaron sin complicaciones y se encuentran en buen estado y libres de enfermedad a los 8 y 14 meses respectivamente. Estudios imagenológicos demostraron permeabilidad vascular alejada.

Comentario: El reemplazo de la vena porta por yugular interna ha sido presentado en escasas publicaciones internacionales, en cirugía oncológica pancreática, aumentando la sobrevida. En este reporte, pese a su complejidad, está exenta de complicaciones. Su utilización permite ofrecer una excelente alternativa de tratamiento de tumores pancreáticos, con compromiso vascular, en casos seleccionados.

CÁNCER COLORRECTAL: ANÁLISIS DE VARIABLES CLÍNICAS E HISTOPATOLÓGICAS

Drs. *Ricardo Blacud, Int. R. Arancibia, J. Contreras* (Servicio de Cirugía, Hospital Hermina Martín Chillán, Universidad Católica de la Santísima Concepción)

Introducción: El cáncer colorrectal corresponde a la segunda neoplasia más frecuente del tubo digestivo. Su incidencia aumenta con la edad a partir de la tercera década. Ocupa actualmente el cuarto lugar como causa de muerte por cáncer en nuestro país.

Objetivo: Analizar las distintas variables clínicas e histopatológicas involucradas en los pacientes con cáncer colorrectal en nuestra zona.

Material y Método: Se realizó un análisis retrospectivo del total de pacientes sometidos a cirugía colorrectal entre enero de 2000 y diciembre de 2004 en el servicio de cirugía del hospital Hermina Martín de Chillán. Los datos fueron incorporados a una planilla de cálculo y posteriormente se aplicó una estadística descriptiva. En el grupo de estudio los datos edad, sexo, localización de la lesión, tipo histológico, profundidad, compromiso ganglionar, estadio según TNM y tratamiento coadyuvante fueron obtenidos de los registros clínicos y resultados de biopsias.

Resultados: Se atendieron en el servicio de cirugía en el período de la serie 70 pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal. La edad promedio fue de 64,7 años (36-84). Un 64% corresponde a sexo femenino. La distribución de las lesiones en colon derecho, transversal, izquierdo, sigmoidees y recto, fue de 20%, 4%, 1%, 26% y 49% respectivamente. Según la clasificación TNM un 10%, 26%, 46%, 18% corresponde a etapas, I, II, III, IV respectivamente. Según tipo histológico un 84% corresponde a adenocarcinoma tubular. El 46% de los pacientes requirió tratamiento coadyuvante.

Conclusión: En nuestra serie destaca la alta prevalencia de tumores recto-sigmoides. Nuestro estadiaje al momento del diagnóstico son muy avanzados en comparación con otras series reportadas lo cual no permite ofrecer tratamiento curativo a los pacientes. Un porcentaje significativo de nuestra serie fue sometido a terapia coadyuvante.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE RECTO EN HOSPITAL REGIONAL DE CONCEPCIÓN

Drs. *Gino Caselli M., Misael Ocares U., Jorge Madariaga B., Claudio Benavides Y.* (Servicio de Cirugía, Unidad de Coloproctología, Hospital Clínico Regional Guillermo Grant Benavente)

Introducción: El cáncer del recto es uno de los tumores más frecuentes en Chile, con una incidencia de 6-7 casos por cada 100.000 habitantes. La cirugía de los tumores de recto ofrecen un importante desafío debido a que se encuentran en una zona anatómica de difícil acceso y el tomar una conducta resectiva equivocada puede llevarse a presentar secuelas no aceptables. Se estudian 69 pacientes operados con el diagnóstico de cáncer de recto en el período comprendido entre enero de 2001 y mayo de 2005, todos ingresados a protocolo y realizando radioquimioterapia neoadyuvante. El 76,8% de los pacientes fueron sometidos a resección anterior baja y 23,2% a operación de Miles. Se analizan técnica quirúrgica, resultados anatomopatológicos, morbimortalidad operatoria e incontinencia fecal postoperatoria. Del total de las piezas operatorias estudiadas un 91,7% fueron catalogadas como R0 y un 8,3% fueron R1. La morbimortalidad de la serie fue de 21,7% y la mortalidad de 2,9%.

CÁNCER GÁSTRICO EN PACIENTES MENOR DE 30 AÑOS

Drs. *P. Cabané, A. Csendes, F. Maluenda, F. Parada, Ints. R. Zamora, E. Miranda* (Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile)

Introducción: El cáncer gástrico es la principal causa de muerte por cáncer en Chile (20.1/100.000 hab.), presentándose en promedio a los 60 años, de preferencia en el sexo masculino (1,5-2:1). Actualmente se ha documentado el aumento de cáncer gástrico en pacientes menores de 40 años, del tipo mucocelular, en ubicación subcardial.

Objetivo: El objetivo del presente trabajo es describir las características de 10 pacientes menores de 30 años con cáncer gástrico diagnosticados en HCUCH entre el año 2000 y 2005.

Metodología: Se revisaron retrospectivamente 10 fichas clínicas de pacientes menores de 30 años con diagnóstico de cáncer gástrico, correspondientes a la totalidad de casos diagnosticados entre enero de 2000 y junio de 2005.

Resultados: La muestra está comprendida por 6 mujeres y 4 hombres ($x=24$ años). Principales formas de presentación: Sd. anémico (3), dolor abdominal de predominio epigástrico tipo drenaje (4). Ninguno de ellos con antecedentes de cáncer gástrico familiar. Corta latencia para el diagnóstico (prom= 4,5 sem). Al diagnóstico 6 de ellos presentan metástasis a distancia. Siendo el tipo histológico más frecuente el adenocarcinoma indiferenciado con células en anillo de sello (6), comprometiéndose principalmente el antro gástrico (7). En el seguimiento de estos pacientes se ha estimado una supervivencia de 6 meses.

Conclusión: El cáncer gástrico es una patología de alta frecuencia en Chile, por lo general del adulto mayor de 50 años, pero en pacientes menores de 40 años debe plantearse este diagnóstico diferencial, frente a la sintomatología digestiva sugerente de esta patología.

Teniendo presente que al momento del diagnóstico la mayoría se encuentra en etapas avanzadas. Se recalca la importancia del estudio endoscópico con toma de biopsia ante la sospecha de esta patología.

ANASTOMOSIS DE COLON ELECTIVA SIN PREPARACIÓN TRADICIONAL

Drs. *Ernesto Melkonian T., Víctor Villar M., Marcelo Rodríguez G., Patricio Opazo S., David Contreras F., David Lazo P.*

(Servicio de Cirugía, Hospital del Salvador, Departamento de Cirugía Oriente, Universidad de Chile)

Introducción: La preparación mecánica de colon ha sido una práctica tradicional desde hace varias décadas. Sin embargo, en los últimos años han surgido numerosos estudios randomizados que demuestran la factibilidad de realizar cirugía de colon sin preparación mecánica alguna, obteniéndose incluso menores complicaciones infecciosas en éstos pacientes posiblemente por la dificultad de manejar deposiciones líquidas características de los pacientes mal preparados. A su vez se evitarían

los problemas propios de la preparación mecánica como mala tolerancia y alteraciones hemodinámicas y/o electrolíticas en algunos pacientes.

Objetivo: Demostrar la factibilidad de realizar cirugía electiva, en éste caso con una preparación más simple, como uso de 1 enema fleet preoperatorio.

Material y Método: Se incluyen los pacientes que consultaron en el Servicio de Cirugía del Hospital del Salvador entre Diciembre de 2003 y junio de 2004, que tenían indicación de resección electiva de colon o recto alto. Los pacientes fueron randomizados ya sea para recibir preparación formal con 2 Fleet oral el día previo (Grupo 1) o sólo recibir 1 enema fleet 3 horas preoperatorios (Grupo 2). Todos los pacientes recibieron antibioticoprofilaxis. Fueron excluidos pacientes con diagnóstico preoperatorio de cáncer obstructivo. En el grupo 2 las deposiciones fueron desplazadas del sitio anastomótico antes de seccionar y los cabos lavados con povidona yodada.

Resultados: Se estudiaron 30 pacientes, 10 preparados y 10 con mínima preparación.

Fueron excluidos previamente 2 pacientes que requirieron de ileostomía de protección por encontrarse tumores más bajas en el acto operatorio. La edad promedio fue de 60,2 y 60,7 respectivamente (rango: 28-82). Las patologías asociadas fueron muy similares para ambos grupos, predominando la hipertensión arterial y la diabetes. En cuanto a los diagnósticos, los más frecuentes fueron cáncer de recto alto en 3 casos y enf. diverticular de sigmoides en 2 respectivamente por cada grupo, habiendo mayor número de pacientes con cáncer de colon derecho (4 vs 1) en el grupo con menor preparación. Uno de los pacientes de este último grupo requirió de resección parcial de pared duodenal por haber invasión de ésta evolucionando sin problemas. La tolerancia de la preparación tradicional fue buena presentando un paciente náuseas y uno vómitos. En este grupo de enfermos 4 presentaban deposiciones líquidas al seccionar el colon y el resto estaba limpio. Las complicaciones fueron una infección urinaria en el grupo 1, mientras que en el grupo 2 hubo una bronquitis y una neumonía, esta última en un paciente diabético de 82 años con cáncer de colon derecho, quien fallece de su cuadro respiratorio.

Discusión: Este estudio randomizado aunque pequeño da indicios de factibilidad de realizar cirugía electiva sin preparación mecánica tradicional incluso en pacientes con cáncer de recto alto, sin encontrarse dehiscencia anastomótica ni infección de herida en ambos grupos. Debe destacarse sí el mayor número de pacientes con resecciones dere-

chas en el grupo con menor preparación, siendo su anastomosis más aceptada para realizarse incluso en urgencia. La utilización de solo 1 enema fleet según este estudio aparece como una alternativa para pacientes en que la preparación tradicional pueda ser deletérea. Se necesitarán mayores series de este tipo para apoyar este planteamiento y modificar las conductas actuales.

MELANOMA ANORECTAL: ANÁLISIS DE 4 CASOS CONSECUTIVOS

Drs. *Ernesto Melkonian T., David Lazo P., Marcelo Rodríguez G., Patricio Opazo S., David Contreras F., Felipe Ojeda, Inta. M. Consuelo Sanhueza L.* (Servicio de Cirugía, Hospital del Salvador, Departamento de Cirugía Oriente Universidad de Chile)

Introducción: El melanoma anorectal es una patología infrecuente, correspondiendo al 1% de las neoplasias anales. Su pronóstico es desfavorable a pesar de los tratamientos actuales. Aún se discute si la terapia si la terapia quirúrgica más adecuada es la resección local amplia o la resección abdominoperineal. El objetivo de este trabajo es presentar 4 casos atendidos en nuestro servicio durante el último año. Se trata de 4 pacientes, 2 hombres y 2 mujeres entre 63 y 85 años que consultaron por masa anorectal de 4 a 8 cm de diámetro, sangrado, dolor y pujos. En 2 casos el diagnóstico se realizó por medio de biopsia endoscópica y en dos fue necesario además realizar inmunohistoquímica para aclarar el diagnóstico.

Se realizó operación de miles de todos ellos y disección inguinal izquierda en una paciente con adenopatías palpables.

Evolucionaron sin complicaciones salvo dehiscencia de herida inguinal en la paciente recién descrita, quien además presentó metástasis pulmonares a los 8 meses.

Se realizó radioterapia postoperatoria en 2 pacientes con compromiso capsular linfático evidenciado en la biopsia operatoria.

Discusión: El melanoma anorrectal es un tumor de baja frecuencia con no más de 500 casos descritos en la literatura. Llama la atención la incidencia de 4 casos en menos de 1 año en nuestro servicio, existiendo datos de un aumento de su incidencia en algunos reportes. Su pronóstico es malo con sobrevidas cercanas al 20% a 5 años, reflejándose en nuestra serie por presencia de metástasis pulmonares precoces en un caso y adenopatías extrarectales preoperatorias en 2 casos. Aunque el seguimiento es escaso en nuestros

pacientes, la operación de Miles ofrece en la actualidad una mejoría de la calidad de vida con mínima morbilidad para pacientes con tumores grandes como fueron los de nuestra serie.

CASO CLÍNICO: MIGRACIÓN DE BANDA GÁSTRICA A INTESTINO DELGADO

Drs. *H. Ríos¹, L. Manríquez^{1,2}, L. Suárez¹, Ints. N. Kerrigan³, F. Vargas³, N. Veas, C. Astorga³* (¹Servicio de Cirugía de Hospital Militar de Santiago. ²Universidad de Valparaíso y ³Los Andes)

Introducción: La banda gástrica es un procedimiento efectivo para el tratamiento de la obesidad mórbida pero no exento de complicaciones.

Objetivo: Reportar una complicación poco frecuente de ésta técnica.

Material y Método: Revisión de caso clínico resuelto en el Servicio de Cirugía de Hospital Militar de Santiago.

Caso Clínico: Paciente mujer de 51 años sometida a banding gástrico laparoscópico en otro centro, 18 meses previo hospitalización. Con baja de 25 kilogramos, requiriendo dos ajustes de banding.

Hospitalizada en otro centro con el diagnóstico de pancreatitis aguda leve, confirmada por laboratorio y TAC de abdomen. Se realiza radiografía de EED evidenciándose fondo gástrico herniado. Traslada a Hospital Militar en Santiago.

Endoscopia digestiva alta demuestra una erosión y perforación de la banda hacia el lumen gástrico. Se punciona el reservorio subcutáneo bajo visión fluoroscópica, extrayéndose un contenido total de 13 cc. Luego se inyecta medio de contraste hidrosoluble. La banda se contrasta en fosa ilíaca derecha de la paciente. TAC de abdomen y pelvis confirma migración de la banda que impresiona en cavidad abdominal.

Fue sometida a laparoscopia diagnóstica, que se convierte a laparotomía. La banda se encuentra intraluminal a 20 cm de la válvula íleo-cecal. El catéter se encontraba enhebrando asas de intestino delgado y en algunos puntos de apoyo se evidencian sendas fístulas. Sin peritonitis. Se realiza resección intestinal de aproximadamente 40 cm de largo y anastomosis término-terminal.

La paciente evolucionó favorablemente, siendo dada de alta a los once días de operada.

Control ambulatorio encontrándose en buenas condiciones generales.

Se trata del primer reporte de migración a intestino delgado en la literatura nacional.

VÓLVULO DE CIEGO. REPORTE DE UN CASO

Drs. A. Gallego C.¹, J. Castillo K.²

(¹Residente de Cirugía Adultos, Universidad de Chile, Hospital del Salvador. ²Cirujano del Servicio de Emergencia del Hospital del Salvador)

Introducción: Las causas de obstrucción intestinal en pacientes octogenarios nos obliga a pensar en neoplasia como primera etiología, pero en algunos individuos con historia crónica de constipación los vólvulos colónicos se describen como causante de aproximadamente 10% de esta patología, aun más extraño es si hablamos de vólvulo cecal (3,3%).

Objetivo: Presentar un caso clínico de vólvulo cecal atendido y resuelto en el Servicio de Urgencia del Hospital del Salvador.

Caso Clínico: Mujer de 82 años sin antecedentes mórbidos conocidos, que consulta al Servicio de Urgencia del Hospital del Salvador por cuadro de obstrucción intestinal alta que requirió de cirugía inmediata, diagnosticándose en el preoperatorio (Rx abdomen simple) y confirmándose durante la cirugía un vólvulo cecal sin compromiso isquémico, por lo cual se realizó devolvulación, cecorrafia y cecostomía. Evoluciona favorablemente, con una estadía hospitalaria de ocho días y asintomática hasta los 6 meses de seguimiento posterior a su cirugía de urgencia, sin complicaciones directas tempranas ni tardías derivadas de la intervención (Enema Baritada).

Comentario: En la revisión de la literatura nacional son pocas las publicaciones referidas al tema, describiéndose en pacientes más jóvenes y con una frecuencia de 3,3% de las obstrucciones colónicas mecánicas. Como métodos terapéuticos hay que considerar principalmente el compromiso isquémico del asa, que de existir, obliga a una resección; de no ser así, la cecopexia y cecostomía son una buena alternativa para pacientes añosos que se presentan como cuadro agudo, con una recurrencia entre 1-13%, descritos principalmente como técnicas independientes. Nosotros utilizamos una técnica combinada (cecopexia y cecostomía) con buen resultado y sin complicaciones inmediatas.

ESTENOSIS BOCA ASA ALIMENTARIA POST BY-PASS GASTRICO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Drs. L. Rodríguez, M. Alamo, P. Brante, J. Parra
(Centro de Cirugía de la Obesidad Hospital DIPRECA)

Se presenta una complicación poco frecuente de By-pass gástrico, enfatizando los aspectos diagnósticos y su resolución quirúrgica. Se trata de una paciente de sexo femenino, 52 años e IMC de 51.

Presenta una Diabetes tipo II en tratamiento, un Síndrome depresivo controlado por el equipo de salud mental y un antecedente quirúrgico de una cirugía antirreflujo (Toupet por laparotomía), 2 años antes de la cirugía bariátrica. Consulta por el severo deterioro de la calidad de vida en relación a su obesidad. Se encuentra con moderados síntomas de reflujo que controla con Omeprazol. La endoscopia muestra una esofagitis distal leve, un cardias deformado por el procedimiento antirreflujo; estómago y duodeno normales. En Febrero de 2005, se realiza un By-pass gástrico laparoscópico sin incidentes, con un tiempo quirúrgico de 210 minutos. Evoluciona favorablemente, siendo dada de alta a su domicilio al quinto día postoperatorio. Sus controles precoces solo evidencian un estado nauseoso persistente, que se maneja con hiperfraccionamiento del aporte oral. A los 30 días de operada consulta por vómitos de retención. La endoscopia muestra una anastomosis gastroyeyunal de buen calibre, un pasaje fácil al muñón yeyunal y una estenosis de yeyuno contigua a la gastroenteroanastomosis, que se dilata hasta 12 mm. con el endoscopio. La radiografía de EEEY con Bario, muestra un pouch de tamaño adecuado, un buen calibre de la anastomosis gastroyeyunal, un llene precoz del muñón yeyunal, que se observa dilatado y largo (15 cm. de longitud) y un paso lento y filiforme por la boca yeyunal hacia el asa alimentaria funcional. El paso del medio de contraste a distal se produce fundamentalmente por reflujo desde el muñón y no existe obstrucción distal hasta la válvula ileocecal. Con el diagnóstico de estenosis de la boca yeyunal de la gastroenteroanastomosis, se realiza entero-enteroanastomosis latero-lateral entre el muñón y el asa alimentaria, por vía laparoscópica. Evoluciona favorablemente, desapareciendo la sintomatología y observándose un adecuado vaciamiento del asa en el control radiológico. La endoscopia muestra un esófago y un pouch normal, una gastroenteroanastomosis de buen diámetro y un acceso hacia distal a través de la nueva enteroenteroanastomosis. Al mes de Julio 2005 la paciente se encuentra en buen estado general, sin hipoglicemiantes orales, y con un IMC de 38.

TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATORIO DEL ESTÓMAGO

Drs. C.J. León, J. Castillo, J. Mebold, L. Cortéz, R. Felmer

(Servicios de Cirugía y Anatomía Patológica, Complejo Asistencial Barros Luco-Trudeau, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El tumor miofibroblástico inflamatorio (TMI) es una neoplasia poco frecuente que ha sido reporta-

da en niños y adultos, comprometiendo el cerebro, ojo, pulmón, corazón, hígado, vías biliares, bazo, mama, hueso, vejiga, y el tubo digestivo. Se conoce también como pseudotumor inflamatorio, granuloma de células plasmáticas y miofibroblastoma inflamatorio. El TMI se ha considerado como una lesión benigna.

Caso Clínico: Paciente mujer de 50 años consultó por vómitos frecuentes, saciedad precoz y pérdida de peso. El examen físico fue normal. Tenía una historia de colecistectomía y gastrectomía parcial Billroth II por enfermedad ulcerosa péptica y una endoscopia digestiva alta normal. Los exámenes de laboratorio, Rx de tórax y un ultrasonido abdominal estaban normales. Una tomografía computada del abdomen demostró una lesión redondeada de aproximadamente 7 cm de diámetro en la pared gástrica. En la panendoscopia alta se encontró una lesión redondeada de aproximadamente 7 cm de diámetro de superficie regular, color blanco grisácea y consistencia dura. La lesión se encontraba en la pared gástrica posterior, a 2 cm de la anastomosis gastroyeyunal sin comprometerla. Las biopsias revelaron tejido de granulación y necrosis. El estudio preoperatorio estaba normal. Se le realizó una laparotomía exploradora donde se encontró formación adherencial, una gastrotomía transversa, resección de la lesión y biopsia rápida intraoperatoria, la misma que descartó carcinoma. Se le practicó una gastrectomía subtotal Billroth II. La paciente tuvo una evolución satisfactoria y ha sido controlada durante dos años sin recurrencia de la lesión. El estudio histopatológico demostró la presencia de infiltrado linfocitario, células plasmáticas y miofibroblastos compatibles con un TMI.

El TMI es un término relativamente nuevo. Es un tumor raro, constituido por un infiltrado linfoplasmocitario y miofibroblastos. Su etiología es desconocida. La mayoría de casos requiere resección quirúrgica completa para un estudio histopatológico detallado para poder descartar un carcinoma.

DRENAJE POR VÍA LAPAROSCÓPICA DE LINFOCELE SINTOMÁTICO POSTRASPLANTE RENAL

Drs. *S. Alvarez, A. Kompatzki, R. Orozco, C. Avalos* (Clínica Dávila, Santiago)

Se han descrito la aparición de colecciones retroperitoneales de linfa (linfocele) hasta en un 18% de los pacientes durante el período inicial del

trasplante renal. La intervención sobre estas colecciones se indica sólo ante el desarrollo de síntomas. Para ello se han desarrollado numerosas técnicas entre las que destacan el drenaje percutáneo (con o sin instilación de sustancias esclerosantes). Sin embargo, la alta tasa de recurrencia, como también la eventual sobreinfección de estas colecciones han motivado la búsqueda de otras opciones terapéuticas. Una innovadora alternativa asociada a excelentes resultados constituye la marsupialización por vía laparoscópica que representa la técnica de elección actualmente.

La paciente corresponde a una mujer de 18 años receptora de un riñón izquierdo proveniente de donante vivo (madre). Tiempo de isquemia fría (1 hora) y caliente (30 minutos). Inmunosupresión basada en ciclosporina (10 mg/kg/día), diltiazem (60 mg/60 mg), micofenolato (720 mg/720 mg), y corticoides en dosis decrecientes. Función renal normal con alta al sexto día (creatinina 0,7 mg/dl). A la tercera semana postrasplante, se evidencia el desarrollo de un linfocele pélvico ubicado entre la vejiga y el polo renal inferior. Este comprimía y desplazaba el uréter produciendo hidronefrosis leve a moderada asociándose a deterioro leve de la función renal (elevación de creatinina a 1,2 mg/dl). Primariamente se realizó punción percutánea que descartó la presencia de un urinoma y permitió la instalación de un drenaje externo, sin embargo ante la recurrencia de la colección, se decidió la realización de una marsupialización intraperitoneal por vía laparoscópica. Para ello se instiló la vejiga con azul de metileno, y se abordó el espacio pélvico con 3 trócares (umbilical 10 mm, y 2 laterales de 5 mm), logrando acceder hasta la zona del linfocele comunicándolo incluso con el drenaje percutáneo instalado en dicha zona. El período postoperatorio se desarrolló sin complicaciones, logrando un retorno a la función renal basal, y la resolución imagenológica de la colección.

USO DE EMBOLIZACIÓN ARTERIAL SELECTIVA EN EL MANEJO DE LA EMBOLIA POSTRAUMÁTICA

Drs. *Alvarez S. González R., Díaz A., Viñuela E.* (Clínica Dávila, Servicio de Cirugía. Hospital Sótero del Río)

La embolia post traumatismo hepático constituye una causa rara pero potencialmente fatal de hemorragia digestiva alta. Su diagnóstico es difícil, y puede asociarse a la conformación de un

pseudoaneurisma (PS) en la rama arterial afectada. Actualmente la embolización selectiva (ES) de la arteria hepática constituye el método de elección para el control del sangrado.

Se describe la utilización de esta técnica en un paciente de 21 años que sufre accidente automovilístico presentando contusión abdominal complicada con desgarro hepático profundo del lóbulo derecho (segmento 7) y hematoma retroperitoneal. Inicialmente manejado con packing, y tras repetidos aseos laparotomía contenida con malla. Posteriormente el paciente presenta episodio de hemorragia digestiva alta y descompensación hemodinámica que repite en varias oportunidades. Ante la sospecha clínica de hemobilia se realizan endoscopias sucesivas hasta que finalmente se observa salida de sangre por papila duodenal. Tac de abdomen muestra profunda laceración del lóbulo derecho asociada a un probable PS de la rama posterior de la arteria hepática derecha. Se realiza entonces arteriografía del tronco celíaco y ES del PS con resultado inicialmente satisfactorio. Por recurrencia de la hemorragia se realiza nueva angiografía que mostró reperfusión del PS. Se emboliza nuevamente con partículas de polivinil alcohol observándose desaparición del sangrado y oclusión del PS. Posteriormente desarrolla fístula biliar que se maneja exitosamente con esfinterotomía endoscópica y endoprótesis biliar, junto al drenaje externo de la fístula. Mejora progresivamente permitiendo la rehabilitación y alta posterior.

La ES permitió un manejo exitoso de este paciente asociado a una baja incidencia de complicaciones secundarias al procedimiento.

TÉCNICAS RECONSTRUCTIVAS DE CIRUGÍA DE BANCO EN TRASPLANTE RENAL

Drs. *S. Alvarez, D. Carvajal, C. Avalos*
(Clínica Dávila, Santiago)

Las alteraciones anatómicas producidas durante el procuramiento conllevan a pérdida de injertos y morbilidad pos trasplante producto de disfunción renal o complicaciones urológicas.

Se describe una técnica de reconstrucción vascular utilizando la arteria epigástrica como injerto vascular libre de interposición ante la eventualidad de una o más arterias polares no respetadas durante el procuramiento, que resulten ser de difícil reconstrucción.

La técnica consiste en la disección de la arteria en su trayecto a través del músculo recto abdominal en largo suficiente que permita su interposición y anastomosis durante la cirugía de banco posterior.

De esta forma se logra la extensión arterial, permitiendo su reparación en tiempo aún de isquemia fría minimizando así los efectos de una anastomosis postreperusión.

HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO ROTO TRATADO CON MALLA DE POLIGLACTINA. EXPERIENCIA EN 4 CASOS

Drs. *Jean Michel Butte B., Nicolás Jarufe C., Fernando Vuletin S., Jorge Martínez C.*

(Departamento de Cirugía Digestiva y Cirugía Pediátrica División de Cirugía. Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: En la actualidad, el tratamiento tanto de los hematomas subcapsulares como del trauma hepático tiende a ser conservador, reservando la cirugía para casos graves con compromiso hemodinámico. La instalación de mallas absorbibles es una alternativa al empaquetamiento con compresas teniendo la ventaja de no necesitar intervenciones para su retiro.

Objetivo: Presentar 4 pacientes con un hematoma subcapsular hepático roto, tratados con empaquetamiento con malla de poliglactina (Vicryl).

Pacientes y Métodos: Se analizan en forma retrospectiva las indicaciones quirúrgicas, la evolución postoperatoria inmediata y tardía de los 4 casos.

Resultados: Entre octubre de 2004 y junio de 2005 se operaron 4 pacientes mujeres, de 4 días, 29, 34 y 82 años. Las causas de origen del hematoma hepático fueron: I. Instrumentalización en 2 pacientes: 1. Cateterismo cardíaco a través de la vena umbilical (neonato de 4 días) 2. Biopsia hepática diagnóstica (hepatitis lúpica); II. Espontáneo en una paciente con tratamiento anticoagulante; III. Síndrome HELLP en una paciente. El hematocrito promedio previo a la cirugía fue de 19,8% (7,1-22,4%). El diagnóstico fue clínico en la neonato por hemoperitoneo evidente y como hallazgo de la cesárea de urgencia en la paciente del HELLP. Los 2 casos restantes se diagnosticaron con Scanner. Se instaló la malla en forma primaria en 1 paciente (HELLP) en las 3 restantes hubo hemostasia previa con packing de compresas. Luego de instalada la malla una paciente se reoperó por sangrado de uno de los bordes de la malla y otra enferma se rehospitalizó a los 10 días del alta por progresión del hematoma siendo necesario embolización arterial selectiva. La estadía hospitalaria promedio fue de 17,2 días (7-25 días) con 5,5 días de promedio en UCI (1-11).

Conclusiones: El uso de malla de poliglactina

tina parece ser efectiva para manejo de hematomas hepáticos rotos, con menor necesidad de reoperaciones y laparostomías contenidas que pueden aumentar la morbimortalidad de estos pacientes.

HIPERPLASIA FOLICULAR LINFOIDE APENDICULAR: VARIACIÓN ESTACIONAL Y SU ROL PATOGENICO EN APENDICITIS AGUDA. REVISIÓN DE 1251 CASOS

Drs. E. Rojas¹, A. Belmar¹, L. Araos¹, J. Maureira, J. Rojas²

(¹Internos Sexto Año de Medicina, Universidad de Santiago de Chile. ²Patólogo, Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Barros Luco-Trudeau)

Introducción: El objetivo de este estudio es conocer la distribución porcentual de AA por sexo, tipo histopatológico-quirúrgico y estación del año. Hipótesis: Postulamos que la AA tendría como principal causa de obstrucción luminal la hiperplasia folicular linfoide apendicular (HFLA) en otoño e invierno.

Métodos: Se revisaron, retrospectivamente, las biopsias de Servicio de Anatomía patológica del Hospital Barros Luco Trudeau obtenidas de pacientes con diagnóstico de AA, entre junio de 2003 y julio de 2004. Las biopsias fueron estadificadas según la clasificación propuesta por Valdivia-Gómez, modificada, (estadía 0, Ia, Ib, Ic, II, III, IV y V); sexo y estación del año.

Resultados: Se revisaron 125 biopsias. El intervalo de edad fue entre 15 y 80 años, con promedio de 33 años. Los hombres fueron el 62% y las mujeres el 38%. La distribución por estadios de apendicitis fue: Ia= 36%, Ib=24%, II=19%, III=8%, 0=7%, Ic=4%, IV=1% y V=1%. El 12,4% de las biopsias sólo presentaban HFLA. La distribución por estaciones de AA e HFLA fue 27% y 26% en verano, 22% y 23% en otoño, 22% y 23% en invierno, 27% y 26% en primavera, respectivamente. Los valores obtenidos para HFLA como único cambio identificado en AA y alguna estación específica del año tiene un valor $p=0,7$, con un intervalo de confianza= 95% para todas estas por igual.

Conclusiones: La AA presenta una distribución por sexo similar a la reportada en otras series. El estadio más frecuente es Ia y la HFLA se presenta como único hallazgo en una décima parte de los casos. La AA fue escasamente más frecuente en primavera y verano. No hay relación entre HFLA y estaciones del año.

Discusión: No se logra demostrar que la HFLA sea más frecuente en otoño e invierno. Aunque no se demuestra relación estacional de HFLA, perma-

nece en cuestionamiento el rol de dicha entidad como proceso inicial de AA.

ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO EN EMBARAZADAS

Drs. E. Perucca¹, A. Urizar², B. León³, M. Labbé³, I. Galleguillos³

(¹Servicio de Obstetricia y Ginecología. ²Servicio de Urgencia. ³Interno Hospital Barros Luco-Trudeau, Universidad de Chile sede Sur)

Introducción: El embarazo complicado por un cuadro abdominal agudo constituye un problema de difícil abordaje para el cirujano en su práctica cotidiana. La sintomatología atípica, asociada al temor de causar daño a la madre y al feto con la cirugía y/o anestésicos, pueden retardar el diagnóstico y tratamientos oportunos. La frecuencia de la patología quirúrgica general es similar en mujeres gestantes y en las que no lo están, ocurriendo en menos de 2 por 1.000 embarazos. Las más frecuentes en Chile son la apendicitis aguda y aquellas derivadas de la vía biliar.

Objetivos: 1. Analizar las principales causas de abdomen agudo quirúrgico en las mujeres embarazadas atendidas en los Servicios de Urgencia, Cirugía y Maternidad del Hospital Barros Luco-Trudeau. 2. Evaluar la presencia de peritonitis según tiempo de resolución quirúrgica.

Material y Método: Se realizaron 94 casos de abdomen agudo no obstétrico durante el embarazo, ocurrido en los servicios de Maternidad, Urgencia y Cirugía del Hospital Barros Luco-Trudeau, desde el 1 de enero de 1985 hasta el 30 de junio de 2005.

Resultados: La frecuencia de abdomen agudo fue de 1 por 1.060 partos, siendo la causa más importante la apendicitis aguda (63,82%) seguido de quistes anexiales complicados (18,08%) y colecistitis aguda (7,43%). La cirugía se presentó con más frecuencia en el tercer trimestre (47,86%). No hubo mortalidad materna. El diagnóstico diferencial más frecuente fue pielonefritis aguda (39,29%); 68% (16 casos) de las peritonitis se produjeron en embarazadas con más de 24 horas de evolución de su cuadro. Observamos que a mayor edad gestacional existe una mayor latencia entre inicio de los síntomas y la cirugía, asociándose con más complicaciones.

Complicaciones: La apendicitis aguda es la causa más frecuente de abdomen agudo durante el embarazo, siendo la pielonefritis aguda su principal diagnóstico diferencial. La mayor edad gestacional se asocia con mayores complicaciones.

CISTOADENOMA APENDICULAR: REPORTE CASO CLÍNICO Y EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ

Drs. *F. Poblete, F. Acuña, M. Rodríguez del Rey, A. Pardo, Int. P. Cortes*

(Servicio de Cirugía, Hospital San José)

Introducción: Dentro de los tumores del aparato digestivo, los tumores benignos apendiculares son un hallazgo muy poco frecuente; y el cistoadenoma apendicular es una rareza. La siguiente revisión se desarrolla por motivo de un caso clínico, de una paciente con diagnóstico de ingreso de apendicitis aguda, la cual al ser operada, presentó un tumor apendicular de aspecto macroscópico benigno que se reseccó en el acto quirúrgico. La biopsia rápida demostró tumor benigno y la diferida se informó como cistoadenoma apendicular.

Objetivo: Informar caso clínico y reportar la incidencia de cistoadenoma apendicular en el HSJ y su proporción dentro de los tumores benignos y malignos de apéndice. Describir las características macroscópicas de los tumores benignos y malignos para la toma de decisiones en la técnica complementaria quirúrgica a la apendicectomía.

Materiales y Métodos: El presente es un estudio retrospectivo-descriptivo de los pacientes ingresados entre enero del 2001 y julio del 2005, de un total de 2698 pacientes operados con el diagnóstico de apendicitis aguda.; de los cuales 2 presentaron el diagnóstico de cistoadenoma apendicular.

Resultados: El registro de biopsias revisadas de 2698 apéndices con diagnóstico operatorio de apendicitis aguda. En 14 se diagnosticaron tumores malignos y en 6 tumores benignos, de los cuales 4 eran mucocele y 2 eran cistoadenoma.

En ambos casos el protocolo operatorio demostraba signos macroscópicos de benignidad

Conclusiones: La incidencia de tumores apendiculares revisada es muy baja, más aun la de cistoadenoma, por lo cual la sospecha clínica macroscópica es fundamental para la decisión de una técnica complementaria quirúrgica a la apendicectomía.

TRASPLANTE COMBINADO RIÑÓN-PÁNCREAS UNA OPCIÓN REAL PARA DIABÉTICOS INSULINODEPENDIENTES

Drs. *S. Alvarez, R. Orozco, C. Avalos*
(Clínica Dávila, Santiago)

Introducción: La Diabetes Mellitus (DM) representa la etiología más frecuente como agente causal de Insuficiencia Renal Crónica (IRC). El trasplante combinado de riñón y páncreas (TRP) ha demostrado no sólo atenuar la evolución de las

complicaciones de la DM a largo plazo, sino también mejorar la supervivencia con respecto de aquellos que se mantienen en diálisis (HD). Nuestro objetivo es mostrar el resultado inicial con la aplicación de esta técnica combinada en nuestro primer paciente diabético tipo I trasplantado.

La paciente corresponde a una diabética tipo I (péptido C indetectable) durante 16 años, requirente de HD por IRC secundaria. Su estudio pretrasplante mostró buena función cardiovascular sin evidencias de enfermedad coronaria. Fue trasplantada en forma combinada con TRP. El donante correspondió a un varón sano de 18 años grupo sanguíneo compatible. El Crossmatch por linfocitotoxicidad fue negativo existiendo compatibilidad de 1A y 1B en su tipificación HLA.

Tanto la técnica de procuramiento, cirugía de banco, como la implantación de los injertos fue realizada con técnica clásica. El drenaje exocrino se realizó por anastomosis entero-entérica. El tiempo de isquemia fría fue de 5-6 horas, y el de isquemia caliente de 30 y 25 minutos respectivamente. La inmunosupresión utilizada consistió en Inducción con Timoglobulinas asociada a Tacrolimus, Micofenolato Sódico y esteroides en dosis decrecientes.

La función de los injertos fue excelente con diuresis inmediata y caída de la glicemia, independizándose de la bomba de insulina tras desclameo sin mayor utilización de refuerzos insulínicos hasta el día de hoy. La estadía en UCI fue de 3 días y el período de hospitalización de 14 días. La realimentación se llevó a cabo a partir del día 4 postrasplante sin inconvenientes. Actualmente está en su cuarto mes post-trasplante, su creatinina es de 1 mg/dl, glicemia matinal 73 mg/dl, hemoglobina glicosilada 3,5%, péptido C 3,5 e insulinemia de 10,4.

El trasplante combinado de riñón y páncreas constituye una alternativa eficaz de tratamiento para los diabéticos tipo I con falla renal crónica. Este tipo de trasplante permite una independencia total tanto de insulina como de HD en estos pacientes permitiendo un reintegro social y laboral óptimo.

APENDICITIS AGUDA EN PACIENTES GERIÁTRICOS

Drs. *Montalva N.S., Flisfisch F.H., Leiva P.L., Cerda S.R., Hernández F.F., Matus F.C., Rioseco M., Abularach R. Int. M.J. Tolentino, M.C. Schiele, C.P. Tabilo, G.S. Ruiz*

(Departamento y Servicio de Cirugía Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Equipo Digestivo Alto. Hospital Barros Luco-Trudeau)

Introducción: La apendicitis en el adulto mayor (≥ 60 años) se describe como un cuadro clínico con

mayor horas de evolución, con una mayor dificultad diagnóstica, lo que conlleva a un diagnóstico tardío y una evolución más avanzada de ésta, encontrando en mayor proporción (que poblaciones más jóvenes) perforación apendicular y peritonitis, asociado esto a una mayor morbimortalidad.

Objetivo: Describir el tiempo de evolución, los hallazgos intraoperatorios, las complicaciones y evolución de pacientes sobre 60 años operados con sospecha de apendicitis aguda en el HBLT.

Pacientes y Método: Se analizaron en forma retrospectiva las fichas de pacientes mayores de 59 años operados de apendicitis aguda entre mayo de 2003 y septiembre de 2004 del Servicio de Urgencia del HBLT.

Resultados: De un total de 1038 pacientes operados por apendicitis aguda en el HBLT, en el plazo antes señalado, 50 fueron mayores de 60 años (4,82%), cuyo promedio de edad fue de 71 años (60-88). El 72% de los pacientes presentaban algún tipo de comorbilidad, principalmente cardiovascular. Un 30% de los pacientes tuvo un cuadro clínico de más de 48 horas de evolución y un 58% más de 24 horas. En un alto porcentaje (32%) se encontró en el intraoperatorio una etapa avanzada del cuadro, 10% (5) con gangrena apendicular, 16% (8) con peritonitis localizada y en un 6% (3) peritonitis difusa. Un 16% (8) presentó algún tipo de complicación, 6% complicaciones médicas (cardiovasculares de preferencia) y 10% complicaciones quirúrgicas (evisceraciones mayormente). No se registró mortalidad.

Conclusiones: La apendicitis aguda tiene baja incidencia en pacientes mayores de 60 años presentando un tiempo de evolución más prolongado que pacientes jóvenes y un cuadro más avanzado, encontrando un alto porcentaje de gangrena apendicular y peritonitis, además de un mayor porcentaje de complicaciones postoperatorias. Esto probablemente relacionado al mayor tiempo de evolución y comorbilidad asociada, por lo que se hace imprescindible un alto grado de sospecha en este grupo etario, lo mismo que una estrategia de estudio de imágenes para un diagnóstico oportuno.

GESTACIÓN DURANTE LOS 12 MESES SIGUIENTES A UNA CIRUGÍA BARIÁTRICA CON BY PASS: REPORTE DE 7 CASOS

Drs. K. Papapietro, E. Díaz, F. Saelzer, A. Rizzo
(Unidad de Nutrición. Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Univ. de Chile)

Introducción: La cirugía bariátrica de by pass induce una rápida pérdida de peso con gran limita-

ción en la capacidad de ingesta durante el primer año postcirugía.

El objetivo del presente trabajo es mostrar la evolución de pacientes que se embarazan durante los doce meses siguientes a la cirugía de by pass.

Material y Método: Siete mujeres sometidas a cirugía de by pass. Se registró curva ponderal prepostembarazo, seguimiento de la gestación y parto.

Resultados:

Pacientes	Mes de emba-razo	Peso preop. (kg)	Peso ini- cio em- barazo (kg)	Peso final em- barazo (kg)	Delta peso (kg)	Sema- nas de gesta- ción	Peso RN (kg)	Apgar RN
1	4º mes	109,8/ 40,3	93,8/ 34,4	100,8/ 36,7	7	39 sem	3.330	9-9
2	18º mes	120/53	63/28	72/32	9,8	32 sem	3.070	6-9
3	2º mes	110/47	-	-	10	37 sem	2.920	9-10
4	3º mes	152/49	125/40	115/37	-8	39 sem	2.970	9-10
5	2º mes	-	85/	88/	3	39 sem	3.630	-
6	5º mes	130/48,9	82/30,8	80/30,1	-2	38 sem	2.750	9-9
7	-	-	75/	80,4/	5,4	37 sem	2.337	

Conclusión: En esta serie el desarrollo del embarazo y del RN no fue afectado por la restricción dietética y baja de peso resultante con el by pass gástrico.

APENDICITIS Y EMBARAZO EN HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE

Drs. A. Pérez C., R. Pino C., J. Mollo A., J. Castro C., J. Frez P. Als. P. Espinoza O., F. Millán Z., S. Kobrich S.

(Servicio y Departamento de Cirugía, Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Introducción: La apendicitis aguda es la causa más frecuente de cirugía no obstétrica durante el embarazo, la incidencia en la mujer embarazada es similar a la encontrada en las mujeres no embarazadas; sin embargo ofrece un recto diagnóstico a los cirujanos. La tardanza en el diagnóstico implica frecuentemente perforación apendicular y peritonitis con aumento de la morbimortalidad materno fetal. El propósito de este trabajo es evaluar los resultados y analizar la morbimortalidad en pacientes apendicectomizadas durante el embarazo.

Material y Método: Estudio descriptivo, retrospectivo, en el período enero de 2004 a julio de 2005 de serie de casos de pacientes embarazadas operadas de apendicectomía en forma consecutivas en el Hospital Santiago Oriente de la ciudad de Santiago.

Se describen edad, características clínicas, tratamiento, evolución y morbimortalidad materno y fetal.

Resultados: Durante el período de estudio hubo 11.175 partos, se realizaron 18 apendicectomías, lo que da una incidencia 1/620 partos. La edad promedio de las pacientes fue 24 años. Durante el primer trimestre del embarazo se operaron 1 (5,6%), 2º trimestre 12 (66,6%) y 5 (27,7%) durante el 3º trimestre. Apendicitis aguda confirmada con estudio anatomopatológico en 13/18 (72%), en 2 pacientes perforación apendicular y en 1 gangrena apendicular. De los 5 sin apendicitis (28%), 2 pacientes tienen otra causa de abdomen agudo, endometriosis ovárica y mioma complicado. Hubo 1 óbito fetal, el cual se diagnosticó al momento del ingreso de la paciente y ningún parto prematuro ni mortalidad materna.

Conclusiones: En la presente serie, se encontró una incidencia de una apendicectomía por cada 620 partos, siendo mayor que la descrita en la literatura. Casi en el 95% de los casos ocurrió en el 2º y 3º trimestre. En 67% la causa fue apendicular y en 11% fue ginecológica.

La morbimortalidad materno fetal es similar encontrada en la literatura. El óbito fetal, se asoció a gangrena y peritonitis localizada. La tardanza en el diagnóstico puede llevar a aumentar la morbimortalidad materno-fetal por lo que se recomienda el diagnóstico precoz y tratamiento quirúrgico temprano.

CIRUGÍA ABDOMINAL PACIENTES OCTOGENARIOS: REVISIÓN PRELIMINAR DE UNA REALIDAD CRECIENTE

Drs. R. González¹, F. Maluenda², F. Macan¹, J. León C.²

(¹Becado Cirugía, Universidad del Desarrollo, Clínica Alemana de Santiago, Hospital Padre Hurtado. ²Departamento de Cirugía, Clínica Alemana de Santiago)

Introducción: El envejecimiento de la población a nivel mundial y nacional plantea el desafío de

resolver cada vez con mayor frecuencia problemas sanitarios en población añosa. En Chile existen aproximadamente 1.717.478 habitantes mayores de 60 años, un 14,9% de ellos son mayores de 80 (255.904 hbts). Las experiencias nacionales publicadas sobre el tema son muy escasas, sobre todo en edades extremas. Nuestro objetivo es realizar el análisis clínico y epidemiológico de los pacientes de 80 años y más intervenidos quirúrgicamente por patología abdominal en nuestro centro.

Material y Método: Estudio retrospectivo de fichas clínicas, enfermería y anestesia. Se obtuvieron datos médicos y demográficos de todos los pacientes de 80 años y más intervenidos quirúrgicamente por patología intraabdominal en la Clínica Alemana de Santiago entre enero y agosto del año 2001.

Resultados: Son 60 pacientes. Edad promedio: 82,9 años. Nonagenarios: 4,3%. Un 52,2% son de sexo femenino. Un 41,3% de los pacientes ingresaron electivamente y un 58,7% vía urgencias. Un 80,4% tiene comorbilidades. Las más frecuentes: HTA (28,3%), EPOC (10,9%) y DM2 (6,5%). No hubo complicaciones intraoperatorias. Un 28,3% presentó complicaciones postoperatorias inmediatas. Las más frecuentes: falla orgánica múltiple (4,3%) y SDRA (4,3%). Un 28,3% requirió manejo postoperatorio en UCI. Los pacientes ingresados como urgencias presentaron: mayor necesidad de UCI postoperatoria (40,7% vs 10,5%). El 93,4% de los pacientes recuperó su condición basal. Dos pacientes fallecieron (falla orgánica múltiple), ambos intervenidos de urgencia.

Conclusiones: En nuestra serie, la cirugía de urgencia condiciona mayor necesidad de hospitalización en UCI, mayor morbilidad postoperatoria y mayor necesidad de transfusiones. Un 96% de los enfermos puede ser intervenido quirúrgicamente, aún de urgencia, sin presentar mortalidad.

Seccional: VÍDEOS

REOPERACIONES POR FALLA DE GASTROPLASTIA CON BANDA GÁSTRICA EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA

Drs. *Italo Braghetto, Owen Korn, Omar Ibarra, Héctor Valladares, L. Brunet*
(Departamento de Cirugía. Hospital Clínico, Universidad de Chile)

Se presenta la experiencia de 2 pacientes previamente operados por obesidad mórbida tratados con gastroplastia con banda de Marlex.

Ambos pacientes que inicialmente bajaron de peso comenzaron a recuperar progresivamente su peso y ambos presentaron síntomas de Reflujo Gastroesofágico y dolor epigástrico.

En ambos se comprobó, crecimiento del estómago proximal estenosis mesogástrica y uno de ellos presentó úlcera del anillo estenótico y doble lumen mesogástrico.

En este video se muestran las características clínicas y el procedimiento quirúrgico por vía abierta para efectuar gastrectomía subtotal distal y gastro-yeyunostomía en Y de Roux asa larga.

Ambos pacientes evolucionaron sin complicaciones se encuentran asintomáticos y actualmente han normalizado su peso con IMC cercano a lo normal.

BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE (LAP-BAND) LAPAROSCÓPICA (PASO A PASO)

Drs. *J. Grageda R., J.E. Contreras P., C. Carvajal H.*
(Hospital del Salvador, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Servicio de Cirugía, Clínica Santa María)

Vídeo Editado (15 minutos). Muestra la intervención de un paciente (paso a paso) al cual se le instaló la Banda Gástrica Ajustable.

BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE EN SITUS INVERSUS

Drs. *Juan Eduardo Contreras P., Juan José Gallardo, Sebastián Iturra, Jorge Bravo, Omar Grageda*
(Hospital del Salvador, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Servicio de Cirugía, Clínica Santa María)

Vídeo de 10 minutos, muestra la intervención de un paciente con situs inversus al cual se instaló Banda Gástrica ajustable.

GASTROPLASTIA VERTICAL DERIVATIVA (GVD): UNA NUEVA TÉCNICA QUIRÚRGICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

Drs. *M. Alamo¹, C. Sepúlveda², L. Zapata³*
(¹Jefe Servicio de Cirugía, Hospital Dipreca. Profesor Adjunto Universidad de Valparaíso. ²Residente de Cirugía, Universidad de Valparaíso, Universidad Diego Portales, Escuela de Medicina. ³Interno Universidad de Santiago de Chile)

Sección de peritoneo que recubre ángulo de His con bistrú armónico, hasta ingresar a trascavidad de los omentos.

Se confecciona un tubo gástrico a expensas de la curvatura menor, de 2 cm de diámetro, utilizando sonda de calibración N° 45 French, comenzando en la región prepilórica de curvatura mayor, para terminar en el ángulo de His, utilizando engrapadora lineal cortante Proximate® TLC75 (Ethicon Endo-Surgery Inc, Cincinnati, OH). Prueba de hermeticidad con azul de metileno.

Sección de yeyuno con engrapadora lineal a 40 cm de ángulo de Treitz. Ascenso de yeyuno distal por vía antecólica, para realizar anastomosis con engrapadora a remanente gástrico desfuncionalizado, vagotomizado. Cierre de ostomía con material no absorbible. Enteroenterostomía latero-lateral

con engrapadora a 300 cm de gastroenterostomía, asegurando al menos 2 metros de asa absorbente; cierre de ostomía con material no absorbible. Formando así una Y de Roux. Instalación de drenaje en relación ambos segmentos gástricos.

BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE (LAP-BAND) LAPAROSCOPIA (TÉCNICA QUIRÚRGICA PASO A PASO) EN CERDO COMO MODELO EXPERIMENTAL DE ENTRENAMIENTO

Drs. *J. Grageda R., S. Iturra U., J.E. Contreras P., C. Carvajal H.*

(Hospital del Salvador, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Centro de Investigaciones Quirúrgicas. Centro de Entrenamiento e Investigación en Cirugía Laparoscópica)

Vídeo Editado (15 minutos). Muestra la realización paso a paso, de (Instalación de la Banda Gástrica ajustable por vía laparoscópica), en cerdo como animal de entrenamiento experimental.

GASTRECTOMÍA EN MANGA LAPAROSCÓPICA ("SLEEVE GASTRECTOMY"), ALTERNATIVA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL PACIENTE SUPER OBESO

Drs. *F. Crovari, A. Escalona, G. Pérez, S. Guzmán y L. Ibáñez*

(Departamento de Cirugía Digestiva, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile)

El tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida se ha establecido progresivamente como el tratamiento de elección en esta patología, sin embargo, la técnica de elección en pacientes super obesos y específicamente en insuficientes renales crónicos en diálisis no está claro.

Se presenta un caso de Gastrectomía en manga por vía laparoscópica (Sleeve Gastrectomy) realizado en paciente Super Obesa IMC máximo 66,6 preoperatorio de 60,2 portadora de Insuficiencia Renal Crónica en diálisis trisemanal, dislipidemia, hipertensión arterial, hipotiroidismo, resistencia insulínica, apnea obstructiva del sueño y gota, en capacidad funcional III.

Colecistectomía antigua con coledocostomía, apendicectomizada y herniorrafia umbilical.

Se discuten indicaciones, aspectos técnicos y resultados precoces del procedimiento.

BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX CON GASTRECTOMÍA DISTAL LAPAROSCÓPICA

Drs. *Gustavo Pérez B., Alex Escalona P., Fernando Crovari E., Sergio Guzmán B., Luis Ibáñez A.*

(Departamento de Cirugía Digestiva. División de Cirugía, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile)

El bypass gástrico en Y de Roux (BPG) realizado por vía laparoscópica, es actualmente una de las alternativas de elección en el tratamiento quirúrgico de la obesidad. Los cambios anatómicos propios del procedimiento dificultan la evaluación diagnóstica y terapéutica postoperatoria del estómago remanente. En pacientes con mayor riesgo de patología neoplásica gástrica a largo plazo se plantea la alternativa de resección del remanente gástrico asociado al bypass gástrico. En este vídeo se presenta un bypass gástrico por vía laparoscópica con resección de estómago remanente. Se demuestra el procedimiento y en especial algunos aspectos técnicos que permiten su realización.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO LAPAROSCÓPICO DE DIVERTÍCULO EPIFRÉNICO

Drs. *Braghetto I., Korn O., Valladares H., Rodríguez A., L. Brunet*

(Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile)

Se presenta la técnica quirúrgica por vía laparoscópica de un paciente portador de divertículo epifrénico de gran tamaño que se asoció a síntomas por varios años consistentes en disfagia progresiva con cualquier tipo de alimento, dolor sensación de plenitud retroesternal y pseudo regurgitación especialmente nocturna.

El estudio endoscópico o radiológico confirmaron un divertículo epifrénico de gran tamaño hacia la cara lateral derecha del esófago. Se estudió además las características manométricas del cuerpo esofágico y del esfínter esofágico inferior. En este vídeo se muestran las etapas de la diverticulectomía, de la miotomía anterior de la unión cardioesofágica y la fundoplicatura anterior de Dor efectuados a este paciente.

HEPATECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA (RESECCIÓN DE SEGMENTOS V, VI, VII Y VIII)

Drs. *M. Sanhueza, J. Reyes, A. Díaz*

(Servicio de Cirugía, Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago)

Se presenta estudio de imágenes con TAC y RNM.

Se presentan en el vídeo los siguientes tiempos quirúrgicos:

- Liberación del hígado derecho.
- Disección del segmento I de la vena cava.
- Control vascular en el curso de la hepatectomía.
- Disección del pedículo hepático, arteria, vena porta y vía biliar.
- Ecografía intraoperatoria.
- Sección parenquimatosa.
- Control de venas suprahepáticas.
- Extracción de la pieza quirúrgica.
- Estudio radiológico con TAC postoperatorio.
- Macroscopia de la pieza quirúrgica.

HEMICOLECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA

Drs. *M. Sanhueza, R. Kusanovich, I. García-Huidobro, J. Rodríguez, A. Díaz, E. Flores, J. Reyes* (Servicio de Cirugía. Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago)

Se presenta un vídeo de una colectomía derecha, en un paciente de 56 años quien presenta una neoplasia del colon derecho.

Se presentan en el vídeo los siguientes tiempos quirúrgicos:

- Instalación de trocates.
- Laparoscopia:
- Disección de medial a lateral, identificando el pedículo ileocecal y vasos cólicos derechos.
- Disección de la fascia de Gerota.
- Disección y control de los vasos cólicos medios.
- Disección de lateral a medial.
- Sección del mesocolon transversal y del epiplón mayor.
- Liberación completa de la pieza quirúrgica.
- Extracción de la pieza.
- Anastomosis estra-corpórea utilizando sutura mecánica.
- Cierre de la brecha bajo laparoscopia.
- Vista externa del abdomen.

RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE CÁNCER DE RECTO DE 1/3 INFERIOR CON PRESERVACIÓN ESFINTERIANA. ANASTOMOSIS COLO-ANAL "DIFERIDA" SIN OSTOMÍA DE PROTECCIÓN

Drs. *M. Sanhueza, R. Kusanovich, I. García-Huidobro, J. Rodríguez, A. Díaz, J. Reyes* (Servicio de Cirugía. Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago)

Paciente de 68, que presenta un adenocarcinoma de recto a 3 cm del margen anal.

El paciente fue sometido a radioquimioterapia preoperatoria.

Se presentan dos tiempos quirúrgicos:

1. Anal
- Disección interesfintérica.
2. Abdominal (laparoscópica).
- Instalación y posición de trocates.
- Abordaje de medial a lateral. Reordenamiento de asas intestinales.
- Identificación de la fascia de Gerota (uréter, vasos gonadales).
- Identificación y sección de arteria y vena mesentérica inferior.
- Preservación de nervio hipogástricos.
- Liberación del ángulo esplénico del colon.
- Resección total de mesorecto.
- Extracción de la pieza quirúrgica por vía perineal.
- Prolapso de colon de 10 a 15 cm.
- Sección diferida del prolapso a nivel de la línea pectínea.

MANEJO LAPAROSCÓPICO DE PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO Y COLELITIASIS POSTPANCREATITIS BILIAR GRAVE

Drs. *Carlos Cárcamo I., Aliro Venturelli L., Javier López S.*

(Instituto de Cirugía. Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Regional, Valdivia)

Mujer de 32 años con antecedente de haber presentado cuadro de pancreatitis biliar grave que requirió manejo en unidad de cuidados intensivos con evolución favorable al apoyo médico instaurado. Asiste a control médico ambulatorio al mes post pancreatitis con TAC de abdomen que muestra pancreatitis con pseudoquiste de 8 cm de diámetro compatible con pseudoquiste de páncreas. Por no presentar mayores molestias en ese momento se decide nuevo control con TAC al 2º mes. Asiste a dicha evaluación con mala tolerancia a la alimentación sólida y nuevo examen que muestra crecimiento de la colección, ahora con 12 cm de diámetro mayor. Dada la sabida existencia de colelitiasis se decide manejo de ambas patologías por vía laparoscópica. Es intervenida realizando en primera instancia la colecistectomía con colangiografía intraoperatoria normal. Luego se aborda pseudoquiste por vía transgástrica sin mayores dificultades. Evoluciona satisfactoriamente en el postoperatorio inmediato siendo dada de alta a las 72 horas. Control ambulatorio alejado asintomática.

GASTRECTOMÍA TOTAL AMPLIADA LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER GÁSTRICO

Drs. *Gustavo Pérez B., Alex Escalona P., Nicolás Devaud J., Fernando Crovari E., Fernando Pimentel M., Osvaldo Llanos L., Sergio Guzmán B., Luis Ibáñez A.*

(Departamento de Cirugía Digestiva. División de Cirugía. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile)

El desarrollo de la cirugía laparoscópica ha permitido incorporar esta tecnología al tratamiento quirúrgico de diversas patologías. El cáncer gástrico constituye la primera causa de muerte por cáncer en nuestro país y el tratamiento quirúrgico es la mejor alternativa terapéutica.

En este vídeo se presenta una gastrectomía total ampliada por laparoscopia. Se demuestra el procedimiento, técnica e instrumentos de disección y resección gástrica con vaciamiento ganglionar D2. Se demuestra la reconstrucción del tránsito intestinal con anastomosis esofagoyeyunal manual en Y de Roux.

GASTRECTOMÍA SUBTOTAL AMPLIADA LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER GÁSTRICO

Drs. *Alex Escalona P., Gustavo Pérez B., Nicolás Devaud J., Fernando Crovari E., Fernando Pimentel M., Osvaldo Llanos L., Sergio Guzmán B., Luis Ibáñez A.*

(Departamento de Cirugía Digestiva. División de Cirugía. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile)

El desarrollo de la cirugía laparoscópica ha permitido incorporar esta tecnología al tratamiento quirúrgico de diversas patologías. El cáncer gástrico constituye la primera causa de muerte por cáncer en nuestro país y el tratamiento quirúrgico es la mejor alternativa terapéutica.

En este vídeo se presenta una gastrectomía total ampliada por laparoscopia. Se demuestra el procedimiento, técnica e instrumentos de disección y resección gástrica con vaciamiento ganglionar D2. Se demuestra la reconstrucción del tránsito intestinal con anastomosis esofagoyeyunal manual en Y de Roux.

PANCREATECTOMÍA DISTAL LAPAROSCÓPICA CON LIGASURE DE 5 MM

Drs. *C. Martínez y E. Viñuela*

(Servicio de Cirugía, Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago)

Se presenta una técnica de cirugía laparoscópica de avanzada en un campo quirúrgico aun

limitado, donde el manejo de las lesiones quísticas de cuerpo y cola de páncreas con preservación de bazo abordados por vía abierta han mostrado excelentes resultados postoperatorios y donde la laparoscopia terapéutica del páncreas tiene un rol indelible.

Los tumores quísticos del páncreas son poco frecuentes. Se presentan en mujeres en el tercio medio de sus vidas, constituyendo un hallazgo durante un estudio imagenológico de rutina. Estos son sintomáticos en un tercio de los casos, situación que suele ser la indicación quirúrgica fundamental según algunos autores, especialmente en aquellas lesiones que se han mantenido invariables durante su seguimiento.

La mayoría de los tumores quísticos de páncreas que no cumplen criterios de benignidad especialmente frente a estudio con TAC o actualmente con RNM y aquellos sintomáticos, tienen indicación quirúrgica. El estudio histopatológico diferido es fundamental para definir el pronóstico de la lesión.

La pancreatectomía distal con preservación de bazo y la prevención de sepsis postesplenectomía, se presenta como la mejor alternativa a lesiones localizadas en esta ubicación frente a otras alternativas quirúrgicas. La extensión de la laparoscopia a este tipo de lesiones es una técnica absolutamente comparable con beneficios indiscutibles.

ESOFAGECTOMÍA TORACOLAPAROSCÓPICA CON ASCENSO GÁSTRICO NO TUBULARIZADO

Drs. *G. Wiedmaier, C. Cavalla, E. Rivas, P. Salinas, P. Lamoza, R. Rossi, A. Rodríguez, R. González, K. Bertrán, J. Hamilton*

(Servicio de Cirugía, Hospital Padre Hurtado. Departamento de Cirugía, Universidad del Desarrollo, Clínica Alemana)

Se describe la técnica de esofagectomía para pacientes con patología esofágica maligna y benigna, realizándose en forma completa con una técnica mínimamente invasiva. El primer tiempo es el torácico, en el cual por vídeo toracoscopia se realiza una liberación del esófago, y se realiza resección en bloc del órgano con las cadenas linfonodales en forma reglada (en casos de esófago neoplásico). Luego se continúa con el segundo tiempo, abdominal, en que por laparoscopia se termina la liberación esofágica en la zona abdominal y se realiza el colgajo de estómago junto con la disección de los grupos linfonodales paragástricos y de grupo siete. Posteriormente se realiza ascenso de estómago no

tubularizado, por vía transmediastínica. Se finaliza la técnica con una anastomosis manual a nivel cervical.

HERNIA FEMORAL, TRATAMIENTO MEDIANTE TÉCNICA DE LICHTENSTEIN MODIFICADA

Drs. *A. Acevedo, J. Bravo*

(Unidad de Cirugía Ambulatoria del CRS Cordillera Oriente. Campus Peñalolén, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Estudios anteriormente publicados dan a conocer que en las hernias femorales coexiste una marcada debilidad de la pared posterior del canal inguinal que se manifiesta por hernias inguinales, mayoritariamente lipomatosas y por un adelgazamiento de la fascia transversalis. En el presente vídeo damos a conocer una modificación de la técnica de Lichtenstein, que corrige el defecto herniario y la debilidad de la pared posterior del canal inguinal.

EVENTRACIONES DE LA LÍNEA MEDIA. CORRECCIÓN MEDIANTE DOBLE SUTURA INVAGINANTE ISOTENSIONAL

Drs. *A. Acevedo, A. Viterbo, J. Bravo*

(Unidad de Cirugía Ambulatoria del CRS Cordillera Oriente, Campus Peñalolén, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El 65% de las eventraciones de la línea media son susceptibles de ser intervenidas con anestesia local y en forma ambulatoria. Desde el año 2001 realizamos una sutura simple, longitudinal del o de los defectos herniarios de tal manera que los músculos planos del abdomen ejerzan una tensión uniforme en toda la longitud de la sutura, y procedemos a reforzarla mediante una doble sutura invaginante de la vaina anterior de los rectos. En el vídeo mostramos la técnica y damos cuenta de los resultados.

APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA (PASO A PASO)

Drs. *J. Grageda R., J.E. Contreras P., C. Carvajal H.*
(Hospital del Salvador, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Servicio de Cirugía, Clínica Santa María)

Vídeo Editado (15 minutos). Muestra la intervención de un paciente (paso a paso), con una

breve revisión bibliográfica sobre los beneficios de la apendicectomía laparoscópica (AL) vs apendicectomía abierta (AA).

FUNDUPLICATURA TIPO NISSEN POR VÍA LAPAROSCÓPICA (PASO A PASO) EN CERDO COMO MODELO EXPERIMENTAL DE ENTRENAMIENTO

Drs. *J. Grageda R., J.E. Contreras P., C. Carvajal H.*
(Hospital del Salvador, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Centro de Investigaciones Quirúrgicas. Centro de Entrenamiento e Investigación en Cirugía Laparoscópica)

Vídeo editado (15 minutos). Muestra la realización paso a paso de (Funduplicatura Tipo Nissen por vía Laparoscópica), en cerdo como animal de entrenamiento experimental.

FUNDUPLICATURA TIPO NISSEN POR VÍA LAPAROSCÓPICA (PASO A PASO) EN EL TRATAMIENTO DE LA ESOFAGITIS POR REFLUJO

Drs. *J. Grageda R., J.E. Contreras P., C. Carvajal H.*
(Hospital del Salvador, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Servicio de Cirugía, Clínica Santa María)

Vídeo editado (15 minutos). Muestra la intervención de un paciente (paso a paso), el cual fue sometido al procedimiento quirúrgico (Funduplicatura tipo Nissen).

ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA CON LIGASURE® DE 5 MM

Drs. *Carlos Cárcamo I., Aliro Venturelli L., Javier López S.*

(Instituto de Cirugía. Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. Servicio de Cirugía. Hospital Clínico Regional, Valdivia)

Hombre de 67 años portador de púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) con mala respuesta a la terapia esteroidea e inmunosupresora. Se plantea esplenectomía la que se realiza por vía laparoscópica utilizando exclusivamente la pinza Ligasure® de 5 mm para el manejo de los elementos vasculares. Evoluciona sin incidentes en el postoperatorio inmediato y es dado de alta a las 48 horas de la intervención. Control alejado ambulatorio satis-

factorio, con hemograma que muestra 102.000 plaquetas e histopatología del bazo que apoya diagnóstico clínico pancreático.

RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA DE APENDICITIS AGUDA COMPLICADA Y COLECISTITIS AGUDA COEXISTENTES

Drs. *Carlos Cárcamo I., Carlos Banse E.*

(Instituto de Cirugía. Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Regional Valdivia)

Mujer de 73 años, obesa severa (IMC: 38 kg/m²), diabética tipo 2 e hipertensa. Consulta por cuadro de dolor epigástrico súbito, de intestinal progresiva, con irradiación precordial, sin síntomas digestivos asociados, de 36 horas de evolución. Es manejada como posible infarto agudo al miocardio que se descarta luego de completar estudio enzimático. Se solicita Ecotomografía que no presenta hallazgos categóricos. Dada la persistencia de la sintomatología se pide opinión del cirujano. Destaca al examen físico dolor y resistencia muscular involuntaria en flanco derecho. Blumberg (+). Con sospecha de apendicitis aguda se decide intervenir por vía laparoscópica. Se comprueba la presencia de una apendicitis aguda perforada y aplastrada que se resuelve sin incidentes. Se explora luego dirigidamente la zona vesicular que se encuentra cubierta por epiplón y se descubre la presencia de una colecistitis aguda. Se posicionan nuevos trócares y se lleva a cabo la colecistectomía. Se deja drenaje a la zona pericecal. La paciente evo-

luciona satisfactoriamente, con apoyo de tratamiento antibiótico y es dada de alta al 4º día sin complicaciones con indicación de completar antibiótico oral. Control ambulatorio alejado satisfactorio. Biopsias confirman ambos procesos agudos fibrinopurulentos sin hallazgos de malignidad.

REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE PERFORACIÓN GÁSTRICA ENDOSCÓPICA

Drs. *Carlos Cárcamo I., Carlos Banse E.*

(Instituto de Cirugía. Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Regional Valdivia)

Mujer de 42 años con antecedentes de haber pesquisado en estudio endoscópico por síndrome ulceroso 2 lesiones polipoideas pequeñas, de 5 y 8 mm que se biopsian. Estudio histopatológico concluye carcinoma tipo 1 en ambos casos. Se le plantean alternativas terapéuticas y se concuerda en mucosectomía endoscópica. Se realiza dicha intervención y durante el procedimiento se advierte perforación de la pared gástrica reseca por lo que se decide realizar exploración laparoscópica inmediata. La exploración de la cavidad abdominal es normal. Se libera parcialmente la curvatura mayor gástrica y se accede a la transcavidad ubicando en la cara posterior gástrica lesión lineal por asa de mucosectomía que se repara con sutura manual continua de Vicryl 3/0. Evoluciona satisfactoriamente en el postoperatorio inmediato y es dada de alta a las 48 horas. Control ambulatorio alejado asintomático.