

Seccional: CIRUGÍA GENERAL

ROL DEL RECuento DE LEUCOCITOS Y DE LA PROTEÍNA C REACTIVA EN NIÑOS CON APENDICITIS

Drs. M. Beltrán, J. Almonacid, A. Vicencio, J. Gutiérrez, T. Danilova, E.U. K.S. Cruces

(Servicio de Cirugía, Unidad de Emergencias, Hospital de Ovalle)

Introducción: Pocos estudios han evaluado el valor predictivo del recuento de leucocitos (RL) y de la proteína C reactiva (PCR) en diferentes puntos de corte en niños con apendicitis. El objetivo de este estudio es el de determinar los puntos de corte para RL y PCR en diferentes períodos de tiempo dentro de la evolución clínica de la apendicitis y establecer su utilidad en el diagnóstico de apendicitis y en la diferenciación entre apendicitis simple y perforada.

Métodos: Estudiamos 198 pacientes consecutivos, menores de 15 años operados por apendicitis, dividiéndolos en 4 grupos de acuerdo al período de tiempo entre el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico. Se construyeron curvas ROC (Receiver Operating Characteristics) para evaluar los valores de RL y PCR, los mejores puntos de corte fueron utilizados en el cálculo de la sensibilidad, especificidad y exactitud diagnóstica de estos exámenes para discriminar entre pacientes con y sin apendicitis y entre pacientes con apendicitis simple y perforada.

Resultados: El RL y la PCR individualmente y asociadas, tienen una elevada sensibilidad para diferenciar entre pacientes con y sin apendicitis. La especificidad del RL y la PCR individualmente y asociadas para diferenciar entre pacientes con apendicitis simple y perforada es elevada pero la sensibilidad es baja.

Conclusiones: El RL y la PCR pueden utilizarse para apoyar el diagnóstico clínico de apendicitis y dependiendo del tiempo entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico, diferenciar pacientes con y sin

apendicitis y discriminar entre apendicitis simple y perforada.

APENDICECTOMÍA EN BLANCO. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UN AÑO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Drs. R. Valenzuela, A. Fierro, C. Orfali. Al. M. Valdebenito

(Servicio de Cirugía Hospital San Juan de Dios, Universidad de Chile, Alumno Medicina Universidad de Los Andes)

Introducción: La Apendicitis aguda es la patología quirúrgica más frecuente en los servicios de urgencia, cuyo diagnóstico sigue siendo fundamentalmente clínico a pesar de los adelantos tecnológicos, por lo que aun es tolerable un margen de error diagnóstico y apendicectomías en blanco. Este margen de error fluctúa según diversos estudios entre 7 y 25% para la población general, y hasta 40% en el subgrupo de las mujeres en edad fértil. Con un 10% de causa ginecológica de dolor en la fosa ilíaca derecha como hallazgo intraoperatorio.

Objetivo: Caracterizar a la población definiendo la distribución por sexo y edad, la confirmación histológica y el error diagnóstico en el Hospital San Juan de Dios.

Método: Se revisaron los protocolos operatorios y biopsias apendiculares de todas las cirugías por apendicitis aguda durante el período de un año, que correspondieron a 1193 apendicectomías, tomándose una muestra de 775 pacientes (65%), todos con ambos elementos.

Resultados: En cuanto a distribución etárea, el 68,51% (531) de los casos se concentró en el grupo de 15-35 años. En cuanto a sexo, se encontró una distribución similar, con un leve predominio del sexo masculino, 53,29% (413). Con respecto a los hallazgos histológicos, el diagnóstico fue con-

firmado en un 72,13% del total (82,81% hombres; 59,94% mujeres); no se encontraron hallazgos patológicos en un 21,55% (14,53% hombres; 29,56% mujeres), siendo reconocida esta situación en el protocolo operatorio en un 18,56% de los casos; y se evidenció otra causa de abdomen agudo en un 4,65% (1,21% hombres; 8,56% mujeres), con 7,74% (28) de hallazgos ginecológicos intraoperatorios.

Conclusiones: La distribución por sexo y edad se encuentran dentro de los rangos internacionales. La tasa de Apendicectomía en blanco coincide con lo aceptado en la literatura para la población general como por sexos, y los hallazgos ginecológicos intraoperatorios se ajustan a los trabajos internacionales.

APENDICECTOMÍA EN BLANCO. ANÁLISIS DE 106 CASOS

Drs. O. Felmer, E. Castillo, C. Kuschel, C. Cárcamo, M. Gabrielli, F. Venturelli

(Universidad Austral de Chile. Unidad de Emergencia, Hospital Clínico Regional Valdivia)

La apendicectomía es la intervención quirúrgica más frecuente en los servicios de urgencia. La clínica, fundamental en el diagnóstico de apendicitis aguda, no siempre es orientadora, no obstante los métodos de laboratorio e imagenológico no han logrado superarla en cuanto a rendimiento.

Objetivo: Mostrar y analizar los casos de pacientes apendicectomizados cuya biopsia resultó negativa.

Material y Método: Se estudian retrospectivamente 677 casos mediante revisión de los informes de biopsias correspondiente al total de los pacientes operados en el Hospital Clínico Regional Valdivia entre enero y diciembre de 2004. Se analizan las fichas clínicas de los casos con diagnóstico histopatológico negativo. Se estudian mediante una planilla Excel distintas variables como edad, sexo, procedencia, clínica, parámetros de laboratorio, período de evolución, tiempo de hospitalización, hallazgos intraoperatorios, diagnóstico histopatológico y morbimortalidad quirúrgica.

Resultados: Se realizaron 106 apendicectomía en blanco (15,7%). De estas 57 corresponden a mujeres (54%). La edad promedio fue de 23,5 años (1-77). En 84 casos (79%) la procedencia fue urbana. Una paciente presentaba un embarazo de 23 semanas (0,94%). El tiempo de evolución preoperatorio presentó un promedio y mediana de 1,96 días (1-11). En 41 casos se registró fiebre (38,7%).

A 78 pacientes (73,6%) se les solicitó hemograma preoperatorio. De estos, 53 (50%) presentaron leucocitosis. Un 46,2% (49) de los pacientes (22,6%) el cirujano concluye en el intraoperatorio una apendicectomía en blanco, evidenciándose en 6 casos (5,7%) un cuadro diferente a patología apendicular.

Conclusión: Existe una discordancia no despreciable entre la macroscopia intraoperatoria y la histopatología. La apendicectomía en blanco es más frecuente en mujeres en edad fértil.

APENDICITIS AGUDA: EXPERIENCIA DE UN AÑO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. ESTUDIO DESCRIPTIVO

Drs. A. Fierro, R. Valenzuela, C. Orfali, M. Valdebenito

(Alumno Medicina Universidad de Los Andes)

Introducción: La Apendicitis aguda es la patología quirúrgica más frecuente en los servicios de urgencia, el riesgo de sufrir esta enfermedad durante la vida es del 7 a 10%, concentrándose entre los 10 y 30 años de edad, con una distribución hombres: mujeres 3: 2. Los cambios anatomopatológicos van desde una fase supurativa aguda hasta la peritonitis, absceso o plastrón apendicular.

Objetivo: Describir la experiencia de un año en el tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda en un hospital tipo uno de Santiago.

Pacientes y Método: Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, analizando una muestra de 559 protocolos operatorios con sus respectivos informes anatomopatológicos, de un total de 884 apendicectomías, con diagnóstico histológico de Apendicitis Aguda, realizadas entre el 1 de Junio de 2005 y el 31 de Mayo de 2006 en el Hospital San Juan de Dios.

Resultados: Distribución por sexo: Hombres (61,18%), Mujeres (38,82%); Edad promedio: 31 años ($\pm 14,04$). Predominio en grupo de 15 a 35 años: 68,79%. En 77,28% se realizó laparotomía McBurney, laparotomía media se realizó en un 12,7%, principalmente ante sospecha peritonitis apendicular o diagnóstico poco claro. Según la descripción macroscópica intraoperatoria 47,9% fueron flegmonosas y 34,7% necróticas. La histología arrojó 33,4% de flegmonosas, 23,43% gangrenosa y 28,26% purulenta. Un 33,3% de los pacientes mayores de 65 años se presentaron como peritonitis versus un 7,5% en menores de 25 años.

Discusión: Tanto la proporción por sexo como la distribución por grupo etáreo son concordantes con

las estadísticas mundiales. La principal vía de abordaje fue el McBurney y, ante la sospecha de peritonitis o plastrón apendicular, laparotomía media. Solo un tercio de los pacientes fueron operados en etapas iniciales de la enfermedad. En pacientes mayores existió mayor grado de apendicitis en estados más avanzados, dado probablemente por lo solapado del cuadro en este grupo etéreo.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ALTA, REVISIÓN ÚLTIMOS 8 AÑOS, HOSPITAL CLÍNICO, UNIVERSIDAD DE CHILE

Drs. C. Muñoz, J. Cárdenas, E. Lanzarini, R. Luengas, M. Vivanco. Ints. N. Martínez, J. Román (Departamento de Cirugía. Hospital Clínico, Universidad de Chile)

Introducción: La obstrucción intestinal alta (OIA) es una causa frecuente de consulta en los servicios de urgencia, el cuadro clínico es característico con un alto índice de sospecha, se describe en la literatura entre 20 y 25 casos al año, ocupando el 10% de las cirugías de urgencia.

Objetivos: Describir el perfil epidemiológico, incluyendo principales síntomas, signos y métodos diagnósticos de la OIA.

Material y Método: Se realiza un análisis retrospectivo de 370 fichas clínicas con diagnóstico de obstrucción intestinal alta ingresados a nuestro servicio desde enero de 1998 a diciembre de 2005.

Resultados: No hubo diferencias significativa en la distribución por sexo, hombres 44,9%, mujeres 55,1%, el promedio de días de sintomatología antes del diagnóstico fue de 8,8 días, los síntomas más representativos fueron dolor abdominal (88,4%, vómitos (73,3) ausencia de gases por ano (45%), al examen físico destacó la distancia abdominal (67,3%), bazuqueo (70%) y taquicardia (40%), los parámetros de laboratorio más frecuentes fueron leucocitosis (47,8%) y alteraciones hidroelectrolíticas (40%). La radiografía de abdomen simple confirmó el diagnóstico en la gran mayoría de los casos (60,3%) siendo menos requerida la ecografía abdominal (29,4%) y la TAC abdominal (10,3%).

Requirieron tratamiento quirúrgico el 83,4%, siendo las principales etiologías las bridas (70,6%), de éstas el 85% tenía antecedentes de cirugías abdominales previas, hernias (25,2%), litiasis (2%), vólvulos (1,6%) bezoares (0,6%), el 16,6% restante fue catalogado como obstrucción intestinal incompleta requiriendo solo tratamiento médico con evolución favorable al cabo de un promedio de 3 días.

Conclusiones: En nuestra revisión encontramos

un aumento del número de casos por año con respecto a lo descrito en la literatura, si bien el cuadro clínico es característico, la radiografía de abdomen simple sigue siendo el método de imágenes más utilizado, complementándose en el último tiempo con la TAC en los casos de mayor desafío diagnóstico.

CARCINOIDE APENDICULAR EN APENDICECTOMÍAS EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE

Drs. C. Muñoz, M. Villanueva, G. Soto, Ints. M. Sanhueza, N. Martínez, M. Salgado

(Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Servicio de Cirugía y Anatomía Patología. Hospital Clínico, Universidad de Chile)

Introducción: Los carcinoides son tumores neuroendocrinos. Pueden aparecer en cualquier segmento del tracto digestivo, desde el estómago al recto, siendo más frecuentemente encontrados en el apéndice, intestino delgado y recto. El carcinoide constituye la neoplasia más común del apéndice cecal, su diagnóstico se hace en la mayoría de los casos a partir del estudio histopatológico de las piezas operatorias de pacientes intervenidos por apendicitis aguda. Raramente hace metástasis y presentan buen pronóstico.

Objetivo: Conocer la frecuencia de carcinoide apendicular en el total de apendicectomía en el Hospital Clínico, Universidad de Chile (HCUCH).

Material y Método: Estudio descriptivo, retrospectivo. Se analizó el total de informes histopatológicos de apendicectomías realizadas en HCUCH entre el 1 de enero de 1991 y el 31 de abril de 2006. Se seleccionaron solamente aquellos con diagnóstico de carcinoide apendicular. Las variables registradas fueron: sexo, edad y diagnóstico que motivó la apendicectomía.

Resultados: Se registró un total de 8275 apendicectomías. El 0,43% (n=36) presentó el diagnóstico de carcinoide apendicular. La distribución según sexo muestra que el 52,7% (n=19) corresponde a pacientes de sexo femenino, mientras que el 47,3% (n=17) a sexo masculino. La edad promedio de los pacientes es de 36,8 años (rango de 15 a 66 años). El diagnóstico inicial en estos pacientes que motivó la intervención quirúrgica fue: apendicitis aguda en el 91,6% (n=33), sospecha de lesión tumoral en el 5,6% (n=2) y salpingitis aguda en el 2,8% (n=1).

Conclusiones: Las neoplasias apendiculares representan una minoría de la patología del apéndice. El carcinoide corresponde al tumor apendicular

más frecuente. Sin claro predominio por sexo en el presente estudio. El diagnóstico definitivo es realizado en el análisis histopatológico de la pieza operatoria.

ILEO BILIAR. EXPERIENCIA UNIDAD EMERGENCIA ADULTOS, HOSPITAL CARLOS VAN BUREN, VALPARAÍSO

Drs. *J. Hola, M. Vera, Ints. R. Lynch, P. Galleguillos, M. Cancino, V. Cancino*

(Unidad de Emergencia Adultos, Hospital Carlos Van Buren, Universidad de Valparaíso)

El íleo biliar en una obstrucción intestinal mecánica producida por la impactación de cálculos biliares, originados desde una fístula colecistoentérica, en el lumen intestinal. Es un cuadro grave ya que genera severas alteraciones hidroelectrolíticas y conlleva el riesgo potencial de perforación de asa produciendo un cuadro de sepsis abdominal secundario. El objetivo del presente trabajo es mostrar nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento de esta patología. Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de los casos operados en la Unidad de Emergencia Adultos del Hospital Carlos Van Buren. Se consideró el período desde el 01 de enero de 1996 hasta el 01 de enero de 2006. Se revisaron 14 casos, de estos 11 (78,5%) casos fueron mujeres. Promedio de edad 70 años. Cuadro clínico promedio de 4 días de evolución, presentando en 100% de los casos vómito y dolor abdominal. La radiografía simple de abdomen mostró en 3 (21,4%) casos aerobilia y en 13 (92,8) casos niveles hidroareos. Sospecha preoperatoria en 3 casos. En 11 casos se realizó enterolitotomía, 2 enterolitotomía más colecistectomía y cierre de fístula y en 1 resección intestinal con anastomosis primaria. Promedio hospitalización fue 7,5 días. Lugar de la obstrucción en 9 casos íleon, 4 yeyuno y 1 caso duodeno. El tamaño promedio del cálculo fue 35 mm. En 2 casos existía otro cálculo a proximal. Se presentó 21% de infección sitio operatorio y 28,5% de complicaciones respiratorias. En 11 (78,5) casos se presentaba morbilidad asociada. En 9 casos existía el diagnóstico de colelitiasis previa. La mortalidad de esta serie fue de 2 (14,2%) casos. Los resultados obtenidos demuestran la necesidad de un diagnóstico y tratamiento precoz, por ser pacientes seniles con patologías crónicas agregadas. Recomendándose la cirugía por etapas salvo que se trate de pacientes sin compromiso hemodinámico o descompensación de sus patologías crónicas.

USO DE LAPAROSTOMÍA CONTENIDA EN HOSPITAL LAS HIGUERAS DE TALCAHUANO

Drs. *O. Zambrano, N. Cánovas, C. Torres, A. Klenner*

(Unidad de Emergencia y Servicio de Cirugía, Hospital las Higueras, Talcahuano, Universidad de Concepción)

Introducción: La laparostomía contenida es una opción terapéutica del paciente con patología abdominal grave, especialmente séptica, que involucra una elevada morbimortalidad así como gasto de recursos de Salud. El objetivo del estudio es analizar la experiencia en nuestro servicio en el manejo de estos pacientes.

Material y Método: Se revisó retrospectivamente las fichas de todos los pacientes sometidos a una laparostomía contenida por causa quirúrgica, descartando las de origen ginecológico, tanto adultos como niños, desde el 01 de enero de 2001 al 14 de agosto de 2006. Se excluyeron 5 pacientes en los que la información estaba incompleta.

Resultados: La serie quedó constituida de 48 pacientes, con una edad promedio de 47,6 años, de los cuales un 52,1% eran hombres, 47,9% mujeres, 10,25% fueron niños. El 66,7% presentó comorbilidad médica. El 91,6% correspondió a cirugía de urgencia y el 8,4%, electiva. La indicación quirúrgica estaba dada por: abdomen agudo inflamatorio 62,5%, obstructivo 18,7%, isquémico 12,5%; otros 6,25%. Se realizan en promedio 2,27 lavados por paciente, el primer aseo en promedio a las 48 horas. Principal medio de contención, moltoprén en 47,7%. La mortalidad general del grupo fue de 25%, excluyendo al grupo pediátrico es de 27,9%, en el grupo sin comorbilidades fue de 6,25%, en el grupo con comorbilidades fue de 34,3%. Se rescata cultivo del líquido peritoneal en 56,25% de los casos.

Conclusión: De los datos obtenidos podemos decir que la laparostomía contenida una cirugía elevada morbimortalidad especialmente en el grupo de pacientes con patologías asociadas, lo que concuerda con lo expresado en la literatura.

ADRENALECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. EXPERIENCIA DE 43 CASOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Drs. *G. Tapia, S. Guzmán, A. Zúñiga, J. Zúñiga, S. Velasco, J. López, A. Velasco, P. Martínez, C. Trucco.*

(Departamento de Urología. División de Cirugía. Departamento de Endocrinología. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: La adrenalectomía laparoscópica

ha llegado a ser la técnica de elección para el tratamiento de los tumores adrenales. El objetivo de este estudio es evaluar las indicaciones y los resultados de pacientes sometidos a una resección laparoscópica de la glándula adrenal.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de 41 pacientes consecutivos sometidos a 43 adrenalectomías laparoscópicas entre los años 1999 y 2006. En todos los casos se realizó un abordaje transperitoneal. Para el análisis estadístico se utilizó test chi-cuadrado o test de Mann-Whitney, según correspondiera.

Resultados: La edad promedio fue de 49 años (25-72 años), el 70% fueron mujeres. Las indicaciones fueron: tumor no funcionante (71%), síndrome de Cushing (14%), aldosteronismo primario (10%) y feocromocitoma (5%). El tamaño tumoral promedio fue de 4,2 cm. (0,6-13 cm). El tiempo promedio fue de 116 min, y el sangrado promedio fue de 96 ml. Hubo cuatro conversiones a cirugía abierta (9%). Seis pacientes presentaron complicaciones menores (14%) y 2 pacientes presentaron complicaciones mayores (5%) ambos se reoperaron. No hubo diferencias en el tiempo operatorio ni en las complicaciones al comparar pacientes con tumores funcionantes versus incidentalomas y tampoco al comparar aquellos con tumores <5 cm versus ≥5 cm. El tiempo quirúrgico hasta el año 2000 (7 casos) fue en promedio de 180 min, desde el año 2000 en adelante el promedio fue 96 min (p: 0.003). El diagnóstico anatomopatológico fue: adenoma (47%), hiperplasia cortical (16%), mielolipoma (7%), cáncer (1 sarcoma y 1 carcinoma) (5%), ganglioneuroma (5%), otros (20%).

Conclusiones: La adrenalectomía laparoscópica es un procedimiento seguro, con una baja tasa de complicaciones. El tamaño y la funcionalidad del tumor no se relacionaron con mayor incidencia de complicaciones ni con mayor duración de la cirugía. La curva de aprendizaje ha demostrado disminuir en forma significativa el tiempo quirúrgico.

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA AMBULATORIA: DOS AÑOS DE EXPERIENCIA DEL HOSPITAL PADRE HURTADO

Drs. J.A. Hernández, A. Mercado, M. Musleh, R. Rossi, M. Buchheister, J. Villalón, G. Wiedmaier, A. Recart, R. González, F. Macan, J. Hamilton.
(Servicio de Cirugía y Anestesiología, Universidad del Desarrollo.)

Introducción: La alta incidencia de coledocolitiasis en nuestra población implica también una alta deman-

da por su resolución quirúrgica. La técnica de elección es la Colecistectomía Laparoscópica, que habitualmente requiere de al menos un día de hospitalización. Existen numerosas experiencias en la literatura con colecistectomías laparoscópicas ambulatorias (CLA), en las cuales los pacientes son enviados a su domicilio el mismo día de la operación, para completar su postoperatorio luego de un periodo de observación.

El objetivo de este trabajo es demostrar que la Colecistectomía laparoscópica Ambulatoria es un método aplicable a nuestro medio.

Material y Métodos: Estudio prospectivo desde junio 2004 hasta junio 2006. Se seleccionaron pacientes según protocolo preestablecido: ASA I y II compensados, con diagnóstico de coledocolitiasis o pólipo, confirmado por ecografía, que aprobaran la entrevista preanestésica y de enfermería, que contarán con apoyo familiar y firmaran el consentimiento informado. Se excluyeron aquellos pacientes que según protocolo del Servicio tuvieron sospecha de coledocolitiasis, tanto por ecografía como por pruebas hepáticas alteradas, y sospecha de cáncer de vesícula. Se realizó una colecistectomía laparoscópica en cada caso. Se realizó seguimiento telefónico, control médico y de enfermería.

Resultados: Se reclutaron 564 pacientes. Un 88% fueron mujeres, 12% hombres. Promedio de edad: 41 años. Un 73% correspondieron a ASA I y 27% ASA II. 501 (89%) pacientes fueron dados de alta dentro de 6-8 horas postoperatorio y 63 pacientes (11%) requirieron retención hospitalaria, principalmente por indicación del cirujano (dificultad técnica) o por indicación anestésica (dolor y vómitos). Se convirtieron 6 pacientes (1,2%). 3 pacientes (0,5%) se reoperaron por hemoperitoneo detectado en el postoperatorio inmediato. No hubo fístulas biliares ni lesiones de vía biliar. Un 6,2% permaneció hospitalizado más de 24 hrs. No hubo mortalidad en esta serie.

Conclusión: En nuestra experiencia la colecistectomía videolaparoscópica ambulatoria es factible y segura de realizar en un hospital público, con una baja morbilidad y necesidad de hospitalización, lo cual permitiría un mejor aprovechamiento de los recursos hospitalarios.

CRITERIO QUIRÚRGICO Y LA GRAVEDAD DE PACIENTES SOMETIDOS A LAPAROSTOMÍA CONTENIDA. RESULTADOS PRELIMINARES

Drs. J.L. Morales, C. Muñoz, F. Ferrada, L. Verdugo, L. Canales, J. Farías
(Servicio de Cirugía, Hospital Herminda Martín de Chillán,

Universidad Católica de la Santísima Concepción, Universidad de Concepción)

Introducción: La laparostomía contenida es una técnica quirúrgica de gran utilidad para el cirujano general. Esta permite manejar diversas patologías de origen abdominal. A sus indicaciones iniciales, se han agregado otras como la cirugía del control de daños y el síndrome de hipertensión intraabdominal. Sin embargo, su indicación puede ser cuestionada, ya que esta se basa en un criterio quirúrgico. De esta manera nuestro objetivo es mostrar los resultados iniciales de la relación entre la indicación de laparostomía contenida y la gravedad de los pacientes sometidos a ella.

Materiales y Método: Trabajo de tipo descriptivo, prospectivo. Se realizó un protocolo de trabajo y difusión de este. Se establecieron criterios inclusión y exclusión. Se sometió a evaluación por medio de un Score validado de gravedad (APACHE) a todos los pacientes sometidos a una laparostomía contenida durante la hora siguiente a la cirugía. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS 12.0.

Resultados: En los 7 meses iniciales del estudio se han realizado 9 laparostomía contenida en nuestro hospital. La edad promedio fue 52,5 años. La distribución por sexo fue 6 hombres y 3 mujeres. La indicación más frecuente fue la gran contaminación de la cavidad peritoneal. La evaluación mediante APACHE fue mayor a 8 puntos en 8 de los 9 pacientes, destacando que en el paciente con SCORE menor a 8 puntos su indicación fue una evisceración. El estudio no presenta mortalidad actual.

Conclusión: La laparostomía contenida es una técnica quirúrgica cuya indicación se basa en un criterio personal del cirujano. La situación clínica que motiva la realización de una laparostomía contenida se relaciona en un alto porcentaje con la gravedad sistémica de los pacientes sometidos a ella.

ABSCESOS ESPLÉNICOS

Drs. A. Iñiguez, J. Butte, J. Zúñiga, J. Torres, y O. Llanos

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

Introducción: Los abscesos esplénicos son una enfermedad poco frecuente y en general se asocian a otra enfermedad predisponente.

Objetivo: Analizar las características clínicas,

diagnósticas y el tratamiento efectuado en un grupo de pacientes con un absceso esplénico.

Material y Métodos: Se estudió un grupo de pacientes tratados por un absceso esplénico en el Hospital Clínico de la P. Universidad Católica de Chile entre 1987 y 2005. Se analizó las características clínicas, los métodos diagnósticos y el tratamiento efectuado.

Resultados: Se trataron 7 enfermos, 4 mujeres (57,1%) y 3 hombres (42,8%), con una edad promedio de 54,7 años (20-74). Todos presentaron factores predisponentes para el desarrollo de un absceso esplénico. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre, dolor en hipocondrio izquierdo y compromiso del estado general. Seis enfermos tuvieron leucocitosis, en promedio de $19.500 \times \text{mm}^3$ (11.100-32.800 mm^3). El valor promedio de la VHS y la PCR fue alto en todos los enfermos, 74,96 mm y 13,5 mg/dl, respectivamente. El cultivo del contenido del absceso fue positivo en el 50% de los pacientes con drenaje percutáneo y en el 50% de los esplenectomizados. El tratamiento antibiótico se utilizó en promedio por 26 días (7- 64 días). El diagnóstico se realizó con ecografía en 2 pacientes y con TAC en 5. Se observó un absceso único en 6 pacientes y uno múltiple en un caso. Se realizó tratamiento quirúrgico con esplenectomía en 4 enfermos. En 3 de ellos como primera elección y en un enfermo por fracaso del tratamiento médico. El tratamiento fue médico en un enfermo con sepsis leve, con una rápida regresión del cuadro. En otros 2 enfermos con sepsis, además del tratamiento médico se realizó un drenaje percutáneo, bajo TAC. No se observó complicaciones del tratamiento quirúrgico. No hubo mortalidad operatoria ni en el seguimiento a 13 meses promedio.

Conclusiones: El absceso esplénico es de baja frecuencia y se asocia a otra enfermedad predisponente. El tratamiento es quirúrgico pero en casos seleccionados puede ser médico con o sin drenaje percutáneo.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DEL PLASTRÓN APENDICULAR EN EL HOSPITAL CLÍNICO, UNIVERSIDAD DE CHILE

Drs. C. Muñoz, M. Villanueva, G. Soto, Ints. M. Sanhueza, N. Martínez, M. Salgado

(Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Introducción: La apendicitis aguda es un cuadro de consulta frecuente, pudiendo tener manifestaciones muy variadas. El diagnóstico es eminente-

mente clínico, pudiendo complementarse con la imagenología (ecografía, TAC), principalmente ante la sospecha de complicación. Frecuentemente el paciente evoluciona con un cuadro con síntomas poco relevantes y no consulta o bien lo hace tardíamente, ingresando con un plastrón apendicular establecido.

Objetivo: Determinar las características clínicas, tiempo de evolución y condiciones al ingreso del paciente con plastrón apendicular en el HCUCH.

Material y Método: Estudio retrospectivo, descriptivo. Se revisaron las fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de egreso de plastrón apendicular en el HCUCH, período 1980 y 2005. Se registraron los datos en una ficha tipo y sus resultados fueron posteriormente analizados.

Resultados: El total de pacientes con diagnóstico de egreso de plastrón apendicular fue de 187 (43% hombres y 57% mujeres). La edad promedio fue de 28,4 años (rango 2-77). El tiempo promedio entre el inicio de los síntomas y el ingreso hospitalario fue de 9 días (rango 1-60). La presencia de dolor se encontró en el 100% de los pacientes, fiebre en el 67% y síntomas gastrointestinales (vómitos y/o diarrea) en el 57%. La irritación peritoneal fue positiva en el 50% de los pacientes, y el hallazgo de masa palpable en el 21%. El estudio complementario con imagenología fue realizada en el 82% de los casos (68% ECO, 43% TAC, 29% ambos).

Conclusiones: El cuadro clínico del plastrón apendicular inicialmente es idéntico al de la apendicitis aguda, con una evolución más prolongada, lo que concuerda con lo descrito en la literatura. En general al examen de ingreso se comprueba sensibilidad y presencia de una masa palpable en la fosa derecha, lo que hace plantear el diagnóstico de un plastrón apendicular.

USO DE SIMULADORES EN LA ADQUISICIÓN Y TRANSFERENCIA DE DESTREZAS EN UN MODELO ANIMAL DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA AVANZADA

Drs. C. Boza, N. Devaud, A. Escalona, F. Crovari, F. Bellolio, R. Muñoz, E. García, L. Ibáñez
(Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: La cirugía laparoscópica avanzada requiere de la adquisición de múltiples destrezas con una larga curva de aprendizaje. En la actualidad no existen modelos de evaluación objetiva de

la progresión de este aprendizaje en los cursos de perfeccionamiento.

Objetivo: Demostrar la adquisición de destrezas quirúrgicas en laparoscopia avanzada y su transferencia en un modelo animal.

Materiales y Métodos: 12 cirujanos, 11 (91,6%) hombres, fueron evaluados en la adquisición y desarrollo de destrezas quirúrgicas realizando una yeyuno-yeyunoanastomosis en un modelo experimental porcino. Se realizó una evaluación inicial y al término de un diplomado de 100 horas docentes con un programa estructurado teórico y de entrenamiento en simuladores laparoscópicos con intestino. En la evaluación se utilizó una escala validada para objetivar 4 etapas: sutura manual intestinal, enterotomía, utilización de la corchetera lineal laparoscópica y el cierre manual enterotomía.

Resultados: Entre los cirujanos evaluados nunca habían realizado una apendicectomía, funduplicatura o colectomía laparoscópica el 58%, 91,6% y 100% respectivamente. El tiempo operatorio en la evaluación inicial fue de 28,4±5,4 minutos y de 18,3±1 minutos después del entrenamiento ($p<0,001$). El puntaje promedio asignado en la evaluación inicial versus post-entrenamiento fue en la sutura manual intestinal: 1,8±0,8 vs 3,3±0,5, $p<0,001$, enterotomía: 2,3±0,7 vs 3,8±1,1, $p=0,001$, uso de la corchetera lineal: 2,2±0,8 vs 3,3±0,8, $p=0,001$, cierre manual enterotomía: 1,8±0,8 vs 3,1±0,7, $p<0,001$, puntaje global 8±2,4 versus 13,5±2,4, $p<0,001$.

Conclusiones: La adquisición de destrezas quirúrgicas puede realizarse exitosamente a través de entrenamiento en simuladores con una transferencia adecuada a cirugía en vivo.

RECUENTO LEUCOCITARIO (RL) Y PROTEÍNA C REACTIVA (PCR) COMO FACTORES ASOCIADAS A MORBIMORTALIDAD EN LAPAROSTOMÍA CONTENIDA (LPC)

Drs. J.L. Morales, C. Muñoz, F. Ferrada, L. Verdugo, A. Mondaca, M.J. Muñoz, J. Farías
(Servicio de Cirugía, Hospital Herminia Martín de Chillán, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Universidad de Concepción)

Introducción: Los pacientes sometidos a LPC tienen alta morbimortalidad. El RL $<4.000/mm^3$ ó $>12.000/mm^3$ ha sido definido como criterio diagnóstico del Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica. Por otra parte, la PCR se ha utilizado para detectar una reacción inflamatoria, cuantificarla, pronosticarla y seguir su evolución; y como un efectivo marcador de sepsis. Nuestro objetivo es

analizar la asociación del RL y la PCR preoperatorios como factores asociados a morbimortalidad en pacientes sometidos a LPC.

Material y Método: Estudio analítico, de casos y control. Se incluyeron a todos los pacientes laparotomizados en nuestro hospital entre enero de 2002 a julio de 2006. Se definió como variables dependientes el desarrollo de (1) Morbilidad médica, (2) Morbilidad quirúrgica y (3) Mortalidad. "Caso" se definió como la presencia de la variable dependiente. "Control" se definió como la ausencia de la variable dependiente. Las variables independientes analizadas fueron el valor de los leucocitos y la PCR previos a la cirugía. Se definió "Leucocitos alterados" (Leucocitos $>12.000/\text{mm}^3$ o $<4.000/\text{mm}^3$). "Leucocitos normal" (Leucocitos $<12.000/\text{mm}^3$ o $>4.000/\text{mm}^3$). "PCR normal" (PCR <10 mg/L). "PCR elevada" (PCR >10 mg/dl). Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 12.0.

Resultados: Cumplieron criterios de selección 43 pacientes. La edad promedio fue 51,3 años (19-88), sin diferencias estadísticas entre las medidas. El valor de los "Leucocitos alterados" en relación al desarrollo de: (1) Morbilidad médica, (2) Morbilidad quirúrgica y (3) Mortalidad resultó ser estadísticamente no significativo. El valor de "PCR elevada" en relación al desarrollo de: (1) Morbilidad médica, (2) Morbilidad quirúrgica y (3) Mortalidad resultó ser estadísticamente no significativo.

Conclusiones: El valor de los "Leucocitos alterados" y la "PCR elevada" previos a la realización de una LPC, no se asociaron a la mayor incidencia de complicaciones médicas, quirúrgicas y mortalidad, que en los grupos control. Es necesario analizar otros parámetros que permitan predecir la evolución de los pacientes sometidos a una LPC.

NEOPLASIAS MALIGNAS APENDICULARES

Drs. A. Urizar, I. Galleguillos, S. Novoa, D. Pezoa, F. Olguín, Al. C. Núñez

(Hospital Barros Luco-Trudeau, Universidad de Chile Sede Sur)

Introducción: Dentro de las neoplasias malignas apendiculares la más frecuente es el carcinóide, seguida por los adenocarcinomas. Los primeros son originados en las células argentafines que son integrantes del sistema APUD, por lo general de bajo grado, tiene la capacidad de producir serotonina, son de aspecto nodular, color amarillento, submucoso, pediculado o plano con infiltración de la capa muscular y en general se localizan en el extremo distal.

Objetivo: Revisar la prevalencia de neoplasias malignas apendiculares en nuestra población caracterizando forma de presentación y caracterización del tumor.

Material y Método: Se revisan todas las biopsias realizadas en nuestro centro a las piezas de apendicectomía comprendidas entre junio de 2000 a junio de 2006, se tabulan en Excel y se analizan con Stata 8.1.

Resultados: Se efectuaron 5973 apendicectomías, encontrando 31 neoplasias malignas (0,52%), de ellas 30 (0,50%) correspondió a carcinoides y 1 adenocarcinoma. Los carcinoides se presentaron en edades de 15 a 93 años (mediana: 29 años) y principalmente en mujeres (66,7%), en 93,3% el diagnóstico preoperatorio fue apendicitis aguda, sólo en 2 fue un hallazgo en el curso de otra operación. En 5 casos (16,7%) midió más de 1 cm y generalmente se ubicó en el extremo distal del apéndice. En 2 pacientes se practicó hemicolectomía derecha. El único adenocarcinoma fue *in situ* en la punta del apéndice.

Discusión: La mayoría de las revisiones son de pocos casos, generalmente menos de 10, nuestra serie el porcentaje de carcinoides se halla en el límite superior de lo publicado, pero sus características y formas de presentación son afines a otros estudios. Queremos hacer hincapié sobre la necesidad de complementar el tratamiento en tumores mayores de 1 cm.

CARACTERIZACIÓN DEL CÁNCER DE PIEL MELANOMA Y NO MELANOMA, EN EL HOSPITAL DR. SÓTERO DEL RÍO, 2000-2004

Drs. W. Romero, B. Norero, M. Medina, M. Cossio, C. Balestrini, H. Correa, M. Pruyas

(Hospital Sótero del Río, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: Los tumores cutáneos malignos más frecuentes son el carcinoma basocelular (CBC), el carcinoma espinocelular (CEC) y el melanoma maligno (MM). Este último de elevada morbimortalidad. Los CBC y CEC se asocian a menor mortalidad, sin embargo, pueden ser altamente destructivos. En Chile no existe un registro sistematizado de tumores, y sólo se registra la mortalidad asociada a cáncer de piel, lo que subestima la magnitud del problema.

Objetivo: Describir las características clínicas e histopatológicas de los CBC, CEC y MM, diagnosticados en el Hospital Dr. Sótero del Río, durante un período de 5 años.

Metodología: Se analizaron todos los registros anatomopatológicos de nuestra institución, correspondientes al período entre enero de 2000 y diciembre de 2004. Se identificaron todos los pacientes con diagnóstico histopatológico de CBC, CEC y MM, y se registraron las características del paciente y de la lesión.

Resultados: Durante el período en estudio se diagnosticaron 675 CBC, 185 CEC y 85 MM. La edad promedio al momento del diagnóstico fue 63,5, 72,7 y 52,6 años, para CBC, CEC, y MM, respectivamente. Los tres tipos de tumores fueron más frecuentes en mujeres (CBC 56,9%, CEC 60,5%, MM 66,7%), y en cabeza-cuello (CBC 85,6% CEC 61,5%, MM 36,8%). Los tipos histológicos más frecuentes de CBC fueron sólidos (78,8%) y superficial (6,1%). La variante más frecuente de CEC fue infiltrante (78,5%), y el 49,6% correspondió a formas bien diferenciadas. Los MM de extensión superficial (44,8%) y nodular (38,8%) fueron los más frecuentes y el nivel de Breslow promedio fue 3,23 (0,25-15) mm.

Conclusión: Nuestros resultados son compatibles con lo reportado por otros autores nacionales en experiencias locales, sin embargo, es alarmante el grosor tumoral de los MM, dado el mal pronóstico que esto confiere.

NEOPLASIAS MALIGNAS PRIMARIAS DEL APÉNDICE CECAL EN EL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE VALDIVIA

Drs. M. Zamorano, C. Cárcamo, R. Domínguez, C. Carrasco, M. Gabrielli, F. Venturelli
(Hospital Clínico Regional de Valdivia, Servicio de Cirugía, Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Cirugía)

Introducción: Las neoplasias malignas primarias apendiculares son infrecuentes, llegando al 0,5% de las apendicectomías, diagnosticadas en su mayoría sólo con estudio histopatológico.

Objetivo: Analizar características clínico-quirúrgicas e histopatológicas de las neoplasias malignas primarias apendiculares.

Métodos: Estudio retrospectivo, incluyendo pacientes con diagnóstico de neoplasia apendicular de 01-01-1999 al 30-06-2006 atendidos en el Hospital Clínicos Regional de Valdivia, excluyendo a pacientes con neoplasias secundarias del apéndice cecal. Se registró datos demográficos, clínicos, anatomopatológicos, conducta quirúrgica y evolución.

Resultados: De un total 4939 apendicectomías, se registraron 10 casos de tumores malignos prima-

rios correspondiendo a un 0,2%. Cuya proporción sexo femenino/masculino fue de 9:1, el promedio de edad alcanzó los 37,4 años (4 a 65 años). En un 80% la presentación clínica fue apendicitis aguda, en ningún caso se realizó el diagnóstico preoperatorio, en 2 pacientes se sospechó durante el intraoperatorio. El 70% correspondió a tumor carcinóide, la ubicación tumoral en la región distal del apéndice en un 90%. El tamaño del tumor fluctuó entre 0,24 y 6 cm, en tres casos la lesión fue mayor de 2 cm, y en 3 infiltraba el tejido adiposo mesoapendicular. Se realizó estudio de diseminación en 5 pacientes, uno se derivó a cuidados paliativos, en dos se realizó hemicolecotomía derecha, y un paciente perdió los controles posteriores. Dos pacientes fallecieron por su enfermedad, uno con linfoma y otro con adenocarcinóide.

Conclusiones: Las neoplasias malignas primarias del apéndice cecal son infrecuentes, pudiendo afectar a todos los grupos etarios. El modo de presentación más común es la apendicitis aguda siendo difícil el diagnóstico para el equipo incluso en el intraoperatorio. El tumor carcinóide es el más frecuente siendo de mejor pronóstico. El tratamiento habitual es la cirugía.

CARACTERÍSTICAS ANATOMO-CLÍNICAS DE PACIENTES OPERADOS POR RECURRENCIA DE CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES

Drs. G. Tapia, H. González, A. León, I. Goñi, M. Camus, R. Claure y F. Domínguez
(Sección de la División de Cirugía, Departamento de Anatomía Patológica y Departamento de Radiología. Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: La recurrencia linfática a nivel cervical del cáncer papilar de tiroides (CPT) es frecuente y está asociada a mayor morbilidad quirúrgica y peor pronóstico. El objetivo de este estudio es describir las características clínicas y anatomopatológicas de pacientes operados por recurrencia del CPT.

Materiales y Métodos: Se registraron en forma prospectiva 83 disecciones cervicales realizadas en 80 pacientes por recurrencia del CPT, en un período de 4,5 años (Febrero 2002- Julio 2006). Todos los pacientes fueron sometidos previamente a una tiroidectomía total más radioyodo. No se incluyeron en esta serie a pacientes con enfermedad persistente (detección de enfermedad antes de 6 meses desde la primera cirugía).

Resultados: La edad promedio fue de 47 años (13-81 años). La distribución por sexo fue de 67 mujeres (84%) y 13 hombres (16%). En 33 pacien-

tes (41%) la primera cirugía se realizó en otra institución. El tiempo promedio desde de la primera cirugía a la detección de la recurrencia fue de 34 meses, con una mediana de 13 meses y un rango entre 6 y 480 meses. En el 87% de los casos la recurrencia se detectó dentro de los primeros 24 meses. En 47 pacientes (59%) la primera cirugía fue solo tiroidectomía total y en un 41% se agregó algún tipo de disección cervical. El tamaño promedio del tumor primario fue 24 mm con un rango de 4 a 55 mm. La histopatología mostró carcinoma papilar variedad usual en 74%, variante folicular en 18% y otra variedad en 6% de los pacientes. Invasión de la cápsula se observó en 69%, extensión extratiroidea en 53%, compromiso del borde quirúrgico en 51%, invasión vascular en 44% y multifocalidad en 24%.

Conclusión: El seguimiento de los pacientes con CPT debe ser especialmente cuidadoso durante los primeros dos años, especialmente en aquellos que debutan con metástasis linfáticas y/o que presentan elementos histopatológicos adversos.

ANÁLISIS CRÍTICO DE LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS ACOGIDOS A LA LEY DE URGENCIA

Drs. L. Gutiérrez, O. Korn, E. Lanzarini, G. Inostroza, F. López, M.E. Martínez
(Departamento de Cirugía. Servicio de Emergencia. Hospital Clínico, Universidad de Chile)

Introducción: Los ingresos médicos y quirúrgicos agudos a los servicios de emergencia constituyen actualmente un problema de salud pública importante. En nuestro país, el trauma ocupa un lugar destacado, especialmente en gente joven como causa de muerte. Debido a este problema, la autoridad debió enviar un proyecto de ley, actualmente en vigencia y operativo, conocido como Ley de Urgencia (LU) 16950.

El objetivo de este trabajo es efectuar un análisis de los pacientes acogidos a esta ley con patologías quirúrgicas y que fueron ingresados en el Servicio de Emergencia de un hospital clínico universitario.

Material y Método: Desde noviembre de 2001 hasta junio de 2006, 10522 pacientes fueron ingresados a distintos Servicio de Emergencia de la Región Metropolitana. De estos, 4479 (42,5%) fueron admitidos en el Servicio de Emergencia de nuestro Hospital. La edad promedio es 62 años con un rango de 15 a 104. Existe un leve predominio de pacientes de sexo femenino con 2419 pacientes

(54%). Factores demográficos y epidemiológicos son considerados. Los datos son analizados mediante una red neuronal artificial computacional.

Resultados: La red demuestra por análisis discreto de variables que los cuatro cuadros quirúrgicos más importantes en orden de frecuencia son: obstrucción intestinal (22,5%), peritonitis difusa (18,7%), patología biliar-colangitis (10,7%) y sepsis de origen abdominal (4,5%). La LU contempla un monto para gastos cercano a los \$ 2.000.000 para la "Estabilización" del paciente, pero el costo real en nuestro centro es de 3.000.000 por cada enfermo, con un gasto total de \$ 11.000.000.000.

Conclusiones:

1. La LU ha permitido el acceso de pacientes con recursos limitados a centros de alta complejidad privados.
2. Necesita perfecciones en cuanto a límite de gasto y estabilización.
3. Los datos muestran un número creciente de su uso, probablemente relacionado al mayor conocimiento de sus derechos.

COLECISTECTOMÍA EN EMBARAZADAS. EXPERIENCIA EN 20 CASOS

Drs. J. Villalón, F. Macán, M. Buchheister, A. Mercado, L. Urrutia, M. Musleh, J. Hamilton
(Servicio de Cirugía. Hospital Padre Hurtado)

La interurrencia de patología biliar, y especialmente secundarias a coledolitiasis, durante el embarazo constituye siempre un desafío, para el cirujano como para su equipo tratante.

Objetivo: El objetivo del trabajo es evaluar retrospectivamente los resultados de las pacientes sometidas a una colecistectomía durante el embarazo.

Material y Método: Análisis retrospectivo de las fichas clínicas de 21 pacientes consecutivas colecistectomizadas durante el embarazo en el servicio de cirugía del Hospital Padre Hurtado entre el mayo de 2000 y octubre de 2005.

Resultados: Se operaron 20 pacientes, con un promedio de edad de 29,7 años, 2 en primer trimestre, 13 en segundo trimestre y 5 en tercer trimestre (mínimo 8 semanas, máximo 31). En todos los casos se realizó una ecografía abdominal preoperatorios; en 2 casos que se presentaron con una pancreatitis leve de origen biliar se realizó estudio preoperatorio con colangiorresonancia.

En 19 casos se practicó una colecistectomía laparoscópica, uno de las cuales debió ser convertida; se documenta un caso de pancreatitis post-

operatoria. No hubo mortalidad materna en la serie. Se constató una muerte fetal alejada de la cirugía. No hay registro del parto ni de anatomía patológica en un mismo caso. Los 18 partos restantes se presentaron con nacidos vivos y sin complicaciones.

Conclusión: Nuestro estudio muestra que la colecistectomía laparoscópica es el procedimiento elegido para resolver la patología vesicular litiasica en la mayor parte de los casos en los tres trimestres del embarazo, siendo un procedimiento seguro para la madre y el feto; siendo estos resultados acordes a la experiencia nacional e internacional.

HERNIOPLASTIA INGUINAL ABIERTA Y COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL MISMO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Drs. *M. Nicola, J. M. Robles, J. L. Calderón, R. Stock, H. Cid, Ints. P. Martínez, M. Ibáñez, .D. Martínez*

(Hospital Clínico San Borja Arriarán, Campus Centro, Universidad de Chile)

Introducción: La litiasis vesicular y la hernia inguinal son las patologías de mayor frecuencia en los servicios de cirugía. Un número importante de pacientes padece en forma concomitante de estas dos afecciones. Su resolución simultánea tiene la ventaja de un menor costo hospitalario y reducir a un solo tiempo los días de inactividad laboral.

El objetivo de este trabajo es analizar los criterios de selección para aquellos pacientes operados simultáneamente de hernia y vesícula y evaluar si existen diferencias en la secuencia quirúrgica.

Se realiza un estudio retrospectivo en el Hospital Clínico San Borja Arriarán de los pacientes intervenidos en el mismo tiempo quirúrgico de patología vesicular benigna y hernia inguinal entre Enero del 2001 y Diciembre del 2005. La muestra esta constituida por 19 pacientes. Son 9 mujeres y 10 hombres, con una media de edad de 58 años (28-79). La comorbilidad estuvo presente en el 21% (4). Los síntomas biliares se presentaron en el 58% (11) y el tiempo promedio de evolución fue de 31,7 meses (12-60). La ecografía vesicular se realizó en el 100% evidenciando coledocolitiasis en 18 y pólipo en 1. El perfil hepático fue normal en el 100%. La hernia provocó síntomas (dolor) en el 26% (5) con un tiempo promedio de evolución de 42 meses (6-180). En el 100% la hernia fue consignada de tamaño pequeño y mediano. Su localización fue derecha en el 63% (12), 26% (5) a izquierda y 11% (2) bilateral.

La secuencia quirúrgica colecistectomía-hernio-

plastia fue realizada en el 53% (10) y la hernioplastia-colecistectomía se efectuó en el 47% (9). Se registro una conversión en la secuencia hernioplastia-colecistectomía. Se realizó reparación herniaria según técnica de Lichstentein en el 74% (14).

La estadía hospitalaria promedio fue de 2,8 días (2-6) y el tiempo de seguimiento fue de 90 días de acuerdo al manual de normas de nuestro servicio. No se registraron complicaciones, mortalidad ni recurrencias.

La cirugía simultánea es un método seguro de bajo riesgo quirúrgico y que tiene los beneficios ya conocidos de un menor costo económico y de ausencia laboral, y además evita el estrés de dos admisiones hospitalarias. La elección de los pacientes determinada por la ausencia de comorbilidad, estudio ecográfico y de laboratorio que permitieran finalizar con la colecistectomía laparoscópica, asociado a la elección de hernias asintomáticas de tamaño moderado, son requisitos fundamentales para el cumplimiento de estas ventajas. En cuanto a que secuencia quirúrgica elegir, no existe una diferencia significativa de un procedimiento sobre el otro y esto debido a los siguientes argumentos: 1- Se debe iniciar la cirugía con la reparación herniaria, por ser una cirugía limpia. 2- Se debe resolver primero la patología vesicular para no forzar con el neumoperitoneo las suturas de la hernioplastia. Sin embargo, pensamos que ambas secuencias son seguras ya que no se registraron complicaciones ni recidivas.

COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA SONDA KEHR Y SU CIERRE TEMPRANO EN PACIENTES CON COLEDOCOLITIASIS

Drs. *W. Martínez, A. Pérez, L. Revello, F. Figueroa, C. Esquivel, J.P. Castro, J.P. Coello*

(Servicio Médico Quirúrgico. Hospital Santiago Oriente, Universidad de Chile)

Introducción: El uso de la sonda Kehr es un procedimiento de elección nuestro medio para la descompresión de la vía biliar; además de permitir colangiografías, favorece la formación de un trayecto fistuloso, dando la posibilidad de instrumentalizar y de extraer eventuales cálculos residuales, ya sea su instalación por vía abierta o laparoscópica. Existe abundante literatura con respecto a complicaciones asociadas al uso de esta sonda, no existiendo datos sobre el cierre precoz y sus consecuencias. El objetivo del presente trabajo es dar cuenta de la morbimortalidad asociada al cierre postquirúrgico precoz de la sonda Kehr.

Material y Método: Se precedió el análisis retrospectivo de las coledocostomías con sonda Kehr realizadas en el Hospital Santiago Oriente. En el período comprendido entre enero de 2004 y enero de 2005, consignado todos los datos atingentes.

Resultados: De los 42 pacientes finalmente incluidos en esta revisión el 76,2% fueron menores de 65 años, perteneciendo al género masculino el 81%. Destaca que el 45,5% presentaba comorbilidad. De los ingresos un 71,4% fue motivado por una urgencia, presentado litiasis coledociana conocida en el preoperatorio un 47,6%. En el 71,4% de los pacientes la sonda fue cerrada antes del quinto día previa realización de colangiografía. En esta se-

rie se consigna sólo una complicación relacionada a la sonda T, correspondiendo esta a una pancreatitis aguda leve, no encontrándose relacionada al flujo de la sonda previo a su cierre.

Conclusión: El cierre precoz de la sonda Kehr previa colangiografía postoperatoria no es un manejo quirúrgico estandarizado en los servicios de cirugía de nuestro país. El presente estudio demuestra la baja morbilidad y la nula mortalidad asociada a esta indicación en nuestro servicio y orienta sobre el beneficio se usó clínico, evitando todas las complicaciones relacionadas a su cierre tardío, mejorando significativamente la calidad de vida de nuestros pacientes.

Seccional: CIRUGÍA BARIÁTRICA

CINCO AÑOS DE EXPERIENCIA CON LA BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE

Drs. J. Hamilton, G. Wiedmaier, C. Cavalla, J. Guzmán, R. Loehnert, C. Navarrete, A. Rodríguez, C. Biehl, C. González, K. Salvo

(Servicio de Cirugía, Hospital Padre Hurtado y Clínica Alemana)

Introducción: El objetivo de este estudio es evaluar los resultados de la banda gástrica ajustable en el manejo de la obesidad mórbida, en términos de índice de masa corporal (IMC), morbimortalidad y satisfacción de los pacientes operados.

Material y Método: Entre noviembre de 2001 y julio de 2006, se establece un protocolo prospectivo de manejo de la obesidad, operando 398 pacientes e instalándoles una banda gástrica por vía laparoscópica. Se revisan los detalles quirúrgicos y las complicaciones perioperatorias. Se analiza el seguimiento con controles de IMC y se efectúa encuesta de satisfacción por un tercero no relacionado con el equipo tratante.

Resultados: La población comprende 398 pacientes (73% mujeres), con edad promedio de 33 años (22-72) e IMC promedio de 37,76 (32-52). El tiempo quirúrgico promedio fue 50 min, sin conversiones. La estadía hospitalaria fue 36 horas promedio y los pacientes con vida normal a los 8 días promedio. Hubo una complicación quirúrgica en el postor inmediato, (hemoperitoneo originado en el orificio de un trocar de laparoscopia) resulta si inconvenientes. Las complicaciones alejadas fueron dos rupturas de reservorio (0,5%) y diez deslizamientos de banda (2,5%), todas reoperadas por vía laparoscópica. Hubo una migración (0,25%) resuelta mediante extracción endoscópica. En las complicaciones médicas destaca la esofagitis moderada a severa y la dilatación esofágica que se resolvieron desajustando la banda y con omeprazol. No hubo mortalidad. A 18 meses de seguimiento, el IMC cayó en promedio 10 puntos (de 37,7 a 27,3). El

95% de los pacientes han sido seguidos y 94% de ellos está muy satisfecho con el procedimiento y sus resultados. Un 96% lo recomendaría a un conocido. Sólo el 6% se manifestó insatisfecho, aunque la mitad de éstos no acudió a controles posteriores para sus ajustes.

Conclusión: El procedimiento de banda gástrica ajustable laparoscópico es seguro y efectivo en el tratamiento de la obesidad mórbida. La muy baja tasa de complicaciones, el descenso en el IMC y la gran aceptación y satisfacción de los pacientes, hacen a ésta técnica, altamente recomendable.

EVALUACIÓN DE UN MODELO EXPERIMENTAL DE ALTA FIDELIDAD EN CIRUGÍA BARIÁTRICA LAPAROSCÓPICA

Drs. C. Boza, A. Escalona, N. Devaud, R. Aggarwal, F. Bellolio, A. Darzi, L. Ibáñez

(Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile, Departamento de Biocirugía y Tecnología Quirúrgica, Imperial College, Londres)

Introducción: El bypass gástrico laparoscópico (BPGL) es una técnica altamente demandante con una larga curva de aprendizaje. Los programas de formación en cirugía bariátrica han permitido reducir el tiempo de aprendizaje a través de una práctica guiada. La adquisición de destrezas quirúrgicas en animales anestesiados es un elemento muchas veces utilizado por cirujanos, sin embargo es de alto costo y requiere de mucha infraestructura.

Objetivo: Desarrollar y evaluar un modelo experimental para el desarrollo de destrezas quirúrgicas en BPGL y evaluar su fidelidad respecto a la actividad del pabellón quirúrgico.

Material y Método: Se utilizaron segmentos intestino delgado de porcino llenados una solución espesa y fijados a una caja de entrenamiento laparoscópico (endotrainer). Ocho cirujanos con distinta

experiencia en cirugía bariátrica laparoscópica (media= 38 BPGL; rango 2-340) fueron evaluados en la realización de una yeyuno-yeyuno anastomosis latero-lateral con corchetera endoscópica lineal y cierre manual del defecto. El procedimiento se realizó primero en el endotrainer y posteriormente en pacientes sometidos a BPGL. Los parámetros evaluados fueron el tiempo total del procedimiento, número de movimientos utilizados y distancia total requerida mediante sensores electromagnéticos de posición instalados en las manos de los cirujanos. Todos los procedimientos fueron grabados y analizados en doble ciego.

Resultados: Se observó una correlación significativa del desarrollo del procedimiento entre el modelo cadavérico y aquel realizado en pacientes. La correlación se observó para rango de movimientos de la mano izquierda ($r=0,857$, $p=0,007$), la mano derecha ($r=0,810$, $p=0,015$) y para el número total de movimientos ($r=0,743$, $p=0,035$). No hubo correlación significativa para el tiempo total del procedimiento ($r=0,667$, $p=0,071$).

Conclusión: El modelo experimental en intestino porcino es una representación fiel para el desarrollo de habilidades requeridas en la realización de la yeyuno-yeyuno anastomosis en pacientes. Este modelo permite la adquisición de destrezas laparoscópicas reduciendo costos y necesidad de infraestructura.

GASTRECTOMÍA EN MANGA LAPAROSCÓPICA: RESULTADOS INICIALES

Drs. C Boza, A Escalona, G Pérez, R. Muñoz, F Pimentel, F. Crovari, L. Ibañez
(Departamento de Cirugía Digestiva. Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: La gastrectomía en manga es una alternativa como primera etapa en pacientes de alto riesgo, pero también se ha planteado como alternativa en pacientes candidatos a cirugía restrictiva. El objetivo fue evaluar los resultados quirúrgicos iniciales y la baja de peso.

Pacientes y Métodos: se realizó un seguimiento prospectivo de todos los pacientes sometidos a gastrectomía en manga desde agosto del 2005 hasta agosto del 2006. En este periodo se operaron 33 pacientes, 26 (78,8%) mujeres y 7 (21,2%) hombres con edad promedio de $37,1 \pm 12,3$ años e IMC de $36,6 \pm 6,2$ kg/m². Se evaluó el tiempo operatorio, días de hospitalización, inicio de la realimentación, comorbilidades asociadas, morbimortalidad y baja de peso. Además se comparó con un con un grupo

de 43 pacientes sometidos a bypass gástrico ajustado por IMC.

Resultados: El tiempo operatorio promedio fue de $87,4 \pm 33,4$ minutos, con una estadía hospitalaria de $3,3 \pm 0,5$ días y renació de la alimentación en $1,1 \pm 0,3$ días. No existieron complicaciones precoces, no hubo mortalidad perioperatoria y no hubo conversión. El 81,8% (n=27) de los pacientes presentaba alguna comorbilidad asociada, dislipidemia 45% (n=15), hígado graso 33,4% (n=12), hipertensión arterial 15,2% (n=5), diabetes mellitus tipo 2 3,03% (n=1). Después de una mediana de seguimiento de 3 meses el % de pérdida del exceso de peso al mes, 3 meses y 6 meses fue de $31,8 \pm 10,8$, $54,2 \pm 17$ y $97,5 \pm 4,3\%$, IMC de $25,2 \pm 0,4$ kg/m². El grupo control sometido a bypass tuvo una caída de peso al mes 1: $37,5 \pm 14,7$, mes 3: $78,2 \pm 27,7$, mes 6: $96,2 \pm 33$.

Conclusiones: La gastrectomía en manga por vía laparoscópica es un procedimiento seguro, con buenos resultados en la baja inicial de peso comparables al bypass gástrico. La progresión en baja de peso debe confirmarse a largo plazo.

FACTORES DE RIESGO DE MORBILIDAD EN BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO

Drs. A. Escalona, G. Pérez, C. Boza, F. Crovari, R. Muñoz, E. García, F. Pimentel, S. Guzmán, L. Ibañez
(Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: El bypass gástrico (BPG) laparoscópico es una de las alternativas quirúrgicas en el tratamiento de la obesidad mórbida. El objetivo de este estudio es identificar factores de riesgo de morbilidad postoperatoria en pacientes sometidos a este procedimiento.

Material y Método: revisión del registro prospectivo de todos los pacientes sometidos a BPG laparoscópico en nuestra institución. Se consideró como complicaciones precoces aquellas que se presentaron hasta 30 días después de la cirugía. Se realizó análisis univariado y regresión logística multivariada para identificar los factores de riesgo de morbilidad postoperatoria. Se evaluaron características demográficas, antropométricas, enfermedades asociadas y resultados quirúrgicos.

Resultados: Desde agosto de 2001 a mayo de 2006 se operaron 1052 pacientes, 796 (75,7%) mujeres y 256 (24,3%) hombres. La edad e IMC promedio fue de $37,3 \pm 11$ años y 41 ± 5 kg/m² respectivamente. En 12 pacientes (1,14 %) fue necesario convertir a cirugía abierta. No hubo mor-

talidad. En total 78 (7,4%) pacientes tuvieron alguna complicación postoperatoria, 49 (9,3%) de ellos en la primera mitad de la serie y los 29 (5,5%) restantes en la segunda mitad ($p=0,019$). Se reoperaron 16 pacientes (3%) en la primera mitad y 8 (1,5%) en la segunda ($p=0,09$). En el análisis univariado el IMC promedio en los pacientes con complicaciones y sin complicaciones precoces fue de $42,3 \pm 5,78 \text{ kg/m}^2$, $40,9 \pm 5,1 \text{ kg/m}^2$ ($p=0,046$) y el tiempo operatorio de $125,6 \pm 50$ minutos, $111,7 \pm 44$ minutos ($p=0,02$) respectivamente. En el análisis multivariado el único factor asociado a complicación precoz fue el IMC preoperatorio (OR: 1,05; IC 95%: 1,01-1,09).

Conclusión: El IMC es un factor de riesgo independiente de morbilidad postoperatoria en BPG laparoscópico.

BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO: EXPERIENCIA EN LA CIUDAD DE IQUIQUE

Drs. *J. Widerström, J. Brito, M. Danilla, M. Devaud*
(Hospital Regional Iquique. Clínica Iquique)

Introducción: El Bypass gástrico es el gold standard quirúrgico para el tratamiento de la obesidad mórbida, presentado el abordaje laparoscópico ventajas sobre el abierto. Desde el año 1998, en Iquique, se han intervenido 118 pacientes. Desde septiembre del 2005, con abordaje laparoscópico 32 pacientes. El propósito de esta presentación, es mostrar nuestra experiencia clínica y comparar los resultados con la serie anterior abierta.

Material y Método: Estudio descriptivo de 32 pacientes con técnica laparoscópica, escuela brasileña, con anastomosis mecánica calibrada a 20 mm. Variables medidas: IMC preoperatorio, colecistectomía clásica previa, colelitiasis asociada, tiempo operatorio, complicaciones intraoperatorias, morbilidad precoz, mortalidad, estadía hospitalaria y reintegro laboral, que se compararon con la serie anterior por laparotomía.

Resultados: IMC preoperatorio promedio 41% (34-58), abierto 44,6% (36-58); tiempo operatorio promedio 171/min (120-300), abierto 143/min (120-180); estadía hospitalaria media 3,5 días (3-7), abierto 5,03 (4-7); reintegro laboral promedio 14/días, abierto 30/días. En 5 (16%) existía una colecistectomía clásica previa, en 6 (19%) se realizó colecistectomía contemporánea por colelitiasis. Complicaciones intraoperatorias laparoscópicas 7 pacientes (21%) reparadas en el acto quirúrgico: por bistrú armónico estómago 1, asa intestinal 2;

filtración azul de metileno gastroyeyunoanastomosis 1, sangramiento línea de corchetes 2, lesión arteria epigástrica por trócar 1. Morbilidad precoz en 4 pacientes (12%): hemoperitoneo 2 sin exploración; HDA 1 y estenosis de boca 1, sometida a dilatación endoscópica en Bypass laparoscópico para obesidad mórbida presenta buenos resultados, similares a otras series del país, sin mortalidad, baja morbilidad y sin conversiones. Una curva de aprendizaje rápida, tiempo operatorio cercano a dos horas, reducida estadía hospitalaria, precoz reintegro laboral y además mayor satisfacción de los pacientes, convirtiendo a este abordaje en la vía de elección.

ESTENOSIS DE GASTROYEYUNOANASTOMOSIS EN BYPASS GÁSTRICO

Drs. *J. Altuve, A. Csendes, A. Burgos, S. Bonacic*
(Departamento de Cirugía. Hospital Clínico, Universidad de Chile)

Introducción: El Bypass gástrico es la técnica más efectiva para la obesidad, proponiéndose que el lumen de la anastomosis gastroyeyunal debería ser de 10 mm.

La frecuencia de morbilidad se han reportado entre 3-15%, donde la estenosis de esta anastomosis representa 5-25%.

El objetivo del estudio es identificar la frecuencia de estenosis de gastroyeyunoanastomosis en pacientes con bypass gástrico, junto a sintomatología presentada.

Material y Método: En un total de 331 pacientes entre 1995-2006, se realizó endoscopia digestiva alta evaluando el diámetro intraluminal de la gastroyeyunoanastomosis, tomando como estenosis las menores de 10 mm.

Se estudiaron 2 grupos: grupo 1 con estenosis y grupo 2 sin estenosis. El tratamiento consistió en dilataciones con endoscopio (10 mm) y dilatadores de Savari. Se documentó los síntomas concomitantes.

Resultados: Del total de pacientes, 264 (79,5%) fueron mujeres y 68 (20,5%) hombres, la edad promedio fue 41 años, el índice de masa corporal promedio $42,4 \text{ kg/m}^2$, y el tiempo promedio de la endoscopia 8,4 meses. Se encontraron 81 anastomosis menores a 10 mm.

El grupo 1 fue formado por 81 pacientes (24,4%) y el grupo 2 por 250 (75,6%).

No hay diferencia entre los grupos 1 y 2 en edad, sexo e IMC. En el grupo 1 el tiempo promedio

de la endoscopia fue 1,5 meses (grupo 2: 11 meses), presentando sintomatología en 77,7% de los casos, todos con diámetro menor a 8 mm, encontrándose disfagia (34,9%), vómitos en 22,2%, dolor epigástrico (17,5%), regurgitación (14,3%) y pirosis (11,1%).

El 85,2% pacientes se dilató con endoscopio, y 12,3% con dilatadores de Savari, realizándose un promedio de 1,2 sesiones de dilatación, 2 pacientes fueron reoperados por no permitir dilatación.

Conclusión: La frecuencia de estenosis fue de 24,4%, siendo sintomáticos aquellos con diámetro menor a 8 mm.

El 97,5% de los casos de estenosis pudo resolverse de forma endoscópica.

EVOLUCIÓN DE LOS PARÁMETROS CLÍNICOS POSTGASTRECTOMÍA EN MANGUITO

Drs. I. Braghetto, O. Korn, H. Valladares, A. Rodríguez

(Departamento de Cirugía del Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

Esta técnica de acuerdo a los pocos datos de la literatura puede ser una buena alternativa quirúrgica en pacientes con diferente grado de obesidad. En este trabajo se presenta la evolución de los parámetros clínicos postoperatorios. Se incluyen 31 pacientes operados. Edad: 38,2 rango (19-88). Sexo: 5 hombres, 26 mujeres. Patologías asociadas en 21 pacientes: Hiperinsulinismo: 6, estenosis hepática 6; HTA 3, coledocitis 3, patología de columna 5, prótesis de rodilla 1, trombosis venosa 2, diabetes 3, dislipidemia 3, asma bronquial en 1 paciente. Pero inicial $103,9 \pm 14,6$, IMC $38,1 \pm 3,2$ (32,9-46,8).

Resultados:

	1 ^{er} mes (n:31)	2 ^o mes (n:31)	3 ^{er} mes (n:28)	6 ^o mes (n:8)	1 año (n:2)
Bajo de peso	10,4±2,2 kg	20,7±3,8 kg	27,8±4,6 kg	33,3±2,7	34,2±5,4
IMC (kg/cm ²)	34,2±3,1	29,9±4,3	28,8±4	27,1±2,5	25,3±1,8
Diferencia	4,4±1,8	6,7±2,3	8,1±4,9	9,9±2,4	10,1±2,1

Las pacientes no han presentado anemia ni otras secuelas y los pacientes con comorbilidad han mejorado sus condiciones basales.

Conclusiones: Esta técnica restrictiva presenta excelentes resultados en pacientes con distinto grado de obesidad y las indicaciones precisas a nuestro entender son:

– Obesidad tipo I-II con falla tratamiento médico repetido y multidisciplinario.

– Pacientes obesos tipo II con balón intragástrico inicialmente exitoso, pero que desean a un resultado más permanente.

– Como 1^a etapa de cirugía en superobesos con IMC>50 en preparación para bypass gástrico (cirugía en 2 etapas).

– Obesidad tipo III de alto riesgo para cirugía restrictiva.

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

Drs. J. González, G. Gómez, G. Arriagada, E. Aliaga

(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) es considerado como el mejor sistema de evaluación integral y objetivo de los beneficios de la cirugía bariátrica, ya que considera distintas variables como el porcentaje de 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. Recientemente se ha validado el score BAROS II que incorpora la evaluación de la calidad de vida respecto a la alimentación.

El objetivo del presente trabajo fue aplicar el score BAROS II en una serie de pacientes operados, por un mismo cirujano.

De 76 pacientes obesos mórbidos operados en el Hospital Dr. Eduardo Pereira entre 1999 y 2005 con técnica abierta de bypass gástrico, se revisó la ficha y se encuestó a 64 pacientes que tenían más de 12 meses de evolución con buen control médico-quirúrgico. El promedio de edad fue 42 años (rango 18 a 61), el IMC promedio fue 47,3 kg/m². El porcentaje promedio de exceso de sobrepeso perdido fue un 64%. Las comorbilidades mayores mejoraron en un 86%. La calidad de vida de acuerdo al test de Moorehead-Ardelt II mejoró en todos los pacientes.

La evaluación con el score BAROS II fue de fácil aplicación y sus resultados fueron: excelente en el 28,5%, muy bueno en el 42,8%, bueno en el 22,8% y regular en el 5,9% cifras que son comparables a las mejores publicadas por otras experiencias en cirugía bariátrica.

BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS

Drs. L. Ibáñez, A. Escalona, G. Pérez, C. Boza, F. Crovari, R. Muñoz, E. García, S. Guzmán
(División de Cirugía. Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: el bypass gástrico (BPG) es un procedimiento efectivo en el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, sin embargo, su realización en pacientes mayores es controversial. El objetivo de este estudio es evaluar la seguridad y eficacia del BPG en pacientes mayores de 60 años.

Material y Métodos: revisión del registro prospectivo de todos los pacientes sometidos a BPG. Se comparó tiempo operatorio, hospitalización, complicaciones precoces y enfermedades asociadas en pacientes mayores y menores de 60 años. La mediana de seguimiento es de 21,5 meses.

Resultados: Desde julio de 1992 a junio de 2006 se operaron 1809 pacientes. En total 50 (2,8%) de ellos mayores de 60 años, 36 (72%) pacientes mayores y 1277 (72,6%) menores de 60 años de sexo femenino ($p=0,93$). El IMC preoperatorio promedio es de $41,8 \pm 6 \text{ kg/m}^2$ y de $42 \pm 5,5 \text{ kg/m}^2$ en pacientes mayores y menores de 60 años respectivamente ($p=0,83$). Enfermedades asociadas presentaban 44 (88%) pacientes mayores y 575 (38,5%) menores de 60 años ($p < 0,001$). No hubo diferencias en tiempos operatorios ni en los días de hospitalización entre ambos grupos. En mayores de 60 años no hubo mortalidad operatoria. En total 6 pacientes (12%) mayores y 152 (8,6%) menores de 60 años tuvieron alguna complicación precoz ($p=0,4$). En mayores de 60 años el porcentaje de pérdida del exceso de peso al 1 y 3 año fue de 79,9 y 76,5%. El 60% de los diabéticos y el 52% de los hipertensos suspendieron su terapia crónica con glicemia de ayuno y presión arterial normal. Conclusiones: Los pacientes mayores de 60 años tienen mayor frecuencia de enfermedades asociadas con morbilidad postoperatoria comparable a los menores de 60 años.

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE FACTORES PREDICTORES DE ÉXITO EN PACIENTES OBESOS TRATADOS CON LAP-BAND® SYSTEM

Drs. M. Berry, J. Cárcamo, J. Arango, Nut. S. Reyes
(Unidad de Cirugía Bariátrica, Clínica Las Condes)

Objetivo: Evaluar resultados a los 18 meses e identificar factores predictores de éxito en un grupo

de pacientes obesos tratados con banding gástrico laparoscópico.

Material y Método: Entre noviembre de 2001 y noviembre de 2004 se evaluaron prospectivamente 134 pacientes (83 mujeres, 62%). Edad $37,4 \pm 12,6$ años, índice de masa corporal (IMC) $38,2 \pm 5,0 \text{ kg/m}^2$ (promedio \pm DS). Se registraron las variaciones en el IMC, el exceso de peso perdido (EWL) y la ocurrencia de complicaciones. Los factores predictores considerados para evaluación fueron: edad, sexo, IMC, periodicidad en la realización de ejercicio físico, cumplimiento de las indicaciones dietéticas y número de ajustes de la banda. Se definió como éxito un EWL $>50\%$, fracaso un EWL $<25\%$. El análisis estadísticos se hizo con el programa Sigma Stats, versión 2.0.

Resultados: El EWL a los 18 meses fue de $52,74 \pm 20\%$, correspondiente a una reducción del IMC de $38,18 \pm 5,04$ a $30,36 \pm 4,36 \text{ kg/m}^2$ ($p < 0,001$). Tasa de éxito 76,1%, fracaso 7,46%. Morbilidad perioperatoria 3,7%. La complicación alejada más frecuente fue el deslizamiento de la banda (6%). Tasa de conversión 0%. El análisis multivariado identificó la realización de ejercicio físico frecuente (igual o mayor a 30 minutos 3 veces por semana) y el cumplimiento de las indicaciones dietéticas como factores predictores de éxito ($p < 0,0001$ en ambos casos). El IMC preoperatorio y el número de ajustes no presentaron ninguna correlación con los resultados. Si bien los pacientes de sexo femenino y los menores de 40 años presentaron mayores tasas de éxito, esto no alcanzó significancia estadística.

Conclusiones: A los 18 meses el banding gástrico con Lap-Band®, es una técnica eficaz y segura en el tratamiento de la obesidad. Esta serie identifica al ejercicio físico y al cumplimiento de las indicaciones dietéticas como factores predictores de éxito quirúrgico.

EXPERIENCIA DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN EL HOSPITAL SAN PABLO DE COQUIMBO

Drs. N. Velasco, S. Häberle, R. Alfaro, A. Araya, D. Lancellotti

(Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Coquimbo. Escuela de Medicina, Universidad Católica del Norte)

Introducción: La obesidad mórbida es una patología de creciente consulta en nuestro medio a la cual los servicios de salud público no están ajenos. El tratamiento médico no ha dado resultados satisfactorios ni en la baja de peso ni en las comorbilidades. En la actualidad la cirugía ha demostrado ser el tratamiento más eficaz a largo plazo.

Objetivo: Informar los resultados obtenidos en el tratamiento de obesos mórbidos sometidos a cirugía abierta en un servicio hospitalario público regional.

Material y Método: Se analiza en forma prospectiva los primeros 88 pacientes sometidos a cirugía bariátrica en el Hospital de Coquimbo entre septiembre de 1998 y noviembre de 2003. Las 3 técnicas empleadas en forma consecutiva en este lapso fueron: Gastroplastia horizontal sin resección gástrica (n=13), gastrectomía 6/7 (n=56) o gastrectomía 9/10 (n=19), todas con anastomosis en Y de Roux con asa larga de 160 cm. Para los análisis estadísticos se empleó ANOVA y Student.

Resultados: El rango de edad osciló entre los 15 y los 62 años, con una media de 37,5 años. El 81,8% de los operados fueron mujeres. El IMC preoperatorio promedio fue de 48,5, siendo un 29,5% megaobesos (IMC>50). La estadía postoperatoria promedio fue de 7,5 días. Complicaciones postoperatorias hubo en el 5,7%. No se registró mortalidad operatoria en esta serie. El promedio de disminución del exceso de peso fue de 60,5% a los 6 meses, 72,5% al año y 63,2% a los 3 años. La resección gástrica, tanto a los 6 meses como al año, presenta mayor reducción de peso que la gastroplastia ($p<0,01$ y $p<0,05$ respectivamente). A los 3 años la mayor reducción de peso se observa en los pacientes con IMC<50 sometidos a gastrectomía, ocurriendo la menor reducción de peso en los pacientes IMC <50 sometidos a gastroplastia ($p<0,05$). Los pacientes sometidos a gastrectomía más amplia (9/10) presentan una mayor reducción de peso que los sometidos a cirugía más económica (6/7) ($p<0,01$).

Conclusiones: Los resultados obtenidos en un servicio de cirugía general de un hospital público regional en relación a la cirugía bariátrica son absolutamente comparables a estudios nacionales e internacionales, tanto en la reducción de peso como en la morbimortalidad. La cirugía resectiva demostró ser más efectiva en la reducción de peso que la gastroplastia. En las gastrectomías, a menor tamaño de la bolsa gástrica se observaron mejores resultados que en una resección más económica.

EVOLUCIÓN DE METAPLASIA INTESTINAL: CONTROL ENDOSCÓPICO A 5 AÑOS DEL DIAGNÓSTICO

Drs. J. Altuve, A. Csendes, S. Bonacic
(Departamento de Cirugía del Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

Introducción: La metaplasia intestinal se define como el reemplazo del epitelio gástrico normal por

tejido con características de intestino delgado o colon. Su frecuencia es alta en poblaciones con incidencias altas de cáncer gástrico, y aumenta con la edad. Se ha relacionado la inflamación crónica por *H. pylori* resultando en atrofia de la mucosa gástrica, progresando a metaplasia intestinal, y de esta, entre 4-10% progresan a displasia y cáncer, proceso que podría tomar años en desarrollarse.

El diagnóstico es histopatológico. Se han publicado frecuencias de regresión de la metaplasia intestinal entre 21-61%.

El objetivo del presente estudio fue evaluar endoscópicamente pacientes a quien se había diagnosticado hace 5 años metaplasia intestinal, así como la presencia de *H. pylori* y sintomatología de la paciente.

Material y Método: Se incluyeron 34 pacientes a quien se realizó endoscopia gástrica, confirmando-se por biopsia metaplasia intestinal y la presencia/ ausencia de *H. pylori*, documentándose su sintomatología. Fueron tratados según sus hallazgos.

Se realizó control endoscópico 5 años después, confirmando los cambios respecto al reporte histopatológico previo.

Resultados: Se evaluaron 34 pacientes: 23 de sexo femenino y 11 masculino, el promedio de edad fue 63 años (47-83) y la sintomatología inicial fue: distensión abdominal (64%), pirosis (61%), regurgitación (44%), dolor epigástrico (32%) y meteorismo (20%) y se evidenciaron 13 (38%) pacientes con *H. pylori*.

El tiempo promedio de control endoscópico fue 59 meses, y se confirmó metaplasia intestinal en 55% (19/34), reportándose 1 caso (2,9%) con metaplasia intestinal y displasia de alto grado. 28 pacientes persistían sintomáticos y solo 6 (31,5% de los casos con MIA) presentaron *H. pylori* al momento del control ($p=0,001$).

Conclusiones: La progresión de metaplasia intestinal a displasia fue de 2,9%, y se evidenció regresión de la metaplasia en 45% de los casos, así como disminución significativa en la presencia de *H. pylori*.

BYPASS GÁSTRICO CON Y SIN ANILLO DE CALIBRACIÓN: EFECTO EN LA BAJA DE PESO Y EN CALIDAD DE VIDA

Drs. W. Awat, A. Garay, C. Martínez, V. Oñate, I. Turu, J. Yarmuch
(Hospital Clínico, Universidad de Chile. Integramédica)

Introducción: Hay evidencias de que en la técnica habitual de bypass gástrico, la gastroyeyuno-

anastomía se puede dilatar. Por esta razón la técnica de bypass de Capella y Fobi, incluye la instalación de una banda de silastix u otro material alrededor del bolsillo gástrico, con el objeto de evitar que la pasada se dilate y permita una ingesta más rápida y abundante. Sin embargo no hay evidencias claras de que sea significativo para la baja de peso el instalar o no un anillo. Este trabajo prospectivo se diseñó con el objetivo de mostrar en nuestros pacientes los resultados de un grupo con y sin anillo. Es la continuación de la experiencia presentada hace dos años.

Material y Método: Se seleccionaron dos grupos de pacientes 244 con anillo y 194 sin anillo, operados en el mismo período ente enero de 2002 y marzo de 2006. A todos se les hizo bypass gástrico dejando un bolsillo de 15-20 cc y un asa desfuncionalizada de 150 cm. La selección no fue randomizada, sino que se separaron según el centro en que se operaron: en dos clínicas no se instaló banda (grupo A) 194 pacientes, 31 hombres 163 mujeres y en otras tres se instaló (grupo B), 244 pacientes, 43 hombres, 201 mujeres. La banda en todos los casos es un anillo de gorotex de 6 cm de largo que se sutura alrededor del bolsillo con dos puntos de prolene, con lo que el diámetro queda de 1,9 cm. Las características de la población de pacientes son del todo similares en cuanto a peso, estatura, comorbilidades y sexo. Con una encuesta BAROS se investigó la calidad de vida. Se hicieron controles de peso a los 3, 6, 12, 18, y 24 y 36 meses. Para analizar las diferencias se prefirió como índice el porcentaje de baja de IMC y porcentaje de baja de exceso de peso; se usó la prueba t de stuvens, y se consideró significativo $p < 0,05$.

Resultados: a tres meses grupos A y B tienen 31 y 34% de baja exceso de peso respectivamente, lo que es significativo. A seis meses 55,4 y 53,8 diferencia no significativa. A nueve meses, 61,1 y 67,7%, lo que es significativo. A 12 meses ambos 72%. A los dieciocho meses, es de 72,7 y 76,5, significativo, a los veinticuatro meses 69,6 y 80,5% significativo, y a los 36 meses 63,9 y 81% también significativo. La encuesta BAROS es prácticamente idéntica en los resultados en ambos grupos. Sin embargo, en los pacientes sin anillos hubo 6,1% (12 estenosis de anastomosis gastroyeyunal que requirieron dilatación, y 0,8% (2) en los pacientes con anillo. Hubo una obstrucción de asa anastomótica como única complicación atribuible al anillo.

Conclusión: La evolución del peso parece ser mejor en el largo plazo en los pacientes con anillo agregado, durante el período de este estudio. Es necesario continuar el estudio a 5 años para definir con hacer una gastroenteroanastomosis más am-

plia, ya que la calibración está dada por el anillo. Es necesario continuar el estudio por más largo plazo, y analizar otros tipos de material y evaluar diferentes diámetros como usan otros autores, para mejorar el resultado.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE 545 BYPASS GÁSTRICO CONSECUTIVOS. RESULTADOS, CALIDAD DE VIDA Y COMPLICACIONES A 8 AÑOS

Drs. W. Awad, A. Garay, C. Martínez, V. Oñate, I. Turu, J. Yarmuch
(Hospital Clínico, Universidad de Chile. Integramédica)

Introducción: Desde 1997 iniciamos la técnica del bypass gástrico para el manejo de la obesidad mórbida. Parece ser el estándar en este momento. Sin embargo, es importante tener un seguimiento apropiado para conocer la real utilidad de esa técnica y compararla con otras.

Material y Método: Se operaron 1100 pacientes entre mayo de 1996 y marzo de 2006. A todos se les hizo bypass gástrico dejando un bolsillo de 15-20 cc y un asa desfuncionalizada de 150 cm. Retrocólica retrogástrica, hasta agosto 2004 en que iniciamos el ascenso antecólica antegástrica sólo en las operaciones laparoscópicas. Siempre hacemos interposición de asa para proteger línea de grapas del bolsillo además de evitar la fístula gastrogástrica. Se pudieron seguir en el estudio 545 pacientes algunos hasta 10 años postoperatorio. Con una encuesta BAROS se investigó la calidad de vida al momento actual. Se hicieron controles de peso a los 3, 6, 12, 18, y 24 y 36, 48, 60, y 120 meses. Se prefirió como índice el porcentaje de baja del exceso de peso (%EWL). Se analiza la evolución de las comorbilidades, las complicaciones postoperatorias inmediatas y tardías. El peso ideal para este cálculo se estableció a un IMC de 22,5.

Resultados: Hay una baja constante de peso que se estabiliza entre 72 y 79% EWL entre los 12 y 36 meses. Sin embargo, en el más largo plazo se observa que la curva tiene a bajar y a los 60 meses los pocos pacientes que hay han recuperado algo de su peso, manteniendo el EWL en 55%. La encuesta BAROS muestra un 84% de excelentes y buenos resultados 14% regular y 2% disconforme. Estos son en general los pacientes que han tenido complicaciones. Las complicaciones más importantes fueron: Tromboembolismo 0,5%. Hemorragia digestiva 0,1% (2 casos), uno requirió gastrectomía. Filtraciones de sutura casi todas de línea de

grapas 2% (11 casos, 6 requirieron reoperación); un caso de fasciitis necrotizante grave. Un neumoperitoneo, Neumopatía aguda 2%. Otras menores son infección herida operatoria 1%. Un fallecido en la serie, por trombolismo pulmonar masivo. En el largo plazo se presentaron hernias incisionales 4%, colecistolitiasis 3%. Caída del cabello 15% con recuperación en todos. Anemia hipocroma 5%, la mitad de ellos de difícil tratamiento. Úlcera de boca anastomótica 2%, y una úlcera perforada que requirió cirugía de urgencia. Obstrucción intestinal reoperados 1,5%, 3 por estenosis mesocolon, 1 por hernia interna 2 por bridas, 1 por migración anillo de gortex, 2 casos de migración de anillo al interior del estómago. Las comorbilidades tuvieron regresión notable en cerca del 100%.

Conclusión: La evolución del peso parece ser mejor en el largo plazo en los pacientes con bypass que con banda en nuestra serie. La banda tienen un EWL a 36 meses de 70% pero con varias reoperaciones y pérdidas de bandas, y no tenemos resultados a más largo plazo. Probablemente se requiere de mayor control y cambio de hábitos para reducir el alza de peso tardía. En todo caso nos parece que en nuestra experiencia, el bypass gástrico sigue siendo el estándar deseable en el tratamiento de la obesidad mórbida, con morbilidad y mortalidad aceptables.

EVALUACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR GLOBAL EN PACIENTES OBESOS CANDIDATOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA

Drs. C. Bambs, A. Escalona, C. Boza, S. Navarro, G. Poblete, L. Ibañez, J. Rodríguez, R. Corbalán (Departamento de Enfermedades Cardiovasculares. Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: La enfermedad cardiovascular (CV) es la principal causa de muerte en la población obesa y la relación entre obesidad y factores de riesgo (FR) CV individuales es conocida. Sin embargo, existe escasa información sobre la estimación de riesgo CV global en pacientes obesos candidatos a cirugía bariátrica.

Objetivo: Describir el perfil de riesgo CV global en una población de pacientes obesos candidatos a cirugía bariátrica.

Método: Evaluación prospectiva en una población que consulta en un programa de tratamiento quirúrgico de obesidad. Los pacientes fueron evaluados con una encuesta de FR CV (Hipertensión, diabetes, dislipidemia, tabaquismo y sedentarismo, entre otros) más una completa evaluación física y

de laboratorio. Se calculó score de Framingham según recomendación ATP III (estima riesgo CV en porcentaje a 10 años), prevalencia de FR CV individuales y coexistencia de FR.

Resultados: 51 pacientes (73% mujeres), edad 41 años e IMC 42 (medianas). HTA 41%, DM 8%, dislipidemia 45%, tabaquismo 55% y sedentarismo 84%. Un 35% tiene 2 o más FR CV, 82% tiene riesgo CV <10% y el 14% riesgo CV >20%, según score Framingham. En un 45% coexisten obesidad, tabaquismo y sedentarismo.

Discusión: Existe alta prevalencia de FR CV en esta población. La coexistencia de FR es frecuente y la triada obesidad-tabaquismo-sedentarismo (que multiplica el riesgo CV por 5) es también muy prevalente. La mayoría tiene un bajo riesgo CV global a 10 años según score de Framingham, esperable en población joven con predominio femenino, pero hay un porcentaje significativo de pacientes con riesgo CV alto, equivalente a tener cardiopatía coronaria establecida.

Conclusión: La estimación de riesgo cardiovascular global puede utilizarse en la evaluación de los pacientes obesos candidatos a cirugía bariátrica. Esto permitiría optimizar estrategias de prevención en los subgrupos de mayor riesgo y evaluar el impacto del tratamiento en el riesgo cardiovascular global.

BYPASS GÁSTRICO ABIERTO VERSUS LAPAROSCÓPICO: ESTUDIO COMPARATIVO

Drs. A. Escalona, G. Pérez, C. Boza, R. Muñoz, E. García, S. Guzmán, L. Ibañez

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

Introducción: El bypass gástrico (BPG) es una de las alternativas de elección en el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. El objetivo de este estudio es evaluar y comparar los resultados quirúrgicos de pacientes sometidos a BPG abierto y laparoscópico.

Pacientes y Métodos: se analizó el registro prospectivo de todos los pacientes sometidos a BPG en nuestra institución. Desde julio de 1992 a junio de 2006 se operaron 1829 pacientes, 1369 mujeres (74,9%) y 459 hombres (25,1%), con edad e IMC promedio de 38 ± 3 años y $43,4 \pm 6$ kg/m² respectivamente. Se compararon los tiempos operatorios, días de hospitalización, realimentación y complicaciones hasta 30 días después de la cirugía. Se excluyeron del análisis comparativo los primeros

100 pacientes operados con técnica laparoscópica y 15 pacientes con cirugía bariátrica previa.

Resultados: Dos pacientes (0,11%), operados con técnica abierta, fallecieron en el postoperatorio. Complicaciones postoperatorias se observaron en 80 (11,3%) y 66 (6,6%) pacientes sometidos a BPG abierto y laparoscópico respectivamente ($p < 0,001$). Fueron reoperados 15 (2,1%) pacientes con técnica abierta y 16 (1,6%) con técnica laparoscópica ($p = 0,41$). El tiempo operatorio fue de $109 \pm 42,9$ y $114 \pm 38,4$ minutos en pacientes operados con técnica laparoscópica y abierta respectivamente ($p = 0,034$). La estadía hospitalaria fue de $3,9 \pm 3,15$ y de $6,7 \pm 4,2$ días en pacientes operados con técnica laparoscópica y abierta ($p < 0,001$). La realimentación se inició a los $1,5 \pm 0,8$ días en el grupo operado con técnica laparoscópica y a los $3,3 \pm 1$ días en el grupo con técnica abierta.

Conclusiones: El BPG laparoscópico presenta menos complicaciones postoperatorias inmediatas comparado con la técnica abierta. La estadía hospitalaria y el reinicio de la alimentación en los pacientes operados vía laparoscópica es menor comparado con los pacientes operados por la técnica abierta.

HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS E HISTOLÓGICOS EN LA MUCOSA GÁSTRICA EN PACIENTES OBESOS CANDIDATOS A BYPASS GÁSTRICO

Drs. N. Devaud, A. Escalona, C. Boza, G. Pérez, J. Torres, R. Muñoz, I. Duarte, S. Guzmán, F. Pimentel, F. Crovari, L. Ibáñez, Int. I. Torrealba.
(Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: El bypass gástrico (BPG) es una técnica efectiva en el tratamiento de la obesidad. Los cambios anatómicos, propios del procedimiento, representan una dificultad en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades que pueden desarrollarse en el estómago remanente, en especial en relación al riesgo de cáncer gástrico. Resulta de interés conocer la prevalencia de alteraciones que constituyan factor de riesgo de cáncer. El objetivo de este estudio es evaluar el tipo y prevalencia de lesiones de la mucosa gástrica en pacientes candidatos a BPG y su correlación endoscópica.

Material y Método: Pacientes candidatos a BPG fueron estudiados mediante endoscopia, test de ureasa y estudio histológico. La endoscopia fue descrita según una pauta predefinida. El estudio histológico se realizó mediante 3 biopsias de cuerpo y antro gástrico, analizadas según protocolo de

Sydney. En total se evaluaron 92 pacientes, 73% mujeres, con edad promedio 36 ± 3 años e IMC 42 ± 2 kg/m².

Resultados: 42 pacientes (46%) presentaron *Helicobacter pylori* mediante test de ureasa y 51 (55%) mediante biopsia, demostrándose una concordancia significativa entre ambos exámenes ($\kappa = 0,82$). La evaluación endoscópica fue normal en 60 pacientes (65%). En la histología 75 pacientes (81,5%) presentaban mucosa gástrica alterada, 64% de las biopsias de cuerpo y en el 78,2% de las biopsias antrales. Los hallazgos fúndicos fueron gastritis crónica activa (GCA) (55%), gastritis crónica atrófica (GCA) (6,5%) y gastritis crónica con metaplasia intestinal (MI) (2,2%). Los hallazgos antrales fueron GCA (45,6%), GCA (25%), MI (6,5%) y displasia leve (1,08%). No hubo concordancia significativa entre los hallazgos endoscópicos e histológicos en el fondo ($\kappa = -0,017$) ni en el antro ($\kappa = 0,1$).

Conclusión: En pacientes candidatos a BPG existe concordancia para evaluación de *Helicobacter pylori* a través de test de ureasa y biopsia, sin embargo, no existe buena concordancia entre hallazgos endoscópicos y alteraciones histológicas.

FRECUENCIA DE ÚLCERA DE GASTROYEYUNOANASTOMOSIS EN BYPASS GÁSTRICO

Drs. J. Altuve, A. Csendes, A. Burgos, S. Bonacic
(Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile)

Introducción: La cirugía de Bypass gástrico fue introducida en 1966 por Masson, como tratamiento para la obesidad, luego de la observación de la disminución de peso en pacientes sometidos a gastrectomía subtotal por úlcera duodenal. Se ha descrito la frecuencia de úlcera anastomótica entre 1-15%, relacionándose a la combinación de secreción ácida preservada en el neoestómago, tensión de la anastomosis, isquemia, uso de analgésico no esteroides y probablemente, la presencia de *H. pylori*.

El objetivo fue determinar la frecuencia y sintomatología de úlceras anastomóticas en pacientes sometidos a Bypass gástrico, con y sin resección del segmento gástrico distal.

Material y Método: Se evaluaron 332 pacientes operados, identificando úlceras anastomóticas por endoscopia, clasificándose según su procedimiento (Grupo 1: con resección, Grupo 2: sin resección)

gástrica). Se identificaron los signos/síntomas más frecuentes de presentación y el tratamiento utilizado.

Resultado: Se evaluaron 332 pacientes, 264 mujeres (79,5%) y 68 hombres (20,5) con promedio de edad de 41 años y de IMC promedio 42,43. En total fueron identificadas 11 (3,3%) úlceras anastomóticas. Del grupo 1 (n=306) fueron (2,9%) 2 (7,7%) presentaron úlcera ($p=0,38$).

La odinofagia fue el síntoma más frecuente (91%) y melena (9%).

En 10 pacientes utilizó omeprazol como tratamiento y 1 paciente fue necesario reoperarse por la presencia de fístula de la anastomosis.

Conclusiones: La frecuencia global de úlcera marginal fue de 3,3%, y no existe diferencia en la frecuencia de úlcera anastomótica relacionada a la resección gástrica.

El síntoma de presentación más frecuente de la úlcera anastomótica es odinofagia.

El tratamiento con omeprazol es suficiente para el tratamiento de úlceras de la boca anastomótica.

RESULTADOS DEL BYPASS GÁSTRICO RESECTIVO EN PACIENTES OBESOS MÓRBIDOS CON EDADES EXTREMAS

Drs. A.M. Burgos, A. Csendes

(Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile)

Introducción: Las edades extremas en obesos mórbidos son consideradas como contraindicaciones relativas para cirugía bariátrica en algunas instituciones, pero la incidencia aumentada de obesidad en adolescentes y el incremento de la expectativa de vida en personas mayores, hace necesario reconsiderar y evaluar los beneficios que esta cirugía podría proporcionarles. Siendo por ésto, el objetivo del estudio evaluar los resultados a largo plazo del bypass gástrico resectivo en obesos mórbidos con edades extremas.

Material y Método: En el Departamento de Cirugía, Hospital Clínico, Universidad de Chile, entre 1999 y 2005, fueron estudiados en forma prospectiva y descriptiva, 2 grupos de pacientes obesos mórbidos con edades extremas sometidos a bypass gástrico resectivo.

1^{er} grupo, 12 adolescentes con un promedio de edad de $16,3 \pm 1,2$ años (rango 14-18 años) y

2^o grupo, 8 pacientes con edad promedio $66,5 \pm 1,9$ años (rango 65-70 años).

Resultados:

1^{er} grupo: El IMC promedio disminuyó de $45 \pm 6,7$ kg/m² en el preoperatorio a $22,9 \pm 8,4$ kg/m²

después de un tiempo promedio de seguimiento de $22,9 \pm 8,4$ meses. El total de las comorbilidades preoperatorias se resolvieron. Un solo paciente (8,3%) presentó hernia incisional.

2^o grupo: El IMC promedio disminuyó de $40,6 \pm 5,4$ kg/m² en el preoperatorio a $28,4 \pm 4,4$ kg/m² después de un tiempo promedio de seguimiento de $26,6 \pm 15,9$ meses. Sólo un paciente (14,3%) no presentó resolución de su comorbilidad (hipercolesterolemia). Un tercio de los pacientes presentaron hernia incisional.

No hubo mortalidad en ninguno de los grupos, ni complicaciones postoperatorias inmediatas.

Conclusiones: En ambos grupos estudiados el bypass gástrico resectivo fue seguro, estuvo asociado con pérdida significativa de peso y se corrigieron las comorbilidades presentes.

PREVALENCIA DE SÍNTOMAS RELACIONADOS A APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN PACIENTES QUE CONSULTAN A UN PROGRAMA DE OBESIDAD

Drs. V. Iribarra, J. Jorquera, C. Ramírez, A. Escalona, M. Moreno, L. Ibáñez

(Departamento de Nutrición, Departamento de Enfermedades Respiratorias. Departamento de Cirugía Digestiva. División de Cirugía. Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: La obesidad es el principal factor de riesgo para desarrollar apnea obstructiva del sueño (SAHOS). Esta afecta al 4 % de la población adulta y en sujetos con obesidad mórbida su prevalencia puede ser diez veces mayor. Síntomas claves para diagnóstico son la somnolencia diurna excesiva (SDE), asociada a ronquido habitual (RH) y apneas presenciadas (AP).

Objetivo: Estudiar la prevalencia de síntomas asociados a SAHOS y el impacto en calidad de vida en sujetos que consultan al Programa de Obesidad.

Métodos: Estudio prospectivo a 93 pacientes (44 hombres) que consultaron al Programa de Obesidad. Mediciones antropométricas, de la cavidad oral y exámenes bioquímicos. Encuestas de síntomas de trastornos respiratorios del sueño, calidad de vida (SF12), depresión (Beck), dos escalas de somnolencia (Epworth y Stanford) y de ronquido de Thornton.

Resultados: Edad 38 ± 11 años ($x \pm DS$), IMC 38 ± 7 kg/m², perímetro cervical 42 ± 5 cm y cintura de 117 ± 19 cm. Un 33% eran hipertensos, 7% diabéticos, 34% dislipidémicos y 8% hipotiroideos. Síntomas depresivos fueron reportados en el 78% de los

pacientes, alcanzando al 93% en mujeres ($p < 0.05$). Niveles de insulina, glicemia, HOMA y SGOT mayores en hombres (H). SDE similar en H y M (Epworth), 41% en grado patológico. Ronquido H: 61% vs M: 49% ($p < 0.05$) y AP H: 50% vs M: 21% ($p < 0.05$). El 40% de los pacientes (30% M y 58% H) tenían alto riesgo de presentar SAHOS (cumplían dos o más síntomas claves: SDE, RH, AP). Los pacientes con alto riesgo eran de mayor edad e IMC más elevado.

Conclusiones: Los consultantes al programa de obesidad presentan un elevado riesgo de SAHOS, éste es mayor en hombres y se asocia a depresión y mala calidad de vida.

APNEA OBSTRUCTIVA DE SUEÑO EN HOMBRES OBESOS CON INDICACIÓN DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Drs. V. Irribarra, J. Jorquera, C. Ramírez, A. Escalona, M. Moreno

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

Introducción: La obesidad en Chile afecta al 19% de los hombres y 0,2% son obesos mórbidos (Encuesta Nacional Salud 2003), siendo el principal factor de riesgo para desarrollar apnea obstructiva del sueño (SAHOS). Actualmente la cirugía bariátrica (CB) es el tratamiento de elección para la obesidad mórbida. Los individuos con SAHOS tienen mayor riesgo perioperatorio, de inducción anestésica, intubación y post operatorio inmediato. Síntomas claves para diagnóstico son la somnolencia diurna excesiva (SDE), asociada a ronquido habitual (RH) y apneas presenciadas (AP).

Objetivo: Determinar la presencia de SAHOS, evaluar síntomas y calidad de vida en hombres obesos candidatos a CB.

Métodos: Estudio prospectivo a 15 hombres candidatos a CB reclutados consecutivamente del programa de Cirugía de la Obesidad. Se realizaron encuestas de calidad de vida, depresión, somnolencia, escala de ronquido y de síntomas de SAHOS. Mediciones antropométricas, bioquímicas y observación de cavidad oral (Mallampati). Estudio de sueño con polígrafo respiratorio validado (Breas SC-20) con monitorización de flujo nasal, saturación de O₂, frecuencia cardíaca, movimientos toraco-abdominales, ronquido y posición corporal. La gravedad del SAHOS fue evaluada por índice de apneas e hipopneas (IA/H).

Resultados: Edad 34 años (rango 20-56) IMC

43,7 kg/m² (39–52,6), RH 80%, SDE 53% y AP 73%. Enfermedad crónica 80% (12 HTA y 8 DM). Síntomas depresivos 80%. Todos los pacientes tenían IA/H elevado (35,3 eventos/hora; rango 12-75), 46% SAHOS grave (IA/H > 30) y 36% moderada (IA/H 15–30). Tiempo con saturación inferior a 90% (CT < 90%): 17% (rango 0–58), sat O₂ promedio: 91% (85-95). SAHOS fue más grave en pacientes con perímetro de cuello mayor de 50 cm ($p < 0.05$).

Conclusiones: SAHOS en hombres obesos candidatos a CB es muy frecuente, un número importante tiene SAHOS grave y la enfermedad se asocia a una deteriorada calidad de vida.

BYPASS GÁSTRICO DISTAL VERSUS BYPASS GÁSTRICO ESTÁNDAR: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

Drs. G. Tapia, A. Escalona, G. Pérez, C. Boza, A. Raddatz, S. Guzmán, L. Ibáñez, Ints. A. Walton, D. Montaldo, N. Pérez, C. Kripper

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

Introducción: La cirugía de la obesidad es la alternativa quirúrgica más efectiva en el tratamiento de la obesidad mórbida. Los pacientes con índice de masa corporal (IMC) sobre 50 continúan siendo un desafío. El objetivo de este estudio es analizar los resultados de pacientes sometidos a bypass gástrico (BPG) distal y compararlos con BPG estándar.

Material y Método: Evaluación del registro prospectivo de pacientes sometidos a BPG distal como cirugía primaria o fracaso a cirugía previa. Cada paciente fue pareado según sexo, edad e IMC con pacientes sometidos a BPG estándar. La mediana de seguimiento es de 35 meses.

Resultados: Desde marzo de 2003 a octubre de 2005, 11 pacientes fueron sometidos a BPG distal. En 8 casos (73%) la indicación fue fracaso a cirugía previa; BPG estándar y banda gástrica en 6 y 2 pacientes respectivamente. La edad e IMC promedio fue de 45 ± 10 años y 48,4 ± 7,6 kg/m² respectivamente y 6 son mujeres (55%). HTA, DM tipo 2 y dislipidemia se presentaba en 5 (46%), 3 (27%) y 5 (46%) pacientes respectivamente. No hubo mortalidad postoperatoria. Un paciente (9%) presentó una complicación postoperatoria. El porcentaje de pérdida exceso de peso (PEP) promedio a los 6 y 12 meses fue de 51 y 62% en pacientes con BPG distal y de 63 y 76% en BPG estándar (NS). Mejoría completa de HTA, DM II y dislipidemia se observó

en el 60, 100 y 100% de los pacientes con BPG distal y en 57, 80 y 88% en BPG estándar, respectivamente (NS).

Conclusión: La pérdida de exceso de peso postoperatorio precoz y mejoría de enfermedades asociadas en BPG distal es comparable a BPG estándar. La mejoría de enfermedades asociadas es mayor aunque no en forma significativa en pacientes con BPG distal.

MODIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR A CORTO PLAZO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA

Drs. A. Jiménez, P. Farías, C. Parra, G. Hernández,
L. Manríquez, S. Ferone
(Servicio de Medicina, Cirugía y Equipo de Nutrición y
Diabetes, Hospital Militar de Santiago)

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en Chile. Se ha visto una estrecha relación entre la obesidad y el desarrollo de patologías que incrementan el riesgo cardiovascular (RCV) como hipertensión, diabetes, dislipidemia entre otras.

Objetivo: Determinar si existe una diferencia significativa en la disminución del RCV en sujetos

sometidos a cirugía bariátrica luego de un año postoperatorio.

Material y Método: Se analizó prospectivamente los pacientes sometidos a cirugía bariátrica entre el año 2000 y 2005, incluyéndose aquellos con seguimiento durante un año postoperatorio y exámenes de control al día. De 233 pacientes operados, 72 cumplieron estas características. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, diabetes, tabaquismo, cifras de presión arterial, colesterol total, HDL y LDL tanto pre como postoperatorio, y porcentaje de baja de peso. Se calculó el RCV según el Adult Treatment Panel III. Para el análisis se utilizó el sistema estadístico STATA 7.0. Los resultados de las variables cuantitativas se expresaron en media aritmética, desviación estándar y rango de distribución. Para las variables cualitativas se utilizó el test del signo y prueba de correlación en estudio del RCV y baja de peso.

Resultados: El IMC promedio preoperatorio fue 40,59 y el postoperatorio 29,85. Respecto al RCV, se observó una disminución significativa en la población general y una mantención en los grupos que presentaban escasa modificación del peso corporal.

Conclusión: En este estudio se observó que la baja de peso se asocia a corto plazo con el control de las comorbilidades y que una modesta baja de peso puede disminuir el RCV.

Seccional: CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA

EFFECTOS DEL SISTEMA DE ASPIRACIÓN ASISTIDO CERRADO SOBRE UN COLGAJO MIOCUTÁNEO: MODELO EXPERIMENTAL

Drs. R. Vielma, A. Cuadra, L. Román, W. Calderón, P. Léniz, S. Llanos, J.L. Piñeros
(Hospital del Trabajador de Santiago, Universidad de Chile)

Introducción: El sistema de aspiración asistido cerrado (V.A.C.) se ha utilizado exitosamente en el manejo de heridas en cirugía plástica desde hace varios años, e incluso ha mostrado recientemente sus bondades en la integración de injertos de piel.

El objetivo del presente trabajo es determinar que efectos sobre la presión tisular tendría la aplicación de un VAC sobre un colgajo miocutáneo y como se vería afectada la irrigación de este colgajo.

Material y Método: Utilizando un modelo animal (cerdo) se procedió a anestesiario en un pabellón quirúrgico de cirugía experimental. Se diseñó un colgajo miocutáneo de 7 cm de ancho x 7 cm de largo x 4 cm de espesor sobre la región glútea. Una vez levantado el colgajo se procedió a medir las presiones tisulares en reposo (PrTR) del colgajo a 1, 2 y 3 cm de la superficie y la presión de reposo en el lecho del colgajo (Pr RL) mediante la utilización de teflones Nº 18 los cuales se dejaron *in situ*. Luego se aplicó un VAC sobre el colgajo a (-) 75, (-) 100, (-) 125 y (-) 200 mmHg, y nuevamente fueron medidas las presiones tisulares + VAC (Pr.VAC) a 1, 2 y 3 cm de la superficie y además la presión en el lecho del colgajo + VAC (Pr.L.VAC).

Resultados: Los PrTR a 1, 2, 3 cm de la superficie y lecho de colgajo fueron 4, 4, 5 y (-) 2 mmHg respectivamente. Las Pr.VAC a 1, 2, 3 cm de la superficie y lecho de colgajo a (-) mmHg fueron 5, 7, 7, y 0 mmHg respectivamente, a (-) 100 mmHg fueron 7, 7, 8, y 2 mmHg respectivamente, a (-) 125 mmHg fueron 9, 9, 9 y 2 mmHg respectivamente, ya (-) 200 mmHg fueron 9, 9, 13 y 3 mmHg respectivamente.

Conclusiones: Al aplicar un VAC en un colgajo las presiones tisulares de reposo y las presiones del lecho del colgajo se incrementan gradualmente en la medida que aumenta la presión negativa del VAC sin importar la profundidad. La irrigación del colgajo no se ve afectada al aplicar un VAC, mientras no se sobrepase la presión de perfusión tisular. Las presiones alcanzadas en el lecho del colgajo son más bajas que las presiones tisulares con y sin VAC. El Sistema VAC se comportó en nuestro estudio como un apósito oclusivo sobre el colgajo pero con presiones conocidas.

CORRECCIÓN DE SEROMAS EN COLGAJOS MEDIANTE ASPIRACIÓN NEGATIVA EXTERNA E INTERNA COMBINADAS

Drs. W. Calderón, S. Llanos O., P. Léniz M., R. Vielma. Al. D. Calderón
(Servicio de Cirugía Plástica y Quemados. Hospital del Trabajador de Santiago)

Introducción: La aparición de seromas tiene baja frecuencia en la cirugía de colgajos siendo su principal problema la no adherencia de los tejidos profundos con formación de una cápsula fibrosa.

Al respecto se han propuesto varias alternativas como por ejemplo: fajas, resección de cápsulas, capitonaje, introducción de sustancias irritantes como tetraciclina e hidróxido de sodio, todas con resultados de variable éxito.

Material y Método: En cuatro pacientes del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital del Trabajador de Santiago, en los cuales se rotó colgajos de la zona del tensor de la fascia lata, se presentó seroma sin adherencia de tejidos profundos.

Los pacientes fueron 3 hombres y 1 mujer y sus edades fluctuaron entre 26 y 50 años.

De los hombres los 3 fueron colgajos de fascia lata para reparar úlceras por presión trocántérica. En la mujer se rotó colgajo de zona de tensor de fascia lata para tratar un desforramiento.

Técnica: Se reseca completamente la cápsula, se practica hemostasia cuidadosa. Se introduce drenaje tipo hemovac N° 19 que se extrae por contra cobertura y sobre toda la zona se instala sistema de cierre por presión negativa de tal forma de obtener aspiración negativa sobre el colgajo en forma interna y externa.

Resultados: Los cuatro colgajos se adhirieron en un plazo variable de 3 a 7 días, cediendo el seroma.

Discusión: El cierre de heridas por presión negativa está siendo ampliamente utilizado en cirugía general y especialmente en cirugía plástica. En los casos presentados se aprovechó su función de colapsar bordes de heridas para obtener una adherencia completa de los planos. Pero no basta con esta presión negativa externa dado que no se cumple la evacuación completa del seroma ni se adhiere completamente los planos profundos, es por eso que se agregó drenaje interno a la cavidad con Hemovac N° 19 corrigiendo exitosamente los seromas.

Por lo tanto combinando estos dos sistemas, externos e internos de aspiración negativa, se puede obtener un cierre de cavidades que presenten seromas en menor tiempo, disminuyendo las complicaciones y la estadía hospitalaria.

DOS AÑOS DE EXPERIENCIA EN MANEJO DE HERIDAS CON SISTEMA DE PRESIÓN NEGATIVA CONTINUA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA

Drs. J. Sorolla, C. Giugliano, S. Acosta, P. Wisnia, R. Vielma, R. Coloma, J. Fisher

(Hospital de Niños Roberto del Río, Unidad de Plástica y Quemados)

Introducción: El Sistema de presión negativa continua (SPNC) en el manejo de heridas, es una técnica ampliamente demostrada en la literatura y efectiva en adultos. A la fecha no conocemos publicaciones nacionales que describan esta técnica en niños. El objetivo del trabajo pretende mostrar la experiencia en el manejo de heridas en niños del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Roberto del Río con el SPNC.

Material y Métodos: Se reclutaron 29 casos consecutivos, de niños que consultaron por heridas crónicas y agudas con el relator, entre agosto de 2004 a junio de 2006. Se inició SPNC, previamente protocolizado para manejo en este grupo.

Se tabuló: sexo, edad, tiempos de recambio, carga bacteriana, escala de dolor, tiempo de hospitalización, uso de antibióticos y tipo de heridas. Los

procedimientos fueron estandarizados efectuándose la instalación del sistema y recambios en pabellón bajo anestesia general, este último al quinto día de instalado. Se toman biopsias de tejido para estudio bacteriológico al inicio, previo a la instalación del SPNC y al quinto día. Se aplica escala de análoga de dolor en las primeras 24 horas de instalado el sistema. Se controla evolución mediante registro fotográfico, clínico y por recuento de población bacteriana.

Resultados: Destaca la disminución de la población bacteriana en relación al inicio del tratamiento, con un promedio de 10^3 unidades formadoras de colonias (UFC). El dolor en todos fue menor a tres según escala análoga. El 34,4% correspondían a heridas limpias, el grupo de heridas limpias contaminadas y heridas contaminadas correspondió al 62,0%, dentro de este grupo se identificó *Staphylococcus aureus* (SA) en el 71,8% del total, ya sea como único germen o asociado a *Streptococcus pyogenes* (SP) en especial en heridas profundas o crónicas, de los cuales el 47% correspondieron a SA metilo resistente. En heridas superficiales predominó el SP, no se efectuó estudio de factores de riesgo para pacientes portadores. El cierre de las lesiones se basó en la clínica y el recuento de UFC.

Complicaciones: Todas menores, en 4 pacientes en relación al SPNC y su instalación.

Comentarios: Se comprueba la factibilidad de aplicar SPNC en niños, no importando el tipo de herida, efectuando un control prospectivo en una cohorte de 29 casos consecutivos de consulta espontánea. Se muestran los resultados de los parámetros controlados, los que son similares a la literatura internacional.

ALTERNATIVAS DE COBERTURA CUTÁNEA EN HERIDAS COMPLEJAS DE COLUMNA

Drs. M. Fontoba, R. Cabello, G. Israel, B. Dagnino, Y. Siomin, P. Ulloa, Int. D. Contreras

(Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Militar)

Introducción: Las heridas complejas de columna condicionan largas estadías hospitalarias, riesgo de osteomielitis, y eventual pérdida de material de osteosíntesis. Para su tratamiento es importante su detección precoz, el manejo de la infección preservando en lo posible el material de osteosíntesis y una adecuada cobertura cutánea. La utilización de colgajos son la mejor alternativa para lograr estos propósitos.

Objetivo: Describir la experiencia del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Militar en la cober-

tura cutánea de heridas complejas de columna entre los años 1996 y 2006.

Material y Métodos: Se presentan 9 casos, 6 mujeres y 3 hombres, entre 32 y 68 años. La etiología fue infección de herida operatoria en 4 casos (1 metástasis ósea, 2 raquiostenosis lumbar, 1 quiste intrarraquídeo cervical), dehiscencia de herida operatoria en 3 casos (2 raquiostenosis lumbar, 1 metástasis ósea), ántrax cervical posterior en 1 caso y fractura lumbar metastásica con fístula de líquido cefalorraquídeo en 1 caso. Se realizó cobertura cutánea con colgajo dorsal ancho en 3 casos, colgajo trapecio en 2, colgajo lumbar bipediculado en 1, colgajo Dufourmantel en 1, colgajo Limberg en 1, colgajo V-Y en 1.

Resultados: Se controló la infección. Se logró adecuada cobertura cutánea en un tiempo en 6 casos. Hubo complicaciones en 3 casos: necrosis del colgajo dorsal ancho (cierre mediante colgajo V-Y), dehiscencia parcial de herida (cierre mediante colgajo Dufourmantel y Cone Flap), dehiscencia mínima en colgajo Dufourmantel (manejada conservadoramente).

Conclusión: Las heridas complejas de columna presentan características especiales: piel adyacente poco elástica, presencia frecuente de material de osteosíntesis, disponibilidad limitada de musculatura adyacente y amplios espacios muertos. Estas características condicionan un desafío en obliteración de estos espacios, "salvaje" de osteosíntesis expuestas y mejoría de vascularización local con adecuada cobertura cutánea. Para esto, se requiere evaluación individualizada de cada paciente, manejo multidisciplinario (traumatólogo, cirujano plástico) y planificación del colgajo más adecuado según cada caso.

Importancia e interés del tema investigado: Las heridas complejas de columna presentan características especiales que requieren un manejo multidisciplinario, coordinado e individualizado para lograr una adecuada cobertura cutánea.

QUITOSANO Y SU APLICACIÓN COMO APÓSITO ACTIVO EN MANEJO DE HERIDAS Y ZONAS DADORAS DE INJERTOS DERMOEPIDÉRMICOS

Drs. J. Piñeros., W. Calderón, R. Roa, S. Llanos, P. Léniz, F. Macan., E.Us. X. Correa, C. González, I. Iglesias, E. Armijo, M. Peña
(Servicio de Cirugía Plástica y Quemados, Hospital del Trabajador)

El quitosano es un polímero obtenido a partir de la desmetilación de caparzones de crustáceos

(camarones, langostinos, pulgas de mar), posee un largo historial de uso en la industria silvoagropecuaria, como fungicida, bactericida y como matriz para cultivos.

Recientemente se han descubierto propiedades semejantes a las de los glicosaminoglicanos, en lo que respecta a su acción en las heridas y toda la reacción de inflamación local, por lo que se están haciendo más frecuentes las investigaciones dirigidas a dilucidar sus potenciales usos en la medicina, llegando a aplicarse como medios para vacunas, transporte para terapia génica, cobertura de medicamentos para su absorción en un sitio específico del tubo digestivo y por último su aplicación en el tema que nos interesa desarrollar: las quemaduras superficiales e intermedias y manejo de zonas dadoras de injertos dermoepidérmicos (IDE).

La producción de quitosano está bastante difundida, e incluso se ha logrado producirlo en combinación con otros compuestos entregándole facultades agregadas respecto a las de este polímero por sí solo, como antibacteriano, hemostático y como ya habíamos mencionado actuando a nivel de la liberación de histamina local e inhibiendo los factores proinflamatorios desencadenados ante una noxa.

Nuestro objetivo es mostrar la experiencia preliminar, evolución y resultados luego de usar el parche de quitosano producido por la Universidad de Concepción en un grupo de 10 pacientes de nuestro hospital, el parche fue usado tanto para su aplicación en la zona dadora de IDE como para el tratamiento de quemaduras de 1^{er} y 2^o G superficial.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLOGÍA DE PACIENTES CON QUEMADURAS ELÉCTRICAS. HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE CONCEPCIÓN 2001-2005

Drs. D. Azócar, E. Enríquez, C. Santander, G. Arzola, Ints. J. Moretti, E. Wiechmann
(Servicio de Quemados, Hospital Clínico Regional de Concepción. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción)

Introducción: Las quemaduras eléctricas corresponden a un bajo porcentaje de todas las quemaduras, sin embargo, la creciente utilización de artículos eléctricos, ha producido un aumento en su incidencia. Pese a que la superficie corporal dañada suele ser pequeña, sus efectos y complicaciones pueden ser mortales.

Objetivo: Caracterizar clínica y epidemiológicamente a los pacientes ingresados con diagnóstico de quemadura eléctrica.

Metodología: Estudio descriptivo, observacional, de corte transversal; cuyo Universo correspondió a todos los pacientes ingresados al Servicio de Quemados del Hospital Clínico Regional de Concepción, durante el período comprendido entre Marzo 2001 a Diciembre 2005. Los datos se obtuvieron del registro de dicho Servicio y fichas clínicas de cada paciente, posteriormente se procesaron en hoja de cálculo.

Resultados: En los 58 meses estudiados se registraron 47 ingresos por quemaduras eléctricas, 40 (85,1%) correspondieron a hombres, con una edad promedio de 19,4 años, el 78,7% ingresado por el Servicio de Urgencia, con 2,8 días promedio de evolución prehospitalaria, donde el 44,6% de los pacientes no recibió tratamiento. El agente causal en el 55,3% fue cable eléctrico, siendo accidente casero el 61,7% y la extremidad superior derecha fue la zona de entrada en el 70,2%. El 82,9% de los pacientes presentó quemadura tipo B, la superficie corporal quemada y el índice de gravedad fueron en promedio 6,8% y 48,6 respectivamente. El 77,2% requirió injerto dermoepidérmico, con un promedio de 9 curaciones durante la hospitalización, 18 pacientes presentaron complicaciones, correspondiendo la infección de la quemadura al 77,2% de éstas; se registró 1 fallecido. El promedio de días de hospitalización fue de 17,4 días.

Conclusiones: Las quemaduras eléctricas son de baja prevalencia, presentándose principalmente en hombres jóvenes, constituyendo el cable eléctrico el agente causal más frecuente, el área mayormente afectada es la extremidad superior derecha, principalmente con quemaduras tipo B, que habitualmente requieren manejo quirúrgico.

MANEJO DE LA SINDACTILIA SECUNDARIA A QUEMADURA CON INJERTO DE PIEL TOTAL (IPT)

Drs. J. Piñeros, A. Eulufí, A. Cuadra, S. Bonacic, P. Léniz, H. Roco, S. Llanos, R. Roa, H. Norambuena, W. Calderón

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

Introducción: La sindactilia de las manos es una secuela frecuente de las quemaduras profundas. Existen varias opciones quirúrgicas para la corrección de ésta. Presentamos el IPT como una alternativa válida para el manejo de esta secuela.

Objetivo: Revisar la experiencia con el uso de IPT en el tratamiento de la sindactilia.

Diseño: Revisión de casos clínicos.

Material y Método: Se revisan las fichas clínicas de pacientes portadores de sindactilia secundarias a quemaduras manejados en el Servicio de Cirugía Plástica y Quemados del Hospital del Trabajador de Santiago en un período de 10 años. Se evalúa el número de sindactilias y la cantidad de espacios interdigitales afectados por caso de sindactilia, el agente causal, el tiempo transcurrido entre la quemadura y el diagnóstico y corrección quirúrgica, complicaciones a nivel de zona operatoria y dadora, reintervenciones y seguimiento.

Resultados: Siete hombres con edad promedio de 29,1 años y 1 mujer de 50 años, el total de sindactilias tratadas fue de 21 siendo el 2º, 3º y 4º espacio interdigital, los más comprometidos. El agente causal más frecuente fue el fuego seguido por la electricidad.

Todos los pacientes fueron tratados con IDE en agudo, el tiempo promedio entre la quemadura y la cirugía fue de 9,6 meses, la zona dadora más frecuente fue la inguinal (7 casos) seguida por la cara interna del brazo (1 caso), el tiempo operatorio promedio fue de 1 hora 45 minutos, no hubo complicaciones en la zona operatoria, un caso de hematoma tardío (1 mes) en la zona dadora (inguinal), 1 paciente desarrolla secuela retráctil no significativa, ningún paciente requirió reintervención, el seguimiento promedio fue de 17 meses.

Discusión: El IPT es alternativa simple y fácil de llevar a cabo para el manejo de estos pacientes, con mínimas complicaciones operatorias y secuelas posteriores.

CARACTERIZACIÓN DE QUEMADURAS GRAVES EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS Y ADULTOS MAYORES COMPARADOS CON POBLACIÓN GENERAL EN UNA UCI DE QUEMADOS

Drs. C. Pedreros, C. Longton, J.C. Said, L. Parada, F. Valenzuela, S. Whittle, E. Torres, J. Villegas (Servicio de Quemados. Hospital de Urgencias Asistenciales Pública)

Introducción: La mortalidad en pacientes quemados ha experimentado grandes avances. Se ha acumulado evidencia que sugiere mayores complicaciones y tiempos de hospitalización en pacientes ancianos y psiquiátricos. No existen estudios locales que muestren estas diferencias.

Pacientes y Materiales: Ochenta y ocho pacien-

tes fueron admitidos a la Unidad de Paciente Crítico de nuestro servicio desde el 1 de marzo de 2005 al 1º de marzo de 2006. Se recolectaron datos y se analizaron retrospectivamente para comparar los resultados en pacientes mayores de 65 años y pacientes con diagnóstico previo de enfermedad psiquiátrica.

Resultados: 73/88 pacientes menores de 65 años y 16/88 pacientes mayores de 65 años fueron admitidos durante el estudio. Todos fueron analizados. La mortalidad fue 31,94% versus 68,75% para ambos grupos respectivamente, la superficie corporal quemada (SCQ) fue 32,34% y 23,12, días con drogas vasopresoras (DVA) fueron 4,1 y 8,8 respectivamente (todos $p < 0,05$). No se encontró diferencia significativa en duración de hospitalización, transfusiones e índices de gravedad (ABSI y SOFA). Se encontró enfermedad psiquiátrica previamente diagnosticada en 21/88 pacientes. Quemaduras autoinferidas resultaron en 47,61% y 4,47% para el grupo de pacientes psiquiátricos y previamente sanos, respectivamente, días con requerimientos de DVA fueron 8,28 y 4,03, días de ventilación mecánica (VM) fueron 14,22 y 6,33, diferencia de SOFA entre el 3º menos el 1º día (delta SOFA) fue 2,13 y 0,22 (todos $p < 0,05$). No hubo diferencia significativa en mortalidad, injuria inhalatoria, largo de la hospitalización ni SCQ.

Discusión: Se deben realizar mayores esfuerzos para disminuir la mortalidad de pacientes mayores. Debe fortalecerse la prevención en el grupo de pacientes psiquiátricos. Distintos protocolos de manejo pueden ser usados para mejorar la evolución de estos grupos.

HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN LA VÍA AÉREA SUPERIOR EN PACIENTES CON LESIONES POR INHALACIÓN

Drs. A. Cuadra, J.L. Román, F. Otárola, J. Del Lago, C. Tapia, G. Correa, A. Eulufí, J.L. Piñeros, R. Roa, P. Léniz, S. Llanos, H. Roco, W. Calderón
(Servicio de Otorrinolaringología, Servicio de Cirugía Plástica y Quemados, Hospital del Trabajador, Santiago)

Introducción: Las lesiones en la vía superior por inhalación son el resultado de la acción de gases irritantes (aldehídos, amonios y ácido hidroclicóric) y el efecto local del calor.

Objetivo: Mostrar los hallazgos endoscópicos de la vía aérea superior en pacientes con quemaduras por inhalación.

Pacientes y Método: Serie de casos clínicos de

5 pacientes con sospecha de quemadura de vía aérea los cuales se estudiaron con laringoscopia en la fase aguda y tardía.

Resultados: 4 mujeres y 1 hombre, la edad promedio de las mujeres fue 28,8 años y 36 años para el hombre. La causa más frecuente fue la inhalación de humo en 4 pacientes, en 1 paciente fue la inhalación de líquido, 3 pacientes requirieron de intubación orotraqueal por menos de 15 días, 2 pacientes no fueron intubados. Los hallazgos en la fase aguda más frecuentes fue el compromiso inflamatorio difuso de toda la mucosa laríngea. Un paciente desarrolla una estenosis parcial subglótica tardía que se presenta con disfonía.

Discusión: La lesión de la vía aérea superior por inhalación es de causa multifactorial, puede producir desde una inflamación aguda de la mucosa a una estenosis en forma menos frecuente. El diagnóstico debe ser precoz ante la sospecha o tardío. Es importante el control alejado.

PROTOCOLO: TOMA DE BIOPSIAS EN PACIENTES QUEMADOS HUAP

Drs. E. Torres, G. García, C. Pedreros, J. Villegas
(Servicio Quemados, Hospital de Urgencia, Asistencia Pública)

Introducción: En el marco del proceso de reingeniería en curso, en el servicio de quemados HUAP, es imprescindible controlar un punto crítico, la tasa de infección y sepsis los pacientes hospitalizados en este servicio. Considerando que las principales causas de fallecimiento en la unidad de quemados de la HUAP son sepsis, neumonía asociada a ventilación mecánica y falla orgánica múltiple, se deduce que el control de la infección repercutiría dramáticamente en los índices de sobrevivencia de los pacientes. Hasta el momento de la modificación del protocolo terapéutico no existía una sistematización en la toma de cultivo y/o biopsia de los pacientes y existía una pobre correlación entre los resultados de estos. Por esto resulta de vital importancia estandarizar los procesos que permitan cultivos confiables y así lleven a una mejora sustancial en el número de egresos hospitalarios de la unidad de quemados de la HUAP.

Material y Métodos: Actualmente no existe un protocolo de toma de biopsias y cultivo en la unidad de quemados del HUAP. Se realizó una revisión bibliográfica respecto al tema, obteniendo parámetros aceptados internacionalmente para la toma de biopsias y cultivos en pacientes quemados.

Resultados: Se obtuvo un protocolo de toma de

biopsias y cultivos, de acuerdo a la evidencia científica existente en el tema, estandarizando estos parámetros en conjunto con los servicios de anatomía patológica y servicio de microbiología del citado centro asistencial.

Conclusión: Siendo el examen histológico de las biopsias en la herida del quemado, el único método válido para diferenciar la colonización del tejido necrótico de la invasión del tejido aún viable, su adecuada obtención y procesamiento incide de forma importante en la mortalidad de los pacientes con infección invasiva de la quemadura, ésta puede ser diagnosticada precozmente con la vigilancia sistemática de la herida, usando biopsia para detectar en estadios tempranos. Queda trazado el camino para la realización de un estudio prospectivo de los efectos de estas medidas.

PENTOXIFILINA SISTÉMICA DISMINUYE LA MORTALIDAD EN PACIENTES QUEMADOS GRAVES CON INJURIA INHALATORIA. RESULTADO PRELIMINAR ESTUDIO ALEATORIO CONTROLADO

Drs. C. Pedreros, C. Longton, L. Parada, J.C. Said, G. Catalán, F. Valenzuela, S. Whittle, E. Torres (Unidad de Cuidados Intensivos. Pacientes Quemados HUAP, Santiago)

Introducción: La injuria por inhalación (QR) ha sido clásicamente un factor pronóstico de mayor mortalidad. Existen pocas terapias específicas para esta patología. La Pentoxifilina (PTX) es una metilxantina de bajo costo, ha demostrado inhibir la producción de TNF y disminuir los mediadores activadores de plaquetas. No existen a la fecha estudios prospectivos en humanos con PTX en manejo de QR. Se presentan los resultados preliminares del estudio.

Material y Método: Estudio prospectivo, abierto, randomizado, controlado por placebo, en pacientes con QR. 35 pacientes ingresaron con diagnóstico de QR entre 1 de marzo de 2005 y 1 de marzo de 2006. 13 pacientes cumplieron criterios de inclusión y fueron randomizados a recibir terapia convencional más placebo para manejo de QR o la misma más PTX sistémica, precozmente, en dosis de 400 mg cada 8 horas por 7 días. Outcome primario fue definido como mortalidad intrahospitalaria. Outcomes secundarios se consideraron el número de días de VM, días de hospitalización, requerimientos de drogas vasoactivas e índices de gravedad.

Resultados preliminares: Hubo una reducción de riesgo en mortalidad de 25% en el grupo con

pentoxifilina comparado con el grupo control. Los índices de VM fueron 6.5 vs 11.75 respectivamente. El promedio de días de DVA fue de 4.2 y 4.85 respectivamente y el promedio de días hasta el inicio de DVA fue 4.7 y 1.0 respectivamente SOFA fue 3.5 y 3,12 respectivamente. ABSI fue 6,5 y 7,2 respectivamente. No hubo efectos adversos reportados en el grupo con pentoxifilina.

Conclusión: La administración precoz de pentoxifilina en pacientes con quemaduras graves e injuria inhalatoria puede disminuir la mortalidad intrahospitalaria y los días de ventilación mecánica sin efectos adversos significativos.

SERVICIO DE QUEMADOS HUAP: A UN AÑO DEL CAMBIO DE PROTOCOLO TERAPÉUTICO

Drs. E. Torres, C. Pedreros, E.U. P. Singh, Ints. C. Longton, J. Said, S. Whittle, J. Villegas

(Servicio de Quemados, Hospital de Urgencias Asistencia Pública, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: El servicio de Quemados HUAP fue creado en 1967. En la última década, sus índices de morbimortalidad se estancaron. En 2005 se inició un proceso de modernización, dirigido a: Protocolo Terapéutico, Recursos humanos, Infraestructura e Insumos. Se analizaron cambios en el primer año del nuevo protocolo terapéutico médico y quirúrgico.

Material y Método: Se analizaron pacientes admitidos en Cuidados Intermedios e Intensivos período marzo 2005 a marzo de 2006. Se realizó aseo quirúrgico, planificando resto de cirugías según cada paciente de acuerdo a protocolo, luego de reanimación estandarizada (Ringer Lactato, Parkland 4 cc/kg/%SCT). Pacientes con trauma asociado, injuria inhalatoria, quemadura eléctrica o inicio tardío de reanimación se utilizó 5,6 cc/kg/%SCT. Todos monitorizados, guiados por diuresis y algoritmo de inicio de drogas vasoactivas o monitorización invasiva.

Resultados: Fueron admitidos 88 pacientes, 58% trasladados. Edad $43 \pm 18,9$ años, hombre 65%, SCT quemada $30 \pm 21\%$ y profunda $12,5 \pm 17\%$. Un 40% presentó injuria inhalatoria. Peso $72,1 \pm 11,8$ kg e IMC $27 \pm 3,7$. Los pacientes recibieron 9122 ± 6930 cc las primeras 24 horas, representa 105,4% del teórico. Se utilizaron vasopresores en 4,34 días postingreso, durante 4,95 días. Estada en unidad crítica de 19 ± 19 días y $34 \pm 28,8$ días de hospitalización. Primer aseo se realizó a las 48 horas (1 hora - 19 días), 1^{er} autoinjerto a los 18 días (4-26 días). El número de cirujanos es proporcional al %SCT, tiem-

pos operatorios promedio en las 3 primeras cirugías inferiores a 87 min. Reducción de la mortalidad absoluta de 19% respecto al período 2001-2004. Mortalidad global 37%.

Conclusiones: Luego del primer año de modernización, iniciado con el cambio del protocolo terapéutico, vemos una reanimación estandarizada, con aportes de volúmenes protocolizados y razonables. Equipos de cirujanos proporcionales, con disminución de tiempos quirúrgicos y una disminución de la mortalidad global con cambios en las causas de muerte.

CORRELACIÓN DE CULTIVO CUANTITATIVO DE PIEL Y BIOPSIA DE TEJIDO EN PACIENTE QUEMADO

Drs. G. García, E. Torres, M.E. Casanova, Solórzano, A. Quintas, C. Pedreros, J. Villegas
(Servicio Quemados, Hospital de Urgencia. Asistencia Pública, Universidad de Chile)

Introducción: En el marco de reingeniería en curso del servicio de quemados HUAP, resulta imprescindible controlar la tasa de infección y sepsis que cursan nuestros pacientes. Las principales causas de fallecimiento en la unidad son sepsis, neumonía asociada a ventilación mecánica y falla orgánica múltiple, se deduce que el control adecuado de la infección repercutiría en la sobrevida, para lo que se requiere la correcta identificación del agente etiológico. El resultado y representatividad del cultivo de tejido y biopsia de piel dependen de la manera en que se obtiene, traslada y procesa. Desgraciadamente en nuestro servicio no existía un protocolo adecuado. El objetivo de este trabajo es evaluar la situación actual del servicio en relación a la correlación de biopsia y cultivos de piel, y la necesidad de establecer un protocolo para este procedimiento.

Material y Método: Se revisaron las biopsias y cultivos tomados a pacientes operados de enero a mayo de 2006. Se correlacionó la existencia, número y resultado de los cultivos cuantitativos de tejido con el de la biopsia de tejido.

Resultados: Se analizaron 19 pacientes, 28 intervenciones en total (1,5 por paciente). Se tomaron 37 cultivos de tejido (1,5 por cirugía, rango de 1-4) y 26 biopsias (0,9 por cirugía, rango de 0-4). En los pacientes en que se tomó más de un cultivo por intervención estos procedían de sitio anatómicos distintos. Si bien todos los cultivos fueron positivos, existe una gran discordancia (79%) entre los resultados obtenidos por medio de ambos exámenes,

tanto respecto de la presencia de microorganismos en la biopsia como del tipo de germen involucrado (Gram + o -).

Conclusión: El foco cutáneo representa una causa significativa de morbimortalidad. La correcta identificación de los gérmenes y su condición de colonización o invasión, es crucial. No todos los pacientes fueron sometidos a biopsia de tejido, y las que se tomaron no siempre fueron del mismo sitio. Existe una significativa discrepancia entre los resultados, lo que impide una correcta toma de decisiones. Es fundamental realizar un protocolo de toma de biopsias y cultivo en conjunto con anatomía patológica y microbiología en nuestro servicio de quemados HUAP.

COMPARANDO FUERZA TENSIL EN INCISIONES CERRADAS CON SEDA 5-0 Y 2 OCTYLCIANOACRILATO

Drs. N. Vidal, E. Lanzarini, C. Delgado, P. Torres, Int. C. Klenner
(Universidad de Concepción)

Introducción: La sutura de heridas es una actividad cotidiana para el cirujano. Se han descrito numerosos elementos de sutura, desde fibras naturales, hasta fibras poliméricas sintéticas desarrolladas desde la década del 50. Los Cianoacrilatos, polímeros con capacidades adhesivas, según numerosos trabajos científicos, otorgan mejores resultados estéticos, menos dolor y menos infección de herida, cuando se los ha comparado con una sutura tradicional. La fuerza tensil lograda en incisiones reparadas, es una característica que se ha estudiado escasamente y que ha entregado resultados poco significativos, razón por la cual hemos decidido estudiarla.

Objetivo: Comparar la fuerza tensil de heridas cerradas mediante una sutura multifilamento no reabsorbible (seda 5-0) y un polímero adhesivo (2-octylcianoacrilato). Comparar histológicamente las heridas cerradas con ambas técnicas.

Método: Estudio experimental. En incisiones de piel, utilizando conejos de la misma raza, se han realizado dos grupos de diez conejos, con dos incisiones cada uno, cerradas con 2-octylcianoacrilato y con seda 5-0 como control. Se ha valorado la fuerza tensil mediante un tensiómetro, en 2 tiempos: al 7º día (grupo I) y al 10º día (grupo II) postcirugía, y se ha tomado una muestra para análisis histológico. Los cálculos estadísticos se hicieron a través de prueba T-Student, y un $p < 0,05$ se tomó como significación estadística.

Resultados: El valor medio de la fuerza tensil en el grupo I fue de $9,65 \pm 2,72$ Newtons para las incisiones cerradas con 2-octylcianoacrilato y $9,28 \pm 3,28$ Newtons para las cerradas con Seda 5-0, no existiendo diferencia estadísticamente significativa ($p=0,801$). En el grupo II el valor medio de la fuerza tensil fue $10,98 \pm 4,80$ Newtons para las incisiones cerradas con 2-octylcianoacrilato, y $9,08 \pm 3,58$ Newtons para las cerradas con Seda 5-0, no existiendo diferencia estadísticamente significativa ($p=0,357$). El estudio histológico mostró mayor inflamación, celularidad, fibrosis y proliferación vascular en incisiones cerradas con seda 5-0.

Conclusiones: Las sutura de piel realizada con el polímero adhesivo 2-octylcianoacrilato es tan resistente a la tracción como la realizada con la sutura multifilamento no reabsorbible seda 5-0 y presenta menor reacción inflamatoria local al estudio histológico.

LIPECTOMÍA ABDOMINAL CIRCUNFERENCIAL EN SECUELAS DE OBESIDAD MÓRBIDA

Drs. E. Villalón, M. Schwingeler, A. Díaz
(Servicio de Cirugía. Hospital Barros Luco-Trudeau)

Introducción: Con el advenimiento de la cirugía bariátrica y la marcada baja de peso posterior a ésta, también se ha observado un aumento en el número de pacientes que consultan por un excedente cutáneo abdominal marcado. Este, al ser tratado con las técnicas de abdominoplastia tradicionales pocas veces logra resultados satisfactorios. Así han surgido nuevas técnicas dentro de las cuales destaca la lipectomía circunferencial. Presentamos nuestra experiencia con esta técnica realizada en un tiempo con dos equipos quirúrgicos, sin prolongar significativamente la duración de la cirugía ni la incidencia de complicaciones postoperatorias.

Material y Método: Se realiza el análisis retrospectivo de los pacientes operados de lipectomía circunferencial por el Equipo de Cirugía Plástica en el período comprendido entre septiembre de 2004 y julio de 2006 en el Servicio de Cirugía, Hospital Barros Luco-Trudeau. La información se obtiene mediante entrevista telefónica y/o revisión de ficha clínica.

Resultados: Se identificaron un total de 19 pacientes (18 mujeres, 1 hombre) con un IMC promedio de 51,6 y una baja de peso promedio de 56 kg. Todos los pacientes fueron operados por un equipo conformado por 4 cirujanos, con el paciente inicialmente en decúbito prono realizándose la lipectomía

lumbar para luego procede a completar la lipectomía abdominal en decúbito supino. El tiempo promedio de cirugía fue de 218 minutos. Las complicaciones postoperatorias se presentaron en 3 pacientes, las que corresponden a hematoma y/o serosa infectado, los que fueron manejados con drenaje simple y antibioticoterapia. En uno de estos casos se presentó una dehiscencia parcial de la herida operatoria que cicatrizó por segunda intención. Además 3 pacientes requirieron de transfusión de glóbulos rojos por hematocrito inferior a 21%. En ningún caso se requirió reintervención quirúrgica.

Discusión: La lipectomía abdominal circunferencial se plantea como una buena alternativa para reseca el excedente cutáneo dorso abdominal en este tipo de pacientes. En nuestra experiencia realizar esta cirugía en un tiempo no significa una mayor incidencia de complicaciones, evitando a su vez una segunda cirugía en estos pacientes de mayor riesgo anestésico.

MAMOPLASTIA DE AUMENTO CON PRÓTESIS DE SILICONA SUBMUSCULARES POR VÍA SUBMAMARIA

Dr. A. Rudolph
(Cirujano Plástico)

La mamoplastia de aumento con prótesis de silicona es ampliamente usada en todo el mundo. La ubicación submuscular técnicamente es más difícil, pero produce menos contractura capsular y el resultado estético es más natural.

Se presentan 49 pac. mujeres (de un total de 93) operadas con prótesis submuscular, bilateral por incisión submamaria por el autor. Corresponden a un período de 9 años (19-12-96 al 17-01-05), intervenidos en la Clínica Alemana, Hospital del Trabajador y Clínica Mutual de Seguridad de Temuco.

El promedio de edad de los pacientes fue de 30,5 años (18-50). El diagnóstico preoperatorio fue de Hipoplasia en 24 pac. (49%), Hipotrofia en 23 pac. (47%) y en 2 pac. (4%) se practicó cambio de implantes submamarios, por otros de mayor volumen submusculares. En 9 pac. (18%) se realizó además, otra cirugía. La incisión submamaria fue de 5 cm de largo, ubicada a 1 cm sobre el surco submamario, accediendo directamente a través del músculo al espacio subpectoral, desincertándolo de la zona media e inferior (3 cm hacia abdomen). Una vez instalado el implante con drenaje espirativo, se suturó siempre la aponeurosis del pectoral. El volumen promedio de los implantes fue de 220 cc

(150-300), siendo de diferente volumen en 5 pac (10%) por Asimetría mamaria. Complicaciones postoperatorias se presentaron en 4 pac (9,3%): una reoperación por hematoma, 2 hematomas laminares pequeños no operados y una neuritis intercostal.

El promedio de días de hospitalización fue de 2,5 (1-4). El promedio de controles postoperatorios fue de 5,3 (2-10) y el seguimiento de 12,9 meses (1-84), controlando con Ecografía mamaria a 20 pac (41%). En el seguimiento a largo plazo (6 meses o más) la evaluación de los resultados por la paciente y el cirujano, permitió clasificarlos como: buenos en 36 pac (73,5%); suficientes en 10 pac (20%): 3 pac con asimetría leve; 2 pac con cápsula G II de Debaker; 2 pac con mayor separación central; 2 pac con poco volumen y una con ptosis de un complejo; y regulares o malos en 3 pac (6%) que fueron reoperados: 2 pac por cambio de implantes por otros de mayor volumen (1 con pexia supraareolar), y en uno se practicó una pexia periareolar bilateral.

La mamoplastia de aumento submuscular por vía submamaria tiene la ventaja de una cicatriz adecuada, un implante poco evidente al tacto, con buen perfil, ideal en las hipoplasias. En las hipotrofías se debe evaluar cuidadosamente la ptosis del complejo y el exceso de piel que muchas veces requiere una pexia.

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 y cinco fetos de término. En todos se disecó completamente la mitad ventral del cuero cabelludo y las partes blandas superficiales, 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 36 pacientes en un lapso de nueve años (1997-2006). En la disección usamos una solución vasoconstrictora sin anestésico local y un estimulador de nervio periférico para identificar los ramos del ner-

vio 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 tres hematomas, dos de ellos en mujeres y el tercero en 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.

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 92 pacientes tratados de ambos sexos entre los años 1994 y 2006. 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 eventualmente con 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 hipercorrección 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 86 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 ciliar.

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

INCIDENCIA DE CONTRACTURA CAPSULAR EN MAMOPLASTIA DE AUMENTO: PRÓTESIS CON CUBIERTA DE POLIURETANO V/S SUPERFICIE TEXTURIZADA

Drs. E. Villalón, A. Díaz, M. Schwingeler
(Servicio de Cirugía, Hospital Barros Luco-Trudeau)

Introducción: El uso de prótesis de silicona significó un hito importante en la cirugía de aumento de volumen mamario. Una de las complicaciones principales en su utilización es la contractura capsular, la que en el 92% de los casos se produce en los primeros 12 meses del postoperatorio y cuya incidencia se reporta en un 2 al 29% con el uso de prótesis texturizadas. Esto afecta en forma severa el resultado estético a mediano y largo plazo requiriendo en muchos casos de una reintervención para su corrección. La búsqueda continua de nuevas alternativas en la estructura de las prótesis ha permitido modificar esta evolución. Desde los años noventa hemos utilizado prótesis de silicona con cubierta texturizada, las que ofrecen claramente menos complicaciones que aquellas con superficie lisa, y desde el año 2002 usamos en un gran porcentaje prótesis con cubierta de Poliuretano, lo que ha significado un cambio importante en la frecuencia de contractura capsular.

Material y Método: Se revisaron retrospectivamente las pacientes sometidas a mamoplastia de aumento con prótesis con cubierta de poliuretano en el período comprendido entre enero de 2002 y julio de 2005 comparándolas con aquellas operadas anteriormente en las que se utilizaron prótesis con superficie de silicona texturizada. Se consideraron pacientes con hipoplasia mamaria sin otras patologías agregadas, en que la cirugía consistió en la instalación de la prótesis en el plano submuscular, registrando aquellas que presentaron como complicación contractura capsular clínicamente evidente con un mínimo de un año de seguimiento.

Resultados: Se identificaron un total de 54 pacientes con prótesis con cubierta de poliuretano y 20 pacientes con prótesis con superficie de silicona texturizada. Dentro del primer grupo 2 pacientes correspondieron a recambio de prótesis por contractura capsular con prótesis con superficie texturizada. El porcentaje de contractura capsular observada con la utilización de prótesis de silicona texturizadas fue de 25% (n=5) y de 0% para las prótesis con cubierta de Poliuretano.

Discusión: En nuestra experiencia la contractura capsular es menor con la utilización de prótesis con cubierta de poliuretano, observándose en los resultados una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$) a su favor, por lo que debería ser considerada como una buena alternativa en la cirugía de aumento mamario, en especial, en aquellas pacientes con antecedente de contractura capsular como complicación previa.

COMPARACIÓN DEL DOLOR ENTRE LIPOASPIRACIÓN TRADICIONAL Y LASERLIPOLISIS

Drs. S. Llanos, S. Danilla, G. Cabada, A. Rodríguez-Peña, S. Searle, J. Piñeros, W. Calderón
(Hospital del Trabajador de Santiago)

Existen técnicas de lipoplastía que ofrecen ventajas a la lipoaspiración tradicional (SAL), como laserlipolisis (LAL). Tenemos poca información bibliográfica confiable. El dolor entre ellas es una controversia y para ello diseñamos un trabajo que pretende: Determinar si LAL duele menos que SAL. Si existe diferencia entre zonas corporales y si el dolor se correlaciona con volumen lipoaspirado.

Se diseñó un estudio prospectivo aleatorio randomizado. Dividimos el cuerpo en 7 regiones. Aleatoriamente cada región la asignó el paciente a recibir LAL y SAL. Tratamos 60 pacientes. Un observador enmascarado, evaluó mediante escala EVA el dolor a las 4, 48 horas y cinco días del procedimiento. Los datos se consignaron según bloques anatómicos asignados. Estudiamos variable resultado EVA, variable exposición LAL o SAL, y variable control edad, sexo, talla, peso, talla, zona agregándose volumen. Se usó regresión lineal bootstrap con 500 reposiciones aleatorias.

De los 60 pacientes el 93,55% femenino. Edad promedio 37,8 años, peso promedio 59,8 kg, talla promedio 1,61 m. Volumen aspirado promedio 1258 ml. A las 4 horas LAL suele 2,7 menos que

SAL, alforjas duelen 1,8 menos que abdomen. Al segundo día LAL duele 2,3 menos que SAL, sin diferencias entre zonas. Al quinto día LAL duele 1,4 menos que SAL, muslo duele 2,1 menos que abdomen. Tanto SAL como LAL fueron menos dolorosas a las 48 horas LAL aumentó 0,5 menos que SAL y caderas aumentó 0,7 menos que abdomen. En ambas técnicas el dolor es menor al quinto día, LAL disminuyó 0,8 siendo más lento que SAL. No hay relación dolor de ambas técnicas con volumen estudiado.

Las técnicas mostraron que hay diferencia estadística de dolor a las 4 y 48 horas, con un nivel de 2,7 y 2,3. Estos valores tendrían una importancia clínica, sabiendo que la literatura considera importante diferencias de EVA mayores al 10% entre las mediciones.

MAMOPLASTIA DE AUMENTO POR VÍA AREOLAR

Drs. *P. Castillo, A. Prado, A. Troncoso, J. Villamán, P. Fuentes*

(Unidad de Cirugía Plástica, Hospital de Carabineros de Chile)

Introducción: Uno de los objetivos de la mamoplastia de aumento mamario es minimizar las cicatrices. Baxter describió un abordaje para mujeres con aréolas anchas, empleando implantes salinos, que permite reducir el diámetro areolar y no deja cicatrices visibles. Nuestro objetivo es difundir esta técnica, adaptándola a implantes de silicona y evaluar los resultados obtenidos.

Material y Método: Empleamos este abordaje en 3 pacientes (25 a 38 años), con un diámetro areolar mayor a 4,5 cm y sin ptosis mamaria. Utilizamos prótesis texturizadas de gel de silicona (220 a 300 cc). La marcación incluye 2 círculos concéntricos al pezón. La marca interna se encuentra rodeando la base del pezón y la marca externa se localiza a 1,5 a 2 cm del borde areolar externo. Desepidermizamos la aréola entre las 2 marcas y realizamos una incisión en el tercio superior del área desepidermizada, transectando la glándula. Disecamos un bolsillo subfacial e instalamos la prótesis. Cerramos el parénquima y realizamos una sutura en round block, con nylon 4-0, aproximando el borde areolar desepidermizado, al pezón. Los resultados cosméticos y de las cicatrices fueron evaluados, al año, con las escalas de Strasser y de Beausang. La sensibilidad del complejo aréola pezón fue determinada por la paciente.

Resultados: No hubo complicaciones quirúrgicas. De acuerdo a la escala de Strasser, las pacientes tienen 1, 2 y 3 puntos respectivamente, correspondiendo a buenos resultados. Las cicatrices evaluadas según Beausang tuvieron 5, 6 y 6 puntos, evidenciándose una discreta decoloración, en dos pacientes. Ninguna paciente refirió alteraciones sensitivas del pezón y tampoco se ha evidenciado contractura capsular. Hubo una disminución de entre 4 y 8 mm del diámetro areolar.

Conclusión: El abordaje areolar es una buena alternativa de acceso en mamoplastias de aumento. Requiere de una adecuada selección de las pacientes. Su principal ventaja, es dejar una cicatriz oculta, minimizando los estigmas quirúrgicos.

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON TRAM FLAP

Drs. *A. Troncoso, P. Castillo, J. Villamán, P. Fuentes*
(Unidad de Cirugía Plástica, Hospital de Carabineros de Chile)

En nuestro Servicio de Cirugía Plástica HOSCAR hasta ahora se han realizado 26 casos de reconstrucción mamaria con Tram Flap, por los autores en forma exitosa, salvo un caso con pérdida total del colgajo por necrosis de este. Otras complicaciones han sido menores y no han alterado en nada, el óptimo resultado final, tanto a nivel mamario como abdominal.

Esta casuística se divide en dos etapas:

1. Los primeros 16 casos se realizaron, en forma clásica, realizando el cierre de la pared con un refuerzo de una malla de Prolene, como medida de seguridad, presentándose un caso de hernia y otro de extrusión parcial de la malla, lo que motivó su retiro quirúrgico.

2. Los 10 siguientes casos entre el 2002 a la fecha se han realizado con cierre, sin malla, con una sutura simple de Prolene a puntos separados, sin que hasta la fecha se presentare alguna complicación (3 meses a 4 años de seguimiento); esto debido al cambio de técnica en el levantamiento del colgajo miocutáneo, que se realiza con una cintilla de aponeurosis que no excede en el ancho a los 2,5 cm, lo que permite un cierre sin ningún tipo de tensión.

Podemos concluir que el cierre de la pared abdominal sin tensión (sin malla) es la alternativa quirúrgica que ha demostrado hoy en día, tener el mejor resultado con el menor número de complicaciones.

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON TRAM BILATERAL INMEDIATO Y MAMOPLASTIA DE AUMENTO EN SEGUNDO TIEMPO. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Drs. A. Ford, C. Guerra
(Clínica Las Condes)

La reconstrucción mamaria utilizando el colgajo de TRAM pediculado, es un procedimiento altamente difundido que posee las ventajas de la reconstrucción autóloga con tejido dermograso del abdomen habitualmente abundante, no requiere de microcirugía y permite muy buenos resultados a corto y largo plazo dejando como beneficio secundario una abdominoplastia. Sin embargo, en pacientes delgadas la disponibilidad de tejido graso abdominal es escasa lo que elimina su utilización. Se presenta el caso de una paciente con exceso de piel, pero panículo adiposo discreto quien tenía indicación oncológica de mastectomía bilateral. Luego de analizar las diferentes opciones reconstructivas y revisar la literatura se planificó en conjunto con la paciente, hacer en un primer tiempo una mastectomía bilateral con conservación de piel, mas reconstrucción mamaria bilateral inmediata con TRAM bilateral y como segundo tiempo un aumento mamario bilateral y reconstrucción de aréola y pezón bilateral.

Conclusión: La reconstrucción mamaria con TRAM es una alternativa quirúrgica válida aún en pacientes con escaso panículo adiposo, ya que puede complementarse con un aumento mamario en un segundo tiempo entregando los beneficios adicionales estéticos de la abdominoplastia. A juicio de los autores esta constituye una opción terapéutica más, en casos seleccionados, en la búsqueda de buenas soluciones para un problema que se torna a veces más complejo.

DISEÑO CON "AHORRO" DE PIEL EN LA ZONA DADORA PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE ARÉOLA POSTMASTECTOMÍA

Drs. A. Swett, E. Oyarse
(Departamento de Cirugía Plástica, Clínica Las Condes, Hospital Dipreca)

La mastectomía asociada a la reconstrucción mamaria, mantiene indicaciones precisas en la actualidad y por ende, la reconstrucción del complejo aréola-pezón.

El objetivo del presente estudio, es comunicar un nuevo diseño con "ahorro" de piel en la zona dadora para la reconstrucción de la aréola.

Se presenta la técnica quirúrgica y el cálculo del área de piel reseca en la zona donante. Además, el registro fotográfico de las pacientes en que se ha realizado.

La técnica clásica de obtención de un injerto de piel total de la cara medial del muslo involucra la realización de un losanjo de piel. El diámetro de la neo-aréola será de 4 cm, por lo que el eje mayor deberá tener 12 cm de longitud, para evitar las "orejas de perro" en el cierre primario. Dicho diseño no tiene un molde predeterminado, por lo que los ángulos del losanjo, quedarán a criterio del cirujano. Su área máxima estará dada por una elipse (37,68 cm²) y la mínima por una figura, que incluyendo la circunferencia de 4 cm de diámetro al centro, esté formada por dos triángulos de base de 4 cm y altura de 6 cm, cuyas bases sean opuestas (24 cm²).

Con el nuevo diseño se logra un área de 14,28 cm y una cicatriz de sólo 8 cm de longitud.

Creemos que este nuevo diseño, estandarizado y reproducible para la reconstrucción de la aréola, permite lograr resultados similares a la técnica clásica. Los beneficios en la zona dadora, serán una cicatriz en "S" itálica, más corta, con menos tensión en los bordes a suturar y por lo tanto, mejores resultados estéticos a largo plazo.

AUMENTO DEL PEDÍCULO DÉRMICO EN COLGAJO TRILOBULADO DE PEZÓN

Drs. S. Sepúlveda, O. Jury
(Servicio de Cirugía Plástica Reconstructiva. Hospital Clínico J.J. Aguirre, Universidad de Chile)

Introducción: La reconstrucción de pezón tiene dos elementos críticos: irrigación de los colgajos y mantención de su proyección. Diversas técnicas y modificaciones de las mismas se han diseñado para evitar complicaciones y lograr su propósito, obteniéndose éxitos parciales, por lo que continúa siendo un desafío reconstructivo.

El objetivo de esta presentación es comunicar un reporte preliminar de una técnica para la reconstrucción de pezón, que aumenta el área del pedículo del colgajo trilobulado, de modo que se asocie a bajas complicaciones y permita la mantención de la proyección del mismo.

Material y Método: Técnica: diseño con colgajos laterales oblicuos, base desepidermizada que corresponde al 50% del área areolar y proyección a través de tejido adiposo central.

Desde el año 2000 hasta el año 2003 se realizaron 8 reconstrucciones consecutivas de pezón

con esta técnica. La mediana de edad de las pacientes fue de 51 años. Se realizó a izquierda en 5 pacientes y a derecha en 3 pacientes. Procedimientos simultáneos a la reconstrucción de aréola pezón fueron mastopexia contralateral en 6 pacientes. Procedimientos simultáneos a la reconstrucción de aréola fueron mastopexia contralateral en 6 pacientes, mamoplastia reductiva en 2 pacientes, prótesis mama en 1 paciente, liposucción con lipoinyección de colgajo en 4 pacientes.

La medición de la proyección se realizó con pie de metro.

Resultados: Seguimiento de la serie de 12 a 18 meses. Hubo una necrosis parcial en un colgajo correspondiente a uno de los colgajos laterales, que cicatrizó por segunda intención. El promedio de proyección al año postoperado fue de 4,2 mm.

Conclusión: El aumento del área del pedículo dérmico en el colgajo trilobulado se asocia a baja complicación y podría contribuir a la mantención de la proyección.

RADIOTERAPIA POSTMASTECTOMÍA: EXPANSIÓN PROGRESIVA EN RECONSTRUCCIÓN PROTÉSICA MAMARIA. EXPERIENCIA PRELIMINAR

Drs. S. Sepúlveda, O. Jury, D. Espínola
(Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

Introducción: La reconstrucción mamaria inmediata con implantes en pacientes que serán sometidos a radioterapia es controversial dado un índice no despreciable de complicaciones. Se presenta un protocolo preliminar utilizado en 7 pacientes sometidas a mastectomía y radioterapia postoperatoria. Se sostiene que la expansión mamaria lenta y progresiva, pre y postradioterapia sería de utilidad antes de instalar el implante definitivo en forma diferida.

Material y Método: Siete pacientes fueron sometidas a mastectomía con ahorro de piel. En forma inmediata se instaló expansor semilunar en posición submuscular (plano subpectoral - subseccionado). Se expande a la mitad de su volumen con solución fisiológica en el intraoperatorio. A los 15 días se expande hasta el 75% de su volumen total del expansor. Las pacientes son sometidas a radioterapia. Concluida ésta, seis meses después se completa en forma progresiva la inyección de solución fisiológica o incluso se sobre expande según necesidad. Entre 9 meses y un año post-radioterapia, se cambia el expansor por un implan-

te definitivo. Las pacientes fueron seguidas por 18 meses.

Resultados: De las siete pacientes expandidas ninguna presentó complicaciones derivadas de la expansión (infección, expansión, necrosis, retardo cicatricial). Postimplante no se constató contractura capsular. Seguimiento 18 meses.

Comentario: A la luz de estos resultados preliminares, creemos importante señalar que el uso de un expansor semilunar privilegia la mantención del polo inferior de la mama cuya expansión lenta y progresiva en posición submuscular, previo y postradioterapia parece favorecer la creación de un espacio con cobertura suficiente que permite reemplazar el expansor en forma segura por un implante definitivo pudiendo realizarse simultáneamente una capsulectomía o capsulotomía si fuese necesario.

COLGAJO SURAL MÚSCULO-FASCIO- CUTÁNEO EN ISLA. APLICACIÓN EN FRACTURAS EXPUESTAS DEL TERCIO DISTAL DE LA PIERNA

Drs. S. Reyes, C. Albornoz, M. Haddad
(Unidad de Cirugía Plástica y Máxilo Facial del Hospital Regional de Talca)

La reconstrucción de lesiones complejas del tercio de la pierna, tobillo y talón constituyen un desafío para el cirujano plástico, fundamentalmente por la poca distensibilidad de la piel y ausencia de masas musculares posibles de movilizar. El colgajo sural distal fascio cutáneo ha sido utilizado satisfactoriamente para cubrir estos defectos, sin embargo, no presenta un volumen suficiente para cubrir lesiones tridimensionales profundas. Estudios anatómicos publicados, demuestran la existencia de ramas arteriales desde el músculo gastrocnemio al eje vascular del nervio sural, siendo posible crear colgajos fasciomusculocutáneos dependientes de este pedículo que solucionarían este problema.

Material y Método: Estudio prospectivo, revisión de 10 consecutivos con lesiones complejas de la pierna operados desde febrero de 2005 hasta la fecha.

Resultados: En los 10 pacientes, se pudo rotar el colgajo sin dificultad, cubriendo los defectos en forma satisfactoria, facilitando la consolidación ósea, la complicación más frecuente fue la pérdida parcial de piel del colgajo, sin que esto constituyera un retraso en la cicatrización de la lesión.

Conclusiones: Se concluye que este colgajo, presenta una gran versatilidad en la solución de lesiones complejas del tercio distal de la pierna, que

el diseño del colgajo y la técnica quirúrgica no representa dificultades mayores, con tiempo quirúrgicos cortos y resultados perdurables en el tiempo, finalmente pensamos que este colgajo puede ser una alternativa a la microcirugía, especialmente en centros regionales que no cuenten con este recurso.

MANEJO DE DEFECTOS COMPLEJOS DE PARED ABDOMINAL. CASOS CLÍNICOS

Drs. B. Dagnino, A. Pacheco, J. Riquelme, J. Villegas (Residente de Cirugía Plástica Universidad Católica, Servicio de Cirugía y Quemados HUAP)

Introducción: Son habituales defectos complejos de la pared abdominal, que no han podido cerrarse en forma primaria, o cuyo cierre ha fallado comprometiendo todos o algunos de los planos de la pared abdominal. El autor principal (JV), utiliza un método de reconstrucción de defectos complejos en dos etapas; cobertura de vísceras abdominales en agudo recurriendo al uso de injertos dermoepidérmicos expandidos que permitan controlar la pérdida de fluidos y la infección local; y reparación de pared abdominal en forma definitiva, reconstruyendo de la manera más anatómica posible los planos de la pared abdominal. Se presentan dos casos de reconstrucción, que ilustran cada etapa.

Caso Clínico 1: Hombre de 34 años, hospitalizado por herida penetrante abdominal complicada con peritonitis, fístula intestinal y evisceración. Se trata defecto de pared abdominal cubriendo vísceras con injerto dermoepidérmico expandido, con lo que se logra cobertura y control de la infección.

Caso Clínico 2: Mujer de 27 años. Laparotomías por necrosis pancreática infectada, colostomía, colecistectomía y reconstitución de tránsito intestinal, con gran hernia incisional de línea media. Exploración: músculos rectos abdominales rechazados, presentando el lado izquierdo gran atrofia y fibrosis. Se cierra defecto sin tensión mediante reducción del saco herniario, desdoblamiento y cierre medial de las vainas de los rectos y avance de los músculos a medial, completando cierre de la piel por deslizamiento.

Conclusión: La cobertura con injerto es una alternativa sencilla, y segura para cobertura visceral precoz controlando la infección. La reparación diferida de los defectos secundarios, puede ser realizada utilizando tejido autólogo, sin necesidad de material protésico y sus eventuales complicaciones. Ambos son procedimientos seguros, económicos, y que permiten alternativas subsecuentes en caso de falla.

COLGAJO TRANSVERSAL DEL HEMIRRECTO POSTERO-LATERAL LIBRE CON RETORNO DE HEMIRRECTO REMANENTE A SU POSICIÓN ORIGINAL

Drs. P. Léniz, W. Calderón, E. Oyarse, F. Macán, R. Pino, C. Astudillo, Al. D. Calderón (Servicio de Cirugía Plástica y Quemados, Hospital del Trabajador Santiago)

Introducción: El músculo recto abdominal ha sido ampliamente usado como colgajo libre para cobertura de heridas complejas de extremidad tanto inferior como superior. El hecho de su fácil obtención y su pedículo largo y de buen diámetro ha ganado popularidad. Habitualmente se toma todo el espesor y ancho de su anatomía con variables longitudes. El tomar todo su espesor tiene, a veces, como consecuencia del debilitamiento y de defectos de pared obteniendo un colgajo demasiado grueso para la zona receptora.

Se presenta el primer caso clínico de toma de colgajo de recto abdominal dividido parcialmente en forma transversa de tal forma de tomar, como donante, sólo la mitad posterior del músculo con su pedículo vascular de la arteria epigástrica inferior dejando su mitad anterior *in situ* que se irrigará por la arteria y vena epigástrica superior.

Técnica: Incisión transversa suprapúbica, disección supra aponeurótica seccionando el ombligo de su base, incisión longitudinal de la aponeurosis del recto abdominal. Se separan una hoja lateral y otra medial de la aponeurosis, dejando a la vista el recto abdominal. Se aísla el pedículo muscular epigástrico inferior. El músculo es seccionado en forma transversa dejando una hoja anterior que se irriga por la epigástrica superior, y otra posterior que se irriga por la epigástrica inferior que servirá de colgajo donante. La hoja anterior queda *in situ*. Se anastomosa el pedículo epigástrico inferior a los vasos pedios, previamente identificados y aislados: se realiza anastomosis microquirúrgica T-T a arteria y vena.

Discusión: Con el tipo de técnica descrita se obtiene una porción de músculo delgado bien irrigado, útil para cobertura de pequeñas lesiones en extremidades. Su irrigación es óptima con un pedículo largo y de muy buen diámetro. El hecho de dejar el hemimúsculo *in situ* permite darle fortaleza a la pared abdominal obviando la producción de hernias o abultamientos: El paciente no tendrá ninguna dificultad de flexionar el abdomen al acostarse, al caminar o al trepar. Estas ventajas hacen aconsejable este tipo de colgajo.

Cabe destacar que este colgajo no está descrito

previamente en la literatura y pensamos que será un aporte en el campo de la microcirugía.

COLGAJO EN HACHA DE TENSOR DE FASCIA LATA PARA ÚLCERAS DE PRESIÓN TROCANTÉRICAS: ANÁLISIS DE TÉCNICA QUIRÚRGICA

Drs. W. Calderón, H. Roco, E. Oyarse, J. Piñeros, P. Léniz, S. Llanos, R. Roa y D. Calderón M.
(Servicio de Cirugía Plástica, Hospital del Trabajador Santiago)

Introducción: Las úlceras por presión trocantéricas representan un problema importante a nivel extra e intrahospitalario. Existen múltiples opciones terapéuticas, ya sean colgajos random, musculocutáneos, fasciocutáneos o libres. El objetivo de este estudio es presentar y analizar la técnica quirúrgica del Colgajo en Hacha de Tensor de Fascia Lata.

Material y Método: En nuestro servicio se ha realizado en 19 pacientes. Se presenta en forma secuencial la técnica quirúrgica acompañada del registro fotográfico pertinente.

Técnica Quirúrgica: se diseña un colgajo en V con irrigación por su base superior y vértice inferior, contactando uno de sus extremos con la úlcera. Se reseca ésta hasta obtener un lecho vital. En caso necesario habrá que remover incluso tejido óseo. Se levanta y rota el colgajo, cubriendo el defecto. Finalmente se realiza el cierre primario en VY sin tensión.

Resultados: Este colgajo permite obtener una buena cobertura para úlceras trocantéricas por decúbito con un adecuado resultado cosmético. No hay casos de necrosis parcial o total del colgajo. Han existido 3 seromas que han sido resueltos con sistema de cierre con presión negativa externa e interna. Además hubo 2 casos de dehiscencia de sutura. La zona dadora permite un cierre primario sin tensión.

Discusión: Creemos pertinente conocer este colgajo que debe estar siempre presente dentro de las posibilidades terapéuticas que se ofrezcan a pacientes con úlceras trocantéricas por decúbito.

MUÑÓN DE AMPUTACIÓN CON EXTREMO REDONDEADO. DISEÑO DE COLGAJOS

Drs. L. Lobos, Ing. M. Lobos
(Servicio de Cirugía, Hospital Regional de Antofagasta)

Introducción: En las extremidades con formas más o menos cilíndricas y con un eje óseo, al realizar la amputación se prefiere dejar la línea de sutura fuera del área de presión que proyectará el o los huesos, ya sea en reposo o cuando se someta a carga, sea esta directa o en la utilización de prótesis. Además, es importante que el muñón resultante logre forma redondeada, en armonía con la estructura que remata. El cirujano ha de diseñar en la superficie relativamente plana de la extremidad los colgajos que conduzcan a esos objetivos y bordes coincidentes para suturar.

Material y Método: El muñón con extremo redondeado es comparado a una estructura tubular a cuyo extremo se agrega la mitad de una pelota de tenis seccionada en su ecuador, las líneas curvas de los cascos son proyectadas en el cilindro plano. El modelo es analizado utilizando software de diseño asistido por computador.

Resultados: El diseño de colgajo para extremos redondeados es aplicado en pacientes con indicación de amputación en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional de Antofagasta, obteniendo muñones funcionales, adecuados para la rehabilitación y, estéticamente aceptables.

Conclusión: El modelo de colgajos diseñado y analizado es aplicable en las amputaciones en segmentos cilíndricos de las extremidades. Para marcar los colgajos se utiliza elementos que normalmente existen en los pabellones quirúrgicos.

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

ADENOPATÍAS CERVICALES. LA IMPORTANCIA DE LA BIOPSIA

Drs. R. Inturias, O. Meyer, A. Flores, J.M. González, P. Paladines, Z. Alum. J. Bernal

(Cirugía Cabeza y Cuello, Plástica Máxilo-Facial del Hospital Barros Luco-Trudeau)

Introducción: Determinar valor diagnóstico de biopsias cervicales, rapidez del diagnóstico, oportunidad del tratamiento, relación de adenopatías cervicales con distintas patologías y pronóstico.

Método: Estudio descriptivo y retrospectivo de 161 pacientes del Servicio de Cirugía HBLT. Años 2000-2005.

Variables Analizadas: Edad, sexo, tipo biopsia, cantidad, ubicación ganglios, tiempo de espera entre diagnóstico y biopsia, resultado definitivo, tratamiento efectuado, enfermedades concomitantes y mortalidad.

Resultados: 55,3% hombres, promedio edad 51,6 años, 44,7% mujeres, promedio edad 43,9. Biopsia excisional: 63%, biopsia incisional: 37%. Ubicación ganglios: G2= 29%, G3= 27%, G4= 19,5%, G1= 10,2%, G5= 10,6% y G6= 3,0%. Únicos: 61%, múltiples: 39%.

Tiempo de espera para biopsia: 28,4% hasta 10 días, 23% hasta 20 días, 27% hasta 30 días, 9,6% más de 31 días.

Biopsia definitiva: LH= 16,8%, hiperplasia folicular reactiva= 12,4%, LNH= 11,2%, TBC= 11%, fibrolipoma= 5,7%, adenitis inespecífica= 5,0%, metástasis escamosa= 4,4%, quiste branquial= 3,5%, CA indiferenciado= 3,5%, metástasis seminoma= 3,3%, adenitis por toxoplasma= 3,1%, CA próstata= 2,1%, CA útero= 2,1%. 45,6% de patologías resultan malignas y 54,4% benignas.

Tratamiento efectuado: Antiinflamatorios= 32,3%, quimioterapia= 31%, tratamiento TBC= 12,4%, tratamiento VIH= 7,5%, no se trataron= 7%, antibiótico+ antiinflamatorio= 6,4%, radioterapia= 4,3%, radioterapia+quimioterapia= 2,1%, paliativo para dolor= 2,1%.

Enfermedades concomitantes. HTA 27,4%,

LCFA 13,5%, DM II= 9,5%, IRC 2,8%, ACxFA 2,5%, HO 2,1%.

Mortalidad= 12,4.

Conclusiones: Es muy importante practicar biopsia cervical lo más posible pues un 45,6% son patologías malignas. No ha relación de pronóstico por ubicación, número, bilateralidad de ganglios, sexo ni edad. En el HBLT, se practica la biopsia en corto plazo y el tratamiento es oportuno. Encontramos mayor porcentaje de Linfomas, TBC y VIH que lo informado en la literatura. El rendimiento de la biopsia quirúrgica definitiva es de un 100%.

TUMOR PAROTÍDEO: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN (HCSBA)

Drs. M. Nicola, A. Ortiz, O. Andrade, B. Koffman, R. Stock, H. Cid, J. M. Robles, J. L. Calderón, Ints. P. Martínez, M. Ibáñez, D. Martínez.

(Servicio de Cirugía, Hospital Clínico San Borja-Arriarán)

Introducción: Los tumores de parótida se presentan con una incidencia de 0,5 a 2,4 por cien mil habitantes. Predominan los tumores benignos y el tratamiento recomendado es la parotidectomía, siendo la parálisis del nervio facial la complicación más frecuente (12-38%).

Se realiza un estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos en el Hospital Clínico San Borja Arriarán por un tumor de parótida entre Enero de 1996 a Diciembre del 2005. Durante este período fueron admitidos 50 pacientes. Se excluyeron dos pacientes, uno no operado por contraindicación anestésica y otro por pérdida de antecedentes clínicos. La muestra esta constituida por 48 pacientes. Son 24 mujeres y 24 hombres, con una media de edad de 50 años (15-74). El aumento de volumen se presentó en el 100%, siendo la glándula izquierda la de mayor compromiso con un 52%(25); el dolor se asoció en el 27% (13); ninguno debutó con parálisis facial. El tiempo de evolución promedio fue de 30,5 meses (1-156). En el estudio diagnóstico la ecografía se realizó en el 75% (36); la TAC en el 6%

(3); RNM en 2% (1); no se complementó con imágenes en el 21% (10), en dos de estos (4%) se utilizó la punción aspirativa con aguja fina (PAAF). En el 83% (40) la histología determinó una patología benigna: Adenoma pleomorfo en 25 (52%), tumor de Whartin 5 (10%), adenoma monomorfo 1 (2%), lipoma 2 (4%), quiste simple 1 (2%), quiste branquial 1 (2%), linfangioma 1 (2%), hiperplasia nodular oncocítica 1 (2%) y sialoadenitis mioepitelial 3 (6%); y en el 17% (8) un tumor maligno: Adenocarcinoma 4 (8%), cáncer mucoepidermoide 2 (4%), neoplasia maligna indiferenciada 1 (2%), linfoma de hodking 1 (2%). El tratamiento realizado fue la parotidectomía suprafacial total en 65% (31): 28 tumores benignos y 3 malignos; la parotidectomía suprafacial parcial en 12% (6): 2 tumores malignos a los que se asoció radioterapia; Parotidectomía total en 15% (7): 5 tumores benignos ubicados en el lóbulo profundo; tumorectomía en 8% (4), uno de estos un adenocarcinoma que se complementó con una parotidectomía suprafacial; el vaciamiento cervical se asoció sólo en 2 casos. Se utilizó drenaje aspirativo en el 96% (46). Las complicaciones fueron: seroma 4% (2); hematomas en 8% (4); parálisis facial transitoria en 46% (22) y definitivas en 4% (2); síndrome de Frey y fístula salival un caso (2%) para cada complicación. La estadía hospitalaria fue de 5 días (2-19) y el tiempo de seguimiento fue de 15 meses (1-96), presentándose sólo 2 recurrencias de adenomas pleomorfos.

Los tumores benignos constituyen mayoritariamente la patología de la parótida con un 83%, particularmente el adenoma pleomorfo. Sin embargo, existen lesiones de histología distinta a la neoplásica, difíciles de diferenciar y que son sometidos al riesgo de complicaciones que implica una parotidectomía. La PAAF sería de utilidad en esta situación, método no desarrollado en nuestro centro. La parotidectomía suprafacial es el tratamiento de elección en tumores benignos, y la total en tumores del lóbulo profundo. La parálisis del nervio facial fue la complicación más frecuente (50%), mayor a lo reportado en la literatura, sin embargo, casi la totalidad de estos se recuperó sin secuelas.

EPIDEMIOLOGÍA Y MANEJO DEL CÁNCER ORAL EN EL HOSPITAL BARROS LUCO-TRUDEAU

Drs. *M. González, R. Montes, A. Quintas, L. Rocha, Int. L. González, B. Chahuán*
(Servicio de Cirugía, Hospital Barros Luco-Trudeau)

Este trabajo es un estudio retrospectivo de los pacientes tratados con cáncer oral durante los últi-

mos 5 años en la unidad de Cirugía de Cabeza y Cuello y Plástica Máxilo-Facial del Complejo Asistencial. Hospital Barros Luco-Trudeau. El objetivo es analizar las características epidemiológicas, la etapa de presentación y el tratamiento realizado, evaluando los puntos críticos a mejorar.

El número total de pacientes en los que se logró obtener todos los datos para una correcta etapificación fueron 53:29 pacientes con cáncer de cavidad oral (CCO) y 24 con cáncer de labio (CL). Se separaron ambos grupos; aquél de CCO se analizó según los diferentes subsitios de la cavidad oral.

La edad promedio de presentación fue de 60 años (58 años para CCO v/s 62 años para CL). Antecedentes de tabaquismo se encontró en el 39% de los casos, consumo excesivo de alcohol en el 21% (para ambos grupos). El tiempo de evolución antes de la primera consulta fue de 6 meses para el CCO y 11 meses para el CL.

La etapa clínica más frecuente de presentación en el CCO fue la III (44,8%) y en los CL la I (70,8%). La etapificación pTNM fue similar a la clínica en ambos grupos. El tipo histológico más frecuente encontrado en ambos grupos fue el carcinoma epidermoide (75,8% v/s 62%, CCO y CL respectivamente). El 41,3% de los CCO fueron de lengua móvil.

Se analizaron los diversos tratamientos según el grupo específico, etapificación clínica, factores propios del paciente y disponibilidad de medios del Servicio.

Se concluye que las características epidemiológicas y el comportamiento menos agresivo del cáncer de labio de nuestra serie concuerdan con lo descrito en la literatura. Los pacientes con CCO se presenta generalmente en estados avanzados donde su tratamiento multidisciplinario es fundamental.

AUTOTRASPANTES DENTARIOS: A PROPOSITO DE 2 CASOS

Drs. *A. Petit-Breuilh, C. Normambuena, M. Padrón, L. Núñez, S. Mir*

(Hospital de Talagante, Hospital Clínico de Universidad de Chile)

El autotrasplante corresponde a la transposición dentaria quirúrgica en un mismo paciente. La literatura internacional, especialmente escandinava, propone a los autotrasplantes dentarios como una alternativa terapéutica definitiva o temporal a diversos problemas de ectopías dentarias, aplasias, exodoncias prematuras, agenesias o trauma maxilofacial. Los autotrasplantes representan una opción válida en la atención de salud primaria a

pérdidas dentarias de diversa etiología, lo cual está dado por un requerimiento básico de expertiz quirúrgica asociado a buenos resultados a largo plazo, con un requerimiento técnico mínimo, lo que conlleva un costo aceptable. Se presentan 2 casos de pacientes, en donde se realizó autotrasplante, los cuales eran portadores de patología cariosa, por lo que tuvieron pérdida de los molares, realizándose autotrasplante de premolares a la región molar. Los premolares injerto estaban en posición ectópica y uno de ellos eran un supernumerario pero de forma normal y con formación radicular incompleta. En ambos pacientes se realizó análisis de las relaciones oclusales preoperatorias y el beneficio de mantener una pieza dentaria en el arco alveolar, determinándose la dimensión del espacio receptor y el tamaño del diente injerto con análisis radiológico de los pacientes. Se realiza una revisión del procedimiento, sus indicaciones, técnica quirúrgica, pronóstico y complicaciones.

ALOTRASPLANTE DE PARATIROIDES MICROENCAPSULADAS EN PACIENTE CON HIPOPARATIROIDISMO GRAVE

Drs. *P. Cabané, P. Gac, R. Caviedes, J. Amat, P. Caviedes*
(Departamento de Cirugía. Hospital Clínico, Universidad de Chile)

Objetivos: Implementar terapia para hipoparatiroidismo severo con alotrasplante de tejido paratiroideo microencapsulado.

Diseño experimental: Criopreservación de tejido paratiroideo hiperplásico de donante IRC. Microencapsulación del tejido en Alginato de Na. Alotrasplante de tejido microencapsulado. Seguimiento clínico y de laboratorio semanal.

Material y Método: Mujer de 44 años con tiroidectomía total por carcinoma. Evolucionó con hipoparatiroidismo severo (PTHi <0,1 pg/ml) con requerimientos de 16 g de calcio oral/día y 2 mcr de calcitriol oral/día, hasta requerir infusión continua de calcio endovenoso a través de catéter de quimioterapia; persistió sintomática. Presentó 3 sepsis por catéter. Se extrajo tejido desde el banco de tejidos de hiperplasia paratiroidea. Microencapsulación utilizando alginato de sodio gelificado en BaCl (20 mM). Bajo anestesia local se trasplantan 23 microesferas en músculos antebraquiales. Aprobación por Comité de Ética y Consentimiento Informado. Se realizó seguimiento clínico y medición de PTHi, calcemia y fosfemia diarios por 14 días y luego semanales.

Resultados: Durante los primeros 3 días hubo elevación de la calcemia (9,6 mg/dl) y PTH (5,5 pg/ml), y descenso de fosfemia a valores normales. Los niveles de PTHi descendieron a niveles de 1,5 pg/ml por los siguientes 30 días, aumentando progresivamente en forma pulsátil hasta 4,8 pg/ml a los 3 meses. Durante el 5º mes hubo un nuevo descenso manteniéndose en valores entre <1,0 y 1,6 pg/ml. La paciente disminuyó sus requerimientos de calcio a 6 g/día vo, suspendiéndose la infusión endovenosa al sexto día postrasplante. La calcemia ha variado entre 6,0 a 8,2 mg/dl debido a ingesta variable de calcio. La paciente ha permanecido asintomática o con síntomas leves y ha retomado su actividad cotidiana.

Conclusiones: Primer alotrasplante de tejido microencapsulado en Occidente. A pesar del corto seguimiento, se ha logrado el objetivo terapéutico y mantiene función al 5º mes sin uso de inmunosupresores. Existe la posibilidad de retrasplante.

DETECCIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA DE PARAFIBROMINA EN PATOLOGÍA PARATIROIDEA

Drs. *P. Gac, P. Cabané, D. Araya, J. Amat, J.P. Cárdenas, L. Moyano, A. Ibarra, P. Caviedes, A. Mascaró, C. Lizana*
(Departamento de Cirugía. Hospital Clínico, Universidad de Chile, Clínica Las Condes)

Introducción: La parafibromina es una proteína supresora de tumor relacionada con patología maligna de paratiroides, descrita en pacientes con carcinoma de paratiroides y síndrome de tumor mandibular por hiperparatiroidismo, en los cuales el gen HRPT2 está mutado por lo que su expresión está alterada.

Objetivo: Describir patrones de expresión de parafibromina en tejido paratiroideo normal y patológico como método de apoyo diagnóstico en nuestro medio.

Diseño experimental: Se seleccionan inclusiones de muestras de tejido paratiroideo normal y patológico (hiperplasia, adenoma y carcinoma) y se observa el patrón inmunohistoquímico de parafibromina y se correlaciona con sus características histopatológicas.

Material y Método: Se dispuso de 20 muestras histológicas de tejido paratiroideo catalogado como carcinoma, adenoma, hiperplasia y tejido normotípico (5 muestras cada grupo). Se realizó tinción inmunohistoquímica con anticuerpo policlonal anti-parafibromina (Mouse-Chemicon) y anticuerpo se-

cundario anti-mouse-FITC (VectorLabs). Se registró el patrón de expresión en microscopio de fluorescencia con cámara CoolSnap para cada grupo y se correlacionó con los hallazgos histopatológicos con tinción HE.

Resultados: El grupo de tejido normal tuvo marcación +++ para todos los casos al igual que los casos de hiperplasia y de adenoma. En los casos de carcinoma existió una disminución marcada de la expresión de la parafibromina.

Conclusiones: La tinción inmunohistoquímica de parafibromina está alterada en los casos de cáncer de paratiroides. Sabiendo lo difícil del diagnóstico clínico e histológico, puede ser muy útil en el diagnóstico de cáncer, incluyendo casos que podrían ser mal diagnosticados como benignos.

CIRUGÍA DE CUELLO VIDEOASISTIDA

Drs. H. Rojas, R. Rossi, F. Contreras, R. Torres, R. Loehner, J. Hamilton, R. Torres, R. González
(Departamento de Cirugía)

La cirugía tradicional de tiroides y paratiroides tiene excelentes resultados. La cirugía videoscópica ha tenido poca aceptación por ser una técnica compleja que requiere insuflación del cuello, múltiples sitios de punción, equipamiento de alto costo y aprendizaje muy lento. La técnica videoasistida utiliza una sola incisión, no requiere insuflación, optimiza la visualización, utiliza instrumentos habituales, es simple de enseñar y combina los beneficios de la cirugía abierta y videoscópica. Se describe la técnica utilizada en tres situaciones clínicas: Nódulo tiroideo (tiroidectomía), hiperparatiroidismo primario (resección de adenoma) e hiperparatiroidismo terciario (paratiroidectomía subtotal).

ALTERNATIVAS QUIRÚRGICAS COMO TRATAMIENTO DEL CÁNCER BASOCELULAR EN CARA

Drs. C. Vallejos, M. Vera, R. Ríos
(Servicio de Cirugía, Hospital Regional Coyhaique)

Introducción: La principal causa de tumores malignos es el cáncer de piel, el cáncer basocelular (CBC) el más frecuente, representando un 75% de todos los cánceres de piel excluyendo los melanomas, y son la cuarta parte de todos los cánceres diagnosticados en los Estados Unidos. Se observan con mayor frecuencia en la piel de la cara. El tratamiento quirúrgico es curativo en un 90-95% de

los casos. La cobertura cutánea post resección es un desafío técnico pues debe procurar resultados funcional y estético. Se han descrito múltiples técnicas, la utilización de colgajos de avance y/o rotación son los más usados considerando las amplias posibilidades que la piel permite por su elasticidad e irrigación.

Objetivo: Describir tres técnicas clásicas de colgajos en cara como reparación inmediata de resecciones de CBC, a propósito de casos observados en nuestro hospital.

Material y Método: Revisión de 3 fichas e imágenes clínicas de pacientes con CBC sometidos a resección quirúrgica. **Caso 1:** Sexo femenino, 68 años, lesión tumoral en ala nasal izquierda de 9 Mm, de diámetro con superficie pigmentada y áreas hemorrágicas, de tres meses de evolución. **Técnica 1:** colgajo de *avance en isla de Rybka*. Es un colgajo triangular de pedículo subcutáneo muscular. El avance se realiza en VY de eje mayor horizontal permite el cierre de pérdidas de sustancia posterior a resecciones en la punta de la nariz de 15 Mm de diámetro mediales y paramediales hasta el borde de las narinas. El pedículo es el músculo transverso (nasalis), su resultado cicatricial es mínimo sin deformación de las áreas circundantes (08/09/2005); cirugía sin inconvenientes, no hubo complicaciones y la resección de la lesión fue compleja. En la actualidad se encuentra sin recidiva con resultado funcional y estético satisfactorio. **Caso 2:** Sexo femenino, 54 años. Lesión tumoral de la mejilla izquierda, pigmentada y bordes irregulares de 5 mm de eje mayor, 10 años de evolución. **Técnica 2:** Colgajo de *Mustardé*; es uno de los más conocidos. Colgajo de piel que rota cubriendo el defecto. Incisión horizontal infrapalpebral que se prolonga preauricular. La irrigación y elasticidad de la zona a rotar da gran versatilidad. Está ampliamente difundido por la alta frecuencia del CBC en esa área facial, su complejidad técnica es moderada (12/12/2005), Cirugía sin inconvenientes edema postoperatorio moderado. En la actualidad se encuentra sin recidiva con resultado funcional y estético satisfactorio para el paciente y equipo quirúrgico. **Caso 3:** Sexo femenino, 77 años. Lesión tumoral en la punta nasal, amarillenta granular, deslustrada y hemorrágica de eje mayor 17 Mm, refiere 6 meses de evolución. **Técnica:** Colgajo en cascada de *Emmet*: Asocia dos colgajos, uno nasal para pérdida de sustancia, y otro glabelar para la zona donante del precedente. Los colgajos pueden ir uno encima del otro o en el mismo lado dependiendo de lo distal de la lesión, consigue cubrir una zona de hasta 30 Mm, y alcanzar la parte superior de la columela. Tiene el inconveniente de dejar una cicatriz oblícuca del dor-

so nasal pero que es poco notoria (09/01/2006); cirugía sin complicaciones postoperatorias. El tiempo quirúrgico fue de cuatro horas. Actualmente en buenas condiciones, sin recidiva y con resultado funcional y estético favorable.

Comentario: En todas las pacientes fue posible realizar satisfactoriamente la resección plástica oncológica de la lesión, todas las pacientes presentaron colgajo vital durante los controles subsiguientes, con controles mensuales hasta los 6 meses. El

resultado funcional y estético fue óptimo. El uso de técnicas plásticas como la de Rybka, Emmet y Mustardé son clásicas, permite cobertura de las soluciones de continuidad facial. El conocimiento acabado de ellas permite modificaciones según necesidad. El riguroso cumplimiento de los principios quirúrgicos y la dedicación del equipo permitieron su realización en nuestro servicio, aportando beneficio para los pacientes y oportunidad de desarrollo para nuestro hospital.

Seccional: CIRUGÍA VASCULAR

MORBIMORTALIDAD EN AMPUTACIONES MAYORES DE EXTREMIDADES INFERIORES EN HOSPITAL DIPRECA. RESULTADOS DE UNA SERIE ENTRE 2004-2005

Drs. G. Cassorla, G. Sepúlveda, M. Espíndola, J. Seitz, M. Maureira, E. Sepúlveda, Int. I. Nachari
(Departamento de Cirugía Vascul Periférica, Hospital Dipreca. Universidad de Valparaíso. Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: Múltiples estudios extranjeros han evaluado resultados de morbilidad en pacientes sometidos a Amputaciones Mayores, pero existe poca información nacional. El objetivo del estudio fue analizar la población sujeta a Amputaciones Mayores en Hospital Dipreca entre enero/2004-diciembre/2005 (64 pacientes, 101 amputaciones). Estas intervenciones tienen alta morbilidad lo que justifica la importancia de conocer factores de riesgo y su impacto en el pronóstico.

Materiales y Métodos: Se diseñó un estudio retrospectivo descriptivo con análisis estadístico de las variables a estudiar en los pacientes sometidos a Amputaciones Mayores de EE.II. en Hospital Dipreca. Se recolectaron parámetros demográficos, anamnésticos y clínicos así como resultados quirúrgicos y muerte del paciente. El análisis estadístico consideró diferencias significativas cuando p-value $\leq 0,05$ (test de χ^2 , Exacto de Fischer o prueba T-Student).

Resultados: La edad promedio es $69,2 \pm 14,5$ años. El índice de masculinidad: 0,61. La mortalidad y mortalidad perioperatoria fue de 29,69% y 6,93%. La indicación fue por isquemia en 49,5% e infección en 50,5%. La tasa de complicaciones médicas: 39,6% (mayor proporción de IRC y Diabéticos); complicaciones quirúrgicas inmediatas 11,88%; precoces: 22,77% (mayor proporción de Cardiopatía Coronaria y Tabaquismo) y tardías: 12,87%. Respecto a las amputaciones definitivas, el 20,83% requirió regularización del muñón. Se logró rehabilitación en 18,87%.

Discusión: Nuestra serie presenta cifras similares a la literatura nacional e internacional en cuanto a tasas de mortalidad perioperatoria (6,9%); supervivencia a 2 años (70%); rehabilitación y morbilidad global (50,5%). Encontramos mayor proporción de indicación séptica de amputación; complicaciones médicas (IRC; DM y cardiopatía coronaria) y tasa de reamputación (48%). Presentamos mayor probabilidad de tener una segunda amputación en 2 años (43,8%) respecto a la literatura (33%).

Conclusiones: Hay patologías que demuestran tendencia hacia mayor morbilidad: IRC, Cardiopatía Coronaria, Dislipidemia y edad avanzada. Es necesario realizar estudios que evalúen la causalidad de estos factores de riesgo para morbilidad.

FLEGMASIA CERULEA DOLENS: COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

Drs. S. Osorio, A. Campos, J. Herskovic, E. Lanzarini, R. Luengas, J.P. Moreno, R. Zamorano, M. Ramírez

(Unidad de Cirugía Vascul. Departamento de Cirugía. Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

Introducción: La Flegmasia Cerulea Dolens es una complicación poco frecuente de la trombosis venosa profunda, siendo una urgencia quirúrgica, por el riesgo de la pérdida de la extremidad comprometida. Nuestro objetivo es notificar tres casos tratados por nuestro equipo en el último año.

Material y Método: La primera paciente presentó una TVP complicándose con un cuadro de Flegmasia Cerulea Dolens, requiriendo la realización de una trombectomía ileofemoral más fasciotomía. En el postoperatorio presentó un TEP por lo que requirió la instalación de un filtro de vena cava.

El segundo caso se trata de un paciente con antecedente de cáncer gástrico avanzado, quien en tratamiento anticoagulante oral por cuadro de trombosis venosa profunda en rango terapéutico pre-

senta un cuadro de Flegmasia Cerulea Dolens, confirmándose con ecografía Doppler, se realizó una trombectomía femoral y poplítea más fasciotomía.

El tercer caso se trata de un paciente que presentó el cuadro de Flegmasia postcirugía de un cáncer de próstata, también fue manejado con una trombectomía femoral más fasciotomías.

Resultado: Los tres pacientes actualmente se encuentran con tratamiento anticoagulante y sólo el segundo paciente presentó pérdida de su antepié.

Conclusión: La Flegmasia Cerulea Dolens, es un cuadro poco frecuente, pero es una urgencia quirúrgica, ya que sino se realiza un manejo agresivo se puede perder la extremidad afectada e incluso la vida del paciente.

En los tres casos, se realizó una trombectomía ileofemoral más fasciotomías pudiendo rescatar las tres extremidades casi en su totalidad.

Los dos últimos casos corresponden a una trombofilia secundaria, lo que ratifica factor trombótico de los cánceres.

Es importante siempre sospechar este cuadro en pacientes que no evolucionan de acuerdo a lo esperado, para poder evitar las complicaciones graves que pueden presentar.

SIMPATECTOMÍA TORÁCICA POR VIDEOTORACOSCOPIA: UNA ALTERNATIVA QUIRÚRGICA PARA LA ISQUEMIA DISTAL DE EXTREMIDADES SUPERIORES

Drs. J. Cifuentes y cols.
(Hospital Sótero del Río, Santiago)

Las lesiones isquémicas de miembros superiores asociados a aterosclerosis, Síndrome de Raynaud, enfermedad de Leo Buerger y mesenquimopatías; en sus formas más severas originan la necrosis y consiguiente pérdida de fanerios y de los orfejos afectados.

Objetivo: Mostrar simpatectomía torácica por videotoracoscopía (STV) para pacientes con isquemia de extremidades superiores destacando la técnica quirúrgica, 1999 a julio de 2006, edad promedio 50 años (rango 38-62), 2 hombres, 9 mujeres, seguimiento 1 a 6,5 años. Técnica quirúrgica: anestesia general, tubo endotraqueal doble lumen, 3 trocares de 10 mm, neumotórax de 6 litros, sección cadena simpática entre t2 y t5. Drenaje pleural por 24 a 72 horas, hospitalización promedio 2,5 días (rango 1-4).

Resultados: Mejoría del dolor 100% de los pacientes, 4 amputaciones de orfejos, 1 neumotórax, 1 paciente con dolor torácico, 1 fallecimiento por

patología agregada y sudoración compensatoria en todos los pacientes.

Conclusión: La STV es un procedimiento seguro de bajas complicaciones que permite en la isquemia severa de los orfejos de miembros superiores un óptimo control del dolor y máximo salvataje de tejidos mejorando la calidad de vida de los pacientes.

SIMPATECTOMÍA LUMBAR RETROPERITONEAL POR LAPAROSCOPIA. TÉCNICA QUIRÚRGICA

Drs. J. Cifuentes, A. Del Oro y cols.
(Hospital Sótero del Río, Santiago)

La simpatectomía lumbar abierta es una técnica quirúrgica usada principalmente en isquemia de extremidades inferiores, distrofia simpática refleja e hiperhidrosis plantar severa que en la actualidad está siendo reemplazada por la cirugía laparoscópica.

Objetivo: Presentar la técnica quirúrgica de la simpatectomía lumbar retroperitoneal laparoscópica (SLRL).

Material y Método: 20 años con hiperhidrosis plantar severa con infecciones a repetición y limitación social importante, rebelde a tratamiento médico.

Técnica: Anestesia general, decúbito lateral derecho e izquierdo, 3 trocares de 10 mm a nivel lumbar, debridamiento digital del retroperitoneo, neumollumbar con 6 litros CO₂, disección y sección cadena lumbar entre L2-L4, drenaje 24 horas, alta a las 36 horas postoperatorio con sequedad de extremidades y aumento de temperatura en el postoperatorio inmediato.

Conclusión: La SLRL es un procedimiento seguro de bajas complicaciones que permite alta y reinserción laboral precoz y con resultados estéticos mejores que la cirugía convencional.

ESTUDIO DE MORBIMORTALIDAD POSTOPERATORIA EN PACIENTES SOMETIDOS A ENDARTERECTOMÍA CAROTÍDEA, HOSPITAL GUSTAVO FRICKE, ENERO 1999-MARZO 2006

Drs. A. Chávez, P. Díaz, J. Silva, Ints. C. Ceballos, E. González, C. Hinojosa y A. Tobar
(Servicio de Cirugía Adultos. Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar. Cátedra Cirugía, Universidad de Valparaíso)

Introducción: Las indicaciones de la cirugía carotídea están bien establecidas. Se conoce la

morbimortalidad de los grandes centros nacionales e internacionales.

Objetivo: Conocer la morbimortalidad y la sobrevivencia global y libre de eventos cerebrovasculares de la endarterectomía carotídea en el Hospital Guillermo Fricke de Viña del Mar.

Material y Método: Análisis retrospectivo de una serie de casos de pacientes sometidos entre enero de 1999 y marzo de 2006. Se revisaron las fichas clínicas según libro de egresos de cirugía. El seguimiento fue con control clínico y ecográfico y análisis de defunciones en el Registro Civil. Se descartan 6 casos sometidos a revascularización miocárdica simultánea.

Resultados: Se obtuvieron 27 casos, 14 mujeres y 13 hombres con un promedio de edad de 72,5 años. El 19% correspondió a una estenosis asintomática, 44% a crisis isquémica transitoria (CIT) y 37% a accidentes vasculares (AVC). El 77% tenía una estenosis entre 71 a 80%. Se realizaron 18 casos con técnica de eversión y 9 con endarterectomía clásica, estos últimos, siempre con *shunt* transitorio. El tiempo medio de estadía intrahospitalaria fue de 5,4 días y la mediana de seguimiento 27 meses. Hubo 5 complicaciones inmediatas: 2 hematomas que no requirieron drenaje, 2 parálisis transitorias de cuerdas vocales y 1 emergencia hipertensiva con CIT postoperatorio. No hubo AVC postoperatorio y no hubo mortalidad operatoria en esta serie. No hubo diferencias significativas entre ambas técnicas quirúrgicas. La sobrevivencia global a 5 años fue de 65%. La sobrevivencia libre de AVC ipsilateral a la cirugía fue de 96% a 5 años.

Conclusiones: La tasa de morbimortalidad es comparable a lo publicado en la literatura. El número bajo de casos no permite sacar conclusiones respecto al uso de una técnica u otra.

ISQUEMIA VISCERAL CRÓNICA MANEJADA CON BY PASS DE REVASCULARIZACIÓN

Drs. A. Campos, R. Luengas, S. Osorio, J. Rojas, E. Lanzarini, J. Hershovic, L. Bonilla, J. Moreno, M. Ramírez, R. Urrutia

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

Introducción: La isquemia visceral crónica, también llamada "angina intestinal" se caracteriza por la oclusión de una o varias ramas viscerales de la aorta, en el 90% de los casos la etiología es la aterosclerosis oclusiva de éstas, sin embargo, puede

de ser secundaria a otras arteriopatías obstructivas menos frecuentes y a trombosis. Desde 1958 se han descrito numerosas técnicas quirúrgicas y procedimientos para el manejo de esta patología, incluyendo en la actualidad las técnicas endovasculares; sin embargo, éstas no han presentado buenos resultados a largo plazo. Aunque son pocas las series realizadas; el By pass aortovisceral anterógrado con prótesis y la endarterectomía muestran el mejor rendimiento a 5 años plazo.

Material y Método: Presentamos el caso de una paciente de 42 años con isquemia visceral crónica por trombosis de la arteria celiaca y mesentérica, la cual fue sometida a angioplastia y colocación de stent en 2 ocasiones recidivando clínicamente a los 10 meses, momento en el cual se realizó un By pass aorto-hepático y aorto-mesentérico anterógrado supraceliaco con prótesis bifurcada de 14 x 7 mm, con el objetivo de restablecer la circulación visceral y resolver la isquemia intestinal.

Resultados: En el postoperatorio inmediato la paciente presentó regresión completa de su sintomatología. No hubo complicaciones quirúrgicas. La angioTAC control demostró la permeabilidad del By pass. Fue dada de alta al 7º día postoperatorio con anticoagulación oral.

Conclusión: La isquemia visceral crónica es un cuadro poco frecuente que presenta una importante morbimortalidad. Cualquier método de revascularización tiene indicaciones precisas según el compromiso anatómico y características del paciente. En este caso se realizó una cirugía by-pass de revascularización con resultado exitoso a corto plazo.

AMPUTACIONES DE EXTREMIDADES INFERIORES: ANÁLISIS DE UNA COHORTE A 3 AÑOS PLAZO

Drs. V. Bianchi, C. Salas, F. Ibáñez, I. Pizarro, W. Bastías, J. Parra, A. Cam, J. Fuenzalida

(Unidad de Cirugía Vascul. y Endovascular. Clínica Alemana de Santiago)

Una de las más devastadoras complicaciones de la patología vascular periférica corresponde a la amputación de la extremidad afectada, situación que también afecta a un importante número de pacientes portadores de pie diabético, se este isquémico o no. Las amputaciones son clasificadas según sea la magnitud de la misma en menores y mayores. En Chile no existe un sistema de registro que permita conocer el número real de amputaciones realizadas tanto en el sistema públi-

co como privado, ni las etiologías que gatilla esta intervención. Por este motivo se realizó una evaluación de la situación en el servicio de cirugía del hospital del Salvador como una primera aproximación a la cuantificación real de este problema.

Material y Método: Se registró y siguió prospectivamente una cohorte de 60 pacientes ingresados y amputados consecutivamente en el servicio de cirugía del Hospital del Salvador en el año 2003 por 36 meses, analizando su evolución inicial, complicaciones posteriores y morbimortalidad asociada a su patología.

Resultados: La distribución por sexo corresponde a 11 mujeres y 49 varones, con edades promedio de 70 y 64 años respectivamente. El diagnóstico de ingreso correspondió a 54 casos de pie diabético (30 neuropáticos y 24 neuroisquémicos) y 6 casos de isquemia crítica en pacientes no diabéticos. El promedio de días cama correspondió a 43 y 28 (mujeres-varones) con un total de 1865 días cama para toda la cohorte. La hospitalización fue mayor en los casos con compromiso vascular con un promedio de 39 días, mientras que el grupo sin compromiso vascular requirió de 23 días. El número total de intervenciones por su patología de base correspondió a 122 cirugías durante la hospitalización; en 29 casos solo se realizó una intervención para resolver su patología, mientras que los 31 casos restantes requirieron 89 cirugías con un promedio de 2,9 cirugías por paciente (3,0 entre las mujeres, y 2,8 en varones).

El análisis desde un punto de vista de intención de tratamiento la cirugía inicial fue exitosa en 37 casos, mientras que los 23 restantes presentaron una evolución tórpida no esperada inicialmente. El grupo de intervenciones iniciales con peor desempeño correspondió a cirugías de aseo las cuales fracasaron en un 100% respecto de la expectativa inicial.

El resultado final fue de 38 amputaciones menores y 22 amputaciones mayores, con una mortalidad perioperatoria de un 3,3%.

En el seguimiento se observan nuevas hospitalizaciones por patología vascular o del pie en 29 casos con 36 intervenciones adicionales (12 amputaciones mayores) y 7 fallecidos hasta julio de 2006 (4 de causa cardiovascular).

Conclusión: La cirugía de amputaciones en pacientes portadores de patología vascular oclusiva y/o diabetes mellitis representan una importante carga de trabajo, uso intensivo de recursos y frecuentes reintervenciones, hospitalizaciones prolongadas y morbimortalidad en los pacientes que llegan a un servicio público como el Hospital del Salvador.

EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA

Drs. L. Burgos, H. Arretx, M. Lagos, H. Losada, E.U. A. San Martín

(Universidad de La Frontera, Temuco)

Introducción: La isquemia mesentérica aguda requiere un enfrentamiento terapéutico inmediato y agresivo una vez hecho el diagnóstico y las cifras de mortalidad asociada aún en series contemporáneas alcanzan a 80% de los casos. Presenta una incidencia de 1-2 casos por 1.000 ingresos hospitalarios y en su diagnóstico se requiere un alto índice de sospecha. Su principal etiología es de origen arterial (siendo la embolia su principal causa). El objetivo principal de este estudio es presentar la experiencia local en el tratamiento quirúrgico de pacientes con isquemia mesentérica aguda.

Material y Método: El diseño de este estudio corresponde a una serie de casos consecutivos de pacientes con diagnóstico de isquemia mesentérica aguda, se obtiene esta serie de pacientes del Hospital Hernán Henríquez Aravena y Clínica Alemana de Temuco, entre julio 2002 y noviembre de 2005. Se confecciona base de datos y se utilizan herramientas de estadística descriptiva.

Resultados: La serie corresponde a 13 pacientes con diagnóstico de isquemia mesentérica aguda, 85% corresponden a pacientes de género masculino y el promedio de edad es de 59,6 años (28-82 años). La etiología es arterial en 12 casos (embolia 5 casos, trombosis 5 casos y 2 traumatismos) y en 1 caso corresponde a una trombosis venosa mesentérica. El tiempo de hospitalización promedio es de 21 días (14-134 días) y la mortalidad hospitalaria es de 8%.

Conclusiones: En esta serie de casos encontramos buenos resultados en el tratamiento quirúrgico de esta patología, con cifras de mortalidad inferiores a lo publicado en la bibliografía (8% de mortalidad hospitalaria). Requiere de una mayor sensibilización en su diagnóstico y un enfrentamiento quirúrgico agresivo en su tratamiento.

FILTROS DE VENA CAVA: 12 AÑOS DE USO EN CLÍNICA ALEMANA DE SANTIAGO

Drs. V. Bianchi, J. Seitz, F. Ibáñez, A. Arriagada
(Unidad de Cirugía Vascular y Endovascular. Clínica Alemana de Santiago)

Los filtros de vena cava (FVC) representan una opción terapéutica adicional en la terapia de la

embolia pulmonar (EP), siendo además utilizados en la prevención de la misma en casos en los cuales el uso de anticoagulantes esta restringido por condiciones clínicas del paciente. Frente a una trombosis venosa profunda (TVP) asociado o no a una EP la conducta terapéutica es la anticoagulación del paciente, terapia que permite el tratamiento de la TVP y a la vez previene la embolia pulmonar. La introducción de los filtros de cava hace 30 años permitió una terapia respecto de casos en los cuales no es posible el tratamiento anticoagulante, o bien este fracasa por diversas razones, sin embargo, las indicaciones de su uso son restringidas a las ya mencionadas. Se evaluará la frecuencia y características de los FVC instalados en un período de 11 años en clínica Alemana, con el fin de analizar sus indicaciones, complicaciones y características de uso, planteándose que el uso de los FVC se ha incrementado, tanto por una mayor facilidad de uso como por una ampliación de las indicaciones de uso de los mismos.

Material y Método: Análisis retrospectivo de la totalidad de los casos de uso de FVC instalados en Clínica Alemana de Santiago en el período agosto 1995 - julio de 2006, separados en dos tramos: serie temprana (A) entre agosto 1995 y diciembre 2000 y serie contemporánea entre enero 2001 y julio 2006 (B) (66 meses c/u). Se describen las indicaciones de uso, complicaciones de su instalación, tipo de filtros utilizados y sus vías de inserción, así como evolución postinserción en los casos que fue posible el seguimiento.

Resultados: Se insertaron 105 filtros en 103 pacientes, 22 en el período A y 83 en el período B; las indicaciones correspondieron a:

	A	B
Contraindicación	54,5%	67,1%
Fracaso tratamiento	22,7%	18,3%
Masividad	4,5%	8,5%
Profiláctico	9,1%	6,1%

Los filtros utilizados correspondieron a: Greenfield 22,9%, TrapEase 36,2%, OptEase 25,7%, Gunther Tulip 12,4%, otros 3%, observándose una preferencia hacia la utilización de dispositivos de menor perfil de introducción desde que estos están disponibles en el año 2000. La vía de introducción preferida correspondió a la yugular en un 32,4% femoral en un 63,8%, otros y no consignados en un 2,9%. La vía de acceso inicial fracaso en 5,7% de los casos.

Se observaron complicaciones del uso de filtros en 6,6% de los casos, incluyendo un hematoma pericavo, 3 EP postinserción de filtro, 2 trombosis

de sitio de acceso venos y 1 fracaso de liberación del dispositivo. No se observó mortalidad asociada a la inserción de filtros, pero el 8,5% de los pacientes falleció por sus patologías de base antes de 30 días de insertado el filtro.

Conclusiones: Los FVC representan una opción emergente en el manejo de pacientes con enfermedad tromboembólica, observándose un incremento del 370% entre ambos períodos, así como una modificación de la preferencia de dispositivos hacia aquellos con menor perfil de introducción. Sin embargo, su uso se mantiene aun restringida a causas consideradas clásicas respecto de la indicación de utilización.

ISQUEMIA CRÍTICA DE EXTREMIDADES INFERIORES EN PACIENTES DIABÉTICOS

Drs. L. Burgos, V. Pineda, C. Manterola, M. Vial, E.U. A. San Martín

(Universidad de La Frontera, Temuco)

Introducción: Una de las principales complicaciones de la enfermedad vascular periférica es la ocurrencia de isquemia crítica a nivel de extremidades inferiores y un grupo susceptible está constituido por los pacientes diabéticos. Este cuadro implica hospitalizaciones prolongadas, número alto de amputaciones, cirugías de revascularización complejas y morbimortalidad elevada. El objetivo principal de este estudio es determinar los factores asociados al desarrollo de isquemia crítica de extremidades inferiores en pacientes diabéticos.

Material y Método: Se utiliza un diseño de estudios de casos y controles. El grupo de estudio corresponde a casos y controles incidentes entre junio y diciembre de 2005 y la condición de isquemia crítica determina la característica que diferencia los casos de los controles. Se estudian variables clínicas y no clínicas relevantes y sobre las cuales se realiza estadística descriptiva y analítica (análisis bivariados, multivariados y modelo de regresión logística). Se determina tamaño muestral (a 0,05 y 1-b 0,8). En el tratamiento de los datos se utiliza base de datos y programa estadístico.

Resultados: La población de estudio corresponde a 168 pacientes con un promedio de edad de $66 \pm 10,4$ años, 68% de los pacientes corresponden a género masculino. En el análisis bivariado encontramos significancia en todas las variables estudiadas, sin embargo, al confeccionar modelo de regresión logística encontramos que se asocian en forma significativa a la condición de casos o controles solamente 3 variables: Hipertensión arterial OR 4,35, tabaquismo OR 3,03 y control metabólico OR 3,26.

Conclusiones: Existe asociación entre las variables estudiadas y el desarrollo de isquemia crítica en pacientes diabéticos. Del análisis multivariado se concluye que las variables hipertensión arterial, tabaquismo y control metabólico están significativamente asociadas al desarrollo de isquemia crítica en pacientes diabéticos.

PREVALENCIA DE INTERRUPCIÓN DE VENA CAVA INFERIOR MEDIANTE FILTRO VENOSO PERCUTÁNEO

Drs. L. Burgos, H. Arretx, M. Lagos, E.U. A. San Martín, Als. D. Meza, L. Lagos
(Universidad de La Frontera, Temuco)

Introducción: La trombosis venosa profunda de extremidades inferiores y embolia pulmonar son una causa importante de morbilidad y se estima una incidencia anual de hasta 200.000 casos de embolia pulmonar fatal en Estados Unidos. En términos generales se establece la indicación de interrupción de la vena cava inferior mediante un filtro, en los casos de contraindicación de anticoagulación o fracaso de ésta ante enfermedad tromboembólica. El propósito de este estudio es aportar información epidemiológica relevante en relación a la aplicación de este procedimiento en la ciudad de Temuco.

Material y Método: Sobre los pacientes con diagnóstico de enfermedad tromboembólica, se estima la prevalencia de interrupción de vena cava inferior mediante filtro colocado vía percutánea. Se recoge la información de todos los filtros instalados en el Hospital Hernán Henríquez Aravena y Clínica Alemana de Temuco desde julio de 2002 a julio de 2006. El diseño del estudio corresponde a un corte transversal. Se confeccionó base de datos y en el análisis se utilizó programa estadístico, en el reporte de resultados se utilizan tasas de prevalencia y medidas de tendencia central.

Resultados: En período estudiado encontramos 444 casos de trombosis venosas profunda o embolia pulmonar y se instalaron 67 filtros en vena cava inferior. Estimamos una prevalencia de 67/444 casos (14%). La principal indicación es por contraindicación de tratamiento anticoagulante (45%). En la serie 54% corresponde a género femenino y el promedio de edad es de 58,8 años (16-92). No encontramos complicaciones asociadas al procedimiento y tampoco observamos embolia pulmonar posterior al procedimiento.

Conclusiones: Siguiendo las indicaciones tradicionales de interrupción de vena cava inferior, se

obtiene una prevalencia que alcanza al 14% de los casos con diagnóstico de enfermedad tromboembólica. Los resultados en relación a morbilidad del procedimiento avalan su aplicación bajo criterios de selección bien establecidos.

TRATAMIENTO POR PRESIÓN NEGATIVA EN PIE DIABÉTICO AMPUTADO. REPORTE PRELIMINAR

Drs. G. Sepúlveda, J. Fernández, M. Espíndola, M. Maureira, E. Sepúlveda, J. Seitz, C. Oliva (E.U.)
(Servicio de Cirugía Vascul, Hospital DIPRECA)

Introducción: Las heridas del pie diabético, particularmente aquellas secundarias a amputación, son complejas y de difícil tratamiento. El tratamiento por presión negativa (TPN) es una técnica nueva y ampliamente usada en el manejo de diversos tipos heridas.

Objetivo: presentar los resultados iniciales con TPN en heridas secundarias a amputación por pie diabético.

Material y Método: Reporte de casos. Ocho sujetos (7 hombres y una mujer), con una mediana de $62,5 \pm 9,7$ años de edad, fueron tratados con TPN en el Servicio de Cirugía Vascul del Hospital DIPRECA entre febrero y julio de 2006. Se consideraron sujetos mayores de 18 años, diabéticos tipo 2, con una herida por amputación transmetatarsiana y perfusión adecuada. El TPN se preparó con una espuma de éster de poliuretano, sonda nelaton nº 18, apósito transparente adhesivo y aspiración central a 100 mmHg. La herida fue curada cada 48 horas, y evaluada semanalmente con fotografía digital hasta alcanzar el 90% de granulación. Para la determinación de la granulación se utilizó un programa computacional ad-hoc.

Se utilizó estadística descriptiva y se calcularon porcentajes, medianas, promedios y desviaciones estándar.

Resultados: El tiempo promedio para alcanzar el 90% de granulación de la herida fue de $22,8 \pm 13,9$ días. La hemoglobina glicosilada promedio fue 10,3% (6,4%-13%). En dos sujetos se realizó revascularización de la extremidad antes del TPN. En todos los sujetos la indicación quirúrgica fue la gangrena. En 5 sujetos se realizó amputación transmetatarsiana del pie. Un sólo sujeto presentó dolor asociado a la terapia. No hubo infección hemorrágica, ni muerte.

Conclusión: El TPN es una nueva alternativa de tratamiento en sujetos diabéticos con heridas por amputaciones del pie.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA ESTENOSIS CAROTÍDEA

Drs. *F. Ibáñez, C. Salas, V. Bianchi, J.A. Parra, W. Bastías, J. Fuenzalida, A. Cam, I. Pizarro, J. Seitz, A. Arriagada*

(Clínica Alemana, Hospital Salvador)

Introducción: La estenosis de la bifurcación carotídea es una reconocida de accidentes vasculares encefálicos y la endarterectomía ha sido el tratamiento quirúrgico de elección. En los últimos años se ha introducido el uso del stent carotídeo como una alternativa terapéutica menos invasiva en pacientes de alto riesgo quirúrgico.

Se presenta una serie de 10 pacientes consecutivos sometidos a esta técnica endovascular, entre junio 2005 y agosto 2006.

Material y Método: Se describen las características demográficas y clínicas de la serie de 10 enfermos, junto con su estudio complementario, indicaciones y resultados terapéuticos.

Se describen los detalles de la técnica percutánea empleada en estos pacientes.

Resultados: Se indicó la terapia endovascular en 10 casos, en 9 de ellos se realizó el procedimiento en forma exitosa y en 1 no se logró cruzar la lesión por lo que fue intervenido quirúrgicamente sin complicaciones.

De los pacientes tratados con stenting carotídeo, uno de ellos presentó una afasia transitoria con recuperación completa. No se presentaron complicaciones cardiovasculares ni relacionadas con el sitio de punción.

El seguimiento (rango 1 a 12 meses con promedio de 5,9 meses) ha sido sin complicaciones neurológicas ni evidencias de reestenosis carotídea.

Conclusión: El stent carotídeo aparece como una alternativa terapéutica menos invasiva que la cirugía para el tratamiento de la estenosis carotídea y tiene buenos resultados iniciales, que requieren ser comparados con la cirugía especialmente en el seguimiento a largo plazo.

ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL TROMBOSADO. CAUSA INFRECUENTE DE CLAUDICACIÓN: REPORTE DE UN CASO

Drs. *R. Rojas N., Al. A. Rojas G.*

(Servicio de Cirugía, Hospital de Puerto Montt. Universidad San Sebastián)

La trombosis de un aneurisma aórtico, es una complicación infrecuente, que debuta generalmen-

te como una oclusión aguda e isquemia de extremidades inferiores, con alta mortalidad. Un menos porcentaje de trombosis se presenta con manifestaciones de isquemia crónica, habitualmente asociado a oclusión de arterias ilíacas. Reportamos un paciente de 65 años, con trombosis de un aneurisma aórtico abdominal infrarrenal, cuyo motivo de consulta fue claudicación intermitente. La tomografía axial computada abdominal y el ecodoppler, demostraron la presencia de un aneurisma aórtico abdominal de 8 cm de diámetro transversal, trombosado completamente, con coágulos que se extendían por debajo de arterias renales hasta la bifurcación aórtica, asociado a calcificación y oclusión de ilíacas y femorales superficiales. La irrigación distal era mantenida, por ramas de arteria mesentérica superior, vasos pelvianos y de la pared abdominal anterolateral, bilateral. Su manejo consistió en un reemplazo aórtico protésico, mediante un puente aortobifemoral, constatándose hallazgos, y presencia de ruptura contenida. Su evolución posterior fue sin complicaciones, mejorando su claudicación. El diagnóstico en ésta situación puede ser confirmado por tomografía axial computada o ecodoppler, pero es aconsejable el uso de la arteriografía, para evaluar la permeabilidad arterial distal y planificar la estrategia de revascularización. Se destaca la alta tendencia a la ruptura en éstos casos, ya sea or trombosis espontánea o inducida quirúrgicamente, por lo que se recomienda el reemplazo aórtico directo, reservándose la revascularización extraanatómica solo en presencia de factores de riesgo severos y arterias renales permeables. La reparación endovascular es una opción en casos seleccionados.

ANGIO-TAC MULTIDETECTOR COMO ÚNICA HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA Y GUÍA DE MANEJO EN PACIENTES CON EMBOLÍA MESENTÉRICA SUPERIOR

Drs. *A. Huete, E. Vega, A. Baeza, L. Meneses, L. Mariné, R. Mertens, A. Kramer, F. Valdés*

(Departamento de Radiología y Cirugía Vascular, Hospital Clínico, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Objetivos: Demostrar que la tomografía axial computada multidetector (angio-TAC) entrega la información necesaria para el diagnóstico y manejo de pacientes con embolia mesentérica aguda: 1) correlacionando los hallazgos tomográficos de embolia arterial con la exploración vascular intraoperatoria y 2) identificando signos radiológicos que permitan diagnosticar necrosis intestinal (necesidad de resección intestinal) versus asas isquémicas via-

bles o normales (eventual manejo endovascular y/o con anticoagulación sistémica).

Material y Método: Desde julio 2001 todos los pacientes con sospecha de isquemia mesentérica fueron sometidos a angio-TAC como técnica diagnóstica inicial. Hasta julio de 2006, 15 pacientes (7 hombres, 8 mujeres, edad media de 78,2 años), recibieron el diagnóstico prospectivo de embolia mesentérica. En sólo uno se corroboró el diagnóstico con angiografía convencional. Retrospectivamente, 1) se confirmó la presencia de oclusión arterial con características de embolia y se correlacionó con embolectomía; 2) se caracterizaron las asas intestinales en normales, isquémicas o necróticas (ausencia de perfusión parietal) con correlación intraoperatoria y/o evolución clínica.

Resultados: 13 de 15 pacientes fueron sometidos a laparotomía, 11 con confirmación de embolia por embolectomía (correlación de 100% con angio-

TAC), 2 sin embolectomía por extensa necrosis intestinal no resecable. Dos pacientes recibieron manejo médico (tratamiento anticoagulante oral) sin mortalidad. La evaluación intestinal al angio-TAC sugirió necrosis en 8 pacientes lo que fue confirmado en 7; 1 paciente demostró isquemia pálida resuelta postembolectomía (embolectomía a 6 horas del inicio de síntomas). Isquemia fue demostrada en cuatro pacientes, sólo uno de los cuales requirió de resección intestinal (cirugía a 48 horas del inicio de síntomas). Ninguno de los tres pacientes con asas normales al estudio tomográfico requirió resección.

Conclusión: El angioTAC multidetector permite un diagnóstico certero de embolia mesentérica superior. La ausencia de impregnación parietal del intestino presenta una alta correlación con necrosis. Los hallazgos tomográficos ayudan al óptimo manejo de estos pacientes.

Seccional: COLOPROCTOLOGÍA

PROCTOCOLECTOMÍA RESTAURADORA LAPAROSCÓPICA

Drs. F. López, E. García, G. Pinedo, P. González, Int. C. Nieme

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

Introducción: La proctocolectomía restauradora mediante reservorio íleo anal (RIA) es una técnica ampliamente aceptada para pacientes con Colitis ulcerosa (CU) y Poliposis adenomatosa familiar (PAF). El abordaje laparoscópico ha demostrado numerosas ventajas con cifras de morbimortalidad menores que el abordaje abierto y resultados funcionales similares.

Objetivo: Evaluar los resultados de pacientes intervenidos con (RIA) en nuestra institución como parte de la segunda etapa del protocolo de cirugía laparoscópica colorrectal.

Pacientes y Método: Estudio prospectivo de 13 pacientes intervenidos con (RIA) en el contexto de un protocolo prospectivo de 306 cirugías colorrectales laparoscópicas. Analizamos características de los pacientes, de la cirugía, complicaciones, evolución post operatoria y seguimiento funcional a mediano plazo.

Resultados: Los 13 pacientes (8 mujeres) fueron intervenidos en el periodo octubre 2003 a Julio 2006, 9 por CU y 4 por PAF. El promedio de edad fue de 34 años (18-56). El primer RIA laparoscópico fue la cirugía número 83 correlativa del protocolo. Fueron 10 Proctocolectomías totales (una convertida) y 3 Proctectomías más RIA. A estas últimas 3 se les había realizado la colectomía total y la ileostomía terminal en un tiempo anterior también por vía laparoscópica. El promedio de tiempo operatorio fue de: 340 minutos (240-410) para las PCT + RIA y de 210 para P + RIA. Las complicaciones laparoscópicas fueron 2, una Atelectasia y un hematoma infectado de la herida suprapúbica. El dolor postoperatorio por EVA en los dos primeros días fue de 5 y 3. La mediana para el reinicio de la alimentación fue de

2 días (1-6) y del alta fue de 6 días. (5-18) Siete pacientes han sido contactados en un promedio de 14 meses (5-34), observándose un promedio evacuaciones de 5 veces por día (3-9), seis de ellos presentan continencia diurna - nocturna y uno incontinencia nocturna ocasional. Dos pacientes han presentado 1 episodio de reservoritis con favorable respuesta al manejo médico.

Conclusión: En esta experiencia inicial el acceso laparoscópico se asocia a una baja morbilidad, manteniendo resultados funcionales comparables a los descritos para el abordaje abierto.

COLECTOMÍA PARCIAL VIDEOLAPAROSCÓPICA VERSUS ABIERTA EN ENFERMEDAD DIVERTICULAR

Drs. R. Zamorano, M. Abedrapo, A. Cuneo, G. Soto, J. Llanos, R. Garrido, C. Jensen, G. Bocic, Al. D. García

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

Introducción: La cirugía mínimamente invasiva ha tenido una creciente aplicación en cirugía colónica, siendo muy importante para su aplicación, el comparar los resultados con los de la cirugía abierta tradicional. Este trabajo muestra la experiencia en colectomías laparoscópicas por enfermedad diverticular en un centro universitario y su análisis comparativo con cirugía abierta.

Material y Método: Analizamos registros de 30 pacientes consecutivos sometidos a colectomía parcial laparoscópica electiva por enfermedad diverticular (Grupo A) y se compararon con igual número de cirugías abiertas (Grupo B) en igual periodo. Las variables estudiadas se analizaron con test de Anova y t-student.

Resultados: Ambos grupos fueron comparables en cuanto a sexo, edad y presencia de patología concomitante (ASA). El tiempo operatorio fue de 174,7 (120-240) en el grupo A y de 142,4 min (75-210) (p=0,04). La estadía hospitalaria fue menor

para el grupo A, con promedio de 5,64 (3-8) contra 8,12 días (4-16) en el grupo B ($p=0,003$). El inicio del tránsito intestinal fue similar en ambos grupos, A: 2,1 (1-4) y B: 2,58 días (2-4) ($p=0,13$), así como también el inicio de la realimentación, A: 2,76 (2-4) y B: 3,37 días (2-6) ($p=0,12$). El uso de opiáceos fue significativamente menor en el grupo A: 1,58 (0-3) vs 2,87 días (2-5) ($p=0,001$). La longitud del segmento colónico resecado fue similar en ambos grupos, A: 19,6 (14-35) y B: 23,8 cm ($p=0,20$). Hubo 3 complicaciones precoces (1 infección de herida operatoria y 2 colecciones intraabdominales) y una tardía (hernia incisional) en el grupo B, mientras que sólo una complicación tardía (hernia umbilical) se presentó en el grupo B.

Conclusión: Este análisis muestra diferencia a favor de la cirugía videolaparoscópica en días de hospitalización y uso de opiáceos. En el mismo grupo, el tiempo operatorio fue significativamente mayor. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la longitud del segmento de colon resecado, el tiempo de restablecimiento del tránsito intestinal ni el tiempo de realimentación oral.

RESULTADOS DE LA SIGMOIDECTOMÍA POR CÁNCER: LAPAROSCOPIA VERSUS LAPAROTOMÍA

Drs. A. Zárate, F. López-Köstner, C. Loureiro, M. Garrido, G. Pinedo, M. Molina, P. Viviani, E.U. E. Pinto

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

Introducción: El abordaje laparoscópico por neoplasias colorrectales es una alternativa al acceso abierto.

Objetivo: Comparar los resultados y complicaciones inmediatas al realizar una sigmoidectomía laparoscópica (SL) versus abierta (SA) en pacientes con cáncer de colon sigmoides.

Hipótesis: El desarrollo protocolizado de la SL, permite obtener resultados quirúrgicos comparables a la SA.

Material y Método: Inclusión de pacientes prospectiva y consecutiva, mediante protocolo de estudio. Análisis comparativo caso-control. Inclusión de pacientes operados mediante SL desde octubre de 2000 hasta marzo de 2006, realizándose pareo según edad, sexo y ASA. Análisis por intención de tratamiento, mediante test t de student, chi cuadrado, Mann-Whitney y exacto de Fischer, consideramos estadísticamente significativo $p<0,05$.

Resultados: Treinta y dos pacientes fueron operados mediante SL, que se compararon con igual número de pacientes operados pro SA. Los grupos (SL vs SA) fueron similares estadísticamente en edad (65,6 vs 67,3 años), sexo (femenino 31,25%), y ASA ($p>0,05$). La mediana del tiempo operatorio fue mayor en SA (220 vs 172 minutos, $p<0,01$). Un 9,3% se convirtió a técnica abierta en SL. El tiempo medio a la expulsión de gases y realimentación con régimen líquido fue menor en SL (2 vs 4 días, $p<0,01$ y 3 vs 5 días, $p<0,01$). La estadía media en UTIM (1 vs 2 días $p<0,01$), así como, la estadía total postquirúrgicas médicas, fueron menores en SL (9,3% vs 37,5%, $p<0,01$), pero las quirúrgicas fueron iguales (6,25% ambos grupos). Los linfonodos resecados y tamaños de piezas operatorias fueron similares (SL vs SA: 22,7 vs 22,1 linfonodos, $p=0,9$ y 21,8% 19,3 cm ($p=0,2$)).

Conclusión: El desarrollo de la cirugía laparoscópica colorrectal a través de una protocolización, permite realizar la SL por cáncer con resultados quirúrgicos similares a la de la SA.

HEMICOLECTOMÍA DERECHA POR CÁNCER: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL ACCESO LAPAROSCÓPICO Y CONVENCIONAL

Drs. E. García, F. López, G. Pinedo, M. Molina, A. Zúñiga. Int. A. Valle

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

Introducción: La cirugía laparoscópica en las enfermedades benignas del colon se asocia a beneficios tales como menor dolor postoperatorio, estadía hospitalaria más abreviada y una reinserción laboral más precoz. En el cáncer de colon se ha cuestionado su seguridad oncológica aún cuando en la actualidad se han publicado algunos trabajos en los cuales no habría diferencias significativas.

Objetivo: Analizar los resultados quirúrgicos inmediatos y la seguridad oncológica en los pacientes con cáncer de colon derecho que fueron sometidos a una hemicolectomía laparoscópica.

Hipótesis: El abordaje laparoscópico no compromete la seguridad oncológica en el cáncer de colon derecho.

Pacientes y Métodos: Estudio comparativo prospectivo de pacientes sometidos a hemicolectomía derecha laparoscópica versus abierta por cáncer colorrectal. El año 1998 se inicia un protocolo para el desarrollo de la cirugía laparoscópica incorporándose a todos los pacientes en una base de

datos especialmente diseñada. El año 2003 se opera el primer paciente por vía laparoscópica y con intención curativa por un cáncer de colon derecho. A partir de ese momento se incorporan todos los pacientes operados en forma electiva por un cáncer de colon derecho; 28 por vía laparoscópica (CL) y 53 por vía abierta (CA). Los grupos fueron similares en promedio de edad (68,8 vs 67,6, $p=0,65$) y comorbilidades ($p=0,69$). Se compararon tiempo operatorio, presencia de complicaciones, reinicio alimentación, días hospitalización y en la pieza operatoria el número de ganglios extraídos y los márgenes libres.

Resultados: No hubo diferencias en el tiempo operatorio para CL y CA 160 min y 161 min respectivamente ($p=0,678$). Morbilidad se observó en 4 pacientes en CL; (14,2%), dos con íleo prolongado, un paciente con emergencia hipertensiva que requirió soporte intensivo y una evisceración que requirió reexploración. En CA 12 pacientes presentaron complicaciones (22%); 7 con íleo prolongado, 2 pacientes con IAM post operatorio, 2 con arritmias y uno con falla renal aguda ($p=0,28$). No hubo mortalidad en la serie. Se observó una diferencia significativa en el reinicio de la alimentación 4 días en CA y 1,8 en CL ($p=0,0001$); en los días de hospitalización 9 en CA y 5 en CL ($P=0,0001$). En el estudio anatomopatológico no hubo diferencia en el promedio de ganglios 26 en CA y 23 en CL ($p=0,48$) como en los márgenes distales 11,3 cm en CA vs 10,6 cm en CL ($p=0,72$) y en los proximales 12,7 cm CA y 11,4 cm CL ($p=0,59$).

Conclusiones: La cirugía laparoscópica en los pacientes con cáncer de colon derecho permite mantener la seguridad oncológica y se asocia a una recuperación más abreviada.

RESULTADOS Y SEGUIMIENTO DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA POR ENFERMEDAD DIVERTICULAR DE COLON

Drs. F. López-Köstner, A. Zárate, G. Pinedo, M. Molina, F. Vergara, J. Pardo
(Departamento de Cirugía Digestiva, Facultad de Medicina, Hospital Clínico, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: La cirugía laparoscópica (CL) se ha ido constituyendo como una alternativa factible y segura en los pacientes con enfermedad diverticular del colon (EDC).

Objetivo: Analizar los resultados, complicaciones y seguimiento de los pacientes operados en forma electiva por vía laparoscópica por EDC.

Hipótesis: La cirugía laparoscópica en pacientes con EDC ofrece patrones de seguridad similares a los observados en cirugía convencional.

Material y Método: Inclusión prospectiva y consecutiva mediante un protocolo quirúrgico de pacientes operados mediante CL por EDC desde enero 1999 hasta julio de 2006. Las indicaciones quirúrgicas fueron las crisis repetidas de diverticulitis aguda, deformación anatómica después de una primera crisis y las diverticulitis complicadas (Hinchey 1-2) que respondieron a tratamiento médico. Las cirugías (sigmoidectomías y hemicolectomías izquierdas) incluyeron el uso de 5 trócares, disección y anastomosis intracorpórea, extracción de piezas operatoria mediante vía suprapúbica.

Resultados: De un total de 306 pacientes sometidos a cirugía laparoscópica de colon, 106 fueron intervenidos electivamente por EDC (35%), edad promedio fue 54 años (i: 32-82) correspondiendo al sexo femenino el 49% de pacientes. El tiempo operatorio promedio fue 213 minutos (i:135-360). Se realizaron 4 conversiones a cirugía abierta (3,7%). Una o más complicaciones en el postoperatorio inmediato se observaron en 9 pacientes (8,4%). El tiempo promedio a la expulsión de gases y la realimentación con régimen líquido fue de 1,7 y 2,4 días respectivamente. La media de estadía postoperatoria fue de 4 días. No hubo mortalidad operatoria. En un seguimiento promedio de 26,3 meses, 1 paciente (0,9%) ha presentado una nueva diverticulitis que respondió bien al tratamiento médico. Tres pacientes (2,8%) han sido reoperados (uno por estenosis de la anastomosis y 2 por hernia incisional). Ningún paciente ha desarrollado un íleo mecánico.

Conclusión: La cirugía laparoscópica no solo es una alternativa segura para el tratamiento electivo de los pacientes con enfermedad diverticular, sino también muestra beneficios evidentes. Se sugiere como la vía de elección para el tratamiento electivo de estos pacientes.

FACTORES DE RIESGO DE DEHISCENCIA DE UNA ANASTOMOSIS COLORRECTAL GRAPADA: ANÁLISIS MULTIVARIADO DE 380 PACIENTES CONSECUTIVOS

Drs. G. Bannura, M.A. Cumsille, A. Barrera, J. Contreras, C. Melo, D. Soto, J.A. Mansilla
(Servicio y Departamento de Cirugía. Hospital Clínico San Borja-Arriarán. Campus Centro, Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública. Universidad de Chile)

Introducción: La dehiscencia (DA) de una anastomosis colorrectal (CRA) se asocia con altos índi-

ces de morbimortalidad, lo que ha motivado la búsqueda de los factores de riesgo de esta complicación. El propósito de este estudio es analizar los factores predictivos de DA en una serie consecutiva de pacientes con una CRA grapada.

Pacientes y Método: Estudio longitudinal prospectivo de 380 pacientes (52% mujeres) con un promedio de edad de 60 años (extremos 16-88). Se utilizó un modelo de regresión logística para estudiar la posible asociación entre la DA y 17 variables.

Resultados: La DA ocurrió en 18 pacientes (4,7%). Hubo un 2% (6/295) de DA en el grupo de las CRA altas y 14% (12/85) en el grupo de CRA bajas ($p=0,0001$). De los 18 pacientes con DA, 10 requieren una reintervención y 8 fueron manejadas en forma conservadora. La mortalidad global de la serie fue 1,3% (5/380), dos de ellas debido a una DA. Al comparar los pacientes sin y con DA, la tasa de reoperaciones fue 3,8% y 56% ($p<0,0001$), la tasa de infección de herida operatoria fue 6,6% y 50% ($p<0,0001$), el tiempo de hospitalización promedio fue 10,7 y 27,9 días ($p<0,0001$) y la mortalidad operatoria fue 0,5% y 11% ($p<0,0001$), respectivamente. En el análisis univariado el género masculino, las anastomosis bajas, la radioterapia preoperatoria, la necesidad de una ileostomía de protección y el tiempo operatorio muestran una asociación estadísticamente significativa con el riesgo de sufrir una DA. En el análisis multivariado el género, la altura de la anastomosis y el antecedente de radioterapia pélvica aparecen como variables independientes asociadas al riesgo de DA.

Conclusión: Las anastomosis a menos de 8 cm del margen anal, la radioterapia preoperatoria y el género masculino son factores de riesgo independientes de DA clínica de una CRA que deben considerarse para efectuar una ostomía de protección.

RESERVORIO ILEAL CON ANASTOMOSIS RESERVORIO ANAL POR COLITIS ULCEROSA: COMPLICACIONES Y RESULTADOS FUNCIONALES A LARGO PLAZO

Drs. A. Zárate, G. Pinedo, F. López, M. Molina, A. Zúñiga, E.U. E. Pinto, Est. P. Viviani
(Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina. Hospital Clínico, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: El reservorio ileal con anastomosis reservorioanal (RIARA) es actualmente el tratamiento quirúrgico de elección en pacientes con colitis ulcerosa (CU).

Objetivo: Analizar los resultados y complicaciones de pacientes sometidos a RIARA por CU.

Hipótesis: El RIARA se acompaña de una buena función intestinal, con baja morbilidad específica.

Material y Método: Se identificaron los pacientes sometidos consecutivamente a RIARA entre los años 1984-2005. Se analizaron variables pre e intraoperatorias, complicaciones postoperatorias a corto plazo. La evaluación de la función intestinal se realizó mediante la escala de Öresland. Análisis estadístico: test de Chi cuadrado, exacto de Fischer, T de student, Mann Whitney. Para el análisis multivariado se usó la regresión logística binaria. Se consideró significativo un valor $p<0,05$.

Resultados: 107 pacientes fueron operados en el período mencionado. Edad x: 34,4 años (i:14-62). 57% mujeres. En todos los pacientes excepto 4, se realizó un reservorio en J. Todos fueron protegidos con una ileostomía. 13 pacientes (12,1%) presentaron complicaciones postoperatorias específicas: 5 (4,6%) colección pelviana, 4 (3,7%) infecciones de herida operatoria, 2 (1,8%) fístula de la anastomosis; hemoperitoneo, necrosis del reservorio en uno de cada uno fueron las complicaciones de mayor impacto clínico, 3 (2,7%) fueron reintervenidos. No hubo mortalidad. Se logró un seguimiento completo en 106 de los 107 pacientes, 4 evolucionaron como enfermedad de Crohn; 4 han perdido su reservorio, 2 han fallecido por otras causas. Uno se encuentra desfuncionalizado con una ileostomía. En 72 pacientes con seguimiento mayor de 36 meses, 91,6% presenta una función intestinal satisfactoria. En el análisis univariado se correlacionaron con peor función intestinal: edad de inicio de la CU, y presencia de reservorio crónica. En el multivariado sólo se demostró la edad de inicio de la CU.

Conclusión: El RIARA se acompaña de una baja morbilidad específica. La función intestinal a largo plazo es satisfactoria en la mayoría de los pacientes, sin relacionarse con la morbilidad operatoria.

REOPERACIONES PRECOCES EN CIRUGÍA COLORRECTAL: ANÁLISIS MULTIVARIADO DE FACTORES DE RIESGO

Drs. G. Bannura, M.A. Cumsille, A. Barrera, J. Contreras, C. Melo, D. Soto, J.A. Mansilla
(Servicio y Departamento de Cirugía. Hospital Clínico San Borja-Arriarán. Campus Centro, Facultad de Medicina. Escuela de Salud Pública. Universidad de Chile)

Propósito: Analizar el impacto clínico y los factores de riesgo de una reintervención precoz (antes

de los 30 días) en pacientes sometidos a una resección con anastomosis por patología colorrectal.

Pacientes y Método: Estudio prospectivo de 610 pacientes (54% mujeres) con un promedio de edad de 58,9 años, el 74% de ellos intervenidos por cáncer y enfermedad diverticular. El impacto clínico se midió por la tasa de infección del sitio operatorio (ISO), el tiempo de hospitalización promedio (THP) y la mortalidad operatoria (MO). A través de un modelo de regresión logística, usando el procedimiento stepwise para la selección de variables, se estudió la asociación entre la reintervención y 17 variables independientes.

Resultados: La tasa global de reoperaciones fue 6,4%, sin diferencias significativas en cuanto a la patología de base ni el tipo de anastomosis. Las principales indicaciones de la reintervención fueron la dehiscencia de anastomosis en 14 pacientes (36%) y la perforación intestinal (no relacionada con la anastomosis) en 7 (18%). La mortalidad global de la serie fue 1% (6/610). En el grupo de los reoperados fallecen 4 pacientes, lo que da una mortalidad asociada con la reoperación de 10% (4/39) versus 2 pacientes en el grupo sin reoperación (2/571=0,3%; $p=0,0001$). El THP y la tasa de ISO fueron significativamente mayores en los pacientes reoperados ($p=0,0001$). En el análisis univariado el género, la patología benigna, el tipo de anastomosis, el tipo de grapadora, la altura de la anastomosis, el tiempo operatorio y la albúmina sérica preoperatoria aparecen asociados con la ocurrencia de una relaparotomía precoz. En el análisis multivariado sólo el género y la albúmina $<3,5$ g/dl se mantienen como factores de riesgo independientes, mientras que el uso de drenaje pelviano aparecen como factores de riesgo de una reoperación precoz luego de cirugía colorrectal. El impacto de una reintervención precoz se expresa en un aumento en 8 veces de la tasa de ISO, triplica el THP y la MO es treinta veces mayor.

EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR LUEGO DE UN PRIMER EPISODIO DE DIVERTICULITIS

Drs. J. Fernández, F. Izquierdo, G. Mordojovich, S. Uribe, R. Migueles. Int. I. Olivares, J. Paulos, C. Legaza, C. Arriagada, R. Ayala

(Servicio de Cirugía Hospital FACH. Universidad de Valparaíso. Interno de Medicina, Facultad de Medicina Universidad Mayor)

Introducción: La enfermedad diverticular es una patología frecuente, que aumenta con la edad. La mayoría de las diverticulitis se manejan en forma conservadora, recomendándose la resolución

quirúrgica para las recidivas, debido al riesgo de una cirugía de urgencia en un nuevo episodio, que presenta mortalidades de un 6-17%. Estas recomendaciones están basadas en series de casos retrospectivas, con escasa evidencia. Trabajos recientes muestran a esta patología con un curso más benigno del que se pensaba. El objetivo de este trabajo es realizar un análisis retrospectivo del curso de la enfermedad diverticular, luego de un primer episodio de diverticulitis en población chilena.

Materiales y Métodos: Serie de casos retrospectiva de pacientes con diagnóstico de diverticulitis aguda confirmada por TAC. Se realizó revisión de las fichas clínicas, documentando ubicación de la diverticulitis, número de episodios, clasificación de Hinchey, intervalo entre episodios, cirugías de urgencia y morbimortalidad derivadas de la enfermedad.

Resultados: Se analizaron 103 pacientes, 57 mujeres (55%) y 46 hombres (45%), con edad promedio de 62 (31-95) años. En un período de observación promedio de 4,5 (1-9) años, un tercio de los pacientes presentó recidiva de su diverticulitis. Un 18% de los pacientes presentó dos episodios y un 14% tres o más. El 90% correspondieron a un Hinchey 1, ubicadas en sigmoides en un 85% de los casos. Un 27% fue sometido a cirugía electiva. Cinco pacientes requirieron cirugía de urgencia (4,8%), correspondiendo en cuatro al primer episodio de diverticulitis. Otras complicaciones de la enfermedad fueron estenosis (3%), fístula colo-vesical (1%) y HDB (1%). No hubo mortalidad por diverticulitis.

Discusión: La presente serie coincide con reportes recientes, en cuanto a una baja tasa de cirugías de urgencia y complicaciones graves de la enfermedad diverticular; correspondiendo estos casos en su mayoría al debut de una enfermedad más agresiva desde su inicio.

ANASTOMOSIS ILEORRECTAL EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA COLITIS ULCEROSA: RESULTADOS A LARGO PLAZO

Drs. F. Bellolio, G. Pinedo, F. López, I. Duarte, A. Zúñiga. Int. J.M. Zúñiga, P. Wagner

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

Introducción: La colectomía total con anastomosis ileorrectal (CT+AIR) es una alternativa quirúrgica para el tratamiento de la colitis ulcerosa (CU) que actualmente se indica en pacientes con diagnóstico incierto de CU, reticentes a aceptar una ileostomía transitoria y que no quieren arriesgar su fertilidad. Son requisitos fundamentales un recto

distensible, ausencia de displasia de la mucosa rectal y compromiso de control endoscópico anual. El objetivo de esta comunicación es describir los resultados quirúrgicos y funcionales de la CT+AIR en pacientes con CU y evaluar el estado actual de la mucosa rectal remanente con estudio endoscópico e histológico.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo de los pacientes operados por CU sometidos a CT+AIR. Se registraron los datos de las fichas clínicas y se realizó una encuesta a los pacientes sobre su calidad de vida y tratamiento actual. Además se les invitó a realizarse una rectoscopia y biopsias múltiples.

Resultados: En el período Enero 1978 - Diciembre 2005, 26 pacientes (14 mujeres, edad promedio 38 años) fueron sometidos a CT+AIR por CU. Tres pacientes (11%) presentaron complicaciones postoperatorias, uno de los cuales (3,8%) presentó una filtración de la anastomosis y necesitó de una ileostomía transitoria. No hubo mortalidad operatoria. Se logró seguimiento entre 1 y 28 años en 23 pacientes. Tres evolucionaron en el largo plazo como una enfermedad de Crohn con compromiso rectal y perineal. Dos de ellos fueron sometidos a una proctectomía con ileostomía terminal. Tres pacientes fallecieron por causas no relacionadas. En los 17 pacientes restantes con CU, el promedio de evacuaciones diarias es de 3,7. Todos continentes. Seis reciben algún tipo de tratamiento tópico en la actualidad y ninguno ha desarrollado un cáncer del recto. Solo dos pacientes cumplen regularmente con su control endoscópico anual. La rectoscopia y biopsia en nueve pacientes operados hace más de 10 años. Demostró una proctitis leve en uno e inactiva en el resto. El estudio histológico informó dos casos de displasia de bajo grado, uno de los cuales presenta actividad inflamatoria.

Conclusión: La AIR, en un grupo de pacientes seleccionado, presenta baja morbilidad y buenos resultados funcionales. Sin embargo, la adherencia al control endoscópico es deficiente.

RESECCIÓN ILEOCECAL POR ENFERMEDAD DE CROHN: RESULTADOS Y SEGUIMIENTO

Drs. A. Zárate, G. Pinedo, F. López, M. Molina, C. Quintana, A. Zúñiga, E.U. E. Pinto, C. Loureiro, S. Baeza

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

Introducción: Los pacientes con enfermedad de Crohn (EC) son susceptibles a múltiples cirugías. La resección ileocecal (RIC) es una de las operaciones más frecuentes en pacientes con EC.

Objetivo: Analizar las indicaciones, resultados y seguimiento de pacientes sometidos a RIC por EC.

Hipótesis: La estenosis en la recidiva de la EC posterior a una RIC es baja.

Material y Método: Inclusión consecutiva de pacientes sometidos a RIC entre los años 1970 y 2006. Se analizaron variables demográficas, indicación operatoria, variables intraoperatorias, complicaciones postoperatorias, seguimiento a corto y largo plazo. Análisis de sobrevida libre de enfermedad y sobrevida según método de Kaplan Meier.

Resultados: Un total de 28 pacientes fueron operados (edad promedio del diagnóstico de EC: 34,8 años (i:14-60), de la RIC: 43,3 años (i: 16-68); mujeres 60,7%. Seis pacientes habían sido operados previamente por EC (3 sobre el perineo y 3 resecciones parciales de intestino, no RIC). La indicación operatoria fue estenosis (21), refractariedad a tratamiento médico (4), fistula (2) y HDB (1). El tiempo promedio de la cirugía fue de 157 minutos (i: 90-360). Nueve pacientes (32,1%) tuvieron una o más complicaciones postoperatorias, 3 de los cuales fueron reintervenidos (fístula, filtración y hemoperitoneo). La mediana de días postcirugía fue de 9 días. No hubo mortalidad operatoria.

En el seguimiento a largo plazo, 3 pacientes desarrollaron íleo mecánico por bridas siendo todos resueltos quirúrgicamente. Dos pacientes desarrollaron abscesos perineales. Dos presentan recidiva de la enfermedad con estenosis de la anastomosis ileocecal, ambos fueron resecados. Cuatro pacientes fueron reintervenidos por EC con tiempo medio desde la RIC de 63 meses. La sobrevida a 5 años fue de 96%, dos pacientes fallecieron (uno por linfoma y otro por causa extradigestiva).

Conclusión: La RIC por EC, se realiza principalmente por estenosis. La estenosis en la recidiva de la enfermedad es baja.

RESECCIÓN ANTERIOR BAJA Y ULTRABAJA CON ILEOSTOMÍA DE DESCARGA

Drs. J. Vergara, P. Balbontín, L. Espíndola, A. Marín, Ints. P. O'Reilly, N. Veas

(Hospital Militar de Santiago, Universidad de los Andes)

Introducción: Existe variedad de alternativas para el manejo del cáncer de recto inferior, siendo una de éstas la resección anterior baja o ultrabaja. Esta cirugía ha demostrado ser segura otorgando resultados tanto de sobrevida como de recidiva local satisfactorios, aportando además una mejoría en la calidad de vida de los pacientes.

Para otorgar una cirugía de mayor seguridad,

se ha agregado ileostomía de protección. Nuestro objetivo es mostrar la experiencia, con este tipo de cirugía, en un período de 5 años, en nuestro centro.

Material y Método: Se realizó estudio retrospectivo de 16 pacientes sometidos a resección anterior baja (11) y ultrabaja (5) por cáncer de recto inferior, entre 2000 y 2005 en el Hospital Militar de Santiago. A todos ellos se les realizó ileostomía en asa de protección. Se estudió la altura del tumor, la cirugía realizada, el porcentaje de complicaciones y su manejo, el uso de quimio y radioterapia, y el porcentaje de recidiva. También se evaluó el tiempo de cierre de la ileostomía y si hubo complicaciones para esto.

Resultados: Edad promedio 62 años, 56% sexo masculino, 44% sexo femenino. En 70% se realizó resección anterior baja y en 30% resección anterior ultrabaja. 5 pacientes (30%) presentaron complicaciones postoperatorias (20% RAUB y 80% RAB), siendo ésta en dos pacientes dehiscencia de anastomosis que requirió exploración quirúrgica (12%), y las otras complicaciones médicas. Hubo mortalidad de un 6%, que equivale a un paciente, con múltiples patologías asociadas. El 81% recibió QM y RT preoperatoria y el 19% postoperatoria, no influyendo esto en la morbimortalidad. El tiempo para el cierre de la ileostomía fue en promedio de 8 meses, y no hubo complicaciones, 2 pacientes (12%) presentaron metástasis hepáticas, ausentes al momento de la cirugía.

Conclusiones: Nuestra experiencia muestra buenos resultados iniciales, recidiva local baja y buena sobrevida, con bajo porcentaje de complicaciones, y sin morbimortalidad para el cierre de la ileostomía. Para los tumores de recto inferior, es la técnica quirúrgica que se debe preferir.

PRONÓSTICO DEL CÁNCER COLORRECTAL ORIGINADO EN UN ADENOMA VELLOSO

Drs. G. Bannura, A. Barrera, J. Contreras, C. Melo, D. Soto, C. Zúñiga

(Servicio y Departamento de Cirugía. Hospital Clínico San Borja-Arriarán. Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Antecedentes: Aunque los tumores vellosos colorrectales tienen un potencial maligno reconocido, el carcinoma originado en una lesión vellosa podría tener un mejor pronóstico comparativo. El objetivo de este estudio es conocer los factores pronósticos de un adenocarcinoma originado en un tumor velloso colorrectal.

Material y Método: Revisión retrospectiva de los adenocarcinoma desarrollado en un adenoma velloso o en un adenoma túbulo-velloso, incluyendo los tumores en categoría 5 (neoplasia invasiva) de la clasificación de Viena.

Resultados: En 30 (8,4%) pacientes de los 354 casos de cáncer colorrectal (CCR) intervenidos en un período de 8 años se pudo reconocer el origen en un tumor velloso. El promedio de edad fue 70 años (extremos 56-91) y el 47% corresponde al sexo masculino. El tamaño promedio de la lesión en la pieza fijada fue 6,7 cm (extremos 2,2-15,5) y en el 40% de los casos la lesión era mayor de 8 cm. La biopsia endoscópica falló en identificar la presencia de un adenocarcinoma en el 80% de los casos (24/30). En 23 pacientes se realizó una cirugía radical por vía abdominal o combinada y en 7 casos la resección fue local por vía endoanal.

Hubo 19 tumores T1, 5 lesiones T2, 4 tumores T3 y 2 lesiones T4. De los tumores mayores de 8 cm (12 casos), 4 correspondían a lesiones T1, 2 eran tumores T2 y 6 lesiones eran T3 o T4 (3 de ellas con linfonodos positivos). La distribución por estadios TNM de esta serie es 60% en estadio I, 27% en estadio II, 6,7% en estadio III y 6,7% en estadio IV. Cuatro pacientes (17%) con tumores avanzados recidivan y fallecen por cáncer.

Conclusiones: El CCR que se origina en un adenoma velloso tiene globalmente considerado un pronóstico favorable dado que la mayoría de las lesiones se diagnostican en estadios menos avanzados de la enfermedad. Aunque el tamaño de la lesión es relevante, la asociación con CCR no es lineal en ambos sentidos. Los factores pronósticos más relevantes en esta serie son la profundidad de invasión del carcinoma y la existencia de linfonodos comprometidos y, en menor grado, el tamaño de la lesión y la presencia de múltiples lesiones vellosas sincrónicas.

RESULTADOS ALEJADOS DE LA RESECCIÓN LOCAL TRANSANAL PARA CARCINOMAS DE RECTO BAJO BIEN SELECCIONADOS

Drs. J. Contreras, G. Bannura, C. Melo, D. Soto, C. Zúñiga

(Departamento de Cirugía Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Servicio de Cirugía, Hospital Clínico San Borja-Arriarán)

Introducción: Las resecciones radicales han sido el tratamiento convencional de los carcinomas de recto; sin embargo, se trata de grandes cirugías que conllevan riesgos de morbilidad y secuelas no

menores. La resección local endoanal puede ser utilizada como técnica con intención curativa en tumores confinados a la pared, pero que además deben cumplir con criterios de selección bien establecidos. El objetivo de este estudio es la evaluación de los resultados alejados de nuestros pacientes tratados con este tipo de cirugía en términos de recidiva, rescate y sobrevida.

Material y Método: Se estudiaron todos los pacientes con carcinoma de recto bajo operados por medio de una resección local transanal (biopsia total) en el período octubre de 1985 - septiembre 2003. Se excluyen los adenomas vellosos malignizados y las resecciones incompletas o con criterio paliativo. Se trata de 21 pacientes en quienes, a través de un seguimiento completo hasta agosto de 2006, se determinan la aparición de recidiva y su relación con el estadio, las conductas adoptadas en los pacientes recidivados y la sobrevida quinquenal.

Resultados: Hubo dos complicaciones postoperatorias menores, sin mortalidad. Los especímenes resecados correspondieron a 4T₁, 13 T₂ y 4 T₃. A terapia coadyuvante accedieron 6 T₂ y 3 T₃. Ningún paciente fue sometido a cirugía radical secuencial. Se registraron cuatro recidivas locales (3 T₂ y 1 T₃), todos ellos sometidos a cirugía de rescate. Dos pacientes sufrieron metástasis alejadas y dos desarrollaron un segundo cáncer primario, 20 pacientes (95,2%) estaban vivos a los 5 años, y 16 están actualmente vivos sin evidencias de enfermedad neoplásica.

Conclusión: La resección local transanal de carcinomas de recto bajo bien seleccionados es una opción válida debido a su baja morbimortalidad, ausencia de secuelas y resultados oncológicos similares a los de pacientes sometidos a cirugía radical.

RESULTADOS DE UN PROTOCOLO DE ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON ADENOCARCINOMA RECTAL

Drs. F. López, E. García, A. Zúñiga, G. Pinedo, M. Molina, F. Bellolio. Ints: C. Longton, A. Walton, I. De Solminihac. E.U. E. Pinto

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

Introducción: En el tratamiento moderno del cáncer de recto (CR) no solo se debe considerar su resecabilidad y morbilidad sino también la tasa de recidiva local y la probabilidad de preservar el esfínter anal. Para esto es fundamental una buena etapificación preoperatoria que permita seleccionar los pacientes para neoadyuvancia. En nuestra ins-

titución, a partir del año 1998 se dio inicio a un registro prospectivo y a un trabajo protocolizado de etapificación preoperatoria a través de la endosonografía rectal (ER), neoadyuvancia en los tumores etapa II y III localizados en los últimos 10 cm del margen anal y restricción de la resecciones abdominoperineales a no ser que exista un compromiso tumoral directo del esfínter anal.

Objetivos: Analizar los resultados de un protocolo de estudio y tratamiento multimodal de los pacientes con CR.

Pacientes y Métodos: Se extrajo la información del registro prospectivo de CR. El seguimiento fue actualizado por entrevista telefónica y certificados de defunción e incluyó a todos los pacientes intervenidos por CR entre enero de 1998 y julio de 2006. En este periodo se operaron 232 pacientes (se excluyen 29 pacientes paliativos; 18 no resecados (resecabilidad 92%) y 11 con enfermedad metastásica hepática y/o pulmonar no resecada). De este modo se incluyen 203 pacientes operados con intención curativa con una edad promedio de 61 años (28-96), 93 mujeres (46%). Análisis estadístico: En el análisis de recidiva local se considera tanto el evento aislado como cuando esta es concomitante con recidiva a distancia. Para las curvas de sobrevida y recidiva local, se utilizó el método de Kaplan-Meier estimándose las tasas a 60 meses.

Resultados: En relación al estudio preoperatorio, el 85% de los pacientes fueron evaluados con ER clasificándose en etapa I: 12% , etapa II: 44% y etapa III: 44%. El 70% de los pacientes en etapa II y III recibieron terapia neoadyuvante. La tasa de resecciones abdominoperineales fue 15% y la morbilidad general de la serie fue 15%. No hubo mortalidad operatoria. El seguimiento promedio fue 40 meses (1-101 meses). La tasa de recidiva local actuarial y la sobrevida libre de enfermedad fue de 8% y 60% respectivamente. Al analizar la recidiva local se observó una mayor tasa en los tumores localizados en el tercio inferior (10% vs. 6%) y en los pacientes con tumores más avanzados etapa I: 0 etapa II: 8% y III: 15%

Conclusión: Un trabajo protocolizado permite una adecuada selección de pacientes a terapia neoadyuvante, una baja tasa de resecciones abdominoperineales y un porcentaje reducido de recidivas locales.

TUMORES DEL APÉNDICE CECAL

Drs. J. Butte, M. García-Huidobro, J. Torres, M. Salinas, I. Duarte, A. Zúñiga, G. Pinedo, O. Llanos (Departamentos de Cirugía Digestiva, División de Cirugía

y Anatomía Patológica. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Fundación Científica y Tecnológica ACHS)

Introducción: Los tumores del apéndice corresponden al 1% de las neoplasias del colon. El pronóstico está dado en la mayoría por el tipo de tumor.

Objetivos: Analizar las características de los enfermos con un tumor apendicular y evaluar qué factores influyen en su sobrevida.

Material y Métodos: Se revisó los registros clínicos de los pacientes operados por un tumor apendicular entre 1981 y 2006 en el Hospital de la P. Universidad Católica de Chile. Se evaluaron las características clínicas, anatomopatológicas (AP) y la sobrevida alejada. Se realizó análisis bivariado mediante prueba de fisher o wilcoxon para muestras independientes, según correspondía. Para el análisis de sobrevida se utilizó el test de LogRank y curvas de Kaplan-Meier. Se considero significativo un $p < 0,05$.

Resultados: Se operaron 67 enfermos, 39 (58,2%) mujeres y 28 (21,8%) hombres con una edad de $45,3 \pm 19,6$ años. En 59 la operación se realizó por sospecha de apendicitis aguda, en 4 por la presencia de un cáncer de colon, en 2 por sospecha de un tumor apendicular, en 1 por un pseudomixoma peritoneal y en otro en forma incidental. En 37 (62,7%) enfermos se confirmó el diagnóstico de apendicitis aguda en el estudio AP. En 36 (53,7%) enfermos se diagnosticó un carcinoma, en 18 (26,8%) un tumor benigno, en 7 (10,4%) un adenocarcinoma, en 5 (7,4%) un adenocarcinoma y en 1 uno (1,49%) un carcinoma y un cistoadenoma mucinoso. Se realizó una hemicolectomía en un segundo tiempo a 9 enfermos: 4 con un carcinoma de 2 o más cm, 3 con un adenocarcinoma, 1 con un adenocarcinoma y otro con un pseudomixoma peritoneal. La sobrevida a 5 años de los tumores benignos y los carcinomas es de 97%, la de los adenocarcinomas de 75% y la de los adenocarcinomas de 62% ($p < 0,05$). La de los pacientes con tumores bien diferenciados de 100% y no se observó sobrevida en los enfermos con tumores moderado o mal diferenciados ($p < 0,05$). La sobrevida de los enfermos con metástasis ganglionares fue de 25% y la de los sin metástasis de 95% ($p < 0,05$). No se observó diferencias en la sobrevida según el tamaño tumoral.

Conclusiones: A pesar de que la mayoría de los enfermos con un tumor apendicular son apendicectomizados por sospecha de apendicitis aguda, sólo en un 62,7% de ellos, ésta se confirma. En la mayoría el diagnóstico de tumor es incidental. En la

sobrevida influyen fundamentalmente el tipo de tumor, el grado de diferenciación tumoral y la presencia de metástasis ganglionares. La hemicolectomía derecha fue útil en la mayoría de los enfermos, sin embargo, no se puede determinar su real influencia en el pronóstico final de este grupo de enfermos.

PRESENTACIÓN SINCRÓNICA DE CÁNCER COLORRECTAL Y TUMOR RENAL. REPORTE DE 6 CASOS

Drs. C. Jensen, R. Riffo, N. Martínez, A. Valenzuela (Departamento de Cirugía y Servicio de Urología. Hospital Clínico, Universidad de Chile)

Introducción: La presencia simultánea de dos cánceres primarios en el organismo es un evento de baja frecuencia. La presentación simultánea de cáncer colorrectal y renal es un ejemplo de esta situación, con cifras que muestran una prevalencia variable entre 0,33-0,5%. La existencia de tumores renales en cáncer colorrectal, ha sido descrita como un hallazgo imagenológico en el estudio preoperatorio de un paciente con cáncer colorrectal.

Objetivos: Determinar la prevalencia de presentación simultánea de cáncer colorrectal y tumor renal, y la conducta a seguir en estos pacientes.

Material y Método: Se registró el total de pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal y tumor renal en el Hospital Clínico, Universidad de Chile (HCUCH) durante el período comprendido entre el 1 de enero de 1991 al 1 de julio de 2006. Se incluyó en el estudio sólo aquellos pacientes que presentaban ambos tumores simultáneamente.

Resultados: Los pacientes con diagnóstico de tumor renal corresponden a 317 casos, siendo el 63,1% ($n=200$) pacientes de sexo masculino y el 36,9% ($n=117$) femenino. A su vez, 693 casos se presentaron durante el mismo período, con diagnóstico de CCR, correspondiendo el 37,1% ($n=257$) a pacientes de sexo masculino y el 62,9% ($n=436$) femenino. La presencia simultánea de CCR y tumor renal fue encontrada en 6 casos. Esto representa una prevalencia de 0,86% de presentación simultánea de tumor renal en CCR y a su vez de 1,9% de presentación simultánea de CCR en pacientes con tumor renal. La edad promedio fue de 70,8 años (rango: 80 a 64). En 5 casos los pacientes estudiados presentaron el diagnóstico inicial de cáncer colorrectal encontrándose el diagnóstico de tumor renal en el estudio operatorio del paciente, el caso restante presentó la situación inversa. La conducta terapéutica fue determinada por la etapificación de ambas neoplasias.

sias, siendo la extirpación del tumor colorrectal con reconstitución del tránsito y la nefrectomía simultánea, la operación realizada en cinco de los seis pacientes. En el enfermo restante la neoplasia colónica correspondía a una etapa IV por la presencia de metástasis peritoneales múltiples y en él sólo se hizo cirugía paliativa del tumor del colon.

Conclusión: La existencia de cáncer colorrectal y tumor renal es una asociación rara. En este estudio se muestra una prevalencia de 0,86% de asociación de tumor renal en pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal. La mayor parte de la población estudiada corresponde a pacientes de sexo masculino. La edad de presentación es por sobre los 70 años en promedio. El tratamiento realizado fue la extirpación simultánea de ambos tumores, dependiendo de la etapificación.

EXPERIENCIA INICIAL EN EL USO DE PRÓTESIS ENDOSCÓPICAS AUTOEXPANSIBLES EN LA OBSTRUCCIÓN DE COLON

Drs. G. Soto, Z. Berger, G. Bocic, M. Abedrapo, A. Cuneo, J. Llanos, A. Valenzuela, R. Garrido
(Unidad de Coloproctología. Departamento de Cirugía, Hospital Clínico, Universidad de Chile)

Introducción: Las prótesis endoscópicas autoexpansibles (PEA) constituyen una alternativa poco invasiva frente a la obstrucción colónica.

Objetivo: Revisar nuestra experiencia en la colocación de estas prótesis.

Material y Método: Estudio retrospectivo y descriptivo de todos los intentos de colocación de PEA en pacientes con obstrucción de colon entre 2004 y 2006. Todas las prótesis se colocaron endoscópicamente y bajo control radioscópico. Se realizaron 9 intentos de colocación, en pacientes con edad promedio de 73 años (57-85), 56% de ellos mujeres. El seguimiento promedio fue de 113 días (11-390).

Resultados: Seis de los intentos se realizaron en pacientes con obstrucción aguda y 3 en pacientes electivos (2 con metástasis múltiples, y uno de alto riesgo quirúrgico). La obstrucción estaba en el sigmoides en 5 casos, en el descendente en 3, y en el transverso en 1. En 5 casos la etiología correspondió a adenocarcinoma, y en 4 a enfermedad diverticular. La duración promedio del procedimiento fue 63 minutos (25-105). No hubo complicaciones durante el procedimiento. La tasa de colocación exitosa global fue de 69% (67% en urgencia, 100% en electivo). Las causas de fracasos correspondió en 1 caso a no alcanzar la obstrucción, y en otro a

no lograr pasar la guía a través de la obstrucción. Todos los pacientes de urgencia presentaron deposiciones el mismo día del procedimiento. En el seguimiento no hubo casos de reobstrucción, perforación o migración de la prótesis. De los 4 casos de urgencia exitosos, 2 se operaron electivamente con evaluación del colon proximal, estudio de diseminación completo, preparación de colon y anastomosis primaria; uno no se operó por enfermedad metastásica extensa, y otro por fallecer de una pancreatitis aguda grave.

Conclusión: Las PEA, en esta pequeña serie, son una alternativa poco invasiva, factible, útil y segura en la mayoría de los casos de obstrucción colónica.

ROL DE UN REGISTRO DE TUMORES HEREDITARIOS EN FAMILIARES ASINTOMÁTICOS DE PACIENTES CON POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR

Drs. E. García, F. Bellolio, F. López. E.U. E. Pinto
(Departamento de Cirugía Digestiva. Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: La Poliposis adenomatosa familiar (PAF) es un síndrome autonómico dominante con una penetrancia del 100%. La identificación de la mutación y las recomendaciones secundarias pueden modificar el curso de la enfermedad, por ello se han constituido a nivel mundial múltiples unidades de registros de tumores hereditarios cuyo objetivo es identificar a familiares en riesgo, estudiarlos, educarlos y guiarlos en estrategias preventivas. En Chile disponemos de un Registro de tumores con la capacidad de estudiar las mutaciones genéticas a partir de muestras de sangre.

Objetivo: Evaluar la adherencia al estudio y seguimiento de familiares asintomáticos en riesgo de PAF cuando se pesquisa una mutación en el caso índice

Hipótesis: La identificación de mutaciones en individuos de familias PAF logra conductas de seguimiento y prevención del cáncer asociado.

Pacientes y Métodos: Identificamos la mutación en el gen APC mediante técnicas de SSCP y secuenciación génica en 16 individuos con PAF clínica provenientes de 16 familias. Tras la elaboración de sus genealogías identificamos a 147 familiares asintomáticos en riesgo (FAR). Fue posible estudiar las mutaciones a 52 FAR (35%) resultando negativo el estudio en 36 (no más controles ni estudios endoscópicos) y positivo en 16 personas. A

los 16 positivos y a los 95 restantes en quienes no fue posible realizar el estudio de mutación, se les aconsejó un estudio endoscópico y control clínico. Evaluamos la adhesión a las recomendaciones a través de una encuesta telefónica con un seguimiento de un año promedio.

Resultados: De los FAR con estudio genético y mutación demostrada (16 pacientes) se habían realizado un control clínico y el estudio endoscópico en 13 pacientes (81%). De los pacientes FAR sin estudio de la mutación un 70% se había realizado una colonoscopia. A un paciente del grupo se le pesquisarón pólipos colónicos no siguiendo control médico posterior. No se encontró ningún otro paciente con pólipos colónicos.

Conclusiones: La identificación de la mutación en individuos de familias con PAF genera una actitud positiva y proactiva en el seguimiento de planes de prevención. Se confirma la importancia de las unidades de registros y de estudio de tumores hereditarios.

ANÁLISIS COSTO BENEFICIO DEL ESTUDIO GENÉTICO DE FAMILIARES DE PACIENTES CON POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR

Drs. E. García, F. Bellolio, K. Álvarez, F. López
(Departamento de Cirugía Digestiva. Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: El estudio de la mutación en el gen APC de familias PAF ha permitido reconocer al individuo en riesgo, y así lograr dirigir un diagnóstico y tratamiento precoz. Cuando el estudio genético resulta negativo permite con una seguridad cercana al 100% de no tener la enfermedad siendo innecesario estudio y seguimiento alguno. En contraparte, aquellos en riesgo sin posibilidad de estudio mutacional deben adherirse a programas preventivos de seguimiento endoscópico y clínico frecuentes según recomendaciones internacionales.

Objetivo: Analizar el costo beneficio de la identificación de la mutación en individuos de riesgo de PAF versus el seguimiento clínico endoscópico recomendado.

Hipótesis: La identificación de la mutación en pacientes de riesgo permite un ahorro importante en los costos del seguimiento clínico y endoscópico.

Pacientes y Métodos: Ingresaron al estudio 11 pacientes índice provenientes de 11 familias, con 56 integrantes sanos en riesgo de padecer la enfermedad. Realizamos una simulación compa-

rando sus dos vías posibles de seguimiento: A) Identificación de la mutación calculando sus costos. B) Seguimiento clínico endoscópico para familiares de riesgo (Rectosigmoidoscopia anual desde 11 hasta 24 años, cada 2 años desde 25 a 34 años y cada 3 años entre 35 y 50 años. Endoscopia digestiva alta cada 3 años desde los 30 hasta 50 años).

Resultados: En el grupo A el costo estimado de la identificación de la mutación del individuo índice es de 40 UF y luego en sus familiares de 3 UF c/u, total estimado 580 UF. En el grupo B para 56 individuos se requerirán 561 rectosigmoidoscopias y 348 EDA con un costo total de 2130 UF.

Conclusiones: Este estudio demuestra la costo efectividad de someter a un estudio genético mutacional a familias con Poliposis adenomatosa familiar.

TRATAMIENTO DEL ENTEROCELE CON MALLA PELVIANA VALIDACIÓN DE UNA NOVEDOSA TÉCNICA

Drs. G. Pinedo, E. García, M. Molina, J. Suárez, F. Germain. Int. A. Baeza

(Departamento de Cirugía Digestiva. Pontificia Universidad Católica de Chile. Hospital Naval Valparaíso)

Introducción: El enterocele o hernia perineal descendente es la protrusión de asas peritoneales dentro de la cavidad pelviana en el espacio rectovaginal, ocasionando síntomas como: sensación de presión perineal, urgencia evacuatoria y defecación obstructiva. Para su tratamiento se han descrito diversas técnicas con resultados disímiles en el control de los síntomas asociados.

Objetivo: Evaluar la mejoría de los síntomas obstructivos y disconfort pelviano en pacientes operados por vía abdominal, con cierre del espacio pelviano con material protésico infraperitoneal.

Hipótesis: El abordaje abdominal es una técnica quirúrgica con buenos resultados clínicos en el alivio de los síntomas obstructivos de salida.

Pacientes y Métodos: Se intervienen 6 pacientes con diagnóstico clínico de obstrucción al tracto de salida con defecografía que confirmó enterocele (4 sigmoidoceles y 2 intestino delgado), en el período Marzo 2002 y julio 2006. La edad promedio fue de 62 años. A 4 pacientes se les realizó el procedimiento puro y a 2 pacientes una sigmoidectomía asociada. No hubo complicaciones quirúrgicas en la serie. Calificamos como objetivos de la cirugía la mejoría en la constipación, disminución de la sensación de pujo y de bulto perineal, a

cada uno le asignamos un punto. Considerando un éxito con 2 o más puntos.

Resultados: Todos los pacientes presentaron defecación obstructiva (pujo rectal), sensación de bulto perineal, constipación pertinaz y meteorismo abdominal permanente como síntomas preoperatorios. Tras ser intervenidos exitosos se consideraron 4 pacientes (2 o más puntos). Una paciente solo mejoro su defecación obstructiva y otra paciente no refirió mejoría alguna persistiendo con síntomas similares al preoperatorio sin agravamiento de estos.

Conclusiones: El procedimiento de cierre espacio pelviano con malla es una buena y novedosa alternativa en el tratamiento de la obstrucción del tracto de salida por enterocele. Creemos que los mejores resultados se lograran al asociar una sigmoidectomía. Es necesario realizar estudios con mayor casuística y multicéntricos para validar esta técnica.

RESECCIÓN DEL RECTO TRANSANAL A TRAVÉS DE LA GRAPADORA DOBLE, UNA OPCIÓN TÉCNICA PARA EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO RECTAL

Drs. C. Bargiggia, S. Zonta

(Unidad de Coloproctología, Hospital San Matteo, Pavia, Italia)

A unic surgical technic cannot be proper for every rectal prolapse. In the last years we evaluated cases of patients affected by this pathology trying to choose the most appropriate surgical treatment. The first need is the classification of the prolapse. The appropriate surgical treatment is chosen in the operatory room. Upcoming staplers PPH01 and 03 have given to the surgeons the opportunity to extend the indications of perineal technics reducing the abdominal one. The choice of the surgical treatment seems to be more difficult when the prolaps consists between 2/3 and 7/8 cm. Such dimensions are more responsible of constipation rather than incontinence; the prolapse isn't cronicly invalidating and its reducing is easy. A major ablation could seem overdimensioned as well as the eventual complications. On experience coming from Longo's transanal treatment of the well as the eventual complications. On experience coming from Longo's transanal tratment of the prolapses, Starr and Altermaier's rectosigmoid resection with stapled recanalization, we considered an intermediate option for the treatment of the cases included in the mentioned range. In the last twelve

months we submitted to calibrate resection of the rectum through transanal sequential double stapler application, 6 patients with total rectal prolapse. In all cases the centimetric addition of the tracts of rectal wall removed was equal or very next to the finded prolapse. The postoperative course been optimal. The follow up has been satisfactory without recurrency and with a good improvement in the evacuation. In spite of the few cases and the shortnes of the follow up we believe that the potential of this technic is real. Satisfactory parameters are given by the absence of pain, relapse, complications, shortness of hospitalization and good ratio cost/result.

NUESTRA EXPERIENCIA A TRES Y CINCO AÑOS EN HEMORROIDECTOMÍA TRANSANAL DE LONGO Y STARR

Drs. C. Bargiggia

(Unidad de Coloproctología, Hospital San Mateo, Pavia, Italia)

Introduction: Before the year 2000, in our coloproctological unit, hemorrhoid disease we treated surgically with Lagenbeck's and Milligan Morgan's operations. After 2001 we adopted Longo's hemorrhoidopexy for selected patients. According with the positive outcome we enlarged the indications and later, in 2003 we employed the technique Starr for the treatment of the obstructed defecation syndrom.

Material and Method: We performed a carefull reexamination of our cases for both the two surgical techniques analysing the results especially about postoperative pain, bowel function, life recovery, and cost for the national health system.

Result: Between 1/06/01 and 15/05/06 we operated with Longo's hemorrhoidopexy 123 patients, 68 men, 55 wimen; between 1/01/03 and 15/05/03, 40 wimen who presented an obstructed defecation syndrom underwent Starr operation. For six of these patients we performed our operation together with gynaecologists because they presented a complex pelvy-perineal syndrom. The outcome has been according with a high percentage of positive results with full satisfaction for the patients. Minor complications have very few; the most important drawback has been represented by urinary catheterysm almost mainly after spynal anaesthesia. Twelve wimen submitted to Starr operation referred urgency wich on for a period of 2^a-15^a weeks. Major complications have been rare, essentially haemorrhagic. A

small number of women presented after Starr operation pain or functional disorders. The hospital stay for all the patients has been included between 1 and 6 days.

Conclusion: We consider ourselves absolutely satisfied for the outcome of our experience. Both the two adopted techniques gave satisfactory objective surgical results and their performing have been appreciated by the patients.

SON ÚTILES LOS ESTRÓGENOS TÓPICOS EN LA INCONTINENCIA FECAL? ESTUDIO DOBLE CIEGO RANDOMIZADO

Drs. G. Pinedo, E. García, F. León, F. Bellolio, M. Molina, F. López. *Int. E. Vega*
(Departamento de Cirugía Digestiva. Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: Estudios anatomopatológicos han demostrado la presencia de receptores estrogénicos en el aparato esfinteriano que hacen presumir un rol en el trofismo muscular de los estrógenos circulantes. Esto explicaría el aumento de la incidencia de la incontinencia fecal en mujeres postmenopáusicas.

Objetivo: Evaluar el efecto del estrógeno tópico en la continencia esfinteriana en mujeres postmenopáusicas.

Hipótesis: La aplicación de estrógenos tópicos perianales a mujeres con IF post menopáusicas logra una mejoría en la continencia.

Pacientes y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo doble ciego randomizado a mujeres postmenopáusicas con IF. Evaluamos 30 pacientes en el período junio 2005 a julio 2006. Todas con estudio manométrico y endosonográfico. Criterios inclusión: Mujer posmenopáusica sin terapia de restitución hormonal, Score Wexner > a 5, sin indicación quirúrgica. Criterios de exclusión: Lesiones perianales, antecedentes de cáncer cérvico uterino, mama y endometrio e incumplimiento del protocolo completo. La edad promedio fue 67 años (48-84) con historia de IF de 21 meses (2-120). Randomizados, Grupo I: estradiol tópico y Grupo II: placebo. Se utilizó ungüento tópico perianal tres veces al día por 6 semanas. Se comparó score Wexner pre y post tratamiento. Una paciente se excluyó por incumplimiento del tratamiento.

Resultados: 14 pacientes con estrógenos y 15 con placebo, score Wexner grupo I PRE: 11,2 y POST: 7.4 ($p < 0.011$), score Wexner grupo II PRE 11,1 y POST 8.2 ($p < 0,009$). Al comparar el grupo I

(estrógenos) vs Grupo II (placebo) $p = 0.076$, no hay diferencia significativa.

Conclusiones: Existe una clara mejoría de la continencia para los dos grupos; no obstante, no encontramos diferencia significativa en la mejoría de la incontinencia entre el tratamiento con estrógenos vs placebo. Son necesarios elaborar nuevos protocolos para evaluar la utilidad de los estrógenos tópicos en la IF en mujeres posmenopáusicas.

TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA FISURA ANAL CRÓNICA CON UNGÜENTO DE NITROGLICERINA AL 0,2%

Drs. C. Benavides, M. Ocares, R. Campos, J. Arcuch, C. Culaciatti
(Servicio de Cirugía. Hospital Clínico Regional de Concepción Dr. Guillermo Grant Benavente)

Introducción: La Fisura Anal (FA) es una lesión anal benigna, donde participa una isquemia relativa del canal anal, asociado a una hipertonicidad esfinteriana. La esfinterotomía lateral interna es el tratamiento de elección, con índices de hasta el 97% de curación. Sin embargo la incontinencia fecal menor es la complicación más común. El uso de ungüento de nitroglicerina al 0,2% es una alternativa terapéutica conservadora que evita secuelas permanentes en los pacientes con índices de curación que van desde el 45% al 80%. El objetivo de este estudio es evaluar la utilización de crema de nitroglicerina al 0,2% en el tratamiento de la FA en los pacientes atendidos en el Policlínico de Coloproctología del Hospital Clínico Regional de Concepción.

Material y Método: Se realiza una revisión retrospectiva descriptiva de 49 casos de FA atendidos entre Abril del 2003 hasta diciembre del 2004 que fueron tratados en forma conservadora con dieta, laxantes y ungüento de nitroglicerina al 0,2%, por un período de 4 a 12 semanas. Considerando éxito a una remisión de los síntomas y de la fisura tras un período máximo de 12 semanas de tratamiento.

Resultados: Distribución por sexo: 59,1% son mujeres y 40,90% son hombres. Con una edad promedio de 47 años. Los motivos de consulta en orden de frecuencia fueron, el dolor anal con 28 casos (57,1%), rectorragia 10 casos (20,4%), estreñimiento 8 casos (16,3%) y sensación de masa 3 casos (6,2%). La duración promedio del tratamiento fue de 11 semanas. El número de casos considerados como exitosos fue de 28 (57%). El número de

fracasos fue de 21 (43%), cifra que resulta similar a los resultados de otras revisiones.

Conclusiones: De los resultados del trabajo se concluye que el manejo con nitroglicerina al 0,2% es una alternativa en el tratamiento no quirúrgico de la Fisura Anal Crónica.

TÉCNICA DE KARYDAKIS PARA EL QUISTE PILONIDAL: EXPERIENCIA INICIAL

Drs. E. Melkonian, P. Opazo, M. Rodríguez, D. Contreras, I. Robles, M. Bravo

(Servicio de Cirugía Hospital del Salvador, Departamento de Cirugía Oriente, Universidad de Chile, Clínica Alemana de Santiago)

Introducción: El quiste pilonidal es frecuente en población joven. Su origen más aceptado actualmente es por inclusión pilosa en el surco interglúteo. Las técnicas abiertas requieren un largo tiempo de cicatrización, mientras que el cierre primario en línea media se asociaría a mayor falla precoz y tardía. Karydakis describió una técnica simple que aplanar el surco interglúteo y deja la cicatriz lateralizada.

Objetivo: Presentar nuestra experiencia con la técnica de Karydakis analizando evolución postoperatoria, falla especialmente precoz y comparar los resultados con nuestra serie retrospectiva de cierre primario.

Material y Método: Se analizan los protocolos prospectivos de pacientes intervenidos

de quiste pilonidal con técnica Karydakis desde Junio de 2005 hasta Julio de 2006 y se analizan las fichas de pacientes con cierre primario desde Julio de 2001 a Junio de 2005. Análisis estadístico: t de student y test de Fischer.

Resultados: Se analizan 24 pacientes con técnica Karydakis y 29 con cierre primario. Edades promedio: 21,2 y 26 años respectivamente. La distribución por sexo fue similar con ligero predominio de hombres. Eran quistes recidivados 20,8% en el grupo de Karydakis y 6,9% en el otro. Hubo 2 complicaciones precoces (8,3%) en el grupo de Karydakis (una secreción persistente y un empastamiento de un borde de herida operatoria) versus 4(13,8%) (RR: 1,66). Hay 2 recidivas a 2 años del cierre primario y ninguna en seguimiento de 6 meses para Karydakis. La hospitalización fue 2,54 días en Karydakis versus 2,82 y el retiro de redón de 3,61 y 6,26 días respectivamente (p=0,026).

Discusión: La técnica de Karydakis aparece como promisorio solución para el quiste pilonidal.

Es simple, y esta serie inicial presenta una recuperación postoperatoria favorable con cicatrización rápida, y mínima falla precoz. Aunque el período de seguimiento es aún corto no se ha reportado recidiva, debiéndose esperar controles más alejados.

TRATAMIENTO EN UN TIEMPO DEL QUISTE SACROCOCCÍGEO ABSCEDADO USANDO COLGAJO DE DUFFOURMENTEL

Drs. P. Stevens, R. Candía, J. Arcuch, R. Campos, Enf. L. Morales

(Servicio de Cirugía. Departamento de Cirugía Plástica. Hospital Las Higueras de Talcahuano. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción)

Introducción: El tratamiento del quiste sacrococcígeo (QSC) es controversial. El manejo del QSC abscedado habitualmente implica drenaje, desbridamiento, antibióticos y tratamiento definitivo en un segundo tiempo. Nos planteamos evaluar en forma prospectiva el tratamiento definitivo en etapa aguda mediante colgajo de Duffourmentel y evaluar morbilidad y recidiva.

Material y Método: Estudio prospectivo longitudinal aplicado por el autor a 17 pacientes, ingresados con diagnóstico de QSC abscedado en la Unidad de Emergencia del Hospital Las Higueras entre los años 2003 a 2006. El protocolo incluyó incisión, aspiración del pus y desbridamiento, rellenando cavidad del absceso con gasa povidonada y cobertura con apósito autoadhesivo transparente. Se realiza resección en bloque sobre tejido sano, curetaje hasta aponeurosis sacra y cierre con colgajo de Duffourmentel. En todos los casos se dejó drenaje aspirativo cerrado, alta a las 24 horas y antibióticos por una semana. Se retira drenaje al décimo día. Todas las piezas fueron a anatomía patológica.

Resultados: La edad promedio fue de 21.2 años, 64 % mujeres. El 68.9 % corresponde a primer episodio, 18 % a primera recidiva y otro 18 % a más de dos episodios agudos previos. No hubo complicaciones de la herida operatoria. El 100 % de las biopsias informaron quiste pilonidal abscedado, con márgenes libres de lesión. Los pacientes han mantenido al menos tres controles. Recidivaron dos pacientes (12 %) correspondiendo al grupo con antecedentes de dos o más episodios de abscedación anterior; uno de ellos fue reintervenido, reseccionando en bloque la lesión y cubriéndolo con una movilización del colgajo anterior. No presenta recidiva al año de control, el otro paciente no se ha controlado.

Conclusiones: En esta experiencia, el tratamiento del QSC abscedado con colgajo de Duffourmentel mostró baja morbilidad y recidiva similar al tratamiento convencional, con la ventaja del resolver el cuadro agudo en un tiempo quirúrgico.

ALTERACIONES HISTOLÓGICAS RELACIONADAS CON LA PREPARACIÓN MECÁNICA ANTERÓGRADA DE COLON. RESULTADOS DE UNA SERIE PROSPECTIVA Y ALEATORIA

Drs. A. Barrera, P. Peñaloza, G. Bannura, C. Zúñiga, J. Mansilla, H. Cid, M. Cumsille
(Servicio y Departamento de Cirugía y Anatomía Patológica, Hospital Clínico San Borja-Arriarán, Campus Centro, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Introducción: La preparación mecánica anterógrada de colon en cirugía electiva es una práctica común utilizada en distintas operaciones sobre el segmento distal del tubo digestivo. La limpieza intestinal ha demostrado tener alteraciones fisiológicas significativas y algunos autores han relacionado su uso con una mayor incidencia de complicaciones sépticas aunque sin demostrar un sustrato anatómico o histológico que avale estas afirmaciones.

Objetivo: Demostrar la aparición de alteraciones histológicas asociadas al uso de preparación mecánica anterógrada en cirugía colorrectal electiva.

Material y Método: Durante un período de 10 meses se incluyeron en este estudio todos los pacientes sometidos a cirugía electiva de colon. Se excluyeron los pacientes que recibieron radioterapia preoperatoria y quienes recibieron preparación mecánica la semana previa a la cirugía. Los pacientes fueron randomizados en dos grupos: con y sin preparación de colon. Un patólogo evaluó las alteraciones histológicas en mucosa sana sin conocer a que grupo pertenece cada paciente. Los datos fueron analizados con el programa Stata 9.0.

Resultados: Participaron 34 pacientes en este estudio, de los que se excluyeron 2 por no haber sido resecaados, uno en cada grupo. El estudio de la pérdida de moco superficial de células superficiales, de células caliciformes, la infiltración por polimorfonucleares o por linfocitos, el edema de la lámina propia, la congestión submucosa y la aparición de lesiones preulcerosas no se encontraron con mayor frecuencia en los pacientes que recibieron preparación mecánica anterógrada ($p > 0,05$).

Conclusión: En esta serie prospectiva y aleatoria no se encontraron alteraciones histológicas atribuibles al uso de la preparación anterógrada.

FASCITIS NECROTIZANTE Y GANGRENA DE FOURNIER EN PACIENTES OPERADOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE ANTOFAGASTA, AÑOS 2000 A 2004

Drs. R. Valenzuela, Int. R. Vera, Als. B. Díaz, V. Tapia, A. Galleguillos
(Hospital Clínico Regional de Antofagasta, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Antofagasta)

Introducción: La fascitis necrotizante es un proceso infeccioso rápidamente progresivo que compromete la fascia, tejido subcutáneo y piel.

Es una patología poco frecuente, sin embargo, su importancia radica en la elevada mortalidad que alcanza hasta 67% según lo descrito en algunas series.

Por sus características clínicas y elevas mortalidad necesariamente requiere de manejo precoz, agresivo y multidisciplinario.

Material y Método: En este estudio se realizó una revisión descriptiva retrospectiva de los pacientes con diagnóstico de fascitis necrotizante y/o gangrena de Fournier hospitalizados en la Unidad de Tratamiento Intensivo Quirúrgico y en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Clínico Regional de Antofagasta "Dr. Leonardo Guzmán" (enero 2000 - diciembre 2004).

Resultados: En la revisión efectuada se incluyeron 21 pacientes, 42,9% fueron varones y 57,1% mujeres, la edad promedio fue de $53,5 \pm 13,7$ años. En relación a la patología concomitante, 14 (66,7%) pacientes presentaron diabetes mellitus y diversos estados de inmunodepresión asociados. Respecto al foco séptico, éste correspondió principalmente a origen anorrectal y cutáneo con 8 pacientes (38,1%) cada uno. En relación al manejo, se requirió aseo quirúrgico en el 100% de los pacientes con un promedio de 3,9 aseos por paciente y sin encontrarse diferencias en relación a morbimortalidad entre aquellos que fueron manejados por un solo o por varios cirujanos.

Conclusión: Destaca la alta tasa de morbilidad encontrada (95,2%) donde las principales correspondieron a anemia e hipotensión y destaca además la ausencia de manejo antibiótico específico en 38,1% de los pacientes. En esta serie la mortalidad encontrada fue de 42,85% (9) pacientes, más elevada de lo reportado en otras series nacionales.

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DEL CÁNCER COLORRECTAL: EXPERIENCIA INICIAL EN EL HOSPITAL FACH

Drs. R. Migueles, S. Uribe, G. Mordojovich, F. Izquierdo, J. Fernández, Int. F. Melibosky, C. Legassa, C. Arriagada, J. Paulos, I. Olivares.

(Servicio de Cirugía. Hospital FACH. Becado de Cirugía Universidad de Valparaíso. Interno Facultad de Medicina Universidad Mayor)

Introducción: La cirugía laparoscópica de colon ha logrado aceptación en patologías benignas; demostrando ventajas como mejor resultado cosmético, disminución de la respuesta inflamatoria, uso de analgesia y estadía hospitalaria. Sin embargo, aún existe renuencia para su aplicación en cáncer colorrectal (CCR); y solo recientemente trabajos multicéntricos han demostrado eficacia y pronóstico oncológico comparables con cirugía abierta. El objetivo del trabajo es mostrar resultados quirúrgicos a corto plazo del tratamiento del CCR por vía laparoscópica en el Hospital FACH.

Material y Método: De 58 pacientes sometidos a cirugía colorrectal laparoscópica en nuestro hospital, se describe una serie prospectiva de 15 pacientes con diagnóstico de CCR. Las cirugías fueron

realizadas con técnica de 4 trócares, óptica de 30° y disección con pinza bipolar Ligasure Atlas®. La extracción de la pieza se realizó por el puerto umbilical ampliado y protegido con manga plástica Pelosi®, a excepción de la operación de Miles. Se registraron tiempo operatorio, tasa de conversión, morbimortalidad precoz, linfonodos extraídos, márgenes, TNM, dolor postoperatorio, y días de hospitalización.

Resultados: Fueron operados 8 mujeres (53%) y 7 hombres (47%), con un promedio de edad de 72 años (53-87). Se realizaron 7 hemicolectomías derechas (157 ± 46 min), 5 sigmoidectomías (127 ± 75 min), 2 operaciones de Miles (182 y 195 min) y 1 resección anterior baja de recto (220 min). Se registró una conversión (6,7%). Se obtuvo un promedio de 18 linfonodos por pieza operatoria, con márgenes proximal, distal y radial negativos en todos los casos. La estadía hospitalaria promedio fue de 4 días, con un EVA promedio de 2,5 las primeras 24 horas. No se registró morbilidad ni mortalidad en esta serie.

Conclusión: La cirugía laparoscópica del CCR resulta una técnica segura y que permite respetar los principios oncológicos de la técnica abierta. Los resultados obtenidos son comparables con los publicados en grandes series internacionales.

Seccional: DIGESTIVO

VALOR PREDICTIVO DE UNA ESCALA DE SÍNTOMAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE ESOFAGITIS POR REFLUJOGASTROESOFÁGICO

Drs. T. Torres-Quevedo, C. Manterola, M. Vial, A. Sanhueza, V. Pineda, L. Bustos

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

Introducción: La evaluación diagnóstica de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y de la esofagitis por reflujo (ER) incluye la elaboración de la historia clínica y de la realización de pruebas diagnósticas. Existe evidencia acerca de la asociación entre síntomas de ERGE y ER.

Hipótesis: Es posible predecir ER aplicando una escala de síntomas válida y confiable de ERGE.

Objetivo: Determinar el valor predictivo de una escala válida y confiable para el diagnóstico de ER.

Material y Método: Estudio de pruebas diagnósticas. Se aplicó como prueba de referencia una endoscopia digestiva alta y como prueba en estudio una escala diagnóstica de ERGE válida y confiable cuya puntuación fluctúa entre 0 y 13 puntos y que considera como ERGE positivo a sujetos con 3 ó más puntos. El tamaño de muestra fue calculado con un intervalo de confianza de 95%, sensibilidad (S) esperada de 68% y peor resultado de 60%; especificidad (E) esperada de 96% y peor resultado de 90%; obteniéndose una muestra mínima de 131 sujetos con esofagitis y 93 sujetos sin esofagitis. Se construyó curva ROC y mediante análisis de regresión logística se calculó S, E, valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN) y razón de probabilidad (RP). Se aplicaron estadísticas de Chi cuadrado y exacta de Fisher para variables cualitativas; t-test para variables cuantitativas; y, Mantel-Haenzel para evaluación de tendencias.

Resultados: Se estudiaron 224 sujetos, con edad promedio de 44,2±13,0 años y 57,6% de género femenino. El 57,1% de la muestra presentaba esofagitis. El puntaje promedio obtenido por la escala fue de 5,9±3,4 puntos y la prevalencia de

sujetos con un puntaje mayor o igual a los 3 puntos, fue de 79,4%. La curva ROC construida presentó un área bajo la curva de 0,782 con una mejor clasificación correcta en el punto de corte 6 con una odds ratio de 7,26 como fuerza de asociación entre ER y la escala. Se obtuvo una S de 74,3% y una E de 71,6%; el VPP fue de 77,7% y el VPN de 67,6%; la RP positiva fue 2,61 y la RP negativa de 0,36.

Conclusión: Existe asociación entre una escala válida y confiable de ERGE y ER endoscópica.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO: EXPERIENCIA EN 495 CASOS

Drs. R. Loehnert, H. Rojas, J. Hamilton, G. Wiedmaier, R. Loehnert, Al. C. Villalón

(Clínica Alemana, Hospital Padre Hurtado, Universidad del Desarrollo)

Introducción: A partir de marzo 1993 se plantea un trabajo prospectivo, del tratamiento quirúrgico laparoscópico del reflujo gastroesofágico efectuando una funduplicatura geoméricamente simétrica. El objetivo de este trabajo es mostrar la serie y discutir nuestros resultados.

Material y Método: 495 pacientes fueron estudiados en un protocolo prospectivo, registrando síntomas, endoscopia digestiva alta, biopsia esofágica, Rx EED, manometría y pH de 24 horas. Por vía laparoscópica se efectúa una vagotomía supraselectiva, sección de vasos cortos y funduplicatura simétrica previa calibración cardial 60 F, disección de los pilares del diafragma para identificar y aislar al Nervio vago posterior y no incluirlo en el cierre de los pilares. Se analizaron las variables: años de reflujo, cuadro clínico, presencia de Barrett, presencia de hernia hiatal, morbilidad, mortalidad, reoperaciones, y su evolución, de acuerdo al control clínico (Visick), endoscópico, biopsia, y control radiológico.

Resultados: La edad promedio fue de 44,3 años con un rango de 15 a 76 años. El 62% fue del

género masculino, con una historia previa de reflujo de 9,03 años. El 62% fue del género masculino, con una historia previa de reflujo de 9,03 años (d.s. de 5,15). El 24,3% de ellos presentaba antecedentes familiares previos, el 14,1% de reflujo, el 5,2% de cáncer cardioesofágico y el 2,5% tenía antecedentes de esófago de Barret. La clínica se caracterizó por la presencia de pirosis (88%), regurgitación (75%), dolor retroesternal (21%), disfonía o tos (20%), ahogos (14%), disfagia (3%). La endoscopia preoperatoria de acuerdo a la clasificación de Savary modificada fue del 60,2% para el grado I, 32,8% grado II y 7% para el grado III, demostrando la presencia de hernia hiatal en el 20% de los casos. La radiología demostró reflujo en el 100% de los casos y hernia hiatal en el 23,5%. El pH de 24 horas demostró una media de 14 con d.s. de 11,95 para el índice de reflujo, la manometría demostró una media de la P.EEI de 8,47 con un largo abdominal de 7,3 mm y una motilidad menor de 30 mmHg en un 8,4%. El estudio de biopsia demostró la presencia de Barrett en el 30,9% de los casos (153).

El tiempo operatorio fue de 120,7 minutos con una d.s. de 35,3. Se encontró hernia hiatal en el 89,3% de los casos y una conversión del 1,5% a cirugía abierta, con una morbilidad del 6,1% y sin mortalidad. En el control al año de operados tenemos un 98,2% de seguimiento encontrándose un 96,7% sano Visick I, al tercer año un 95% sano, al 5º año un 92,7% sano, al 7º año un 94,4% sano. No hay reoperaciones.

Conclusiones: Se presentan nuestros resultados de la cirugía antirreflujo laparoscópica con funduplicatura simétrica, vagotomía supraselectiva corta y el cierre de los pilares del diafragma. La serie es contundente para el nivel nacional y comparable con la literatura internacional. Existe poca morbilidad y no hay mortalidad. Los resultados a largo plazo son buenos y algo mejores que la literatura, atribuyendo esto a una técnica estandarizada y el agregar una vagotomía supraselectiva corta, que permite una funduplicatura simétrica y una disminución de la acidez.

PRESENCIA Y TRATAMIENTO DE LAS HERNIAS HIATALES EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Drs. R. Loehnert, H. Rojas, J. Hamilton, G. Wiedmaier, R. Loehnert, C. Cavalla, Al. C. Villalón (Clínica Alemana, Hospital Padre Hurtado)

Introducción: Se presenta un trabajo prospectivo, el de evaluar la presencia de hernia hiatal en

pacientes operados de reflujo gastroesofágico por laparoscopia, y de los factores que inciden en su presencia.

Material y Método: A partir de marzo de 1993 a julio de 2006 se intervienen 495 pacientes de reflujo gastroesofágico y para ellos, se define como hernia hiatal a la protrusión de cualquier estructura a través del hiato esofágico, o al desplazamiento de la unión gastroesofágica hacia el tórax, visto como un vestíbulo o saco a la visión laparoscópica, limitada por los pilares del diafragma.

Los pacientes fueron estudiados de acuerdo a un protocolo con endoscopia digestiva alta, pH de 24 horas, manometría esofágica, Rx EED y clínica. En todos ellos se efectuó una vagotomía supraselectiva, con una funduplicatura simétrica, y hiato-plastia con aproximación y sutura con puntos irreabsorbibles de ambos pilares, previa calibración cardial, y en el caso de hernias tipo II ó III, la colocación de malla, suturada a ambos pilares. Las hernias se clasificaron en tres estadios de acuerdo a su ascenso torácico Grado I hasta 5 cm sobre los pilares del diafragma, Grado II de 5 a 10 cm y grado III más de 10 cm. Ellos fueron comparados con el grupo control que no presentaba hernia hiatal.

Resultados: Los 442 pacientes con hernia hiatal tenían una edad promedio de 44,3 años vs 41,3 n.s. con una d.s. de 12,6 correspondiendo al género masculino el 62,8%. Presentaban pirosis en un 88%, regurgitación en un 75%, ahogos 18%, y dolor retroesternal en un 17% de los casos. De acuerdo a los años de evolución del reflujo este fue de 6,3 años para el grupo sin hernia hiatal y aumento a 9,3 para los con hernia $p=0,0006$. El 38% correspondió a hernia Grado I, 40% al Grado II y el 22% al Grado III. La endoscopia preoperatoria diagnosticó la presencia de hernia hiatal en el 21,8% de los casos, y la radiología la detectó en un 26,8%. El tiempo operatorio no es mayormente diferente en ambos grupos con un $p=0,91$ n.s. como tampoco la conversión a cirugía abierta $p=0,28$, o la morbimortalidad $p=0,96$. De acuerdo al tamaño de las hernias y la edad del paciente encontramos un $p=0,006$ (44 y 49 años) y según el tamaño de la hernia y los años de reflujo, se aprecia un $p=0,0001$ (8 y 12 años). No hubo reoperaciones de los pacientes.

Conclusión: El presente trabajo permite establecer que la presencia de hernia hiatal es 3 a 4 veces mayor que la que la endoscopia o la radiología, y que se presenta en el 89,3% de los pacientes sometidos al tratamiento quirúrgico del reflujo. Este concepto tiene toda su importancia en los futuros fracasos de las técnicas endoluminales, pues ellas

no efectúan el tratamiento de la hernia hiatal. La edad y años de reflujo permiten sugerir la presencia de hernia hiatal.

ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE Y CLÍNICA REÑACA

Drs. J. Carter, G. Llewelyn, J. Velarde
(Servicio de Cirugía Adulto e Infantil. Hospital Gustavo Fricke y Clínica Reñaca, Universidad de Valparaíso)

Introducción: La esplenectomía por vía laparoscópica es actualmente la técnica a elegir para aquellos pacientes que cursan con enfermedades hematológicas benignas que requieren una extirpación del bazo. El propósito de este trabajo es describir la experiencia inicial en pacientes manejados con esta técnica en el Hospital Dr. Gustavo Fricke y Clínica Reñaca.

Material y Método: Se presentan 19 casos de un total de 24 pacientes operados mediante esta técnica. Se realiza una revisión retrospectiva entre enero 2002 a junio 2006 excluyéndose 5 pacientes por no contar con los registros completos debido a ausencia de ficha clínica. Se analizan características generales (edad, sexo, diagnóstico, tamaño del bazo), vía de abordaje (decúbito dorsal vs decúbito lateral), resultados quirúrgicos y resultados postquirúrgicos.

Resultados: Durante este período se han intervenido 12 mujeres y 7 hombres. La edad varió de 7 a 82 años. El principal diagnóstico corresponde a PTI (14 casos) teniendo los restantes pacientes diagnósticos de anemia hemolítica, quiste esplénico ¿hidatídico? y tumor esplénico ¿maligno? El tamaño del bazo en promedio fue de 11 cm, 5 pacientes fueron intervenidos en posición decúbito dorsal (primeros pacientes de nuestra serie) adoptando en los restantes 14 la posición en decúbito lateral derecho (Targarona). El tiempo operatorio varió entre 70 a 180 minutos. Se registra una conversión por hemorragia debido a razones técnicas. La mayoría de estos pacientes fueron dados de alta al tercer días postcirugía. Como complicación postoperatoria se presentó un paciente con fístula pancreática que fue dado de alta a los 15 días.

Conclusión: Esta revisión confirma que la esplenectomía laparoscópica es una técnica válida para cirujanos entrenados en laparoscopia. Si bien presenta tasas de respuesta similares a la esplenectomía a cielo abierto, las ventajas de la laparoscopia hacen de esta la técnica de elección.

RESULTADOS PRELIMINARES DEL TRATAMIENTO ADYUVANTE EN EL CÁNCER GÁSTRICO OPERADO CON INTENCIÓN CURATIVA

Drs. G. Wiedmaier, C. Cavalla, J. Hamilton, P. Salinas, E. Rivas, R. Rossi, A. Mercado, C. Aguayo, H. Richter, A. Rodríguez, E. Vinés, R. Hepp, R. Ares, F. De las Heras. M. Sotomayor
(Hospital Padre Hurtado. Clínica Santa María)

Introducción: El tratamiento con quimioterapia (QT) y radioterapia (RT) postoperatoria en los pacientes operados por cáncer gástrico es controversial y no existe consenso sobre su uso a nivel nacional ni internacional. Existen trabajos en la literatura en que mejoraría la sobrevida con esta terapia, pero a la vez estos son criticados por incluir pacientes operados con linfadenectomías insuficientes. A nivel nacional algunos grupos la utilizan pero no existen conductas normadas al respecto. El objetivo de este trabajo es determinar si existen cambios en la sobrevida en los pacientes sometidos a gastrectomías curativas con linfadenectomía D2 y a los cuales se les administra quimioterapia y radioterapia en su postoperatorio.

Material y Método: Se ingresan en forma prospectiva, entre los años 2000 y 2006, los pacientes operados por cáncer gástrico en el Hospital Padre Hurtado. El criterio de inclusión fue la confirmación histológica de adenocarcinoma y el haber recibido cirugía con intención curativa y linfadenectomía de segunda barrera. Se etapifica según TNM/UICC y se discuten en comité oncológico. A los pacientes con estadios entre IB y IV (pero M0) se les ofrece quimioterapia (5-FU) y radioterapia (45 Gy) postoperatoria. Son controlados y sus sobrevidas se calculan con curvas de Kaplan-Meier, las diferencias en sobrevida se compararon usando el test logrank. El grupo control son los pacientes operados que no recibieron esta adyuvancia.

Resultados: El total de gastrectomías con criterio curativo fueron 122, de ellas 77 fueron totales (GT) y 45 subtotales (GST). El promedio de linfonodos resecaados en las GT fue de 42 y en las GTS fue de 35. El estadio IV resultó ser el más frecuente, seguido por el IIIA y IIIB. La morbilidad general fue de 33% y la mortalidad quirúrgica fue de 1,6%, con dos fallecidos. De los 122 pacientes, 32 recibieron adyuvancia con QT y RT. La serie completa tiene una sobrevida de 55% a 5 años. Comparando con y sin QT y RT vemos que no hay diferencias para los estadios IB, II y IV. Sin embargo, al agrupar los estadios IIIA y IIIB la sobrevida es de 15% sin y 67% con QT y RT con $p=0,007$.

Conclusiones: La serie está constituida por pacientes con gastrectomías con una buena disección ganglionar, morbilidad aceptable y baja mortalidad quirúrgica. La sobrevida global de nuestros pacientes es similar a lo publicado en la literatura nacional. Nuestros datos surgieron un claro beneficio del tratamiento adyuvante en pacientes en estadio III. El número de pacientes es aún bajo para poder mostrar diferencias estadísticas claras en los estadios Ib y II. Por el contrario nuestra serie no avala la QT y RT en el estadio IV.

RELACIÓN ENTRE LA LOCALIZACIÓN DEL TUMOR Y LAS CARACTERÍSTICAS MACROSCÓPICAS E HISTOLÓGICAS EN CÁNCER GÁSTRICO

Drs. J.L. Morales, C. Muñoz, F. Ferrada, P. Córdova, L. Verdugo, A. Mondaca, M.J. Muñoz
(Servicio de Cirugía, Hospital Herminda Martín de Chillán, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: Nuestro país presenta una de las mayores incidencias de cáncer gástrico en el mundo. Se han descrito asociaciones entre la localización tumoral, así como las formas macroscópicas y el subtipo histológico en el cáncer gástrico. Es nuestro objetivo describir nuestra la relación entre estas características en nuestra población.

Material y Método: Estudio de tipo descriptivo y retrospectivo de pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico en el Hospital Herminda Martín entre los años 2004 y 2005. Se confeccionó un protocolo de registro, así como criterios de inclusión y exclusión. La localización del tumor se clasificó en tercio proximal, medio y distal. El tipo macroscópico se clasificó según Borman (Avanzados) y según la clasificación japonesa (Incipientes). El tipo histológico se determinó en muestras de biopsia, utilizando tinciones habituales y se clasificó según Lauren. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS 12.0.

Resultados: La serie quedó constituida por 134 pacientes. La edad promedio al diagnóstico fue de 64,3 años, sin diferencia estadísticamente significativa entre sexos. Un 82,9% fue sexo masculino. El 99,3% de los tumores fue avanzado al diagnóstico. La localización se distribuyó: Proximal 27,27%, medio 35,6%, distal 37,1%. La clasificación macroscópica se distribuyó: Polipoideo 11,6%, ulcerado 20,1%, úlcera tumoral 24,3%, infiltrante 27,1%, inclasificable 17%. El tipo histológico se distribuyó: Intestinal 86,4%, difuso 10,4% e indeterminado 3,2%. Los tumores del tercio proximal y medio, fue-

ron en su mayoría del tipo infiltrante, así como en el tercio distal se observó un predominio de la úlcera tumoral ($p < 0,05$). En todos los tercios predominó el tipo intestinal, observándose un mayor porcentaje de tumores difusos en los tercios medio y distal ($p = 0,5$). En todas las formas macroscópicas predominó el subtipo intestinal ($p = 0,52$).

Conclusiones: El cáncer gástrico es de diagnóstico tardío en nuestra población. Se encontró una asociación estadísticamente significativa en la relación entre las formas macroscópicas y la localización tumoral.

RESULTADOS DE 150 GASTRECTOMÍAS POR CÁNCER GÁSTRICO EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO

Drs. G. Wiedmaier, C. Cavalla, J. Hamilton, C. Aguayo, R. Rossi, P. Salinas, E. Rivas, H. Richter, A. Rodríguez, A. Mercado. Als. V. Eller, B. Valenzuela
(Servicio de Cirugía, Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo. Clínica Alemana)

Introducción: El cáncer gástrico en Chile sigue siendo frecuente, y en su tratamiento, la cirugía resectiva tiene un rol fundamental. El objetivo de este trabajo es analizar las características clínicas, quirúrgicas, anatomopatológicas y la evolución postoperatoria de las primeras 150 gastrectomías por cáncer gástrico en el Hospital Padre Hurtado.

Material y Métodos: Se inicia en febrero de 2000 un protocolo prospectivo de manejo de cáncer gástrico. Los pacientes son sometidos a resecciones gástricas ampliadas, con técnicas estandarizadas y linfadenectomía D2. Son presentados a un comité oncológico que ratifica las conductas y propone terapias adyuvantes. En este trabajo se analizan las hojas de registro de datos y se entrevista a los pacientes vivos. El análisis estadístico se realiza con pruebas de Chi cuadrado y T de student.

Resultados: De los pacientes 71% son hombres, con edad promedio de 60,4 años y 28,7% mujeres con edad promedio de 55 años. El 15% son cánceres incipientes y 85% avanzados (69% son Borman III y IV). El 38,7% corresponden a tumores del tercio superior y 38% del tercio inferior. De las gastrectomías, 85 (56,6%) fueron totales (GT) y 65 (43,3%) subtotales (GST). En las GT la esofagoyunoanastomosis fue mecánica en 50,5% y manual en 49,4%. El promedio de linfonodos resecados en las GT fue de 42 mientras que en las GST fue de 35. El 82% de las resecciones fue con intención curativa. El estadio IV (según TNM) resultó ser el más frecuente, seguido por el IIIA y IIIB. De los

resecados el 68% (102) tiene linfonodos positivos. La morbilidad general fue de 33%, siendo las complicaciones respiratorias (neumonía-atelectasia) lo más frecuente. Hubo solo 2 fístulas esofagoyeyunales, una con técnica mecánica y la otra técnica manual. La mortalidad quirúrgica fue de 1,3%, con dos fallecidos. El promedio de hospitalización fue 11 días, 8,3 en los sin complicación y 18 días en los complicados. De los 121 pacientes sometidos a cirugía curativa, 34 recibieron adyuvancia con quimio y radioterapia. A la fecha 60% de los pacientes están vivos y siguen en control.

Discusión: Con 150 pacientes en seis años, nuestra experiencia resulta comparable con otros grupos en cuanto a técnica, morbilidad y mortalidad. Cabe destacar la menor edad de presentación de la serie. Que el 68% de los pacientes operados tenga ganglios positivos, reafirma la importancia de una adecuada resección linfática. Destaca la baja incidencia de fístulas esofagoyeyunales, no importando el método de sutura utilizado. La mortalidad es baja en relación con cifras nacionales. El tiempo de seguimiento es aun corto para determinar real sobrevivencia, pero los datos preliminares son alentadores.

GASTRECTOMÍA TOTAL Y SUBTOTAL EN CÁNCER GÁSTRICO: ANÁLISIS COMPARATIVO DE MORBIMORTALIDAD POSTOPERATORIA

Drs. C. García, C. Benavides, P. Rubilar, S. Cova-cevich, P. Domancic, C. Romero, M. Bustamante, B. Horwitz

(Departamento de Cirugía, Campus Centro, Universidad de Chile, Servicio de Cirugía, Hospital Clínico San Borja-Arriarán)

Introducción: La morbimortalidad es un parámetro de gran valor para comparar distintas técnicas quirúrgicas. No existe un instrumento estándar de medición y comparación de complicaciones entre gastrectomía total vs subtotal. Se modificó la clasificación de complicaciones postquirúrgicas de Clavien, obteniéndose una clasificación específica para cáncer gástrico, basada en el tratamiento utilizado para manejar estas complicaciones.

Objetivo: Comparar resultados de morbimortalidad entre gastrectomía total y subtotal en cáncer gástrico, en base a la clasificación mencionada.

Material y Método: Se analizó los pacientes sometidos a resección quirúrgica con intención curativa por cáncer gástrico, entre 1996 y 2005 en el Hospital San Borja-Arriarán. La morbimortalidad se obtuvo de la base de datos prospectiva de cáncer gástrico de nuestro servicio. Universo de 448 pacientes, 337 correspondieron a gastrectomías totales y

111 a subtotaes. Ambos grupos son comparables en edad y sexo. Se catalogó a los pacientes en: Tipo 0: sin complicaciones; Tipo I: complicaciones que se resuelven con antibióticos orales o monitoreo básico (ejemplo: atelectasias pulmonares); Tipo II: antibióticos endovenosos, sonda de alimentación o pleurostomías (neumonía intrahospitalaria, fístula esófago-yeyunal simple); Tipo III: requiere UTI, drenajes quirúrgicos o radiológicos (fístulas esófagoyeyunales complejas); tipo IV: resección quirúrgica de órganos, ostomías, o incapacidad crónica (esofagostomías); Tipo V: mortalidad operatoria. Para el análisis estadístico se utilizó el software FileMaker 8.5 y se aplicó el test de diferencias entre proporciones para establecer significación estadística, considerando $p < 0,05$.

Resultados: Las gastrectomías subtotaes tuvieron un mayor porcentaje de pacientes libres de complicaciones respecto a la gastrectomía total (78,4% vs 61%) ($p < 0,05$). De los pacientes que presentaron complicaciones, hubo un mayor porcentaje de complicaciones mayores (tipos III, IV, V) en los pacientes sometidos a gastrectomías totales, en comparación con las subtotaes (12,2% vs 3,4%), diferencia estadísticamente significativa. Finalmente, se observó que la mortalidad quirúrgica fue más frecuente en la gastrectomía total que en la subtotal, con un 6,5% vs 1,8%, aunque esta diferencia no resulta significativa.

Conclusión: La gastrectomía total en cáncer gástrico presenta complicaciones que repercuten en el resultado final más frecuentemente que la gastrectomía subtotal, sin embargo, la mortalidad no muestra diferencias significativas.

CIRUGÍA PALIATIVA NO RESECTIVA EN CÁNCER GÁSTRICO

Drs. C. García, C. Benavides, P. Rubilar, S. Cova-cevich, N. Ocaranza, M. Villarroel, B. Horwitz, M. Bustamante, P. Domancic, C. Romero

(Campus Centro, Universidad de Chile, Servicio de Cirugía, Hospital Clínico San Borja-Arriarán)

Introducción: Un porcentaje importante de pacientes con cáncer gástrico se presentan, al momento del diagnóstico, con lesiones avanzadas. En estos casos no siempre es posible resecar el tumor primario, pero sí se puede ofrecer paliación, a los pacientes sintomáticos, para mejorar su calidad de vida. La operación de sección-exclusión y derivación proximal es de elección para tumores antrales irresecables y sintomáticos, y el tubo transtumoral (TTT) es la única alternativa para tumores de tercio superior o gastroesofágicos obstructivos.

Objetivo: Mostrar los resultados inmediatos y a largo plazo de los pacientes sometidos a cirugía paliativa no resectiva en cáncer gástrico.

Material y Método: Se analizó a todos los pacientes sometidos a cirugía con intención paliativa, en los que no fue posible la resección del tumor primario, entre 1996-2005 en el Servicio de Cirugía del Hospital Clínico San Borja-Arriarán. Se analizó datos demográficos generales, localización del tumor primario, estadio TNM al momento de la intervención, síntomas a paliar, cirugía realizada, morbimortalidad postoperatoria inmediata, resultados tardíos en cuanto a sobrevida, y calidad de vida.

Resultados: Se operó 587 pacientes con diagnóstico postoperatorio de adenocarcinoma gástrico. 52 pacientes fueron no resecables, 34 hombres (65,4%) y 18 mujeres (34,6%). Promedio de edad 63,8 años (24-88 años). Se realizó 19 operaciones de sección y derivación gástrica proximal, 18 instalaciones de TTT, 5 gastroyeyunoanastomosis sin sección gástrica, 1 ileotransversoanastomosis, y 9 yeyunoanastomías. Se presentó 1 caso de mortalidad postoperatoria inmediata por infarto agudo al miocardio, en un paciente a quien se instaló un TTT. A largo plazo, la morbilidad estuvo representada por 2 casos en que fue necesaria una endoscopia para desobstruir un TTT ocluido con restos alimentarios. En los demás pacientes pudo utilizarse la vía enteral para alimentación, mientras la condición general del paciente lo permitía. La sobrevida promedio fue 5,1 meses.

Conclusiones: Existen numerosas técnicas quirúrgicas que permiten paliar la sintomatología en pacientes con cáncer gástrico irreseccable. Es fundamental la correcta elección de la técnica quirúrgica paliativa, en la obtención del mejor resultado costo-beneficio.

IMPACTO DEL TIPO HISTOLÓGICO “ANILLO DE SELLO” EN EL PRONÓSTICO DEL CÁNCER GÁSTRICO

Drs. *F. Venturelli, C. Cárcamo, E. Mancilla, C. Jara, M. Born, K. Heise, C. Carrasco, A. Venturelli, M. Zamorano, M. Gabrielli*
(Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Regional Valdivia)

Introducción: Tradicionalmente se ha catalogado al adenocarcinoma gástrico con células en anillo de sello como de peor pronóstico en relación a los otros tipos histológicos.

El objetivo de este trabajo es comparar las características clinicopatológicas y sobrevida del adenocarcinoma gástrico con células en anillo de sello (AS) con aquellos que no presentan esta característica (NAS).

Material y Métodos: Se revisa en forma retrospectiva todos los pacientes gastrectomizados por adenocarcinoma gástrico en el Hospital Base Valdivia entre los años 1988-2005. Se seleccionan aquellos cuyo informe histológico concluye que más del 50% de sus células son anillo de sello y se comparan con el resto de los casos. Se analiza la distribución por edad, sexo, tamaño tumoral, localización, compromiso linfonodal, permeación vascular y linfática y la sobrevida. Para el análisis estadístico se utiliza el test de X^2 , y la curva de sobrevida de Kaplan-Meier, contrastando las curvas de supervivencia con los test de Log Rank y de Breslow.

Resultados: Se estudiaron 398 casos, 66 (16,6%) fueron AS y 332 (83,4%) fueron NAS. Los AS se diferenciaron de los NAS por presentar una edad promedio menor, mayor tamaño tumoral, mayor proporción de tumores que afectan todo el estómago, menor proporción de tumores que afectan el cardias, mayor compromiso linfonodal y márgenes de sección comprometidos en forma estadísticamente significativa. No hubo diferencias significativas en la proporción de casos incipientes y avanzados.

La sobrevida a 5 años en los AS es menor en forma estadísticamente significativa incluso comparándolo por nivel de compromiso linfonodal.

Conclusión: Frente a un paciente con un adenocarcinoma gástrico AS tenemos que considerar que el tamaño tumoral es mayor, hay un mayor compromiso de bordes de sección, el compromiso linfonodal es más extenso y la sobrevida a 5 años es más baja que los cánceres NAS.

ETESA: ¿CUÁL ES LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE LA COLELITIASIS EN SUBGRUPOS ESPECIALES DE PACIENTES?

Drs. *V. Pineda, C. Manterola, M. Vial*
(Departamento de Cirugía y CIGES. Universidad de La Frontera, Temuco, Chile)

Introducción: Existe controversia acerca de la efectividad de colecistectomía laparoscópica (CL) en grupos especiales de pacientes (GEP).

Hipótesis: Existen estudios de buen nivel de evidencia, que respaldan la efectividad de CL en GEP.

Objetivo: Revisar la evidencia disponible sobre la efectividad de la CL en GEP.

Material y Método: Evaluación de tecnología sanitaria. Se realizó una búsqueda en las bases de datos Biblioteca Cochrane Plus 2006, MEDLINE y EMBASE; en el buscador TRIP Databases y agencias de evaluación de tecnología sanitaria. Dada la escasez de revisiones sistemáticas (RS), guías de

práctica clínica y ensayos clínicos (ECA), se consideraron todo tipo de estudios, publicados entre 1988 y 2006 en idiomas inglés, francés y español, que versaran sobre CL en GEP (ancianos, embarazadas, cirrosis e hipertensión portal (HTP), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), colecistitis crónica alitiásica, diskinesia biliar, colecistitis aguda (CA) y estados inflamatorios crónicos de la vesícula biliar (EIC). Se excluyeron revisiones narrativas, documentos de consenso, cartas al editor. La extracción de datos y la evaluación de la calidad metodológica de los estudios se realizaron aplicando los criterios del Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2004. Los resultados fueron sintetizados y se realizó una valoración del conjunto de la evidencia utilizando la propuesta del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford, clasificando la calidad global de la evidencia para cada intervención como "calidad alta", "moderada" o "baja".

Resultados: La búsqueda bibliográfica recuperó 8200 registros y después de aplicar criterios de elegibilidad, se identificaron 182 estudios. La lectura detallada de los artículos permitió incluir 19 estudios (1 RS, 3 ECA, 7 estudios de cohortes, 1 de casos y controles y 7 series de casos). La colecistectomía laparoscópica (CL), respecto a la técnica abierta en GEP, se asocia a mayor tiempo operatorio, menor estancia hospitalaria y curso postoperatorio con mejor calidad de vida; es un procedimiento seguro aunque existe un riesgo de lesiones de vía biliar asociadas, las que se relacionan a la curva de aprendizaje (calidad alta). Es un procedimiento efectivo en algunos GEP como pacientes con HTP Child A y B, y CA (calidad moderada y alta); ancianos, embarazadas y pacientes con EPOC (calidad baja). En EIC, la evidencia es escasa y no concluyente (calidad baja).

Conclusión: La CL se muestra como un procedimiento seguro y efectivo en GEP como ancianos, embarazadas, CA, HTP y EPOC.

ETESA: ¿CUÁL ES LA EFECTIVIDAD DE LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA?

Drs. *M. Vial, C. Manterola, V. Pineda*
(Departamento de Cirugía y CIGES. Universidad de La Frontera, Temuco, Chile)

Introducción: Existe controversia acerca de la efectividad de la profilaxis antibiótica (PA) en colecistectomía laparoscópica (CL).

Hipótesis: Existen estudios de buen nivel de evidencia, que respaldan la utilización de PA en CL.

Objetivo: Revisar la evidencia disponible sobre la efectividad de la PA en la CL.

Material y Método: Evaluación de tecnología sanitaria. Se realizó una búsqueda en las bases de datos Biblioteca Cochrane Plus 2006, MEDLINE y EMBASE; en el buscador TRIP Database y agencias de evaluación de tecnología sanitaria. Se incluyeron solamente revisiones sistemáticas (RS), guías de práctica clínica (GPC) y ensayos clínicos (ECA), publicados entre 1988 y 2006 en idioma inglés, francés y español, que versaran sobre uso de PA en CL. Se excluyeron documentos de consenso, artículos de discusión y cartas al editor. La extracción de datos y la evaluación de la calidad metodológica de los estudios se realizaron aplicando los criterios del Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2004. Los resultados fueron sintetizados y se realizó una valoración del conjunto de la evidencia utilizando la propuesta del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford, clasificando la calidad global de la evidencia para cada intervención como "calidad alta", "moderada" o "baja".

Resultados: La búsqueda bibliográfica recuperó 45 registros. La lectura detallada de los artículos permitió incluir 4 estudios que cumplían con los criterios de selección (1 RS con metaanálisis de 5 ECA, 2 ECA adicionales y 1 GPC). Estos concluyen que el uso de PA en CL, en pacientes de bajo riesgo (ausencia de colecistitis aguda actual o reciente, cálculos en el conducto biliar común, ictericia, inmunosupresión o implantes protésicos), no ofrece ningún beneficio en términos de disminución de la tasa de complicaciones infecciosas postoperatorias medida como infección de la herida, infecciones mayores o infección a distancia (calidad alta). Se demostró además, que evitar el uso innecesario de PA en pacientes de bajo riesgo sometidos a CL conllevaría una disminución en el coste de esta técnica y del riesgo de reacciones adversas a medicamentos así como una reducción en la tasa de resistencia bacterianas (calidad alta).

Conclusión: El uso de PA en pacientes de bajo riesgo, no ofrece beneficios adicionales en términos de disminución de la tasa de complicaciones infecciosas postoperatorias.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LA COLECISTITIS CRÓNICA XANTOGRANULOMATOSA

Drs. *C. Martínez, D. Martínez, P. Martínez, C. Benavides, P. Laime, C. Molina*
(Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Introducción: La Colecistitis Xantogranulomatosa (CXG) es una rara enfermedad inflamatoria de la

vesícula biliar, variedad de la colecistitis crónica. El objetivo de este estudio fue describir las características clínicas y epidemiológicas de una serie de pacientes con éste diagnóstico. De un total de 1527 colecistectomías realizadas entre los años 2004 y 2006 se encontraron 48 casos de CXG (3,14% del total). La mayoría corresponde a mujeres (67,4%) con 53,5 años de edad promedio. El cuadro clínico fue similar al de la Colecistitis crónica, con un tiempo de evolución que varió de 1 semana a 10 años. 19% de los pacientes refirieron antecedentes de Ictericia, aunque en sólo 1 de ellos había dilatación de la vía biliar en la Ecografía. Todos eran portadores de cálculos en la vesícula biliar, la cual fue la principal indicación quirúrgica. En 4 de ellos se sospechó además la presencia de bñncer vesicular por imagenología y en 8 por las características macroscópicas de la vesícula biliar durante la cirugía. Sólo en un paciente coexistió bolecistitis xantogranulomatosa y Adenocarcinoma de la vesícula biliar. El diagnóstico de bolecistitis xantogranulomatosa no fue planteado en ninguno de los casos. Ésta es una patología de baja prevalencia y difícil diagnóstico. Su incidencia en esta serie fue mayor a la reportada por otros estudios, con franco predominio en mujeres. Clínicamente es difícil diferenciarla de la colecistitis crónica y frecuentemente se confunde con Cáncer vesicular. Como afirman otros autores, ambos diagnósticos pueden coexistir, lo que ocurrió en nuestra serie en el 2,17%.

PÓLIPOS DE COLESTEROL: ¿QUÉ SON, DE DÓNDE VIENEN, A DÓNDE IRÁN?

Drs. *O. Korn, B.Q. C. Hurtado, L. Moyano, Als. C. Bustos, C. Cataldo*
(Departamento de Cirugía. Servicio de Gastroenterología. Servicio Anatomía- Patológica. Hospital Clínico, Universidad de Chile)

Introducción: La litogénesis o la secuencia de eventos que llevan al colesterol solubilizado en las primitivas micelas hasta la formación de un cálculo, está desde el punto de vista bioquímico bastante definida. Las etapas son varias pero se reconocen al menos dos: la fase de cristales líquidos y la de cristales sólidos de colesterol. Los pólipos son aglomeraciones de macrófagos de la lámina propia que contienen en su citoplasma colesterol. El objetivo de este trabajo fue conocer la composición cristalográfica de los pólipos de colesterol y eventualmente establecer a qué etapa de la secuencia litogénica corresponden.

Material y Método: 9 pacientes consecutivos (6

mujeres, 3 hombres) portadores de pólipos de colesterol diagnosticados por ecografía fueron sometidos a colecistectomía laparoscópica. Las vesículas al fresco fueron abiertas y se reconocieron en ellas un total de 24 formaciones "polipoideas" (1-6 lesiones). Una fracción de cada una de estas estructuras se recogió y se extendió en un portaobjeto y se observaron con el microscopio de luz polarizada.

Resultados: Sólo dos de las 9 vesículas tenía cálculos además de pólipos y estos fueron de bilirrubinato. Los tamaños de los pólipos fueron desde 2 mm los más pequeños a los dos de mayor tamaño que midieron 10 y 15 mm respectivamente. La visión bajo luz polarizada mostró en todas las muestras analizadas un solo pattern cristalográfico y correspondió a las formaciones conocidas como Cruces de Malta.

Conclusión: Los llamados pólipos de colesterol están formados en su totalidad por cristales de colesterol en fase líquida (Cruces de Malta), que son termodinámicamente inestables y por lo mismo su condición eventualmente es reversible. Este hallazgo permite entender el comportamiento clínico de los pólipos, así como su débil relación con la colelitiasis como ha sido señalado en la literatura y aventurar la utilidad de terapias farmacológicas.

CÁNCER VESICULAR EN COLECISTECTOMÍAS: ANÁLISIS DE SOBREVIDA

Drs. *F. Venturelli, C. Cárcamo, M. Born, L. Venegas, M. Beltrán, A. Venturelli, O. Felmer*
(Instituto de Cirugía, Universidad Austral de Chile, Hospital Clínico Regional Valdivia)

Introducción: El cáncer de vesícula biliar en su mayoría se diagnostica tardíamente y no se logra realizar una colecistectomía. En la provincia de Valdivia los pacientes con esta patología, en los cuales se logra realizar un colecistectomía, con o sin posterior cirugía oncológica han aumentado en las últimas décadas.

Objetivos: Analizar los resultados obtenidos en pacientes con diagnóstico de cáncer vesicular a los que se les realizó colecistectomía sola o colecistectomía más cirugía oncológica entre los años 2001 y 2005. Establecer su sobrevida a 5 años y analizar los factores que inciden en ella.

Material y Método: Estudio retrospectivo a partir de los casos sometidos a colecistectomía entre 2001 y 2005 diagnosticados como cáncer vesicular en anatomía patológica. Se revisaron los antecedentes anatomoclínicos de los pacientes operados y se estableció su sobrevida a 5 años.

Se efectúa análisis exploratorio de los datos y estimación de supervivencia según método Kaplan-Meier con el software computacional SPSS versión 12.0. Se determinó supervivencia global y específica según sexo, edad, componente T, N y grado de diferenciación. Se utiliza el método log rank para determinar la comparación de las curvas de supervivencia.

Resultados: En el período estudiado se realizaron 3069 colecistectomías, 95 pacientes presentaron cáncer vesicular (3,1%). La edad promedio fue 64 años. El 73,4% de los pacientes correspondió al sexo femenino. Según protocolo establecido 77 pacientes fueron sometidos a colecistectomía exclusiva y 18 pacientes a cirugía oncológica extendida.

De acuerdo a la clasificación TNM el T3 fue más frecuente con un 39,4% de los pacientes. El 31,9% de ellos se catalogó como N0.

Según el grado de diferenciación el 8,5% fue catalogado como bien diferenciado, el 44,7% como moderadamente diferenciado y el 24,5% como mal diferenciado. El 50,4% de los pacientes estaba vivo a un año postcirugía. La sobrevida global a 5 años fue de un 29,2%. Se encontró que tanto el T, N, grado de diferenciación, y la localización del tumor son factores pronósticos en estos pacientes en forma estadísticamente significativa.

Conclusión: La sobrevida a 5 años en el cáncer vesicular depende de la profundidad de invasión tumoral, compromiso linfonodal, grado de diferenciación y localización del tumor.

DISPLASIA DE VESÍCULA BILIAR: CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS

Drs. C. Muñoz, M. Villanueva, Ints. M. Sanhueza, N. Martínez, M. Salgado

(Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Servicio de Cirugía y Anatomía Patológica, Hospital Clínico, Universidad de Chile)

Introducción: La displasia de vesícula biliar es considerada como una lesión preneoplásica que precede la aparición de carcinoma de vesícula biliar. Se ha establecido que tanto la displasia como el carcinoma *in situ* son lesiones que preceden la aparición de carcinoma de vesícula biliar, dentro de este contexto poco se conoce con respecto a las lesiones precursoras, sin embargo, se ha sugerido que lesiones preexistentes de la vesícula biliar anteceden a la displasia, existiendo una progresión de lesiones del tipo metaplasia antral a metaplasia intestinal y luego a displasia, la que es considerada

como una lesión premaligna procesada directa del carcinoma.

Objetivo: El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de la displasia de vesícula biliar en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH) y conocer sus características histológicas y clínicas.

Material y Método: Los datos obtenidos de 1237 informes de biopsias de colecistectomías realizadas en el HCUCH durante el año 2003 fueron procesados y analizados.

Resultados: La prevalencia de la displasia de vesícula biliar en el HCUCH durante el año 2003 fue de 2,5%. Del total de displasias (31 casos), 12 pertenecen al grado I (38,7%), 14 a grado II (45,16%) y 5 a grado III-CIS (16,14%). La edad promedio en que se detectó la displasia de vesícula biliar fue de 54,7 años.

El 11,69% de las biopsias realizadas en el HCUCH corresponde a colecistectomías.

Conclusión: La displasia de vesícula biliar es una patología prevalente, que precede al cáncer y que solo es posible de diagnosticar mediante la histología realizada a los pacientes sometidos a colecistectomías.

FACTORES DE RIESGO PARA METÁSTASIS LINFONODAL EN CÁNCER GÁSTRICO INCIPIENTE. EVALUACIÓN EN PACIENTES GASTRECTOMIZADOS

Drs. R. Loehnert, A. Rodríguez, A. Csendes, I. Braghetto, J. Rojas, I. Gallegos, Ints. M.P. Bello, F. Correa, F. Navarrete y E.U. S. Cortés

(Departamento de Cirugía y Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universidad de Chile)

Introducción: El cáncer gástrico es una de las neoplasias más frecuentes en nuestro país y representa una de las principales causas de mortalidad por cáncer.

La confiable identificación de metástasis linfonodal permanece como el factor más importante en el manejo y pronóstico del cáncer gástrico incipiente.

Objetivo: Evaluar factores que se relacionarían con la presencia de metástasis linfonodales en pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico incipiente sometidos a cirugía.

Pacientes y Método: Se analizaron en forma retrospectiva todos los casos de cáncer gástrico incipiente sometidos a cirugía en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre el año 2001 y 2006. Se analizaron características de los pacientes y del tumor que implicarían mayor predisposi-

ción a presentar metástasis linfonodal, según literatura internacional. Las características que se analizaron fueron sexo, edad, localización del tumor, diámetro mayor del tumor, profundidad de la invasión tumoral, presencia de úlcera, grado de diferenciación tumoral, invasión linfática, vascular y tipo macroscópico. Se utilizó test de chi cuadrado para evaluar diferencias.

Resultados: La muestra quedó constituida por un total de 52 pacientes con una edad promedio de 61 años. Todos los pacientes tenían estudio de diseminación negativo y endoscopia preoperatoria con biopsia de las lesiones con diagnóstico de cáncer incipiente. El manejo consistió en gastrectomía subtotal o gastrectomía total dependiendo de la localización del tumor, más linfadenectomía de la primera y segunda barrera ganglionar con análisis de metástasis linfonodal.

Un total de 1272 linfonodal fueron recolectados de los 52 pacientes. El promedio de linfonodos por paciente fue de 24; 13,46% presentó metástasis linfonodal. La presencia de tipo histológico indiferenciado, invasión linfática y tipo macroscópico deprimido se asoció a un riesgo significativamente mayor de metástasis linfonodal.

Conclusión: El grado histológico indiferenciado, el compromiso linfático y el aspecto macroscópico deprimido de las lesiones neoplásicas serían factores predictivos positivos de metástasis linfonodal en estos pacientes.

CARCINOMA DE LA UNIÓN GASTROESOFÁGICA: EXPERIENCIA LOCAL EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Drs. R. Luengas, A. Csendes, R. Matamala, E. Lanzarini, C. Muñoz, M. Vivanco
(Departamento de Cirugía. Hospital Clínico, Universidad de Chile)

Introducción: El carcinoma de la unión gastroesofágica (UGE) es un reto para el cirujano. Se define como aquel tumor localizado dentro de 5 cm proximal o distal al cardias. Siewert lo clasificó en tres tipos según su localización (Tipo I: Esófago distal con extensión a UGE; Tipo II: Cardial y Tipo III: Subcardial con extensión a UGE) lo cual tiene gran importancia en el planteamiento de la cirugía. El objetivo de este trabajo es mostrar los resultados del manejo de esta patología en nuestro hospital y el pronóstico alejado después del manejo quirúrgico.

Material y Método: Se realizó un estudio descriptivo; se incluyeron 53 pacientes con carcinoma

de unión gastroesofágica sometidos a tratamiento quirúrgico en el Hospital Clínico Universidad de Chile desde enero de 1995 a diciembre de 2005. Se dividieron los pacientes según la clasificación de Sewert. Se analizaron aspectos epidemiológicos, métodos de estudio, manejo quirúrgico, anatomía patológica, y sobrevida.

Resultados: Distribución según clasificación de Siewert f: Tipo I (13,2%). Tipo II (41,5%). Tipo III (45,3%). Predominio del sexo masculino (73,5%) vs femenino 14 (26,5%). Relación H-M Tipo I-1. Tipo II 3-1. Tipo III 3-1.

Edad promedio 64 años; rango 35-88 años. Síntomas principales: pérdida de peso (62,1%), disfagia (40,5%). Histología: Adenocarcinoma indiferenciado (37,7%). Moderadamente diferenciado (35,8%). Bien diferenciado 5 (9,4%); otros (17,1%). Cirugías realizadas: Gastrectomía total (58,5%). Tipo I-4, Tipo II-11 y Tipo III-16; gastrectomía y esofagectomía (24,5%) Tipo I-1; Tipo II-6; Irresecables (13,2%) Tipo I-1, Tipo II-4 y Tipo III-2; 2 cirugías paliativas. Morbilidad perioperatoria 25%; sin mortalidad. Sobrevida global: 3 años (58,5%); 5 años (49%).

Conclusiones: El carcinoma de la UGE ha aumentado en la última década. La clasificación de Siewert es un apoyo para determinar la terapia quirúrgica. Nuestro centro tiene baja morbilidad y alta tasa de sobrevida en comparación con la obtenida de la literatura internacional.

CIRUGÍA DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER EXPERIENCIA DE 10 AÑOS

Drs. S. Mir, A. Csendes, I. Braghetto
(Departamento de Cirugía. Hospital Clínico, Universidad de Chile)

Los divertículos esofágicos son una patología infrecuente, dada por la protrusión de parte o todas las capas de la pared esofágica. El divertículo de Zenker (DZ), es el más frecuente de los divertículos esofágicos, entre los de la unión faringoesofágica, mediotorácicos y epifrénicos. Con el objetivo de evaluar las características clínicas, diagnóstico, tratamiento, complicaciones y evolución en los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico, se revisaron los pacientes intervenidos por DZ los últimos diez años en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH). Para ello, se revisan en forma retrospectiva las fichas de los pacientes intervenidos entre enero del año 1996 a diciembre de 2005. Se excluyeron los operados de divertículos mediotorácico y epifrénicos. Se diseñó una base de datos con las variables a evaluar. Se realizó análisis con

estadística descriptiva. Se intervinieron un total de 23 pacientes, con edad promedio de 65 años (44-84 años), mayoría mujeres (52%). El tiempo hasta la primera consulta fue de 3 años, y entre ésta a la cirugía, 8 días (5-15). Clínicamente, todos eran sintomáticos, con predominio de disfagia (65,2%) y regurgitación (13%). Respecto al estudio preoperatorio se realizó en todos radiología con contraste. Se complementó con endoscopia digestiva alta (39,5%) y TAC helicoidal (22%). La intervención más frecuente fue diverticulotomía con cierre manual más miotomía cricofaríngea (52,2%) y diverticulotomía con stappler y miotomía cricofaríngea (26%). La biopsia no presentó malignidad. Se complicaron un total de cinco pacientes, todos de manejo médico, cuatro fistulas esofagocutáneas y una infección de sitio operatorio. La estadía fue de 5,6 días (2-12 días). No hay mortalidad en esta serie. Los pacientes se controlaron con radiología en postoperatorio y con seguimiento 7,86 meses (1-60), encontrándose pirosis leve en tres pacientes. La cirugía corresponde al tratamiento de elección del divertículo de Zenker sintomático, con una baja morbimortalidad y prácticamente ausencia de sintomatología en el postoperatorio, en nuestro centro.

EVOLUCIÓN DEL CÁNCER GÁSTRICO EN CHILE A LO LARGO DE 30 AÑOS: 1975-2005

Drs. M. Calderón, A. Csenedes, C. Ospina, Ints. A. Jara, F. Hodgson

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

Introducción: El cáncer gástrico es considerado la principal causa de muerte por neoplasia en Chile, según la literatura nacional, de mayor prevalencia en hombres, promedio 58 años, localización antral para el tipo histológico intestinal y subcardial para el tipo difuso. Este trabajo pretende constatar el cambio en la epidemiología del cáncer gástrico en Chile.

Material y Método: Estudio longitudinal, retrospectivo, de las biopsias realizadas por el Departamento de Anatomía Patológica del HCUCH a lo largo de 30 años. Se evaluaron 1210 pacientes, separados en grupos cada 10 años (317 pacientes entre 1975-1984, 440 pacientes entre 1985-1994 y 452 pacientes entre 1995-2005). Comparando entre sí las variables: edad, sexo, histología (Intestinal y Difuso), localización (Subcardial, corporal y antral), profundidad (incipiente, intermedio y avanzado) junto al número total de ganglios resecados y comprometidos.

Resultados: Se observaron edades entre 15 y 96 años, afectando principalmente a hombres entre 55 y 65 años, y a mujeres entre 65 y 75 años.

La histología predominante en toda la muestra fue el intestinal, pero en los últimos 20 años, el difuso aumentó notablemente su incidencia (difuso 43% vs intestinal 57%).

La evolución más notoria se da en el cambio de la localización del cáncer, que en el primer grupo de estudio predominaban los 2/3 inferiores con un 37% para c/u (antral y corporal) con solo un 26% para los subcardiales, pero que independientemente de la histología fueron aumentando su frecuencia hasta ocupar el 45,5% de las localizaciones en el último grupo.

Según profundidad, el 76,9% de las biopsias estudiadas eran estadios avanzados.

Conclusión: El cáncer gástrico mantiene su prevalencia a lo largo de los años, afectando hombres entre la 5ª y 6ª década de la vida. La frecuencia en la anatomía patológica es simétrica para ambas histologías, sin embargo, la localización subcardial predomina hoy en un 45,5%. Persiste el hecho de que al momento del diagnóstico se encuentra una pieza en estadios avanzados de infiltración.

HELICOBACTER PYLORI Y CANCER GÁSTRICO

Drs. M. Alban, S. Mir, L. Aguilera, C. Sarmiento, G. Inostroza, A. Csenedes, I. Braghetto

(Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile)

Introducción: La asociación entre la infección por Hp y cáncer gástrico es conocida y aceptada. En 1994 la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer declaró al Hp como un carcinógeno grado 1 para el desarrollo de adenocarcinoma gástrico. Su asociación con el linfoma gástrico asociado a mucosas está también documentada.

La infección por Hp, representa la infección crónica más frecuente en el humano. El germen es agente causal de gastritis aguda y crónica. Entre los pacientes que desarrollan gastritis crónica, un grupo tiene localización predominantemente antral. Un porcentaje de ellos irá a la úlcera duodenal. El otro grupo presenta una pangastritis con compromiso del cuerpo. Este grupo es proclive al desarrollo de úlcera gástrica y a la progresión a gastritis crónica atrófica con metaplasia intestinal.

Por otro lado el adenocarcinoma gástrico tipo intestinal sobreviene luego de un ciclo que se inicia con la gastritis crónica, gastritis atrófica, metaplasia intestinal, displasia y finalmente cáncer.

Los pacientes con gastritis antral y úlcera duodenal, parecen en efecto estar relativamente protegidos del riesgo de cáncer gástrico. En un estudio, el OR para cáncer gástrico en los pacientes con úlcera duodenal fue de 0,6 vs 1,8 para los pacientes con úlcera gástrica.

El objetivo de este trabajo, es demostrar con evidencia científica el rol de la infección por Hp en la patogenia del Cáncer Gástrico. Para ello se realizó una revisión sistemática de la literatura, considerando la mejor evidencia de relación entre HP y Cáncer Gástrico. Se analizaron estudios publicados en los últimos diez años. Se utilizaron bases de datos MEDLINE, LILACS y COCHARNE, con términos MeSH y palabras libres. Los estudios seleccionados se analizaron utilizando una escala de calidad metodológica para analizar y comparar los estudios. Se realizó análisis con estadística descriptiva y analítica.

Se analizaron casos de los últimos 2 años en HCUCH de pacientes con Ca Gástrico con el antecedente de *H. Pylori* detectado en EDA

Se pudo evaluar y demostrar la prevalencia de anticuerpos IgG anti-Hp en los casos estudiados de Ca Gástrico, la fuerte correlación entre la tasa de infección por Hp con elevada prevalencia de Ca Gástrico y su comparación con determinados países, la presencia de gastritis atrófica y metaplasia intestinal en individuos con Hp como etapas que anteceden al desarrollo de displasia y cáncer, el rol fundamental de la hipoclorhidria como favorecedor de la proliferación de bacterias formadoras de nitritos carcinogénicos, la inducción de daño en el DNA a través de liberación de radicales libres de oxígeno por neutrófilos activados por Hp, el rol de polimorfismos genéticos, la participación de factores ambientales.

ADENOCARCINOMA APENDICULAR EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE. EXPERIENCIA DE 15 AÑOS

Drs. C. Muñoz, M. Villanueva, G. Soto, M. Sanhueza, N. Martínez, M. Salgado
(Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Servicio de Cirugía y Anatomía Patológica, Hospital Clínico, Universidad de Chile)

Introducción: La apendicitis aguda es una de las patologías quirúrgicas más frecuentes. El estudio histológico confirma el diagnóstico en su gran mayoría, sin embargo, una minoría no presenta este diagnóstico. El adenocarcinoma de apéndice es una neoplasia poco frecuente, generalmente asintomático. El diagnóstico se hace en su mayoría a través del estudio histopatológico de la muestra

quirúrgica enviada a análisis postresección del tejido apendicular con diagnóstico clínico de apendicitis aguda. Es poco frecuente la presunción diagnóstica en el preoperatorio.

Objetivo: Conocer la prevalencia del adenocarcinoma apendicular en apendicectomías en el Hospital Clínico, Universidad de Chile (HCUCH).

Material y Método: Estudio descriptivo, retrospectivo. Se analizó el total de informes histopatológicos de apendicectomías realizadas en el HCUCH entre el 1º de enero de 1991 y el 31 de abril de 2006. Se seleccionaron solamente aquellos pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma apendicular, registrando el diagnóstico clínico preoperatorio en cada caso.

Resultados: Se registró un total de 8275 apendicectomías. El 0,07% (n=6) presentó el diagnóstico de adenocarcinoma apendicular. La distribución según sexo muestra que el 83,3% (n=50) corresponde a pacientes de sexo femenino, mientras que el 16,7% (n=1) a sexo masculino. La edad promedio de los pacientes es de 50,8 años rango de 19 a 64 años). El diagnóstico inicial en estos pacientes que motivó la intervención quirúrgica fue: apendicitis aguda en el 66,6% (n=4), absceso apendicular en el 16,6% (n=1) y tumor ovárico en el 16,6% (n=1).

Conclusiones: El adenocarcinoma de apéndice presenta una baja frecuencia. La prevalencia es levemente inferior a la mostrada por otros grupos que la describen en cifras de hasta 0,24%. Se presenta más frecuentemente en pacientes de sexo femenino y en edades más avanzadas en relación a otros tumores apendiculares.

SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO FUERA DEL ALCANCE TERAPÉUTICO 1980-2006

Drs. M. Calderón, P. Burdiles, F. Parada
(Departamento de Cirugía. Hospital Clínico, Universidad de Chile)

Introducción: El cáncer gástrico es la neoplasia más letal en Chile. En sus etapas avanzadas presenta grandes dilemas sobre la conducta a seguir, es por eso que el conocer la sobrevida natural en estos pacientes puede ayudar a definir estándares para medir el resultado de terapias paliativas.

Material y Métodos: Estudio longitudinal, prospectivo, descriptivo, del seguimiento de los pacientes con cáncer gástrico Etapa IV (TNM= T4 y/o M1), evaluados por el equipo de cirugía digestiva del HCUCH entre 1980 y 2005, para lo cual se confeccionó un protocolo que incluía información sobre:

sexo, edad, histología, localización (evaluada por EDA, TAC y/o Eco abdominal), metástasis, patologías asociadas, quimioterapia y cirugías realizadas.

Se estudiaron un total de 368 pacientes (68,8% hombres y 31,2% mujeres), edad promedio 63,4 años \pm DE 9,19, separados en dos grandes grupos.

Los operados (218 pacientes). Mediante: Resección (54), gastrostomía (12), yeyunostomía (17), gastroyeyunoanastomosis (21) o solo laparotomía exploradora (113) y los No operados 150 pacientes por diversos motivos (Caquexia, ASA IV, pacientes terminales o por decisión propia). El tipo histológico difuso representaba el 53,64%, el intestinal 45,03%, < del 1% correspondía a otros tipos histológicos.

Las principales metástasis encontradas fueron las hepáticas en un 20,9% y las peritoneales en un 20,3%.

Resultados:

Cirugía	P50	P25
<i>Operados</i>		
Resección		6 meses
12 meses		
G - Y o GY anastomosis	5 meses	7 meses
Laparotomía exploradora	4 meses	7 meses
<i>No operados</i>		
Metástasis hepáticas	2 meses	4 meses
Metástasis peritoneales	1 mes	2 meses
Metástasis hepáticas y peritonitis	1 mes	2 meses

Conclusión: Los pacientes con cáncer gástrico en etapa IV muestran 2 tipos de comportamiento. El 50% de aquellos con criterio clínico de operabilidad y hallazgos intraoperatorios de Etapa IV, muestran una supervivencia de 6 meses y hasta 1 año para el total. En cambio los pacientes con criterio clínico de inoperabilidad por etapa IV o por ASA IV, viven en promedio 1 a 2 meses y rara vez más de 6 meses.

FUNDOPLICATURA DE NISSEN LAPAROSCÓPICO EN EL TRATAMIENTO DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO PATOLÓGICO. EXPERIENCIA DE 13 AÑOS

Drs. J. Contreras, C. Padilla, J. Gallardo, F. Ojeda, M. Venegas
(Departamento de Cirugía, Universidad de Chile)

Introducción: El reflujo gastroesofágico patológico (RGE) es la excesiva y permanente exposición del lumen esofágico al jugo gástrico. El tratamiento incluye dos posibilidades, manejo médico y quirúrgico.

Objetivo: Determinar perfil epidemiológico, clínico y evolución postoperatoria del paciente con resolución laparoscópica del RGE.

Material y Método: 180 pacientes operados laparoscópicamente de RGE, con técnica Nissen, desde 1993 a 2005. El estudio preoperatorio incluyó radiografía esófago-estómago-duodeno, pHmetría 24 horas endoscopia y manometría esofágica para protocolizar los pacientes. Se usó la clasificación de Savary para medir el grado de esofagitis. Se usaron las variantes Rossetti y Floppy-Nissen en la cirugía. En el postoperatorio se clasificó la disfagia y el grado de satisfacción con la clasificación de Visick.

Resultados: 180 pacientes, 57,2% mujeres, edad promedio 46 años. Síntomas preoperatorios promedio de 5,79 años, dado por pirosis 94,6% regurgitación 77%, disfagia 10,6%, síntomas respiratorios 40,1%. Hernia hiatal presente en 54%. Promedio de presión del esfínter esofágico inferior (EEI) 9,14 mmHg, largo total EEI 3,3 cm y largo esofágico abdominal 0,51 cm. El tiempo promedio de pH <4 16,33% y score De Meester 58,47. El diagnóstico preoperatorio fue RGE ácido en el 86,4% y el 64,57% presentó esofagitis grado II a IV. En la cirugía destaca: técnica Nissen-Laxo 62,65%, Nissen-Rossetti 37,5%, conversión 5,6%, complicaciones 12,29%, reoperación 2,23%, mortalidad 0%, hospitalización promedio 2,7 días. Con un seguimiento promedio de 11,63 meses, el 29,16% quedó con disfagia leve y 5% severa. Visick fue grado I en 81,95%.

Conclusión: Tanto las características generales como las condiciones clínicas del paciente coinciden con la literatura y cumplen los criterios de indicación de cirugía para corrección del RGE. La reparación laparoscópica tiene baja morbilidad, rápida recuperación y satisfacción alta para el paciente. La disfagia es una consecuencia conocida de esta cirugía, presentándose en la mayoría de los casos en grado leve.

TUMORES ESTROMALES: UN GRAN IMPOSTOR

Drs. R. Rossi M., R. Rossi F., C. Franco, M. Schultz
(Hospital Padre Hurtado. Clínica Alemana, Clínica Santa María)

Introducción: Los tumores estromales se ubican principalmente en el tracto digestivo (GIST) pero ocasionalmente están fuera de él. Su predominio endofítico o exofítico afecta la presentación clínica e imagenológica e influye en la terapia. Criterios de malignidad son: tamaño, número de mitosis, grado de necrosis. Su curación requiere de resección con márgenes negativos.

Objetivo: Estudiar una serie de pacientes con

diagnóstico histológico diferido de GIST y que radiológicamente fueron considerados tumores sólidos extraintestinales.

Método: Se revisaron casos que cumplieron estos criterios operados entre 2000-2006.

Resultados: Se evaluaron 5 pacientes, todas mujeres, entre 29-59 años. Los estudios imagenológicos hepático izquierdo o cuerpo de páncreas (1), tu cuerpo de páncreas (1), tu que compromete cabeza de páncreas y duodeno y retroperitoneo derecho (1). El tamaño promedio era de 9 cm (3-14 cm). La resección del tumor requirió de una gastrectomía subtotal en 2, una pancreatoduodenectomía en 2 y una resección laparoscópica en 1. En todos el estudio patológico diferido fue de GIST, con c-kit positivo. El origen era posiblemente gástrico en 2, relacionado a la pared medial del duodeno en 2 y uno incierto (gástrico versus extraintestinal).

Conclusiones: Los tumores estromales imitan tumores sólidos abdominales y retroperitoneales. Deben tenerse presente y la identificación de su irrigación puede facilitar definir su origen en el intraoperatorio. La resección debe ser completa y con márgenes negativos, lo que puede requerir de resecciones viscerales (estómago, duodeno, páncreas, etc.).

ANÁLISIS DE SOBREVIDA DEL CÁNCER GÁSTRICO EN ANILLO DE SELLO SEGÚN PROFUNDIDAD Y COMPROMISO LINFONODAL

Drs. F. Venturelli, C. Cárcamo, A. Venturelli, M. Born, C. Jara, E. Mancilla, K. Heise, C. Carrasco (Instituto de Cirugía, Universidad Austral de Chile, Hospital Clínico Regional Valdivia)

El adenocarcinoma gástrico de células anillo de sello (AS) está catalogado como de peor pronóstico

comparado con los otros tipos histológicos. Esto se demostró en nuestra experiencia presentada en el trabajo anterior.

Objetivo: Analizar las características de la sobrevida del cáncer gástrico AS y no anillo de sello (NAS) considerando el compromiso en profundidad de la pared gástrica (T) y el números de linfonodos comprometidos (N).

Material y Método: Se revisa en forma retrospectiva todos los pacientes gastrectomizados por adenocarcinoma gástrico en el Hospital Base Valdivia entre los años 1988-2005. Se seleccionan los pacientes con informe histológico que revelan que más del 50% de sus células son anillo de sello y se comparan con el resto de los casos. Se analiza la sobrevida mediante las curvas de Kaplan-Meier, contrastando las curvas de supervivencia con los test de Log Rank y de Breslow.

Resultados: Se estudiaron 398 casos, 66 (16,6%) AS y 332 (83,4%) NAS.

En los AS 6 fueron incipientes y 60 avanzados. En los NAS 34 fueron incipientes y 295 avanzados. En el cáncer gástrico incipiente la sobrevida a 5 años en los AS es mejor que en los NAS, por el contrario en los avanzados los AS presentan una peor sobrevida. Al analizar la invasión linfonodal en los tumores avanzados se encontró que al mismo nivel de compromiso la sobrevida en los AS es menor en forma estadísticamente significativa, salvo cuando son N2 y N3 en la que no hay diferencia.

Conclusión: El cáncer gástrico incipiente el AS tiene mejor sobrevida que el NAS. En los tumores avanzados los AS N0 y N1 presentan una peor sobrevida que los NAS a diferencia de los incipientes. En los avanzados N2 y N3 la sobrevida es igualmente baja para ambos grupos.

Seccional: HERNIAS

TÉCNICA QUIRÚRGICA DE HERNIOPLASTIA INCISIONAL CON PROLENE HERNIA SYSTEM (PHS)

Drs. R. Rodríguez, C. Muñoz, L. Verdugo, J. Morales

(Hospital Base de Curicó, Universidad Católica de la Santísima Concepción)

Introducción: La hernioplastia constituye uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en nuestro país. La reparación a través de materiales protésicos se considera técnicas "libres de tensión". La hernioplastia con Prolene Hernia System (PHS) de Ethicon®, diseñada por Gilbert para la reparación de los defectos del conducto inguinal ha sido utilizada con éxito en la reparación de defectos ajenos al conducto inguinal, tales como hernias hiatales, umbilicales e incisionales. Es nuestro objetivo comunicar la técnica utilizada y nuestra experiencia inicial con PHS en la reparación de defectos herniarios incisionales.

Material y Método: Trabajo de tipo descriptivo de la técnica de hernioplastia incisional con PHS.

Caso Clínico: Paciente sexo femenino de 42 años de edad con antecedentes de diabetes mellitus 2 y colecistectomía abierta (laparotomía media supraumbilical) en el año 1996. Evoluciona con aumento de volumen en la región cicatricial de la herida operatoria de aproximadamente 5 centímetros de diámetro y reductible a la compresión. Se realiza cirugía electiva y se describe la técnica quirúrgica.

Técnica operatoria: Se reseca la cicatriz antigua de laparotomía. Se libera saco herniario y se reduce. Tras reducir el saco herniario se procede a disecar el espacio preperitoneal. El defecto aponeurótico se cierra hasta ajustar el tamaño del conector de la prótesis, quedando la hoja posterior de la malla en el espacio preperitoneal. Se fija la hoja anterior de la malla con puntos de colchonero (Prolene®) a la aponeurosis de los rectos.

La paciente evoluciona favorablemente en el postoperatorio, sin complicaciones y escaso dolor.

Conclusión: La hernioplastia con PHS ha demostrado ser efectiva y una técnica segura en el tratamiento de los defectos del conducto inguinal, lo que la ha llevado a ser utilizada en la reparación de otros defectos alejados del conducto inguinal con buenos resultados. Se expone esta técnica quirúrgica como alternativa a la reparación de los defectos herniarios de la pared abdominal.

HERNIOPLASTIA INGUINAL CON TÉCNICA PROLENE HERNIA SYSTEM (PHS). EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS A 4 AÑOS DE SEGUIMIENTO

Drs. J. Butte, F. León, N. Van Saint Jan, C. Hevia, F. Crovari, L. Ibáñez, J. Martínez, O. Llanos

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

Introducción: El uso de una prótesis PHS (doble disco) en la reparación de una hernia inguinal tiene como objetivo la reducción de la tensión y la disminución de la recidiva. La evaluación de la recidiva herniaria postoperatoria requiere de un seguimiento prolongado.

Objetivo: Evaluar los resultados quirúrgicos alejados de los pacientes con hernia inguinal operados con la técnica PHS.

Material y Método: Se estudió los registros clínicos de 62 pacientes operados de hernia inguinal con la técnica PHS, en un año, entre el 1/8/01 y el 1/8/02. Se logró controlar en forma completa, a 4 años de operados, a 53 (90%) y son los que corresponden al grupo de estudio. Se analizó el cuadro clínico, los hallazgos quirúrgicos y la evolución postoperatoria precoz y tardía. El seguimiento se realizó mediante evaluación clínica del médico tratante. Se consignó la presencia de recidiva y el estado funcional actual.

Resultados: El grupo está formado por 50 (94,3%) hombres y 3 (5,7%) mujeres, con una edad de $53,2 \pm 8,5$ años. A 7 enfermos se les había reparado una hernia contralateral y dos presentaban una ipsilateral recidivada. Siete enfermos tenían el antecedente de tabaquismo y 4 habían presentado episodio de atascamiento de su hernia. Se operaron en total 58 hernias, 20 derechas, 28 izquierdas y 5 bilaterales. El tiempo medio de evolución del cuadro clínico fue $14,7 \pm 24,7$ meses y el principal síntoma fue dolor en 52 pacientes. Se utilizó anestesia regional en 21 pacientes. La exploración quirúrgica mostró 25 hernias directas, 28 hernias indirectas y 5 hernias mixtas. Dos pacientes (2,5%) tuvieron una complicación postoperatoria precoz menor (un hematoma y un seroma), que se trataron satisfactoriamente en forma médica. En la evaluación practicada después de 4 años de la operación, se observó que ningún enfermo presentó recidiva herniaria, todos realizan sus actividades en forma normal y se sienten satisfechos con los resultados obtenidos.

Conclusiones: El seguimiento alejado de los enfermos operados con la técnica PHS no muestra recidiva herniaria y se asocia a una buena calidad de vida.

SEPARACIÓN DE COMPONENTES VIDEO ASISTIDA: EXPERIENCIA INICIAL

Drs. J Villalón, L. Urrutia, F. Macán, J. Ortega, M. Musleh, M. Buchheister, J. Hamilton
(Servicio de Cirugía. Hospital Padre Hurtado)

La cirugía de las hernias incisionales es una de las más frecuentes, siendo la reparación con prótesis irreabsorbible en sus distintas adaptaciones el procedimiento más frecuente en los defectos mayores. En situaciones que no es posible la instalación de malla, esta descrita una técnica de liberación de componentes, que permitiría un cierre primario gracias a la movilización de músculo y fascia para cubrir un defecto central. Sin embargo, este procedimiento no está exento de morbilidad precoz especialmente debido a la amplia liberación del colgajo fasciocutáneo que devasculariza los territorios dependientes de la arteria epigástrica.

Nuestro objetivo es mostrar una modificación de la técnica de separación de componentes que consiste en la liberación del músculo oblicuo externo en forma video asistida, permitiendo la movilización del componente sin comprometer la irrigación de la zona media.

Se presentan dos casos de pacientes seleccionados por presentar amplios defectos de la línea

media (mayores de 10 cm) secundarios a trauma, no susceptible de reparación tradicional con prótesis; y presentar un estado de pared susceptible de ser reparado con esta técnica (mediante estudio con TAC helicoidal). En ellos se realizó una liberación de componentes video asistida, reforzada con malla de Vicryl® retroaponeurótica, previa liberación de vísceras en la zona del defecto; ambos tiempos realizados por el mismo equipo quirúrgico.

Evolucionó sin incidentes, alta a los 3 días sin evidencia de complicaciones locales. Seguimiento de 3 meses paciente en buenas condiciones sin recidiva, con un resultado cosmético y funcional aceptable. Se discute la técnica.

SÍNDROME DE DOLOR INGUINAL. UN CUADRO POCO CONOCIDO

Drs. A. Acevedo, A. Viterbo, S. Valenzuela, M. Bravo, L. Revello, F. Díaz, V. Dellepiane
(Universidad de Chile)

Introducción: El síndrome de ingle dolorosa (SID) es escasamente mencionado en la literatura especializada. Desde la creación del programa de cirugía de las hernias en el centro de referencia de salud (CRS) Cordillera en 1998 el SID se ha ido diagnosticando cada vez con mayor frecuencia en la medida que fue identificado como una entidad clínica, frecuente en la consulta externa de la pared abdominal; el objeto de esta presentación es dar cuenta de la demografía y cuadro clínico de esta afección.

Material y Método: El presente es un estudio observacional descriptivo de los enfermos que consultaron en el CRS Cordillera por dolor inguinal desde junio de 1999 hasta mayo de 2006. Los instrumentos utilizados fueron la anamnesis, el examen clínico y la ecotomografía de la región inguinal cuando se estimó necesario.

Resultados: El SID se diagnosticó en el 10,1% de los 2536 pacientes examinados en este período. La edad promedio fue de 43,4% (15-86) años. El 57% de esta muestra fueron varones y el resto mujeres. El síntoma característico fue dolor de carácter neurálgico en la región inguinal, que se asoció a dolor en la cara lateral del muslo en el 81% de los casos. El promedio de duración del dolor fue de 14 (2-80) meses, presentando períodos de exacerbación y remisión. En el 3% de los casos existió dolor durante el reposo nocturno que se alivió con posición antálgica. Al examen físico se comprobó patología del canal inguinal en el 31,3% de los casos. Un

hallazgo patológico en el examen de columna dorsolumbar se pesquisó en el 65,1% de los pacientes, destacando el dolor a la percusión de las masas musculares paravertebrales a nivel de D12-L1. El examen neurológico de la región inguinal reveló frecuentemente hipoestesia, hiperestesia y/o paréntesis. El diagnóstico diferencial se efectuó con patología de la articulación coxofemoral, adenopatías de la región inguinal y otras.

Conclusiones: El SID es una afección que se observa con frecuencia en los centros especializados en hernias de la pared abdominal. Es poco conocido y subdiagnosticado en el nivel primario de salud. La cronicidad de los síntomas y la mala respuesta terapéutica contribuyen al escepticismo y frustración que afectan tanto al paciente como al médico tratante. Provistos de una ecotomografía, concurren estos pacientes al cirujano con el diagnóstico de hernia inguinal. Descartada una hernia inguinal por el examen físico y por la ecotomografía, nuestra experiencia señala hacia un compromiso de las raíces nerviosas de D12-L1 o un compromiso de los nervios ilioinguinal y cutáneo lateral del muslo en su trayectoria muscular o por el canal inguinal. El estudio de estos enfermos mediante RNM debería contribuir a precisar la etiología de este cuadro.

HERNIOPLASTIA INGUINAL CON MALLA SIN TENSIÓN. EXPERIENCIA CON ADHESIVO N-BUTIL-CIANOCRILATO

Dr. *M. Rocha G.*
(Unidad de Cirugía. Clínica Dávila, Santiago)

Introducción: La reparación inguinal con malla según Lichtenstein es en la actualidad una de las técnicas más utilizadas por su baja morbilidad, recurrencia, y fácil reproducibilidad. Sin embargo, de acuerdo a publicaciones recientes, no está exenta de problemas postoperatorios, como dolor e irritación local crónica, atribuidos a las suturas empleadas para fijación de la malla. El objetivo del presente trabajo es mostrar los resultados a corto plazo utilizando en esta técnica un adhesivo biodegradable como medio de fijación, en reemplazo de dichas suturas.

Material y Método: Desde enero 2005 a julio 2006 se intervienen 13 pacientes por hernia inguinal, 5 de los casos hernias bilaterales, con un total de 18 hernioplastias operadas de acuerdo a técnica de Lichtenstein, empleando para fijación de la malla de polipropileno N-butil-cianocrilato. La edad media del grupo fue 45,8 años con imágenes 25-62. El

84,6% de los casos fueron de sexo masculino. El 50% y 39% eran hernias tipo II y IIIa de Nyhus, respectivamente. Se excluyeron hernias crurales y recidivadas. Se incluye una escala lineal de 0 a 10 para evaluación del dolor postoperatorio. Seguimiento a corto plazo media 8 m (márgenes 1-18 m).

Resultados: Estadía hospitalaria promedio 1,45 días. Escala lineal del dolor media 1^{er} día: 1,8±1,1, 7^o día: 0. Evolución satisfactoria en todos los casos. Un paciente presenta hematoma leve en postoperatorio inmediato, de resolución progresiva espontánea. No hubo complicaciones mayores ni atribuibles a la utilización del adhesivo. Sin recurrencias hasta cierre de estudio.

Conclusión: El adhesivo biológico N-butil-cianocrilato, como medio de fijación de la malla en la técnica de Lichtenstein presenta buenos resultados inmediatos, reforzando los beneficios y características libre de tensión de dicha técnica, y evitando además la morbilidad del uso de suturas en estos tejidos. Por otra parte, los costos de suturas y cantidad de adhesivo son comparables en su utilización.

ENDOMETRIOSIS DE LA PARED ABDOMINAL. REEMPLAZO MUSCULAR CON PRÓTESIS. UNA NUEVA OPCIÓN TÉCNICA

Drs. *J. Rappoport, M. Meruane, C. Sarmiento, D. Rappoport, L. Moyano*
(Departamento de Cirugía y Servicio Anatomía Patológica, Hospital Clínico, Universidad de Chile)

La endometriosis puede afectar al 8 a 15% de las mujeres en edad fértil, El compromiso de la pared abdominal, después de cesárea, puede alcanzar una incidencia de 0,03 a 0,4%.

El único tratamiento eficaz, a largo plazo, es la resección quirúrgica de la lesión, con criterio oncológico. Esta amplia resección puede dejar como secuela, dolor y limitación funcional de la pared abdominal. El propósito del presente estudio, es presentar una modificación técnica, para contribuir a paliar estas secuelas.

Material y Métodos: Se presentan 3 pacientes, mujeres, con edades entre 30 y 37 años, con antecedente de haber sido sometido a cesáreas, entre 2 y 6 años antes. Presentaron aumento de volumen en la pared abdominal, comprometiendo los músculos rectos anteriores en situación infra-umbilical; 4 meses a 3 años de evolución. Los estudios de imágenes (Eco y/o Tac) apoyaron el diagnóstico de endometriosis de la pared abdominal.

Las pacientes fueron sometidas a resección quirúrgica con criterio oncológico entre Marzo y

Julio 2006. Identificada la lesión se procede a marcar el plano aponeurótico 2 cm por fuera del límite palpable, y luego se reseca en block. Todas las muestras fueron enviadas a biopsia rápida para asegurar márgenes libres de tumor.

Se utilizó malla de Vicryl-r 15 x 15 cm. Plegada en 3 ó 4 dobleces, en el plano muscular, suturando con vicryl-r 0 corrido, para estabilizar y reemplazar este plano.

Sobre esta se colocó malla de polipropileno, sobrepasando 3 a 4 cm, el borde aponeurótico, para evitar la aparición de una hernia incisional. Se dejó drenaje subcutáneo.

Resultados: Las lesiones medían 22 a 26 mm de diámetro mayor, el segmento resecaó medía 6 a 9 cm de largo, por 4 a 6 cm de ancho. Las biopsias confirmaron el diagnóstico.

La evolución postoperatoria inmediata y los controles a la fecha, no mostraron complicaciones.

Se presenta una modificación técnica, que contribuye a estabilizar el plano músculo aponeurótico, después de una resección con criterio oncológico de la pared abdominal, que no hemos encontrado descrita en la literatura, y que puede ser aplicada en todos los casos de resección oncológica de la pared abdominal. El seguimiento a largo plazo de un mayor número de casos permitirá establecer la utilidad de esta técnica.

ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS DE LA COHORTE PROSPECTIVA DE PACIENTES SOMETIDOS A HERNIOPLASTIA INGUINAL, EN PROTOCOLO DE HOSPITALIZACIÓN ABREVIADA, EN EL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE DE VIÑA DEL MAR

Drs. C. Adelsdorfer, M. Slako, J. Carter, C. Bergh, E.U. C. Benavides

(Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, Servicio de Cirugía Adultos. Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso)

La hernioplastia en el adulto, es la técnica quirúrgica más comúnmente realizada por el cirujano

general. Desde la década de los 80, existe un auge por la cirugía ambulatoria en esta patología.

Objetivo: Evaluar la incidencia de complicaciones postoperatorias y sus posibles asociaciones con factores de riesgo, en hernioplastia inguinal electiva, en protocolo de cirugía de un día.

Material y Método: Cohorte prospectiva de 214 pacientes operados de hernia inguinal, entre abril de 2003 y noviembre de 2005. Se excluyeron los pacientes con recidivas y con ASA III y IV. Se consignaron los datos del paciente, tipo herniario, tratamiento quirúrgico, tipo de complicación y control. El análisis estadístico fue realizado mediante la prueba de Chi cuadrado (univariadas), y regresión logística (multivariadas), se consideró diferencias significativas un valor de $p < 0,05$, para esto se utilizó el programa estadístico S.P.S.S. 11.0.

Resultados: El promedio de edad fue de 54,3 años (17-84), con predominio masculino (90,7%). Se controló al 100% de los casos en los primeros 30 días de la intervención, control telefónico (78%), y en el policlínico (100%). El 36% de los casos fue ASA II, 81% correspondió a tamaños pequeños e intermedios de la clasificación de tradicional. Complicaciones postoperatorias presentaron el 15% de los casos, la más frecuente fue el seroma (4,2%), la más grave atrofia testicular y dolor crónico invalidante en 1 paciente (0,47%), debiendo finalmente realizar orquiectomía. Infección de herida operatoria correspondió al 0,47%, un paciente ASA I, sin rechazo al material protésico. Al analizar posibles factores de riesgo en el análisis uni y multivariadas, ninguno logró ser significativo ni independiente para predecir complicaciones, si mostraron tendencia, la mayor edad del paciente y el tiempo quirúrgico. El nivel de satisfacción, se realizó mediante encuesta simple de 10 puntos, logrando una satisfacción usuaria del 90% sobre los 8 puntos. El 95% ha sido controlado hasta agosto de 2006, con una media de seguimiento de 20 meses y sin presentar recidiva.

Conclusiones: La herniorrafia inguinal en un protocolo de cirugía de un día, en el hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, ha logrado niveles de satisfacción adecuados, además de un mínimo de complicaciones postoperatorias inmediatas.

Seccional: HÍGADO, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

CONTROL DEL SIRS COMO CRITERIO PARA DURACIÓN DE LA TERAPIA ANTIMICROBIANA EN COLANGITIS AGUDA

Drs. G. Hein, J. Fernández, F. Izquierdo, G. Mordojovich, M. Lavin. Int. F. Melibosky, C. Arias, L. Castro (Servicio de Cirugía Hospital FACH. Universidad de Valparaíso. Interno Facultad de Medicina Universidad Mayor)

Introducción: El drenaje de la vía biliar por CPRE es la terapia de elección de la colangitis aguda (CA). El objetivo de la terapia antimicrobiana en CA es controlar el cuadro séptico y no esterilización de la bilis; indicándose en general por 7-10 días postdrenaje de la vía biliar. Sin embargo, no existen suficientes estudios que determinen la duración óptima de la terapia antimicrobiana. El objetivo del trabajo es comparar en forma retrospectiva la evolución de pacientes sometidos a CPRE por CA, en relación a la duración de la terapia antimicrobiana.

Materiales y Métodos: Se definió CA como presencia de SIRS y obstrucción de la vía biliar, tratamiento antimicrobiano acortado (TAA) a menos de siete días y tratamiento antimicrobiano prolongado (TAP) como siete o más días. Se analizaron datos demográficos, causa de obstrucción, tiempo para control del SIRS post CPRE, y morbimortalidad. Se definió reingreso como necesidad de hospitalización por CA antes de 30 días del alta, y reintervención como necesidad de una nueva CPRE en la misma hospitalización.

Resultados: Se analizaron 100 episodios de CA. El promedio de edad fue de 68 años (41-92). El 25% de los pacientes recibió TAA. El control del SIRS se produjo en promedio a los 2 días (0-7) de la CPRE, requiriendo reintervención en un 10% y reingreso en un 9% sin registrarse diferencias significativas entre el grupo de TAA y TAP. No hubo mortalidad por CA.

Conclusión: La presente serie muestra una evolución similar post CPRE por CA en pacientes con TAA y TAP; observándose resolución precoz del SIRS luego del drenaje de la vía biliar.

Discusión: Se plantea que la terapia antimicrobiana en CA debiera mantenerse solo hasta la resolución del SIRS luego del drenaje exitoso de la vía biliar. Se propone la validación de estos resultados con un trabajo prospectivo.

PROPOSICION DE UN ALGORITMO SIMPLE DE DIAGNOSTICO Y MANEJO DE COLESTASIA EN UN SERVICIO DE URGENCIA

Drs. G. Hein, J. Fernández, F. Izquierdo, G. Mordojovich, M. Lavin. Int. F. Melibosky, C. Arias, L. Castro

(Servicio de Cirugía Hospital FACH. Universidad de Valparaíso. Universidad Mayor)

Introducción: La ictericia obstructiva continúa representando un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencia nacionales. Un 10-14% de los pacientes portadores de colecistolitiasis presentan coledocolitiasis. Se han propuesto diversos esquemas de estudio preoperatorio de coledocolitiasis, no siempre aplicables de acuerdo a la disponibilidad de medios en cada centro, especialmente en los servicios de urgencia. La CPRE requiere una adecuada selección de pacientes para evitar complicaciones y procedimientos en blanco en pacientes sin patología. La litiasis residual de cólecoco es una temida complicación del cirujano de urgencia, por lo que su diagnóstico preoperatorio es relevante. Se ha propuesto definir grupos de alto riesgo de cóledocolitiasis previo a la colecistectomía de urgencia, para definir su manejo y vía de abordaje.

Objetivo: Proponer un algoritmo de estudio y tratamiento de coledocolitiasis, simple y secuencial, aplicable en la mayoría de los servicios de urgencia de nuestro país, tendiente a minimizar el número de procedimientos invasivos sin hallazgos patológicos y minimizar la posibilidad de la coledocolitiasis de diagnóstico intra o postoperatorio. *Materiales y Métodos:* Se analiza la sensibilidad,

especificidad y rendimiento de diversos métodos de estudio de coledocolitiasis, categorizando a los pacientes en 3 grupos de riesgo de coledocolitiasis; proponiendo un algoritmo de estudio y manejo de coledocolitiasis de acuerdo a dichos resultados.

Resultados: En nuestro centro, pacientes con cuadro clínico sugerente, colecistolitiasis a ecografía y dilatación de vía biliar sobre 7 mm, asociados a GPT sobre 10 veces el valor de referencia y bilirrubina total sobre 3,2, presentan un riesgo superior a 90% de obstrucción de vía biliar extrahepática.

Discusión: El cuadro clínico, las pruebas hepáticas y la ecografía, representan el mejor esquema de estudio preCPRE o cirugía de urgencia, con alta probabilidad de realizar confirmación diagnóstica y terapéutica en el mismo procedimiento. Estudios poco accesibles y de alto costo como la RNM, deben reservarse para casos seleccionados.

BIOPSIA RÁPIDA EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. EVALUACIÓN PROSPECTIVA DE PROTOCOLO DE INDICACIÓN

Drs. J. Hamilton, R. González, C. Cavalla, P. Salinas, A. Rodríguez, G. Wiedmaier, E. Rivas, R. Rossi, H. Richter, R. Ares, C. Maturana, I. Valencia, Als. F. Verdugo, M. Honorato, M.J. Roa
(Hospital Padre Hurtado. Clínica Santa María)

Introducción: El cáncer de vesícula es una de las principales causas de mortalidad por cáncer en nuestro país. Numerosos estudios han establecido una relación directa entre la presencia de patología litiasica vesicular y el desarrollo de un cáncer vesicular. En un porcentaje importante de los casos este diagnóstico se realiza en el postoperatorio, principalmente posterior a la realización de una colecistectomía laparoscópica.

Objetivo: Evaluar en forma prospectiva un protocolo de indicación de biopsia rápida de vesícula biliar durante la colecistectomía laparoscópica para la identificación intraoperatoria de los casos de cáncer vesicular.

Material y Método: Se confeccionó un protocolo de indicaciones para la realización de biopsia contemporánea, el cual incluye hallazgos ecográficos, macroscópicos intra y postoperatorios de la pieza quirúrgica, síndrome de Mirizzi, colecistitis aguda y la presencia de fístula biliodigestivas. Se revisaron las fichas clínicas, ecografías preoperatorias, protocolos operatorios y resultados de las biopsias rápi-

das de todas la colecistectomías laparoscópicas realizadas en el Hospital Padre Hurtado entre los años 2000 y 2005. Se registraron datos demográficos, descripción de la pieza operatoria, resultado de la biopsia rápida.

Resultados: Se reclutaron 238 pacientes. Edad promedio 59,4 años. Un 74,8% fueron mujeres. Se presentaron 22 casos de cáncer vesicular, lo que da una tasa de 9,2%. La sensibilidad y especificidad del protocolo para detectar estos casos fue de un 82% y 89%, con un valor predictivo positivo de 8% y negativo de 99,8%. Las indicaciones más sensibles fueron síndrome de Mirizzi, pared irregular, tumor intraluminal en ecografía y macroscopia sospechosa en el intraoperatorio.

Conclusión: Estos resultados muestran que el protocolo propuesto para la detección de cáncer vesicular es válido como herramienta de evaluación de pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica.

EVALUACIÓN DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD POSTCOLECISTECTOMÍA EN PACIENTES CIRRÓTICOS

Drs. J.M. Butte, G. Tapia, M. Salinas, D. Montaldo, J. Martínez, L. Ibáñez, N. Jarufe
(Departamento de Cirugía Digestiva, División de Cirugía. Pontificia Universidad Católica de Chile. Fundación Científica y Tecnológica ACHS)

Introducción: Los pacientes cirróticos tendrían una mayor morbilidad y mortalidad después de una colecistectomía.

Objetivos: Comparar la morbilidad y mortalidad y determinar factores predictores de ellas, entre un grupo de enfermos cirróticos (grupo A) y no cirróticos (grupo B) sometidos a una colecistectomía por litiasis vesicular.

Material y Métodos: Se analizó retrospectivamente los registros clínicos de 23 pacientes cirróticos sometidos a una colecistectomía entre los años 2000 y 2006. El grupo B fue pareado por edad \pm 4 años, sexo y tipo de cirugía. En cada grupo se evaluaron parámetros clínicos y perioperatorio a 30 días o hasta el alta. En los cirróticos se utilizó la clasificación de Child y MELD como predictores de complicación. Se utilizó el test de wilcoxon, el test de McNemar y la prueba exacta de Fisher, considerando un $p < 0,05$.

Resultados: En el grupo A: 81,8% eran Child A, 13,6% B y 4,6% C y el MELD fue de $8,5 \pm 4,2$ puntos. Seis tenían hipertensión portal (HTP). Se presentaron complicaciones postoperatorias en

21,7% enfermos del grupo A y en 8,7% del B ($p=ns$). Las del A fueron: 1 hemoperitoneo, 1 isquemia mesentérica, 1 síndrome convulsivo, 1 infección de herida operatoria y 1 uropatía obstructiva. Fallecieron los pacientes con hemoperitoneo e isquemia intestinal por síndrome hepatorenal (8,6%). En el grupo B hubo: 1 coledocolitiasis residual que se resolvió por CPRE y 1 diarrea aguda inespecífica (8,6%). No hubo mortalidad en el grupo B ($p=ns$). Dos (33,3%) enfermos con HTP y 3 (17,6%) sin HTP presentaron complicaciones ($p=ns$). La mortalidad de los enfermos con HTP fue de 33,3% mientras que no hubo fallecidos en los sin HTP ($p=0,059$). No hubo muertos entre los Child A, mientras que un 33,3% de los Child B y un 100% de los Child C fallecieron ($p<0,05$). El MELD de los fallecidos fue de 14 ± 7 y en los no fallecidos de $7,9 \pm 3,7$ puntos ($p=0,07$).

Conclusiones: A pesar de que no se encontraron diferencias entre ambos grupos, los pacientes cirróticos se complican más y en forma más grave que los no cirróticos. Entre los cirróticos la mayor morbilidad y mortalidad la tienen los enfermos con mayor Child. En la determinación de la mortalidad también son importantes la presencia de HTP y el score de MELD, que en esta serie no fueron significativos por el pequeño número de pacientes.

FACTORES ASOCIADOS A COLECISTECTOMÍAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS CONVERTIDAS

Drs. I. Silva, E. Enríquez, R. Durán, R. Alvarez, H. Molina, O. Torres, Int. J. Moretti
(Hospital Clínico Regional de Concepción, Universidad de Concepción)

Introducción: La colecistectomía laparoscópica se ha transformado en el gold standard para el tratamiento de la colelitiasis. Algunos pacientes requerirán conversión a cirugía abierta. Se han identificado y descrito en la literatura diversos factores de riesgo que son de utilidad para predecir la probabilidad de conversión.

Objetivo: Determinar la frecuencia de presentación de los factores asociados a conversión en la colecistectomía videolaparoscópica.

Material y Método: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. El universo incluye todos los pacientes operados de colecistectomía videolaparoscópica convertidas a cirugía abierta en el Hospital Clínico Regional de Concepción entre enero de 2003 y enero de 2005. Se analizan las fichas clíni-

cas de los pacientes y se recolectan datos en protocolo especialmente diseñado.

Resultados: En el período estudiado se realizaron 620 colecistectomías de las cuales 70 fueron convertidas a cirugía abierta (11,3%). En el grupo estudiado, el 70,0% fueron pacientes de sexo femenino, la edad promedio fue 56 años (rango 21-82) y el 30% de los pacientes eran mayores de 65 años. El 57,1% de los pacientes, presentó cuadro clínico compatible con inflamación aguda y el promedio de días de evolución, desde el inicio del cuadro hasta la cirugía, fue 7,2 días. En el 25,7% de los pacientes se emplearon antibióticos preoperatorios. En el 30,2% se demostró engrosamiento ecográfico de la pared vesicular. Un 71,4% de los pacientes presentó PCR elevada y un 51,4% leucocitosis. El 13% presentó alguna alteración en las pruebas funcionales hepáticas y el 48% presentó un patrón colestásico. En un 25,7% se realizó CPRE y de estos, el 44,4% evidenció coledocolitiasis.

Conclusión: En nuestro Servicio, el porcentaje de conversión de las colecistectomías videolaparoscópicas concuerda con la literatura nacional, presentándose principalmente en mujeres y en pacientes mayores de 65 años. La mayoría de los pacientes, presentó parámetros inflamatorios elevados, siendo la PCR el parámetro más alterado.

FÍSTULA COLECISTODIGESTIVA: REVISIÓN DE CASOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

Drs. M. Meruane, M. Fernández, Ints. P. Gavilán, L. Lara
(Departamento de Cirugía. Hospital Clínico. Universidad de Chile)

La fístula colecistodigestiva constituye una complicación poco frecuente de la patología biliar litiásica con baja incidencia y gran variedad de formas clínicas.

El objetivo de este trabajo es evaluar el diagnóstico y tratamiento de esta patología en los últimos 5 años.

Se revisó retrospectivamente 28 casos sometidos a tratamiento quirúrgico entre los años 2001 y 2005 en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

El promedio de edad fue de 60 años, el 60% de los casos son de sexo femenino. Los síntomas más frecuentes fueron dolor abdominal en un 89% y vómitos en 28%, seguido de ictericia en 17% y fiebre en un 10%. El diagnóstico preoperatorio por

imágenes (Ecografía y/o Scanner) fue obtenido en un 11% de los casos y se asoció a colecistitis aguda en un 14%. Un 38% fue intervenido por laparotomía, el resto por videolaparoscopia con un porcentaje de conversión de 81%. La fístula más frecuente fue la colecisto-duodenal en un 66% seguido de la colecistocolónica en un 21% y 13% de colecistogástrica. Se realizó colangiografía intraoperatoria en un 30%, en todos los casos se dejó drenaje postquirúrgico y no se constató la presencia de complicaciones postquirúrgicas mayores.

El diagnóstico preoperatorio de la fístula colecistodigestiva es bajo, lo que en consecuencia lleva a un alto índice de conversión en la cirugía laparoscópica. La frecuencia en los subtipos de fístulas se mantiene similar a lo reportado en la literatura.

EVOLUCIÓN EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA COLEDOCOLITIASIS ASOCIADA A COLECISTITIS AGUDA

Drs. M. Meruane, M. Fernández, Ints. P. Gavilán, L. Lara

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

La coledocolitiasis tiene mayor incidencia asociada a colecistitis aguda, existen diversas alternativas quirúrgicas influenciadas por el diagnóstico preoperatorio clínico e imagenológico.

El objetivo de este trabajo es evaluar la evolución en el diagnóstico y tratamiento de este cuadro en los últimos 5 años en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Se revisó retrospectivamente 70 casos sometidos a tratamiento quirúrgico entre los años 2001 y 2005.

El promedio de edad fue de 52 años, el 70% de los casos son de sexo femenino. Se realizó ecografía a todos los pacientes, colangiografía magnética (CRM) a un 20%, cirugía endoscópica (ERCP) y posterior colecistectomía por videolaparoscopia en un 35%, siendo progresivo el incremento de ambos hasta el último año (64% CRM y 57% ERCP en 2005). Un 51% fue resuelto con colecistectomía abierta y coledocotomía. Un 7% fue resuelto por videolaparoscopia y un 7% por ERCP postquirúrgica. La coledocolitiasis residual en total fue de un 15%.

Existe un incremento progresivo en el manejo preoperatorio de esta patología con el uso de ERCP, explicad por el mejor diagnóstico imagenológico,

con la consecuente disminución en el número de laparotomías. A la vez el manejo completo por videolaparoscopia ha sido poco frecuente en los últimos años.

EVALUACIÓN DE ECOGRAFÍA COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO EN COLEDOCOLITIASIS

Drs. J. Rivero, F. Castillo, C. Meirovich, R. Palacios
(Asistencia Pública, Universidad de Santiago de Chile)

Introducción: La ecografía es uno de los métodos de apoyo diagnóstico más utilizado en las patologías de la vía biliar, con gran variabilidad de sensibilidad y especificidad (S: 55-91%, E: 40-75%) por ser operador dependiente, siendo de mayor dificultad técnica la visualización de coledocolitiasis, que esta presente en 10-20% pacientes con colelitiasis.

Objetivo: Evaluar la ecografía como método diagnóstico de coledocolitiasis en el Servicio de Cirugía del Hospital de Urgencia Asistencia Pública.

Materiales y Método: Revisión retrospectiva de pacientes con estudio ecográfico, que fueron posteriormente sometidos a ERCP en el Hospital en el año 2005. Se excluyen aquellos pacientes con diagnóstico previo de coledocolitiasis (TAC, colangiografía resonancia, ERCP previa o colangiografía por sonda T) y aquellos con antecedentes de neoplasia biliopancreática o con extensión a la vía biliar. La indicación de ERCP fue por clínica, laboratorio y/o hallazgos de ECO. Del total de pacientes sometidos a ERCP (269) un 59,5% (160) cumplieron los criterios de inclusión:

Resultados: Se incluyó un total de 160 pacientes, con una edad promedio de 58,7 años, siendo 51 hombres (31,9%) y 109 mujeres (68,1%). En 89 pacientes se tuvo diagnóstico ecográfico de coledocolitiasis, de los cuales en 70 (78,6%) se confirmó con ERCP, mientras que en 19 (21,4%) la ERCP fue negativa. De los 71 pacientes restantes en que no se visualizó coledocolitiasis a la ecografía, a la ERCP, 34 (47,9%) fueron negativos para litiasis, 32 (45,1%) presentaron litiasis y 5 (7%) obstrucción de otra etiología (2 estenosis postoperatoria, 2 neo, 1 fasciola).

Conclusión: La ecografía es un método aceptable para el estudio de la vía biliar en el HUAP, con una sensibilidad de 65,4% y una especificidad de 64,2% con un VPP de 78,7% y un VPN de 47,1%. Dado el bajo VPN debe predominar la clínica, en caso que se sospecha de patología biliar, para continuar el estudio de ésta.

ENFERMEDAD DE CAROLI: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL CLÍNICO, UNIVERSIDAD DE CHILE 1994-2005

Drs. J. Díaz, F. Parada, A. Csenedes, F. Maluenda, Int. J. Molina, H. Lembach, M. Cordero (Departamento de Cirugía, Hospital Clínico, Universidad de Chile)

Introducción: La enfermedad de Caroli, corresponde a una dilatación segmentaria de tipo adquirida no obstructiva de la vía biliar intrahepática, es una patología poco frecuente en nuestro medio y en la literatura.

Objetivo: Conocer características de presentación y respuesta al tratamiento de dicha enfermedad en HCUCH

Pacientes y Métodos: Revisión entre los años 1994-2005, diagnóstico y manejo de enfermedad de Caroli.

Resultados: Se seleccionaron de la base de datos de patología hepática 18 pacientes: 11 mujeres (61,1%) y 7 hombres (38,8%), con edad promedio al diagnóstico: 49,8 años. Presentación clínica 88,8% dolor abdominal, 55,5% ictericia, 44,4% coluria, 33,3% fiebre, 11,1% acolia o vómitos y ninguno presentó hemorragia digestiva alta. Exámenes imagenológicos: RNM y colangio RNM tuvo 75% de detección de dilatación de la vía biliar dilatada intrahepática, a diferencia de ERCP, TAC y ECO abdominal, con una utilidad entre el 40-57%. El diagnóstico en 88,8% fue enfermedad de Caroli localizada, 72,2% en lóbulo hepático izquierdo. Todos fueron a tratamiento quirúrgico, 94,4% segmentectomía y 5,88 destechamiento de quistes. La cirugía duró en promedio 3,4 horas, y la hospitalización 8,7 día. La incidencia de complicaciones fue 11,76%, con mayoría de biliosas y colecciones intraabdominales, seguidos por neumopatías. No hubo mortalidad operatoria.

Hubo seguimiento en 50% de los casos con promedio de 29,38 meses, encontrándose recidiva sólo en un paciente, con nueva resolución quirúrgica.

Conclusiones: Tanto las características de presentación como la respuesta a tratamiento de la enfermedad de Caroli en nuestro medio son similares a las descritas en la literatura, excepto la edad de diagnóstico que en la literatura es a los 22 años.

TRASPLANTE HEPÁTICO, EXPERIENCIA EN 53 TRASPLANTES EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

Drs. J. Díaz, J. Rojas, G. Rencoret, G. Cardemil, J. Castillo, C. Toledo, J. Godoy, J. Escobar, X. Rodríguez, J. Poniachick, D. Okseberg, J. Valera,

J. Contreras, M. Vivanco, C. Ospina, J. Cárdenas (Departamento de Cirugía, Equipo Hepato-Biliar, Hospital Clínico, Universidad de Chile)

Introducción: El trasplante hepático ortotópico (THO) constituye un procedimiento quirúrgico probado para tratar diversas patologías que determinan daño hepático crónico (DHC). El objetivo del presente trabajo es comunicar la experiencia en 53 THO realizadas a 47 pacientes en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Material y Método: Se analizan 53 THO realizados a 47 pacientes entre agosto 2002 hasta agosto 2006. Se controlan variables epidemiológicas, clínicas, laboratorio, morbilidad y mortalidad y seguimiento alejado del paciente y del injerto. La muestra está constituida por 27 (57,4%) hombres y 20 mujeres (42,5%), con un promedio de edad de 55,2 años (21-65 años). Cuarenta y tres pacientes (91,5%) recibieron un THO, cuatro recibieron más de un THO.

Resultados: La principal indicación de THO, fue el DHC por virus C (VHC) en 15 pacientes (31,9%) y la falla hepática fulminante (FHF) en 9 (19,1%). Dentro de la morbilidad más relevante se encuentran las complicaciones de la vía biliar en 20%, la trombosis de la arteria hepática ocurrió en 3 de 53 THO (5,6%) y trombosis de vena porta 1/53 THO (1,8%). La mortalidad operatoria fue de 4/47 pacientes (8,5%), o 4/53 THO (7,5%). La sobrevida alejada de los pacientes es de 94,2% a los 12, 24, 36 y 48 meses.

Conclusión: El THO es una herramienta válida para solucionar diversas patologías que determinan DHC. Los resultados de morbimortalidad son aceptables y la sobrevida alejada, de esta serie, es mejor que las reportada.

RESECCIONES HEPÁTICAS ANATÓMICAS VS NO-ANATÓMICAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS METÁSTASIS HEPÁTICA COLORRECTALES

Drs. E. Norero, J. Butte, B. Norero, I. Duarte, J. Torres, G. Pinedo, F. López, L. Ibáñez, A. Zúñiga, S. Guzmán, J. Martínez, N. Jarufe (Departamento de Cirugía Digestiva y Anatomía Patológica. División de Cirugía, Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: Con los avances en cirugía hepática, se han podido realizar resecciones de magnitud antiguamente impensadas. Con el aumento de la incidencia de cáncer colorrectal y por ende las metástasis hepáticas (MCR), existe controversia sobre que tipo de resección (anatómica vs no-anatómica), sería las más adecuadas para el tratamiento de las MCR.

Objetivo: Comparar los resultados de las resección hepáticas anatómicas (RA) vs no-anatómicas (RNA) en pacientes con MCR.

Material y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, sin embargo, desde el 2003 los datos fueron obtenidos de manera prospectiva desde un registro especialmente diseñado. Se incluyeron los pacientes con resecciones hepáticas por MCR entre 1990 y 2006. Se analizaron datos epidemiológicos, perioperatorios y seguimiento alejado. Se compararon las RA vs RNA (resecciones locales y/o subsegmentarias).

Resultados: Se realizaron 67 resecciones en 60 pacientes, hubo 6 re-resecciones. La edad promedio fue 60 ± 12 , 40 hombres y 20 mujeres. Se realizaron 48 RA y 19 RNA. Ambos grupos fueron comparables en edad y sexo. El tamaño (6,1 cm vs 2,4 cm; $p=0,003$) y el número de lesiones (2,6 vs 1,2; $p=0,03$) resecadas fue significativamente mayor en las RA. El tiempo operatorio (247 vs 183 min; $p=0,002$), el sangrado intraoperatorio (104 ml vs 394 ml; $p=0,04$) y el número de hospitalización fue similar (11 vs 9 días; $p=ns$). La morbilidad fue mayor en las RA (43% vs 15%; $p=0,005$). La mortalidad en ambos grupos fue 0%. Se logró R0 en 87% de las RA y en 57% de las RNA ($p=0,016$). La sobrevida a 3 años fue 50% para RA y 40% en RNA ($p=ns$).

Conclusión: Las RA permiten reseccionar en forma completa a pacientes con varias lesiones y/o de mayor tamaño. Tienen como desventaja una mayor morbilidad, tiempo operatorio y sangrado pero no interfiere mayormente en la evolución final postoperatoria.

MANEJO DE LOS HEMANGIOMAS HEPÁTICOS SINTOMÁTICOS (HHS). EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

Drs. M. Vivanco, J. Díaz, P. Palavicino, G. Rencoret, J. Castillo, C. Ospina, C. Muñoz, R. Luengas, M. Tapia, O. Gutiérrez, M. Cabezas, J. Bravo, C. Valdés, A. Valenzuela

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

Introducción: El hemangioma es el tumor hepático benigno más frecuente, su incidencia es alrededor entre un 2% y 7% en la población general. Las indicaciones de tratamiento en este tipo de patología es excepcional.

El objetivo de este trabajo es analizar la experiencia del HHS en nuestro grupo de trabajo.

Métodos: El presente es un trabajo retrospectivo en el cual se revisaron las fichas desde el año

1994 a la fecha en el cual el diagnóstico de egreso era hemangioma hepático. Los pacientes se dividieron en dos grupos. A) quirúrgicos y B) intervencional. La indicación quirúrgica en el grupo A fue el dolor en el 100% de los casos. La indicación en el grupo B fue: tamaño, relación con estructuras vecinas, en dos pacientes. En un paciente por rechazo a la cirugía, en otro por comorbilidad. Se compararon variables demográficas, clínicas, imagenológicas, estadía hospitalaria, morbimortalidad. El análisis de los resultados se efectuó mediante chi cuadrado.

Resultados: Se revisaron 13 fichas, 9 pacientes del grupo A, y cuatro del grupo B. Todos mujeres, promedio de edad fue de 42 años y de 54 años para el grupo A y B respectivamente. El síntoma predominante en ambos grupos fue el dolor. Todos se estudiaron con TAC. El diámetro promedio grupo A fue 11,3 cm (5,5 cm-15 cm) y grupo B 12,25 cm (7 cm-15 cm). El tiempo de hospitalización fue de 6 y 4 días para el grupo A y B respectivamente. No se requirió transfusión en ningún paciente. No hubo morbimortalidad en grupo A. Un paciente del grupo B presentó una crisis hipertensiva y edema pulmonar agudo postprocedimiento y otro paciente con dolor posterior al procedimiento en el seguimiento alejado.

Conclusión: La radiología intervencional y la cirugía son alternativas bastante válidas para el manejo de los pacientes con hemangioma, que requieran de terapia.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS METÁSTASIS HEPÁTICAS POR CÁNCER COLORRECTAL

Drs. E. Norero, N. Jarufe, J. Butte, B. Norero, I. Duarte, J. Torres, G. Pinedo, F. López, L. Ibáñez, A. Zúñiga, S. Guzmán, J. Martínez

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

Introducción: El tratamiento quirúrgico es el único que ofrece la posibilidad de curación del paciente con metástasis hepáticas por cáncer colorrectal (MCR).

Objetivo: Analizar la morbimortalidad y sobrevida de las resecciones hepáticas por MCR comparando 2 períodos.

Material y Método: Se realizó un estudio retrospectivo, sin embargo, desde el 2003 los datos fueron obtenidos de manera prospectiva desde un registro especialmente diseñado. Incluimos a los pacientes con resecciones hepáticas por MCR en-

tre 1990 y 2006. Se analizaron datos epidemiológicos, perioperatorios y seguimiento alejado. Se compararon los resultados entre 2 períodos: período 1 (1990-1997) y período 2 (1998-2006).

Resultados: Se realizaron 67 resecciones por MCR en 60 pacientes. La edad promedio fue 60±12 años, 40 hombres y 20 mujeres. Hubo 19 resecciones locales y 48 resecciones anatómicas: 17 hepatectomías derechas, 10 hepatectomías extendidas, 1 hepatectomía izquierda y 20 segmentectomías. En 24 casos la resección hepática se realizó en forma sincrónica con la cirugía colorrectal. El resultado oncológico de la cirugía fue R0 en 53 (79%) pacientes, R1 en 7 (10%) y R2 en 7 (10%). El tiempo operatorio promedio fue de 229±74 (min) y el sangrado promedio 921±861 (cc). La hospitalización fue de 10±4 días. La morbilidad fue de 35%, destacando: colecciones intraabdominales 6 (8%), fístula biliar 5 (7%), insuficiencia hepática 4 (5%) y hemoperitoneo 2 (3%). No hubo mortalidad perioperatoria. La supervivencia a 3 años fue de 46% (18/39) y a 5 años 25% (9/35). Al comparar el período 1 y 2; aumentaron en forma significativa el número de resecciones por año (14 vs 53, períodos 1 y 2 respectivamente); así como también las resecciones anatómicas (50% a 77%; $p=0,04$). El porcentaje de pacientes con puntaje 3-5 del Memorial Sloan Kettering fue de 7% para el período 1 y de 45% para el período 2 ($p=0,01$). La supervivencia a 3 años fue 35% y 52% para el período 1 y 2 respectivamente ($p=ns$).

Conclusión: Las resecciones hepáticas por metástasis colorrectales tienen morbimortalidad aceptable. Ha pesar del aumento de la resecabilidad, y por ende la magnitud de la cirugía en el segundo período, no hay diferencias en morbimortalidad y si parece tener mejores supervivencias comparado con el primer período donde predominan resecciones limitadas y no anatómicas.

ETESA: ¿CUÁL ES LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE LOS QUISTES HEPÁTICOS?

Drs. C. Manterola, V. Pineda, M. Vial
(Departamento de Cirugía y CIGES. Universidad de La Frontera, Temuco, Chile)

Introducción: Existe controversia acerca de la efectividad del tratamiento laparoscópico (TL) de los quistes hepáticos (QH).

Hipótesis: Existen estudios de buen nivel de evidencia, que respaldan el TL de los QH.

Objetivo: Revisar la evidencia disponible sobre la efectividad del TL de los QH.

Material y Método: Evaluación de tecnología

sanitaria. Se realizó una búsqueda en las bases de datos Biblioteca Cochrane Plus 2006. MEDLINE y EMBASE; en el buscador TRIP Database y agencias de evaluación de tecnología sanitaria. Dada la escasez de revisiones sistemáticas (RS) y ensayos clínicos, se consideraron todo tipo de estudios, publicados entre 1988 y 2006 en idiomas inglés, francés y español, que versaran sobre TL de los QH. Se excluyeron revisiones narrativas, artículos de discusión, cartas al editor; y, estudios que incluyeran pacientes con abscesos hepáticos. La extracción de datos y la evaluación de la calidad metodológica de los estudios se realizaron aplicando los criterios del Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2004. Los resultados fueron sintetizados y se realizó una valoración del conjunto de la evidencia utilizando la propuesta del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford, clasificando la calidad global de la evidencia para cada intervención como "calidad alta", "moderada" o "baja".

Resultados: La búsqueda bibliográfica recuperó 91 registros y después de aplicar criterios de elegibilidad, se identificaron 11 estudios que cumplían con los criterios de selección (1 RS, 1 estudio de cohortes y 9 series de casos). El TL de QH es un procedimiento factible de realizar (calidad baja). Existen diferentes opciones técnicas, que van desde el simple destechamiento de las lesiones a la resección total de éstas (calidad baja). La estancia hospitalaria y la morbilidad son menores a las reportadas por vía abierta (calidad baja). El riesgo de confundir un QH hidatídico con un QH no parasitario, debe ser considerado antes de la toma de decisiones, para reducir riesgos de complicaciones intra y postoperatorias (calidad baja).

Conclusión: La calidad de la evidencia existente sobre la efectividad del TL de los QH respecto de la vía laparotómica, es baja.

ETESA: ¿CUÁL ES LA EFECTIVIDAD DE LAS RESECCIONES HEPÁTICAS POR VÍA LAPAROSCÓPICA

Drs. C. Manterola, V. Pineda, M. Vial
(Departamento de Cirugía y CIGES. Universidad de La Frontera, Temuco, Chile)

Introducción: Existe controversia acerca de la efectividad las resecciones hepáticas por vía laparoscópica (RHVL).

Hipótesis: Existen estudios de buen nivel de evidencia, que respaldan la realización de RHVL.

Objetivo: Revisar la evidencia disponible sobre la efectividad de las RHVL.

Material y Método: Evaluación de tecnología

sanitaria. Se realizó una búsqueda en las bases de datos Biblioteca Cochrane Plus 2006, MEDLINE y EMBASE; en el buscador TRIP Database y agencias de evaluación de tecnología sanitaria. Dada la escasez de revisiones sistemáticas (RS) y ensayos clínicos, se consideraron todo tipo de estudios, publicados entre 1988 y 2006 en idiomas inglés, francés y español, referentes a RHVL. Se excluyeron revisiones narrativas, documentos de consenso, artículos de discusión, cartas al editor. La extracción de datos y la evaluación de la calidad metodológica de los estudios se realizaron aplicando los criterios del Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2004. Los resultados fueron sintetizados y se realizó una valoración del conjunto de la evidencia utilizando la propuesta del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford, clasificando la calidad global de la evidencia para cada intervención como "calidad alta", "moderada" o "baja".

Resultados: La búsqueda bibliográfica recuperó 63 registros. La lectura detallada de los artículos permitió incluir 12 estudios que cumplían con los criterios de selección (1 RS, 4 estudios de cohortes y 7 series de casos). La RHVL es un procedimiento factible de realizar (calidad baja). Existe evidencia que las RHVL la asocian con menor estancia hospitalaria y una reducción de las pérdidas hemáticas respecto de las resecciones por vía abierta (calidad baja). La estancia hospitalaria es menor en RHVL respecto de resecciones abiertas (calidad baja). Las cifras sobre morbilidad y mortalidad en RHVL es similar a la reportada en resecciones por vía abierta (calidad baja).

Conclusión: No se dispone de estudios comparativos de apropiado nivel de evidencia, acerca de la efectividad y seguridad de las RHVL.

ETESA: ¿CUÁL ES LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE LA LITIASIS DE LA VÍA BILIAR PRINCIPAL?

Drs. C. Manterola, V. Pineda, M. Vial
(Departamento de Cirugía y CIGES. Universidad de La Frontera, Temuco, Chile)

Introducción: Existe controversia acerca de la efectividad de la cirugía laparoscópica (CL) en el tratamiento de la litiasis de la vía biliar principal (TLVBP).

Hipótesis: Existen estudios de buen nivel de evidencia, que respaldan la CL en el TLVBP.

Objetivo: Revisar la evidencia disponible sobre la efectividad de la CL en el TLVBP.

Material y Método: Evaluación de tecnología sanitaria. Se realizó una búsqueda en las bases de datos Biblioteca Cochrane Plus 2006, MEDLINE y

EMBASE; en el buscador TRIP Database y agencias de evaluación de tecnología sanitaria. Dada la escasez de revisiones sistemáticas (RS), guías de práctica clínica (GPC) y ensayos clínicos (ECA), se consideraron todo tipo de estudios, publicados entre 1988 y 2006 en idiomas inglés, francés y español, que versaran sobre CL en LVBP en adultos. Se excluyeron revisiones narrativas, documentos de consenso, cartas al editor; y estudios que incluyeran pacientes con colangitis, cáncer periampular y pancreatitis aguda. La extracción de datos y la evaluación de la calidad metodológica de los estudios se realizaron aplicando los criterios del Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2004. Los resultados fueron valorados utilizando la propuesta del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford, clasificando la calidad global de la evidencia para cada intervención como "calidad alta", "moderada" o "baja".

Resultados: La búsqueda bibliográfica recuperó 60 registros. La lectura detallada de los artículos permitió incluir 12 estudios que cumplían con los criterios de selección (4 RS, 1 ECA, 1 GPC, 3 estudios de cohortes, 3 series de casos). La CL en el TLVB es un procedimiento factible de realizar (calidad moderada y alta). La cirugía en dos etapas (papilotomía endoscópica seguida de CL), es la estrategia más apropiada en pacientes de alto riesgo (calidad alta). La mortalidad de la CL en el TLVBP es similar a la de cirugía abierta; la morbilidad de CL es similar a la del tratamiento endoscópico; y, la efectividad de la CL de la LVBP es similar al tratamiento endoscópico (calidad alta). En pacientes de bajo riesgo se ha incorporado el concepto de tratamiento laparoscópico en un tiempo (calidad baja). Se dispone de evidencia sobre el uso de endoprótesis biliar posterior a la exploración laparoscópica de la vía biliar como una alternativa segura, rápida y efectiva comparada con la instalación de un drenaje de Kehr (calidad baja).

Conclusión: La información disponible está limitada por la heterogeneidad de los estudios primarios y la variabilidad de las opciones terapéuticas disponibles.

ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA QUIRÚRGICA EN TUMORES HEPÁTICOS MALIGNOS

Drs. J. Guerra, R. Funke, J. Martínez, N. Jarufe
(Departamento de Cirugía Digestiva. División de Cirugía. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: La ablación por radiofrecuencia (RF) es una alternativa en el tratamiento de tumo-

res hepáticos malignos primarios y metastásicos no resecables. Este procedimiento puede realizarse por vía percutánea o quirúrgica. El objetivo de este trabajo es analizar los resultados de nuestra experiencia inicial en la aplicación quirúrgica de esta técnica.

Material y Método: Serie de casos de pacientes sometidos a ablación por radiofrecuencia quirúrgica de tumores hepáticos primarios o metastásicos, entre junio 2001 a julio 2006. Se consignaron variables demográficas, del tumor, presencia de daño hepático, características propias del procedimiento, cirugías asociadas, complicaciones y seguimiento de los pacientes.

Resultados: En este período, se trataron 10 pacientes con 17 tumores; 8 tumores primarios (hepatocarcinomas) y 9 metástasis de cáncer colorrectal. La edad promedio fue de 62 años (49-72). Cinco pacientes presentaban cirrosis al momento de la ablación. Se realizaron 6 ablaciones abiertas, 3 laparoscópicas y 1 laparoscópica convertida. En 4 pacientes la radiofrecuencia fue con intención curativa, 5 con intención paliativa y 1 como terapia puente pretrasplante hepático. Cuatro pacientes presentaban lesiones múltiples (promedio 1,7 lesiones por paciente), con un tamaño promedio 2,3 cm (1 a 6 cm). En 5 pacientes se realizaron cirugías adicionales: 2 resecciones hepáticas no anatómicas, 1 hepatectomía derecha extendida, 1 segmentectomía III y 1 resección anterior de recto. La serie no presenta morbimortalidad atribuible a la RF. En todos los casos se logró desaparición completa de la lesión tratada en el control con tomografía o resonancia a las 6 a 8 semanas de la RF y se mantienen en controles posteriores excepto 1 paciente que presentó recidiva alejada del tumor, que posteriormente se resecó. En el seguimiento, 4 pacientes fallecen por progresión de su enfermedad tumoral de base.

Discusión: La ablación por radiofrecuencia quirúrgica es una alternativa más en el tratamiento de tumores hepáticos malignos y debe formar parte del arsenal terapéutico de los cirujanos. En nuestra experiencia logran un adecuado control de la lesión tumoral, sin complicaciones.

ÍLIO BILIAR: 10 AÑOS DE EXPERIENCIA, HOSPITAL SALVADOR

Drs. M. Uribe, S. Hoefler, E. Rasguido, D. Lazo, F. Catán, V. Pantoja

(Servicio y Departamento de Cirugía, Unidad de Urgencia, Hospital Salvador, Universidad de Chile, Campus Oriente)

Introducción: El íleo biliar es una complicación poco frecuente de la colelitiasis con una alta morbimortalidad, representando el 0,5-3% de las obstruc-

ciones de intestino delgado, llegando a un 20-25% en la población mayor de 65 años. El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia de nuestro servicio en el manejo quirúrgico de esta patología.

Método: Se revisó la ficha clínica de los pacientes operados por íleo biliar entre 1996 y 2006 en el libro de pabellón de urgencia de nuestro hospital en forma retrospectiva.

Resultados: Se encontraron 4 mujeres y 3 hombres de 71 años promedio (rango: 61 a 89 años). El cuadro clínico tuvo una evolución de 3,7 días (rango: 1 a 7 días) previo a la consulta y 6 pacientes fueron operados dentro de las primeras 12 horas del ingreso y un paciente se operó a los 7 días. Sólo un paciente tuvo sospecha preoperatorio de íleo biliar. La cirugía realizada fue una enterotomía longitudinal en una zona sana del íleon, extracción del cálculo y enterorrafia transversal. La estada hospitalaria fue de 12,3 días en promedio (rango: 5 a 31 días), 2 (29%) pacientes estuvieron más de 9 días, y fueron los que presentaron complicaciones operatorias: Evisceración reoperada (20 días estada) y evisceración cubierta, hemorragia digestiva alta y un edema pulmonar agudo. No hubo mortalidad intrahospitalaria ni a los 30 días.

Discusión: El diagnóstico del íleo biliar es difícil y generalmente tardío. Su manejo debe estar orientado a resolver la obstrucción intestinal, dejando para un segundo tiempo la colecistectomía y el eventual tratamiento de la fístula colecisto-enteral. La utilización de esta técnica en nuestra serie fue realizada en todo los casos, sin mortalidad, comparando con series extranjeras que reportan hasta un 33% de mortalidad.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA COLANGITIS AGUDA

Drs. O. Felmer, J. Vásquez, P. Yusef, M. Alliende, C. Cárcamo

(Universidad Austral de Chile, Hospital Clínico Regional Valdivia)

Clásicamente la colangitis aguda se ha tratado mediante cirugía. Actualmente el drenaje endoscópico de la vía biliar se ha situado como la modalidad de elección dada su menor morbimortalidad.

Objetivo: Mostrar y analizar los resultados de la colangiografía endoscópica retrógrada en el Hospital Clínico Regional Valdivia en el tratamiento de la colangitis aguda.

Material y Métodos: Se realiza un estudio retrospectivo mediante revisión de fichas clínicas en base a protocolo tipo de los pacientes intervenidos vía endoscópica con diagnóstico de colangitis aguda,

entre los años 2004 y 2006 en dicho centro. Los datos fueron analizados mediante una planilla Excel.

Resultados: La serie está constituida por 74 pacientes, de los cuales el 63,5% corresponden a sexo femenino. La edad promedio corresponde a 70,3 años. El 69,2% de los casos era de procedencia urbana. Un 32,7% de los pacientes fue intervenido dentro de las primeras 24 horas de hospitalización. La estadía hospitalaria fue en promedio de 5,03 días, siendo el preoperatorio de 1,7 días y el postoperatorio de 3,3 días. Un 90,4% de los pacientes es intervenido con diagnóstico preoperatorio de colangitis aguda, lo que se confirma en la totalidad de la muestra durante el procedimiento. Los valores de bilirrubina total y directa presentaron un promedio de 7,69% y 5,59% respectivamente. Las transaminasas marcaron un promedio de 155,3 y 199 ml/dl para GOT y GPT respectivamente. Las fosfatasas alcalinas promediaron 748,5 ml/dl. Un 83,8% de los pacientes presentó leucocitosis. Todos los pacientes fueron intervenidos con Eco previa. TAC se realizó en un 7,7%, de los casos y colangio RM en un paciente (1,4%). Un 80,8% presenta dilatación de la vía biliar, confirmándose en un 83,4% la presencia de coledocolitiasis. En un 3,8% no se logra la descompresión total de la vía biliar en un primer intento. En todos los casos se realizó tratamiento antibiótico que en promedio se prescribió por 10,5 días. No hubo complicaciones relacionadas con el procedimiento.

Conclusiones: Según los resultados se puede afirmar que el tratamiento endoscópico de la colangitis aguda ofrece una alta tasa de éxito asociado a una baja tasa de morbilidad.

TUMORES PANCREÁTICOS (TP) EN EL NIÑO Y ADOLESCENTE. ASPECTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS

Drs. J.M. Herrera, R. Rossi F., R. Rossi M., F. Barriga, S. Hernández, F. Cassorla, C. Franco (Hospital Padre Hurtado, Hospital San Borja-Arriarán, Clínica Indisa, Clínica Alemana)

Los TP en el niño y adolescente son infrecuentes, pueden ser asintomáticos o producir síntomas y signos en relación a su efecto masa sobre estructuras vecinas o en relación a producción de hormonas y polipéptidos. Presentan dificultades diagnósticas y terapéuticas que requiere del conocimiento de la biología de la enfermedad y de experiencia en cirugía pancreática.

Objetivo: Analizar los problemas diagnósticos y terapéuticos de TP en estos grupos etarios a través de una serie nacional.

Material y Método: Se estudian pacientes tratados por los autores en los últimos 5 años analizando la clínica, el diagnóstico, el tratamiento quirúrgico y sus resultados.

Resultados: Cinco pacientes entre 1 y 17 años. Paciente 1: Niña de 1 mes de vida con masa retroperitoneal. Exploración se encuentra TP quístico de cola. Se realiza pancreatectomía distal. Paciente 2: Niña de 7 años TP sólido de 2,5 cm. Se realiza pancreatectomía distal. Patología: pancreatoblastoma. Paciente 3: Niña de 13 años con hipoglicemia. Estudio confirman insulinoma. Imágenes negativo. A la palpación y ecografía intraoperatoria TP en cabeza. Se realiza pancreatoduodenectomía confirmando diagnóstico. Paciente 4: Niña de 13 años presenta dolor abdominal agudo. Estudio imágenes muestra TP cabeza de 8 cm con compromiso de vena porta. Se realiza resección subtotal TP con preservación de vena porta. Patología: TP sólido papilar. Paciente 5: Niña de 17 años con úlcera duodenal recurrente y sangrante. Evaluación confirma un gastrinoma de cabeza de páncreas. Se realiza pancreatoduodenectomía. Patología: gastrinoma maligno. Los 5 pacientes evolucionan sin complicaciones y están libres de enfermedad, excepto la niña con TP papilar que es cantidad a una pancreatoduodenectomía electiva.

Conclusión: Los TP en niños y adolescentes son infrecuentes. Presentación clínica variada. Deben conocerse las limitaciones de los estudios preoperatorios, la biología de las enfermedades, estar capacitados para la toma de decisiones intraoperatorias y para la ejecución de procedimiento de alta complejidad.

OPTIMIZANDO EL RESULTADO EN CIRUGÍA PANCREÁTICA

Drs. R. Rossi F., R. Rossi M., H. Rojas, J. Camacho, J.M. Herrera, C. Franco, E. Moyano (Clínica Alemana, Hospital Padre Hurtado, Clínica Santa María, Clínica Indisa, Hospital Clínico Universidad de Chile)

Introducción: Áreas de optimización en cirugía pancreática incluyen: bajar la morbimortalidad, mejorar la sobrevida, conservar función endocrina y exocrina e introducir técnicas mínimamente invasivas.

Objetivo: Evaluar la morbimortalidad de la pancreatoduodenectomía (PD), los resultados de la resección pancreática central segmentaria (RPC) y del uso de la pancreatectomía distal laparoscópica (PL).

Material y Método: Se estudian pacientes (pctes) operados de PD, RPC y PL entre 1995 y 2006, y se analiza la morbimortalidad, tiempo de hospitalización y grado de conservación pancreática.

Resultados: De 297 ptes sometidos a PD, hubo 2 muertes postoperatorio (0,67%) y 10 reop. (3,4%). La causa de mortalidad fue hemorragia temprana en 1 y tardía (pseudoaneurisma) en otro. Motivos de instrumentación y/o reop. fueron: hemorragia (3), sepsis (7), obstrucción intestinal (1). La decisión de reop. fue clínica, siendo la TAC útil en 3 de los 10 casos. Procedimientos incluyeron: drenaje percut. (2), embolización (2), drenaje quirúrgico con o sin necrosectomía (7), hemostasia (2), totalización de pancreatectomía (2), liberación de adherencias (1). La hospitalización media fue de 12,4 días. Sobrevida real a 5 años de ptes con cáncer ductal de páncreas es de 12,5%. De 19 RPC, 1 fue por cáncer, 13 por neoplasias quísticas y 5 por neoplasias endocrinas. En 16 el cabo pancreático distal fue anastomosado al yeyuno y en 3 al estómago. Hubo 2 fístulas pancreáticas transitorias sin consecuencias clínicas. Se evitó una PD en 6 ptes y una pancreatectomía subtotal extendida en 13. No hubo mortalidad. El paciente con cáncer ductal esta vivo 4,5 años después. De 18 PL, 1 fue con preservación de bazo. Indicaciones incluyeron: neoplasias sólidas (5), quísticas (12) y pseudoquiste crónico (1). Conversión ocurrió en 3 de los primeros 10 casos por: falla de stappler vascular (1), fibrosis intensa asociado al pseudoquiste (1) y 1 por sospecha intraop. de un cisto-adenocarcinoma invasor. En ptes no convertidos, la estadía hospitalaria fue de 4 días. 1 pte requirió de drenaje percut. de una pequeña colección subfrenica, y en otro con nefrectomía izquierda previa hubo una microperforación colónica.

Conclusiones: La disminución del riesgo de la PD facilita extender su indicación a patologías benignas o de baja malignidad. Las RPC conservan tejido pancreático y deben considerarse en ptes jóvenes, potencialmente diabéticos o con patología de baja malignidad. La PL requiere de indicaciones precisas, pudiéndose optimizar la técnica de transección pancreática.

RESULTADOS DEL DRENAJE PERCUTÁNEO DE LAS COLECCIONES INFECTADAS EN PANCREATITIS AGUDA

Drs. J. Altuve, P. Burdiles, A. Csendes, G. Watkins, P. Palaviccino, B. Retamales
(Departamento de Cirugía y Departamento de Radiología. Hospital, Clínico Universidad de Chile)

Introducción: La pancreatitis compromete tejidos adyacentes o distantes, y en pancreatitis moderada-severa las colecciones peripancreáticas (colecciones líquidas agudas, pseudoquistes agudos o

crónicos y abscesos pancreáticos) se han encontrado en 50% de los casos.

El tratamiento puede ser: drenaje percutáneo (DP), endoscópico (END), quirúrgico (Qx) o tratamiento conservador (Mx).

En el presente estudio se describen las características de los pacientes que presentaron colecciones peripancreáticas, etiología de pancreatitis, su tratamiento y evolución.

Material y Método: 39 pacientes con pancreatitis aguda y colecciones secundarias fueron atendidos en el Hospital Clínico, Universidad de Chile entre el 2000 y 2005, 18 fueron hombres (46%) y 21 mujeres (34%), con promedio de edad de 51,1 años, IMC promedio 30 kg/m.

Se revisaron sus expedientes buscando datos generales, laboratorios, informes tomográficos y tratamiento y evolución o necesidad de otra modalidad terapéutica.

El drenaje de las colecciones fue hecho bajo TAC dinámica multicorte.

Resultados: El promedio de APACHE II al ingreso fue 7 (3-15). La etiología determinada fue: biliar (51,2%), indeterminada (23,2%), alcohólica (7,7%) hipertrigliceridemia (5,1%) post ERCP (7,7%) y otras causas (5,1%). Los informes tomográficos iniciales (promedio: 8,4 días) reportan edema pancreático en 66% de los casos, colecciones en 33%, necrosis 28% y pseudoquiste en 2,5%. Se utilizó drenaje percutáneo inicialmente en 61,5%, tratamiento médico en 15,4%, drenaje endoscópico en 12,8% y drenaje quirúrgico en 10,3%. El DP fue el tratamiento definitivo en 72% de los casos, con tiempo promedio de utilización del drenaje 15,2 (2-49) y necesitando drenaje quirúrgico en el 28% restante. La mortalidad del grupo fue 7,7%.

Conclusiones: La litiasis biliar es la causa más común de pancreatitis aguda, siendo el edema y colecciones pancreáticas los hallazgos tomográficos más comunes.

El tratamiento definitivo con Dp se logra en 72% y la frecuencia de mortalidad alcanza 7,7% en pacientes con colecciones pancreáticas.

PANCREATODUODENECTOMÍA ENTRE 1995-2005. REVISIÓN RETROSPECTIVA EN HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE

Drs. J. Castillo, G. Rencoret, J. Díaz, P. Burdiles, A. Csendes, E.U. S. Cortés
(Departamento de Cirugía Digestiva y Hepatobiliar Hospital Clínico Universidad de Chile)

Introducción: La cirugía digestiva alta tiene en la Pancreatoduodenectomía uno de sus principales

retos técnicos, terapéuticos y pronósticos; por lo que se ha preconizado que este tipo de cirugías debe ser realizado en centros con un adecuado volumen y equipos quirúrgicos entrenados, con el objetivo de tener morbimortalidad aceptablemente baja.

Objetivo: Diagnosticar y conocer nuestra situación histórica en relación a la morbimortalidad de esta cirugía en nuestro centro según lo registrado.

Material y Método: Revisión retrospectiva desde 1995, datos obtenidos del archivo estadístico del Hospital con el código asignado por FONASA para "Pancreatoduodenectomía u operación de Whipple". Se revisaron variables demográficas como edad y género, además de tipo de anastomosis, estadía hospitalaria, transfusiones intraoperatorias, stent, complicaciones y mortalidad.

Resultados: De la revisión se obtuvieron 61 pacientes con edad mediana de 61 años, 32 mujeres y 29 hombres. Los motivos principal de consulta fueron dolor abdominal (52,5%) e ictericia (31,1%). Como principal diagnóstico preoperatorio cáncer de páncreas 49,2% (30/61), de papila 19,7% (12/61). Tumores sólidos 55/61, quístico 3/61, mixtos 2/61 y una "malformación vascular de la cabeza de páncreas". En el 32,8% se instalaron stent preoperatorio. En la mayoría (52/61) se realizó anastomosis pancreatogástrica. Se conservó el píloro en el 31,1% (19/61). Complicaciones médicas 16,4% (10/61) destacando la sepsis de otro foco (no abdominal). Complicaciones quirúrgicas exclusivamente tanto mayores como menores en un 37,7% (23/61). Con un 13,1% (8/61) de fístulas pancreáticas en su mayoría controladas y "retención gástrica" en 11,5% (7/61). Mortalidad operatoria de 4,9% (3/61).

Discusión: La mortalidad operatoria está en los rangos internacionales, además estamos convencidos que en la medida que el grupo se subespecialice y la dispersión de cirujanos que realizan este procedimiento se estreche, bajaremos las complicaciones y aún más la mortalidad. Aún la fístula pancreática seguirá siendo nuestra preocupación junto con la retención gástrica, pese a la resección del píloro.

STENT PREVIO A PANCREATODUODENECTOMÍA (PDD). MITO O REALIDAD

Drs. J. Castillo, G. Rencoret, P. Burdiles, J. Díaz, A. Csendes, E.U. S. Cortés
(Departamento de Cirugía Digestiva y Hepatobiliar, Hospital Clínico, Universidad de Chile)

Introducción: El mito de la instalación o no de drenaje de la vía biliar previa a PDD de cualquier origen, aún permanece como dogma en cuanto a sus complicaciones o dificultad quirúrgica, tanto

para cirujanos digestivos como para gastroenterólogos, quienes obviamente preconizan sus distintas preferencias.

Objetivo: Conocer la historia de lo sucedido en relación a la morbimortalidad de las PDD con o sin Stent preoperatorio.

Material y Método: Utilización de datos obtenidos de una revisión retrospectiva de PDD, tratando de comparar los resultados del postoperatorio inmediato de los sujetos sometidos a dicha cirugía entre los años 1995 a 2005 en relación al stent biliar. Se revisaron variables demográficas como edad y género, además de Karnofsky preoperatorio, estadía hospitalaria, transfusiones intraoperatorio, complicaciones y mortalidad. Estadística χ^2 .

Resultados: Del grupo total (n=61), 32,8% se instaló stent preoperatorio. Sin diferencia de edad (Medianas de 61 y 60,5 años). Karnofsky preoperatorio para el grupo con stent de 80 a 90 y sin stent mayor a 90. Se transfundieron un 34,8% en el grupo con stent y 39,5% en el sin stent. Ligeramente mayor el tiempo operatorio en el grupo con stent (300 min vs 285 min; NS). Mayor estadía hospitalaria en el grupo con stent (16 vs 11 días; NS). Complicaciones médicas en 25% del grupo con stent preoperatorio (Sepsis, atelectasia, reacción alérgica a transfusión de hemoderivados) y 12,2% del grupo sin stent (p=0,2). Complicaciones quirúrgicas mayores y menores en el 50% de los sometidos a stent preoperatorio y 31,7% en el grupo sin stent (p=0,16). En ambos grupos la principal complicación continúa siendo la fístula pancreática. Fallecieron 2 pacientes del grupo con stent y uno del sin stent.

Discusión: Observamos una tendencia a mayor tiempo quirúrgico, morbilidad médica y complicaciones quirúrgicas en el grupo con stent, pero sin significancia estadística, tal vez deberemos demostrarlo a futuro con algún estudio prospectivo.

PREVALENCIA DEL DIVERTÍCULO DUODENAL Y MORBILIDAD ASOCIADA EN LA ERCP

Drs. C. Meirovich, F. Castillo, J. Rivero, R. Palacios
(Asistencia Pública, Universidad de Santiago de Chile)

Introducción: Distintas series describen la prevalencia del divertículo duodenal, la que varía entre un 10 a 20%. Habitualmente se relaciona con una mayor incidencia de perforación duodenal e imposibilidad de canular la vía biliar durante la colangiografía retrógrada endoscópica, así como también se evidencia un aumento de su prevalencia en pacientes de edad avanzada.

Objetivo: Establecer la prevalencia del divertículo

duodenal en la Unidad de Endoscopia del Hospital de Urgencia Asistencia Pública y su morbilidad en la colangiografía retrógrada endoscópica.

Material y Método: Revisión retrospectiva de las Fichas Clínicas de todos los pacientes (261) que fueron sometidos a ERCP durante el año 2005 en la Unidad de Endoscopia del HUAP del total de procedimientos realizados (356), 338 (95%) se incluyen en esta revisión, el 5% restante presentaba datos incompletos. Se pesquisó la presencia o ausencia de divertículo duodenal, su variante anatómica, factibilidad de canulación de la papila y perforación duodenal.

Resultados: El promedio de edad fue de 59,4 años, con un rango de 42 a 91 años. En los casos estudiados, se pesquisaron 23 pacientes (8,8%) con divertículo duodenal, los que correspondieron a 14 (60,9%) de sexo femenino y 9 (39,1%) masculino. La localización intradiverticular de la papila se observó en 11 pacientes, con 1 caso de no canulación y sin perforación duodenal. La localización yuxtadiverticular de la papila se observó en 12 pacientes, con 1 caso de no canulación y 2 perforaciones duodenales. Esto genera en conjunto, un total de 8,7% de no canulación y 8,7% de perforación duodenal. En el resto de los pacientes, se presentaron 7 casos (2,1%) de no canulación, 1 edema local de papila, 2 neoplasias, 1 papila deformada, 1 variación anatómica y 2 protocolos consignados como no canulación, sin especificar. No se presentaron casos de perforación duodenal. La edad promedio de los pacientes con divertículo fue 72,35 años y sin divertículo 58,55.

Conclusión: La prevalencia del divertículo duodenal en nuestra Unidad de endoscopia es levemente inferior a las cifras descritas en la literatura. Los pacientes que presentan papilas intra o yuxtadiverticulares tienen una mayor tasa de fracaso respecto a la canulación de la vía biliar en la ERCP y mayor tasa de perforación duodenal que en aquellos pacientes que presentan una disposición normal de su papila. Finalmente se observó que la edad es un factor de mayor incidencia en la presencia del divertículo duodenal.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER VESICULAR

Drs. P. Salinas, C. Cavalla, G. Wiedmaier, E. Rivas, R. Rossi, A. Rodríguez, E. Vinés, R. Hepp, R. Ares, F. Las Heras, J. Hamilton
(Hospital Padre Hurtado, Clínica Santa María)

Introducción: El cáncer de vesícula biliar es una patología de alta prevalencia en nuestro medio, el

único tratamiento reconocido para esta patología es la resección quirúrgica. Los tratamientos adyuvantes aún no han demostrado su utilidad. El presente estudio tiene por objetivo revisar los resultados del tratamiento quirúrgico del cáncer vesicular en nuestro servicio.

Pacientes y Métodos: En el período comprendido entre julio de 2000 y junio de 2005, hubo 103 egresos y 66 enfermos operados por cáncer vesicular en el Hospital Padre Hurtado. La información se ingresó prospectivamente en una base de datos, incorporando el sistema de etapificación TNM/UICC. Los seguimientos de los pacientes están actualizados a agosto de 2006. La sobrevida de la población se calculó con el método de Kaplan-Meier.

Resultados: La población comprende 87 mujeres y 16 hombres, la edad promedio del grupo es 60 años (35-89). Treinta y siete pacientes con cánceres avanzados no se operaron por sus condiciones clínicas y sólo se registraron para seguimiento. De los 66 pacientes operados, 46 (70%) se resecaron. Hubo 32 resecciones R0 (70%) y 14 R1. El p TNM agrupa 4 pacientes en estadio 0, 7 en estadio I, 4 en estudio II, 11 en estadio III, 70 en estadio IV y 7 indeterminado. Hay 22 pacientes vivos en la serie, con una mediana de seguimiento de 42 meses, todos sometidos a cirugía R0. Los pacientes con cirugía R1 tienen una sobrevida media de 4 meses. En etapas 0 a II hay 15 enfermos, de los cuales una falleció por la enfermedad, otra está viva con recidiva y 13 de ellos sin recidiva del cáncer con una mediana de seguimiento de 46 meses. La mediana de sobrevida de pacientes no operados es 2 meses.

Conclusiones: La mayor parte de los enfermos se presenta en estados avanzados, lo cual no los excluye necesariamente de la cirugía. Los resultados refuerzan la importancia de lograr resecciones R0 en estos enfermos.

PROTOCOLO DE BANCO DE TEJIDOS PERMITE EL DESARROLLO DE ESTUDIOS CITOLÓGICOS Y MOLECULARES EN PACIENTES CON PATOLOGÍA DE VESÍCULA BILIAR

Drs. M. Giannini, M. Alvarez, A. Zárate, A. Castiblanco, P. Madrid, G. Aguayo, I. Duarte, F. Pimentel, L. Ibáñez, A. Díaz, A. Corvalán, H. Alvarez
(Universidad de Chile, Universidad Católica, Hospital Sótero del Río)

Introducción: El estudio histológico convencional de la vesícula y otros órganos se realiza mediante el análisis de tejido fijado en formalina-parafina.

Estos protocolos en general impiden la obtención de muestras biológicas de alta calidad para estudios citológicos y moleculares.

Objetivo: Desarrollar un protocolo de banco de tejidos que permita la obtención de muestras de alta calidad para estudios de investigación y no interfiera con el normal diagnóstico de la pieza operatoria.

Material y Método: Estudio prospectivo de una cohorte de 110 pacientes ingresados a colecistectomía electiva con diagnóstico de colelitiasis y/o sospecha de cáncer vesicular, en dos centros hospitalarios (UC y SR) entre los meses de diciembre 2004 a febrero 2005. Este estudio fue aprobado por los comités de ética de ambos centros y cada paciente firmó consentimiento por escrito. En pabellón, la vesícula es abierta realizándose un corte a lo largo para estudio histológico convencional. Los remanentes de tejido son divididos en 6 partes y en cada una de ellas se toman muestras para tejido congelado en nitrógeno líquido, otra para fijación en formalina/PBS y en la superficie epitelial restante se realiza un frotis para citología (EASI). Cada una de las muestras es codificada alfanuméricamente.

Resultados: Un total de 720 muestras congeladas y sus contrapartes en formalina-parafina junto a 645 preparaciones EASI derivaron de este protocolo. Del normal diagnóstico de la pieza operatoria se consignaron 4 casos de cáncer, en ninguno de ellos se requirió del material adicional almacenado. Al azar 20 muestras de tejido aprobaron criterios de calidad para estudios con RNA y el 99% de las muestras citológicas fueron evaluadas con material suficiente para realizar diagnóstico.

Conclusión: El presente protocolo convertido actualmente en una iniciativa de bancos de tumores permitió recolectar material biológico de alta calidad y ha sido exitosamente utilizado en estudios citológicos y moleculares.

RESULTADOS Y SOBREVIDA EN TUMORES DE KLATSKIN, EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

Drs. J. Díaz, G. Rencoret, J. Castillo, M. Vivanco, M. Cárcamo, C. Valdés, A. Valenzuela
(Servicio de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Equipo Hepato-Biliar)

Introducción: El tumor de Klatskin es una neoplasia maligna poco frecuente. El presente trabajo tiene por objetivo comunicar los resultados y sobrevida en el tratamiento de éste tumor.

Es un estudio retrospectivo en que se revisaron las fichas de todos los pacientes evaluados y tratados por tumores de Klatskin entre enero del año 1996 y junio de 2006. Las variables analizadas fueron demográficas, radiológicas, tratamiento y sobrevida, para esto se separaron a los pacientes en tres grupos, aquellos no operables, operados no resecaados, que a su vez se dividieron en resecciones R0 y R1. Se calculó la sobrevida usando curvas de Kaplan Meier y las diferencias de ésta con un test de Chi cuadrado.

Se estudiaron 50 pacientes, 30 hombres, 62 años promedio, el síntoma más frecuente fue la ictericia y de los exámenes radiológicos la dilatación de la VB intrahepática. Trece pacientes (26%) fueron considerados inoperables, seis pacientes (12%) no se resecaaron, 31 pacientes (62%) se resecaaron. La cirugía más frecuente fue la resección de la vía biliar (24 (77%). La mortalidad en el grupo de resecaados fue de un 9% (3) y la morbilidad de un 22% (7). Los pacientes no operados tuvieron una sobrevida promedio de 2,3 meses. Los operados y no resecaados de 8 meses. La sobrevida de los pacientes resecaados, bordes quirúrgicos positivos (R1) es de 24% y 0% a los 2 y 5 años respectivamente. La sobrevida del grupo resecaado con bordes quirúrgicos negativos (R0) fue de 74% y 26% a los 2 y 5 años respectivamente.

Conclusión: La mayor experiencia en la cirugía hepatobiliar ha permitido morbimortalidad aceptable para este tipo de operación. El lograr resecciones R0 en esta patología mejora significativamente el pronóstico a largo plazo de esta neoplasia.

Seccional: MAMAS

CÁNCER DE MAMA BILATERAL, DESCRIPCIÓN DE 8 CASOS EN 11 AÑOS

Drs. Z. Pizarro, M. Vera, R. Villagrán, R. Candia, A. C. Pérez, K. Wilson

(Unidad de Patología Mamaria, Servicio de Cirugía, Hospital Guillermo Grant Benavente, Universidad de Concepción)

Introducción: El cáncer mamario desde 2000 constituye la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres. Ambas mamas constituyen un sistema con iguales estímulos genéticos y hormonales, estos continuarán actuando, independiente de la resección del cáncer contralateral.

Objetivo: Caracterizar clínica, imagenología, histopatología, tratamiento y evolución de las pacientes con cáncer de mama bilateral.

Material y Método: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticadas de cáncer mamario bilateral en el servicio de cirugía del Hospital Clínico Regional de Concepción entre los años 1995 y 2006. Del total de 11 pacientes se obtuvieron antecedentes completos de 8, estudiándose: edad, sincronidad, síntomas, mamografía, tipo histológico, etapificación, tratamiento y seguimiento.

Resultados: Edad promedio 56,8 años (47-74); en 6 pacientes fueron sincrónicos y 2 metacrónicos con intervalos de 45 y 22 meses. De los sincrónicos 1 caso presentó sintomatología bilateral, 4 unilateral y 1 fue hallazgo bilateral; de los metacrónicos en 1 caso el segundo cáncer fue hallazgo; en 8 pacientes el primer síntoma fue nódulo mamario palpable. Categoría mamográfica: 5 cánceres fueron birads 0, 3 birads 3 y 8 birads 4 ó 5. Estadio: 0 en 3 cánceres, I en 3, II ó III en 9 y un cáncer inflamatorio. Histología: 11 carcinoma ductal invasor, 3 lobulillar *in situ*, 1 ductal *in situ*, 1 lobulillar invasor, en 6 pacientes fue igual en ambas mamas. Tratamiento: en 7 pacientes se realizó mastectomía total bilateral, en 1 paciente mastectomía parcial bilateral, los

8 casos con vaciamiento axilar bilateral; 6 se complementaron con tamoxifeno, 4 con quimioterapia y 3 con radioterapia bilateral con axila.

Conclusión: Todas las pacientes eran postmenopáusicas; predominó la sintomatología unilateral, la mayoría se presentó en forma sincrónica, con mamografía birads 4 ó 5. La mastectomía total o parcial asociado a vaciamiento axilar, fue el tratamiento de elección y la adyuvancia dependió de la etapificación.

CÁNCER DE MAMA BILATERAL EN FUNDACIÓN ARTURO LÓPEZ PÉREZ

Drs. C. Barriga, H Waintrub, M. Fritis, C. Torres
(Equipo de Cirugía Mamaria. Fundación Arturo López Pérez. Departamento de Cirugía Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Objetivo: Analizar los cánceres de mama bilaterales diagnosticados y manejados los últimos 5 años por el equipo de cirugía mamaria de la Fundación Arturo López Pérez (FALP).

Material y Método: Se realizó un estudio retrospectivo de las pacientes con cáncer de mama bilateral, diagnosticados en un período de 5 años (2000-2005) en FALP. Se analiza la edad, antecedentes familiares, intervalo de presentación (sincrónicos o metacrónicos), intervalo libre de enfermedad, histología y tratamiento.

Resultados: En este período se operaron 24 pacientes con cáncer de mama bilateral. El promedio de edad al diagnóstico del primer cáncer fue de 48 años (rango 33-74), 5 pacientes (20%) tenían antecedentes familiares de cáncer mamario, 15 (62%) pacientes presentaron tumores sincrónicos y 9 (38%) metacrónicos. El intervalo libre de enfermedad en los tumores metacrónicos fue de 5,2 años (rango de 6 meses a 11 años).

La histología más frecuente fue CDI en 22 tumores, CDIS 16, CLI 4, Ca tubulolobular 3, un cán-

cer papilar, un cáncer medular y un Paget. En los cánceres metacrónicos la histología de ambos tumores fue similar en 3 pacientes y diferente en 6. Una paciente con cáncer inflamatorio presentó un nuevo tumor inflamatorio contralateral a los cuatro años. La cirugía fue conservadora en 27 (56%) tumores y radical en 21 (44%). Se realizaron 12 reconstrucciones mamarias, 7 con implantes y 5 TRAM. Las 24 pacientes se encuentran vivas, una con metástasis pleurales y otra con metástasis óseas, diagnosticadas a los 12 y 4 años después del primer tumor.

Conclusión: En nuestra casuística la mayoría de los cánceres de mama bilateral se presentaron en mujeres postmenopáusicas, fueron de aparición sincrónica y la histología fue similar a la publicada en tumores unilaterales.

CÁNCER DE MAMA EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS

Drs. N. Aliaga, L. Carreño, E. Maulen, F. Rodríguez, J. Amat, Ints. L. Lara, P. Gavilán, R. Ibaceta
(Departamento de Cirugía, Hospital Clínico, Universidad de Chile)

Introducción: El cáncer de mama es la segunda causa de mortalidad por cáncer en las mujeres chilenas. La incidencia de esta patología aumenta con la edad. El incremento del índice de vejez, sumado a lo anterior hace imprescindible el estudio en mujeres mayores.

Objetivo: Definir características de pacientes mayores de 65 años con cáncer de mama tratado en el departamento de cirugía del HCUC.

Método: Estudio descriptivo, retrospectivo, de 53 fichas de pacientes mayores de 65 años (consecutivas) con diagnóstico cáncer de mama, operadas entre los años 1990 y 2004 en el Departamento de Cirugía, Hospital Clínico, Universidad de Chile.

Resultados: Edad: 65-74 años: 34 (64%); 75 años y mayores: 19 (35%). Motivo de consulta: 1) aumento de volumen mamario: 3 (70%), 2) mamografía alterada: 1 (22%). El tiempo de demora en consultar fue de 5,9 meses (0,25 meses a 36 meses).

Mastectomía total: 28 (52%); mastectomía parcial: 25 (48%); Recibieron tratamiento adyuvante 28 (52%). Del total de pacientes 4 consultaron en estadio IV.

Discusión: Las pacientes mayores de 65 años son un grupo etario que ha aumentado en nuestro país. Debemos conocer las características de presentación y compararlas con grupos de pacientes

más jóvenes para lograr una pesquisa precoz y mayor electividad en el tratamiento.

Conclusión: Se describe un grupo pequeño con sus características propias. Se deben plantear estudios multiseriados para aumentar la muestra y conseguir datos estadísticamente significativos.

SARCOMAS PRIMARIOS DE LA MAMA: SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE 10 CASOS, HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (1954-2006)

Drs. M. Amar, C. Rojas, M. Mañana, C. Otarola, M. Bravo, I. Pabst, S. Torres, F. Cádiz, P. Gómez, M. Maturana, C. Barassi, D. García, D. Alvarez, A. Acuña

(Unidad de Patología Mamaria. Hospital San Juan de Dios, Internos Universidad de Chile)

Introducción: Los sarcomas primarios de la mama constituyen menos del 1% de los tumores malignos de la mama y menos del 5% de los tumores de partes blandas. Esto implica un menor conocimiento en cuanto a su frecuencia, clasificación, clínica y tratamiento.

Objetivos: Registrar la experiencia del Hospital San Juan de Dios, describiendo las características clínicas, anatomopatológicas, el tratamiento y la evolución de los sarcomas primarios de la mama.

Material y Método: Se realizó un estudio retrospectivo de sarcomas primarios de la mama, entre los años 1954 y 2006 obteniendo información y seguimiento de la ficha clínica.

Resultados: Se estudiaron 10 pacientes cuyas edades fluctuaron entre 23 y 75 años (promedio 56,4 años), todas las pacientes presentaron tumor palpable al momento del ingreso. El tamaño tumoral promedio fue 8,8 cm (rango 6 a 15 cm). Se realizó mastectomía radical modificada en 4 casos, mastectomía total en 3 casos, mastectomía parcial con vaciamiento axilar en 1 caso. En 1 caso no se realizó cirugía ya que la enfermedad se encontraba diseminada al momento del diagnóstico.

La histopatología mostró: sarcoma estromal (tres) angiosarcoma (dos), liposarcoma (dos), carcinosarcoma (dos). En ninguna de las pacientes que se efectuó vaciamiento axilar se encontró metástasis ganglionar. En cuanto al tratamiento coadyuvante se realizó quimioterapia en 3 pacientes y radioterapia en 3 pacientes.

Discusión: El sarcoma primario de la mama es un tumor poco frecuente correspondiendo en nuestra serie al 0,1% de los tumores malignos de la mama, similar a la literatura extranjera. El riesgo de disemi-

nación sistémica y la sobrevida se asocia al grado histológico y tamaño tumoral. La cirugía sigue siendo el único tratamiento no discutible mientras que la coadyuvancia con quimioterapia y radioterapia es controvertido. La hormonoterapia no tiene indicación en estos tumores.

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA INMEDIATA POSTMASTECTOMÍA

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. Glacaman (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 siete años (1999-2006) hemos efectuado 79 reconstrucciones inmediatas en forma consecutiva.

Las técnicas quirúrgicas empleadas fueron seis: 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 o por trombosis venosa del TRAM. 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.

CÁNCER DE MAMA. EXPERIENCIA DEL CENTRO INTEGRAL DE LA MAMA DE CLÍNICA LAS CONDES, 1996-2005

Drs. J. Acevedo, S. Torres, B. Aguirre, A. Ibarra, H. Paredes, O. Peralta, R. Schwartz, M.E. Bravo, N. Aliaga, C. Rossat, E.U. X. Vargas (Clínica Las Condes, Santiago)

Introducción: El cáncer de mama ocupa hoy la segunda causa de muerte por cáncer en las mujeres chilenas; en los últimos años se observa un incremento en la incidencia y la tasa de mortalidad se mantiene estable en los últimos diez años. El presente trabajo tiene por objetivo presentar la experiencia del Centro Integral de la Mama de Clínica Las Condes (CIM), a diez años de su formación y evaluar si la intervención multidisciplinaria impacta en las posibilidades de conservar la mama.

Material y Método: Se revisa la base de datos del CIM, consistente en un programa computacional Epi-Info a cargo de una enfermera universitaria, donde registra y actualiza todos los datos consignados en la ficha clínica.

En el período comprendido entre enero de 1996 a diciembre de 2005 se registraron 501 pacientes de sexo femenino. El tratamiento quirúrgico y la quimioterapia se realizó en el CIM, solo la radioterapia se derivó a centros externos.

Los resultados se analizan mediante el modelo de Kaplan-Meier, con un intervalo de confianza de 95%.

Resultados: La mediana de edad es de 53 años (29-96), con una mediana de seguimiento de 63 meses (3-120); 12,2% tienen entre 29-39 años y un 40,5% de las pacientes son menores de 50 años.

Referente al tamaño tumoral, 16% de las pacientes se diagnostican cuando el tumor no es palpable, 38% tumores menores de 2 cm, 35% con tumores de 2 a 5 cm, 6% tumores mayores de 5 cm y 5% de pacientes metastásis.

De las 501 pacientes tratadas 490 fueron operadas; de ellas 372 (76%) se realizó tratamiento conservador de la mama y en 118 pacientes (24%) mastectomía. De este último grupo, 66 pacientes se reconstruyen (56%). De estas, 45 pacientes se re-

construyeron en el mismo acto operatorio en que se realizó la mastectomía.

La histología muestra un 15% para carcinoma ductal *in situ*, 56% para carcinoma ductal invasor. Respecto al estadio patológico de las pacientes, se observa un 16% estadio 0, 29% estadio I, 42% estadio II, 11% estadio III, y un 2% estadio IV. Del total de linfonodos axilares estudiados, la distribución de acuerdo al tamaño tumoral de las pacientes con axilas positivas es la siguiente: T0 0%, T1 21%, T2 51%, T3 48% y T4 67%.

Las recidivas loco regionales se presentaron en un 2,8% de las pacientes operadas. En 10 pacientes de las 490 operadas la recidiva se presentó en la mama tratada (2%) y en 4 pacientes de 490 en ganglios regionales (2 en axila y 2 en hueco supraclavicular ipsilateral). De las 490 pacientes operadas en 4 de ellas se presentó hematoma postoperatorio (0,8%). La supervivencia global a 5 años, es del 95%.

Conclusión: El trabajo multidisciplinario impacta favorablemente sobre el cáncer de mama, principalmente en su etapa diagnóstica, aumentando los porcentajes de tumores menores de 2 cm lo que permite incrementar los índices de cirugía conservadora de la mama así como obtener una supervivencia global del 95% a 5 años.

DUCTOSCOPIA MAMARIA EN LESIONES PAPILARES TÉCNICA MICRODUCTECTOMÍA

Drs. A. Bolados, G. Valenzuela, J. Schalper, J. Astudillo*, S. Aceituno

(Servicio de Cirugía Hospital Las Higueras. Clínica Franca Concepción)

Introducción: Las lesiones papilares que se presentan con secreción patológica por el pezón representan un desafío diagnóstico y terapéutico para el cirujano. La ductoscopia mamaria es una nueva técnica que permite la visualización directa del epitelio ductal, resultando en un diagnóstico más exacto y realizar una resección quirúrgica asistida.

Objetivos: Evaluar la factibilidad de realizar la canulación y visualización del conducto galactóforo por ductoscopia. Realizar la técnica microductectomía asistida por ductoscopia.

Material y Método: Estudio Descriptivo retrospectivo de pacientes con lesiones papilares mamarias intervenidas desde Agosto del 2000 hasta Diciembre del 2004 (10 casos). El estudio imagenológico consistió en mamografía y ecotomografía mamaria más citología. Se realiza ductoscopia mamaria bajo anestesia general y resección de

conducto galactóforo patológico con técnica de microductectomía.

Resultados: La edad promedio fue de 46,4 años (rango 36-62 años) el motivo de consulta en el 100% correspondió a secreción patológica por el pezón. El estudio imagenológico mamario en un alto porcentaje de los casos fue negativo. Ubicación de la lesión: 7 casos en la mama izquierda y 3 casos mama derecha. El estudio anatomopatológico: 8 papilomas simples, 1 papilomatosis intraductal florida y 1 caso de carcinoma papilar intraductal. En dos casos se encontraron lesiones papilares múltiples. En todos los casos se identificó el conducto galactóforo patológico y su lesión. El tamaño promedio de las lesiones extirpadas fue de 6 mm (rango 2-10 mm).

Conclusión: La incorporación de la ductoscopia mamaria es un gran aporte en el diagnóstico y tratamiento de las lesiones papilares, incorporando procedimientos quirúrgicos mínimamente invasivos. La microductectomía asistida por ductoscopia debería ser la técnica de elección para tratar lesiones papilares. Esta es la primera serie de pacientes tratados con ductoscopia mamaria en nuestro país. Nuevos estudios prospectivos son necesarios para evaluar su real utilidad en el cáncer de mama.

RESULTADOS DEL MANEJO QUIRÚRGICO DE 35 CASOS DE TUMOR PHYLLODES DE LA MAMA

Drs. V. Mariani, C. Cortés, M. Camus, F. Domínguez, G. Tapia, F. Ayala, M. Sepúlveda, D. Oddó

(Servicio de Cirugía Oncológica, Servicio de Anatomía Patológica, Facultad de Medicina Universidad Católica de Chile)

Introducción: El tumor phyllodes (TP) de la mama es una neoplasia infrecuente y de comportamiento variable. Histológicamente varía desde la benignidad hasta lesiones de alto grado con capacidad metastásica. El objetivo es evaluar los resultados de pacientes portadores de TP tratadas en los últimos 7 años en nuestro Hospital.

Método: Revisión clínico-patológica de pacientes portadores de TP operadas entre 1999 y 2005, y seguimiento por una media de 35 meses (rango 7-83 meses). Se registró forma de presentación, estudios radiológicos, tratamientos, informe anátomo-patológicos y seguimiento. Se realizó análisis estadístico descriptivo.

Resultados: Se operaron 35 pacientes con una mediana de 43 años de edad (rango 14-82). Un 77% de las pacientes se presentó como masa pal-

pable, y con una mediana de tamaño de 2,5 cm (rango 1 a 20 cm). Se practicó punción preoperatoria (citológica o histológica) en 40% de las pacientes, las que fueron sugerentes o positivas para TP en un 50%. En un 77% se realizó una mastectomía parcial como primera cirugía y un 57,7% tuvo estudio histológico intraoperatorio, que resultó sugerente o positivo en un 75%. La patología definitiva mostró: 77% *phyllodes* benignos, 6% malignos de bajo grado, y 17% malignos de alto grado. En TP benignos, se ampliaron los márgenes en 6 de 11 de las pacientes que tenían márgenes positivos. En 4 de 6 pacientes de alto grado se practicó una mastectomía total. El seguimiento del 89% de las pacientes no ha detectado recurrencias locales ni metástasis a distancia.

Conclusión: El TP es una patología infrecuente y de presentación inespecífica. El uso de la biopsia por punción y de la biopsia intraoperatoria ayudan al manejo, pero sus resultados no son concluyentes. En pacientes de alto grado, la obtención de márgenes adecuados, usando un enfrentamiento quirúrgico agresivo permite obtener un buen control local.

RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA PREOPERATORIA, EN CÁNCER DE MAMA. REVISIÓN RETROSPECTIVA DE 58 CASOS

Drs. C. Cortés, V. Mariani, E. May, P. Cuevas, F. Ayala, M. Sepúlveda, M. Camus, I. Goñi, A. León, F. Domínguez, R. Claire, D. Oddó, D. Razmilic, M. Navarro

(Sección de Oncología de la División de Cirugía. Departamento de Anatomía Patológica y Departamento de Radiología, Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: La Resonancia Nuclear Magnética (RNM), es una herramienta diagnóstica relativamente reciente, que evalúa la mama tridimensionalmente. Es útil para evaluar extensión de lesiones sospechosas y descartar multifocalidad. Sin embargo, es sabido que la RNM es de alta sensibilidad, pero de menor especificidad, pudiendo inducir a la realización de biopsias innecesarias.

Objetivo: Estudiar la concordancia de los hallazgos de la RNM mamaria, con los hallazgos histopatológicos posteriores.

Material y Método: Estudio descriptivo, retrospectivo, unicéntrico, de pacientes con sospecha de cáncer de mama, a las que se les realizó RNM mamaria y que fueron operadas posteriormente, en nuestro hospital, entre noviembre de 2003 y diciembre de 2005.

Resultados: Se estudiaron 58 pacientes con diagnóstico histopatológico positivo para cáncer, 9 cáncer ductal *in situ* (CDIS) y 48 cánceres infiltrantes. De los 9 CDIS, la RNM fue positiva para 5 (55%) y para los cánceres infiltrantes, la RNM fue positiva en 44 (91%). De acuerdo a esto, la sensibilidad de la RNM fue mayor en el diagnóstico de cáncer ductal infiltrante (91%). Se estudio además, la concordancia entre el diagnóstico de multifocalidad dado por histopatología (26 casos) y la evidenciada previamente por RNM (14 casos).

Discusión: La sensibilidad de la RNM para el diagnóstico de cáncer ductal infiltrante es mayor que para CDIS, lo que concuerda con la literatura internacional. La presencia de enfermedad multifocal fue sospechada por RNM en un 53% de los casos.

Conclusión: La sensibilidad de la RNM es alta, sin embargo, no pudimos comprobar la especificidad del examen, dado el diseño del estudio. La multifocalidad, por otra parte, se corroboró en un 53% de los casos, lo que es una cifra que debe ser estudiada bajo un protocolo prospectivo, para validarla.

TUMOR FILODES DE LA MAMA. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA E HISTOPATOLÓGICA DE 39 CASOS

Drs. J. Pérez, J. Bohle, G. Sánchez, M.T. Poblete, M. Hernández, D. Massri

(Servicios de Cirugía e Histopatología, Universidad Austral de Chile)

Introducción: Los tumores filodes constituyen un tipo de neoplasia mamaria poco frecuente que en la mayoría de los casos es benigna. El principal diagnóstico diferencial es el fibroadenoma. El objetivo de este trabajo es presentar las características clínicas e histopatológicas de 39 casos tratados en nuestro hospital.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de fichas clínicas e informes histopatológicos de pacientes con diagnóstico tumor filodes de la mama en el Hospital de Valdivia entre los años 1985 y 2006 .

Resultados: La edad promedio de las pacientes fue de 44.4 años (margen 20 a 66 años). El tamaño promedio del tumor fue de 8.3 cm (margen 2 a 28 cm). En 27 se realizó mamografía y en 13 ecotomografía, exámenes que orientaron al diagnóstico. Se realizó citología en 20 casos, siendo en 5 compatible con tumor fibroepitelial. Se realizó el diagnóstico preoperatorio correcto en 23 pacientes. Todas las pacientes fueron tratadas quirúrgicamente, 29 me-

dante cirugía conservadora, 7 con mastectomía simple, 1 con mastectomía simple extendida, 1 con mastectomía de aseo y 1 con mastectomía subcutánea. El estudio histopatológico del espécimen operatorio concluyó 32 tumores benignos, 3 potencialmente malignos y 4 malignos. Un tumor maligno con margen infiltrativo y sobrecrecimiento estromal desarrolló metástasis pulmonares. El seguimiento promedio de la serie es de 70 meses, registrándose 1 caso de recidiva local y 1 de metástasis pulmonares.

Conclusiones: Los principales características del estudio muestran que los tumores filodes son neoplasias poco frecuentes, cuyo diagnóstico se postula ante un tumor mamario de gran tamaño, móvil, superficie lisa y sin compromiso de linfonodos regionales. El tratamiento quirúrgico es efectivo siempre que se reseque la totalidad del tumor y un margen de tejido sano. El margen infiltrativo, el sobrecrecimiento estromal y el número de mitosis parecieran asociarse a recidiva local y a metástasis a distancia.

MASTITIS GRANULOMATOSA IDIOPÁTICA. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN 14 CASOS

Drs. J. A. Pérez, J. Bohle, G. Sánchez, C. Carrasco, P. Mariángel

(Servicios de Cirugía y Anatomía Patológica, Hospital Regional Valdivia.

Institutos de Cirugía e Histopatología, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile)

Introducción: Mastitis granulomatosa idiopática es una enfermedad inflamatoria benigna de la mama infrecuente. Puede simular clínica e imagenológicamente un carcinoma mamario, por lo cual su certificación diagnóstica precisa de histopatología y no existe consenso respecto su tratamiento. El objetivo de este trabajo es realizar una caracterización clínica de la patología en relación a su forma de presentación, métodos diagnósticos y tratamiento con especial énfasis en la respuesta a corticoterapia.

Material y Métodos: Serie de casos. Se analizaron en forma retrospectiva los registros de fichas clínicas del Hospital Regional Valdivia entre los años 1995 hasta 2006 incluyendo los pacientes con diagnóstico de mastitis granulomatosa idiopática.

Resultados: La serie corresponde a 14 pacientes de sexo femenino. El promedio de edad de la serie fue de 31,6 años. La presentación clínica más frecuente fue flegmón o absceso mamario 9/14. Se

realizó estudio imagenológico en 11/14 siendo mamográfico en 7/14 y ecotomográfico en 10/14. Las muestras para estudio histopatológico fueron obtenidas mediante biopsia core en 8/14 y quirúrgica en 6/14. Se realizó tratamiento corticoidal con prednisona en 12/14 pacientes logrando buena respuesta al tratamiento. Se presentaron 2 recidivas durante el seguimiento que tuvo un promedio de 28 meses.

Conclusiones: La serie tiene una forma de presentación similar a la reportada en la literatura. La respuesta a tratamiento corticoesteroide fue buena en la mayoría de los casos asociado a tratamiento quirúrgico o como tratamiento exclusivo de la patología. Las reacciones adversas al tratamiento fueron menores y la recidiva cuando estuvo presente fue de menor magnitud y duración respecto al cuadro inicial.

MICROMETÁSTASIS EN GANGLIO CENTINELA. MEJOR DIAGNÓSTICO EN RELACIÓN A DISECCIÓN AXILAR

Drs. P. Escobar, S. Valenzuela, F. Gaete, P. Ruiz, C. Padilla, D. Salvo, R. Casas

(Hospital Santiago Oriente, Unidad de Mama, Universidad de Chile)

Introducción: Con el desarrollo de la técnica de detección del ganglio centinela (GC) se ha observado un incremento en el diagnóstico de micrometástasis axilares.

Objetivo: Comparar la incidencia de micrometástasis en el GC versus las detectadas en la disección axilar (DA).

Material y Método: Se analizó en forma retrospectiva las fichas de pacientes operadas de cáncer de mama en el Hospital Santiago Oriente durante los años 2003 a 2006. Se constató la aparición de micrometástasis ganglionar con las técnicas de GC y DA. En el análisis estadístico se utilizó una prueba de homogeneidad usando chi Cuadrado (χ^2) con valor de significancia de 5% con un p-value <0,05. Se realizaron 552 estudios ganglionares, 446 DA y 106 GC. Se evidenció micrometástasis en el 2,69% de las DA y en el 9,43% de los GC. Esta diferencia fue estadísticamente significativa. En los casos de DA, 169 fueron positivas (37,89%), mientras en el grupo de los GC la positividad fue de 31%.

Conclusión: La tasa de diagnóstico de micrometástasis es mayor en los pacientes en que se realizó disección de GC en relación a las pacientes sometidas a DA. Esta podría ser explicado por la diferente técnica empleada para el análisis de muestras,

ya que en los casos de ganglio centinela el patólogo realiza generalmente 9 cortes para su estudio, a diferencia de los ganglios obtenidos por disección axilar en los que sólo se realizan 3 cortes. Otra explicación es el estadio de la enfermedad al momento del procedimiento, ya que en el grupo de ganglio centinela, las pacientes son seleccionadas con tumores menores a 3 cm y con axila clínicamente negativa.

GANGLIO CENTINELA EN CÁNCER DE MAMA. EXPERIENCIA DE TRES AÑOS EN EL HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE

Drs. *S. Valenzuela, P. Escobar, F. Gaete, M. Celis, D. Salvo, C. Padilla*
(Hospital Santiago Oriente. Unidad de Mama, Universidad de Chile)

Introducción: La biopsia del ganglio centinela (GC) es un método validado, para la etapificación del cáncer de mama en estadios tempranos con axila negativa. Uno de los beneficios es la menor cantidad de nodos resecaados, con menor morbilidad que la obtenida con disección axilar (DA).

Objetivo: Analizar los resultados obtenidos con la técnica de detección de GC en el cáncer de mama.

Material y Método: Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes con cáncer de mama en los que se empleó la técnica de GC en el Hospital Santiago Oriente, entre abril de 2003 a mayo de 2006.

Resultados: Se analizaron 107 axilas en 105 pacientes de los cuales 103 fueron mujeres y 2 fueron hombres. El promedio de edad fue 62 años, el tamaño tumoral promedio fue 18,26 mm, correspondiendo a T1a 1, T1b 22, T1c 50, T2 33 y T3 1 caso. La técnica de detección fue en el 49% Tc99 más azul patente, en el 50% azul patente y en el 1% Tc99. Se detectó GC en el 96,3%. En el 69% (74) de los casos los ganglios fueron negativos y en el 27% (29) positivos. En 11/29 GC positivos (37,9%) se encontró axila positiva en la DA posterior. En 40 pacientes se realizó GC más DA para evaluar la técnica, encontrándose un 7,5% (3/40) de falsos negativos.

Conclusiones: El porcentaje de detección del GC observado fue satisfactorio. El número de falsos negativos es similar a lo reportado en la literatura. En la serie se encontró un 31% de metástasis axilares siendo comparable a las cifras de 10 a 40% descritas en estudios previos. El 70% de negatividad nodal encontrado justifica el uso de esta técnica en reemplazo de la DA niveles I y II en el cáncer de mama en estadios tempranos.

PEXIA MAMARIA EN PTOSIS LEVE O MODERADA. TÉCNICA PERSONAL

Drs. *Camilo Torres H., Carolina Barriga S., Marcela Fritis, Herman Waintrub*
(Equipo de Cirugía Mamaria. Fundación Arturo López Pérez)

Objetivo: Presentar técnica personal para la corrección de ptosis leve o moderada.

Material y Método: Estudio de los resultados obtenidos en 11 pacientes operados por ptosis mamaria leves y moderadas, en un período de 4 años (2003-2006) con análisis de la edad, diagnósticos asociados (con cáncer contralateral) y características clínicas de la ptosis.

Se describe la técnica quirúrgica empleada, consistente en la movilización de un colgajo inferior que lleva el pezón y uno superior, que se sobrepone y modelan, a través de una incisión paramamilar que se cierra en forma de jareta.

Resultados: Se operaron 11 pacientes con una edad promedio de 42 años (29-54 años). Nueve pacientes tenían antecedentes de cáncer de la mama contralateral, quienes recibieron distintos tipos de reconstrucción. Se operó la mama sana buscando simetría mamaria. Dos pacientes eran portadoras, 1 de ptosis bilateral y otra de ptosis con asimetría mamaria congénita. Se efectuó encuesta a las pacientes operadas sobre el resultado de la pexia con una escala de 1 al 7 para evaluar satisfacción, obteniéndose calificación 7 en los casos. No hubo complicaciones quirúrgicas en relación a necrosis, infección o sangramiento (0% de complicaciones).

Conclusión: La presente técnica de pexia para ptosis leves o moderadas, en base a técnica personal sencilla, con excelente aprobación de los resultados por parte de las pacientes y sin complicaciones derivadas del procedimiento.

RESONANCIA MAGNÉTICA DE MAMA: CORRELACIÓN IMAGENOLÓGICA - HISTOLÓGICA Y CAMBIO DE CONDUCTA QUIRÚRGICA

Drs. *P. Neira, B. Aguirre, T. Taub, L. Gutiérrez, S. Torres, C. Rossat, A. Ibarra*
(Imágenes de la Mama, Cirugía, Anatomía Patológica de Clínica Las Condes)

Introducción: La resonancia magnética mamaria (RM) tiene una alta sensibilidad, lo que ha hecho que su indicación más solicitada sea la evaluación

de extensión tumoral, ayudando a optimizar el tratamiento quirúrgico y a detectar multifocalidad y multicentricidad, evitando un tratamiento insuficiente que podría ser responsable de recurrencia local.

Objetivo: Nuestro objetivo principal fue establecer si los hallazgos de RM mamaria se correlacionan con los histológicos en la evaluación del tamaño y extensión tumoral, en resonancias mamarias practicadas en el Servicio de Imágenes de la Mama de Clínica Las Condes, con la indicación de etapificación de cáncer mamario. Se compara además con los exámenes convencionales (mamografía y ecografía).

Adicionalmente se estudió el cambio de conducta (biopsias percutáneas, excisionales y cambios de cirugía) que surgieron de los hallazgos de RM, no demostrados en los exámenes convencionales.

Material y Métodos: Se correlacionan los hallazgos de RM con los histológicos de 85 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama o alta sospecha de cáncer, que posteriormente fueron operadas, para la evaluación del tamaño y extensión tumoral. Las RM fueron practicadas en forma consecutiva en el

servicio de Imágenes de la Mama de Clínica Las Condes, entre julio de 2003 y septiembre de 2006, con la indicación de etapificación de cáncer mamario. Los hallazgos de RM además fueron comparados con los de mamografía y ecografía mamaria, en relación a tamaños tumorales y a multifocalidad o multicentricidad. Se revisan los cambios de conducta surgidos de los hallazgos de RM.

Resultados: El promedio de edad de las 85 pacientes es de 49,6 años (30-74). Se obtiene una correlación superior entre RM mamaria e histología en comparación con los exámenes convencionales para la evaluación del tamaño tumoral y una mayor sensibilidad para detectar multifocalidad.

A 59% de las pacientes se les realizó cirugía conservadora y a 41% mastectomía. Hubo biopsias percutáneas y excisionales benignas y malignas originadas por los hallazgos de resonancia mamaria y cambios de conducta de mastectomía parcial a total de lesiones detectadas sólo por resonancia mamaria.

Conclusión: La RM mamaria evalúan mejor que los exámenes convencionales el tamaño tumoral y la multifocalidad, en las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama previo al tratamiento definitivo.

Seccional: TÓRAX

PET Y MEDIASTINOSCOPIA SELECTIVA PARA LA ESTADIFICACIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES CON CARCINOMA BRONCOGÉNICO NO MICROCÍTICO

Drs. *C. Bidegain, M. Serra, R. Saumench, J. Belda, R. Rami-Porta, S. Call y C. Pellicer*
(Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Mutua de Terrasa, Barcelona, España)

Objetivos: Evaluar la presencia de diseminación mediastínica del carcinoma broncogénico (CB) después de cambiar el protocolo de estadificación clínica, utilizando la tomografía por emisión de positrones (PET) para seleccionar a pacientes candidatos a tratamiento quirúrgico inicial, sin realizar previamente una exploración quirúrgica mediastínica (EOM).

Método: De 1994 a 2003 realizamos una EQM (mediastinoscopia cervical, mediastinotomía paraesternal o mediastinoscopia cervical extendida) a 655 pacientes diagnosticados de CB. Los pacientes que no presentaban infiltración de las adenopatías mediastínicas fueron sometidos a toracotomía y disección ganglionar sistemática (DGS). Desde enero 2004 hemos introducido la PET en el protocolo de estadificación del CB no microcítico y hemos realizado 118 PET. La EQM la realizamos a pacientes con una elevada captación de glucosa mediastínica o hilar en la PET, a los pacientes con adenopatías mediastínicas >1 cm de diámetro en su eje menor en la tomografía computarizada (TC) de tórax y a los pacientes con tumores hiliares. Los pacientes que no cumplían ninguno de los criterios fueron sometidos a toracotomía y DGS, sin previa EQM.

Resultados: De 655 pacientes diagnosticados de CB entre 1994 y 2003, 236 (36%) tenían infiltración de las adenopatías mediastínicas; realizamos toracotomía y DGS a 419 pacientes y 40 (6,1%) tumores fueron pN1. En 37 de los 118 PET realizados objetivamos un aumento de la captación de glucosa en el mediastino. En 26 pacientes se confirmó la diseminación mediastínica con EQM. Once pacientes no presentaron afectación mediastínica en la EQM y fueron sometidos a toracotomía. De

estos, 3 presentaron diseminación mediastínica. En 8 pacientes no se encontraron adenopatías mediastínicas afectadas después de la toracotomía. Realizamos EQM a 33 de los 81 pacientes que no presentaban diseminación mediastínica en la PET. En 5 de ellos se confirmó la presencia de adenopatías. Los 28 restantes fueron sometidos a una toracotomía y en 3 se evidenció la presencia de adenopatías mediastínicas. A 48 pacientes que no tenían captación mediastínica de glucosa en la PET se les realizó toracotomía y DGS, objetivando presencia de adenopatías mediastínicas en 3. En total, 9 (7,6%) pacientes con tumores pN2 fueron infraestadificados y se les realizó toracotomía. Este índice no difiere estadísticamente del 6,1% de tumores pN2 que encontramos después de realizar una EQM sistemática.

Conclusiones: La PET y la EQM selectiva nos permiten seleccionar a los pacientes tributarios de tratamiento quirúrgico inicial. Con la introducción de la PET hemos ahorrado una EQM a 48 (40%) pacientes. Un 7,6% de los pacientes son sometidos a toracotomía sin impacto terapéutico. Esto supone sólo un 1,5% más que cuando realizábamos una EQM sistemática.

VALOR PREDICTIVO POSITIVO PARA MALIGNIDAD DEL PET/CT CON F¹⁸-FDG EN NÓDULOS O MASAS PULMONARES

Drs. *F. Redondo, R. Pruzzo, H. Amaral, A. Pizarro, A. Barros, C. Suárez, R. Berríos, F. Bannura, F. Suárez, F. Orlandi*

(Departamento de Medicina Nuclear y PET-CT de Fundación Arturo López Pérez, Clínica Santa María, Universidad de Chile)

Introducción: El PET/CT con F¹⁸-fluorodeoxiglucosa (F¹⁸-FDG) provee información metabólica y morfológica para el diagnóstico de lesiones neoplásicas; sin embargo, la hiper captación de F¹⁸-FDG no es específica de malignidad, observándose en patologías benignas. La especificidad del estudio

dependerá de la prevalencia de enfermedades inflamatorias-infecciosas. Nuestra hipótesis es que el PET/CT es buen predictor de malignidad en lesiones pulmonares en nuestra población.

Material y Método: Se analizaron prospectivamente 83 pacientes con 132 lesiones pulmonares hipermetabólicas, 54 hombres, edad promedio 63 años (27-96). Diez y nueve pacientes tenían antecedente de neoplasia extrapulmonar, 64 presentaban lesión pulmonar primaria y 3 eran portadores de neumocosis. Los estudios se realizaron en un equipo Siemens Biograph 6. Estudio histológico fue efectuado en todas las lesiones.

Resultados: En 120 de 132 lesiones se demostró neoplasia, 4 carcinomas de células pequeñas, 77 carcinomas de células no pequeñas (CPCNP), 1 sarcoma, 38 metástasis. SUV Max promedio fue 8,9 g/ml (0,3-35,9) y tamaño promedio 35 mm (4-110).

Doce lesiones interpretadas como neoplásicas resultaron benignas (3 silicomas, 3 granulomas, 4 neumonías, 1 absceso, 1 cicatriz postquirúrgica). SUV Max promedio fue 3,3 g/ml (0,7-9,4) y tamaño promedio 20 mm (6-43).

Se demostró diferencia significativa entre SUV Max de lesiones malignas y benignas ($p < 0,001$, Mann Whitney).

Valor predictivo positivo (VPP) para malignidad fue 91%.

Conclusión: El PET/CT con F^{18} -FDG es buen predictor de malignidad en lesiones pulmonares en nuestro país, con VPP de 91%. Los falsos positivos corresponden a lesiones inflamatorias. El análisis de imágenes metabólicas y anatómicas adquiridas simultáneamente permite caracterizar lesiones pulmonares con mayor precisión que ambas técnicas por separado.

EVALUACIÓN DEL USO DE DRENAJES PLEURALES EN LA SIMPATECTOMÍA VIDEOTORACOSCÓPICA (SVT)

Drs. C. Suárez, F. Suárez, R. Berríos, J. Lemus, L. Rodríguez, S. Vogt
(Clínica Santa María, Universidad de Chile, Universidad Austral de Chile)

Introducción: La SVT para el tratamiento de la hiperhidrosis logra satisfacción entre 90 y 99% de los pacientes. Sus complicaciones pleurales se reportan entre 1 y 4% de los casos. Hace 3 años presentamos nuestra experiencia inicial con 100 SVT y todos los pacientes habían sido manejados con drenajes pleurales por un par de horas. El objetivo del presente trabajo es comparar las complicaciones pleurales (neumotórax y derrame pleural

postoperatorios) en dos grupos diferentes, usando o no drenajes pleurales postoperatorios.

Material y Método: Se estudian 720 SVT consecutivas, realizadas en 360 pacientes entre diciembre 2002 y agosto 2006. En todos los casos se realizó simpatectomía bilateral con anestesia general y tubo doble lumen. La SVT se realizó por dos canales de trabajo axilares de 5 mm. En los primeros 380 procedimientos usamos drenaje pleural por dos horas postoperatorias como norma, el que fue retirado luego de obtener un control radiográfico normal. En los siguientes 340 procedimientos usamos sólo drenaje pleural transitorio aspirativo intraoperatorio y reexpansión pulmonar a presión por el anestesista, siempre con control radiográfico en la sala de recuperación.

Resultados: En el grupo que usó drenaje pleural tuvimos un neumotórax moderado (0,26%) post retiro de drenaje que requirió manejo con punción aspirativa; y un caso de derrame pleural (0,26%) que se evidenció a los 6 días post operatorios (día que el paciente acudió para retiro de puntos) que se observó y reabsorbió espontáneamente. En el grupo que no se usó drenajes pleurales postoperatorios se presentó una paciente con neumotórax leve (0,29%) que se observó y reabsorbió espontáneamente en 36 horas. No hubo diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.

Conclusión: El uso de drenajes pleurales postoperatorios en la SVT no muestra ventajas sobre el uso de aspiración y drenaje transitorio intraoperatorio exclusivo.

ABORDAJE QUIRÚRGICO EN UN TIEMPO EN EL QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO Y PULMONAR

Drs. R. Santolaya, F. Parada, D. Lazo, A. Pérez-Castilla, R. Prats, M. Fica, F. Bannura, D. Pavlov, C. Czischke, M. Ferrario, P. Rodríguez
(Servicio de Cirugía Torácica, Instituto Nacional del Tórax. Universidad de Chile. Servicio de Cirugía, Hospital Luis Tisné, Universidad de Chile)

Introducción: El quiste hidatídico es una patología de manejo frecuente en el Instituto Nacional del Tórax (INT). La existencia simultánea de esta patología en Hígado y Pulmón alcanza entre un 8,8%-36,5% según la literatura. Clásicamente, su manejo se ha establecido priorizando la resolución del quiste complicado o del pulmonar por sobre el hepático, si no existe complicación alguna. En este centro se ha planteado la posibilidad de su manejo en un acto operatorio único, contando con la asistencia de un equipo paralelo del área biliopancreática. El objeti-

vo de este trabajo es la comunicación de la experiencia coordinada de un equipo de cirugía torácica y uno de cirugía digestiva en el manejo quirúrgico de los quistes hepáticos y pulmonares en un tiempo anestésico-quirúrgico.

Material y Método: Se realiza el análisis retrospectivo de la base de datos de patología equinócica del INT entre marzo de 2003 y marzo de 2006, seleccionando todos los pacientes portadores de quistes pulmonares y hepáticos sometidos a toracotomía y laparotomía en un mismo acto operatorio.

Resultados: La muestra está constituida por 47 pacientes de un total de 237 pacientes (19,8%), de los cuales 7 pacientes (3 mujeres y 4 hombres) fueron abordados por toracotomía y laparotomías sucesivas por distintos equipos quirúrgicos. La edad promedio de los pacientes es de 38 años, todos los cuales provienen de comunas rurales. El estudio se realizó en todos los casos con radiografía de tórax. TAC de tórax, abdomen y pelvis y serotipo por método de ELISA. La operación más frecuentemente utilizada fue la periquistectomía pulmonar por toracotomía y la hepática vía laparotomía subcostal derecha. El promedio de días de hospitalización postoperatoria fue de 9,2 días. El promedio de días de permanencia de las pleurotomías fue de 7. Sólo existió un caso de neumotórax como complicaciones postoperatoria, sin mortalidad. Todos los pacientes recibieron albendazol postoperatorio en las mismas dosis, sin evidencias de recidivas en controles alejados, con un promedio de 23,6 meses.

Discusión: Ante el déficit de camas disponibles para la atención de pacientes derivados a centros de alta complejidad, el manejo de la hidatidosis hepáticas y pulmonares en un solo tiempo, se plantea como una alternativa segura que permite el ahorro de tiempo y recursos al sistema de salud y al paciente le ahorra un segundo acto anestésico-quirúrgico con las complicaciones que ello conlleva.

ANÁLISIS DE LOS TRATAMIENTOS EN EL NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO PRIMARIO ¿CONSERVADOR O QUIRÚRGICO?

Drs. A. Baquerizo, W. Muñoz, F. Barrientos, V. Fonseca, Int. J. Salvador
(Servicio de Cirugía Torácica, Universidad de la Frontera, Hospital Hernán Henríquez)

Introducción: El neumotórax espontáneo primario se presenta en una tasa entre 7,5 y 28/1.000.000 habitantes al año. Su diagnóstico es sencillo pero el tratamiento es variado y la Videotoracoscopia ampliamente utilizada. Se postula que

el tratamiento conservador posee fracasos numerosos y que la cirugía asegura un mejor pronóstico. El propósito del presente trabajo es aportar mayor claridad en esta discusión.

Material y Método: Se realiza un análisis retrospectivo de una serie de casos de neumotórax espontáneo tratados entre 1996 y 2005 obtenidos de la base de datos del Hospital. Se reúnen 119 pacientes, de los cuales, 103 son primarios que son los estudiados. Hombres 85 y mujeres 18 con edad promedio de 32 años. El diagnóstico se basa en la Rx de Tórax y el tratamiento es la toracostomía tubular en 100 y la observación en 3. Las complicaciones son el escape de aire persistente por más de 4 días con colapso parcial del pulmón y la recidiva en los dos primeros años. La intervención efectuada es la resección de los bleds subpleurales y pleurodesis por videotoracoscopia. Se analiza los resultados mediante el Fisher'exact.

Resultados: Las complicaciones de la toracostomía tubular fueron escape de aire persistente >4 días en 43 y recidivas en 36. Suman 79 casos (76,6%). Se intervinieron por VTC 62 pacientes (60,1%), 31 por escape >4 días y 31 por recidivas. De acuerdo a la magnitud del neumotórax, las complicaciones se presentaron: En marginales: 58,4%, en parciales: 68,8%, en completos: 100% y en los hipertensivos: 100%. En el grupo de tratamiento conservador —41 enfermos— presentaron complicaciones 17 (41,4%) y en los intervenidos sólo 1 recidiva (1,6%) con un p=0,000.

Conclusiones: El grupo de pacientes sometidos a VTC presentó solo 1,6% de complicaciones, y los tratados conservadoramente un 41,4% teniendo significancia estadística a favor de la cirugía. Sólo los neumotórax marginales presentaron menores complicaciones y estas fueron cercanas al 100% en los restantes. En la serie total, las complicaciones se presentaron en el 76,6%. El mejor tratamiento es el quirúrgico mediante videotoracoscopia. En los neumotórax marginales puede ser conservador.

EVALUACIÓN DE 720 SIMPECTOMÍAS VIDEOTORACOSCÓPICAS (SVT) PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS DE MIEMBROS SUPERIORES (HHMS)

Drs. C. Suárez, F. Suárez, R. Berríos, J. Lemus, L. Rodríguez, S. Vogt
(Clínica Santa María, Universidad de Chile, Universidad Austral de Chile)

Introducción: Hace 16 años se realiza SVT para el tratamiento de HHMS, logrando satisfacción entre 90 y 99% de los pacientes. La reinervación

simpática (3-18%), el síndrome de Horner (1-8%), la sudoración compensatoria severa (3-30%) y las complicaciones pleurales (1-4%) son los problemas o complicaciones de la técnica. Hace 3 años presentamos nuestra experiencia inicial con 100 SVT. El objetivo del presente trabajo es evaluar nuestros resultados a largo plazo luego de acumular un importante volumen de pacientes tratados y cambiar aspectos técnicos.

Material y Método: Se estudian 720 SVT consecutivas, realizadas en 360 pacientes entre diciembre 2002 y agosto 2006. En todos los casos se realizó simpatectomía bilateral con anestesia general y tubo doble lumen. La SVT se realizó por dos canales de trabajo axilares de 5 mm. Cambiamos desde la técnica inicial: uso de bisturí ultrasónico en lugar de electrobisturí, resección de T3 y T4 en lugar de T2-4, y dejamos de usar drenajes pleurales postoperatorios. Para la evaluación de los resultados se registraron la satisfacción y complicaciones prospectivamente, y se compararon los resultados con los presentados previamente por este mismo grupo de trabajo.

Resultados: La satisfacción global de los pacientes fue 99,7%. Morbilidad: un síndrome de Horner (0,14%), una lesión de arteria intercostal (0,14%), dos neumotórax residuales (0,28%), un derrame pleural leve (0,14%), cuatro pacientes con sudoración compensatoria severa (1,1%), una paciente con persistencia de la sudoración en ambas palmas (0,28%) y tres reinervaciones (0,83%). Todos estos resultados son mejores que los reportados por nosotros previamente con 100 simpatectomías. No fue necesario convertir en ninguna operación. No hubo mortalidad.

Conclusión: La SVT demuestra ser un procedimiento de baja morbilidad y altamente satisfactorio para el tratamiento de la HHMS, donde la experiencia del grupo tratante mejora los resultados y disminuye las complicaciones.

TÉCNICA DE NUSS EN PECTUS EXCAVATUM: EXPERIENCIA PERSONAL

Drs. R. Berríos, C. Suárez, J. De la Maza, J. Lemus, C. Polanco, J.I. Fernández
(Equipo de Cirugía de Tórax, Clínica Santa María. Cardiovascular, Hospital FACH, Facultad de Medicina Universidad Mayor)

Introducción: El pectus excavatum es una de las deformidades del tórax más frecuente, se presenta principalmente en hombres, se asocia a escoliosis y a malformaciones cardiovasculares hasta en un

2%. Corresponde a una alteración del desarrollo de los cartílagos costales y esternón, habitualmente asintomáticos, pero pueden llegar a comprimir el corazón y pulmón. Su tratamiento es quirúrgico en casos sintomáticos o si provoca alteraciones psicológicas. Desde 1997 se introduce la técnica de Nuss, mínimamente invasiva con la colocación de una barra metálica, logrando menor tiempo operatorio, morbilidad y tiempo de hospitalización. El objetivo de este trabajo es exponer la experiencia inicial del tratamiento del pectus excavatum con esta técnica, realizada por un mismo cirujano.

Materiales y Métodos: Serie de casos prospectiva de pacientes con diagnóstico de pectus excavatum, sometidos a cirugía con técnica de Nuss desde Marzo de 2004 a Junio de 2006. Se utilizó intubación traqueal simple, decúbito dorsal, VTC con óptica de 5 mm neumotórax con CO₂ 5 mmHg, instalación de una barra con dos estabilizadores sin drenaje pleural y con analgesia peridural.

Resultados: La serie corresponde a 7 pacientes hombres, operados por alteraciones psicológicas secundarias al defecto. La mediana de edad fue de 16 años (rango 15-18 años), el tiempo operatorio promedio de 45 minutos (30-55 min) y una estadía hospitalaria promedio de 4 días. Se evaluó el dolor por EVA con valor promedio de 3, no se presentaron neumotórax post operatorios ni otras complicaciones. Un paciente presenta un derrame pleural simpático al mes de operado tratado con pleurocentesis sin recidiva y un seguimiento de 6 a 26 meses.

Conclusión: La técnica utilizada presenta una baja tasa de complicaciones, corta estadía hospitalaria y escaso dolor postoperatorio. La experiencia inicial con esta serie de casos logra reproducir los resultados expuestos en otras series publicadas en la literatura internacional.

SIMPATECTOMÍA POR VIDEOTORACOSCOPIA: COMPARACIÓN DE VENTILACIÓN MONOBRONQUIAL SELECTIVA V/S INSUFLACIÓN CON CO₂

Drs. R. Berríos, R. Vega, J. De la Maza, C. Cabrera, C. Polanco, J. Fernández
(Clínica Santa María. Hospital FACH. Universidad de Valparaíso)

Introducción: La hiperhidrosis axilopalmar afecta un 0,75% de la población, pudiendo afectar en forma importante la calidad de vida. La simpatectomía por videotoracoscopia (VTC) es una técnica que soluciona en forma definitiva este problema. Para visualizar la cadena simpática torácica se requiere una caída

adecuada del pulmón, mediante ventilación monopulmonar (VMP) con tubo de doble lumen; pudiendo ser dificultosa, presentando frecuentemente desaturación, además de tener mayor costo.

Objetivo: Comparar la calidad de visión y efectos adversos de la simpatectomía por VTC entre el uso de intubación bronquial selectiva y VMP, con la insuflación pleural (IP) de CO₂.

Material y Métodos: Análisis prospectivo de pacientes propuestos para simpatectomía desde Marzo a Julio de 2006. Se utilizó tubo doble lumen izquierdo, realizando la cirugía en un lado con VMP y en el otro con insuflación de CO₂ a 7 mmHg, según tabla de randomización. Se evaluaron cambios en SO₂, hemodinamia, presión de vía aérea (PVA), y visibilidad del campo quirúrgico.

Resultados: Se incluyeron 7 mujeres, edad promedio 23 años, todas ASA I. En 4 pacientes se usó VMP derecha para operar el lado izquierdo, y en 3 pacientes a la inversa. 5 pacientes presentaron desaturación con VMP, mientras que no hubo desaturación con IP. La presión arterial sistólica presentó una caída máxima de 17% en el grupo de VMP y de 21% en el grupo de IP. La PVA promedio fue de 25,3 en la VMP y 15,5 en el grupo de IP. La visibilidad fue muy buena en todos los casos, excepto en 2 pacientes operados a derecha con VMP izquierda.

Conclusiones: La técnica de simpatectomía por VTC con VMP se asocia a mayor número de episodios de desaturación y aumento de PVA que la técnica con IP.

Discusión: La intubación endotraqueal con tubo simple, e IP con CO₂, parece ser una técnica segura, simple y efectiva para esta cirugía.

HIDATIDOSIS PULMONAR. EXPERIENCIA QUIRÚRGICA EN HOSPITAL CLÍNICO, UNIVERSIDAD DE CHILE (1995-2005)

Drs. E. Lanzarini, E. Schwartz, G. Inostroza, J. Salguero, G. Cardemil, Ints. K. García, M. Godoy, L. Lara

(Hospital Clínico J.J. Aguirre, Universidad de Chile)

Introducción: La hidatidosis humana es una zoonosis causada por el estado larval del Cestode

Equinococcus, que es transmitido por animales domésticos de zonas agrícola-ganaderas. En Chile tiene una incidencia de 6 a 7 por 100.000 habitantes. Se presenta en forma de hidatidosis pulmonar (HP) en un 18 a 35% de los casos, siendo la mayoría de los pacientes asintomáticos. El tratamiento quirúrgico de elección en la actualidad es la quistectomía.

Objetivo: Determinar el manejo de la HP en pacientes tratados en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile en los últimos 10 años, comparándolos con los publicados a nivel internacional.

Método: Se realizó una revisión retrospectiva de las fichas clínicas de todos los pacientes con diagnóstico de HP tratados en el HCUCH entre mayo de 1995 y mayo de 2005, obteniendo datos epidemiológicos, clínica, diagnóstico, tratamiento y sus resultados.

Resultados: De un total de 16 pacientes con HP, 9 mujeres y 7 hombres, todos entre 23 y 65 años, el 62,5% viven en Santiago, 37,5% viven en zonas rurales. Un 31% de los pacientes era asintomático al momento del diagnóstico, mientras que el resto consultó por síntomas como disnea (31%), tos (25%), hemoptisis (12%) y vómica (12%). El diagnóstico se realizó con radiografía (100%) y TAC (43%), 15 pacientes presentaron lesión única, ubicada más frecuentemente en lóbulos pulmonares inferiores (62%). El 62% de los pacientes presentaron complicaciones tales como fístulas pleurales (31%), sobreinfección (19%) y hemoptisis (13%). Todos los pacientes fueron sometidos a tratamiento quirúrgico, realizándose quistectomía (37%), periquistectomía (31%), lobectomía (13%), quistectomía por videotoracoscopia (13%) y segmentectomía (6%). Ningún paciente presentó complicaciones postoperatorias ni recidivas a la fecha.

Conclusión: En nuestra experiencia la HP es una patología de baja frecuencia, sin embargo, en un importante número de pacientes pueden producirse graves complicaciones (sepsis, hemoptisis), las cuales obligan a una conducta agresiva para su tratamiento. Los resultados quirúrgicos obtenidos son efectivos y de baja morbilidad, comparables con los resultados publicados a nivel internacional, por lo que la cirugía debe considerarse como el método de elección en estos pacientes.

Seccional: TRAUMA

DETECCIÓN DEL NEUMOTÓRAX MEDIANTE ULTRASONIDO, REALIZADA POR CIRUJANOS EN UNIDADES DE TRAUMA, EXPERIENCIA INICIAL EN EL HOSPITAL DR. SÓTERO DEL RÍO

Drs. H. Richter, I. Sáez, A. Mercado, M. Buchheister, G. García, O. Friant

(Unidad de Emergencia Adultos. Hospital Sótero del Río)

Introducción: El ultrasonido (US) está disponible en unidades de trauma para la evaluación inicial de los pacientes, que es realizada muchas veces por cirujanos. Algunos reportes previos indican que el US torácico puede diagnosticar la presencia de neumotórax, además de descartar el hemopericardio.

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue el de evaluar la eficacia del US para apoyar o descartar la presencia de neumotórax durante la evaluación inicial de pacientes con trauma torácico en la unidad de trauma del HSR.

Material y Métodos: Se realizó un trabajo prospectivo en la unidad de trauma del Hospital Dr. Sótero del Río. Los examinadores fueron cirujanos entrenados previamente y con experiencia en US de urgencia. El US torácico se hizo al ingreso del paciente durante la evaluación inicial; se evaluaron la presencia o ausencia de las "colas de cometa" y "deslizamiento pulmonar", tanto en la parte anterior como lateral de ambos hemitórax, así como también la presencia de derrame pleural. De acuerdo al caso, se realizó además FAS. Posteriormente a los pacientes negativos se les realizó placa de Rx de control, mientras en los positivos se comprobó el neumotórax por punción o Rx y luego se instaló pleurostomía.

Resultados: 33 pacientes fueron evaluados (8 politraumatizados y 25 con heridas por arma blanca), 18 fueron verdadero-negativo, 14 verdadero-positivo y hubo un falso-negativo. La sensibilidad fue del 93%, la especificidad del 100%, el valor predictivo negativo fue del 94,7%.

Conclusión: La evaluación inicial del neumotórax mediante US en pacientes con trauma torácico es confiable y puede ser realizada por cirujanos entrenados. Este examen se puede realizar previo a la Rx de tórax y durante la reanimación del paciente.

¿ES EL TRATAMIENTO CONSERVADOR EN HERIDAS PENETRANTES ABDOMINALES UNA ALTERNATIVA VÁLIDA EN URGENCIA?

Drs. C. Meirovich, J. Rivero, Int. J. Córdova, Drs. B. Uribe-Echeverría, A. Pacheco, R. Palacios

(Asistencia Pública, Universidad de Santiago de Chile)

Introducción: El manejo de las heridas penetrantes abdominales ha permanecido en controversia. Algunos autores promueven la laparotomía de rutina, para evitar demora en el tratamiento de lesiones intraabdominales. Esta cirugía rutinaria temprana para todos los pacientes con un trauma penetrante abdominal es cuestionada y desde 1960 se publican series que demuestran la seguridad de un manejo conservador selectivo, basándose principalmente en el control clínico seriado.

Objetivo: Analizar los resultados del Servicio de Cirugía del Hospital de Urgencia Asistencia Pública en el manejo selectivo de los pacientes con diagnóstico de trauma penetrante abdominal.

Material y Método: Serie retrospectiva entre los años 2002 y 2005, ingresados con diagnóstico de trauma penetrante abdominal, en los que se realizó manejo conservador (516). Se analizó número de exámenes físicos realizados, exámenes diagnósticos complementario y complicaciones asociadas.

Resultados: Del total de pacientes ingresados, 188 fueron tratados médicamente (36,4%). El promedio de edad fue 29,8 años (15-63), 174 hombres (92,5%) y 14 mujeres (7,4%), con una mediana de 1 día (<1-6) de estadía hospitalaria. En 182 casos la herida fue por arma blanca y en 6 por arma de

fuego. Se presentó una mediana de 5 (91-16) controles clínicos por paciente, 34 casos (18%) sólo con examen físico, 42 casos (22%) complementados con radiografía, todas negativas, 60 casos (32%) con ecografía, 24% de las cuales fueron positivas, sin modificación de conducta, 50 casos (27%) con radiografía y 1 caso (1%) con TAC. Se registraron 2 casos de complicaciones, 1 de los cuales reingresó para ser reintervenido. No se registró mortalidad.

Discusión: Según los resultados obtenidos en esta serie, el tratamiento conservador del trauma penetrante abdominal se plantea como alternativa válida y segura en el manejo de este grupo de pacientes.

TRAUMA PENETRANTE ABDOMINAL POR ARMA DE FUEGO: LAPAROTOMÍA PERENTORIA

Drs. C. Meirovich, J. Rivero, Int. J. Córdova, A. Pacheco, R. Palacios
(Asistencia Pública, Universidad de Santiago de Chile)

Introducción: los pacientes con herida abdominal por arma de fuego, son sometidos, habitualmente, a laparotomía exploradora, sin embargo, numerosas series han demostrado un alto porcentaje de laparotomías negativas, cuando la única indicación de cirugía ha sido el antecedente del tipo de arma utilizado.

Objetivo: Demostrar la experiencia del Servicio de Cirugía del Hospital de Urgencia Asistencia Pública en el manejo de pacientes con heridas penetrantes abdominales por arma de fuego y evaluar la factibilidad de un manejo conservador selectivo.

Material y Método: Serie retrospectiva durante los años 2003 y 2005, ingresados con diagnóstico de herida penetrante abdominal por arma de fuego, al Servicio de Cirugía del HUAP. De un total de 360 pacientes, se incluyeron 43 (12%) heridos por arma de fuego. Se analizó edad, sexo, pared abdominal comprometida, manejo conservador o quirúrgico, indicación de laparotomía y su resultado, según los hallazgos intraoperatorios. El resultado de la laparotomía fue definido como necesaria, innecesaria y en blanco, considerando innecesaria cuando no se pesquisó sangrado activo intraabdominal ni perforación de víscera hueca.

Resultado: La serie comprende 43 pacientes, 42 hombres (98%) y 1 mujer (2%) con edad promedio de 29,7 años (16-56) y estadía hospitalaria de 4,5 días (1-49). La mortalidad global fue 6,9%. Del total de pacientes, 3 (7%) recibieron tratamiento

médico y evolucionaron sin complicaciones; los 40 restantes fueron sometidos a tratamiento quirúrgico. En este grupo la laparotomía fue indicada por el antecedente de herida penetrante abdominal por arma de fuego en 20 casos (50%) encontrándose 3 laparotomías innecesarias y 1 en blanco (20%). Se indicó cirugía por deterioro de la evolución clínica en 18 casos (45%) encontrándose en este subgrupo 3 (16,7%) laparotomías innecesarias. En 2 casos (5%) el paciente fue llevado a Pabellón por deterioro clínico apoyado por imágenes, siendo en ambos casos laparotomía terapéutica. No hubo morbilidad en esta serie. La mortalidad correspondió a pacientes fallecidos en el Pabellón durante el acto quirúrgico, por lesiones que sobrepasan las posibilidades terapéuticas.

Discusión: Las heridas por arma de fuego continúan teniendo una baja incidencia dentro de nuestro medio. La indicación de laparotomía sólo por corresponder a una herida por arma de fuego, persiste como la principal causa de manejo quirúrgico en este grupo de pacientes. De acuerdo al resultado de esta serie, el uso de manejo conservador, la evolución clínica seriada preoperatoria y el apoyo de métodos diagnósticos complementarios reduce el número de laparotomías innecesarias y en blanco, de manera que, la laparotomía perentoria de rutina, parece por lo menos, discutible.

TRAUMA PENETRANTE CARDÍACO: EXPERIENCIA DE LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS EN EL HUAP

Drs. C. Meirovich, J. Rivero, Int. J. Córdova, Drs. A. Pacheco, R. Palacios
(Asistencia Pública, Universidad de Santiago de Chile)

Introducción: Las lesiones penetrantes cardíacas son una de las lesiones más dramáticas dentro de la cirugía del trauma, y necesitan un rápido diagnóstico e intervención quirúrgica precoz. Existe gran variabilidad en las tasas de sobrevivencia, las que se describen entre 30 y 80% y, que se atribuye principalmente a la realidad local del trauma.

Objetivo: Determinar la existencia de factores clínicos que tengan influencia en la morbimortalidad de los pacientes con trauma penetrante cardíaco.

Material y Método: Serie retrospectiva entre los años 2003 al 2005 con diagnóstico de herida penetrante cardíaca en el HUAP. De un total de 460 casos ingresados con diagnóstico de trauma penetrante torácico, se incluyen 27 pacientes (6%) con diagnóstico de trauma penetrante cardíaco. Se analiza edad, sexo, tipo de arma, sitio de penetra-

ción, método diagnóstico empleado, tiempo de traslado a pabellón desde la hora de ingreso, sitio de lesión, estadía intrahospitalaria y complicaciones.

Resultados: La edad promedio fue 26,7 años (18-42 años), 26 hombres y 1 mujer, todas lesiones por arma blanca. Veinte y cuatro (89%) heridas penetrantes en hemitórax izquierdo con un 52% de lesiones en VD, 32% en VI, 8% en pericardio y 8% múltiples. En hemitórax derecho 3 casos (11%), 2 con compromiso de pericardio y 1 de AD. Fueron diagnosticado por clínica, incluyendo shock y taponamiento cardíaco, 16 casos (59%), en 5 (18,5%) como hallazgo intraoperatorio en el contexto de una toracotomía por hemotórax masivo, 5 (18,5%) por radioscopia y 1 (4%) por ecografía. Analizando las lesiones específicas, en VI se presentaron 4 casos de complicación y un 25% de mortalidad, en cambio, en VD (1), pericardio (1) y lesiones múltiples (2), no se observó mortalidad. Cuando la lesión fue pesquisada como un hallazgo intraoperatorio, el tiempo de traslado a pabellón presentó una mediana de 50 minutos, con diagnóstico clínico una mediana de 30 minutos, con radioscopia una mediana de 45 minutos. Se registró una mediana de 6 días intrahospitalarios (2-21) con una mortalidad global 7,4%.

Discusión: Se observó un mayor número de complicaciones y mortalidad cuando se compromete el VI, lesión que presenta directa relación con heridas en hemitórax izquierdo. El diagnóstico clínico permite un menor tiempo de traslado a Pabellón, lo cual no guarda directa relación con los índices de complicaciones asociadas.

TRAUMA PENETRANTE TORÁCICO: ANÁLISIS EXPERIENCIA DEL HUAP ÚLTIMOS 3 AÑOS

Drs. J. Rivero, C. Meirovich, Int. J. Córdova, Drs. L. Schnapp, A. Pacheco, R. Palacios
(Asistencia Pública, Universidad de Santiago de Chile)

Introducción: El trauma constituye la tercera causa de muerte, siendo el trauma torácico el responsable del 20-25% de ellas, en todos los grupos etáreos. De las lesiones torácicas el 70 a 80% pertenecen al trauma penetrante, variando la mortalidad entre 3 y 10% para las lesiones por arma blanca, y entre 14 a 20% para las lesiones por arma de fuego.

Objetivo: Analizar la experiencia del Servicio de Cirugía del Hospital de Urgencia Asistencia Pública en trauma penetrante torácico y determinar factores que pueden influir en la morbimortalidad.

Material y Método: Serie retrospectiva de pacientes ingresados al Servicio de Cirugía del HUAP entre años 2003-2005 con diagnóstico de herida penetrante torácica. Se revisaron 457 fichas, excluyendo a 106 de ellas por no confirmarse la penetración (Rx tórax normal). Se analizaron datos demográficos, tipo de arma, diagnóstico, tratamiento inicial, complicaciones, y días de estadía hospitalaria.

Resultados: La serie de 354 pacientes, con promedio de edad 28,3 años (15-71). Siete mujeres (2%) y 347 hombres (98%). Herida por arma blanca en 345 (97,5%) y 9 por arma de fuego (2,5%). El diagnóstico de egreso fue en 135 pacientes neumotórax (38,1%), 106 hemoneumotórax (29,9%), 83 hemotórax (23,5%), 28 penetrantes cardíacas y 2 neumomediastino. Según tratamiento los neumotórax se manejaron en forma médica en 41 casos (30,4%) y con pleurostomía en 94 (69,6%), los hemoneumotórax 4 se trataron en forma médica en 41 casos (93,0%) y con pleurostomía en 94 (69,6%), los hemoneumotórax 4 se trataron en forma médica (3,8%), 96 con pleurostomía (90,6%) y 6 con toracotomía inicial (5,6%), los hemotórax se trataron en forma médica en 13 casos (15,7%), con pleurostomía en 45 (54,2%) y toracotomía en 25 (30,12%), todas las penetrantes cardíacas fueron tratadas con toracotomía. Dos pacientes con neumomediastino fueron tratados médicamente. Las complicaciones incluyeron hemotórax organizado, empiema pleural, neumonía asociada a VM y otros (TVP, IAM, IRA, desplazamiento de tubo). Las patologías de ocupación pleural son el 71,9% de las complicaciones, que se presentaron en el 25% de los pacientes con hemotórax tratados con pleurostomía.

Discusión: Se observa que se mantiene un claro predominio de pacientes masculinos y lesiones por arma blanca. El índice de complicación aumenta al ser mayor la lesión del paciente. El alto índice de complicaciones por ocupación pleural en hemotórax tratados con pleurostomía sugiere que sería insuficiente para vaciar el tórax y una alternativa podría ser la videotoracoscopia al ingreso, para lograr un vaciamiento completo y el tratamiento de las lesiones específicas.

Seccional: PÓSTER

TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE LA PERITONITIS DIFUSA DE ORIGEN APENDICULAR

Drs. L. Gutiérrez, F. Rodríguez, F. López, E. Lanzarini, G. Inostroza, J. Zúñiga, M. Martínez
(Departamento de Cirugía, Servicio de Emergencia, Hospital Clínico Universidad de Chile)

Introducción: La laparoscopia es una técnica quirúrgica que en los últimos años ha llegado a ser un método preferido para resolver distintas patologías permitiendo corregir diagnósticos y tratarlos al mismo tiempo. Entre estas patologías, no exenta de polémica esta la peritonitis difusa de origen apendicular (PD).

El objetivo de este trabajo es efectuar una evaluación del tratamiento quirúrgico laparoscópico de las PD en un período de 12 años en un hospital clínico universitario.

Material y Método: Desde noviembre de 1994 hasta junio de 2006, 144 pacientes fueron ingresados al Servicio de Emergencia de nuestro hospital con el diagnóstico de PD e intervenidos por laparoscopia. Hubo 49 hombres (34%) y 95 mujeres (66%). El promedio de edad fue 31 años con un rango entre 11 y 81. Consideraciones relacionadas a demografía, comorbilidad, diagnóstico, estudio histopatológico, técnica quirúrgica, tasa de conversión, días de hospitalización, complicaciones y seguimiento fueron estudiadas.

Resultados: PD se confirmó en los 144 pacientes (100%) y se pudo completar la intervención por técnica laparoscópica en 126 (87,5%). Hubo 18 conversiones en esta serie (12,5%): por plastrón apendicular en 15, y dificultad técnica en 3. El estudio histopatológico demostró apendicitis aguda supurada en el 96,4% de los pacientes. La evolución postoperatoria fue favorable en casi todos los pacientes (89,3%). Complicaciones ocurrieron en 15 pacientes, fundamentalmente infección de herida operatoria. El tiempo operatorio promedio fue 85 minutos y el tiempo promedio de hospitalización fue 5,6 días. No hubo mortalidad en esta serie.

SÍNTOMAS Y SIGNOS PRESENTES EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO DE APENDICITIS AGUDA. UN ANÁLISIS POR TIPO DE CONDICIÓN APENDICULAR BASADO EN UNA NUEVA CLASIFICACIÓN

Drs. Ints. E. Rojas, J. Maureira, Als. E. Cortés, C. Huaquilaf, A. Inostroza, V. Maturana, Drs. X. Rodríguez, J. Rojas
(Universidad de Santiago de Chile. Hospital San José. Hospital Barros Luco-Trudeau)

Introducción: Nuestro objetivo es conocer los Síntomas y Signos más frecuentes en diferentes tipos de Apendicitis Aguda (AA) según la clasificación propuesta por el autor. Hipótesis: Dolor en Fosa Ilíaca Derecha (FID), Blumberg y Fiebre deberían ser predominantes en condiciones inflamatorias apendiculares.

Materiales y Métodos: Pacientes operados por AA durante 3 meses de 2005. Con fin de aunar descripción intraoperatoria y anatomo-patológica, proponemos la siguiente clasificación (basado, con autorización, en la clasificación del Dr. Guzmán Valdivia):

Tipo	Sub tipo	Características histopatológicas e Intraoperatorias
A		
Apéndice Normal	1	Apéndice Normal
	2	Apéndice normal y periapendicitis de origen extraapendicular
	3	Apéndice normal con hiperplasia folicular linfoide reactiva inespecífica
B		
Condición inflamatoria apendicular sin perforación	1	Apendicitis Catarral
	2	Apéndice abscedado o flegmonoso
C		
Condición inflamatoria apendicular perforada	1	Apéndice necrótico y periapendicitis apendicular
	2	Apéndice perforado, con flegmón y periapendicitis apendicular (peritonitis localizada)
	3	Apéndice perforada con peritonitis generalizada

Resultados: Se revisaron 185 pacientes. Los hombres fueron el 57,3% y las mujeres 42,7%. Intervalo de edad fue 15-76 años. Los resultados se resumen en la siguiente tabla:

Tipo apen- dicitis	Migración del dolor	Dolor FID	Blum- berg	Fiebre (T ^{ax} >37,5)	Náuseas o vómitos	Ano- rexia
A1(n=9)	66,7%	100%	88,9%	11,1%	66,7%	22,2%
A2(n=3)	33,3%	66,7%	66,7%	33,3%	33,3%	0%
A3(n=8)	62,5%	100%	87,5%	0%	37,5%	25%
B1(n=59)	61%	96,6%	72,9%	32,2%	72,9%	25,4%
B2(n=49)	73,5%	93,8%	83,7%	20,4%	71,4%	22,4%
C1(n=45)	77,8%	97,8%	88,9%	24,4%	55,6%	35,6%
C2(n=6)	83,3%	83,3%	83,3%	50%	66,7%	0%
C3(n=6)	83,3%	100%	100%	83,3%	66,7%	33,3%

Conclusiones: Los tipos de AA más frecuentes fueron B1, B2 y C1. El síntoma y signo más frecuente fue dolor en FID y Blumberg, respectivamente, en todos los tipos de AA. A partir de B2, Migración del Dolor se agrega a los anteriores. Fiebre se presenta principalmente en C3, con baja frecuencia en los tipos restantes.

TUMORES APENDICULARES EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO DE APENDICITIS AGUDA

Drs. E. Rojas, A. Belmar, J. Maureira, M. Rojas, L. Rojas

(Hospital San José, Hospital Barros Luco-Trudeau, Universidad de Santiago de Chile)

Introducción: Este estudio tiene como objetivo conocer la frecuencia de tumores apendiculares, encontrados en biopsias de pacientes apendicectomizados con diagnóstico de Apendicitis Aguda (AA). Hipótesis: La frecuencia de tumores debería ser similar a lo publicado en literatura (0,5%), con predominio de lesiones malignas lideradas por el carcinoma apendicular.

Material y Método: Se revisaron, retrospectivamente, las biopsias de Servicio de Anatomía patológica del Hospital Barros Luco obtenidas de pacientes apendicectomizados, con diagnóstico preoperatorio de AA, entre Junio de 2003 y Julio de 2004. Los datos fueron procesados mediante estadística descriptiva.

Resultados: Se revisaron 1184 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%. Los tumores apendiculares correspondieron al 7% (1% de apendicectomías), de ca-

sos donde se logró determinar la causa de obstrucción. Los tumores benignos y malignos fueron, respectivamente, 31% y 69% del total. De los primeros, el 75% fueron Cistoadenomas mucinosos y, de los segundos, el 89% fue Carcinoma (62% de total de tumores y 0.67% de apendicectomías). La distribución de tumores por sexo fue 38% hombres y 62% mujeres. El 54% de los tumores se presentó entre los 40 y 69 años, donde el Carcinoma correspondió al 71%. Este último fue el 80% de tumores en hombres y 49% en mujeres.

Conclusión: Los tumores apendiculares fueron más frecuentes en hombres (62%) y presentaron una frecuencia global 2 veces mayor a lo publicado en la literatura (1% v/s 0,5%), donde el carcinoma mantuvo su comportamiento (62% de tumores) y fue el 80% de tumores en hombres.

Discusión: No se logra comprobar que los tumores apendiculares tengan la misma frecuencia que en la literatura, siendo en nuestro caso, el doble, lo que motiva nuevos estudios que expliquen el fenómeno encontrado en nuestra población.

ABDOMEN AGUDO SECUNDARIO A PERFORACIÓN DE DIVERTÍCULO DE MECKEL POR CUERPO EXTRAÑO

Drs. C. Tapia, D. Lazo, S. Hoefler, J. Fuenzalida, M. Delgado, M.C. Sanhueza, W. Vásquez
(Hospital Salvador, Universidad de Chile)

Introducción: El divertículo de Meckel es la malformación congénita más común del intestino delgado, encontrándose en el 2% de las laparotomías. Se estima que un 25% de los pacientes que lo portan desarrollan algún tipo de complicación a lo largo de su vida. La perforación secundaria a un cuerpo extraño, se considera de extrema rareza siendo descrita en menos de un 8% del total de complicación. El objetivo de este trabajo es la revisión del tema a raíz de un caso clínico atendido en el Hospital Salvador.

Caso Clínico: Hombre de 19 años sin antecedentes mórbidos de importancia, con cuadro de tres días de dolor abdominal periumbilical irradiado a fosa ilíaca derecha. Sin náuseas, vómitos ni diarrea. Al examen físico destaca fiebre, taquicardia (100 x min), resistencia muscular abdominal involuntaria, signo de Blumberg y ausencia de ruidos hidroaéreos. Exámenes: Leucocitos: 22000, hematócrito y pruebas de coagulación: normales. Exploración quirúrgica evidencia apéndice sano y un divertículo de Meckel a 60 cm de la válvula ileocecal, de aspecto congestivo, con perforación en su

vértice por cuerpo extraño con aspecto de trozo de madera. Se realiza resección en cuña del divertículo, anastomosis entero-enteral y apendicectomía. Evoluciona favorablemente sin complicaciones, siendo dado de alta al 4º día postoperatorio. Biopsia: Divertículo de Meckel perforado en su punta por trozo de madera con aspecto de tallo. Reinterrogando al paciente se comprobó ingesta de manzana con tallo incluido.

Discusión: El divertículo de Meckel constituye el remanente del conducto vitelino u onfalomesentérico, el cual normalmente se oblitera entre la séptima y novena semana de gestación. Fue descrito en 1809 por Johann Friedrich Meckel en un estudio de 22 cadáveres infantiles. Se estima que su incidencia fluctúa entre el 0,3-3%, con una relación hombre:mujer de 4:1. Sus complicaciones ocurren principalmente durante la infancia, derivadas principalmente de procesos inflamatorios y hemorrágicos; mientras que en la adultez lo conforman cuadros obstructivos e inflamatorios de bastante menor frecuencia. La perforación diverticular por cuerpo extraño se considera una complicación rara, principalmente por la ingesta accidental de espinas de pescado. Mondadientes, huesos de pollo, etc. El presente caso renueva la premisa de una exhaustiva de revisión del intestino delgado durante la exploración quirúrgica de un paciente con dolor en fosa ilíaca derecha.

TIPOS DE APENDICITIS AGUDA Y RELACIÓN CON RECUENTO DE GLÓBULOS BLANCOS EN SANGRE

Drs. E. Rojas, J. Maureira, E. Cortés, C. Huaquilaf, A. Inostroza, X. Rodríguez, J.L. Rojas
(Universidad de Santiago de Chile. Hospital San José, Hospital Barros Luco-Trudeau)

Introducción: Este estudio tiene el objetivo de relacionar el recuento de glóbulos blancos (RGB) con hallazgos intraoperatorios según la clasificación propuesta por el autor. Hipótesis: La leucocitosis (RGB >11.000) se relacionaría con condiciones inflamatorias apendiculares.

Método: Se revisaron fichas de pacientes con diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda, operados durante 3 meses del año 2005, con RGB entre sus exámenes preoperatorios. Con fin de aunar descripción intraoperatoria y anatomo-patológica, proponemos la siguiente clasificación (basado, con autorización, en la clasificación del Dr. Guzmán Valdivia):

Tipo	Sub tipo	Características histopatológicas e Intraoperatorias
A		
Apéndice Normal	1	Apéndice Normal
	2	Apéndice normal y periapendicitis de origen extraapendicular
	3	Apéndice normal con hiperplasia folicular linfoide reactiva inespecífica
B		
Condición inflamatoria apendicular sin perforación	1	Apendicitis Catarral
	2	Apéndice abscedado o flegmonoso
C		
Condición inflamatoria apendicular perforada	1	Apéndice necrótico y periapendicitis apendicular
	2	Apéndice perforado, con flegmón y periapendicitis apendicular (peritonitis localizada)
	3	Apéndice perforada con peritonitis generalizada

Resultados: Se revisaron 149 pacientes con un rango de edades de 15-76 años 43,6% (65) eran mujeres y 56,4% (84) hombres, de total de pacientes 10% (15) eran no inflamatorios (Ax) y 90% (134) eran inflamatorios (Bx-Cx).

	Leucocitosis		Sin Leucocitosis		Total
	n	(%)	n	(%)	
Ax	4	(26,7)	11	(73,3)	15
Bx-Cx	109	(81,3)	25	(18,7)	134
total	113		36		149

Conclusión: La leucocitosis fue mas frecuente en los pacientes que tenían una condición inflamatoria 81,3% que en los pacientes con apéndice normal 26,7%.

Discusión: La leucocitosis se relaciona con la condición inflamatoria del apéndice.

LAPAROTOMÍA DE URGENCIA EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR: AUDITORÍA DE 3 AÑOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA DEL COMPLEJO ASISTENCIAL BARROS LUCO

Drs. C. Alvarez, R. Valenzuela, C. Cerda, A. Jadue, F. Rojas

(Servicio Cirugía Complejo Asistencial Barros Luco, Becario Cirugía Universidad de Chile, Int. de Medicina Universidad de Santiago de Chile)

Introducción: La patología abdominal quirúrgica de urgencia difiere entre el paciente joven y el añoso. Incluso, en el mayor, puede ser diferente la incidencia, prevalencia y presentación de algunas enfermedades.

Objetivos: revisar las laparotomías de urgencia practicadas en los adultos mayores (>60 años) en la Unidad de Emergencia del CABL y comparar la incidencia de diagnósticos más frecuentes entre los menores y mayores de 60 años.

Materiales y Métodos: los diagnósticos se consignaron desde los protocolos de laparotomía de urgencia entre los años 1999 y 2001. Para los cuadros más frecuentes se comparó las incidencias con el grupo de menor edad mediante chi-cuadrado y se consideró significativo $p < 0.05$.

Resultados: De un total de 1274 laparotomías, 327 fueron en mayores de 60 años, 195 (59.6%) hombres y 132 (40.4%) mujeres. La edad promedio fue 72,2. La patología biliar fue la causa más frecuente, seguida por hernias, obstrucción intestinal, apendicitis aguda y peritonitis. La patología biliar fue significativamente mayor en el grupo de mayores de 60 años ($p = 9,1e-9$). La patología herniaria ($p = 4,7e-25$) y obstrucción intestinal ($p = 4,6e-21$) fueron mayores en los pacientes añosos. Peritonitis explicó el 10,7% y fue menor en los pacientes mayores ($p = 0,13$). La apendicitis presentó una incidencia menor en mayores de 60 ($p = 3,1e-58$), sin embargo, la peritonitis apendicular fue mayor en los pacientes mayores ($p = 0,003$). La peritonitis biliar fue similar para ambos grupos ($p = 0,39$).

Conclusiones: La patología biliar, las hernias de la pared abdominal y la obstrucción intestinal son diagnósticos postoperatorios más frecuentes en pacientes mayores de 60 años. Estas entidades presentan diferencias significativas según la edad de presentación del paciente.

PRESENTACIÓN CLÍNICA Y MANEJO DEL ADENOCARCINOMA APENDICULAR DE TIPO COLÓNICO, REPORTE DE UN CASO

Drs. *M. Abelleira, F. Rojas, C. Cerda, A. Jadue, M. Ramírez*

(Servicio de Cirugía, Complejo Asistencial Barros Luco-Trudeau. Becaria de Cirugía, Universidad de Chile, Universidad de Santiago de Chile)

Introducción: Las neoplasias apendiculares son poco frecuentes, constituyendo un 0,5% de las neoplasias gastrointestinales. El adenocarcinoma primario de tipo colónico del apéndice es aún más raro.

Objetivo: Presentar el diagnóstico y manejo de un tumor maligno de histología y localización poco frecuentes.

Caso clínico: Paciente de sexo femenino, 52 años de edad. Ingresa con un cuadro de 28 horas de evolución, diagnosticándose peritonitis apendi-

cular. En la cirugía se encuentra líquido purulento intraperitoneal y el apéndice libre, aumentado de volumen, flegmonoso y perforado en la base. Se realiza apendectomía, cecorrafia y se envía pieza a biopsia diferida, que informa cáncer de apéndice cecal infiltrante de 1,6 cm tipo histológico, adenocarcinoma tubulopapilar medianamente diferenciado de tipo colónico, de extensión hasta la muscular propia, con límites quirúrgicos comprometidos y apendicitis aguda purulenta úlcero necrótica. El estudio para etapificación no evidencia otros tumores. Se realiza hemicolectomía derecha e íleo transverso anastomosis término-terminal. La biopsia diferida informa: íleon, ciego y colon ascendente sin alteraciones significativas, ganglios pericólicos (10) normotípicos, no se observa neoplasia residual. En su último control la paciente se encontraba en buenas condiciones generales.

Discusión: Se reporta una incidencia del adenocarcinoma apendicular que va del 0,08 al 0,004% de las apendectomías. La mayoría de los casos no se diagnostican en forma preoperatoria. La presentación clínica más común es la apendicitis aguda. La lesión frecuentemente compromete la base. La hemicolectomía derecha con disección de ganglios ha sido el tratamiento de elección para estos tumores, ya que se ha descrito una sobrevida a 5 años de un 43,3%, significativamente mayor que el tratamiento con apendectomía simple.

PERFIL SOCIOCULTURAL DE LA HIDATIDOSIS EN LA PROVINCIA DE ÑUBLE. EXPERIENCIA EN CINCO AÑOS

Drs. *J. Morales, R. Arriagada, J. Contreras, L. Canales, P. Córdova*

(Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Herminda Martín, Universidad de Chile, Hospital de Urgencia Asistencia Pública, "Alejandro del Río" (HUAP))

Introducción: La hidatidosis humana es la principal zoonosis en Chile. Distintas series nacionales evidencian una clara asociación de la enfermedad a condiciones socioculturales deficitarias. En la provincia de Ñuble las labores agropecuarias corresponden a una importante actividad económica, en las que se desempeña mayoritariamente la población rural de la zona.

No existen publicaciones que asocien las condiciones antes mencionadas con esta enfermedad en la provincia.

Objetivo: Describir las condiciones socioculturales que se asocian al desarrollo de hidatidosis humana en la provincia de Ñuble.

Material y Método: Se practicó un estudio descriptivo retrospectivo, mediante la revisión de las fichas clínicas de todos los pacientes con diagnóstico postoperatorio de hidatidosis hospitalizados en el Servicio de Cirugía del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, durante el período 2000-2005, analizando diversas variables demográficas, educacionales y laborales.

Los datos fueron vertidos a una base de datos ad-hoc y analizados con el software estadístico SPSS 11.5.

Resultados: Se registró un total de 131 pacientes en el período estudiado. Del grupo, 51,1% correspondía a sexo masculino. La edad promedio fue de 40,8 (4-81). 67,2% de los pacientes provenían de sector rural y 28,2% del total tenían vínculo familiar con un afectado por la enfermedad. Sólo 26,7% de los pacientes cuentan con condiciones sanitarias suficientes, un 65,6% refiere no tener conocimiento acerca de la patología y apenas un 6,9% practica medidas de prevención adecuadas, 118 de los registrados convivía con al menos 1 perro (1-6) y 60,3% tenían contacto con ganado.

Conclusión: La hidatidosis es una enfermedad con una importante base sociocultural. Sin duda que las condiciones de ruralidad y falta de conocimiento respecto al tema son determinantes en la adquisición de la patología, puesto que no se ejecutan las medidas preventivas adecuadas. Creemos necesario potenciar políticas sanitarias destinadas a controlar la enfermedad a nivel animal y humano.

HERNIA DE AMYAND: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Drs. *M. Nicola, G. Mora, R. Stock, J.R. Vallejos, J.M. Robles, H. Cid, G. Guastavino, Ints. M. Ibáñez, P. Martínez, D. Martínez*

(Hospital Clínico San Borja Arriarán, Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Hospital Urgencia Asistencia Pública "Alejandro del Río" (HUAP))

Introducción: La presencia de apendicitis aguda en una hernia inguinal es un hecho infrecuente, con un 0,13% de los casos. Esta rara condición se conoce como Hernia de Amyand.

Debido a lo excepcional de esta patología, presentamos el caso de un hombre de 75 años que ingresó al Servicio de Urgencia de la Asistencia Pública por historia de 2 días de dolor abdominal difuso, asociado a vómitos y falta de eliminación de gases. En su examen destacaba un aumento de volumen inguino-escrotal tenso, sensible e irreducible. La radiografía de abdomen simple demostró la

distensión de asas de intestino delgado sin visualizar aire rectal.

El paciente fue llevado a pabellón con diagnóstico de hernia inguino-escrotal derecha complicada con obstrucción intestinal. Forma habitual de presentación de este tipo de hernia. Se realizó un abordaje anterior, escindiendo el saco herniario, el que contenía el ciego y el apéndice cecal inflamado, confirmado posteriormente por anatomía patológica. Se realizó la apendicectomía a través de la misma incisión inguinal, siendo la conducta terapéutica recomendada en la literatura. La hernia se reparó en el mismo tiempo quirúrgico según la técnica de McVay, no utilizando prótesis por el riesgo de infección y fístula del muñón.

Evolucionó en buenas condiciones, realimentándose al segundo día postoperatorio por lo que fue dado de alta. Los controles posteriores no han detectado infección de herida ni recidiva de la hernia.

La presentación de este caso, nos parece de interés a quienes nos vemos enfrentados a la atención de urgencia, debido a que el conocer esta situación permitirá evitar las complicaciones derivadas de nuevas incisiones y del uso de prótesis, con la consiguiente estadías hospitalarias prolongadas.

ESPLENECTOMÍA PARCIAL REGLADA POR LAPAROSCOPIA: QUISTE EPIDERMÓIDE DEL BAZO

Drs. *R. Loehnert C., G. Wiedmaier, H. Rojas, J. Hamilton, R. Loehnert T., J. Ortega, Al. I. Villalón* (Clínica Alemana, Hospital Padre Hurtado, Universidad del Desarrollo)

Introducción: Las lesiones quísticas del bazo, no parasitarias son escasas, bajo este apartado se agrupan los linfangiomas, los quistes postraumáticos y los quistes epiteliales. El tratamiento ha consistido en la esplenectomía total. La esplenectomía parcial es una técnica poco conocida, con pocos casos en la literatura, referidos principalmente a cirugías en niños. El objetivo de este trabajo es mostrar el tratamiento de un quiste epidermoide esplénico, preservando parte del bazo, efectuando una esplenectomía parcial por laparoscopia.

Material y Método: Se presenta a una paciente mujer de 28 años, sin antecedentes personales, que presenta una masa quística como hallazgo casual detectada a la ecotomografía, por estudio del retardo de vaciamiento gástrico. La exploración física abdominal revela masa palpable en hipocondrio izquierdo, las pruebas complementarias presen-

ta un hemograma normal, serología de hidatidosis negativa, Ca 19-9 de 6,8 U/ml, endoscopia que demuestra compresión extrínseca del cuerpo gástrico, ecotomografía que evidencia un quiste esplénico de 11 cm de diámetro. El TAC abdominal muestra un quiste de igual tamaño, de paredes finas con algunas calcificaciones, de contenido hipodenso, que desplaza estructuras vecinas y depende del bazo.

Resultados: Previo a la cirugía se efectúa la prevención de las complicaciones infecciosas efectuando la vacunación antimeningocócica, antineumocócica y anti - *H. influenzae* tres semanas previas al procedimiento por el riesgo de efectuar una esplenectomía total. Es intervenida quirúrgicamente por vía laparoscópica colocándose los trocares bajo el reborde costal izquierdo, efectuando un abordaje anterior y posterior del bazo. Se encuentra un gran quiste en mitad inferior del bazo. Sección del ligamento esplenocólico, esplenofrénico, esplenorrenal y gastroesplénico con sección de los vasos cortos gástricos. Disección de la arteria esplénica, identificando la arteria polar superior e inferior, en este caso dos inferiores, y ligadura de las mismas, demarcándose la zona desvascularizada debido a su circulación terminal. Posteriormente se ligan las venas que corren por detrás del páncreas. Sección a un cm por la zona desvascularizada con disector ultrasónico, cubriendo posteriormente el segmento con epiplón para reducir el riesgo de futuras adherencias. No presentó morbilidad y es dada de alta al tercer día. El control alejado demuestra la presencia del bazo a la ecotomografía. La anatomía patológica confirmó que se trataba de un quiste epidermoide del bazo.

Conclusión: La esplenectomía parcial reglada por laparoscopia, es la técnica de elección en el tratamiento de los quistes esplénicos de ubicación polar, preserva parte del bazo, disminuyendo las complicaciones infecciosas futuras. Es de baja morbilidad, conlleva una menor estancia hospitalaria y carece de la morbilidad asociada a la laparotomía.

ESPLENECTOMÍA EN PACIENTE PORTADOR DE TRICOLEUCEMIA CON GRAN ESPLENOMEGALIA

Drs. R. Blacud, G. Miranda, R. de Mendoza
(Servicio Cirugía Hospital Herminda Martín, Chillán)

Los autores reportan un raro caso de tricoleucemia con gran esplenomegalia en un paciente varón de 38 años de edad, a quien tres meses

antes de su ingreso al hospital durante una hospitalización por episodios de epistaxis a repetición y neutropenia febril se le diagnosticó tricoleucemia, estando previamente asintomático. Al momento de su ingreso se presentó con episodios de epistaxis y pancitopenia severa, evolucionando con un nuevo episodio de neutropenia febril asociado a un cuadro de neumonía provocada por microorganismos multirresistentes. Además presentaba gran esplenomegalia, planteándose como terapia previa a la quimioterapia una esplenectomía. Luego de la intervención quirúrgica se encontró un bazo que peso 4800 gr. y midió 30 cm de longitud y 20 cm de ancho.

Destacamos que este es un caso bastante raro que puede ser ampliamente solucionado por cirujanos entrenados, con un grado de seguridad muy confiable y con resultados favorables, utilizando técnicas convencionales a la vez que variaciones en los tipos de incisión, ya que debió realizarse una ampliación dado el tamaño de la pieza, lo cual no mostró mayor riesgo de complicaciones en un paciente de por si inmunocomprometido.

Se describen las características del caso y se comenta de acuerdo a la revisión de literatura.

HERIDA PENETRANTE POR ARMA DE FUEGO EN REGIÓN GLÚTEA SUPERIOR DERECHA

Drs. A. Díaz, E. Yáñez, C. Derosas, P. Muñoz, J. Fernández, M. Rodríguez

(Universidad de Santiago de Chile, Jefe de Turno Servicio de Urgencias, Hospital San José)

Paciente de 23 años de sexo masculino, ingresa el 8/4/2006 al Servicio de Urgencia (HSJ) con diagnóstico de herida por arma de fuego. Sin antecedentes mórbidos. Hemodinamia estable, se observa orificio de entrada (OE) proyectil en arco cigomático y hematoma periorbitario derecho. Abdomen blando, indoloro con RHA presentes. Zona glútea superior derecha destaca OE pequeño sin orificio de salida (OS) con importante hematoma inguinal izquierdo, pulso femoral positivo. Sonda Foley con orinas hematóricas. Tacto rectal positivo para rectorragia, esfínter tónico. Agitado, focalización negativa, Glasgow de 12 puntos. Diagnósticos: herida por arma de fuego malar derecha, lesión rectal arma de fuego. Exámenes: Hematocrito 24%. TAC cerebral muestra fractura órbita derecha con alojamiento de proyectil. Radiografía de pelvis alojamiento de proyectil en trocánter izquierdo. A las 10 horas de ingreso evoluciona con abdomen en tabla y hematuria franca priorizándose manejo qui-

rúrgico. Se realiza laparotomía exploradora, encontrándose herida vesical y rectal transfixiante. Se realiza colostomía de sigmoides y fístula mucosa con fijación a pared abdominal. Evolución: en UCI requiere apoyo ventilatorio y hemodinámico. En lo neurológico Nuevo TAC cerebral muestra TEC abierto con neumoencéfalo y contusión hemorrágica frontal en regresión. Colostomía vital con realimentación precoz 14/4/2006. Cistotomía con irrigación por cinco días. Estabilizado se traslada a cirugía. Colostomía vital, tránsito conservado, sin hematuria y régimen oral bien tolerado, alta controlada el día 2/05/2006 para realizar en diferido tratamiento maxilofacial y traumatológico.

Conclusión: Este caso muestra la importancia de priorizar el manejo y siempre sospechar una posible lesión abdominal al encontrar una herida glútea sin OS.

ATRAPAMIENTO POPLÍTEO: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Drs. S. Osorio, J. Herskovic, A. Campos, L. Bonilla, R. Luengas, J. Moreno, E. Lanzarini, R. Matamala, M. Ramírez

(Unidad de Cirugía Vasculare Departamento de Cirugía. Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

Introducción: El atrapamiento poplíteo es una causa poco frecuente de enfermedad arterial oclusiva de causa no aterosclerótica, se describe en la literatura desde 1879 donde se evidenció una alteración anatómica como causa de compresión arterial, a partir de 1960 se establece el término de síndrome de atrapamiento de la arteria poplíteo, enfermedad característica de hombres jóvenes asociado a actividad física.

Nuestro objetivo es presentar el caso de un paciente operado por nuestro equipo con esta patología.

Material y Método: Paciente hombre de 16 años, sin antecedentes mórbidos de importancia, con historia de claudicación durante el ejercicio de aproximadamente de un año de evolución en ambas extremidades inferiores. Consulta a traumatología, siendo manejado ortopédicamente, pero sin resultado satisfactorio, por lo que se pidió evaluación por cirugía vascular.

Se realizó un estudio vascular no invasivo, cuyo resultado fue normal.

Como la sintomatología del paciente se presentaba durante la actividad física, se realizó una angiografía dinámica, evidenciándose la compresión arterial a la dorsiflexión de ambos pies.

Mediante un abordaje posterior se realizó la liberación de ambas arterias poplíteas. Ambos casos correspondían al tipo III de la clasificación.

Resultados: El paciente ha evolucionado satisfactoriamente. Realizando actividad física normal.

Conclusión: El atrapamiento poplíteo es una patología poco frecuente, pero que debe ser sospechada en pacientes jóvenes con historia de claudicación. Lo ideal es realizar el diagnóstico en una etapa temprana cuando el daño arterial es mínimo lo que permite una cirugía simple, sin la necesidad de una revascularización.

COMPLICACIONES POCO FRECUENTES DE LA ESCLEROTERAPIA DE EXTREMIDADES INFERIORES

Drs. S. Osorio, E. Lanzarini, A. Campos, R. Luengas, J. Moreno, J. Herskovic, R. Matamala, M. Ramírez

(Unidad Cirugía Vasculare, Servicio de Cirugía Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

Introducción: La escleroterapia es una técnica clásica del tratamiento de las várices. Indicada en várices pequeñas (menores de 4 mm), venas reticulares, arañas vasculares, hemangiomas cavernosos pequeños y várices residuales. Presenta complicaciones, en su mayoría leves, pero que pueden llegar a ser graves, tales como la trombosis venosa profunda (TVP) y el tromboembolismo pulmonar (TEP), que si bien tienen una incidencia muy baja (0,1%), pueden llegar a ser fatales.

En nuestro país, la escleroterapia es una práctica frecuente, realizada tanto por médicos especialistas como por médicos generales.

El objetivo de este trabajo es presentar dos casos clínicos, que presentaron complicaciones de este procedimiento realizado en centros no especialistas.

Material y Método: Se presentan dos casos clínicos. La primera paciente presentó una TVP complicándose con un cuadro de Flegmasia Cerulea Dolens, requiriendo la realización de una trombectomía ileofemoral más fasciotomía. En el postoperatorio presentó un TEP por lo que requirió la instalación de un filtro de vena cava.

La segunda paciente presentó TVP y TEP que requirió sólo tratamiento anticoagulante.

Resultados: Ambas pacientes evolucionaron satisfactoriamente, actualmente en control en el policlínico de vascular del hospital.

Conclusión: Creemos necesario un completo

conocimiento de la técnica para prevenir complicaciones y que esta debe ser realizada por profesiones que requieren un entrenamiento adecuado.

FALSO ANEURISMA DE ARTERIA ILÍACA PRIMITIVA POR TRAUMA CERRADO

Drs. *R. Mora, A. Clericus, R. Barrera, C. Pozo, A. Guzmán, D. Mora, M. Espinoza*
(Hospital San Juan de Dios La Serena, Universidad Católica del Norte)

Introducción: Los falsos aneurismas ilíacos son lesiones poco frecuentes, generalmente se relacionan con cirugía vascular protésica, o traumas penetrantes. Esta presentación describe un pseudoaneurisma por contusión cerrada.

Material y Método: Paciente 47 años, consulta en medicina general por dolor progresiva en F.I.lz. astenia, anorexia, frialdad, y disminución sensibilidad en extremidad inferior izquierda. Examen físico: destaca dolor axial región lumbosacra, F.I.lz. con masa firme, sensible, de límites poco precisos. E.I.lz. pulsos disminuidos, monoparesia, e hipostasia. Ingres a medicina diagnóstico tumor abdominal en estudio. Evaluado por cirujano, se constata masa pulsátil, scanner abdominal de urgencia con contraste revela "Masa 15 cm, cránea caudal, 10,5 transversal y 7 cm antero posterior. Psoas izquierdo no se visualiza, arteria ilíaca aparentemente comunicada con la masa, esto hace pensar como primera posibilidad Pseudoaneurisma ilíaco. Se reinterroga dirigidamente al paciente, obteniéndose dato anamnésico de caída de 3 mt tres meses antes. Con ese resultado y ante el dolor del paciente, es llevado a pabellón.

Resultados: En intervención se constata gran dificultad para control distal y proximal del falso aneurisma. Se decide avanzar por punción aórtica catéter de angioplastia con balón de 1 cm diámetro por 4 cm. Largo, lográndose control. Ante la imposibilidad de reparación ilíaca por el tamaño del defecto y alteración de la anatomía, se decide el cierre del vaso, pero finalizada la intervención abdominal se constata isquemia aguda en extremidad inferior izquierda, que se soluciona realizándose puente femoro-femoral.

Discusión: Las principales causas de aneurismas falsos de los vasos ilíaco corresponde a lesiones de tipo traumáticas penetrantes por arma de fuego o arma blanca, cirugía protésica, y cateterismo. La progresión lenta de los pseudoaneurismas en situación abdominal hace que frecuentemente los pacientes consulten en forma tardía, con lesio-

nes de gran tamaño y compromiso de estructuras colindantes.

El tratamiento más adecuado en este tipo de lesiones depende de su tamaño, y de la presencia de síntomas asociados a compresiones, usándose cirugía endovascular en los pequeños, y en aquellos de mayor tamaño, o rotos la cirugía abierta puede ser preferible. El presente caso combinó material endovascular para control arterial en cirugía abierta, lo cual permitió un procedimiento menos agresivo y menor tiempo operatorio.

FÍSTULA YUGULOCAROTÍDEA POR INSTALACIÓN DE CATÉTER DE HEMODIÁLISIS

Drs. *R. Mora, A. Clericus, R. Barrera, C. Pozo, A. Guzmán, D. Mora, E. Rojas*
(Hospital San Juan de Dios La Serena, Universidad Católica del Norte)

Introducción: La instalación de catéteres transitorios como accesos vasculares para hemodiálisis puede presentar variadas complicaciones, se describen con mayor frecuencia los hematomas la punción carotídea y el neumotórax. Más inusuales son la lesión del nervio frénico, el síndrome de Horner, y tromboembolismo.

Hoy cada vez se preconiza más el uso de ecodoppler portátil para disminuir las complicaciones de las punciones centrales.

Material y Método: Se presenta caso clínico de paciente sexo masculino 76 años de edad, en tratamiento por amiloidosis, con insuficiencia renal crónica y hemodiálisis trisemanal. Por falla de su acceso vascular nefrólogo procede a instalación de catéter de hemodiálisis por vía yugular interna derecha, refiriendo punción limpia con obtención de sangre venosa, introducción de guía sin incidentes y postura de catéter 12 Fr. El paciente es enviado a su unidad de diálisis extrahospitalaria, donde la enfermera constata alteración en las líneas tomando gases que resultan arteriales por lo cual envía de retorno al paciente vía servicio de urgencias, donde se practica radiología constatando catéter en región de proyección carotídea.

Resultados: Con ese diagnóstico es llevado a pabellón donde se practica angiografía por el catéter confirmándose su postura en la arteria carótida primitiva derecha, decidiéndose su extracción quirúrgica.

Se efectuó cervicotomía, control de arteria carótida, vena yugular proximal y distal al sitio de inserción del catéter, luego se abordó lesión comprobándose una transfixión de la vena yugular interna y lesión de carótida de aproximadamente 3,5

mm que se suturó con Premilene 6/0, al igual que el defecto yugular.

Discusión: La fistula yugulocarotídea es de rara refrecuencia, existen cuatro casos reportados en la literatura. En uno de ellos se procedió a la extracción inmediata del catéter, provocando un gran hematoma cervical con compresión extrínseca de la vía aérea, que obligó a utilizar ventilación mecánica y reparación quirúrgica. En otro de los casos se procedió al retiro bajo angiografía procediendo al inmediato cierre del defecto mediante la implantación de un stent recubierto Wallgraft-Boston Scientific USA®.

En nuestro caso, se decidió la extracción quirúrgica, que a nuestro juicio es más confiable ya que permitió reparar ambos vasos y nuestra experiencia en cirugía endovascular es básica y considerada poco prudente para ese territorio.

ISQUEMIA MESENTÉRICA CRÓNICA, TRATAMIENTO QUIRÚRGICO. CASO CLÍNICO

Drs. A. Barrera, D. Wallach, M. Ceroni, G. Bannura, C. Zuñiga

(Servicio y Departamento de Cirugía, Hospital Clínico San Borja- Arriarán, Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Introducción: Se presenta un caso clínico de isquemia mesentérica crónica tratado por los autores, mostrando una alternativa en el tratamiento quirúrgico de esta patología.

Caso clínico: Paciente de 61 años, sexo femenino, antecedente de hipercolesterolemia. Historia de 2 años de evolución caracterizado por dolor abdominal difuso, mayor en flanco y fosa iliaca izquierda, relacionado con la ingesta de alimentos, asociado a diarrea, baja de peso cuantificada en 40 kg. Se descarta neoplasia del tubo digestivo y por su cuadro clínico se sospecha isquemia mesentérica crónica.

AngioTAC de abdomen: negativo para trombosis de vasos arteriales abdominales, con extensa ateromatosis cálcica de aorta abdominal, ilíacas comunes, tronco celíaco, arterias renales, mesentérica superior y signos inflamatorios en sigmoides.

Angiografía mesentérica: Aorta tortuosa, con múltiples placas, con placa importante a nivel de arteria mesentérica superior y tronco celíaco.

Ingresa para revascularización.

Cirugía (23/03/06): By pass ilíaco-mesentérico.

Hallazgos: Aorta tortuosa y completamente calcificada. Arteria mesentérica superior calcificada en

sus 2 cm iniciales, sin pulso. Se decide realizar By-pass ilíaco-mesentérico.

Evoluciona en buenas condiciones, sin dolor abdominal a la realimentación, tratamiento anti-coagulante oral desde el 2º día postoperatorio, con hematoma de herida operatoria estabilizado. Alta al décimo día.

Seguimiento: Mantiene controles periódicos en consultorio de especialidad, sin dolor abdominal, buena tolerancia a la alimentación, alza de peso de 6 kilos en 3 meses. Eco Doppler muestra permeabilidad del puente ilíaco mesentérico.

FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE PREVIO A HEPATECTOMÍA EN PACIENTE TESTIGO DE JEHOVÁ

Drs. R. Luengas, G. Cardemil, D. Oksenberg, J. Díaz, F. Baeza, L. Bonilla, F. Rodríguez, S. Osorio, C. Muñoz

(Departamento de Cirugía, Hepatología y Anestesiología, Hospital Clínico Universidad de Chile)

Introducción: El factor VII activado recombinante (rFVIIa) es un fármaco aprobado en 1999 principalmente para el manejo del sangrado en pacientes hemofílicos con inhibición de los factores VIII y IX de la coagulación. Posteriormente, este se ha estudiado en pacientes sometidos a distintos tipos de cirugías relacionadas con un requerimiento elevado de hemoderivados en el perioperatorio. Actualmente, se ha iniciado el uso en testigos de Jehová, quienes no aceptan transfusiones sanguíneas y en pacientes con daño hepático.

Material y Métodos: Presentamos el caso de un paciente de 50 años, testigo de Jehová, con antecedentes de Hepatitis C y cirrosis hepática en control regular con hepatólogo, en el cual se encuentra una lesión tumoral en lóbulo hepático derecho. El estudio complementaria diagnóstica un hepatocarcinoma intentándose una quimioembolización que fue frustra. Se programa para cirugía resectiva hepática de los segmentos 5, 6 y 7.

Los exámenes preoperatorios mostraban protrombina 58; TTPK incoagulable y plaquetas 47000. Pese a su condición médica rechaza el uso de hemoderivados en el perioperatorio, de acorde a sus creencias religiosas.

Con el objetivo de limitar el uso de hemoderivados se administró 4,8 mg de rFVII cinco minutos antes del inicio de la cirugía.

Resultados: La resección duró tres horas y no presentó incidentes. Las pérdidas sanguíneas cuantificadas fueron de 2900 cc y no se necesitaron

dosis adicionales de rFVII ni hemoderivados en el perioperatorio. Se observó además una mejoría de las pruebas de coagulación y el recuento plaquetario.

Conclusión: El uso de rFVIIa evitó la transfusión de hemoderivados en un paciente cirrótico sometido a hepatectomía. Secundariamente se observó la mejoría de las pruebas de coagulación y aumento del recuento plaquetario.

ESTUDIO PROSPECTIVO DE CÁNCER DE TIROIDES EN UN CENTRO UNIVERSITARIO

Drs. P. Pineda, V. García, C. Letelier, H. Michelsen, S. Oviedo, V. Araya, C. Leberman, J. Amat, P. Gac, P. Cabané, E. Ortuondo, J. Munita, R. Rossi, C. Ferrada, L. Moyano, M. Villanueva, L. Carreño, C. Morales, R. Jaimovich, R. Lillo

(Secciones Endocrinología, Cirugía Endocrino y Medicina Nuclear. Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

Introducción: En los últimos años se han descrito importantes cambios en la presentación y manejo del cáncer tiroideo. El objetivo de este trabajo es mostrar los resultados de una cohorte de seguimiento de pacientes con cáncer de tiroides, para conocer la presentación clínica, histología y terapia inicial.

De un total de 135 tiroidectomías realizadas entre enero y junio de 2006 en nuestro centro, en 52 se pesquisó un cáncer de tiroides (38,5%). La edad promedio de los pacientes fue 45 años (rango 18-80); de ellos 42 de sexo femenino (80,8%).

La presentación clínica más frecuente fue aumento de volumen cervical (55,8%) y un 28% eran asintomáticos. El 17,3% tenía hipotiroidismo en tratamiento y 7,7% presentaban hipertiroidismo al momento del diagnóstico.

Se realizó una tiroidectomía total en todos los casos. En 7 (13,5%) se efectuó disección ganglionar de grupos no VI. Las complicaciones observadas fueron: hematoma local (5,8%), disfonía transitoria (5,8%) e hipocalcemia sintomática (15,4%).

La histología reveló 46 carcinomas papilares (88%), 4 carcinomas foliculares (8%), un carcinoma mixto (papilar-folicular) y un carcinoma medular. El tamaño promedio de la lesión primaria fue de 14,6 mm (rango 0,15-65). Un 40,4% eran <1 cm (microcarcinomas). Se pesquisaron metástasis ganglionares en 11 de los 31 tumores >1 cm (35,5%) y en 1 de 21 microcarcinomas (4,8%).

El 70% de los pacientes fue tratado con radioyodo, incluyendo todos los tumores >1 cm. La dosis promedio fue de 121,2 mCi (rango 50-250). No ha

habido mortalidad en este breve período de seguimiento.

En estos resultados destacan especialmente el alto número de pacientes asintomáticos, la frecuencia de hipertiroidismo al momento del diagnóstico y el alto porcentaje de microcarcinomas.

Estos son los primeros resultados del estudio prospectivo que se realiza en nuestro Centro en pacientes con cáncer de tiroides, que permitirá en el futuro establecer pautas diagnóstico-terapéuticas locales.

ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER DE PULMÓN EN CHILE DURANTE EL PERÍODO 1973-2003

Drs. C. Alvarez, M. Abelleira, F. Rojas, A. Jadue, J. Vásquez, C. Cerda

(Servicio de Cirugía Complejo Asistencial Barros Luco, Becaria de Cirugía Universidad de Chile, Universidad de Santiago de Chile)

Introducción: El Cáncer Pulmonar (CP) es un problema de salud pública mundial, en Chile es la segunda causa de muerte por cáncer. En países como Estados Unidos se ha logrado una reducción de la incidencia de CP en los últimos 30 años, cifra que es probablemente reflejo de la reducción del hábito del tabaco en la población.

Objetivos: mostrar y analizar por sexo la tendencia de la Mortalidad por CP en Chile entre los años 1973 y 2003, a fin de tener cifras para estudios posteriores.

Materiales y Métodos: Se revisaron los Anuarios Vitales del Instituto Nacional de Estadísticas y se obtuvo el número de muertes por CP, el sexo de los fallecidos y la población estimada para cada uno de los años estudiados. Se ajustó un modelo de regresión lineal para las tasas de incidencias de CP con el programa SPSS V12 y se consideró significativo un valor de $p < 0,001$.

Resultados: Para la población general se observó una incidencia ascendente de la mortalidad ($r=0,97$; $p=3,96 \text{ e-}19$). En hombres la tasa de mortalidad fue mayor que la de las mujeres durante todos los años ($r=0,89$; $p=1,75 \text{ e-}11$ v/s $r=0,97$; $p=6,24 \text{ e-}21$). El incremento de la tasa de incidencia en mujeres ha sido mayor los últimos 20 años.

Conclusiones: En la población general se observa una tendencia al aumento de las muertes por CP durante los últimos 30 años. El grupo de las mujeres presenta una letalidad en aumento estadísticamente mayor que el grupo de los hombres en los últimos 20 años.

USO DE INJERTO DERMOEPIDÉRMICO COMO COBERTURA TRANSITORIA EN DEFECTOS DE PARED ABDOMINAL SECUNDARIO A LAPAROSTOMÍAS

Drs. R. Candía, P. Stevens, J. Arcuch, Enf. L. Morales

(Servicio de Cirugía Hospital Las Higueras Talcahuano)

Introducción: La laparostomía contenida es una técnica quirúrgica habitual indicada en el tratamiento de la sepsis abdominal. La atrofia y retracción secundaria de la pared abdominal, impide su movilización para una sutura segura y reparación sin tensión. La alta morbilidad y las prolongadas hospitalizaciones asociadas al cierre por segunda intención, nos motivó a plantear el cierre del defecto cutáneo mediante un injerto dermoepidérmico (IDE), generando así una hernia ventral planificada, la que será reparada en forma diferida con malla de polipropileno.

Material y Método: Se presenta experiencia prospectiva en 20 pacientes consecutivos laparotomizados, que no fueron susceptibles de cierre primario diferido, en el Servicio de Cirugía del Hospital Las Higueras de Talcahuano, durante los años 2000 a 2005. Superada la urgencia médico-quirúrgica, se esperó sellado de la cavidad abdominal y formación de tejido granulatorio apto para recibir el IDE, con cultivo cuantitativo negativo para infección y utilizando en algunos casos cierre asistido por vacío (VAC). Una vez adherido el injerto, el paciente fue dado de alta, quedando con faja abdominal por 3 meses. Luego de constituida la hernia incisional, se programó la hernioplastia diferida con malla de polipropileno retrorectal.

Resultados: La edad promedio fue de 63,8 años, 60% hombres. Los pacientes requirieron 2,8 aseos quirúrgicos promedio. El promedio de hospitalización previo al IDE fue de 38 días. El VAC se utilizó en un 35% (7 pacientes). El promedio de hospitalización posterior al injerto fue de 10,7 días; un 85% requirió solo un IDE; 3 pacientes requirieron injerto adicional de banco realizado en sala. Dos pacientes (10%) fallecieron antes del alta por falla multiorgánica. Solo al 70% de los pacientes se le ha reparado la hernia incisional con malla de polipropileno retrorectal, sin recidiva de la hernia.

Conclusiones: El IDE es un buen recurso para el cierre del defecto de pared abdominal generado en laparostomías, evitando así hospitalizaciones más prolongadas aún y disminuyendo la morbilidad que conlleva el cierre por segunda intención. La reparación diferida de la pared sin tensión con material protésico, es un método seguro y que puede ser aplicado en cualquier servicio de cirugía que cuente con implementación adecuada.

ENDOSONOGRAFÍA RECTAL EN LA EVALUACIÓN DE FOCOS DE CÁNCER EN ADENOMAS RECTALES

Drs. M.A. García-Huidobro D., M. Sylvester F., I. San Francisco R., J. Torres M., F. López K

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

Introducción: Aproximadamente un 10% de los adenomas vellosos presentan focos de cáncer, que clínicamente pueden no ser evidentes. Su identificación es importante para planificar el tipo de resección quirúrgica. Se ha comunicado que la endosonografía rectal (ER), sería útil en la evaluación de estas lesiones.

Objetivo: Evaluar la utilidad de la ER en la detección de focos de cáncer en adenomas vellosos rectales.

Material y Método: Se analizaron en forma prospectiva 1400 ER, realizadas entre febrero de 2000 y julio de 2006. Dentro de ellas 35 casos se informaron como adenoma vellosos de recto, 20 de estos pacientes fueron tratados en nuestra institución, y son los casos que constituyen esta serie. El informe de la ER (uT) fue comparado con el informe anatomopatológico (pT).

Resultados: De los 20 casos en 15 se encontró cáncer en el estudio anatomopatológico. El valor predictivo positivo (VPP) para detectar focos de malignidad en adenomas vellosos rectales, fue 92,3%; el valor predictivo negativo (VPN) fue 57,1%; la sensibilidad y especificidad fueron 80%. En relación a la concordancia al evaluar compromiso de pared rectal (uT vs pT), esta fue 45%. Para diferenciar lesiones uT0 y uT1 de lesiones más profundas, la concordancia fue 76,4%.

Conclusiones: La ER es un elemento útil en la evaluación y detección de cáncer en adenomas vellosos rectales.

PANCREATECTOMÍA TOTAL EN CARCINOMA MUCINOSO PAPILAR INVASOR, MULTIFOCAL, EXTENSO - RESULTADOS ALEJADOS

Drs. R. Rossi M., R. Rossi F., L. Moyano, K. Papapietro, S. Oviedo

(Hospital Padre Hurtado, Clínica Alemana, Hospital Clínico Univ. de Chile)

Introducción: Las neoplasias mucinosas son un grupo heterogéneo de patologías de difícil diagnóstico, que pueden ser únicas, multifocales, benignas,

premaligñas o malignas con o sin invasión. La pancreatometomía total es una operación radical que implica insuficiencia exocrina y endocrina con la morbimortalidad asociada.

Objetivo: Evaluar pacientes sometidos a pancreatometomía totales para carcinoma papilar mucinoso intraductal. Evaluar presentación clínica, extensión de enfermedad anatomopatológica, sobrevivencia y calidad de vida postresección.

Resultados: Se estudian 2 pacientes hombres de 56 y 65 años. Ambos habían presentado episodios de dolor, catalogados como pancreatitis aguda y luego crónica. Los dos habían sido sometidos a colecistectomía y esinterotomía endoscópica y uno de ellos a una esfinteroplastia quirúrgica. Las TAC mostraron áreas de dilatación y de tumor quístico afectando extensamente el páncreas. Material mucinoso drenaba por la papila en 1 paciente. Ambos fueron sometidos a pancreatometomía total sin complicaciones postoperatorias. Están en omeprazol, enzimas pancreáticas (Creón®), insulina, régimen diabético y bajo en grasas con suplementos vitamínicos. Ambos retornaron a sus actividades preoperatorias, uno mantiene su peso y el otro esta por sobre su peso preoperatorio. El número de deposiciones oscila entre 1-4 al día. La anatomía patológica confirmó cáncer papilar intraductal, con múltiples áreas de infiltración pero con linfonodos negativos. Ambos han sobrevivido los 5 años.

Conclusiones: El carcinoma mucinoso, papilar, intraductal extenso se puede confundir en nuestro medio con pancreatitis. Un alto grado de sospecha, las características endoscópicas e imagenológicas (TAC, RNM) y en algunos casos el uso de colangiografía y endosonografía con punción pueden facilitar el diagnóstico. La pancreatometomía total es una operación solo para casos muy seleccionados. En ausencia de alcoholismo o drogadicción (común en pancreatitis crónica) estos pacientes manejan bien su estado apancreático. La resección total se asocia a buena sobrevivencia.

ESTUDIO DE LA PREDICCIÓN DE PANCREATITIS BILIAR CON PARÁMETROS DE LABORATORIO

Drs. C. Derosas, P. Muñoz, A. Díaz, E. Yáñez, J. Fernández

(Universidad de Santiago de Chile)

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) es una enfermedad provocada por múltiples etiologías, las cuales son objetivadas mediante varios procesos diagnósticos dentro de los cuales las imágenes tie-

nen un valor fundamental. Al existir dificultad para obtener estas técnicas de apoyo en los servicios de urgencias, este trabajo propone establecer la utilidad de ciertos exámenes de laboratorio para predecir la etiología biliar en pacientes con PA gracias al Método Predictivo propuesto.

Material y Método: Se realizó un estudio retrospectivo en el que se revisaron las fichas clínicas de 71 pacientes con el diagnóstico de PA del Hospital San José, a los cuales se les aplicó un protocolo que recogió los siguientes datos de laboratorio al ingreso, amilaseemia (>1000 U/L), GOT, GPT, y Fosfatasa alcalinas (>100 U/L), de los cuales se destacaron 21 pacientes que no tenían los datos requeridos. Se consideró el diagnóstico de egreso donde se establecía la etiología biliar, alcohólica (OH), hipertriglicéridemia (HT) y no precisada (NP). El siguiente estudio propone que los pacientes que tienen estos cuatro parámetros de laboratorio sobre los valores establecidos previamente, son de etiología biliar. Los datos fueron analizados con STATA 8.1.

Resultados: De los 50 pacientes analizados un 56% presentó etiología biliar, un 13% OH, 12% no precisada, y 6% HT. Un 34% de los pacientes presentó parámetros de laboratorio positivos, y de éstos sólo uno era de etiología no biliar (HT). Por lo tanto, esta prueba tiene una Especificidad del 70%, una sensibilidad del 57%, un valor predictivo positivo del 94% y un valor predictivo negativo del 63%.

Conclusión: Si bien el método predictivo propuesto no es lo suficientemente sensible, si éste es positivo, la posibilidad de que la PA sea de etiología biliar es de un 94%.

ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR EN CHILE EN EL PERÍODO 1983-2003

Drs. C. Alvarez, M. Abelleira, C. Cerda, A. Jadue, J. Vásquez, F. Rojas

(Servicio de Cirugía Complejo Asistencial Barros Luco. Becaria de Cirugía Universidad de Chile. Internos de Medicina Universidad de Santiago de Chile)

Introducción: Chile presenta la más alta prevalencia de cáncer de vesícula biliar (CVB) en colecistectomías del mundo, siendo esta neoplasia la que más mujeres mata hoy en el país. La tendencia de su mortalidad, según reportes aislados, no parece haber disminuido. Si bien se han realizado esfuerzos por bajar las muertes por CVB, lo único que hasta ahora mejora el pronóstico de la enfermedad es el diagnóstico temprano. La implementación de un programa de colecistectomías en jóvenes pre-

tende disminuir esta tendencia, lo que ameritará un estudio posterior.

Objetivos: Mostrar y analizar la tendencia de la mortalidad por CVB en Chile desde el año 1983 hasta el año 2003, con el fin de tener cifras para estudios posteriores.

Materiales y Métodos: Se revisaron los anuarios del Instituto Nacional de Estadísticas de Chile desde los años 1983 hasta el 2003, se obtuvo el número y distribución por sexo de pacientes fallecidos por CVB. La tendencia fue analizada mediante el modelo de regresión lineal con el programa SPSS V12 y se consideró significativo un valor de $p < 0.001$.

Resultados: En 1983 el total de muertes por cáncer de vesícula fue de 947, de los cuales 718 (75.8%) corresponden a mujeres y 229 (24,18%) a hombres. En el año 2003 el total de muertes fue de 1928, siendo 1416 (73.44%) mujeres y 512 (36,15%) hombres. La regresión lineal para la población general muestra un aumento significativo ($r: 0.948$ $p: 2,3e-11$), siendo este mayor en el grupo de las mujeres ($r: 0.937$; $p=1,45e-10$) que en la de los hombres ($r: 0.937$; $p = 2,45e-9$).

Conclusiones: En la población general se observa una tendencia al aumento de las muertes por CVB en el período estudiado. El grupo de las mujeres presenta una letalidad en aumento estadísticamente mayor que el grupo de los hombres.

TUMOR SÓLIDO-PSEUDOPAPILAR DE LA COLA DEL PÁNCREAS. REPORTE DE UN CASO

Drs. M. del Pozo, A. Venturelli, F. Venturelli, T. Benavides

(Instituto de Histología y Patología, Instituto de Cirugía, Universidad Austral de Chile-Valdivia)

Introducción: El tumor sólido- pseudopapilar del páncreas (TSPP) es una neoplasia infrecuente (1-2% de los tumores exocrinos) que afecta predominantemente a mujeres jóvenes, con bajo potencial de malignidad (15% da metástasis) y que evoluciona favorablemente tras la cirugía. Se presenta el caso con el objetivo de destacar algunos aspectos de su particular biología para su adecuado manejo.

Caso clínico: Mujer de 42 años sin antecedentes mórbidos que consulta por distensión abdominal y dolor hipogástrico leve de tres meses de evolución. Examen físico y laboratorio normal. TAC revela una formación quística de 8 cm de paredes cálcicas, en relación a la cola del páncreas. Se plantea el diagnóstico diferencial entre pseudoquistes y

cistoadenoma macroquístico. En el acto quirúrgico se comprueba masa quística localizada en la cola del páncreas adyacente al hilio esplénico. Se disecciona liberándola del cuerpo del páncreas, más esplenectomía. Evoluciona favorablemente en el postoperatorio.

Resultados: Hallazgos macroscópicos:

La pieza quirúrgica comprende bazo y ovoides quísticos de 8 cm con pared de espesor variable, con áreas sólidas y extensa necrosis hemorrágica.

Hallazgos microscópicos:

Tumor con áreas sólidas de células monomorfas alternadas con un patrón pseudopapilar. Existen algunos núcleos hiperclomáticos e irregulares. Hay también células de citoplasma espumoso y cristales de colesterol. Escasas mitosis. No se observa invasión perineural. Adyacente a la cápsula se identifica tejido pancreático.

Conclusión: Nuestro caso posee edad, clínica, imagenología y morfología típicas de un TSPP. Esta neoplasia debe considerarse en el diagnóstico diferencial de masa pancreática sólido-quística en una mujer joven, ya que su correcto manejo incluye adecuada intervención quirúrgica y seguimiento a largo plazo.

PSEUDO-OBSTRUCCIÓN COLÓNICA AGUDA (SÍNDROME DE OGILVIE): COMPLICACIÓN DE LA OPERACIÓN CESÁREA DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO, REPORTE DE UN CASO

Drs. E. Rojas, Drs.: P. Quiroga, F. Pérez, M. Hirane, R. Trewella

(Universidad de Santiago, Hospital San José)

Introducción: El objetivo de esta publicación es reportar a la comunidad de cirujanos un caso de pseudo-obstrucción colónica aguda, una rara complicación de cesárea durante el puerperio inmediato, comparando su tratamiento con la literatura internacional.

Materiales y Métodos: Reporte de caso clínico y revisión de la literatura.

Resultados: Caso Clínico: Paciente de 28 años ingresa en trabajo de parto y signología compatible con Sufrimiento Fetal Agudo, por lo que se realiza cesárea obteniéndose recién nacido vivo. Luego de 10 horas postoperada presentó abdomen distendido y meteorismo. A las 16 horas, presentó dolor abdominal difuso EVA 6/10, mayor distensión abdominal, eliminación abundante de gases por vía oral. Electrolitos plasmáticos normales. Luego de 22 horas postcesárea se encontró subfebril, dolor ab-

dominal EVA 10/10, abdomen marcadamente distendido, timpanismo, signo de Blumberg, ruidos intestinales disminuidos y ausencia de eliminación de gases por el ano. Radiografía abdomen simple reveló dilatación de asas y niveles hidroaéreos en colon (ciego >10 cm). Se realizó laparotomía exploradora encontrándose dilatación colónica >10 cm con desgarro de capa seromuscular a nivel del ciego de aproximadamente 6 cm secundaria a dilatación aguda no iatrogénica, por lo que se realizó sutura de desgarro y cecostomía a través muñón apendicular para prevenir perforación cecal. El diagnóstico fue Síndrome de Ogilvie, la evolución clínica del cuadro así lo confirmó.

Conclusiones: Dado gravedad del estado de paciente y el hecho de requerir reparación importante de capa seromuscular del ciego, fue preferible una cecostomía en vez de sonda rectal que podría haber fracasado, exponiendo a paciente a elevada mortalidad en caso de perforación. El manejo exitoso de este caso es similar a la literatura internacional.

Discusiones: Este cuadro es una rara complicación post-cesárea que debe ser diagnosticada y resuelta oportunamente por su rápida evolución y elevada mortalidad, representando un desafío diagnóstico para el cirujano y el obstetra.

COMPLICACIONES EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE COLON, ANÁLISIS DE UN PROTOCOLO

Drs. F. López, E. García, U. Kronberg, G. Pinedo, M. Molina, A. Zúñiga
(Departamento de Cirugía Digestiva Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: El desarrollo de la cirugía laparoscópica de colon (CL) ha traído consigo temores respecto a la seguridad del procedimiento y a la posibilidad de presentar complicaciones distintas. El objetivo de este trabajo es analizar los resultados de un protocolo de cirugía laparoscópica de colon.

Material y Método: El año 1998 se dio inicio a un protocolo en CL cuyo objetivo fue el aumento progresivo en la complejidad para así evitar complicaciones mayores. Todos los datos fueron registrados en forma prospectiva. Entre los años 1998 y julio de 2006 fueron sometidos a CL 306 pacientes con una edad promedio de 55 años y 53% de sexo femenino. El riesgo anestesiológico de los pacientes fue ASA I: 48%, ASA II: 48% y ASA III 4%. El IMC promedio fue 26 (i: 18-42) y un 55% de los pacientes presentaban laparotomías previas.

Resultados: Las principales indicaciones fueron: enfermedad diverticular 106 pacientes (35%), cáncer colorrectal 99 pacientes (32%), enfermedades inflamatorias 27 pacientes (9%), inercia de colon 27 pacientes (9%), prolapso rectal 17 pacientes (6%) y otras 30 pacientes (9%). Las operaciones practicadas fueron: colectomías parciales (hemicolectomía derecha e izquierda): CP= 197 pacientes (64%), colectomías totales y proctocolectomías: CT= 45 pacientes (15%), proctectomía parcial y total: PP= 30 pacientes (10%), reconstituciones del tránsito: RT= 21 pacientes (7%) y otras 13 pacientes (4%). Una o más complicaciones presentaron 54 pacientes (18%) y un paciente fallece (0.3%) en el período postoperatorio (30 días). Las principales complicaciones fueron: íleo postoperatorio 10 pacientes, infección de herida operatoria 6 pacientes, rectorragia autolimitada de línea de sutura 5 pacientes y hematoma en la incisión suprapúbica 4 pacientes. En forma tardía las principales complicaciones fueron hernias incisionales en 6, estenosis de la anastomosis en 4, e íleo mecánico en 2 pacientes. La mayor morbilidad se observó en los pacientes ASA III (36%), el grupo PP (36%) y el diagnóstico de enfermedades inflamatorias (29%).

Conclusión: Este trabajo permite establecer las principales indicaciones e intervenciones de riesgo en cirugía laparoscópica de colon.

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE COLON EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS

Drs. E. García, R. Muñoz, F. López
(Departamento de Cirugía Digestiva Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: En la población de edad avanzada, el reposo prolongado observado después de la cirugía convencional de colon se asocia a una importante morbimortalidad. La cirugía laparoscópica (CL) podría ser una buena alternativa ya que se asocia a menor requerimiento de analgésicos y una recuperación más abreviada.

Objetivo: Analizar la experiencia quirúrgica laparoscópica en patología colorrectal en pacientes mayores de 75 años.

Hipótesis: La cirugía laparoscópica en pacientes mayores muestra mejor confort post operatorio, favoreciendo un alta precoz y una baja incidencia de complicaciones post operatorias.

Pacientes y Métodos: Estudio prospectivo de 35 pacientes mayores de 75 años operados por vía laparoscópica por patología colorrectal en el período Noviembre 1998 a Junio 2006.

El grupo presentó un promedio de edad de 80 años (76-89), 21 mujeres y 14 hombres; 5 pacientes ASA I, 24 pacientes ASA II y 5 pacientes ASA III.

Resultados: La principal indicación quirúrgica fue el cáncer colorrectal en 21 pacientes seguido del prolapso rectal en 6 y la reconstitución de tránsito en 5. Fueron convertidos 3 pacientes (10%); 2 por dificultad anatómica y uno por inestabilidad hemodinámica. El tiempo operatorio promedio fue de 180 minutos. El manejo analgésico fue con opioides y aines. El EVA (escala visual análoga con un intervalo entre 1 y 10) promedio del primer día fue 3 y al tercer día 1.5 puntos. El reinicio del tránsito intestinal fue al segundo día, y el promedio de la ingesta de líquidos fue al segundo día. Se mantuvieron en Recuperación Prolongada los tres convertidos y 18 de edades más extremas (>80), promedio de estadía de 2 días. La estadía hospitalaria promedio fue de 6 días y se presentaron 3 complicaciones; una infección de herida operatoria, un íleo prolongado y una evisceración que requirió reintervención. No hubo mortalidad en la serie.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico es una alternativa segura en pacientes de edad avanzada.

PERFORACIÓN DE COLON DURANTE EL PROCEDIMIENTO ENDOSCÓPICO: EXPERIENCIA EN 11.700 COLONOSCOPIAS

Drs. E. García, R. Muñoz, F. López, A. M. Contardo, E.U. X. García

(Departamento de Cirugía Digestiva y Gastroenterología. Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: La perforación de colon es una complicación grave y poco frecuente en una colonoscopia. Generalmente el tratamiento es quirúrgico; no obstante, en la actualidad se han reportado series internacionales con tratamiento médico exitoso en casos seleccionados.

Objetivo: Presentar la incidencia y experiencia en el manejo de la perforación de colon secundaria a una colonoscopia.

Pacientes y Métodos: Estudio prospectivo de 11.720 colonoscopias realizadas en el periodo enero 2001 a junio 2006.

Resultados: En este período se diagnosticaron 12 perforaciones colónicas (0,1%), 5 tras procedimientos diagnósticos y 7 terapéuticos (polipectomías). Todos fueron confirmados por radiografía simple de abdomen observándose aire subdiafrágico. El diagnóstico se sospechó dentro de las

primeras 6 horas en 7 pacientes. Entre 6 y 24 hrs a 4 pacientes y uno a las 36 hrs. Se trataron en forma médica 4 pacientes que no presentaban irritación peritoneal difusa; dos post colonoscopias diagnosticas y dos postpolipectomías uno de los cuales requirió finalmente cirugía. De los nueve intervenidos se realizó sutura primaria en 5, resecciones segmentarias sin ostomías de protección en 3, uno por tumor asociado y 2 por compromiso mural extenso. Una paciente requirió operación de Hartmann por presentar mayor grado de contaminación peritoneal. Complicaciones asociadas presentaron 4 pacientes, un íleo prolongado, una atelectasia con sobreinfección pulmonar y con distres respiratorio en 2, que requirieron soporte ventilatorio. No hubo mortalidad en la serie.

Conclusiones: En esta serie la incidencia de perforación fue similar a la descrita en la literatura internacional con resultados comparables. El tratamiento médico resulta ser seguro en casos seleccionados.

ABSCESO HEPÁTICO MÚLTIPLE COMO PRESENTACIÓN DE COLITIS ULCEROSA. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Drs. C. Cavalla, V. Silva

(Servicio de Cirugía Adulto, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Servicio de Salud Viña del Mar Quillota)

El absceso hepático piógeno se presenta en un 20% de origen criptogénico. La enfermedad inflamatoria intestinal puede manifestarse extraintestinalmente como absceso hepático siendo esta una presentación rara, sin un estudio claro de incidencia y solo con caso reportados. Presentamos un caso clínico de paciente masculino de 49 años con diagnóstico de colitis ulcerosa sin tratamiento hace dos años, que inicia cuadro de dolor abdominal de una semana de evolución, derivado al Hospital de Quillota, donde se diagnostica abdomen agudo. En el intraoperatorio se encuentra peritonitis y absceso hepático en segmento 5. Se realiza aseo de cavidad abdominal, evoluciona tórpidamente con parámetros sépticos, se decide reintervenir para aseo quirúrgico sin nuevos hallazgos, se toma biopsia de absceso hepático. Sin mejoría se decide traslado a Hospital Dr. Gustavo Fricke, ingresa para resolución quirúrgica, febril en shock séptico. Se realiza drenaje absceso hepático inicial y segundo absceso hepático no defocado en segmento 2 de 50 cc de contenido purulento, confirmado previamente con TAC. Se instalan drenajes y se deja laparostomizado. Se reopera realizándose aseo quirúrgico y

cierre de laparostomía. Evolución favorable con drenajes de abscesos dando salida a secreción hemopurulenta moderada cantidad, que disminuye francamente en el transcurso de cinco días. Con recuperación del shock séptico, manejo antibiótico con metronidazol y ceftriaxona ev, con buena respuesta y regresión de los parámetros de actividad inflamatoria, TAC de control muestra disminución de los abscesos hepáticos de ambos lóbulos. Traspaso a tratamiento oral con metronidazol y ciprofloxacino. Reingresa a los 35 días por rectorragia, púrpura en extremidades inferiores y artralgias con sinovitis de muñecas y tobillos. Se realiza rectoscopia, se confirma diagnóstico de colitis ulcerosa activa. Se reinicia tratamiento médico con buena respuesta.

La presencia de absceso hepático múltiple pudiera explicarse en este caso por piliflebitis secundaria a colitis ulcerosa.

CARACTERIZACIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL EN EL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL VALDIVIA ENTRE LOS AÑOS 2000-2004

Drs. *M. Gabrielli, A. Jutronich, G. Corral, J. Ulloa, M. Zamorano, F. Venturelli, O. Felmer, C. Carrasco* (Servicio de Cirugía y Anatomía Patológica, Hospital Regional Valdivia, Instituto de Cirugía e Histopatología, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile)

El cáncer colorrectal representa el 8,5% de los cánceres reportados a nivel mundial cada año. Según la IARC, Chile se encuentra en un nivel de incidencia intermedio-bajo, sin embargo, se ha descrito un significativo aumento en la mortalidad por esta patología en nuestro país en los últimos años.

Objetivo: Caracterizar todos los casos de cáncer colorrectal diagnosticados en el Hospital Clínico Regional Valdivia entre los años 2000 y 2004, analizando características patológicas del tumor y variantes epidemiológicas como edad y sexo.

Material y Método: Se revisaron las nóminas de cáncer de anatomía patológica del Hospital Valdivia entre los años 2000 y 2004 encontrándose 188 casos de cáncer colorrectal en el período, se determinó tipo histológico, tamaño tumoral, profundidad de invasión, resecabilidad del paciente, edad y sexo. El análisis estadístico se hizo por sistema SPSS.

Resultados: Se identificaron 188 casos, 90 hombres (48%) y 98 (52%) mujeres. El rango etáreo fluctúa entre 16 y 93 años, con edad promedio de 64 años. El 80,85% fueron resecaos, y de ellos el 81,5% sobrepasaban la muscular propia. El tipo

histológico más frecuente es el adenocarcinoma (92%), predominando la variante tubular.

Conclusión: El cáncer colorrectal en Valdivia se presenta en personas de la tercera edad sin diferencias significativas en su distribución por sexo. El tipo histológico más frecuente es el adenocarcinoma y sobre el 90% de los casos se presenta en estados avanzados de la enfermedad, por lo que existe la necesidad de instaurar método de diagnóstico temprano y de pesquisa de lesiones pre-invasoras.

TÉCNICA QUIRÚRGICA Y COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN CÁNCER DE RECTO

Drs. *J. Morales, R. Arancibia, J. Contreras, R. Blacud, J. Bustamante*

(Servicio de Cirugía Hospital Clínico Herminda Martín, Universidad Católica de la Santísima Concepción)

Introducción: El cáncer de colon y recto ocupan el cuarto lugar como causa de muerte por cáncer en nuestro país. La resección radical del segmento intestinal afectado y la linfadenectomía constituyen el tratamiento estándar a través de diversas técnicas quirúrgicas según localización y estadio del tumor.

Objetivo: Analizar el tipo de técnica quirúrgica y sus complicaciones postoperatorias en los pacientes con cáncer rectal en nuestra zona.

Material y Método: Se realizó un análisis retrospectivo del total de pacientes sometidos a cirugía de recto entre enero de 2000 y diciembre de 2004 en el servicio de cirugía del Hospital Herminda 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, técnica quirúrgica, tipo sutura y complicaciones fueron obtenidos de los registros clínicos.

Resultados: En el período estudiado se operaron 38 pacientes, 18 hombres (47,4%) y 20 mujeres (52,6%). La edad promedio fue de 66 años (36-84). La distribución de las lesiones en recto alto, medio y bajo fue de 34,2%, 15,8% y 50% respectivamente. La técnica quirúrgica utilizada fue resección anterior 15 (39,5%) de estos, sutura mecánica 9 (60%) y manual 6 (40%), resección abdominoperineal 14 (36,8%) y Hartmann 9 (23,7%). El tumor se consideró irresecaable en 6 pacientes (15,8%). Las complicaciones postoperatorias más frecuentes fueron dehiscencia sutura 3 (7,9%), infección herida operatoria 2 (5,3%), evisceración 1 (2,6%), infección urinaria (2,6%).

Conclusión: En nuestra serie destaca la alta prevalencia de tumores de recto bajo similar a otras publicaciones. Las técnicas quirúrgicas de Miles y Hartmann fueron las más utilizadas según grado de resecabilidad. Destaca la dehiscencia de sutura como complicación principal con porcentajes similares a otras series.

EXPERIENCIA CON TRATAMIENTO MÉDICO DE LA FISURA ANAL EN LA SERENA

Drs. N. Zepeda, C. Vásquez, K. Vergara, P. Soto
(Escuela de Medicina, Universidad Católica del Norte)

Fisura anal es una úlcera en el epitelio escamoso del ano, localizada generalmente en la línea media posterior, que puede llegar a condicionar la calidad de vida del paciente que la padece. La evidencia sostiene que la fisura anal es una úlcera isquémica causada por una hipertonía del esfínter anal interno. Esto explica porque la cirugía que interrumpe el esfínter anal interno permite curar la fisura. Este estudio presenta la experiencia médica local usando crema de nifedipino tópica al 0,2%. Su uso y eficacia se explica por su acción bloqueadora de los canales de calcio que permite una relajación de la musculatura lisa del esfínter anal interno.

Material y Método: Se trata de un estudio prospectivo sobre 40 pacientes desde septiembre de 2003 hasta abril de 2006, que aceptaron tratamiento de su fisura anal con Nifedipino tópico (24 mujeres y 16 varones). No se presentaron reacciones adversas ni alergias en el grupo en estudio.

Los tiempos de evolución de los síntomas variaron entre 1 semana y 28 años en mujeres y se obtuvo un 75% de mejoría (18 de 24 pacientes). La mejoría en el caso de síntomas de menos de 2 meses fue 12 de 14 pacientes; el período de tratamiento fue entre 1 y 4 meses. Se incluyeron en este trabajo 4 mujeres en postparto, que también sanaron. Se abre una posibilidad de tratamiento para fisuras de más de 2 meses de tratamiento en que se obtuvo mejoría en 6 de 10 pacientes. En el caso de síntomas de menos de 4 meses se obtuvo cicatrización de la fisura en todos los casos, mientras que cuando los síntomas fueron de más de 4 meses se obtuvo cicatrización en sólo 1 de las 2 pacientes.

En el caso de varones la respuesta fue positiva en un 75% (12 de 16 pacientes) los síntomas variaron entre 1 semanas y 3 años y el período de tratamiento fue entre 1 y 4 meses. En el caso de síntomas de más de 2 meses, los resultados ad-

versos se observaron en pacientes con patología hemorroidal asociada, papilitis y fisura anal anterior y posterior simultáneas. Se utilizó este tratamiento en 1 paciente VIH positivo con condilomosis anal asociado a Aldara MR. Con mejoría sintomática.

Los resultados permite plantear el uso de este tratamiento como primera línea, en pacientes con fisura anal de corta evolución y en situaciones especiales y patologías perianales complejas y plantear su uso ante fisuras de mayor data.

CIRUGÍA AMBULATORIA EN PATOLOGÍA ANORRECTAL. EXPERIENCIA HOSPITAL BARROS LUCO-TRUDEAU

Drs. R. Villalón, R. Azolas, J. Salamanca, F. Gatica, Ints. V. Veronesi, C. Zapata, C. Valenzuela, L. Valdés
(Servicio de Cirugía, Hospital Barros Luco-Trudeau, Departamento de Cirugía Sur, Universidad de Chile)

Introducción: La patología anorrectal es una de las más frecuentes en sociedades occidentales. La cirugía ambulatoria en patología anorrectal ya es realidad en muchos centros públicos a lo largo del país. El objetivo de este trabajo es analizar y evaluar los resultados obtenidos por el equipo de coloproctología del HBIT.

Material y Métodos: Se analizaron retrospectivamente los datos de los pacientes operados en la unidad de cirugía ambulatoria (UCA) del centro de diagnóstico y tratamiento (CDT) del HBLT entre enero de 2003 y diciembre de 2005 y se les realizó una encuesta telefónica para evaluar el grado de satisfacción del procedimiento realizado. Se analizaron los datos usando el software computacional SPSS 8.0 (SPSS Inc. Chicago, Ill) y los resultados se expresan en promedios y porcentajes.

Resultados: El total de pacientes fue de 304, con un promedio de edad de 42 años (DS ± 16,6 años), el 56% fueron mujeres (169). Las patologías concomitantes más frecuentes fueron obesidad 22% (69) e HTA 10% (32). Las patologías operadas fueron hemorroides 32%, fisura anal 22% (67), fístula anorrectal 18% (56), condilomas perianales 7,6% (23), quiste pilonidal 8,6% (26) y otros 11,8% (34). Se realizaron 376 procedimientos quirúrgicos con una morbilidad general de 4,6% (14), sin mortalidad y el 3,3% (10) requirió ser hospitalizado. En un 62% (189) de los pacientes fue posible realizar la encuesta telefónica, de ellos el 67% (127) repetiría la experiencia quirúrgica y el 86% (163) está conforme con el resultado de su cirugía.

Conclusión: La cirugía ambulatoria en patología anorrectal es perfectamente realizable en nuestro medio con márgenes adecuados de seguridad, con escasa morbilidad, sin mortalidad y con alta aceptación por parte de los pacientes.

PREPARACIÓN DE COLON EN LA CIRUGÍA COLORRECTAL ELECTIVA: ENCUESTA SOBRE LA PRÁCTICA REALIZADA POR CIRUJANOS CHILENOS

Drs. M. Figueroa, C. Orfali, D. Corthron, M. Troncoso

(Servicio de Cirugía Hospital San Juan de Dios, Universidad de Chile)

Introducción: La eficiencia de la preparación mecánica intestinal en prevenir complicaciones infecciosas y la dehiscencia anastomótica postoperatoria colorrectal ha sido "dogma" entre los cirujanos, pese a que actualmente su efectividad en estos puntos sean cuestionables. Ha esto se suma, el uso de una variedad de antibióticos profilácticos endovenosos con la misma finalidad.

El objetivo de este estudio es determinar la preparación colónica más utilizada por cirujanos nacionales.

Material y Método: Diseñamos una encuesta evaluando las características de preparación colónica, incluyendo: tipo y tiempo de preparación mecánica, uso de antibióticos orales y/o parenterales y su composición. La encuesta fue aplicada durante el Congreso de Cirujanos de Chile de Pucón 2005, a cirujanos involucrados en el abordaje quirúrgico transabdominal de patología colorrectal y que trabajaran en un hospital chileno, especificando el tipo de institución de salud.

Se realizó un análisis descriptivo de los resultados.

Resultados: 64 cirujanos fueron encuestados, 42 laboraban en hospitales públicos, 16 de éstos lo hacían en hospitales de las FF.AA y 22 solamente en entidades privadas. En relación a la preparación mecánica el 100% de los encuestados la realiza: 22 utilizan solo un fleet oral, 18 usan dieta, laxantes y enemas por 1,8 días, 10 utilizan fleet oral más enema y 14 solo enema, polietilenglicol o manitol, además 22 cirujanos (34,4%) utilizan antibióticos orales en la preparación, usando neomicina y metronidazol 16 de ellos. El 100% utiliza antibióticos profilácticos endovenosos: cefalosporina y metronidazol (59,3%), gentamicina y metronidazol (21,9%) y otros (18,8%).

Conclusión: Todos los cirujanos encuestados realizan preparación mecánica, destacando la falta de uniformidad de criterios en su forma de preparación, por lo que sería importante establecerlos en base al costo y factibilidad de uso mientras no existan evidencias claras que avalen lo contrario. Los antibióticos parenterales profilácticos son empleados rutinariamente, siendo cefalosporinas y metronidazol los más utilizados.

HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS Y VARIABLES DEMOGRÁFICAS EN PACIENTES CON ESTUDIO ENDOSCÓPICO SUGERENTE DE ESÓFAGO DE BARRET

Drs. E. Rojas, Dr. L. Montero, Als.: M. Guerra, R. Páez, X. Meza

(Universidad de Santiago de Chile, Hospital San José)

Introducción: Este estudio tiene como objetivo conocer los hallazgos histológicos en pacientes con endoscopia digestiva alta (EDA) sugerente de Esófago de Barret (EB) y relación con edad y sexo. Hipótesis: EB debería ser más frecuente desde los 50 años, siendo Esofagitis, el principal diagnóstico diferencial.

Material y Método: Se revisaron, retrospectivamente, las biopsias de pacientes que fueron sometidos a EDA, entre los años 2001 y 2005, con resultado sugerente de EB, en el Hospital San José. Consideramos sexo, edad y relación con hallazgos biopsicos.

Resultados: Se revisaron 72 pacientes con EDA sugerente de EB. Los hombres fueron 51,4% y mujeres 48,6%. El intervalo de edad fue 24 y 85 años (promedio: 60,2), 25% tenía <49 años, 47,2% entre 50-70 años y 27,8 % >70 años. La histología encontrada fue Metaplasia gástrica fúndica (MGF): 8,3%; Gástrica cardial o Transicional (MGC): 6,9%; Intestinal (MI): 47,2%; Esofagitis: 33,3%; Cáncer esofágico (CE): 1,4% y Epitelio Normal (EN): 2,8%. La histología más frecuente en hombres fue MI (64,9%), seguida de Esofagitis (21,6%) y en mujeres Esofagitis (45,7%), seguida de MI (28,6%). La histología más frecuente en <49 años fue Esofagitis (66,7%) y MI (16,7%); entre 50-70 años MI (50%) y Esofagitis (29,4%); en >70 años MI (70%) y Esofagitis (10%). En el 5% del último grupo se encontró CE.

Conclusión: En todos los grupos etáreos los principales hallazgos fueron MI y Esofagitis, con predominio de la última en edades jóvenes y aumento de la primera a partir de los 50 años con más

frecuencia en hombres. En >70 años, CE aparece como diagnóstico diferencial de EB en 5% de casos.

Discusión: En todos los casos, EDA era sugerente de EB, sin embargo el hallazgo de MI no fue constante en diferentes edades. Se requieren otros estudios para analizar la capacidad diagnóstica de este examen.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN EL DIAGNÓSTICO DE ESÓFAGO DE BARRET: ¿QUÉ FACTORES DEBEMOS CONSIDERAR AL EVALUAR LA CAPACIDAD DIAGNÓSTICA DEL EXAMEN?

Drs. E. Rojas, L. Montero, Als. M. Guerra, X. Meza, R. Páez
(Universidad de Santiago de Chile, Hospital San José)

Introducción: Estudio que tiene como objetivo analizar el Valor Predictivo Positivo (VPP) de la Endoscopia Digestiva Alta (EDA) en el Diagnóstico de Esófago de Barret (EB) y factores a considerar al evaluar calidad de esta prueba diagnóstica. Hipótesis: Creemos que capacidad diagnóstica de EDA varía según edad y sexo del paciente estudiado.

Materiales y Métodos: Se revisaron, retrospectivamente, biopsias de pacientes que fueron sometidos a EDA, entre los años 2001 y 2005, con imagen sugerente de EB, en Hospital San José. El diagnóstico de EB se realizó con EDA sugerente y biopsia compatible con Metaplasia Intestinal (MI).

Resultados: Se revisaron 57 pacientes con EDA sugerente de EB. Los hombres fueron 52,6% y mujeres el 47,4%. El intervalo de edad fue 37-85 años (promedio: 60,1), 24,6% tenía <49 años, 49,1% entre 50-70 años y 26,3% >70 años. El VPP global de la EDA para el diagnóstico de EB fue 52,6%. Al considerar el sexo, el VPP fue 73,3% en hombres y 29,6% en mujeres. Al considerar grupos de edad, el VPP para <49 años fue 21,4%, entre 50-69 fue 57,1% y >70 fue 73,3%. Al considerar grupos de edad, en hombres, el VPP para <49 fue 75%, para 50-69 fue 62,5% y >70 fue 90%; en mujeres, el VPP para <49 años fue 0%, entre 50-69 fue 50%, y >70 fue 40%.

Conclusiones: La capacidad diagnóstica de EDA para EB (VPP) fue aproximadamente 50%, aumentando si sexo del paciente en estudio fue masculino y en relación directa con edad. Con EDA sugerente de EB, se debe tener índice de sospecha en relación al sexo y edad del paciente, y considerar diagnósticos diferenciales.

Discusión: Consideramos que resultados del examen pueden estar sujetos a variaciones interobservador y a la técnica de recolección de biopsias. En nuestro estudio no influyó curva de aprendizaje.

ESÓFAGO DE BARRET CLÁSICO, CORTO O ULTRACORTO. HISTOLOGÍAS MÁS FRECUENTES Y SU RELACIÓN CON SEXO Y EDAD

Drs. E. Rojas, J. Maureira, L. Montero, Als. M. Guerra, R. Páez, X. Meza
(Universidad de Santiago de Chile, Hospital San José)

Introducción: Estudio de corte transversal que tiene como objetivos conocer la frecuencia de Esófago de Barret (EB) Clásico (Largo) y Corto o ultracorto (CoUc), las histologías más frecuentes para cada uno de éstos y relación con sexo y edad. Hipótesis: EB CoUc debería ser más frecuente que EB Clásico, con mayor prevalencia en hombres.

Material y Método: Se revisaron, retrospectivamente, las fichas de pacientes que fueron sometidos a Endoscopia digestiva alta (EDA), entre los años 2001 y 2005, con resultado sugerente de EB, en el Hospital San José. Éstos se clasificaron como EB clásico y CoUc, se consideró relación con hallazgos histopatológicos, sexo y edad.

Resultados: Se revisaron 57 pacientes. Los hombres fueron el 52,6% y las mujeres el 47,4%. El intervalo de edad fue entre 37 y 85 años (promedio: 60,1), 24,6% tenía <49 años, 49,1% entre 50-69 años y 26,3% >70 años. EB Clásico fue un 61,4% (68,6% hombres y 31,4% mujeres) y CoUc un 38,6% (27,3% hombres y 72,7% mujeres). En relación a edad, EB clásico y CoUc fue respectivamente, en <49 años 21,4% y 78,6%, entre 50-69 años 71,4% y 28,6% y en >70 años 80% y 20%. Respecto a histología, en EB clásico, el 62,9% fue Metaplasia intestinal (MI), 22,9% esofagitis, 8,6% metaplasia cardial y 5,7% Metaplasia gástrica fúndica (MGF); en EB CoUc, el 45,5% fue Esofagitis, 36,4% MI, 9,1% MGF y 9,1% epitelio normal.

Conclusión: En el análisis global, EB CoUc es menos frecuente que EB Clásico y la mayoría de casos de la primera se observó en mujeres. EB CoUc disminuye su frecuencia al avanzar en grupos etéreos, ocurriendo lo contrario con EB Clásico. La probabilidad de encontrar MI es mayor en EB Clásico.

Discusión: Nuestros datos no comprueban nuestra hipótesis, siendo distintos a los observados en otras publicaciones.

CASO CLÍNICO: MAL USO DE UN BALÓN INTRAGÁSTRICO

Drs. H. Valladares, I. Braghetto

(Departamento de Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile)

Introducción: Una de las técnicas utilizadas para el control del sobrepeso es la instalación de un balón intragástrico, como tratamiento restrictivo y con indicaciones bien establecidas. Los resultados reportados dan cuenta de una baja de peso promedio entre 15 y 25 kg entre 6 a 8 meses de colocado el balón. En nuestra experiencia sin embargo hemos comprobado que un 70% de los pacientes recuperaron el peso inicial al cabo de uno o dos años por lo que optan por un tratamiento quirúrgico definitivo. Esta técnica ha ido ganando difusión y varios centros hospitalarios públicos y privados la están utilizando. En esta comunicación se presenta un caso clínico que a nuestro entender se ha indicado un balón inapropiado y con criticable conducta ética que estimamos válidos dar a conocer para prevenir conductas inadecuadas dentro de nuestra Sociedad de Cirujanos.

Caso Clínico: Este corresponde a pacientes de 27 años que consulta en Centro Médico particular donde se instala balón bajo control endoscópico en junio de 2005, acudiendo por citación en febrero de 2006 al mismo centro para retirarlo.

Posteriormente paciente opta por alternativa quirúrgica en nuestro Hospital, se le incluye en el protocolo de evaluación preoperatorio con distintos especialistas, se le piden los exámenes preoperatorios, dentro de los cuales se incluye la solicitud de una endoscopia digestiva alta.

Este examen se efectúa día 7 de abril de 2006 donde se recaban los antecedentes de tratamientos previos antes mencionados. Durante el examen, al acceder al estómago se descubre cuerpo extraño resultando ser un balón desinflado que luego de algunas maniobras para asirlo con asa se retira sin dificultad. Imágenes del procedimiento endoscópico y del balón se presentan en este póster.

EPIDEMIOLOGÍA Y ANATOMOPATOLOGÍA EN LINFOMA GÁSTRICO

Drs. R. Matamala, M. Calderón, R. Luengas, G. Inostroza, C. Ospina, A. Csendes, Int., K. García, M. San Martín

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

Introducción: El linfoma gástrico es una patolo-

gía de creciente diagnóstico los últimos 20 años, sin embargo, no son extensas las publicaciones respecto las características anatomopatológicas de las piezas quirúrgicas. Se realizó este estudio retrospectivo y descriptivo en el afán de detallar las características de los pacientes operados por este diagnóstico.

Material y Método: Se realizó una revisión del total de informes biopsicos de anatomía patológica del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, desde el año 1992 al 2005. Se consignaron los informes con diagnóstico de Linfoma gástrico en piezas de resección quirúrgica, registrándose datos respecto género y edad de los pacientes, además del tamaño, ubicación, presencia de *Helicobacter pylori*, infiltración en la pared, y compromiso ganglionar.

Resultados: Se registró un total de 35 pacientes, 14 fueron varones y 21 mujeres. La media de edad fue de 62 años. El tamaño de los tumores resecados bordeó los 6 cm en su diámetro máximo y 4 cm en su diámetro menor. Se ubicaron igualmente en tercio medio-superior (28%) que en tercio medio-inferior (31%), 9 pacientes fueron catalogados como linfomas multifocales o difusos (25,7%). En 8 pacientes se describió la subclasificación, siendo catalogados 6 como de alto grado y 2 de bajo grado. En 5 pacientes se detectó la presencia de *Helicobacter pylori* (14%). La distribución según profundidad de la invasión fue 11,4% mucoso (4), 34,2% submucoso (12), 17,1% subseroso (6) 37,1% seroso o extraseroso (13), 9 pacientes (26%) tuvieron compromiso linfonodal, dos tercios de los cuales eran multifocales.

Conclusión: Un alto porcentaje de pacientes se presentan en estadios avanzados de enfermedad. La infiltración linfonodal es infrecuente y casi constantemente asociada a linfomas multifocales. El hallazgo de un mayor índice de linfomas de alto grado no concuerda con lo descrito en la literatura, sin embargo, muy pocos pacientes fueron subclasificados.

GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA

Drs. C. Aguayo, H. Richter, D. Cortez, M. A. Gatica
(Servicio de Endoscopia Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo)

Introducción: La gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) es la técnica de elección para todo paciente incapacitado para alimentarse oralmente por un período igual o mayor de 2 meses, ya sea el cuadro reversible o no, y que la expectativa de vida estimada sea entre 4 a 6 meses o más.

Material y Método: En la unidad de endoscopia del Hospital Padre Hurtado se realizó un protocolo prospectivo de GEP desde enero de 2004 hasta junio de 2006 para describir y confrontar nuestros resultados con otras series nacionales y extranjeras.

Se realizó la GEP mediante la técnica "Pull" descrita por Ponsky, utilizando los sets de GEP disponibles en el mercado. A todos los pacientes (o a sus familiares) se les solicitó consentimiento informado previamente y los procedimientos fueron realizados bajo sedación y profilaxis antibiótica.

Resultados: En total fueron intervenidos 80 pacientes con edades entre los 31 y 91 años. El 80% (64) estaban hospitalizados y el 20% (16) fueron ambulatorios. El 65% de los pacientes eran varones (52) y el 35% (28) mujeres. Las indicaciones principales fueron: Afección neurológica 62,5% (58 casos), CA gástrico 7,5% (6), esofágico 6,2% (5), TU orofaríngeo 3,75 (3) y otros 10% (8).

Las principales complicaciones fueron: Infección local 5% (4). Extracción accidental 2,5% (2), fuga peristoma 2,2%. Extracción por abdomen 1,25%. No hubo mortalidad asociada al procedimiento en a serie.

Conclusión: La GEP constituye la técnica de elección para enfermos con indicación. En nuestro hospital es una técnica segura y con morbilidad baja, siendo similar a los estándares internacionales.

ENFERMEDAD DE DIEULAFOY, REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO DUODENAL

Drs. M. Bustamante, D. Lazo, S. Hoefler, C. Tapia, P. Villegas, J. Justiniano, K. Guler, H. Arancibia, O. Tahlouk, J. Lombardi
(Hospital Salvador, Universidad de Chile)

Introducción: La enfermedad de Dieulafoy representa el 3% de las causas de hemorragia digestiva alta, siendo en general de tipo masiva e indolora, con una alta tasa de morbimortalidad.

Objetivo: La revisión del tema, a propósito de un caso de enfermedad de Dieulafoy duodenal, mediante la revisión sistemática de la literatura actualizada.

Caso Clínico: Se presenta un caso atendido en el Servicio de Cirugía del Hospital Salvador con clínica típica, pero de ubicación duodenal, que requirió manejo quirúrgico resectivo con la consiguiente confirmación histológica.

Revisión: Se revisa el contexto histórico, la histopatología, fisiopatología, clínica y tratamiento actualizado de la enfermedad de Dieulafoy.

Discusión: La enfermedad de Dieulafoy representa la presencia de un vaso arterial histológicamente normal pero de diámetro anormalmente grande para su ubicación en la submucosa, que sangra en forma espontánea sin estar asociado a otras lesiones. El tratamiento de esta patología hoy en día es principalmente endoscópico, mediante el uso de al menos 2 técnicas de hemostasia distintas de entre las 3 disponibles en la actualidad (inyectoterapia, termocoagulación y mecánica). El creciente uso de la terapia angiográfica abre una alternativa de tratamiento, quedando la indicación quirúrgica reservada para los fracasos de las terapias anteriores.

DIVERTICULITIS AGUDAS EN PACIENTES MENORES DE 40 AÑOS. ¿MANEJO AGRESIVO?

Drs. P. Wisnia, J. Hidalgo, M. Abedrapo, R. Ibaceta, K. Sánchez, L. Lara
(Departamentos de Emergencia y Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile)

Introducción: En anteriores estudios, existe controversia sobre que tan agresivas se presentan las diverticulitis en pacientes jóvenes y su manejo, se recomienda la cirugía resectiva después de un simple episodio de diverticulitis no complicada. El objetivo del trabajo es describir la clínica y manejo de pacientes menores de 40 años que ingresan con diagnóstico de diverticulitis aguda al Hospital Clínico de la Universidad de Chile, y la necesidad real de cirugía de estos.

Metodología: Se revisaron 24 fichas de pacientes menores de 40 años que ingresaron al Hospital Clínico Universidad de Chile entre los años 2001-2005 con diagnóstico de diverticulitis aguda.

Resultados: Corresponden al 5,1% (24 de 472) del total de las diverticulitis, 21 son de sexo masculino (87,5%) y 3 de sexo femenino (12,5%). La edad promedio fue de 34,3 años (rango 18-39 años), demoraron en promedio 4,17 días en consultar a la urgencia, 6 pacientes (25%) con fiebre ($t^{\circ} > 37,8^{\circ}C$), 3 (12,5%) con taquicardia (FC > 100), el 100% con dolor abdominal y 9 (37,5%) con signos de irritación peritoneal. El promedio de recuento de blancos fue de 13.360 (6.740-19.300) y de PCR 127,7 (21-253). Trece pacientes fueron operados (54,2%) y 11 se manejaron médicamente (45,8%), los operados, 3 fueron de urgencia (2 operaciones de Hartmann y 1 hemicolectomía izquierda con colorrecto anastomosis termino-terminal), los otros 10 fueron cirugías electivas a los que se les hizo resección anterior con anastomosis termino-terminal (3 casos) y sig-

moidectomía por videolaparoscopia a 7 pacientes. La cirugía se realizó después de 1 episodio de diverticulitis en 8 casos, después de 2 episodios en 1 caso y después de 3 o más en 4 casos.

Conclusiones: En el grupo estudiado no hubo un gran porcentaje de tratamiento y presentación agresiva de diverticulitis aguda requiriendo solo un 12,5% de ellos cirugía de urgencia. La mayoría de los pacientes fueron de sexo masculino y fueron sometidos a cirugía solo un 54,2%. Tradicionalmente se indica la cirugía como primera elección en pacientes menores de 40 años con diverticulitis aguda lo cual no fue necesario en el grupo estudiado. Se requiere un estudio a largo plazo para lograr conclusiones y validar estas.

CARCINOIDE DEL APÉNDICE CECAL. EVALUACIÓN ANATOMOCLÍNICA Y SOBREVIDA A LARGO PLAZO

Drs. *M.A. García-Huidobro D., J.M. Butte B., J. Torres M., M. Salinas F. I. Duarte G., G. Pinedo M., A. Zúñiga D. O. Llanos L.*

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

Introducción: El carcinoides es el tumor apendicular más frecuente y su diagnóstico se realiza, en enteral, en forma incidental.

Objetivo: Analizar las características clínicas, anatomopatológicas, el tratamiento quirúrgico y la sobrevida a largo plazo de una serie de pacientes con carcinoides apendicular.

Material y Método: Se revisó los registros clínicos de los pacientes con carcinoides apendicular tratados en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica, entre marzo de 1981 y abril de 2006. Se evaluó la presentación clínica, el estudio anatomopatológico (AP), el tratamiento quirúrgico y la sobrevida alejada. Para el análisis de sobrevida se utilizó el test de LogRank y curvas de Kaplan-Meier. Se consideró significativo un $p < 0,05$.

Resultados: Fueron operados 38 pacientes, 14 (36,8%) hombres y 24 (63,2%) mujeres con una edad (media \pm DS) de 37 ± 18 años. En 35 enfermos la cirugía se realizó por sospecha de apendicitis aguda, la que se confirmó en el estudio AP en 23 (60,5%) de ellos. En 37 casos el tumor fue bien diferenciado y en uno moderadamente diferenciado. La ubicación más frecuente fue en la punta apendicular (74,2%). El tamaño promedio fue de 0,9 (0,2-3 cm) y sólo 3 enfermos presentaron un

tumor mayor a 2 cm. Veintiocho (73,7%) de estos tumores infiltraban hasta la subserosa y serosa. Cuatro pacientes fueron sometidos a hemicolectomía derecha en un segundo tiempo y en sólo uno se comprobó compromiso ganglionar. El seguimiento (media \pm DS) fue $81,2 \pm 62,2$ meses. La sobrevida a 5 años de la serie total es de 97,4%.

Conclusiones: El carcinoides apendicular es poco frecuente y la mayoría de las veces el diagnóstico se obtiene del estudio anatomopatológico de pacientes apendicectomizados por la sospecha de una apendicitis aguda. El pronóstico en general es bueno a pesar de la profundidad del compromiso tumoral parietal de apéndice.

TUMOR FIBROSO SOLITARIO DEL HÍGADO

Drs. *M. Zamorano, C. Cárcamo, M.T. Poblete*
(Hospital Clínico Regional de Valdivia, Servicio de Cirugía, Servicio de Anatomía Patológica. Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Cirugía)

Introducción: El tumor fibroso solitario del hígado es una neoplasia extremadamente infrecuente, la literatura en inglés a nivel mundial reporta sólo 28 casos.

Objetivo: Dar a conocer las características clínicoquirúrgicas e histopatológicas de la enfermedad.

Caso Clínico: Mujer de 42 años que el año 2001 se detectó tumor hepático en el contexto de estudio por colelitiasis y posterior tomografía axial computarizada (TAC) que evidenció lesión hipodensa de 4,5 por 5,9 cm de ubicación central comprometiendo confluencia hepática, pierde los controles hasta el año 2006 donde consulta por dolor abdominal superior y "sensación de masa", los exámenes de laboratorio se encontraron dentro de rangos normales incluidos marcadores tumorales y virales, el estudio con TAC y resonancia magnética tamaño tumoral de 11 por 9 cm, ocupando gran parte del lóbulo izquierdo y discretamente derecho, preferentemente segmentos V y VIII. En el intraoperatorio se observó hígado de aspecto "normal" con tumor central de 16 cm de diámetro con compromiso fundamentalmente izquierdo. Se decide trisegmentectomía izquierda sin evidencia macroscópica de tumor residual. El estudio citológico intraoperatorio fue positivo para tumor benigno de origen estromal hepático. Macroscópicamente comprende tumor de 640 g, color grisáceo homogéneo, de crecimiento expansivo, con patrón fusocelular, celularidad baja y colágeno abundante. No presenta focos de necrosis y las mitosis son infrecuentes $< 1/10$ HPF. Se

comprueba patrón inmunohistoquímico característico del tumor: CD 34, bcl2 y vimentina positivo.

Discusión: Esta entidad es una neoplasia benigna rara de origen mesenquimático, cuya ubicación más frecuente es la cavidad torácica particularmente en pleura. El cuadro clínico va desde paciente asintomático, molestias abdominales altas hasta

coma hipoglicémico. El tratamiento de elección es quirúrgico, no se ha comprobado beneficios de radioterapia y quimioterapia.

Conclusión: La importancia del conocimiento de la enfermedad es el diagnóstico diferencial en masas hepáticas únicas y futuros estudios sobre la histiogénesis.

Seccional: VIDEOS

TOPOGRAFÍA QUIRÚRGICA Y ANATÓMICA DE LA REGIÓN INGUINAL EN ABORDAJE DE PATOLOGÍA HERNIARIA

Drs. *C. Bardavid, C. Astorga*
(Equipo Coloproctología, Servicio de Cirugía, Hospital DIPRECA)

Se presenta video correspondiente a abordaje quirúrgico de la patología herniaria inguinal identificando y respetando anatomía de la región. Se objetiva presencia de estructuras vasculares y nerviosas identificables durante disección quirúrgica permitiendo preservarlas en los procedimientos de hernioplastia inguinal.

REPARACIÓN DE HERNIA INCISIONAL CON MALLA DE BAJA DENSIDAD Y REABSORCIÓN PARCIAL CON ESTABILIZACIÓN PREAPONEURÓTICA LIBRE DE TENSIÓN

Drs. *C. Bardavid, C. Astorga*
(Equipo Coloproctología, Servicio de Cirugía, Hospital DIPRECA)

Se presenta video correspondiente a reparación de hernia incisional de laparotomía media supraumbilical con utilización de material protésico de baja densidad y reabsorción parcial compuesto por Monocryl/Prolene. Diseño de colgajos cutáneos. Estabilización preaponeurótica de malla con puntos Prolene continuo, concéntricos, libres de tensión. Manejo drenaje doble en región de reparación hasta débitos mínimos de estos.

CONVERSIÓN DE GASTRECTOMÍA EN MANGA Y BYPASS YEYUNOILEAL A BYPASS GÁSTRICO CON GASTRECTOMÍA DISTAL POR LAPAROSCOPIA

Drs. *A. Escalona, R. Muñoz, F. Crovari, C. Boza, G. Pérez, S. Guzmán, L. Ibáñez*

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

La cirugía laparoscópica se ha incorporado y ha permitido desarrollar en forma muy importante el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. De la misma manera, se han descrito su utilidad y beneficio en procedimientos revisionales de cirugía de la obesidad que requieran reintervención por complicaciones postoperatorias o resultado insatisfactorio.

En este video se presenta una conversión de gastrectomía en manga y bypass yeyunoileal a bypass gástrico y gastrectomía distal por vía laparoscópica. Se demuestra el procedimiento, técnica e instrumentos de disección. Se detalla técnica de gastroplastia, resección gástrica distal y anastomosis gastroyeyunal manual.

RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE UN TUMOR RETROPERITONEAL GRANDE

Drs. *R. Rossi, S. Alvarez, R. Rossi*
(Clínica Alemana. Clínica Dávila, Hospital Padre Hurtado)

Se han ampliado las indicaciones y el uso de las técnicas laparoscópicas en el manejo de tumores abdominales. Sin embargo, tumores sólidos, mayores de 10 cm y en posición retroperitoneal presentan desafíos técnicos que los hacen una contraindicación relativa al método.

Se presenta el caso de una mujer de 44 años con un tumor supuestamente suprarrenal izquierdo de 14 cm. El estudio preoperatorio demuestra niveles normales de catecolaminas y cortisol. Es operada por vía laparoscópica, en posición lateral y con 4 trócares. Se muestran aspectos técnicos de la movilización del colon izquierdo, del estómago, disección del páncreas, bazo, suprarrenal y aorta y la resección total del tumor. La biopsia rápida fue de un tumor de células fusadas y el diferido de un

tumor estromal extraintestinal (GIST). La paciente evoluciona sin complicaciones.

ANASTOMOSIS ESÓFAGO-GÁSTRICA CERVICAL GRAPADA (MECÁNICA) EN ESOFAGECTOMÍA TRANSHIATAL LAPAROSCÓPICA

Drs. *C. García, C. Benavides, P. Rubilar, S. Covacevich, P. Domancic, C. Romero, M. Bustamante, B. Horwitz*

(Departamento de Cirugía. Campus Centro, Universidad de Chile, Servicio de Cirugía, Hospital Clínico San Borja-Arriarán)

La mortalidad en pacientes con esofagectomía se ha reducido sustancialmente en los últimos años. Sin embargo, la morbilidad permanece relativamente alta, incluso en centros con larga experiencia. La falla anastomótica esofago-gástrica cervical es la complicación quirúrgica más frecuente, presentándose en alrededor de un 30% de los casos. En la gran mayoría es de curso benigno, pero causa hospitalizaciones prolongadas y, a largo plazo, estenosis en la línea de sutura. Hay series que comunican reducción en la frecuencia de aparición de esta complicación utilizando sutura mecánicas (estudios prospectivos randomizados). El objetivo es presentar un video con la técnica y detalles quirúrgicos de anastomosis grapada (mecánica) con instrumento circular entre el esófago y el tubo gástrico ascendido a nivel cervical.

GASTRECTOMÍA EN MANGUITO (SLEEVE GASTRECTOMY) POR VÍA LAPAROSCÓPICA. VIDEO TÉCNICA QUIRÚRGICA

Drs. *I. Braghetto, O. Korn, H. Valladares, A. Rodríguez, G. Rencoret, J.C. Díaz, A. Dabandi, J. Castillo*

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

Introducción: La gastrectomía en manguito (GM) es una técnica restrictiva que consiste en tubulizar el estómago a expensas de la curvatura menor dejándolo con una capacidad inferior a 100 ml. Indicada inicialmente en pacientes superobesos (IMC>60) como etapa previa a un bypass, dado sus buenos resultados su indicación se han ido expandiendo a pacientes con menos IMC. Se muestra el procedimiento en video.

Técnica quirúrgica: Bajo anestesia general, se

realiza el neumoperitoneo con aguja de Verres con incisión a 3 cm sobre el ombligo, donde se introduce trocar de 10 mm para la óptica. Se usan otros 4 trócares: subxifoideo (5 mm), reborde costal izquierdo (12 mm), borde lateral recto derecho (15 mm), pararectal izquierdo infraumbilical (12 mm). Se esqueletiza la curvatura mayor con Ligasure® desde el píloro hasta el pilar izquierdo de hiato. Se introduce una sonda tutor de 32 F que se adosa a curva menor. Se usan 2 disparos de Endogia® USSC (Tyco healthcare) verde (corchetes de 4,8 mm) empezando a 2,3 cm del píloro hasta llegar a la incisura *angularis* y desde allí con Endogia® azul (corchetes de 3,5 mm) los disparos necesarios hasta alcanzar el ángulo de His. Se refuerzan los cruces de la grapadora con puntos de material no absorbible. Se irriga el estómago con azul de metileno para evidenciar fugas. Se extrae el estómago remanente por el orificio del trocar de 15 mm. Un drenaje a lo largo de la sutura gástrica completa la cirugía.

Se muestra video de técnica.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO ACTUAL DE LOS DIVERTÍCULOS ESOFÁGICOS

Drs. *G. Cardemil, I. Braghetto, G. Inostroza, H. Valladares, R. Matamala*

(Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile)

Los divertículos esofágicos se dividen en tres tipos: tercio superior (D. Zenker). Mediotorácicos y epifrénicos, todos los cuales tienen indicaciones quirúrgicas bien precisadas en este trabajo se presenta la experiencia reciente con los divertículos esofágicos mediotorácicos y epifrénicos, los cuales han sido manejados por vía mínimamente invasiva. Se incluyen 3 pacientes con divertículo medio torácico (1 de ellos complicado con fístula bronquial) todos ellos con abordaje por video toracoscopia y 2 casos de divertículos epifrénicos tratados por vía transhiatal laparoscópico.

En los divertículos mediotorácicos se realizó la resección del divertículo, sutura plano muscular y parche pleura. Para los divertículos sutura plano muscular y parche pleura. Para los divertículos epifrénicos se resecó divertículo más miocardiotomía.

Se presentan las imágenes endoscópicas, la técnica quirúrgica (vídeos) y los controles radiológicos postoperatorios.

No hubo complicaciones postoperatorias, encontrándose hoy los pacientes asintomáticos.

HERNIORRAFIA INCISIONAL LAPAROSCÓPICA CON MALLA

Drs. *C. Boza, A. Escalona, F. Pacheco, R. Muñoz, L. Ibáñez*

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

Las hernias incisionales son una patología altamente prevalente en cirugía. La resolución quirúrgica puede estar acompañada de complicaciones de la herida como seromas o infección y en ocasiones altas tasas de recidiva. En este video se muestra el caso de un paciente de 64 años portador de una hernia umbilical recidivada en quien se realiza una herniorrafia incisional por vía laparoscópica utilizando una malla híbrida con una cara compuesta de prolene y una cara interna de teflón (Dacol-composite mesh) para proteger las asas intestinales.

Se destacan los detalles técnicos en la disección del contenido herniario, introducción de la malla y fijación mediante suturas transaponeuróticas y grapadoras frontales. Además se discuten las ventajas comparativas en la recuperación y en la prevención de complicaciones de la herida operatoria.

COLECTOMÍA IZQUIERDA LAPAROSCÓPICA: TÉCNICA A TRES TROCARES

Drs. *J. Gallardo, J. Contreras, C. Carvajal, F. Ojeda, A. López, C. Cifuentes*

(Sede Oriente, Hospital del Salvador, Hospital de Castro, Chiloé)

Se muestra video.

GASTRECTOMÍA EN MANGA (GASTROPLASTIA VERTICAL) LAPAROSCÓPICA CON RESECCIÓN DE EPIPLÓN MAYOR PARA OBESIDAD MÓRBIDA

Drs. *C. García, C. Benavides, P. Rubilar, S. Covacevich, M. Bustamante, B. Horwitz, C. Romero, P. Domanicic*

(Departamento de Cirugía, Campus Centro, Universidad de Chile, Servicio de Cirugía Hospital Clínico San Borja-Arriarán)

La gastrectomía en manga, o gastroplastia vertical laparoscópica, es una alternativa atractiva para

el tratamiento de la obesidad mórbida, cuyos resultados a largo plazo aún no se conocen por no existir suficiente seguimiento. Algunos autores han sugerido y utilizado la gastrectomía en manga junto con la resección del epiplón mayor, esto último para controlar más eficazmente y en menor tiempo las comorbilidades metabólicas de estos pacientes. El objetivo es mostrar un video con los detalles técnicos de la gastrectomía en manga y resección de epiplón mayor por vía laparoscópica.

GASTRECTOMÍA EN MANGA LAPAROSCÓPICA (LSG): TÉCNICA QUIRÚRGICA

Drs. *J. Contreras, F. Ojeda, J. Gallardo, C. Carvajal*
(Servicio y Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Sede Oriente, Hospital del Salvador)

Se muestra video.

SUGISIS® EN GASTRECTOMÍA EN MANGA LAPAROSCÓPICA, UNA ALTERNATIVA AL REFUERZO DE LÍNEAS DE SUTURA

Drs. *C. Martínez, M. Sanhueza, E. Viñuela, P. Briones y A. Díaz*

(Servicio de Cirugía. Hospital Sótero del Río)

La filtración y hemorragia a nivel de líneas constituyen una de las complicaciones más temidas en cirugía bariátrica. Estas pueden prolongar significativamente los tiempos quirúrgicos, requerir reoperaciones o transfusiones de hemoderivados.

Estas condiciones son potencialmente riesgosas en la manga gástrica por conformar una línea de sutura de mayor extensión.

El refuerzo de la línea de corchetes aumentaría la resistencia de la línea de sutura y por este mecanismo disminuir el riesgo de filtración.

La técnica más frecuentemente utilizada es el refuerzo manual con material de sutura reabsorbible, sin embargo, este procedimiento podría aumentar el riesgo de filtración según algunos autores, especialmente en zonas de mayor presión.

Se presenta una nueva técnica de refuerzo de línea de suturas en base a uso de biomembrana derivada de la submucosa de intestino porcino (SUGISIS®-Cook Medical Inc.) como una alternativa fácil, segura, más rápida y efectiva que el refuerzo manual en base a sutura.

GASTRECTOMÍA EN MANGA LAPAROSCÓPICA: ALTERNATIVAS DE ABORDAJE EN LA RESECCIÓN GÁSTRICA

Drs. C. Boza, A. Escalona, R. Muñoz, G. Pérez, L. Ibáñez

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

La gastrectomía en manga ha surgido como una alternativa atractiva en la cirugía bariátrica como primera etapa en pacientes de alto riesgo y en aquellos pacientes candidatos a cirugía restrictiva con índice de masa corporal menor.

Se presenta un video con dos alternativas en el abordaje de la gastrectomía en manga. En la primera, se realiza una disección de la curvatura mayor seccionando los vasos cortos y liberando adherencias al bazo para disecar hasta el pilar diafragmático izquierdo, asegurando una retracción total del fondo gástrico. Luego se completa la manga gástrica gracias a la instalación de sonda nasogástrica de 40 F utilizando staplers de 60 mm y distinto grosor.

En la segunda aproximación, se realiza una ventana en la curvatura mayor completando la manga gástrica antes de liberar la curvatura mayor y fondo gástrico. En esta aproximación se realiza un túnel retrogástrico similar a la técnica utilizada en By pass gástrico asegurando la exclusión de pliegues de fondo gástrico para luego realizar la gastrectomía.

Se discuten las ventajas y desventajas de cada técnica y la necesidad de realizar sutura de refuerzo sobre la línea de grasas.

BY PASS GÁSTRICO SIMPLIFICADO POR VIDEO LAPAROSCOPIA

Drs. L. Gutiérrez, G. Watkins, P. Burdiles, O. Korn, J. Zúñiga, C. Cárcamo, E. Lanzarini, G. Inostroza, F. López

(Departamento de Cirugía. Servicio de Emergencia, Hospital Clínico, Universidad de Chile)

Introducción: La obesidad representa un problema de salud pública que afecta a un porcentaje no despreciable de la población mundial. Afecta a un amplio rango de grupos etarios, y asociada a comorbilidad pone en riesgo la vida de estos pacientes. El enfoque terapéutico aceptado en la actualidad es multidisciplinario y en ese sentido el tratamiento quirúrgico cumple un rol importante.

El objetivo de este video es mostrar al by pass gástrico simplificado (BGS) como una alternativa de técnica quirúrgica en estos pacientes.

Material y Método: Desde noviembre de 2004 hasta julio de 2006, 34 pacientes fueron ingresados con indicación quirúrgica por su grado de obesidad y se les realizó un BGS por V-L. Hubo 29 mujeres (85,3%) y 5 hombres (14,7%). El promedio de edad fue 39,7 años con un rango entre 22 y 66. A cada paciente se le realizó una evaluación estricta multidisciplinaria de acuerdo a protocolo.

Resultados: De los 34 pacientes en 33 se pudo completar la intervención por V-L. Una paciente debió ser convertida por dificultad técnica (2,9%). El tiempo promedio de hospitalización fue 5,25 días con un rango de 3 a 12. Hubo complicaciones en 5 pacientes (11,7%): fístulas (1), hemoperitoneo postoperatorio (1), trombosis venosa profunda (1), infección respiratoria nosocomial (1). El tiempo operatorio promedio fue 165 minutos con un rango de 80 a 390. No hubo mortalidad en esta serie.

Conclusiones:

1. El BGS por V-L es un procedimiento seguro en pacientes obesos con indicación quirúrgica.
- 2) Es una técnica quirúrgica reproducible.
3. La tasa de complicaciones y conversión son aceptables.
4. Tiene de una curva de aprendizaje reconocida.

GASTRECTOMÍA TOTAL, PANCREATECTOMÍA CORPOROCAUDAL Y ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN LINFOMA GÁSTRICO

Drs. A. Escalona, R. Muñoz, N. Jarufe, C. Boza, F. Pimentel, L. Ibáñez

(División de Cirugía, Departamento de Cirugía Digestiva, 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. La gastrectomía es una alternativa de tratamiento en el linfoma gástrico.

En este video se presenta una gastrectomía total con pancreatectomía corporocaudal y esplenectomía laparoscópica en pacientes con linfoma gástrico con invasión del cuerpo de páncreas con mala respuesta a quimioterapia. Se demuestra el procedimiento, técnica e instrumentos de disección, resección gástrica, sección del cuerpo y cola de páncreas y del bazo. Se demuestra la reconstrucción del tránsito intestinal con anastomosis esofagoyeyunal manual en Y de Roux.

PANCREATECTOMÍA CORPOROCAUDAL LAPAROSCÓPICA CON PRESERVACIÓN ESPLÉNICA

Drs. *N. Jarufe, J. Martínez, A. Escalona, L. Ibáñez*
(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. La cirugía pancreática puede ser abordada por vía laparoscópica, siendo especialmente factible las resecciones de lesiones benignas sólidas o quísticas del cuerpo y cola del páncreas.

En este video se presenta una pancreatectomía cóporo-caudal en una mujer de 35 años portadora de una lesión quística de 5 cm del cuerpo del páncreas. Tanto la vena como la arteria esplénica son disecadas y separadas del cuerpo del páncreas sin lesionarlas, preservando de ésta manera el bazo.

ESÓFAGO-CARDIOMIOTOMÍA LAPAROSCÓPICA CON ENDOSCOPIA ASISTIDA EN EL TRATAMIENTO DE LA ACALASIA

Drs. *R. Loehnert, R. Santander, H. Rojas, J. Hamilton, G. Wiedmaier, Al. C. Villalón*
(Clínica Alemana, Hospital Padre Hurtado, Universidad del Desarrollo)

Se presenta la técnica quirúrgica laparoscópica de una esófago-cardiomiectomía tipo Heller en un video editado, con una funduplicatura de Dor, asistida en el intraoperatorio por una endoscopia.

La cirugía corresponde a una paciente de 53 años, portadora de una acalasia esofágica, se muestran sus exámenes preoperatorios y posteriormente la técnica quirúrgica efectuada.

La técnica consistió en una vagotomía supraseductiva, liberación amplia de la curvatura mayor gástrica, seccionando los vasos cortos. Esófago-cardiomiectomía amplia, seccionando ambas capas musculares hasta la mucosa esofágica con disector ultrasónico. Sección de alrededor de nueve cm en el esófago, y se amplía a dos cm en el estómago. Esta técnica es apoyada por endoscopia digestiva alta en el intraoperatorio, que permite ver la zona estenosante, y asegurarse que se ha efectuado una miotomía completa del segmento comprometido.

Posteriormente se efectúa una funduplicatura tipo Dor a punto separado.

Se apoya el video con diapositivas intercaladas explicando las bases fisiopatológicas de este tratamiento y la técnica empleada.

Se finaliza el video con un examen del postoperatorio alejado, una endoscopia digestiva alta de la paciente.

HEPATECTOMÍA DERECHA POR VÍA LAPAROSCÓPICA. (SEGMENTOS V-VI-VII Y VIII)

Drs. *M. Sanhueza, R. Kursanovich, J. Reyes, I. García-Huidobro, J. Rodríguez, E. Flores, A. Díaz*
(Servicio de Cirugía, Hospital Sótero del Río, Facultad de Medicina Pontificia, Universidad Católica de Chile)

Paciente de 65 años, de sexo femenino, con antecedente de colecistectomía hace ocho años. Posterior a esto ha presentado varios episodios de colangitis y un episodio de pancreatitis aguda. Dentro de los estudios de imágenes se realizó una ecografía y una resonancia magnética de hígado y vías biliares que demostró una litiasis intrahepática asociada a dilatación de la vía biliar intrahepática del hígado derecho.

En el video se describen los siguientes tiempos quirúrgicos.

- Liberación del hígado derecho.
- Liberación del segmento I de la vena cava.
- Disección de la vena porta derecha.
- Sección extra-parenquimatosa de los elementos pediculares del hígado derecho.
- Ecografía intraoperatoria.
- Técnica de transección parenquimatosa.
- Sección de la vena suprahepática derecha.
- Extracción de la pieza quirúrgica.
- Parénquima hepático al final de la intervención.

Comentario: La cirugía laparoscópica del hígado, ha progresado lentamente, ya que, por una parte requiere una doble competencia en el campo de la cirugía hepática y laparoscópica y por otra parte nos enfrenta a un gran desafío técnico asociado a la necesidad de una gran implementación perioperatoria.

Sus principales indicaciones han sido la patología benigna que compromete los segmentos hepáticos anteriores. Este video muestra una hepatectomía derecha por una litiasis intrahepática que compromete el conducto hepático derecho.

RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA DE MUCOCELE APENDICULAR

Drs. *C. Cárcamo, J. Bohle*
(Instituto de Cirugía. Universidad Austral de Chile. Servicio de Cirugía Adultos. Hospital Regional Valdivia)

Se presenta caso de paciente sexo femenino,

45 años de edad. Se somete a estudio exhaustivo a raíz de eritema nodoso en busca de un tumor oculto. Ecografía abdominal revela la presencia de una lesión quística en fosa iliaca derecha. Evaluación ginecológica descarta origen anexial. Se complementa estudio con Tomografía computada de abdomen que sugiere la presencia de una formación quística elongada de etiología incierta según informe radiológico. Evaluada por cirujano digestivo

se plantea la posibilidad de un mucocele apendicular y se le sugiere una laparoscopia como alternativa diagnóstica y eventualmente terapéutica.

Se realiza cirugía planificada y se confirma la sospecha clínica. Se efectúa resección laparoscópica sin incidentes. Es dada de alta al día siguiente en buenas condiciones.

Estudio histopatológico confirmó presencia de mucocele apendicular.