



LXXXI CONGRESO CHILENO E INTERNACIONAL
DE CIRUGIA

XL JORNADAS CHILENAS DE COLOPROCTOLOGIA

VI JORNADAS CHILENAS DE CIRUGIA PLASTICA

2° ENCUENTRO LATINOAMERICANO DE TRASPLANTE
HEPatico

SOCIEDAD DE CIRUJANOS DE CHILE

SOCIEDAD CHILENA DE COLOPROCTOLOGIA

SOCIEDAD CHILENA DE CIRUGIA DE CABEZA-CUELLO
Y PLASTICA MAXILO-FACIAL

SOCIEDAD CHILENA DE CIRUGIA PLASTICA
RECONSTRUCTIVA Y ESTETICA

SOCIEDAD CHILENA DE QUEMADURAS

SOCIEDAD CHILENA DE TRASPLANTE

16 AL 19 DE NOVIEMBRE DE 2008.

PUCON - CHILE

SEDE: GRAN HOTEL PUCON

DIRECTORIO DE LA SOCIEDAD DE CIRUJANOS DE CHILE

Presidente:

Dr. Juan Hepp K.

Vice-Presidente:

Dr. Guillermo Bannura C.

Secretario General:

Dr. Jorge Pierárt P.

Tesorero:

Dr. Mauricio Camus A.

Past-President:

Dr. Italo Braghetto M.

DIRECTORES:

Dr. Víctor Bianchi Sch.

Dr. Juan Carlos Díaz J.

Dra. Jamile Camacho N.

Dr. Jaime Contreras P.

Dr. Carlos García C.

Dr. Christian Jensen B.

Dr. Franco Innocenti C.

Secretaria Sociedad de Cirujanos de Chile:

Srta. Margarita Ferrer S.

COMITÉ PLANIFICADOR DEL CONGRESO

Presidente
Dr. Juan Hepp K.

Dr. Carlos Benavides C.
Dr. Luis Ibáñez A.
Dr. Juan Lombardi S.
Dr. Carlos Manterola D.
Dr. Horacio Ríos R.

Dr. Gunther Bocic A., M.S.C.Ch.
Presidente Sociedad Chilena de Coloproctología

Dr. David Cohn M., M.S.C.Ch.
Presidente de la Sociedad Chilena de Cirugía de Cabeza-Cuello y Plástica Máxilo-Facial.

Dr. Pedro Vidal G-H., M.S.C.Ch.
Presidente de la Sociedad Chilena de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética.

Dr. Ricardo Roa G., M.S.C.Ch.
Presidente Sociedad Chilena de Quemaduras

Dr. Alberto Castillo N.
Presidente Capítulo II Región

Dr. Osvaldo Iribarren B.
Presidente Capítulo IV Región

Dr. Eduardo Labarca M.
Presidente Capítulo V Región.

Dr. Franco Innocenti C.
Presidente Capítulo VIII Región

Dr. Luis Burgos San Juan
Presidente Capítulo IX Región

COMITÉ PLANIFICADOR DEL CONGRESO

Dr. Pedro Pablo Pinto G.
Presidente Capítulo X y XI Regiones

Dr. Juan Marín P.
Presidente del Departamento de Cirugía Vasculár

Dr. Rodrigo Aparicio R., M.S.C.Ch.
Presidente del Departamento de Cirugía Torácica

Dra. Iside Bravo Y, M.S.C.Ch.
Presidente del Departamento de Trauma

Dr. Patricio Burdiles P., M.S.C.Ch.
Presidente del Departamento de Cirugía Bariátrica

Dr. Claudio Wainstein G., M.S.C.Ch.
Presidente Departamento de Hernias

Dr. Juan Hepp K., M.S.C.Ch.
Coordinador Departamento de Hígado, Vías Biliares y Páncreas.

Dra. Jamile Camacho N., M.S.C.Ch.
Presidenta Departamento de Mama

Dr. Carlos Manterola D., M.S.C.Ch.
Presidente Departamento de Investigación y Evidencia.

INDICE

XI Jornadas Chilenas de Coloproctología
VI Jornadas Chilenas de Cirugía Plástica
2º Encuentro Latinoamericano de Trasplante Hepático

Resúmenes de Trabajos

| | |
|---|-----|
| Seccional: Cirugía General | 9 |
| Seccional: Cirugía Bariátrica | 18 |
| Seccional: Cirugía de cabeza, cuello y plástica maxilo-facial | 29 |
| Seccional: Cirugía plástica y reparadora | 34 |
| Seccional: Cirugía Hígado, Vías Biliares y Páncreas | 43 |
| Seccional: Cirugía Torácica | 62 |
| Seccional: Cirugía Vascular | 66 |
| Seccional: Coloproctología | 71 |
| Seccional: Esófago, Estomago y Duodeno | 92 |
| Seccional: Hernias | 101 |
| Seccional: Mama | 107 |
| Seccional: Trauma | 114 |
| Seccional: Jornada de Residentes | 119 |
| Seccional: Poster | 123 |
| Seccional: Video | 154 |

Seccional: CIRUGÍA GENERAL

CORRELACION ECOGRAFICA-LAPAROSCOPICA EN COLECISTITIS CRONICA Y AGUDA.

Drs. J. Jans, I. Braghetto, J. Lasen, A. Csendes, X. Figueroa, P. Pereira, F. Muñoz, R. Miranda, L. Moyano.

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

Internos de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago.

Departamento de Anatomía Patológica Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago.

Introducción: La ecografía abdominal constituye el examen inicial en la patología vesicular y la cirugía laparoscopia la vía abordaje principal.

El objetivo de este estudio fue validar 10 años después la clasificación ecográfica propuesta previamente por nuestro equipo de trabajo, para pronóstico de la colecistectomía laparoscópica en cuanto a dificultades y complicaciones peri operatorias.

Materiales y métodos: Se evaluaron 336 pacientes operados por vía laparoscópica entre Junio y Diciembre del 2007 en nuestro centro. Los hallazgos ecográficos se clasificaron de acuerdo a la clasificación propuesta en 1997, basada en el grosor de la pared vesicular, la presencia del lumen y de cálculos o sombra sónica.

Resultados: Las colecistitis tipo I y IIA tuvieron menor porcentaje de dificultades intraoperatorias y de conversión a cirugía abierta (14,9%, 32,8% y 1,1%, 1,9%, respectivamente), mientras que las tipos IIB y III se asociaron a una mayor presencia de dificultades y porcentaje de conversión (51,3%, 71,4% y 9,2%, 23,8%, respectivamente).

Conclusiones: Esta clasificación constituye una herramienta útil en la correlación de hallazgos ecográficos y laparoscópicos en colecistitis crónica y aguda, ayudando al cirujano en la predicción de problemas quirúrgicos, complicaciones y riesgo de conversión a cirugía abierta y apoya los resultados previamente publicados.

COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA CON UNA INCISIÓN.

Drs. J. Rodríguez, G. Vial, R. Herrera y O. Ulloa. (Institución: Unidad de Cirugía Mínimamente Invasiva. Servicio de Cirugía. Hospital San Fernando).

Introducción: La cirugía laparoscópica evoluciona a técnicas cada vez menos invasivas.

Se diseña un protocolo, aprobado por el Comité de Ética, que analiza en forma prospectiva, la experiencia con una nueva técnica de cirugía laparoscópica vesicular, utilizando una única incisión.

Material y Método: Se incluye pacientes con colelitiasis o pólipos vesiculares, sin episodios recientes de cólicos biliares, vía biliar fina, pruebas hepáticas normales y sin cirugía previa del hemiabdomen superior. Los procedimientos son realizados por un cirujano experimentado en técnica laparoscópica, previo consentimiento informado de los pacientes. A través de una incisión umbilical, se introduce un trocar de 11 mm., óptica de 10 mm. con canal de trabajo de 5 mm, una segunda óptica de 5 mm y un segundo o tercer trocar de 5 mm, introducidos por la misma incisión, si era necesario.

En el hipocondrio derecho, se introduce una aguja de acero, de punta roma, de 1.5 mm de diámetro, para realizar desplazamiento vesiculares. En caso de requerirlo, los pacientes serian convertidos a laparoscopia tradicional. Entre Mayo y Julio 2008, 8 pacientes que cumplen criterios de inclusión, fueron sometidos a la cirugía mínimamente invasiva descrita. Mujeres entre 14 y 64 años, 6 con colelitiasis y 2 con pólipos vesiculares. Se identifica claramente las estructuras del triángulo de Calot y se procede a ligar el conducto cístico, con sutura reabsorbible, clips de poliuretano. Se extrae la vesícula, por el puerto umbilical.

Resultados: Todas las pacientes se operan con una incisión, no hubo conversión a cirugía laparoscópica tradicional ni a cirugía abierta. El tiempo operatorio, en esta serie inicial, fue de 80 a 160 minutos. No hubo complicaciones post operatorias. El dolor post-operatorio fue similar a la cirugía laparoscópica tradicional. La estadía post operatoria varió entre 12 a 36 horas. La anatomía muestra colecistitis inespecífica. La satisfacción de las pacientes es elevada, en especial en los resultados cosmética en mujeres jóvenes, sin cicatriz visible.

Conclusión: La cirugía laparoscópica evoluciona hacia resultados cada vez mas exigentes. La "colecistectomía laparoscópica con una incisión", es comparable a la cirugía laparoscópica tradicional en relación a dolor post operatorio y estadía hospitalaria, sin embargo ofrece óptimos resultados estéticos.

COLECISTECTOMIA VIDEO LAPAROSCOPICA EN EMBARAZADAS CON COLECISTITIS AGUDA: REVISION DE CASOS EN EL SERVICIO DE URGENCIA, DEPARTAMENTO DE CIRUGIA, DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS.
J. Rojas, D. Roizblatt K, N. Pereira C, C. Taladriz, A. Navarrete, S. Mir, F. Valenzuela S, C. Espinoza G. (Cirujano de Urgencia. Hospital Clínico Universidad de Chile. Residente cirugía general. Hospital Clínico Universidad de Chile. Interno de medicina. Hospital Clínico Universidad de Chile. Capacitante cirugía general. Hospital Clínico Universidad de Chile. Institución: Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento de Cirugía.)

Introducción: La patología vesicular litíásica ocupa una alta prevalencia en nuestro país. Las mujeres embarazadas no están exentas de esta patología y sus complicaciones, como la colecistitis aguda. Trabajos muestran que la colecistectomía por videolaparoscopia es un tratamiento efectivo y seguro, durante el embarazo; sin provocar complicaciones en la madre ni el en feto.

Objetivo: Revisar casos de colecistectomía por videolaparoscopia en mujeres embarazadas en nuestro hospital entre el año 2002-2007, con diagnóstico de colecistitis aguda.

Métodos: Revisión retrospectiva de fichas clínicas con diagnóstico de colecistitis aguda y embarazo tratadas mediante videolaparoscopia.

Resultados: Durante el periodo comprendido entre 2002-2007 hubo un total de 10 casos de colecistitis aguda en embarazadas tratadas mediante colecistectomía por videolaparoscopia.

Promedio de edad: 30.7 años. DS 5.8 años. 1 mujer primigesta, 4 multíparas de 2,3 multíparas de 3 y 2 mujeres multíparas de 4.

Edad gestacional promedio al momento de la cirugía: 24.1 semanas (18-38 semanas).

6 pacientes estaban en 3er trimestre de embarazo. Tiempo operatorio promedio: 72.5 minutos. Días de hospitalización con una media de 4.9 días. No hubo complicaciones intra o post operatorias.

Conclusiones: Nuestro estudio descriptivo muestra que la colecistectomía laparoscópica es un tratamiento posible y efectivo para mujeres embarazadas, sin presentar riesgo para la madre o el feto.

COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA AMBULATORIA.

Experiencia en el Hospital de Quilpue.

Drs. H. San Martín, G. Rivero, J. Hola.

(Servicio de Cirugía Hospital de Quilpue, Servicio de salud Viña del Mar-Quillota. Departamento de Cirugía, Universidad de Valparaíso)

Se buscó conocer la casuística y características epidemiológicas de los pacientes sometidos a Colecistectomía Laparoscópica (CL) en el Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en el Hospital de Quilpue (HQ) durante el periodo Octubre del 2003 a Mayo del 2007, demostrar el éxito del programa mediante el bajo porcentaje de hospitalización y demostrar que el mismo constituye un procedimiento con baja morbilidad y satisfactoria calidad de atención.

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de fichas clínicas, registros estadísticos del programa y encuestas de satisfacción usuaria. Los casos de CL convertidas se excluyeron por quedar automáticamente fuera del programa CMA por el cambio de modalidad quirúrgica. El éxito del programa se estableció por un porcentaje de cumplimiento con alta dentro de horario CMA mayor a 90%.

De las 572 CL realizadas en el periodo, 377 fueron por CMA, 339 (89,9%) mujeres y 38 (10,1%) varones, con un rango de edad entre 15 y 80 años (promedio: 44,5).

Se hospitalizaron sólo 17 pacientes (4,5%), en promedio por 1,8 días, siendo las causas más frecuentes vómitos, dolor en zona operatoria y como medida de precaución en cirugía laboriosa. Sólo 3 casos requirieron re hospitalización.

Se encontró un 94% de satisfacción usuaria. En conclusión el programa CL CMA en HQ ha sido aplicado en pacientes mayoritariamente mujeres, con un amplio

margen de edad, ha demostrado ser exitoso con bajo porcentaje de hospitalización, presenta baja morbilidad, bajo número de complicaciones y bajo índice de reintervenciones, siendo calificado por los mismos usuarios como excelente.

COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA POR COLECISTITIS AGUDA ANTES Y DESPUÉS DE 10 DÍAS DEL INICIO SINTOMÁTICO. ESTUDIO COMPARATIVO.

Drs. L. Meneses, C. Mora. Ints. A. Quijada, A. Villaseca (Servicios de cirugía y Urgencia, Hospital El Pino. Universidad Nacional Andrés Bello.)

Introducción: La colecistectomía laparoscópica constituye el tratamiento de elección de la colecistitis aguda.

La evidencia actual demuestra mejores resultados en tiempo operatorio, tasa de conversión, morbilidad y mortalidad en operaciones realizadas tempranamente.

Objetivo: Comparar la tasa de conversión, tiempo operatorio y morbilidad-mortalidad entre los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica por colecistitis aguda dentro de 10 días y de 11-90 días del inicio sintomático.

Hipótesis: La colecistectomía laparoscópica por colecistitis aguda después del décimo día del inicio sintomático no está asociada a un incremento en la tasa de conversión, tiempo operatorio y morbi-mortalidad.

Material y método: Evaluamos retrospectivamente una serie de 139 pacientes del Hospital El Pino colecistectomizados laparoscópicamente entre julio 2003 y mayo 2004, estratificando la muestra en 2 grupos, A: Con inicio sintomático dentro de los 10 días previos (69 pacientes) y B: 11 a 90 días previos (70 pacientes). Las variables recopiladas fueron: Edad, sexo, carácter de la intervención, conversión a cirugía abierta, tiempo operatorio, complicaciones y mortalidad.

Resultados: Ambos grupos son equivalentes en género y edad ($p=0,4229$ y $0,1246$ respectivamente). La cirugía programada predominó sobre la urgente ($p=0,0001$).

La tasa de conversión para los grupos A y B fue de 7,25% y 5,71% respectivamente y no se asoció predominantemente a algún grupo en particular ($p=0,7447$). Los tiempos operatorios medios fueron de 60,59 y 52,70 minutos respectivamente y tampoco representaron una diferencia significativa ($p=0,0668$). La tasa de complicaciones fue de 11,59% y de 7,14% y no estuvo asociada significativamente a ninguno de los grupos ($p=0,38729$). La serie no registra mortalidad.

Conclusión: En esta serie, la colecistectomía laparoscópica por colecistitis aguda después de 10 días del inicio sintomático no está asociada a mayor tasa de conversión, mayor tiempo operatorio o incremento de morbi-mortalidad, aceptando la hipótesis nula.

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EMBARAZADAS EN HOSPITAL PADRE HURTADO

Drs. F. Macan, J. Villalón, C. Cavalla, G. Wiedmaier, R. Las Heras, Int. C. Villalón (Hospital Padre Hurtado)

La coleditiasis es una de las patologías de resorte quirúrgico más frecuentes durante el embarazo, siendo la segunda

en frecuencia luego de la apendicitis, con una incidencia de 1/1.600-3.000 embarazos. El manejo actual preconiza la realización de cirugía precoz en caso de sospecha de colecistitis u otra complicación, dado que se obtienen mejores resultados materno-fetales que esperando al término del embarazo para su realización. La vía preferida actual es laparoscópica, probada como segura y eficaz en resolver la patología biliar durante la gravidez.

El objetivo de este trabajo es describir las características demográficas, clínicas y los resultados de la colecistectomía laparoscópica en embarazadas realizadas en nuestro centro entre Mayo de 2000 y Agosto de 2007. Se realizaron 30 colecistectomías laparoscópicas durante dicho período, con embarazos entre 7 y 33 semanas, siendo la mayoría en 2º y 3er trimestre (28 pacientes). Edad promedio de 28,5 años, un 60% de las cirugías se realizó por cuadro compatible con colecistitis aguda, el resto fueron por cólicos a repetición o pancreatitis. Se convirtieron sólo 2 de las pacientes, ambas debido a colédocolitiasis, requiriendo instalación de sonda Kehr. Otra paciente requirió CPRE postoperatoria por colédocolitiasis residual. En 6 pacientes se realizó CIO, con hallazgos patológicos en 3 de ellas. La técnica usada para el neumoperitoneo fue abierta en 63% de los casos, con presiones de entre 10 y 15 Mm. de Hg.; la posición de los trócares fue americana o francesa según preferencia del cirujano.

29 de las 30 pacientes tuvieron una resolución exitosa de sus partos, con una muerte fetal a 6 semanas de la cirugía con necropsia fetal sin hallazgos patológicos. Creemos que la colecistectomía laparoscópica es una técnica adecuada y factible de realizar en embarazadas hasta el tercer trimestre.

ANTIBIOTICOS PROFILACTICOS EN COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA.

A. Sanabria, E. Valdivieso, G. Gómez y L. Domínguez (Departamento de Cirugía Universidad de la Sabana, Bogotá - Colombia Centro Latinoamericano de Entrenamiento en Endoscopia Gastrointestinal, Departamento de Enfermedades Digestivas, Clínica Alemana, Santiago - Chile. Departamento de Cirugía Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá - Colombia)

Introducción: La colecistectomía es un procedimiento quirúrgico muy común. El desarrollo de la cirugía laparoscópica ha cambiado la manera como se tratan las enfermedades de la vesícula biliar. La profilaxis antibiótica ha demostrado su efectividad en la colecistectomía abierta, pero teniendo en cuentas los cambios en las características de la herida quirúrgica, no se ha definido completamente si su efecto es similar en la colecistectomía laparoscópica. Los resultados de algunos ensayos clínicos sugieren que la profilaxis antibiótico no sería necesaria en la colecistectomía laparoscópica, pero la evidencia disponible no alcanza para afirmar o refutar esta afirmación.

Objetivos: Determinar el beneficio y posible efectos secundarios del uso de profilaxis antibiótico versus no profilaxis en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica

Método: Meta análisis de estudios clínicos. Estrategia de búsqueda: Se realizó una búsqueda en el registro Cochrane de ensayos clínicos (CENTRAL), la biblioteca Cochrane (Issue 1, 2005), y en las bases de dato PubMed (1966 a enero de 2005), EMBASE (1985 a enero de 2005), SCIEXPANDED (1945 a enero de 2005) y LILACS (1988 a enero de 2005) así como en las listas de referencia

de los artículos relevantes encontrados. Criterios de Selección: Ensayos clínicos aleatorios que compararan profilaxis antibiótico versus no profilaxis en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica electiva. Recolección de datos y análisis: El desenlace primario medido incluyó la proporción de infecciones de sitio operatorio la proporción de infecciones globales. Se resumió la información relacionada con los desenlaces planteados mediante razones de momio e intervalo-, de confianza del 95%, utilizando el modelo de efectos aleatorios.

Resultados: Se incluyeron 7 experimentos clínicos, dos de los cuales de buena calidad. No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre la profilaxis antibiótico y la no profilaxis, considerando la proporción de infecciones de sitio quirúrgico (OR 0.87, 95% CI 0.41 a 1.83) o infecciones globales (OR 0.63, 95% CI 0.27 a 1.45). La heterogeneidad entre los estudios no fue significativa.

Conclusión : Esta revisión sistemática encontró que no existe diferencia significativa entre administrar profilaxis antibiótico y no administrarla en cuanto a la tasa de infección del sitio operatorio y general en pacientes de bajo riesgo sometidos a colecistectomía laparoscópica electiva. Se requieren experimentos de mayor tamaño con pacientes de alto riesgo para confirmar este hallazgo.

CIRUGÍA EN MAYORES DE 80 AÑOS: EVOLUCIÓN CLÍNICA Y COSTOS ASOCIADOS.

Drs. A. Csendes, J.C. Molina, H. Lembach, G. Inostroza, Int. S. Köbrich

(Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile. Interna Facultad de Medicina Universidad de Chile)

Introducción: Los pacientes octogenarios son un grupo demográficamente emergente, que ha generado cambios en la epidemiología del paciente quirúrgico, asociándose a mayores tasas de complicación, mortalidad y costos de atención.

Objetivo: Estudiar el perfil clínico y costos de hospitalización de los pacientes octogenarios atendidos el 2007 en nuestro departamento de cirugía.

Material y Método: Se revisaron retrospectivamente los registros clínicos de 83 pacientes quirúrgicos mayores de 80 años atendidos durante 2007. Se analizó la presentación clínica, diagnóstico y tratamiento quirúrgico, evolución postoperatoria considerando tiempo de hospitalización, uso de Unidad de Pacientes Críticos (UPC), y el status funcional (escala KATZ) al ingreso y alta. Se analizó además los costos asociados a la hospitalización y tratamiento de estos pacientes.

Resultados: Serie de 83 pacientes con edad promedio de 82,7 años, con relación mujer:hombre de 2:1. Un 90,36% presentaron comorbilidades y 81,92% cirugías previas. Al ingreso un 86,3% eran autovalentes (KATZ A-B). El diagnóstico quirúrgico más frecuente fue hernia (16,87%). Un 25,3% se intervino de urgencia. Respecto a la evolución post-operatoria, la estadía total promedio fue 11,21 días, requiriendo un 48,19% de los pacientes UPC por un promedio de 10 días. Un 19,3% sufrió complicaciones, principalmente delirium y compromiso de conciencia. Siete pacientes (8,43%) requirieron reintervención. Un paciente falleció por complicación post-quirúrgica. Un 22,2% presentó deterioro funcional al alta.

El costo asociado a hospitalización fue 4,4 veces mayor en los complicados respecto a no complicados, 3,1 veces en los reoperados, 3,69 veces en los que requirieron UPC, y 1,8 veces mayor en los ASA III - IV respecto a los I-II.

Conclusión: Las complicaciones fueron en su mayoría no-quirúrgicas asociándose a hospitalizaciones prolongadas y de alto costo económico, con alta tasa de permanencia en UPC. Los factores asociados a mayor costo fueron complicación postoperatoria, necesidad de reoperación, estadía prolongada en UPC y ASA III-IV.

UTILIDAD DE ELEVACIÓN DE PIEL DURANTE INSERCIÓN DE AGUJA DE VERESS: MITO O REALIDAD
J. Lasen, B. Naranjo, C. Sciaraffia, C. Cortes, L. Aguilera, J. Pilasi, G. Inostroza, J. Jans, G. Cwiklitzer
(Departamento de Cirugía y Radiología, Hospital Clínico Universidad de Chile).

Introducción: En laparoscopia, 50% de las complicaciones ocurren en relación a procedimientos relacionados con la inserción del trocar y neumoperitoneo. Muchos cirujanos usan la técnica de elevación de la piel previa inserción de aguja de Veress. La cavidad abdominal es hermética, por lo tanto nos planteamos como hipótesis que la elevación de la fascia no debiese afectar la separación del intestino en comparación con estructuras vasculares fijas al retroperitoneo. El objetivo de este trabajo fue evaluar la distancia de fascia con las asas intestinales y retroperitoneo previo a la inserción de la aguja de Veress durante la elevación máxima de la pared abdominal.

Método: Estudio prospectivo no randomizado con dos voluntarios. Se procedió a poner 2 suturas de seda 1-0 en el rodete fibroso del ombligo. Se tomaba una TAC basal y a continuación el paciente traccionaba las suturas con máxima intensidad realizándose un TAC de abdomen durante dicha elevación. Se midió la distancia promedio fascia-pared intestinal y fascia-columna vertebral previa y durante la tracción.

Resultados: Pacientes con IMC normal, sin antecedentes quirúrgicos. Previo a la elevación de la pared abdominal se observó una distancia fascia-asa intestinal de 1 cm en ambos pacientes y fascia-columna vertebral de 6 cm. y 6,8 cm. La distancia durante la elevación máxima de la fascia-asa intestinal fue de 1 cm. y 1,2 cm.; fascia-columna vertebral de 9,4 cm. y 9,2 cm. La diferencia en distancia fascia-asa fue no significativa a diferencia de fascia-columna ($p < 0.05$).

Conclusión: A pesar de ser una maniobra común, la elevación de la pared abdominal previa a la inserción de la aguja de Veress no genera una separación significativa de las asas intestinales. Se plantea que probablemente su mayor utilidad se refiera a la separación de estructuras retroperitoneales y contra-tracción generada más que a una maniobra preventiva para evitar lesión intestinal.

NUEVAS APLICACIONES TERAPEUTICAS DE LA ENTEROSCOPIA Y LA TECNOLOGÍA DE SOBRE TUBO MONO-BALÓN.

E. Valdivieso, C. Harz y C. Navarrete
(Centro Latinoamericano de Entrenamiento en Endoscopia Gastrointestinal, Departamento de Enfermedades Digestivas, Clínica Alemana, Santiago – Chile)

Introducción: La tecnología de sobre tubo con balón, ha hecho posible el acceso eficiente y seguro del endoscopio a la totalidad del intestino delgado. Aunque la racionalidad de este procedimiento se fundamenta principalmente en las posibilidades terapéuticas del mismo, aún se encuentran en desarrollo los instrumentos y las

técnicas necesarias para lograr una aplicación terapéutica sistemática del enteroscopio. Mientras este desarrollo está disponible, entidades clínicas clásicas imponen nuevos retos que sugieren para la enteroscopia alcances terapéuticos no considerados en el diseño inicial del instrumento.

Objetivo: Describir nuevas aplicaciones terapéuticas de la tecnología de sobre tubo mono balón en el tratamiento endoscópico de entidades para las cuales se requiere avanzar distalmente a través del intestino delgado.

Método: Análisis retrospectivo de una serie de casos en los cuales el enteroscopio ha sido utilizado con fines terapéuticos no convencionales entre Abril y Agosto de 2007.

Resultados: Se incluyeron 7 procedimientos realizados bajo sedación titulada con propofol, 3 fueron enteroscopias exitosas para lograr alcanzar y tratar anastomosis biliodigestivas que habían sido inaccesibles desde la boca sin la tecnología del sobretubo. Entre los 4 procedimientos restantes se logró en dos casos el tratamiento paliativo de estenosis malignas del yeyuno distal y el tratamiento de dos fistulas del ileón mediante prótesis plásticas. No hubo mortalidad ni morbilidad perioperatoria.

Conclusión: Los usos terapéuticos del enteroscopio con tecnología de sobre tubo con balón aún están en desarrollo. Los casos descritos en esta serie demuestran la utilidad de este instrumento en situaciones clínicas que no habían sido contempladas y generan la necesidad de re-diseñar esta tecnología, buscando adaptarla a nuevas exigencias terapéuticas.

VALOR DE LA BIOPSIA INTRAOPERATORIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ULCERA PEPTICA PERFORADA.

Drs. M. Nicola, M. Ceroni, K. Rojas, G. Guastavino, Al. A. Meyer, F. Solar, F. Rojas, Drs. L. Muñoz, F. Delgadillo, C. Bustos, J. Escanilla.

Introducción: La resección de la úlcera gástrica es de bajo rendimiento debido a la alteración del tejido por el proceso inflamatorio y distorsión anatómica, además puede aumentar la morbimortalidad del procedimiento.

Objetivo: 1) Evaluar el valor de la biopsia intraoperatoria en el tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica perforada (UPP). 2) Determinar la utilidad de los factores de riesgo para cáncer gástrico en los pacientes con biopsia.

Método: Estudio retrospectivo consecutivo de los pacientes intervenidos por UPP tratados en el Hospital de la Asistencia Pública entre Enero 2003 a Diciembre 2007, a los que se les realizó biopsia intraoperatoria de los bordes de la úlcera perforada. Se registraron los datos epidemiológicos y la presencia de factores de riesgo para cáncer gástrico. El estudio histopatológico fue realizado por el patólogo de turno y los informes obtenidos del mismo hospital. El análisis estadístico se realizó con test de Fisher considerando significancia estadística con valor $p < 0,05$.

Resultados : Fueron intervenidos en el periodo 120 pacientes, en 49 (40,8%) de estos se obtuvo biopsia intraoperatoria. La edad promedio es de 53 años. Hombres 37 (75,5%). Los resultados histopatológicos son los siguientes: úlcera crónica activa 34 (69,4%), tejido

inflamatorio 7 (14,3%), gastritis aguda 3 (6,1%), carcinoma anaplásico 1 (2%), adenocarcinoma metastásico 1 (2%), adenocarcinoma gástrico infiltrante 1 (2%) y en 2 (4,1%) casos se pierden antecedentes de la biopsia. Factores de riesgo para cáncer gástrico: 29 pacientes tienen edad >40 años, 15 pacientes antecedentes de síndrome ulceroso o dispepsia y ambos 6 pacientes. Se analizan los factores de riesgo para cáncer gástrico: edad >40 años comparado con <40 ($p=1$; RD 2,2); la presencia de síndrome ulcero o dispepsia comparado con ausencia de estos síntomas ($p=0,544$; RD 0,2) sin observar significancia estadística.

Conclusión: La biopsia intraoperatoria en el tratamiento de la UPP tiene escaso valor en el diagnóstico de cáncer gástrico, ya que sólo es positiva en el 6%. La presencia de factores de riesgo en la UPP para el diagnóstico de cáncer gástrico no tiene utilidad en esta serie.

RESULTADOS QUIRURGICOS Y FACTORES PRONOSTICOS DE MORBIMORTALIDAD EN 120 PACIENTES TRATADOS POR ULCERA PEPTICA PERFORADA.

Drs. M. Nicola, K. Rojas, M. Ceroni, G. Guastavino, Al. A. Meyer, F. Solar, F. Rojas, Drs. L. Muñoz, F. Delgadillo, C. Bustos, J. Escanilla.

Introducción: La úlcera péptica perforada (UPP) se presenta en el 1 a 6% de los pacientes durante el curso de la enfermedad. Es una entidad grave no exenta de mortalidad entre un 5 a 25%.

Objetivo: 1) Analizar los resultados (morbilidad y mortalidad) del tratamiento quirúrgico de la UPP a 30 días. 2) Determinar los factores pronósticos de morbimortalidad.

Método: Estudio retrospectivo consecutivo de los pacientes intervenidos por UPP tratados en el Hospital de la Asistencia Pública entre Enero 2003 a Diciembre 2007.

Se registran los datos epidemiológicos, formas de presentación, tiempo de evolución de los síntomas, estabilidad hemodinámica al ingreso, hallazgos intraoperatorios, cirugía realizada y morbimortalidad operatoria a 30 días. El mejor punto de corte de las variables continuas que determinan mayor morbimortalidad se identificaron por curvas ROC. Se analizan los factores pronósticos con test de Fisher, considerando significancia estadística con $p<0,05$.

Resultados : Fueron intervenidos 120 pacientes, edad promedio 48,7 años (DE 19,2 años), 93 (77,5%) hombres y 27 (22,5%) mujeres. En 32 (26,6%) pacientes se identifica el antecedente de úlcera péptica tratada. Las formas de presentación: Dolor epigástrico intenso 57 (47,5%), dolor difuso 46 (38,3%), alteraciones del sensorio 8 (6,6%), disnea 5 (4,2%) y obstrucción intestinal 2 (1,7%). Los hallazgos al examen físico: signos de irritación peritoneal 81 (67,5%). Presión arterial inestable 9 (7,5%). Taquicardia 32 (26,7%). De acuerdo al riesgo operatorio: ASA III 17 (14,2%), IV 4 (3,3%) y V 1 (0,8%). La perforación se localizó en duodeno 53 (44,2%) y gástrica 67 (55,8%). Tratamiento: sólo sutura 30 (25%), sutura asociado a parche de Graham 87 (72,5%), antrectomía 1 (0,8%), piloroplastia de Jaboulay 2 (1,7%). La morbimortalidad según la clasificación de Clavien modificada: I 2 (1,7%), II 16 (13,3%), III 6 (5%), IV 3 (2,5%), V 18 (15%). El análisis univariado de los factores pronósticos de mortalidad: Tipo de cirugía: sutura comparado con sutura asociado parche de Graham ($p=0,239$; RD 0,4); ASA: I-II comparado con III-V ($p=0,0001$; RD 22,8). El mejor punto de corte por curvas ROC que determinaron mayor morbimortalidad: tiempo de evolución de 9 hrs. ($p=0,002$ RD 3,5) y tamaño de la úlcera de 8 mm. ($p=0,0058$; RD 0,284).

Conclusión: El tratamiento quirúrgico de la úlcera perforada presenta una alta morbilidad 37% y mortalidad de 15%. Son factores pronósticos de morbimortalidad el tiempo de evolución mayor a 9 hrs, el tipo de cirugía realizada, tamaño de la úlcera mayor a 8 mm y el ASA.

UTILIDAD DE ECOTOMOGRAFÍA ABDOMINAL EN LA SOSPECHA DE APENDICITIS AGUDA

J. Lasen, L. Gutiérrez, P. Csendes, B. Naranjo, C. Bustos, E. Lanzarini, G. Inostroza, C. Jauregui, J. Fulla, A. Varas, B. Huidobro

(Departamento de Cirugía, Emergencia, Radiología y Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universidad de Chile)

Introducción: El diagnóstico de apendicitis aguda es fundamentalmente clínico, pero existe aun un porcentaje no despreciable de pacientes con apendicectomías en blanco. Frente a pacientes con clínica dudosa la ecografía y el TAC abdominal son útiles. El objetivo de este trabajo es realizar un análisis del impacto de la ecografía abdominal en el diagnóstico de la apendicitis aguda ingresados e intervenidos en un servicio de urgencia que disponía 24 hrs de estos exámenes.

Materiales y Metodos: Entre enero 2002-enero 2007 se realizaron 1222 ecografías abdominales en pacientes con sospecha de apendicitis. Se randomizaron para el análisis 600 pacientes. Se analizó sensibilidad y especificidad de la ecografía abdominal usando como goldstandard resultado anatómo-patológico.

Resultados: Edad promedio 33+/-15 años (15-88 años), sin diferencias por género. De 600 pacientes con ecografía, se informó 429 pacientes con apendicitis aguda con una sensibilidad de 72%. De estos, 398 pacientes se demostró apendicitis aguda por anatomía patológica lo que refleja una especificidad de 93%. Respecto a los resultados del quinquenio previo, se pudo observar que a pesar que la especificidad no presentaba diferencias significativas, la sensibilidad subió significativamente de 57% a 72%. A pesar de esto un informe negativo no altero la conducta terapéutica.

Conclusion: La ecografía abdominal en cuadros clínicos de apendicitis aguda dudosa es una herramienta útil pero que no debiese alterar la conducta terapéutica cuando la sospecha es alta. Además al ser un examen altamente operador dependiente aun posee una sensibilidad regular.

ES LA HIPERBILIRRUBINEMIA EN PACIENTES CON APENDICITIS UN FACTOR PREDICTIVO DE PERFORACIÓN?

Beltrán M., Méndez P., Barrera R., Contreras M., Wilson S., Ayala P., Aguilera P., Cortes V., Martínez F., Mora R., Pozo C., Cruces K.
(Hospital de La Serena. Universidad Católica del Norte)

Introducción: Recientemente se ha propuesto a la hiperbilirrubinemia en pacientes con apendicitis, como un marcador predictivo de perforación del apéndice. Esta premisa se basa en los niveles elevados de bilirrubina en procesos sépticos intra-abdominales. Nuestro objetivo es comparar los niveles de bilirrubina con los niveles de leucocitos, proteína C reactiva (PCR) y con una puntuación diagnóstica de apendicitis, como factores predictivos de perforación del apéndice en pacientes operados por apendicitis.

Pacientes y método: Se estudió en forma prospectiva una cohorte de 134 pacientes adultos en los que se midió la bilirrubina, PCR, leucocitos y puntuación diagnóstica. La muestra se calculó sobre la base de 200 pacientes operados por apendicitis por año en nuestra institución, con un error de 5% y 95% -niveles de confianza, la muestra necesaria es de 132 pacientes. El diagnóstico final de apendicitis perforada o simple fue confirmado con histopatología. Se definió como puntaje positivo para apendicitis cuando fue igual o mayor a 8 en una escala de 10, se consideró como niveles elevados de bilirrubina total a un valor mayor a 1,2 mg/dl, la PCR se consideró elevada cuando fue mayor a 25 mg/dl, los leucocitos se consideraron elevados cuando el valor fue mayor a 12700 x mm³. Se utilizó estadística descriptiva para el reporte de los resultados y el análisis comparativo se realizó con el test de correlación de Pearson.

Resultados: Se encontró una asociación positiva (predictiva) entre apendicitis perforada y puntuación diagnóstica mayor a 8 ($p=0,011$) con el tiempo entre inicio de síntomas y cirugía ($p=0,001$), con los niveles elevados de PCR ($p<0,0001$), y con la elevación de la bilirrubina ($p=0,001$). Adicionalmente se demostró una asociación positiva entre las complicaciones postoperatorias con la PCR elevada ($p=0,001$) y con la apendicitis perforada ($p<0,0001$).

Conclusión: Se observó una correlación más significativa entre los niveles elevados de PCR con apendicitis perforada que con el tiempo de evolución del cuadro clínico y la hiperbilirrubinemia. Este estudio sugiere que la hiperbilirrubinemia en pacientes con apendicitis se asocia a los mismos factores que influyen en la perforación o se asocian a un apéndice perforado: tiempo de evolución, PCR elevada y puntaje diagnóstico elevado.

APLICACIÓN DE UNA PAUTA DE EVALUACIÓN DE DOLOR ABDOMINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIA DEL COMPLEJO ASISTENCIAL BARROS LUCO.
Dr. C. Alvarez., C. Cerda, D. Ahumada, M. Cáceres., R. Aguilera., S. Ramírez.
(Servicio de urgencia Complejo Asistencial Barros Luco, Internos Usach, Interno U. Mayor)

Introducción: El dolor abdominal agudo constituye cerca del 10% de las consultas de Urgencia y se ha demostrado que su evaluación al ingreso basada en pautas estandarizadas mejora el acierto diagnóstico y los resultados. Nuestro objetivo es comparar resultados tras aplicar una pauta estandarizada en nuestro servicio a pacientes ingresados y que consultaron por dolor abdominal agudo.

Pacientes y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo de casos y controles. El primer grupo se integró por pacientes ingresados cuyo motivo de consulta fue dolor abdominal. Se registró: acierto diagnóstico, número de exámenes, complicaciones y días de estada hospitalaria. Al grupo control se le aplicó en el ingreso la pauta propuesta por De Dombal. Los datos se analizaron con SPSS 12.

Resultados: Se rescataron los datos de 162 pacientes, 86 sin pauta y 76 con pauta. El grupo evaluado con el protocolo tuvo un 83,7% de acierto diagnóstico, 15% de complicaciones, 2% de mortalidad, 5,2 días promedio de hospitalización y 1,7 exámenes solicitados en promedio. El grupo ingresado sin pauta al ingreso presentó un 81% de acierto diagnóstico, 21% de complicaciones, 8% de mortalidad, 7,11 días promedio de hospitalización y 2,5 exámenes en promedio solicitados. Solo la comparación del promedio de exámenes solicitados mediante análisis de varianzas fue estadísticamente significativa.

Conclusiones: la pauta protocolizada por De Dombal para evaluar pacientes que ingresan por dolor abdominal agudo, en nuestros pacientes, solo influyó en la reducción del promedio de exámenes solicitados.

ALTA PRECOZ EN APENDICECTOMIA ABIERTA, EXPERIENCIA DEL COMPLEJO ASISTENCIAL BARROS LUCO

Dr. Carlos Alvarezl, Cesar Cerda, Daniela Ahumada, Roxana Aguilera, Andrés Jadue, Dr. Carlos Hermansen.
(Unidad de Emergencia CABL, Becario Cirugía UCH, Int. Usach.)

Debido al creciente requerimiento de camas, actualmente se exige minimizar la estada hospitalaria. De manera no programada, en la Unidad de Emergencia del CABL, algunos pacientes apendicectomizados son dados de alta antes de 12 horas si deambula solo, se realimenta y mantiene signos vitales normales. Nuestro objetivo es comparar la evolución de pacientes apendicectomizados con técnica abierta, que fueron dados de alta antes y después de 12 horas. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo que incluyó pacientes con diagnóstico de apendicitis operados en la Emergencia del CABL entre abril y septiembre del 2005. Se empleó la prueba de Fisher utilizando el programa SPSS V15, considerando significativo $p < 0.05$.

Resultados: se operaron 210 pacientes y se obtuvo los datos en 183. De ellos, en 163 (89,1%) se describió intraoperatoriamente apendicitis aguda. Ciento diez (67,5%) fueron dados de alta después de 12 horas y 53 (32,5%) antes de 12 horas. Para el grupo dado de alta antes de 12 horas el promedio de hospitalización fue de $9,77 \pm 2,06$ horas y de $27,23 \pm 16,9$ para los dados de alta después de 12 horas ($p < 0.0001$). La edad promedio en el grupo dado de alta antes de 12 horas fue de $28,58 \pm 13,59$ años y en el grupo después de 12 horas $29,59 \pm 13,05$ (NS). Se encontraron nueve complicaciones en total. Dos pacientes dados de alta antes de las 12 horas presentaron infección de herida y uno en los dados de alta después de 12 horas (NS). Las demás complicaciones fueron íleo postoperatorio (3), seroma (1), dehiscencia (1) y hernia incisional (1), todos en los dados de alta después de 12 horas, ninguna estadísticamente significativa. No hubo mortalidad.

Conclusión: El dar de alta tras doce horas de postoperatorio normal sería una conducta segura que no aumentaría las complicaciones y permite tener más horas de cama libres.

ABDOMEN AGUDO DE RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA EN ADULTOS MAYORES. UNIDAD EMERGENCIA ADULTOS HOSPITAL CARLOS VAN BUREN

M Petric, C. Cortez, G. Seguel
(Hospital Carlos Van Buren, Cátedra de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso)

Estudio descriptivo retrospectivo que incluyó a pacientes adultos mayores intervenidos de urgencia con diagnóstico preoperatorio de abdomen agudo en la Unidad de Emergencia Adultos del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso- Chile, en el período de un año. Los objetivos fueron conocer la magnitud local del problema, las causas más comunes de abdomen agudo en pacientes geriátricos, y evaluar morbimortalidad postoperatoria. Para análisis de resultados se utilizó estadística descriptiva, y prueba de Chi Cuadrado, considerando estadísticamente significativo si p value < 0.05 . La muestra fue de 108 pacientes, con

edad promedio de 75 años. La relación hombre mujer fue 1:2. El 85% de los pacientes tenía comorbilidades, y esta era múltiple en el 62.5% de los casos. Las causas de abdomen agudo en esta serie fueron lideradas por la patología biliar, seguida de hernias de la pared abdominal complicadas, patología apendicular y obstrucción intestinal no herniaria. La mortalidad fue del 12%. Un tercio de los pacientes requirió hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos, un cuarto necesitó apoyo con ventilador mecánico, un cuarto debió ser reintervenido y la mitad de los pacientes presentó alguna complicación post operatoria.

Se concluye que el décimo de los pacientes operados por abdomen agudo corresponde a adultos mayores, más de la mitad correspondió a patología biliar y herniaria, entidades clínicas comunes y frecuentes, que podrían haber sido resueltas electivamente. Dada la morbimortalidad asociada a esta cirugía de urgencia, estos pacientes demandan una atención especializada más compleja la que debe ser multidisciplinaria y con optimización de los recursos disponibles, para tomar decisiones oportunas que mejoren el pronóstico, permitiendo una disminución de la mortalidad.

CASO CLÍNICO INÉDITO: APENDICITIS RESIDUAL DE LA PUNTA

J. Lasen, E. Schwartz, J. Moreno, B. Naranjo, C. Valenzuela, J. Fulla, A. Varas, G. Cwiklitzer, J. Molina
(Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile)

Introducción: La apendicectomía es el procedimiento quirúrgico de urgencia más frecuente. La apendicitis residual es extremadamente infrecuente donde todos los casos reportados esta se haya localizada en el muñón residual. Se presenta el primer caso mundial de apendicitis residual de la punta.

Caso Clínico: Paciente masculino de 23 años que relata cuadro caracterizado por dolor en fosa iliaca derecha (FID) de un día de evolución asociado a náuseas, vómitos y fiebre (38°C). Al examen físico presentaba dolor a la palpación abdominal en FID y resistencia muscular abdominal. Al interrogatorio dirigido refiere haber sido sometido a una apendicetomía hace 12 meses. Refiere además que los meses siguientes había presentado en múltiples ocasiones un cuadro similar al actual consultando en 5 oportunidades distintas en un servicio de urgencia sin un diagnóstico claro. Al revisar el protocolo operatorio, de dicha apendicetomía, este informa como diagnóstico postoperatorio un absceso secundario a apendicitis perforada de la punta. En dicha ocasión se realizó una apendicetomía por incisión de McBurney, encontrándose un apéndice subseroso con perforación de la punta y peritonitis localizada. Debido al cuadro actual y los antecedentes de apendicetomía previa se sospecha una apendicitis residual del muñón solicitándose exámenes complementarios encontrándose una leucocitosis de 12400 y una ecografía abdominal que mostraba una imagen tubular de 6 cm. adyacente al ciego con vascularización de su pared al doppler, interpretándose estos hallazgos como una diverticulitis de Meckel. Se procedió a realizar una laparotomía exploradora infraumbilical identificándose adyacente a la cara medial del ciego una estructura tubular de 7 cm. de largo irrigada por un mesoapéndice con lumen abierto a peritoneo.

Conclusión: Los hallazgos tanto intraoperatorios como anatómo-patológicos se presenta el siguiente caso clínico como el primer caso reportado en el mundo de una apendicitis residual de la punta y no del muñón.

"APENDICECTOMIA LAPAROSCOPICA: ESTUDIO COMPARATIVO DE COMPLICACIONES DE 1400 CASOS EN 14 AÑOS"

J.C. Molina, L. Gutiérrez, F. Rodríguez, E. Lanzarini, J.P. Hidalgo, G. Inostroza, J. Lasen, J. Zúñiga, F. López.

(Departamento de Cirugía. Servicio de Emergencia. Departamento de Anestesiología y Reanimación. Hospital Clínico Universidad de Chile.)

Introducción: La apendicectomía laparoscópica en la actualidad constituye una técnica segura, efectiva y reproducible en pacientes con apendicitis aguda. El objetivo de este trabajo es comparar los resultados de las complicaciones de la cirugía convencional versus la apendicectomía laparoscópica durante un periodo de 14 años en un hospital clínico universitario.

Material y Métodos: Desde Noviembre de 1994 hasta Julio del 2008, se realiza un estudio prospectivo, controlado y aleatorio en 1400 pacientes (787 mujeres y 613 hombres) ingresados con el diagnóstico de apendicitis aguda al Servicio de Emergencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Setecientos pacientes fueron sometidos a cirugía laparoscópica y 700 controles sometidos a cirugía tradicional. El promedio de edad fue 28 años con un rango entre 12 y 92. No hubo limitaciones por sexo y edad en este trabajo. Se excluyeron de este estudio pacientes convertidos a cirugía tradicional y con hallazgo de otras patologías.

Resultados: Los paciente sometidos a apendicectomía laparoscópica presentaron menos complicaciones que los sometidos a cirugía tradicional, con una diferencia estadísticamente significativa (9% v/s 18%, $p < 0.05$). En ambos grupos la principal complicación ha sido la infección de herida operatoria, la cual también es significativamente menor en el grupo laparoscópico (3,7% v/s 9.6%, $p < 0.05$). Aparecen complicaciones inherentes a la técnica en el grupo laparoscópico con dos lesiones de vejiga y uoperitoneo, reintervenidos y reparados por video laparoscopia con buena evolución. Existe dos fallecidos en el grupo sometido a cirugía tradicional y uno en el laparoscópico.

Conclusiones: 1.La apendicectomía laparoscópica es una intervención segura, efectiva, con menos morbilidad que la cirugía tradicional.

2.En la actualidad es fácilmente reproducible.
3.Es posible de resolver complicaciones con la misma técnica.

CIRUGIA ABDOMINAL EN PACIENTES HIV POSITIVOS.

Drs. Alejandro Barrera E, Guillermo Bannura C, Marco Ceroni V., Claudio Zúñiga T., Internos Barbara de Castillo, Fernando Dinamarca.

(Servicio y Departamento de Cirugía Hospital Clínico San Borja Arriaran, Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.)

Introducción: La prevalencia de Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana ha aumentando en el mundo, en Chile tiene una leve tendencia a la estabilización. La experiencia en cirugías de alta y mediana complejidad en este grupo de pacientes es limitada.

Objetivo: Determinar las características clínicas de los pacientes con diagnóstico de HIV-SIDA que requirieron de una Cirugía abdominal de urgencia o electiva.

Material y Método: Estudio descriptivo retrospectivo de una serie de casos con HIV-SIDA que requirieron de cirugía de abdomen en forma electiva o de urgencia en el periodo 2000-2005. No se incluyó la cirugía de hernias abdominales.

Resultados: La serie consta de 13 pacientes, 11 en etapa C-3, 1 en etapa A-3 y 1 sin clasificar. Once varones (84,6%), con edad promedio de 35 años y márgenes de 21 a 50. Se encontraron 7 pacientes con infecciones oportunistas. Un recuento de CD4 menor de 200 se encontró en 6 pacientes. Al momento de la cirugía recibían terapia antiretroviral 9 pacientes. La indicación de cirugía fue en 7 casos colelitiasis sintomático, en 3 casos un síndrome febril asociado a masas retroperitoneales, un abdomen agudo con gran masa retroperitoneal, una hemorragia digestiva baja masiva y un caso de catéter de peritoneo diálisis obstruido. Las cirugías realizadas fueron 7 colecistectomías laparoscópicas (2 de urgencia), 4 laparotomías exploradoras con biopsia ganglionar retroperitoneal (1 urgencia), 1 colectomía total e ileostomía terminal (urgencia) y 1 retiro de catéter de peritoneo diálisis.

La morbilidad se presentó en 5 pacientes, 2 síndromes febriles de origen desconocido, 1 neumopatía, 1 infección de sitio operatorio superficial y 1 hemoperitoneo secundario a colecistectomía. La mortalidad fue en 2 pacientes, los dos con cirugía de urgencia, uno de un abdomen agudo infeccioso que fallece por sepsis grave a las 24 horas de la cirugía y otro de un hemoperitoneo tardío en una colecistectomía por colecistitis aguda. La estadía hospitalaria de la serie fue de 8,41 días con márgenes de 1 y 18. No se encontró mortalidad en los casos de cirugía electiva.

Conclusión: En esta serie se reconoce una alta morbilidad en este grupo de pacientes (38%) y la mortalidad quirúrgica se asocia con la oportunidad de la cirugía, llegando al 50% de los casos intervenidos de urgencia.

RESULTADOS QUIRÚRGICOS DE ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Drs. Donoso A, Fernández JI, Inta. Rondanelli MO, Drs. Jarufe N, Pérez G, Escalona A, Crovari F, Pinedo G, Ibañez L. (Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: La esplenectomía puede estar indicada por una diversidad de patologías benignas y malignas. Este procedimiento descrito hace más de 180 años, se realiza por vía laparoscópica solo desde 1991, transformándose actualmente en la técnica de elección.

El objetivo: De este trabajo es dar a conocer los resultados quirúrgicos del total de pacientes sometidos a esplenectomía laparoscópica en nuestro centro.

Material y Métodos: Análisis retrospectivo, basado en la revisión de los registros de pacientes sometidos a esplenectomía laparoscópica. Se analizó en conjunto con los datos demográficos e indicación quirúrgica, los aspectos técnicos del procedimiento (tiempo operatorio, complicaciones, conversión a técnica abierta, reoperaciones, y mortalidad asociada).

Resultados: La serie está constituida por un total de 50 pacientes, 33 mujeres (66%) y 17 hombres (34%), operados desde abril de 2001 hasta julio de 2008. La edad promedio fue de 41 años (15 a 78 años). Las indicaciones quirúrgicas más frecuentes fueron PTI (72%), anemia hemolítica (6%), quiste esplénico (6%), linfoma (2%) y microesferocitosis (2%). El tiempo operatorio promedio

fue de 92 min. (30 a 185 min.). Cuatro pacientes (8%) presentaban un bazo accesorio. No hubo necesidad de conversión a cirugía abierta en ningún paciente. Un paciente presentó un hemoperitoneo, que requirió reintervención por vía laparoscópica. No se registraron otras complicaciones quirúrgicas. Se registró una muerte en un paciente portador de un linfoma. al día 21 postoperatorio, secundario a una neutropenia febril. La estadía postoperatoria promedio fue de 5 días (1 a 48 días).

Discusión: La esplenectomía laparoscópica es una técnica segura para la mayoría de las indicaciones, siendo la técnica quirúrgica de elección actualmente en nuestro centro.

ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR ENFERMEDAD HEMATOLÓGICA. UNA TÉCNICA FACTIBLE.

Drs. Musleh M., Maluenda F., Navarrete A., Csendes A., Taladriz C., Jans J., Díaz M., Lanzarini E., Ints. Figueroa X., Pereira P.

(Departamento Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile)

Introducción: Las enfermedades hematológicas, principalmente el púrpura Trombocitopénico Idiopático (PTI), constituyen las principales indicaciones de esplenectomía electiva. La esplenectomía por vía laparoscópica (ELP) se introdujo como técnica en 1991 y ha demostrado ser eficiente y segura.

Objetivo: Demostrar la factibilidad de la esplenectomía por vía laparoscópica en enfermedades hematológicas en pacientes seleccionados.

Material y método: Aplicación de un protocolo prospectivo de selección de pacientes para esplenectomía por vía laparoscópica, desde 1999 a 2008. Los criterios de inclusión fueron: Pacientes con enfermedad hematológicas con indicación de esplenectomía, bazo menor de 20 cm. Medido por ecografía abdominal. Cicatrices de cirugía abdominal previa no fue criterio de exclusión. Se realizó seguimiento clínico, recuento plaquetario postoperatorio.

Resultados: De un total de 67 pacientes consecutivos candidatos a esplenectomía, se seleccionaron 49 (73%) para ELP. La edad promedio de esta serie fue de 37 años (7-84), el 75 % a pacientes de sexo femenino. La principal indicación fue PTI en el 67%. Tiempo operatorio promedio de 145 minutos. El peso promedio del bazo fue de 162 gr. (41-570). Se encontró la presencia de bazo supernumerario en 5 pacientes (10.2%). El recuento plaquetario postoperatorio promedio fue de 143.528. El tiempo de hospitalización fue de 5,2 días (2-43). La morbilidad de la serie fue de 4 casos (1 hemorragia intraabdominal, 1 hemoperitoneo, 1 hematoma pared, 1 trombosis portal). Hubo solo 1 caso (2%) de conversión en nuestra serie, debido a sangrado. No hubo mortalidad.

Conclusión: La esplenectomía laparoscópica por enfermedades hematológicas, es factible de realizar con seguridad y baja morbilidad en un centro especializado, pero que no está exenta de complicaciones. Nuestros resultados concuerdan con los de la literatura internacional.

QUISTE HIDATIDICO ESPLENICO EN TRANSITO A TORAX, REPORTE DE UN CASO

R. Duran, E. García, R. Campos, G. Marisio, D. Kraunik Servicio de Cirugía Hospital Clínico Regional de Concepción (HCRC) "Dr. Guillermo Grant Benavente".

Se presenta el caso de un paciente de 72 años procedente de Curanilahue, sin antecedentes previos de

importancia. Consulta por cuadro de decaimiento y dolor abdominal persistente tipo pesadez en hipocondrio izquierdo, sin baja de peso ni otra sintomatología asociada.

Al examen físico paciente mesomórfica con evaluación cardiorrespiratoria dentro de límites normales, destacando masa palpable en hipocondrio izquierdo de consistencia dura de bordes delimitados parcialmente móvil que se extiende +/- 15 cm. por debajo del reborde costal izquierdo levemente sensible.

Estudio de laboratorio muestra un Hemograma dentro de límites normales sin eosinofilia y perfil bioquímico normal. Estudio con eco tomografía abdominal revela masa quística multiloculada de origen aparente esplénico además de vesícula litiasica sin imágenes sospechosas en hígado. TAC abdominal confirma origen esplénico descartando además presencia de otras lesiones en hígado y cavidad abdominal.

Se completa estudio con test de Elisa para hidatidosis siendo negativo, además estudio con radiografía de tórax resulta normal sin lesiones asociadas.

Se realiza cirugía con abordaje mediante laparotomía subcostal izquierda ampliada, evidenciando gran quiste que se encontraba intensamente adherido a hemidiafragma izquierdo, comprometiendo al parénquima esplénico en su totalidad. Se realiza resección en block del bazo y del quiste aislando campo con compresas húmedas con suero fisiológico logrando su extracción completa, concomitantemente se realiza colecistectomía finalizando acto quirúrgico sin incidentes. Evolución post operatoria satisfactoria siendo dada de alta al 4 día post operatorio con indicación de inmunoprofilaxis con vacuna pneumo 23 y antihemofilus. Estudio anatomopatológico confirma hidatidosis esplénica. Controles ambulatorios paciente asintomática sin apremio alguno referido. Presentamos nuestra experiencia en esta forma de presentación poco frecuente del Quiste Hidatídico con una breve revisión de la literatura nacional e internacional.

ENFERMEDAD DE WILKIE, RARA CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ALTA EN ADULTOS
Drs. A. Acuña, C. Jiménez, M. Chang , M. Guajardo.
(Servicio Urgencia Hospital San José, Becado cirugía USACH, Becado cirugía U. Chile)

Introducción: La Obstrucción Intestinal Alta (OIA) secundaria a la compresión del duodeno por el tronco de la Arteria Mesentérica Superior (AMS) ha sido reportada en la literatura ya desde el siglo XVIII, estando su etiología marcada por la relación anatómica de la tercera porción del duodeno que se dispone entre la aorta y el tronco de la AMS.

Objetivos: Describir el caso clínico de un paciente joven que fue diagnosticado y resuelto en nuestro servicio, así como revisar y discutir la bibliografía disponible a la fecha.

Materiales y métodos: Reporte de 1 caso, análisis de antecedentes clínicos y revisión bibliográfica.

Resumen: Paciente masculino de 18 años de edad que consulta al Servicio de Urgencia (SU) del hospital San José por cuadro de aproximadamente 4 años de evolución interpretado como trastorno de la conducta alimentaria (bulimia) en tratamiento con risperidona, múltiples consultas a SU. Ingresa en esta oportunidad con deshidratación severa, comprometido de conciencia, falla renal aguda y alteración del equilibrio hidroelectrolítico. Radiología muestra megaestomago con imagen en doble burbuja. Se realiza laparotomía exploradora corroborándose diagnóstico y realizando duodeno-yeyunostomía latero-lateral. Paciente evoluciona favorablemente, siendo dado de alta al 7° día post. operado en buenas condiciones generales y con mejoría de parámetros de laboratorio.

Conclusión: La OIA secundaria a enfermedad de Wilkie es una patología de presentación más bien rara, predominantemente de la primera y segunda década de vida. Su etiopatogenia se basa en la disposición anatómica de la 3° porción del duodeno y las alteraciones de las estructuras adyacentes ya sean primarias o secundarias a cirugías, baja de peso importante que condicionan depleción de la grasa en el origen de la AMS.

Seccional: CIRUGÍA BARIÁTRICA

CIRUGÍA METABÓLICA: EXPERIENCIA INICIAL DEL BY PASS DUODENO YEYUNAL VÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES NO OBESOS CON DIABETES MELLITUS 2

Drs. E. Lanzarini, A. Csendes, L. Gutiérrez, F. Maluenda, I. Braghetto, O. Korn, A. M. Burgos, Almino Ramos.

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

Introducción: El tratamiento de la Diabetes Mellitus 2 se basa en dieta, ejercicio, y diferentes niveles de terapia farmacológica, que no han logrado modificar el curso de la enfermedad. Sin embargo, en la experiencia acumulada en el tratamiento quirúrgico de la Obesidad Mórbida se ha observado que la DM2 puede ser revertida. Los mejores resultados se han obtenido con el by pass gástrico y la derivación biliopancreática, que excluyen el duodeno y parte del yeyuno, así, el bolo alimenticio llega al yeyuno distal sin ser normalmente digerido, esto trae como consecuencia un estímulo potente para la producción de incretinas, resultando en mayor secreción de insulina y remisión o mejoría de la DM2, lo que podría ser alcanzado en pacientes no obesos.

Metodología: Estudio prospectivo que incluye pacientes con DM2, entre los 18 y 60 años, con IMC entre 25 y 30 Kg/m², con un pool de células beta suficiente para ser estimulado (péptido C>1) y anticuerpos anti-células beta negativos, que serán sometidos a un By pass duodeno yeyunal (BDJ) vía laparoscópica, desde enero del año 2008. Se analizarán los datos obtenidos en cuanto a remisión, mejoría y falla del tratamiento quirúrgico.

Resultados: Hasta el 30 de julio del 2008 se han operado 7 pacientes diabéticos tipo 2 no obesos, 6 hombres y 1 mujer, con edad promedio de 50 años, IMC promedio de 26 Kg/m², con 7 años de evolución en promedio, con glicemia preoperatoria promedio de 233 mg/dl, hemoglobina glicosilada promedio de 8,6. Con un seguimiento de 3 meses en promedio, 3 pacientes presentan remisión de la DM2 y 4 mejoría, con un promedio de 127mg/dl de glicemia en ayunas y 6,8 de hemoglobina glicosilada.

Conclusión: El By pass duodeno yeyunal parece ser una opción válida para el tratamiento quirúrgico de la DM2, pero aún existe mucho por investigar para evaluar su real eficacia.

CIRUGÍA METABÓLICA: ¿HA EXISTIDO DESDE EL INICIO DE LA Y DE ROUX?

Drs. Enrique Lanzarini, Attila Csendes, Juan Carlos Molina, Hanns Lembach, Johanna Silva, Luis Gutiérrez, Maher Musleh, Ints. José Muhr, José Tamblay.

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

Introducción: La Diabetes Mellitus 2 (DM2) corresponde a uno de los problemas de mayor trascendencia en la actualidad. Diversos estudios se están realizando actualmente en el mundo para evaluar una opción quirúrgica en el tratamiento de la DM2. Una de las teorías que avalan esto tiene relación con la exclusión del duodeno y parte del

yeyuno proximal al paso del alimento. Desde la introducción de la Y de Roux esta exclusión se ha estado realizando, por lo que hemos decidido estudiar a los pacientes con DM2 que han sido sometidos a este procedimiento en el pasado.

Material y Método: Estudio retrospectivo que abarca todos los pacientes con gastrectomías (totales y subtotales) y reconstruidos con Y de Roux, desde enero del año 2002. Sólo se incluyeron los pacientes diabéticos tipo 2, no obesos, que contaban con glicemia pre y postoperatorias alejadas y que contestaron una encuesta telefónica.

Resultados: De un total de 215 pacientes con Y de Roux, 53 eran diabéticos tipo 2, y de ellos 19 cumplieron los criterios de inclusión, 11 hombres y 8 mujeres, con una edad promedio de 64 años (DS: 7,08), con Índice de Masa Corporal en promedio de 28,7, todos con asa biliopancreática de 50 a 70 cms de largo y asa alimentaria de 70 cms. El tiempo promedio de diagnóstico de la DM2 fue de 6,9 años. El promedio de seguimiento fue de 22 meses. En el preoperatorio 5 de ellos eran manejados con dieta, 13 con hipoglicemiantes orales y 1 con insulina. En la actualidad 16 pacientes se encuentran con glicemias normales y sin ningún fármaco, 2 tomando hipoglicemiantes orales y 1 con insulina.

Conclusión: La exclusión del duodeno y parte del yeyuno proximal al paso del alimento parece tener un rol importante en la resolución de la DM2 en pacientes no obesos sometidos a este procedimiento.

BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II

J.I. Amat, M. Vargas, W. Medina, B. Gil.

(Servicio de Cirugía Clínica Dávila. Unidad de Cirugía Bariátrica)

Introducción: La Diabetes Mellitus tipo II (DMII) es una comorbilidad frecuente en pacientes sometidos a Bypass Gástrico por Obesidad, presentándose en el 21.2 % de nuestros pacientes. Varias publicaciones dan cuenta de la favorable evolución e incluso mejoría de muchos de estos pacientes, después de realizada la Cirugía bariátrica. El propósito del presente trabajo es revisar la evolución de nuestros propios pacientes sometidos a Bypass Gástrico laparoscópico (BPGL) y compararlos con los resultados de la literatura.

Material y Método: Desde Marzo de 2005 a Julio de 2008 se operan 212 pacientes por Obesidad con Indicación quirúrgica según los criterios de selección de nuestro grupo de trabajo. Del total a 135 se les realiza un BPGL y 30 son diabéticos, definidos por presentar Glicemia de ayuno alterada, Hemoglobina glicosilada sobre 6.0 y/o Test de tolerancia a la Glucosa mayor de 140 mg/dl a los 120 minutos de la Ingestión de glucosa. Se evaluaron los datos preoperatorios y postoperatorios que incluyeron parámetros antropométricos, metabólicos, duración de la Diabetes, uso o no de Insulina, evolución clínica y complicaciones.

Resultados: De nuestros pacientes diabéticos 18 fueron mujeres y 12 hombres, con un promedio de edad de 38.4 años. El promedio de IMC preoperatorio fue de 41.9 kg/m², descendiendo a 30.2 kg/m² después de la cirugía con un 71 % de reducción del exceso de peso. El promedio en años de diagnóstico de diabetes fue de 6.2. La glicemia en ayuno y Hemoglobina glicosilada se normalizaron completamente en el 81 % y mejoraron significativamente en el 18% de nuestros pacientes. De los pacientes insulino dependientes el 76% suspendieron el uso de insulina y el 81 % de los no insulino dependientes disminuyó las dosis o suspendió el uso de hipoglicemiantes orales aumentando la tasa de suspensión de medicamentos en Diabéticos de menos de 5 años de diagnóstico. La tasa de morbilidad en este grupo fue de un 5% comparable con el grupo sin Diabetes y no hubo mortalidad.

Conclusiones: El BPGL es una técnica de baja morbilidad en nuestros pacientes diabéticos tipo II. En este grupo de pacientes Obesos se obtuvo una reducción promedio de 71 % del exceso de peso y una tasa de resolución de la Diabetes en el 81 % de ellos. Dada la baja morbimortalidad y los resultados se abre un campo de tratamiento que debería expandirse a los pacientes Diabéticos no Obesos, modificando la técnica y aplicada especialmente a aquellos con una menor duración de su Diabetes.

EFFECTOS EN PACIENTES OBESOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 OPERADOS DE GASTRECTOMIA EN MANGA LAPAROSCOPICA (GML)

Drs. N. Quezada, C. Boza, J. Salinas, 1. Torrealba, Int D. Arbuló, C. Gamboa, G. Pérez, A. Escalona, F. Pimentel, L. Ibáñez.

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

Introducción: La GML es un procedimiento restrictivo, pero también con un efecto endocrino asociado. El objetivo de nuestro estudio es evaluar el efecto de la GML sobre pacientes obesos con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). Material y Método: Análisis de nuestra base de datos electrónica y prospectiva, de todos los pacientes DM2 sometidos a GML.

Resultados: Once pacientes fueron analizados, 7 de ellos mujeres. La edad promedio fue 44±11,3 años, el seguimiento fue en promedio 12 meses. No se realizó conversiones a cirugía abierta. El índice de masa corporal (IMC) preoperatorio fue 36,6±3,6 kg/m² y la pérdida del exceso de peso fue: mes 1; 33,6%±16,6 - mes 3; 58,4%±19,3 - mes 6; 87,8%±20,8 y mes 12; 96,8%±19,9. La Mediana de seguimiento fue de 13 meses. No se registraron complicaciones precoces ni tardías. Siete pacientes presentaban hipertensión arterial e insulinoresistencia, de los cuales cinco no requirieron continuar tratamiento para ambas patologías. Cinco pacientes tenían dislipidemia, cuatro hipercolesterolemia y cuatro hipertrigliceridemias, de los cuales dos resolvieron la hipertrigliceridemia. De los 11 pacientes diabéticos, nueve pacientes resolvieron la diabetes (normalización de las glicemia ayunas y HbA_{1c}, sin requerimientos de medicamentos) y dos mejoraron su condición metabólica (mejor Hemoglobina glicosilada y disminución de fármacos). Conclusión: En esta serie de pacientes, la GML ha tenido resultados similares a los logrados con el bypass gástrico en Y de Roux laparoscópico en términos de baja de peso y resolución de la DM2, con bajas tasas de complicaciones. Un estudio prospectivo randomizado es necesario para confirmar estos hallazgos.

CIRUGÍA BARIÁTRICA EN PACIENTES CON ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) MENOR O IGUAL A 35 KG/M²
Drs. J. Salinas, C. Boza, N. Quezada, C. Gamboa, G. Pérez, A. Escalona, K. Linn, J. Sepúlveda, L. Ibáñez.
Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: Los criterios de inclusión clásicos para cirugía bariátrica son: pacientes con IMC>40 ó IMC>35 con comorbilidades. El objetivo de este estudio es analizar la experiencia en 291 pacientes con un IMC:S35 sometidos a cirugía bariátrica.

Material y Método: Análisis de nuestra base de datos electrónica y prospectiva. Se recopilaron pacientes con IMC:S35 sometidos a Bypass Gástrico en Y de Roux Laparoscópico (BGYRL) o Gastrectomía en Manga Laparoscópica (GML) desde Febrero 2002 a Noviembre 2007 en Hospital UC.

Resultados: 291 pacientes (82,8% mujeres) fueron sometidos a BGYRL (165, 56,7%) ó GML (126, 43,3%). La edad promedio fue 37±10,8 años, el peso preoperatorio 90,8±10,5kg y el IMC 33,4±1,2kg/m² (28.7-35). Las comorbilidades preoperatorias: Hipertensión Arterial (HTA) 17,9%; Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) 5,8%; insulinoresistencia (IR) 43,3% Y dislipidemia (DLP) 44%. No se realizó conversión a cirugía abierta. Complicaciones tempranas se presentaron en el 3,8% de los pacientes y complicaciones tardías en 11,7%. La mediana de seguimiento fue de 12 meses. La pérdida del exceso de peso (PEP) fue 97,7±28,2% al mes 6; 111,8±28,6% a un año y 116,2±32,6% a los dos años. La resolución o mejoría de las comorbilidades al seguimiento fue 80% para HTA, 100% para DM2, 98% para IR y 98% para DLP.

Conclusión: Nuestros datos sugieren que la cirugía bariátrica es segura y efectiva para pacientes con IMC:S35.

LITIASIS VESICULAR POST BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO

Drs. C. Gamboa¹, R. Muñoz^{1,2}, A. Escalona¹, K. Linn³, G. Pérez¹, S. Guzmán¹, L. Ibáñez¹, C. Boza¹.

¹Departamento de Cirugía Digestiva, ²Programa Doctorado en Ciencias Médicas, ³Estudiante Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La litiasis vesicular post bypass gástrico (BPG) ha sido descrita como una complicación tardía inducida por la baja de peso, cuya incidencia ha sido reportada hasta en un 71 % de los trabajos. El objetivo de este estudio fue evaluar las características clínicas de aquellos pacientes que presentaron litiasis vesicular post BPG laparoscópico (BPGL) y la baja de peso inducida por la cirugía.

Pacientes y Métodos: Desde nuestra base de datos, que incluye todos los pacientes sometidos a BPGL, se identificaron aquellos pacientes operados entre Agosto 2001 hasta Agosto de 2007, que desarrollaron alguna patología vesicular o complicación biliar y que fueron evaluados en nuestro centro.

Resultados: En total 1500 pacientes fueron sometidos a BPGL. 140(9,3%) pacientes fueron previamente colecistectomizados y a 143(9,5%) se les realizó BPGL y colecistectomía en la misma intervención. En total 64 pacientes fueron identificados, 89%(57) mujeres, con edad e IMC preoperatorio de 36.5±11.4 años y 40.2±4.8 kg/m², respectivamente. Cincuenta y seis(87.5%) pacientes desarrollaron colelitiasis, colecistitis aguda 3(4.7%), pancreatitis aguda 2(3.1 %) y pólipos vesiculares 2(3.1 %).

En 36(56.3%) pacientes el diagnóstico fue por screening. El 84% de las complicaciones se desarrollaron durante los 24 meses post-cirugía. El porcentaje de pérdida del exceso de peso a los 3, 6, 12, 24, 36 y 48 meses post cirugía fue de 57.1, 76.7, 97.2, 93.9, 99.2 y 98.9 respectivamente.

Conclusión: Debido al carácter asintomático (56.3%) y al reducido número de pacientes que se realiza screening, el número de pacientes identificados fue bajo. Estos resultados enfatizan la necesidad de realizar el seguimiento y control de los pacientes operados para detectar litiasis vesicular y prevenir sus complicaciones. Un screening a los 6, 12, Y 24 meses podría pesquisar hasta un 84% de los pacientes.

ESTUDIO COMPARATIVO DEL USO O NO DE DRENAJE EN GASTRECTOMIA EN MANGA LAPAROSCOPICA.

Dr. JE. Contreras, D. Villao, J. Bravo, A. Maldonado, A. Readí, C Carvajal, Int J Nuñez.

(Depto. Cirugía Oriente - Facultad de Medicina - Universidad de Chile). Unidad de Cirugía Bariátrica. Clínica Santa María

Introducción: Uno de los procedimientos bariátricos aceptados para la reducción de peso y de las comorbilidades en pacientes obesos es la manga gástrica. Consiste en una resección gástrica subtotal de aproximadamente el 85% . Desde el punto de vista técnico parece aún no haber consenso respecto al uso o no de drenajes para esta cirugía.

Objetivo: Evaluar el uso del drenaje en pacientes que se efectúa gastrectomía en manga laparoscópica.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo aleatorio desde 1 Junio 2007 a 25 Julio 2008, de pacientes sometidos a manga gástrica laparoscópica en Clínica Santa María, con y sin drenaje. El sorteo se realizó previo a la cirugía por una persona externa al equipo quirúrgico. La indicación del procedimiento fueron guiadas según las normas de la ASMBS. Se excluyeron los pacientes sometidos a procedimientos adicionales. Se evaluó el tiempo de hospitalización, cantidad de líquido drenado, día de retiro del drenaje y confort del paciente.

Resultados: 68 pacientes (37 con drenaje y 31 sin drenaje). El Grupo A con 37 pacientes con drenaje, promedio de edad de 40 años, IMC de 41 Kg/mts², Morbi mortalidad 0% . El Grupo B con 31 pacientes sin drenaje, promedio de edad de 38.5 años, IMC de 37 Kg/mt, Morbi - Mortalidad 0%. El EVA a las 24, 48 Y 72 horas no mostro diferencia significativa en ambos grupos. El grupo A mantuvo por un promedio de 5 días siendo el volumen promedio de eliminación de 185cc. No se presentaron infecciones de herida operatorias ni complicaciones postoperatorias.

Conclusiones: Ambos grupos en el estudio son comparables en cuanto a edad, IMC y sexo. Los resultados nos demuestran que no hay diferencia significativa en la evolución de los pacientes con drenaje o sin drenaje en cuanto a morbilidad, complicaciones y tiempo de hospitalización. No hubo diferencia en el grado de satisfacción ente ambos grupos. Por lo tanto se concluye que no sería necesario dejar drenaje en una gastrectomía en manga.

HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS EN ESTÓMAGOS RESECADOS POSTERIOR A GASTRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN MANGA (GML).

Drs.J. Salinas, C. Boza, N. Quezada, L. Ibáñez

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

Introducción: GML es una técnica promisoría que implica una gastrectomía parcial para lograr una baja de peso. El objetivo de este estudio es analizar las biopsias de los estómagos resecados en la GML.

Material y Método: Revisión de los registros histopatológicos de los estómagos resecados después de GML desde noviembre de 2005 a mayo de 2007 en el hospital clínico de la Universidad Católica.

Resultados: Durante este período fueron realizadas 131 GML, las características demográficas fueron: 72% mujeres, edad promedio 36±12 años e índice de masa corporal de 36±3,8 kg/m². En 79 pacientes se encontró histología normal (60,3%). Gastritis crónica fue encontrada en 46 pacientes (35,1 %) donde sólo dos pacientes presentaron gastritis atrófica con metaplasia y el resto fue de tipo superficial. Se encontró lipomatosis en tres casos (2,1%), también se encontró un caso de pólipo glandular fúndico, otro caso de hiperplasia reactiva linfoidea y finalmente un leiomioma. De los dos pacientes con metaplasia, sólo uno de ellos tenía el diagnóstico endoscópico preoperatorio.

Conclusión: El análisis histopatológico de los estómagos removidos por GML es relevante, ya que cerca del 40% presentó alteraciones y esto permite efectuar un seguimiento dirigido a los pacientes de alto riesgo (metaplasia).

MODIFICACIÓN DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL AL PRIMER MES POST GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA.

Drs. F. Maluenda, C. Gonzalez, C. Mlzon, K. Salvo, J. Humphreys, A. Csendes, J. Leon y Nutr. P. Rodríguez (Departamento de Cirugía. Clínica Alemana de Santiago Departamento Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile).

Introducción: La gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) es una de las técnicas quirúrgicas utilizadas para el tratamiento de la obesidad. Actuaría restringiendo las cantidades que se pueden comer por vez y a través de la disminución del apetito. Induce una baja de peso importante el primer mes.

Objetivo: Cuantificar la magnitud de la baja de peso al primer mes e identificar los cambios de la composición corporal que explican esta baja de peso.

Método: A veinte pacientes obesos, IMC promedio 38,1 Kg/m² (33,6 - 64,4), edad promedio 40,7 años (23-63), 15 hombres y 5 mujeres, se les practicó una medición de composición corporal mediante bioimpedanciometría en el periodo preoperatorio y se comparó con otra realizada al cumplir 30 días de postoperatorio. Todos fueron sometidos a gastrectomía vertical laparoscópica. Iniciaron alimentación oral líquida fraccionada de 400 Cals a las 48 hrs del postoperatorio y mantenida durante 10 días. Al 11 ° día cambiaron la alimentación a una papilla de 800 Cals /día que mantuvieron hasta el día 30° del postoperatorio. Para el análisis estadístico se utilizó el t-test de muestras pareadas y se consideró significativo un p< 0,05.

Resultados: Resultó altamente significativo el cambio en los siguientes parámetros que disminuyeron: el peso de 113,5 Kg a 97,4 Kg (p<0,003), el IMC de 38,1 a 34,5 Kg/m² de superficie corporal (p<0,000), la circunferencia de cintura de 117,9 a 109,2 cm. (p<0,000), el porcentaje de grasa de 37,4% a 34,6% (p<0,005), la cantidad de grasa de 42,9 Kg a 35,7 Kg (p<0,000) y la cantidad total de agua corporal que disminuyó de 50,7 Lt. a 45,7 Lt. Se mantuvo sin cambios significativos el % de agua corporal total y el porcentaje de masa magra aumento

porcentualmente de 62,6 % a 65,4% ($p < 0,005$).

Conclusión: Estos resultados muestran que la baja de peso al primer mes se logra principalmente a expensas del porcentaje y cantidad total de grasa corporal. Disminuye también la cantidad de agua total, aunque porcentualmente se mantiene constante. La masa magra no sufre cambios significativos al primer mes.

GASTRECTOMÍA VERTICALLAPAROSCÓPICA SIN DRENAJE. UNA ALTERNATIVA.

Drs. F. Maluenda, J. León R, X. De Aretxabala, A. Csendes, J. León c., G Wiedmaier, .. C. Cavalla, G. Rencoret. (Departamento de Cirugía. Clínica Alemana de Santiago) (Departamento Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile)

Introducción: La gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) es una de las técnicas quirúrgicas utilizadas para el tratamiento de la obesidad. Esta nueva forma de realizar la gastrectomía permite introducir ciertos cambios en conceptos clásicos de cirugía digestiva, como es la necesidad de drenar. Nuestra hipótesis es que la no utilización de drenaje post GVL es igualmente segura.

Método: Cuantificar la presencia de complicaciones postoperatorias mediante seguimientos clínico y radiológico post GVL. En 64 pacientes consecutivos sometidos a GVL, no se utilizó drenaje intrabdominal (corresponde a todos los pacientes de dos de los autores). IMC promedio de 37,6 Kg/m² de superficie corporal (rango 32,8 - 67,6). Mediante 5 trócares (en 7 pacientes se uso solo 4) se inicia la gastrectomía desde 2 a 3 cm. proximal al píloro, usando 2 endoGIA de 80 mm. carga verde y 4 de 60 mm. carga azul, hasta llegar al ángulo de Hiss visualizando y esqueletizando el pilar izquierdo. En los primeros 39 pacientes se utilizó sutura continua de refuerzo con PDS 3/0. En los últimos 25 pacientes no se ha usado sutura. En todos los pacientes se tomó una biopsia hepática en cuña del segmento III al comenzar la intervención. A todos los pacientes se les realizó una RX EED a las 48 hrs. del postoperatorio. Datos de alta a las 72 hrs. y control ambulatorio al 10° y 30° día

Resultados: Se determinó la presencia de una estenosis relativa en el control radiológico de una paciente, a nivel antral. En todo el resto la radiografía mostró buen pasaje a distal y ausencia de filtraciones. Todos los pacientes recibieron alimentación líquida oral hipocalórica, después del control radiológico a las 48 hrs., excepto la paciente de la estenosis que se alimentó a través de sonda nasointestinal por 8 días. Los pacientes fueron dados de alta a las 72 hrs. excepto una paciente que fue dada de alta al 10° día. No hubo manifestaciones clínicas ni radiológicas de sangrado o filtración en ningún paciente en ningún momento de la evolución. Un 58% de los pacientes mostraron evidencia de esteatosis y/o esteatohepatitis en la biopsia de hígado y el 74% tenía presentado gastritis crónica en la biopsia de estómago resecaado.

Conclusión: Esta experiencia quirúrgica plantea la posibilidad que la GVL sin drenaje, puede ser una opción técnica también segura.

ASOCIACIÓN ENTRE LA BAJA DE PESO POSTERIOR A UNA GASTRECTOMÍA SUBTOTAL VERTICAL GRAPADA LAPAROSCÓPICA (GASTRECTOMÍA EN MANGA) Y EL PESO DE LA PIEZA QUIRÚRGICA.

Drs. C. Ovalle, C. Farias, G. Mordojovich, F. Izquierdo, J. Zamarín, J. Jensen, M. Hurtado, F. Rivas, R. Bemer. Int. B. Quijano, F. Fumaro, R. Lipchak.

(Servicio de Cirugía Hospital de la Fuerza Aérea de Chile. Clínica Tabancura).

Introducción: La gastrectomía en manga como cirugía exclusiva para el control de peso es una técnica de reciente implementación. No hay certeza de cuales factores relacionados con la cirugía, permitan predecir la baja de peso.

Objetivo: Determinar si existe asociación entre la baja de peso posterior a esta cirugía y el peso de la pieza operatoria. Describir los hallazgos de las biopsias de estas piezas.

Materiales y Métodos: Protocolo prospectivo desde Marzo de 2007 a Junio de 2008. Las piezas operatorias fueron incluidas en formalina y enviadas a anatomía patológica para su peso y análisis. Se registró el peso clínico del paciente a los 1, 3 Y 6 meses. Se calculó la diferencia entre el peso inicial y el de esos meses. Se analizaron los datos con el programa STATA 9.0. Mediante una regresión lineal simple se evaluó la asociación entre la pérdida de peso y el peso de la pieza.

Resultados: Se enrolaron 67 pacientes. La edad promedio fue 40,5 años (17 - 48). 53 (79,1%) pacientes eran mujeres. El IMC promedio fue 37,4 kg/m² (32 - 63,7). El promedio del peso de la pieza operatoria fue 124.2 grs (66 - 270). La baja de kilos para el primer, tercer y sexto mes fue 11.6 kg (2 - 39.2), 22.4 kg (4 - 80) Y 24.1 kg (-2 - 60) respectivamente. Existe una asociación significativa entre la baja de peso y el peso de la pieza al primer mes ($p=0,04$). No hubo asociación al tercer ($p=0,12$) y sexto mes ($p=0,23$). Se describen los hallazgos de las biopsias. Conclusiones: El peso de la pieza operatoria es un factor que podría asociarse con la pérdida de peso posterior a una gastrectomía en manga. La falta de asociación al tercer y sexto mes puede darse a un tamaño de muestra menor. Se continúa con el protocolo.

EVOLUCIÓN RADIOLÓGICA POST GASTRECTOMÍA TUBULAR VERTICAL (GVT) Y EVOLUCIÓN DEL PESO E IMC A CORTO Y MEDIANO PLAZO.

I. Braghetto¹, C. Cortes², M. Mushle¹, O. Korn¹, H. Valladares¹, A. Burgos¹.

¹: Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago.

²: Departamento de Imagenología, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago.

La GVT como procedimiento restrictivo presenta buenos resultados a corto plazo en cuanto a reducción del peso e IMC. Se discute aún cual es el diámetro ideal del tubo gástrico pero se ha sugerido que se debe dejar un reservorio cuya capacidad no debe exceder los 100 a-120 ml. No hay reportes en la literatura de series de pacientes que muestren resultados a mediano plazo de la evolución radiológica y de la capacidad gástrica y su impacto en la evolución de los índices de obesidad (sólo casos aislados). En este estudio se presentan los resultados del seguimiento a mediano plazo evaluando el tamaño radiológico, la capacidad gástrica y la reducción del peso e IMC en un grupo de 12 pacientes con seguimiento mayor de 18 meses.

Método: se efectúa una tubulización gástrica sobre una bujía F32 desde 2-3 cm desde el píloro hasta 1 cm por fuera del ángulo de Hiss. Se mide capacidad gástrica intraoperatoria durante el test con azul de metileno y estimación del volumen gástrico al tercer día postoperatorio durante el control radiológico baritado.

Resultados: se comprobó crecimiento del tama-

ño del tubo gástrico en los 12 pacientes estudiados. El volumen intraoperatorio y postoperatorio precoz fueron de 80 ml (rango 60-120) y 100ml (80-120 ml) y el volumen en el control tardío aumento a 250ml (rango 220-330) y confirmado con estudio volumétrico con TAC en 3 de estos pacientes. Sin embargo los pacientes se han mantenido estables sin reganancia de peso logrado y han mantenido IMC cercano a 25. Se muestran imágenes de postoperatorio precoz y tardío.

Conclusión: el aumento de tamaño del tubo gástrico hasta los 2 años de seguimiento no se correlaciona con reganancia de peso.

LARGO ENDOSCÓPICO DEL REMANENTE GÁSTRICO EN GASTRECTOMÍA VERTICAL TUBULAR.

Drs. A. Csendes, D. Roizblatt, AM. Burgos, C. Taladriz, A. Navarrete.

(Hospital Clínico de la Universidad de Chile.)

Introducción: La cirugía bariátrica es cada vez más frecuente en nuestro medio. En los últimos años la gastrectomía vertical tubular ha adquirido preponderancia en la solución quirúrgica de la obesidad obteniéndose buenos resultados. No hay estudios publicados sobre el largo del remanente gástrico en controles endoscópicos post operatorios.

Objetivo: Describir el largo del remanente gástrico mediante endoscopia postoperatoria.

Material y método: Estudio descriptivo y prospectivo realizado entre Octubre 2005 a Julio 2008. De 187 pacientes obesos consecutivamente sometidos a gastrectomía subtotal vertical tubular, en 35 pacientes se realizó control endoscópico al 10 mes postoperatorio, determinándose en éste grupo de pacientes, la longitud del remanente gástrico.

Resultados: En los 35 pacientes estudiados la edad promedio fue 35.7 ±13 años (rango 18-63 años) e IMC 37.7 ± 5.6 kg/m². El largo promedio del remanente gástrico fue de 14.28 ± 2.4 cm, con un rango entre 9 a 20 cm.

Conclusiones: Hay una reducción significativa del tamaño del estómago, quedando el tubo gástrico del largo exclusivo de la curvatura menor.

FÍSTULAS EN OBESOS MÓRBIDOS SOMETIDOS A GASTRECTOMÍA SUBTOTAL VERTICAL TUBULAR

Drs. AM. Burgos, I. Braghetto, A. Csendes, F. Maluenda, O. Kom, J. Yarmuch y L. Gutiérrez

(Hospital Clínico de la Universidad de Chile.)

Introducción: La gastrectomía subtotal vertical tubular es un procedimiento quirúrgico aceptado para el tratamiento de la obesidad, incluso en pacientes hiperobesos. Con esta cirugía se ha reportado mínima mortalidad, sin embargo no está exenta de complicaciones postoperatorias, como la fístula gástrica postoperatoria con una frecuencia entre 0.7 a 3.6%.

Objetivo: Describir la presentación clínica y tratamiento de las fístulas en la gastrectomía subtotal vertical tubular en una serie de pacientes

Material y método: Estudio descriptivo y prospectivo entre Octubre 2005 a Julio 2008. De 187 pacientes obesos consecutivamente sometidos a gastrectomía subtotal vertical tubular, presentaron fístula gástrica postoperatoria 7 pacientes (3.7 %), 4 mujeres y 3 hombres, los cuales se incluyeron en el estudio, evaluándose cuadro clínico y tratamiento.

La técnica quirúrgica consistió en tubulización gástrica

laparoscópica sobre un Sondone 32F , partiendo a 2 cm del piloro y llegando hasta 1 cm por fuera del ángulo de His.

Resultados: En pacientes estudiados la edad promedio fue 38 ±16.2 años e Índice de Masa Corporal (IMC) 35.1 ± 3.3 kg/m². Clínicamente estuvo presente dolor abdominal en todos los pacientes, fiebre en 6 (85.7%), taquicardia en 4 (57.1 %) Y taquipnea en 1 (14%). Localización en la curva mayor de la fístula en 1/3 proximal en 5 casos (71.4%), 1/3 medio en 1 caso y 1/3 distal en otro caso. La fístula se presentó al 8a día promedio (rango: 2-20) postoperatorio. El manejo fue quirúrgico en 4 casos (57.1%) y conservador en 3 (42.9%). No hubo mortalidad en la serie. Las fístulas cerraron entre 2 días y 4.1 meses postoperatorios. Hospitalización promedio fue 28.8 días. El seguimiento correspondió a 3.7 (2-6.8) meses, con IMC promedio 27.1 kg/m² postoperatorio.

Conclusiones: Las fístulas postoperatorias en nuestro grupo de trabajo corresponden a lo que se publica en la literatura.

USO DE DRENAJES TUBULARES ABDOMINALES EN PACIENTES OBESOS SOMETIDOS A GASTRECTOMÍA SUBTOTAL VERTICAL TUBULAR.

Drs. A. Sauré, AM. Burgos, A. Csendes, J. Lasen, G. Inostroza.

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

Introducción: El uso de drenajes abdominales en cirugía gástrica es una práctica común y habitual.

Objetivos: Describir las características epidemiológicas y determinar el débito de los drenajes abdominales de los pacientes sometidos a gastrectomía subtotal vertical tubular (GSTVT). Material y Método: Estudio retrospectivo y descriptivo que analizó 123 pacientes obesos sometidos a gastrectomía subtotal vertical tubular. Se recolectó la edad, sexo, IMC, patologías asociadas, días de hospitalización, días de permanencia de drenaje y volumen total del drenaje. Se excluyeron pacientes en los cuales no se colocó drenaje y los que presentaron fístula u otra complicación abdominal.

Resultados: El 69,1% de nuestros pacientes fueron mujeres con una edad promedio de 36.5 años, con un IMC promedio de 38.5 Kg./m². El 56.1 % de los pacientes tenían al menos una comorbilidad asociada. Los pacientes estuvieron hospitalizados 6 días en promedio. Los drenajes estuvieron puestos 4.6 días en promedio, con un débito promedio de 228.3 cc, de líquido serohemático, en total. Con un promedio de 49.6 cc diarios. No hubo ninguna complicación producto del uso de drenajes.

Conclusiones: La mayoría de nuestros pacientes sometidos a GSTVT son mujeres jóvenes con obesidad grado II, portadoras de al menos una comorbilidad asociada. Estuvieron cerca de 1 semana hospitalizadas por su cirugía y el uso de drenajes permitió determinar la cantidad y tipo de secreción post operatoria esperada para esta cirugía y no produjeron ninguna complicación por su uso.

TAMAÑO Y VOLUMEN DE ESTÓMAGOS RESECADOS EN PACIENTES SOMETIDOS A GASTRECTOMÍA VERTICAL TUBULAR O BYPASS GÁSTRICO RESECTIVO COMPARANDO CON CONTROLES.

Drs. I. Braghetto, AM. Burgos, A. Csendes, L. Gutiérrez y E. Lanzarini.

(Hospital Clínico de la Universidad de Chile.)

Introducción: El bypass gástrico con resección del estómago distal y la gastrectomía vertical tubular son procedimientos frecuentemente realizados para la obesidad mórbida. Ambos implican diferentes dimensiones de resección gástrica.

Objetivo: Determinar por un estudio prospectivo la longitud de la curvatura mayor y menor, la capacidad gástrica de los segmentos de estómago resecados en pacientes obesos comparados con controles.

Material y método: 66 pacientes con diferentes grados de obesidad fueron comparados a 20 controles, midiendo la longitud de ambas curvaturas y el volumen total de solución salina necesaria para distender el estómago. Los pacientes fueron sometidos a bypass gástrico reseccional o gastrectomía vertical tubular. El estómago de los controles fue obtenido de material de autopsia durante el primer día de la muerte.

Resultados: La longitud de la curvatura menor fue similar en el bypass gástrico en relación a los controles, no así en la gastrectomía vertical tubular en la que la línea gástrica de transección fue significativamente mayor. La longitud de la curvatura mayor fue menor en el bypass gástrico en relación a los controles pero no hubo diferencia significativa con la gastrectomía tubular. La capacidad gástrica fue significativamente menor con la gastrectomía tubular en relación al bypass gástrico y los controles.

Conclusiones: Hay diferencias significativas concernientes a las mediciones del estómago dependiente de las técnicas quirúrgicas como la gastrectomía tubular o el bypass gástrico cuando son comparadas a controles. La capacidad gástrica remanente post gastrectomía vertical tubular puede tener un impacto en el pronóstico a largo plazo.

GASTRECTOMÍA SUBTOTAL VERTICAL GRAPADA LAPAROSCÓPICA (GASTRECTOMÍA EN MANGA). EVALUACIÓN DEL POST-OPERATORIO PRECOZ CON USO DE CARGAS ENDOGIA DE 3,5 MM EXCLUSIVAMENTE.

Drs. C. Ovalle, C. Farías, G. Mordojovich, F. Izquierdo, J. Zamarín, J. Jensen, M. Hurtado, F. Rivas, R. Berner. In1. B. Quijano, M.J. Nuñez, J. González. (Servicio de Cirugía Hospital de la Fuerza Aérea de Chile. Clínica Tabancura.)

Introducción: La gastrectomía en manga laparoscópica ha ganado un espacio dentro de la cirugía bariátrica. El uso de cargas de stappler de distintas características, desde el antro (endoGIA 4,8 mm) hasta la unión gastroesofágica (endoGIA 3,5mm), es la técnica descrita hasta el momento. La literatura internacional describe escasas complicaciones con el uso de esta técnica, siendo la filtración una de las complicaciones más temidas con una tasa de 1,88% aproximadamente. Nosotros utilizamos endoGIA 3,5 mm desde el antro gástrico hasta el ángulo de His con un refuerzo de polipropileno 2-0 a sutura corrida.

Objetivo: Analizar en forma prospectiva las complicaciones precoces de la gastrectomía en manga y comparar la tasa de filtraciones utilizando endoGIA 3,5 mm exclusivamente.

Materiales y Métodos: Se registran en forma prospectiva las gastrectomías en manga desde mayo de 2006 hasta julio de 2008. Se definen como complicaciones precoces las ocurridas dentro del primer mes posterior a la cirugía. Mediante el programa estadístico STATA 9.0 se analizan datos y se compara tasa de filtración con datos publicados.

Resultados: Durante el período 137 pacientes han sido sometidos a manga gástrica. De estos 28 (20,4%) eran hombres y 109 (79,6%) mujeres. La edad promedio fue 39,8 años (17 - 68). La talla promedio fue 1,64 metros (1,42 - 1,9). El peso promedio fue 102 kgs (74 - 156). El IMC promedio fue 37,53 kg/m² (30 - 56). Las complicaciones fueron 5 (3,64%). De estas 2 (%) fueron trombosis venosas. 2 (1,45%) fueron filtraciones de la unión gastroesofágica no existiendo diferencias estadísticamente significativas con literatura descrita (p=0,76). No se registró mortalidad en esta serie.

Conclusiones: La gastrectomía en manga es una alternativa segura como cirugía bariátrica. El uso de endoGIA 3,5 mm exclusivamente para la sección gástrica es igual de efectiva que el uso de stapplers con grapas de distintas características.

MODIFICACIÓN DE LA ABSORCIÓN DE ALCOHOL DESPUÉS DE GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA.

Drs. F. Maluenda G, X. De Aretxabala U., A. Csendes J., K. Salvo C., Sra. I. Delgado, D.J. León C., Dr. J. Poniachik y Nut. P. Rodríguez.

(Departamento de Cirugía. Clínica Alemana. Universidad del Desarrollo.) (Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile.)

Las distintas técnicas de cirugía bariátrica que alteran la anatomía digestiva, modifican la superficie de absorción. Como consecuencia de ello, se afecta la absorción de nutrientes, medicamentos y drogas. Siendo el alcohol una sustancia absorbida principalmente en estómago, nuestra hipótesis es que la absorción de alcohol post gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) está alterada.

Método: Estudio de muestra repetida en 8 pacientes obesos severos sometidos a GVL (6 hombres, 3 mujeres). A cada uno de ellos se dio a beber 3,6 ml. de vino tinto al 14%, por cada litro de agua de composición corporal. Esta se determinó mediante bioimpedanciometría (mediana 45,2 lts). Se midió valores de Alcotest (Aloscan 6000) a partir de 10 minutos de terminada la ingesta de la dosis de vino. Se repitió la medición cada 5 minutos hasta obtener la eliminación completa de alcohol en la sangre (Alcotest=0). Luego se repitió la medición en el postoperatorio (mediana de 2,3 meses) con dosis total por Kg. ajustada a la nueva cantidad de agua corporal, medida por otra bioimpedanciometría (42 lts.). Los resultados se analizan mediante un análisis no paramétrico para muestras repetidas.

Resultados: El peak máximo promedio de alcotest fue de 1.5 gr/lit. en el postoperatorio, comparado con 0,67 gr/lit. en el preoperatorio, lo que determina una diferencia de 0,93 gr/lit entre ambas mediciones (p=0,011 Wilcoxon). El valor máximo observado a los 10' fue de 3,3 gr/lit y 0,9 gr/lit para el post y preoperatorio respectivamente. A los 165 minutos el valor de alcohol en sangre llega a cero (0) en todos los pacientes en el preoperatorio, mientras que en el mismo tiempo en el postoperatorio, se observa un valor promedio de 0,26 gr/lit (p=0,027 Wilcoxon). A las 4 hrs. se observa una media de alcotest de 0,20 gr/lit y a las 6 hrs. todavía no llega a 0 (dos pacientes con 0,2 y 0,1 gr/lit.).

Conclusión: En este estudio la absorción de alcohol fue significativamente modificada después de GVL, determinándose valores más elevados y prolongados de alcoholemia, para dosis equivalentes de alcohol.

EFFECTO DE LA GASTRECTOMÍA TUBULAR VERTICAL EN LA PRESIÓN DEL ESFÍNTER ESOFÁGICO INFERIOR
Drs. Enrique Lanzarini, Italo Braghetto, Owen Kom, Héctor Valladares, Juan C. Molina, Gonzalo Inostroza.
(Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile.)

Introducción: La gastrectomía tubular vertical (GTV) laparoscópica ha sido ampliamente validada como tratamiento quirúrgico de la obesidad. Sin embargo, hemos observado que los pacientes sometidos a esta cirugía frecuentemente evolucionan con síntomas de reflujo gastro-esofágico, pudiendo llegar incluso a distintos grados de esofagitis.

Objetivo: Medir el efecto de la GTV en la presión del esfínter esofágico inferior.

Material y método: Estudio prospectivo que incluye 20 pacientes a quienes se les realizó una GTV y estudio manométrico esofágico registrando la Presión del Esfínter Esofágico Inferior (PEEI) preoperatorio y 6 meses después de la realización de GTV. Se analizó estadísticamente la variación de la PEEI mediante la prueba de t de Student para grupos pareados.

Resultados: El grupo fue conformado por 17 mujeres y 3 hombres, con un promedio de edad de $37,6 \pm 12,6$ años. Todos los pacientes bajaron de peso, con un IMC inicial promedio de 38,3 y 6 meses post GTV de 28,2. Ninguno presentó complicaciones peri-operatorias. La PEEI preoperatoria promedio fue de $14,2 \pm 5,8$ mmHg. Dieciseis de los pacientes presentaron una disminución en la PEEI, con un promedio de $3,05 \pm 4,77$ mmHg, con un rango de -6,5 a 12,3. Esta variación fue estadísticamente significativa ($p=0,01$)

Conclusión: La GTV produce una disminución significativa de la PEEI, lo que podría explicar la presencia de reflujo gastro-esofágico en pacientes sometidos a GTV.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA MANGA GÁSTRICA LAPAROSCÓPICA CON Y SIN SUTURA INVAGINANTE SOBRE LA LÍNEA DE STAPLER DE LA GASTRECTOMÍA.
J. Contreras, J. Bravo, D. Villao, A. Maldonado, C. Carvajal
(Departamento de Cirugía Bariátrica y Laparoscopia Avanzada, Hospital del Salvador.)

Introducción: La manga gástrica laparoscópica es uno de los procedimientos bariátricos aceptados para la reducción de peso y de las comorbilidades en pacientes obesos. Este procedimiento es técnicamente más sencillo y demanda menor tiempo quirúrgico que otros como el By Pass Gástrico. Técnicamente aún no está claro el beneficio de una sutura invaginante sobre la línea de stapler de la gastrectomía.

Objetivo: Evaluar el beneficio de una sutura invaginante sobre la línea de stapler de la gastrectomía en pacientes sometido a manga gástrica laparoscópica; evaluando la morbi-mortalidad y tiempo quirúrgico del procedimiento.

Métodos: Estudio prospectivo desde junio/2007 a enero/2008 en pacientes sometidos a manga gástrica laparoscópica en el Hospital Salvador. Se aleatorizó al azar en dos grupos, con sutura invaginante (Grupo A = 7 pacientes) y sin dicha sutura (Grupo B = 5 pacientes).

Resultados: Ambos grupos comparables en cuanto a edad promedio (41,1 vs 44,4 años), IMC promedio (43,1Kg/mt² vs 43,6 Kg/mt²); entre grupos A y B respectivamente. Tiempo quirúrgico promedio entre grupo A y B (100min vs 82min). Mayor morbilidad del grupo sin sutura invaginante (40% vs 0%) debido a dos pacientes con hemoperitoneo por un sangrado en la línea de stapler de la gastrectomía;

ambos se resolvieron por vía laparoscópica dentro de las primeras 24 horas postoperatorias y sin mortalidad. Estas complicaciones prolongaron la estadía hospitalaria en el grupo B (5,2 días vs 3,8 días).

Conclusiones: Se evidenció una clara diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la morbilidad postoperatoria entre ambos grupos. El grupo de investigación consideró ético suspender el estudio después del segundo caso de hemoperitoneo en los pacientes del Grupo B, ya que se demostró el beneficio de la sutura sobre la línea de stapler de la gastrectomía para garantizar una adecuada hemostasia. Dicha sutura no muestra una diferencia significativa en cuanto a tiempo operatorio.

GASTRECTOMÍA SUBTOTAL VERTICAL TUBULAR ASOCIADA A CIRUGÍA ANTIRREFLUJO EN PACIENTES CON OBESIDAD MODERADA Y REFLUJO GASTROESOFÁGICO

J. Lasen, L. Gutiérrez, I. Braghetto, O. Kom, H. Valladares, Lanzarini E., Inostroza G, A. Sauré, B. Naranjo.
(Departamento Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile.)

Introducción: Los pacientes obesos están predispuestos a presentar reflujo gastroesofágico (RGE). La gastrectomía subtotal vertical tubular o manga por videolaparoscopia (GMVL) se ha convertido en un procedimiento frecuente, en pacientes obesos, con resultados significativos en relación a baja de peso, no así en relación al RGE donde por el contrario predispondría a los pacientes a presentarlo. El objetivo de este trabajo es mostrar la experiencia en relación a una técnica combinada de GMVL asociada a calibración cardial (CC) en pacientes seleccionados obesos moderados con RGE.

Método: Estudio prospectivo de pacientes obesos moderados con RGE que fueron operados con la técnica combinada de GMVL-CC entre Enero 2005-Julio 2008. Se evaluaron datos demográficos, IMC preoperatorio y del último control además de control endoscópico a los 12 meses.

Resultados: 8 pacientes, edad promedio $37 \pm 11,7$ años (20 a 52 años), IMC preoperatorio $33 \pm 1,9$ kg*m⁻² (30,8 a 35 kg*m⁻²), todos ellos presentaban algún tipo de comorbilidad. Tiempo operatorio 180 ± 25 min sin conversión ni complicaciones intraoperatorias. Estadía hospitalaria 5 ± 1 días (4 a 6 días). Seguimiento entre 1-33 meses encontrándose un IMC promedio de $27,5 \pm 1,4$ kg*m⁻² (26 a 28,7 kg*m⁻²) y EDA a los 12 meses en 4 pacientes sin evidencias de RGE. Además, la mayoría de las enfermedades asociadas a obesidad habían desaparecido al control a los 12 meses. En 4 pacientes no se ha completado el control con EDA a los 12 meses pero están sin complicaciones ni molestias.

Conclusión: La GMVL combinada con una técnica antirreflujo puede ser una cirugía adecuada para pacientes obesos moderados con RGE. La evaluaciones postoperatorias a corto plazo han mostrado resultados promisorios tanto en baja de peso como en resolución del reflujo. Se requiere de mayor número de casos y una randomización adecuada para sacar conclusiones más sólidas.

PROGRAMA PILOTO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO.

Drs. Carlos Cárcamo I; María Aburto; Alejandra Fritis E*; Carmen Garrido**, Juan Díaz B .. Aliro Venturelli L; Carlos Kuschel H; Carlos Banse E.

(Subdepartamento de Cirugía Adultos. Hospital Regional de Valdivia. Instituto de Cirugía. Universidad Austral de Chile.)

*Psicóloga **Nutricionista

Introducción: La cirugía es la única alternativa terapéutica eficaz en la actualidad frente a la obesidad mórbida.

Objetivo: Describir los resultados quirúrgicos inmediatos del programa piloto de cirugía bariátrica del Hospital Regional de Valdivia.

Material y método: estudio descriptivo en el que un equipo multidisciplinario evaluó y seleccionó a 25 pacientes para ser intervenidos entre septiembre de 2007 y abril de 2008. Se determinó la técnica quirúrgica a utilizar según criterios establecidos por guía clínica especialmente confeccionada para ello.

Resultados: Se operaron los 25 pacientes seleccionados. 20 mujeres y 5 hombres. El IMC promedio fue de 48.1 Kg/m² (38-63). Se efectuaron 14 by pass gástrico s abiertos (BPG) una operación de Santoro y 10 gastrectomías tubulares verticales laparoscópicas (GTV). Se usó drenaje en todos los casos. El tiempo operatorio fue de 128 minutos para los BPG y 72 minutos para las GTV. Hubo una filtración de la gastroyeyunoanastomosis, que se reoperó. En las GTV se presentó un hemoperitoneo y una hemorragia digestiva alta, ambos manejados conservadoramente. Se realizó control radio lógico a todos los pacientes. La estadía postoperatoria fue de 5 días para BPG y 3 días para GTV. No hubo mortalidad en la serie. El 100% de los pacientes se encuentra en control.

Conclusión: Los resultados son similares a lo publicado en la literatura especializada, lo que apoyaría la factibilidad de llevar a cabo esta cirugía en nuestro centro.

ATENCIÓN INTEGRAL DE LA OBESIDAD. PROGRAMA GRATUITO PIONERO EN EL SISTEMA PÚBLICO.

Drs. C.Cavalla, C. Biehl, G. Wiedmaier, V. Aravena, L. Luco, E Benhke, Kine 1. Yáñez, Nutr. C. Hormazabal, Ps. A. Serrat A.,

(Servicio de Cirugía Hospital Padre Hurtado. Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad de Desarrollo.)

Introducción: La obesidad es un problema de salud pública creciente en nuestro país. Esta demostrado que el tratamiento debe incluir cirugía bariátrica y manejo multidisciplinario. En Chile, no existe un programa gratuito de atención para la obesidad y los costos de la cirugía son muchas veces la limitante. En el Hospital Padre Hurtado se inició en junio de 2006 el programa de atención integral de la obesidad, destinado a ofrecer terapia completa, supervisada y que incluye cirugía sin costo para los pacientes.

Objetivo: Comunicar la experiencia de la puesta en marcha de este programa a dos años de su funcionamiento.

Material y Métodos: Se inicia en Junio de 2006, los pacientes fueron captados desde los policlínicos asignados al Hospital Padre Hurtado. Se constituyeron tres grupos de trabajo con 25 pacientes cada uno. Se realizan sesiones grupales basándose en el Programa de Prevención de la Diabetes del MINSAL. Aquellos pacientes con indicación de cirugía bariátrica y que cumplieran el requisito de perder el 5 % del exceso de peso y una adhesión y participación al programa se les ingresó a una etapa preoperatoria. La etapa preoperatoria, incluye evaluaciones con exámenes bioquímicos, de imágenes y entrevistas

con psiquiatría, nutriólogos y cirujanos. Se realizaron tres tipos de procedimientos (Banda Gástrica, Gastrectomía en Manga y Bypass Gástrico) todos por vía laparoscópica. Los costos asociados a la cirugía fueron financiados en su totalidad por el Hospital.

Resultados: Los tres grupos sumaron 70 pacientes con un 85% de asistencia a las sesiones. El IMC de ingreso promedio al programa fue de 50,6. A la etapa preoperatoria han ingresado 30 pacientes con un IMC preoperatorio promedio de 47,3. Se han realizado 30 cirugías (3 Bandas Gástricas, 12 Bypass Gástricos y 15 Gastrectomías en Mangas), el 100% de los procedimientos se realizó por laparoscopia sin conversiones. No hay mortalidad en la serie. El seguimiento hasta la fecha muestra rangos de pérdida de exceso de peso que van entre 64 a 86% según la técnica. La satisfacción del usuario es de 100 %

Conclusión: Los resultados obtenidos en esta pequeña serie demuestran que es posible llevar a cabo en forma segura y efectiva un programa de atención integral de la obesidad para pacientes beneficiarios del sistema público de salud.

BYPASS GASTRICO: SEGUIMIENTO CON ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) A 5 AÑOS POST CIRUGÍA BARIÁTRICA.

A. Csendes¹, C. Taladriz², A. Navarrete², D. Roizblatt³, A. Burgos⁴.

¹: Jefe Depto. de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile.

²: Capacitante cirugía general. Hospital Clínico Universidad de Chile.

³: Residente cirugía general. Hospital Clínico Universidad de Chile.

⁴: Cirujano, depto. de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile.

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

Introducción: Múltiples estudios muestran los resultados de la cirugía de bypass gástrico a largo plazo para pacientes obesos, logrando una baja sostenida en el índice de masa corporal (IMC).

Con el presente trabajo se desea saber qué sucede a los 5 años post cirugía de by pass gástrico, en los pacientes operados en nuestro hospital.

Método: Revisión retrospectiva de fichas clínicas en pacientes sometidos a bypass gástrico que tengan al menos 5 años desde la fecha de la cirugía.

Registramos datos demográficos e IMC preoperatorio, al año y a los 5 años post cirugía. Se excluyen aquellos pacientes con datos incompletos. Se utiliza Microsoft Excel para tabular los datos.

Resultados: A la fecha 51 pacientes con seguimiento completo. Edad promedio: 38.8 años DS: 12 años. 7(13.7%) hombres. 44(86.3%) mujeres.

Largo promedio asa alimentaria: 109.6 cm (125-60 cm). El IMC promedio preoperatorio fue de 40.2 Kg/M². DS: 4.14 Kg/M². Al año el IMC promedio fue de 28.6 Kg/M² con una DS: 2.99 Kg/M² y a los 5 años un IMC promedio de 30.1 Kg/M² con una DS: 3.8 Kg/M².

Conclusiones: Se observa una baja considerable de peso en los pacientes obesos operados con técnica de by pass gástrico, con una caída de cerca de 10 kg/M² en el IMC comparando el preoperatorio con un seguimiento a 5 años.

SEGUIMIENTO A 5 AÑOS DE BYPASS GÁSTRICO EN Y-DE-ROUX LAPAROSCÓPICO (BGL).

Drs. 1. Salinas; C. Boza, C. Gamboa, D. Turiel, A. Esca-

Iona; G. Pérez; A. Raddatz; S. Guzmán; F. Crovari; L. Ibañez.
(Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile.)

Introducción: El BGL se considera el gold-standard en cirugía bariátrica, con excelentes resultados a largo plazo. El objetivo de este estudio es describir los resultados en términos de baja de peso, evolución de comorbilidades y complicaciones en pacientes sometidos a BGL con más de 5 años de seguimiento.

Material y método: Análisis de nuestra base de datos electrónica y prospectiva. Se identificaron 91 pacientes con más de 5 años post-BGL. Se registró las variables pre y perioperatorias, además de las complicaciones tempranas y tardías, resolución de comorbilidades y el porcentaje de pérdida del exceso de peso (%PEP).

Resultados: Se obtuvo registro de 67 pacientes (73.6% de seguimiento). El 89.5% fueron mujeres. La edad promedio fue de 34.5±10.9 años. El peso e índice de masa corporal (IMC) preoperatorios fueron de 103.5±14.1 kg y 38.9±4.5 kg/m² respectivamente. Las comorbilidades metabólicas más comunes fueron dislipidemia (DLP) 68.8%, insulinoresistencia (IR) 48.4%, hipertensión arterial (HT A) 31.3% Y diabetes mellitus tipo 2 (DM2) 7.8%. Conversión a técnica abierta en 7 (10.4%) pacientes. El tiempo operatorio fue de 150±56.3 minutos, la estancia hospitalaria fue de 3.5±1.0 días No hubo mortalidad en esta serie. Cinco (7.5%) pacientes tuvieron que ser reoperados por íleo mecánico durante los primeros 30 días post-BGL. El %PEP a 1 y 5 años fue de 100.3±24.8% Y 92.3±26.1 % respectivamente. La evolución de las comorbilidades a 5 años fue (%curación/%mejoría) de 60/30 para HT A, 75/25 para DM2, 100/0 para IR y 93/7 para DLP. Complicaciones precoces fueron registradas en 11 pacientes, principalmente por íleo mecánico (5) y estenosis gastroyeyunales (3). Hubo complicaciones tardías en 22 (32.8%) pacientes, principalmente por íleo mecánico (7), colelitiasis (6) y estenosis gastroyeyunal (5).

Conclusión: Nuestros resultados son compatibles con el concepto de gold-standard del BGL, principalmente por sus resultados a largo plazo.

EMBARAZO LUEGO DE BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX

Drs. J.I. Fernández, Int. C. Weiss, J.A. Iglesias, Drs. C. Boza, A. Escalona, A. González, S. Urzúa, EU. D Turiel, Dr. G. Pérez.

(Departamento de Cirugía Digestiva y Pediatría. Facultad de Medicina. Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile.)

Introducción: El 2,3% de la población femenina chilena sufre obesidad mórbida, encontrándose la mitad en edad fértil. La cirugía bariátrica pudiera reducir complicaciones maternas y neonatales derivadas de la obesidad; pero presenta el riesgo de alterar el correcto desarrollo fetal. El objetivo de este trabajo es analizar los resultados del embarazo, parto y del recién nacido, de pacientes sometidas a bypass gástrico en Y de Roux (BPGYR).

Material y Métodos: Se analizaron datos demográficos, cambio de peso durante el embarazo, desenlace del parto, complicaciones maternas y neonatales de pacientes sometidas a BPGYR. Se comparó con los embarazos y partos registrados durante el año 2007 en pacientes sin cirugía bariátrica previa.

Resultados: 32 pacientes sometidas a BPGYR,

presentaron 36 embarazos, con una edad de 34,8±5,8 años e IMC de 27,9±4,4 Kg/m². Los embarazos se produjeron en promedio a los 27 meses postoperatorios. El incremento de peso promedio fue 8,5±7,1Kg. En 5 embarazos (15%) se produjeron complicaciones maternas. La resolución de 24 embarazos (67%) fue mediante cesárea. Se registraron 32 partos de término (89%) y 4 partos de pretermino (11 %). El peso promedio de los recién nacidos (RN) fue de 3164±574grs., observando 5 RN (14%) con peso menor a 2500 grs. (cuatro prematuros y uno con RCIU) y sólo uno (2,8%) mayor a 4000grs. 14 pacientes presentaban embarazos previo al BPGYR, de las cuales el 100% evaluaron mejor el embarazo post BPGYR. Al comparar con los resultados de 1467 pacientes no operadas, se observó un menor incremento de peso materno en el grupo BPGYR, y no hubo diferencias en cuanto a diabetes mellitus gestacional y macrosomía. El porcentaje de cesáreas y RN de bajo peso fue significativamente mayor en el grupo BPGYR.

Discusión: Los resultados del embarazo, parto y del RN son seguros y satisfactorios en la mayoría de las pacientes sometidas a BPGYR.

CIRUGÍA BARIÁTRICA EN ADOLESCENTES: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE.

Drs. R. Yáñez, C. Gamboa, G. Pérez, C. Boza, S. Guzmán, L. Ibañez, EU D. Turiel, A. Escalona.

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

Introducción: Se conocen los resultados de la cirugía bariátrica en adultos, sin embargo los pacientes adolescentes no han sido bien caracterizados, por lo que resulta interesante dar a conocer la experiencia de este tipo de cirugía en este grupo de pacientes, en cuanto a técnicas utilizadas, resultados y calidad de vida.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo de los pacientes con edad menor o igual a 19 años de edad sometidos a cirugía bariátrica entre los años 1997-2007 en Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica. Se analizó técnica, resultados y calidad de vida según escala Moorehead-Aldert un año después de la cirugía.

Resultados: Entre los años 1997 y 2007, 91 pacientes menores de 19 años fueron sometidos a cirugía por obesidad. La edad e IMC promedio fue de 17,6±1,3 años y 40,2±5,5 (38-59) kg/m² respectivamente. El 75% de los pacientes fueron de sexo femenino. El 10,8% presentó comorbilidades: dislipidemia 6,5%; diabetes tipo 2 5,4%. La distribución según técnica: 29,6% bypass gástrico (BPG) abierto, 46,2% BPG laparoscópico, 14,3% banda gástrica, 10,9% gastrectomía en manga. El IMC promedio a los 12 meses fue de 27,4±0,7; 26,1±1,3 y 31±1,7 para BPG, gastrectomía en manga y banda gástrica respectivamente, con diferencia significativa (p<0,05) entre los resultados del BPG y gastrectomía en manga con respecto a la banda gástrica. Todos los pacientes resolvieron sus comorbilidades. La calidad de vida mejoró significativamente en todos los grupos obteniendo 1;82; 1,94 Y 1,77 puntos las técnicas de BPG, gastrectomía en manga y banda gástrica respectivamente, sin llegar a ser significativa la diferencia (p<0,1).

Conclusiones: Tanto el BPG como la gastrectomía en manga son técnicas quirúrgicas con buen resultado a largo plazo en pacientes adolescentes sometidos a cirugía bariátrica, presentan disminución significativa del IMC y mejoría en la calidad de vida, resolviendo a la vez las comorbilidades.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A DESORDENES ALIMENTARIOS EN CANDIDATOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA.

J. Contreras, S. Navarrete, I. Darvich, I. Bravo, D. Villao (Departamento de Psiquiatría y Cirugía Bariátrica, Clínica Santa María.)

Introducción: La importancia de la evaluación psicológica de candidatos a cirugía bariátrica está basada en la capacidad de predecir la conducta alimentaria después de la cirugía.

Métodos: Estudio retrospectivo, realizado en pacientes candidatos a cirugía bariátrica en la Clínica Santa María, desde el año 2005 al 2008. Se seleccionó secuencialmente de nuestra rutina clínica a dos grupos con 100 pacientes cada uno. Grupo A: con IMC < 40Kg/m² y Grupo B: con IMC > 40Kg/m². Como parte integral de nuestra evaluación preoperatoria, todos los pacientes fueron evaluados con el test de EDI-1 (Eating Disorder Inventory) y STAI (State Trait Anxiety). La edad fue distribuida con una mediana de 36 años (rango: 19 - 61 años) para el Grupo A y de 40 años (rango: 15 - 63 años) para el grupo B. La distribución de sexo fue de 66% mujeres y 54% hombres respectivamente.

Resultados: Se encontró diferencia significativa (student test $p < 0,05$) por sexo, para pacientes del Grupo A en 6 variables del test EDI-1 y en 1 variable del test STAI. Para el Grupo B, las diferencias por sexo fueron restringidas a 3 variables en el test EDI-1. Comparando los grupos A y B, los hombres presentaron diferencias significativas en solamente 3 variables del test EDI-1 y 1 variable del test STAI. Para las mujeres las diferencias por IMC se presentaron en 2 variables del test EDI-1.

Conclusiones: Las mujeres candidatas a cirugía bariátrica, con IMC < 40Kg/m², muestran una conducta diferente que los hombres (6 variables EDI-1, 1 STAI). Las diferencias por sexo de acuerdo al IMC (<40 vs >40Kg/m²) es mucho menor. (2 variables EDI-1, 3 EDI-1 Y 1 STAI respectivamente).

El grupo de variables psicológicas relacionando los desórdenes alimentarios e identificando como diferencia significativas por sexo e IMC pueden ser usadas como base para un índice de riesgo para predecir la conducta alimentaria de pacientes después de cirugía bariátrica.

RESULTADOS DEL BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO (BGL) EN 114 PACIENTES SUPEROBESOS.

Drs. C. Gamboa, C. Boza, J. Salinas, R. Yañez, G. Pérez, A. Escalona, S. Guzmán, L. Ibañez. (Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile.)

Introducción: Los pacientes superobesos son aquellos con índice de masa corporal (IMC) 2:50 kg/m², grupo de mayor riesgo, por lo que el objetivo de nuestro trabajo es analizar los resultados del BGL en pacientes superobesos.

Pacientes y Método: Estudio prospectivo de los pacientes con IMC 2: 50 sometidos a BGL entre Mayo de 2002 y Enero de 2008 en el hospital clínico de la Universidad Católica.

Resultados: Se analizó a 114 pacientes, 73 (64%) mujeres, la edad preoperatoria fue 38±10,3 años. El IMC preoperatorio 53,9±3,9 kg/m². Presentaban comorbilidades 88 pacientes (77,2%), las más comunes: insulinoresistencia 80%, dislipidemia 40,9%, hipertensión arterial 7,9% y diabetes mellitus tipo 2 en 5,6%. En tres

casos (2,6%) se debió convertir a cirugía abierta. El tiempo operatorio fue 119,4±45 minutos. La estancia hospitalaria fue 4,2±7,6 días, no se reportó mortalidad. Reintervención durante los primeros 30 días se realizó en solo un paciente por una hernia interna. El seguimiento de los 114 pacientes fue de 17,3±13,4 meses. Pérdida del exceso de peso: 69,7±14,9% a un año; 71±15,8% a dos años y 64,5±17,6% a los tres años. Todos los pacientes mejoraron o resolvieron sus comorbilidades después de un año. Las complicaciones tempranas y tardías se presentaron en 4,2 % y 5,5% respectivamente.

Conclusión: El BGL es seguro y efectivo como tratamiento quirúrgico para los pacientes superobesos y presenta una baja tasa de complicaciones.

SOBREEXPRESIÓN DE 11β-HIDROXISTEROIDE DESHIDROGENASA TIPO I (11β-HSD1) EN TEJIDO ADIPOSITO SUBCUTÁNEO DE PACIENTES OBESOS MÓRBIDOS SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA.

Drs. R. Muñoz^{1,2}, C. Gamboa, C. Carvajal³, A. Escalona¹, C. Boza¹, G. Pérez¹, L. Ibañez¹, C. Fardella³.

¹Departamento de Cirugía Digestiva, ²programa Doctorado en Ciencias Médicas, ³Departamento de Endocrinología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La 11β-HSD1 es una enzima que cataliza la conversión de cortisona a cortisol activo. Su expresión en tejido adiposo se asocia con obesidad y algunos trastornos metabólicos asociados. Existen controversias con respecto a que depósito de tejido adiposo tiene mayor expresión de 11β-HSD1, tejido adiposo subcutáneo (TAS) o visceral (TAV). El objetivo de este trabajo fue determinar la expresión de 11β-HSD1 en TAS y TAV de pacientes obesos mórbidos y evaluar su asociación con síndrome metabólico.

Pacientes y Métodos: Se obtuvieron muestras pareadas de TAS y TAV de 32 pacientes. El promedio de edad e IMC fue de 40,2±12,3 años y 36,7±3,8 kg/m² respectivamente. Los pacientes fueron sometidos a gastrectomía en manga o bypass gástrico laparoscópico. La expresión génica de 11β-HSD1 se determinó por medio de la reacción de polimerasa en cadena en tiempo real (qPCR). La asociación entre 11β-HSD1, variables metabólicas y clínicas se evaluó por medio de la correlación Spearman.

Resultados: 11β-HSD1 tuvo mayor expresión en TAS que en TAV, con una media de expresión de 11,4 unidades arbitrarias (UA) y 7,8 UA, respectivamente ($p=0,03$). La expresión de 11β-HSD1 en TAS se correlacionó negativamente con la expresión de 11β-HSD1 en TAV ($r=-0,6, p=0,018$) y positivamente con el perímetro de cintura ($r=0,66, p=0,018$). La expresión de 11β-HSD1 en TAS aumentó de acuerdo al grado de obesidad. La expresión de 11β-HSD1 en TAS o TAV no se asoció con glicemia de ayuno ($r=0,15, p=NS$), colesterol total ($r=0,13, p=NS$), triglicéridos ($r=0,04, p=NS$) y HDL ($r=-0,16, p=NS$). Sin embargo, la expresión de TAS fue mayor en pacientes con síndrome metabólico que en los que no lo presentaban.

Conclusión: La expresión de 11β-HSD1 es mayor en TAS que TAV. Estos hallazgos muestran la importancia que puede tener el TAS en la obesidad y secundariamente en el desarrollo de sus trastornos metabólicos asociados.

REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE ÚLCERA MARGINAL PERFORADA POSTERIOR A BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO EN Y-ROUX (BPGL)

Drs. D. Awruch, R. Yáñez, G. Pérez, C. Boza, EU D. Turiel, L. Ibañez, A. Escalona.
(Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile.)

Introducción: El bypass gástrico a pesar de tener buenos resultados, puede presentar complicaciones tales como la úlcera de la boca anastomótica, pudiendo ser asintomática o manifestarse con dolor abdominal, sangrado o perforación. Presentamos la experiencia en el tratamiento quirúrgico laparoscópico de la perforación de úlcera de boca anastomótica en nuestro centro universitario.

Pacientes y Método: Análisis retrospectivo de todos los pacientes sometidos a BPGL entre los años 2001-2008 que presentaron perforación de úlcera de boca anastomótica tratados en Hospital Clínico UC. Durante el periodo analizado 1647 pacientes fueron sometidos a BPGL. Siete pacientes (0,43 %) presentaron perforación de úlcera de boca anastomótica, cinco de ellos fueron evaluados a nuestro centro asistencial y operados con técnica laparoscópica. Los dos pacientes restantes fueron evaluados y tratados en otro centro.

Resultados: La edad e IMC promedio al momento del bypass de los cinco pacientes tratados en nuestra institución fue de 31 ± 3 años y $36,2\pm 2,8$ kg/m² respectivamente, 80% eran mujeres, sin consumo crónico de AINES, H.Pylori (+)75%, sin úlceras gástricas previas, dos con tabaquismo (+). La presentación de la perforación de la úlcera de boca anastomótica fue en promedio a los $18,5\pm 1$ O meses después del BPGL, IMC 31 ± 2 kg/m² y pérdida de exceso de peso de $83\pm 10\%$. Los síntomas fueron dolor (100%), náuseas (50%), vómitos (50%), ninguno presentó hematemesis ni melena. El recuento de leucocitos al ingreso $14.950/uL$, hematocrito $37,7$ mg/dl y PCR 33 mg/dl en promedio. Se realizó T AC-abdominal el que demostró neumoperitoneo en todos, siendo operados con técnica laparoscópica con sutura de la úlcera perforada. El tiempo operatorio promedio fue de 83 ± 20 minutos. No hubo necesidad de conversión a cirugía abierta ni se observaron complicaciones postoperatorias.

Conclusión: El abordaje laparoscópico es una técnica adecuada para la resolución de la úlcera marginal perforada en pacientes sometidos a BPGL.

COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS EN 1500 CASOS DE BYPASS GÁSTRICO EN Y-DE-ROUX LAPAROSCÓPICO (BGL)

Drs. C. Boza, I. Salinas, C. Gamboa, G. Pérez, A. Escalona, F. Crovari, F. Pimentel, D. Turiel, L. Ibañez.
(Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile.)

Introducción: En centros especializados y de alto volumen el BGL tiene baja morbilidad y mortalidad. El objetivo de este estudio es analizar las complicaciones quirúrgicas de los primeros 1500 casos de BGL realizados en nuestra institución.

Material y Método: Análisis de nuestra base de datos electrónica y prospectiva, de todos los pacientes sometidos a BGL entre julio de 2001 y agosto de 2007.

Resultados: El BGL fue realizado en 1500 pacientes durante este periodo (75% mujeres). La edad preoperatoria fue $37,2$ años y el índice de masa corporal (IMC) fue de $40,5\pm 5,2$ kg/m². Se debió convertir a técnica

abierta en 1,3% de los casos. Complicaciones tempranas ocurrieron en 6,5% de los casos, las causas más comunes fueron: estenosis gastroyeyunal 1,73%; obstrucción intestinal 0,87%, hemorragia digestiva alta 0,73% y hemoperitoneo 0,53%. La reoperación durante los primeros 30 días fue realizada en 2% de los pacientes, las causas más comunes fueron: filtración gastroyeyunal 0,87%; obstrucción intestinal 0,8% y absceso abdominal 0,2%. Complicaciones tardías se presentaron en 13,9% de los casos, las causas más comunes: estenosis gastroyeyunal 5,3%; colelitiasis 4,2%, obstrucción intestinal 3,5% y hernia incisional en 0,7%. No fue reportada mortalidad a los 5 años de seguimiento.

Conclusión: Las complicaciones del BGL son de baja frecuencia y no presenta mortalidad a los 5 años de seguimiento, siendo una técnica segura como tratamiento bariátrico en un centro de alto volumen.

CONVERSIÓN DE BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE (BGA) A BYPASS GÁSTRICO EN Y-DE-ROUX (BGYR) O A GASTRECTOMÍA EN MANGA LAPAROSCÓPICA (GML): REVISIÓN DE 21 CASOS

Drs. J. Salinas, C. Boza, D. Awruch, C. Gamboa, A. Escalona; G. Pérez; F. Pimentel; L. Ibañez.

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

Introducción: La BGA es uno de los procedimientos bariátricos menos invasivos, sin embargo se asocia a altas tasas de reoperación debido a complicaciones, baja de peso inadecuada o por mala tolerancia. El objetivo de nuestro estudio es analizar a 21 pacientes sometidos a GML o a BGYR como procedimiento revisional de una BGA fallida.

Material y Método: Análisis de 21 pacientes con una BGA que fueron convertidos a BGYR o a GML, durante enero 2000 a abril 2007.

Resultados: Seis pacientes (4 mujeres) fueron convertidos a GML, edad preoperatoria $39,8\pm 8,3$ años, peso e IMC preoperatorio fue de $93,2\pm 6,7$ kg Y $33,1\pm 1,7$ kg/m². La GML fue indicada por desplazamiento (3), baja de peso inadecuada (2) y por intolerancia a la banda (1). Tres casos fueron realizados en dos tiempos. La estadía hospitalaria fue de $2,7\pm 1,2$ días. No hubieron conversión a técnica abierta ni complicaciones. El seguimiento fue de $7,5\pm 1,4$ meses y la pérdida del exceso de peso fue de $81,4\pm 31,0\%$. Quince pacientes (7 mujeres) fueron convertidos a BGYR. Se realizó vía laparoscópica en 8 pacientes. La edad preoperatoria $38,1\pm 10,9$ años, el peso e IMC preoperatorio $119,1\pm 28,9$ kg y $40,3\pm 7,6$ kg/m² respectivamente. El BGYR fue indicado por baja de peso inadecuada y/o por mala tolerancia a la banda. Siete casos fueron realizados en dos tiempos. La estadía hospitalaria fue de $3,9\pm 1,6$ días. Sólo se presentó una complicación debido a íleo mecánico a 6 meses de seguimiento. El seguimiento fue de $23,8\pm 18$ meses y la pérdida del exceso de peso fue de $102,7\pm 56,4\%$. Todos los pacientes mejoraron o curaron sus comorbilidades preoperatorias. No hubo mortalidad en esta serie.

Conclusión: Nuestros datos sugieren que tanto la GML como el BGYR son alternativas seguras y eficaces como procedimiento revisional después de la BGA complicada o fallida.

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

EVOLUCIÓN Y FACTORES DE PRONÓSTICO EN CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES (CDT)

O. Iribarren^{1,2}, N. Velasco^{1,2}, M. Sepúlveda³, P. Huidobro^{2,4}, H. Núñez⁴, M. Villalón^{2,4}, I.A. Madariaga^{2,5}, C. Barría⁵.

Servicios de Cirugía (1) y Patología (5), Hospital de Coquimbo y (Unidad de Oncología (4) Hospital de La Serena.)

Facultad de Medicina Universidad Católica del Norte (2) Alumno Escuela de Medicina, Universidad Católica del Norte (3)

Los objetivos del estudio son identificar la presentación y evolución del cáncer diferenciado de tiroides; definir la curva de supervivencia para los tipos histológicos e identificar los factores clínicos e histológicos de mal pronóstico del CDT.

Se presentan 89 pacientes portadores de cáncer diferenciado (papilar y folicular) de tiroides (75 CP y 13 CF) tratados en los hospitales de Coquimbo y La Serena, entre 1984 y 2007. La presentación de ambos tumores fue similar. La media de seguimiento fue 53 meses. El 75 % de los pacientes tuvo un seguimiento de 7 años y 86.4 % de los pacientes (64 cáncer papilar y 12 cáncer folicular) se encuentran vivos y libres de enfermedad; el intervalo libre de enfermedad fue de 52.7 meses (rango 3 meses - 16 años).

La sobrevida actuarial a 10 diez años para cáncer papilar, es de 84 % y, para cáncer folicular de 100 %. Por estadios, a los 10 años la sobrevida es de 100 % en estadio I, 92 % en estadio n, 68 % en estadio III y 0 % en estadio IV.

El riesgo de muerte se asoció a la presencia de metástasis distantes, T4 e infiltración histológica vascular y/o linfática ($p=0.02$). Otros factores no mostraron asociación: tamaño del tumor < T4, compromiso de linfonodos, invasión extracapsular y, multifocalidad histológica. Sin embargo, el RR se incrementa 2.7 y 9 veces con invasión linfática o con presencia de metástasis, 1.6 veces con el aumento del tamaño tumoral y, 1.33 con multifocalidad neoplásica en la glándula. La presencia de metástasis linfáticas en cáncer papilar representa un RR de 1.22.

Aunque el seguimiento de esta casuística es reducido, los resultados sugieren que el mal pronóstico se asocia, fundamentalmente, a compromiso linfático y metástasis a distancia y, por otra parte, que el planteamiento terapéutico quirúrgico ha resultado efectivo para el control de la enfermedad.

TUMOR DE CÉLULAS GERMINALES EXTRAGONADAL (SUPRACLA VICULAR):

PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.

Drs. F. Uribe, M. González P., L. Rocha, P. Laime.

(Hospital Barros Luco Trudeau, Depto. Cirugía Cabeza y Cuello, Universidad de Chile.)

INTRODUCCIÓN: Los tumores de células germinales son neoplasias derivadas de las células germinales primordiales. Se presentan con mayor frecuencia en hombres (3:1) Y generalmente en adultos jóvenes. Los extragonadales, raros (3-5% del total), son neoplasmas de rápida evolución y pueden surgir prácticamente en cualquier lugar, pero típicamente el sitio de origen está en la línea media (mediastino, retroperitoneo o glándula pineal). El presente caso clínico se refiere a un tumor de células germinales de ubicación supraclavicular sin primario testicular demostrado.

Materiales y Método: Análisis completo de ficha clínica de un caso, evaluación de paciente, exámenes de laboratorio e imagenológicos y revisión de informes anátomo-patológicos.

Resultados: Paciente de 40 años con historia de tumor supraclavicular izquierdo de un año de evolución, por lo que es derivado a Cirugía de Cabeza y Cuello del HBLT en octubre de 2002, donde se realiza biopsia incisional. Ésta informa carcinoma embrionario, confirmado con estudio de inmunohistoquímica. Radiografía de tórax y ecografía abdominal normales. Ecografía testicular normal con microlitiasis. aFP elevada con HCG y LDH normales. Se realiza TAC de cuello y tórax: masa invade mediastino. Por ello, se realiza sólo QMT (BEP), con buena respuesta. En 2003 se controla con TAC, que muestra tumor retroperitoneal que responde a QMT de rescate. En 2004 nueva tumoración supraclavicular, con resultado de teratoma maduro e inmaduro. Se realiza RT con buen resultado y PET posterior sin evidencia de tumor. En 2008 nuevo tumor, al que se realiza biopsia excisional con resultado de Schwannoma coexistente con un teratoma.

Conclusión: Los tumores de células germinales extragonadales, si bien son muy raros -existiendo 1000 casos descritos en la literatura mundial-, pueden presentarse en cualquier localización, principalmente en la línea media. Sin embargo, pueden desarrollarse en la zona cervical lateral, a propósito de este caso clínico.

EVALUACIÓN PROSPECTIVA DE PARATIROIDECTOMÍAS EN EL TRATAMIENTO DEL HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO EN EL HOSPITAL BASE DE VALDIVIA.

J.A. Pérez, M. Gabrielli, M. Born, P. Troncoso.
(Instituto de Cirugía, Universidad Austral de Chile.)
(Subdepartamento de Cirugía, Hospital Base Valdivia.)

Introducción: La insuficiencia renal crónica es la principal causa de hipertrofia paratiroidea y del aumento de los niveles de parathormona. En casos avanzados de insuficiencia renal, cuando el hiperparatiroidismo secundario es refractario al tratamiento médico se recurre a la

paratiroidectomía.

Objetivo: Caracterizar una población y evaluar los efectos clínicos de la paratiroidectomía efectuada en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal con sintomatología importante de hiperparatiroidismo y determinar la recurrencia de la enfermedad posterior a la cirugía.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo observacional, de pacientes con hiperparatiroidismo secundario a insuficiencia renal, que ingresaron al subdepartamento de cirugía del Hospital Base de Valdivia, entre abril de 1999 y noviembre de 2006 y que participaron voluntariamente en un protocolo preestablecido. Previo a la cirugía los pacientes contaban con niveles séricos de PTH, Ca, P, Ca x P los que fueron repetidos al alta y a los 6 meses. A todos se les realizó un cintigrama paratiroideo.

Resultados: La serie incluye a 33 pacientes, con promedio de edad de 43 años. Todos fueron sometidos a paratiroidectomía subtotal o total más autotrasplante. En el postoperatorio un enfermo presentó un hematoma cervical, que ameritó una reintervención quirúrgica, con evolución posterior satisfactoria. Los niveles de PTH al alta y a los 6 meses de operados los pacientes, fue en promedio de 832 pmol/lit y 212 pmol/lit respectivamente. Todos los pacientes que manifestaron dolor óseo como síntoma principal, advirtieron una notable disminución subjetiva del dolor a la mañana siguiente de la cirugía. Un paciente (3%) evolucionó hacia la recidiva de su hiperfunción paratiroidea.

Conclusión: La paratiroidectomía es un procedimiento seguro, que resulta efectivo para aliviar rápidamente la sintomatología que afecta a este tipo de pacientes y que el porcentaje de recidiva que hemos constatado en un seguimiento a seis meses postoperatorio es bajo.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO CON DETERMINACION DE PTH INTRA OPERATORIA

A. Ortiz, O. Andrade, B. Koffmann, M. Nicola
(Unidad de Cirugía Oncológica S. de Cirugía H. San Borja-Arriaran Dpto. de Cirugía Centro U de Chile.)

Introducción: El hiperparatiroidismo secundario es una complicación frecuente de la insuficiencia renal crónica de larga data y de acuerdo con la severidad de sus síntomas o la cuantía del daño puede tener indicación quirúrgica. La cirugía habitual es la paratiroidectomía total o subtotal de las glándulas hiperplásicas. Los exámenes de imágenes pre op son de muy bajo rendimiento. Asimismo el principal rendimiento de la biopsia rápida es la confirmación de la naturaleza paratiroidea del tejido resecaado. También el número de glándulas paratiroideas y su ubicación topográfica es variable. De lo anterior resulta el interés de medir la pth intra op como medida objetiva para detener la exploración y como predictor de curación en el largo plazo, situación que se consigue con seguridad ante caídas de 50% o mas en los niveles de pth.

Material y método: Estudio prospectivo entre diciembre de 2004 y mayo de 2008, incluyendo todos los pacientes con indicación quirúrgica portadores de hiperparatiroidismo secundario a IRC.

Resultados: Son 32 pacientes, 14 mujeres y 17 hombres, con edad promedio de 53 años (28-78). Portadores de IRC desde un tiempo promedio de 29,5 meses (6-120) y con hiperparatiroidismo secundario de 9,4 me-

ses promedio. Cuatro pacientes tenían antecedente de exploración cervical previa y otro el haber sido sometido a alcoholización de gl. paratiroides sin éxito. La pth pre op fluctuó entre 786 y 4333 pg (promedio 1911). Se realizaron 19 paratiroidectomías totales y 12 subtotales. Seis pacientes además recibieron tiroidectomías parciales por bocio nodular incidental. En un paciente (con antecedente de cirugía previa) solo se identificó 1 paratiroides en un remanente tímico y su pth cayo de 4333 a 3616 pg, sin obtenerse la resolución de su hpt La pth intra op fluctuó entre 15,3 y 3616 (promedio 451) obteniéndose niveles predictivos de curación en 31 casos. Veinte de los 32 pacientes evolucionaron con hipocalcemia sintomática y en otros once asintomática. Luego de 20,3 meses promedio de seguimiento se mantienen curados 31 pacientes.

Conclusión: La determinación de pth intraop es confiable para definir la extensión de la cirugía del hpt 2 y es un buen predictor de curación

CÁNCER DE TIROIDES PEDIÁTRICO EN EL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE VALDIVIA. ANÁLISIS DE UNA SERIE DE CASOS.

J. A. Pérez P, M. Zamorano D, M. Torres S, A. Fuentes R, M. Mancilla Ch.

(Subdepartamento de Cirugía Adulto, Hospital Clínico Regional de Valdivia. Instituto de Cirugía, Universidad Austral de Chile.)

El cáncer de tiroides en edad pediátrica es extremadamente infrecuente y tiene un comportamiento biológico diferente al adulto. El objetivo de este trabajo es analizar la experiencia quirúrgica local en los últimos 27 años.

Estudio de serie de casos, describiendo las características anatomoclínicas, quirúrgicas, resultados del tratamiento y condición actual de los pacientes, analizados mediante estadística descriptiva, realizando curva de sobrevida con método de Kaplan-Meier.

Se intervinieron quirúrgicamente 8 pacientes por cáncer tiroideo, 6 del sexo femenino y 2 del masculino, con edad promedio de 13 años (9 a 15 años). Cinco tenían antecedentes familiares de patología tiroidea. Cuatro presentaron al momento del diagnóstico linfadenopatías metastásicas cervicales, ninguno evidenció diseminación sistémica. Todos presentaban estado eutiroides. El diagnóstico histopatológico concluyó carcinoma papilar en 7 casos y medular en 1. Se realizó tiroidectomía total en 4 pacientes. En 4 se practicó linfadenectomía cervical. No hubo complicaciones postoperatorias inmediatas. En 5 se complementó con radioyodoterapia. Una paciente desarrolló recidiva regional. Al término del estudio 7 llevan vida normal. Una paciente con carcinoma medular esporádico falleció siete años posterior a la cirugía a causa de metástasis pulmonares y hepáticas. El seguimiento promedio de los cánceres papilares fue de 165 meses (108 a 320 meses).

El cáncer de tiroides en edad pediátrica se asocia a una supervivencia prolongada incluso en etapas avanzadas. La extensión de cirugía en los carcinomas papilares debe considerar factores pronósticos como tamaño y extensión del tumor primario, presencia o ausencia de metástasis y ciertamente experiencia y buen juicio del equipo quirúrgico.

QUISTES MAXILARES: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL BARROS LUCCO-TRUDEAU

Drs. P. Laime, M. González P., C. Núñez, L. Rocha, F. Uribe e Internos J.F. Bernlúdez, J.T. González y C.A. Quezada.

(Hospital Barros Luco Trudeau, Depto. Cirugía Cabeza y Cuello, Universidad de Chile.)

Introducción: Los quistes maxilares, de un contenido líquido, semi líquido o gaseoso, se forman a partir del epitelio dental en cualquiera de sus etapas de desarrollo (quistes odontogénicos) o por el atrapamiento de células epiteliales remanentes de las líneas de fusión de la cara (quistes no odontogénicos). Pueden aparecer como consecuencia de una reacción inflamatoria (quistes inflamatorios) o por causa desconocida (quistes de desarrollo). Presentan un comportamiento diverso, pero en general su crecimiento es lento, se pueden infectar, son benignos y rara vez se malignizan. Las manifestaciones clínicas de un quiste dependen del tamaño que alcance. Usualmente estas lesiones son descubiertas en un examen radiológico de rutina.

Objetivo: Analizar las características clínicas, epidemiológicas, diagnóstico diferencial y manejo de los quistes maxilares de los últimos 14 años en nuestro Servicio.

Material y método: Revisión retrospectiva de fichas clínicas de los pacientes con sospecha de quistes maxilares desde el año 1994 a 2007.

Resultado: El número total de pacientes con sospecha de quistes maxilares fue de 17, con predominio del sexo masculino 65% (11), con una media de edad de 38 años. La forma de presentación fue variable, destacando el aumento de volumen, como hallazgo incidental o posterior a la extracción de una pieza dentaria. A todos los pacientes se les realizó estudio radiológico y fueron intervenidos quirúrgicamente, realizándose como procedimiento una quistectomía y curetaje en la mayoría de los casos, con algunas variantes (instilación con solución de Carnoy). En sólo uno se requirió de resección segmentaria mandibular. La histología confirmó que el 52% correspondían a quistes maxilares: 4 queratocistes, 3 quistes dentígenos, y 2 quistes odontogénicos. Los otros correspondieron a otro tipo de lesiones: fibroma osificante, hamartoma, granuloma, ameloblastoma y un caso de osteomielitis.

Conclusiones: Se concluye que las características epidemiológicas y clínicas de este grupo de patología es bastante similar, por lo que la histología juega un papel importante en la definición del diagnóstico.

CÁNCER DE GLÁNDULA SUDORÍPARA, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

M. Vivanco, H. Rojas, F. Contreras, R. Rossi, A. Donoso, R. Torres, Int. F. Patiño, Int. C. Gallardo.

(Servicio Cirugía Hospital Padre Hurtado - Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo.)

Introducción: El carcinoma de glándula sudorípara es extremadamente infrecuente, contando con aproximadamente 200 casos de cánceres de glándulas ecrinas y 38 cánceres de glándulas apocrinas reportados en la literatura mundial. Frecuentemente no es diagnosticado y es un hallazgo a la anatomía patológica. El tratamiento

quirúrgico es el de elección caracterizándose por una resección amplia de la zona afectada además del tejido linfático que drena a la lesión.

Se reporta un caso de un paciente tratado por esta patología en nuestra institución y revisión de la literatura sobre esta patología.

Reporte del caso: Paciente masculino de 64 años con antecedentes de HTA Y DM II en control y tratamiento. Consulta por cuadro de cuatro meses de evolución de aumento de volumen axilar derecho dado por una masa pequeña de 2x2 cms con ulceración central sin asociación a otra sintomatología ni otras masas. Por este motivo es sometido a una biopsia excisional en consultorio la cual informa Adenocarcinoma con patrón sólido glandular.

Con este diagnóstico es derivado a nuestro servicio donde se completa el estudio con TAC tórax, abdomen y pelvis, mamografía y ecotomografía mamaria bilateral, antígeno prostático específico. Todos estos negativos para lesión primaria.

Se procede a realizar el vaciamiento axilar correspondiente, mas la excisión amplia de la cicatriz de la biopsia excisional antigua.

Evaluación histológica de la pieza informa un carcinoma de glándula sudorípara probablemente de origen ecrino con compromiso metastásico de linfonodos regionales.

Actualmente paciente vivo sin evidencias de recidiva local ni a distancia tras 3 meses de seguimiento.

Conclusión: El cáncer de glándulas sudoríparas es extremadamente infrecuente y su diagnóstico es habitualmente un hallazgo en la biopsia diferida.

Por lo reportado en la literatura su pronóstico es pobre y estaría dado básicamente por lo tardío en que se efectúa el diagnóstico. La quimioterapia y radioterapia adyuvante no representaría claros beneficios y su rol sería limitado.

EXPERIENCIA INICIAL EN EL USO DE COLGAJOS LIBRES EN CIRUGÍA DE TUMORES DE CABEZA Y CUELLO.

Drs. F.J.Loyola, C.Pereira, D.Alcocer, M. Valenzuela, G.Mora, J.Cornejo.

(Servicio de cirugía, Hospital Dr. Sotero del Río.)

Introducción: Las ventajas del uso de colgajos libres microvascularizados en la cirugía reconstructiva de tumores avanzados de cabeza y cuello hacen que sea la alternativa de primera elección.

Objetivo: Mostrar la experiencia inicial en el uso de los diferentes colgajos libres.

Material y Método: Se hace un análisis retrospectivo de los pacientes operados desde Enero del 2007 hasta Julio 2008 (18 Meses); analizando diagnóstico, tipo de colgajo realizado y sus complicaciones

Resultados: Se realizan 11 operaciones en pacientes con tumores avanzados de cabeza y cuello que corresponden a 5 colgajos de Radial, 4 de Peroné y 2 de Dorsal ancho. 8 son hombres y 3 mujeres. El promedio de edad fue de 59.6 años. Histológicamente 8 corresponden a carcinomas epidermoides ubicados en: 1 en mejilla y 7 en cavidad oral, 1 ameloblastoma mandibular, 1 a un tumor mixto de paladar y pared lateral de orofarínge y 1 carcinoma adenoideo quístico de base de lengua. Se realiza modelo Estereolitografico en 5 pacientes y usan placas de reconstrucción en 8 pacientes. La vitalidad de los colgajos es de un 100% para el Radial, 50 % Dorsal ancho, 75% para el Peroné. El promedio de duración de la

cirugía es 10.8 hrs, los pacientes salen a ventilación mecánica en promedio 2 días y su estadía UPC es en promedio de 8 días. El promedio de estadía hospitalaria es de 1 mes. Se presenta necrosis y sobre infección con pérdida total de colgajo en 2 pacientes, 1 de Dorsal ancho y 1 de Peroné y dehiscencia parcial de sutura de un colgajo radial en cavidad oral.

Discusión: Este tipo de colgajos permite una reconstrucción prácticamente sin límites, pudiéndose reseccionar lesiones tumorales avanzadas que comprometen diferentes sitio y tipos de tejidos, logrando así una rehabilitación funcional y cosmética de mejor calidad y menor morbilidad.

USO SELECTIVO DE ECOTOMOGRAFÍA INTRAOPERATORIA EN CÁNCER TIROIDEO ¿UN NUEVO ESTÁNDAR? (ESTUDIO PRELIMINAR).

Drs.: R. Rossi F, M. Schiller, H. Rojas, IP. Niedman, A. Madrid, F. Capdeville, L. Castro, R. Rossi M, F. Contreras, E. Horvath, S. M. Tjllis, J.T. Gantz. In1.: M. Canals, B. Riesco.

(Clínica Alemana de Santiago - Facultad de Medicina UDD Clínica Alemana.)

Introducción: Tradicionalmente la indicación y extensión de la disección ganglionar se decidía en base a los hallazgos del examen físico, exploración operatoria, factores de riesgo e histología. La ecotomografía tanto preoperatoria como de seguimiento expuso las limitaciones de este método, encontrando con frecuencia enfermedad subclínica o recurrencia tanto tiroidea como ganglionar. Pese a esto, sigue siendo un desafío el remover todos los nódulos y adenopatías sospechosas en la ecografía preoperatoria, en especial frente a enfermedad extensa, cirugías previas y nódulos pequeños.

Objetivo: Evaluar la utilidad de la ecotomografía intraoperatoria en la identificación de lesiones sospechosas en pacientes con cáncer de tiroides locorregionalmente avanzado y/o recidivado, asegurando su resección y minimizando la disección y sus complicaciones.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes con enfermedad locorregionalmente avanzada o con recurrencias subclínicas. Se realizó una ecotomografía de etapificación preoperatoria graficándose las lesiones tumorales y adenopatías sospechosas. En casos de enfermedad extensa el cirujano realizó la disección correspondiente y el ecografista, a través de la cervicotomía, confirmó la ausencia de enfermedad. En caso de recidivas subclínicas, cirujano y ecografista trabajaron conjuntamente para localizar las lesiones.

Resultados: Se operaron trece pacientes, uno con enfermedad ganglionar primaria extensa y doce con recurrencia ganglionar. Dos de estos tenían además lesiones sospechosas en el lecho tiroideo. La ecotomografía intraoperatoria permitió reseccionar todas las lesiones sospechosas, sin embargo, algunas resultaron ser granulomas y/o adenopatías inflamatorias. La impresión subjetiva del cirujano fue que se facilitó la localización de las recurrencias permitiendo una menor disección y por ende una cirugía más adecuada.

Conclusiones: En casos de enfermedad subclínica extensa, de recurrencias o persistencia ecográfica de carcinoma tiroideo, la ecotomografía intraoperatoria de-

mostró facilitar la identificación del tumor, su disección y aumenta la posibilidad de resección completa (RO). Se deberá realizar un protocolo con mediciones objetivas que permitan confirmar estas observaciones.

METÁSTASIS LINFÁTICA EN LA UNIÓN YUGULO SUBCLAVIA EN CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES. REPORTE DE CASOS.

Dres. JT. Gantz; H. Rojas; JP. Niedman; R. Rossi F.; E. Horvath; M. Schiller; Internos JL. Riquelme, A. Cavagnaro. (Servicio de Cirugía Clínica Alemana de Santiago; Servicio de Imagenología Clínica Alemana de Santiago Servicio de Cirugía Hospital Padre Alberto Hurtado; Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo.)

Introducción: Existe controversia respecto del compromiso metastásico linfonodal del Carcinoma Papilar de Tiroides (CPT). Estudios han mostrado un compromiso linfonodal cervical no palpable aproximadamente en 36% de los pacientes. Es infrecuente la descripción de la unión Subclavio- Yugular, zona no abordada en forma rutinaria en la cirugía. Objetivo: Reportar 2 casos que reflejan esta problemática y describir la técnica ecográfica para optimizar la visualización de la zona. Método: Evaluación de historia clínica y evolución postoperatoria de 2 casos de CPT que posterior a la tiroidectomía total con disección convencional y tratamiento con radio-iodo, presentan recurrencia en nódulos linfáticos yugulo-subclavios.

Conclusión: En el estudio ecográfico preoperatorio de etapificación ganglionar estimamos imprescindible que se visualice la unión yugulo subclavia. Así mismo sugerimos que la disección operatoria, cuando es indicada, sea llevada hasta la unión yugulo subclavia, teniendo presente las complicaciones inherentes que incluyen: lesión vascular, conducto torácico o pleura. Es de notar que estas recurrencias ocurrieron recibiendo I-131.

TUMOR FIBROMIXOIDE OSIFICANTE SIMULANDO UN CÁNCER ANAPLÁSICO DE TIROIDES. REPORTE DE UN CASO

A. Marambio, J. Amat, F. Rodríguez, P. Gac, P. Cabané, M. Villanueva, J.P. Marambio (Equipo Cirugía Endocrino. Departamento de Cirugía. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universidad de Chile.)

Introducción: El tumor fibromixóide osificante (TFO) corresponde a una neoplasia infrecuente, de comportamiento benigno y que presenta recurrencia en un tercio de los casos comportándose como un sarcoma de bajo grado.

Objetivo: Describir el caso de un TFO diagnosticado como un cáncer anaplásico de tiroides.

Caso Clínico: Paciente de 76 años con cuadro de 2 años de evolución de aumento de volumen cervical. Al examen físico destaca masa de 6 x 4 cm. en lóbulo derecho del tiroides, indolora y no adherida a planos profundos. La ecotomografía revela gran formación sólida e hipoecogénica en el espesor del lóbulo derecho con áreas quísticas y calcificaciones. Se planifica la cirugía encontrándose una masa tumoral con prolongación endotorácica y compromiso de la musculatura esofágica. La biopsia rápida es informada como un cáncer anaplásico realizándose solo lobectomía derecha más istmectomía. Buena evolución postoperatoria, se realiza estudio de disemina-

ción (negativo) y tratamiento con radio y quimioterapia. La paciente abandona controles reconsultando 9 años después por cuadro de 1 año de evolución de disfagia progresiva. La RxEED y TAC revelan paso filiforme del contraste a nivel cervical en relación a compresión extrínseca por proceso expansivo tiroideo y la biopsia por punción revela tumor fusocelular mixoide con áreas de atipias leves. Se realiza tiroidectomía total encontrándose masa en todo el lóbulo izquierdo, de 4 x 10 cm., indurada, infiltrando musculatura pretiroidea, faringe y esófago y cuyo polo superior se encuentra calcificado. La biopsia definitiva informa un TFO, con reacción intensa para Vimentina en las células neoplásicas, una reacción (+) para Desmina y Actina en las células fusadas, S-100 y Keratina (-).

Conclusiones: El TFO es una alternativa diagnóstica frente a un tumor cervical sobre todo si presenta áreas calcificadas. Dado su comportamiento benigno con tendencia a la recurrencia e infiltración de estructuras vecinas debe ser resecado completamente.

USO DE ESTEREOLITOGRAFÍA EN TRATAMIENTO DEL CÁNCER CABEZA Y CUELLO

Drs. Diego Alcocer - Francisco Loyola

(Hospital Dr. Sótero del Río)

Cirugía de Cabeza Cuello y Plástica Maxilofacial

Objetivo: Presentar protocolo de trabajo en la planificación y tratamiento del Cáncer Cabeza y Cuello a través del uso de la estereolitografía.

Material y Método: Se analizaron retrospectiva y sistemáticamente 6 enfermos sometidos a diferentes tra-

tamientos de reconstrucción maxilofacial, planificados a través del uso de estereolitografía, durante los años 2007 y 2008. Se consignaron las variables: genero, edad, , sitio del cáncer, tipo de tratamiento utilizado, relaciones espaciales, guías intraoperatorias.

Se toma un scanner y se solicita la confección de estereolitografía maxilar cuando se planifica maxilectomía y maxilomandibular cuando la zona a intervenir es mandibular. En los casos maxilomandibulares se fijan los cóndilos al cráneo con silicona liviana. Se adaptan los elementos de reconstrucción y se procede a la eliminación de la zona tumoral. Se construyen con silicona pesada guías intraoperatorias para repetir la misma adaptación planificada. Se estudia el defecto y construye símil del injerto el que se aplica imitando ángulos requeridos, permitiendo definir la colocación de osteosíntesis sin haber retirado la pieza operatoria del sitio dador.

Resultados: El 100% (6) de la muestra es género masculino; el promedio etario es 56 años (77-19); 2 enfermos corresponden a cáncer de Maxilar y 4 a Mandíbula; uno se reconstruyó con injerto radial Microvascularizado (MV), otro con injerto dorsal ancho MV, otro con colgajo pectoral y 2 con injerto de peroné MV; en los casos mandibulares se solicitó estereolitografías maxilomandibulares para relacionar espacialmente la mandíbula con el cráneo. En todos los casos se confeccionaron guías intraoperatorias que facilitaron la cirugía reconstructiva.

Conclusiones: Es necesario el registro, monitoreo y análisis de la experiencia del equipo de trabajo multidisciplinario dedicado al tratamiento del cáncer de cabeza y cuello en base a injertos libres microvascularizados con el fin de validar el protocolo diseñado.

Seccional: CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA

GROSORES TISULARES FACIALES EN HUMANOS VIVOS CHILENOS PARA APLICACION MEDICO LEGAL
E. Enríquez, M. García-Huidobro, G. Mangelsdorff, E. Torres, R. Prado, P. Vidal, A. Rodríguez
(Departamento de Cirugía Plástica, Pontificia Universidad Católica de Chile, y Policía de Investigaciones de Chile.)

La Reconstrucción Facial Forense ha sido definida como el arte científico de visualizar una cara a partir de un cráneo, con el objetivo de identificar a una persona. Una de las técnicas de reconstrucción facial es la Aproximación Facial Morfométrica, consistente en modelar una cara a partir de un cráneo, utilizando grosores tisulares correspondientes a varios puntos de ésta, obtenidos de tablas de referencia poblacionales. Las mediciones de grosores tisulares faciales disponibles han sido obtenidos principalmente de estudios cadavéricos en poblaciones Europeas y Asiáticas. El objetivo del presente estudio fue obtener mediciones de grosores tisulares faciales en sujetos vivos, chilenos, para ser aplicados en Reconstrucción Facial Forense. Se incluyó pacientes del Hospital Clínico Universidad Católica y Hospital Sótero del Río, midiendo 32 puntos cefalométricos (10 en línea mediana y 11 paramedianos bilaterales). Las mediciones se realizaron bajo anestesia general, previo a cirugías programadas. El grosor tisular se determinó midiendo profundidad de la inserción de una aguja hasta tope óseo. Se analizaron 92 adultos, 51 mujeres y 41 hombres, con edad promedio de 38,4 años (rango de 16-76). Los datos se describieron utilizando mediana y percentiles 25-75. Al comparar grosores medidos en mujeres versus hombres hubo diferencias en cuatro puntos de línea media y ocho paramedianos. En la mayoría de los puntos no se observó correlación con la edad. La comparación de grosores de ambas hemisferas no mostró diferencias importantes. Este estudio constituye un aporte para la implementación de la Aproximación Facial Forense en Chile.

USO DEL VAC (VACUUM ASSISTED CLOSURE) EN EL MANEJO DEL DESFORRAMIENTO POSTRAUMÁTICO
Drs. A. Eulufí, A. Cuadra, H. Norambuena, D. Marré, Int^o F. Becker.
(Clínica Santa María de Santiago.)

Resumen: Los traumatismos de alta energía son cada vez más frecuentes en nuestro medio. Esto conlleva a que el grado de laceraciones y mutilaciones a las cuales se debe ver enfrentado el cirujano plástico en el ámbito reconstructivo sean cada vez mayores y más frecuentes.

Objetivo: Observar el rol del VAC en el manejo del desforramiento postraumático.

Materiales y Método: Desde Abril de 2007 a Junio de 2008 se trataron doce cuadros de desforramiento postraumático en mano, muslo y brazo. Se manejaron con capitonaje quirúrgico agresivo mediante material de

sutura para disminuir los espacios muertos del desforramiento asociado al uso de VAC desde el día 0, buscando disminuir la pérdida de tejido traumatizado, basado en la literatura existente que avalaría el incremento de la perfusión tisular con este sistema.

Resultados: El promedio de hospitalización de los pacientes bordeó el mes (45 ds). Ninguno presentó pérdidas cutáneas superiores al 1 % de la superficie afectada. Dos de los pacientes requirieron de injerto dermoepidérmico de manera complementaria por falta de epitelización de adecuada calidad. No hubo ninguna complicación atribuible al sistema VAC. Subjetivamente consideramos que los resultados obtenidos se encuentran por sobre el promedio habitual de esta patología previo a la introducción del VAC.

Conclusión: A nuestro parecer el VAC es una alternativa terapéutica válida y útil en el manejo del desforramiento postraumático.

APLICACIONES NO TRADICIONALES DEL COLGAJO DE MUSCULO RECTO ABDOMINAL

J. Villegas¹, M. Sepúlveda², G. Mangelsdorff, S. Villegas⁴

¹ Servicio de Quemados. Hospital de Urgencia Asistencia Pública.

² Instituto Traumatológico.

³ Residente de Cirugía Plástica y Reconstructiva P. Universidad Católica de Chile.

⁴ Unidad de Cirugía Plástica y Quemados Hospital Clínico Felix Bulnes.

Introducción: El colgado de musculo o recto abdominal se ha hecho conocido a partir de su aplicación como colgajo musculo cutáneo de recto abdominal transverso en la reconstrucción de mama. En esos casos se usa basado en su pedículo superior pero puede ser igualmente utilizado basado en el inferior.

Objetivo: Diferenciar aplicaciones menos frecuentes en los que el colgajo muscular está indicado como alternativa más costo efectiva de reparación.

Material y método: Se presentan cinco casos. Entre 30 días y 60 años de edad. Dos mujeres, tres varones. Cuatro patologías diferentes: Esternotomía complicada, Politraumatizado con exposición de bypass femoral. Osteosarcoma de pelvis, Exposición de prótesis de cadera y amputación abierta de muslo proximal. Se realizan un colgajo a pedículo proximal, cuatro a pedículo distal, dos de ellos músculo cutáneo.

Resultados: En todos los casos se consigue el objetivo terapéutico. Sin complicaciones en la pared abdominal.

Conclusión: Los excelentes pedículos del colgajo muscular de recto abdominal proveen un amplio arco de rotación permitiendo reparar lesiones infectadas en el tórax, Cubrir prótesis expuestas en cirugía de tumores musculo esqueléticas de la pelvis evitando la desarticulación, lo mismo en los casos de protección de amputaciones abiertas en tercio proximal de muslo. En ausencia de recur-

sos al ternativos proteger y rescatar bypass femorales expuestos .

COLGAJO DE PERFORANTES DE ARTERIA EPIGÁSTRICA SUPERIOR PARA COBERTURA DE DEFECTO CUTÁNEO PRESTERNAL

E. García - Tutor, D. Marré

(Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona, España.)
(Hospital del Trabajador de Santiago.)

Introducción: la irrigación cutánea ha sido sin duda uno de los grandes temas de estudio de la cirugía reconstructiva. La descripción y localización de arterias perforantes tanto en tronco como en extremidades ha llevado al desarrollo de una gran variedad de novedosos colgajos de gran utilidad para la reconstrucción y cobertura de defectos cutáneos. Sus numerosas ventajas tales como la mínima morbilidad de la zona donante, su fácil recuperación postquirúrgica y su gran versatilidad, han sido algunos de los motivos por los que durante las últimas décadas el uso de este tipo de colgajos ha tenido un desarrollo notable, siendo el colgajo DIEP un gran representante de este grupo. Existen diversos estudios anatómicos en los que se describe con gran detalle el sistema epigástrico profundo, representado por las arterias epigástricas superior e inferior y sus respectivas arterias perforantes. Recientemente se ha descrito un tipo de colgajo basado en arterias perforantes de la arteria epigástrica superior para la cobertura de defectos de la región presternal baja.

Material y Método: caso clínico de dehiscencia de borde medial de colgajo de dorsal ancho previamente sometido a radioterapia tratado con colgajo en V-y basado en arteria perforante de epigástrica superior.

Resultados: en controles postoperatorios se evidencia una cobertura completa y estable de la lesión con resultado estético aceptable.

Discusión: los colgajos basados en arterias perforantes de la epigástrica superior son una buena alternativa para la reparación de defectos presternales.

FASCEITIS NECROTIZANTE EN PACIENTE SOMETIDO A LIPOASPIRACIÓN. CASO CLÍNICO

F. Deichler¹, E. Torres¹, R. Ramírez¹, M. García-Huidobro¹, F. León¹, R. Contreras¹, P. Vidal¹.

(Departamento de Cirugía Plástica, Hospital Clínico, Pontificia Universidad Católica de Chile.)

Introducción: La fasciitis necrotizante es poco común y potencialmente fatal. Se presenta posterior a procedimientos quirúrgicos, traumas menores o en piel aparentemente sana. Habitualmente se manifiesta dentro de las primeras 24 horas del postoperatorio, y requiere manejo quirúrgico precoz.

Objetivo: Se presenta un caso de fasciitis necrotizante 18 días después de una liposucción con lipoinyección glútea.

Caso clínico: Paciente mujer, 27 años, sin antecedentes mórbidos. Se realizó liposucción corporal con lipoinyección glútea en otro centro. No asistió a controles médicos precoces, consultando 18 días después de su cirugía por aumento de volumen y dolor en extremidad inferior izquierda. Se realizó ecografía Doppler de extremidades inferiores, diagnosticando TVP ínfero-poplítea izquierda, y quedando en manejo ambulatorio con anticoagulantes. Consultó 48 hrs después a nuestro hospital por aumento del dolor, disnea y fiebre. Se realizó angiotac torácico, demostrando TEP, TVP femoro-poplítea

izquierda con fasciitis necrotizante y gas en todos los compartimientos. Se estabilizó, instaló filtro de VCI y se realizó aseo, llamando la atención zona necrótica de piel en muslo izquierdo. Se manejó en UCI, con soporte ventilatorio, hemodinámico, nutricional y tratamiento antibiótico. Se realizaron 10 aseos quirúrgicos, con curación aspirativa (V.A.C®) entre ellos. Perdió 12% de piel en la extremidad por lo que requirió IDE, quedando con importantes secuelas estéticas y funcionales.

Discusión: La fasciitis necrotizante es una infección rápidamente progresiva, con alta mortalidad. Puede presentarse como evento solitario sin relación directa con el acto quirúrgico. Este caso ilustra que el seguimiento del paciente es necesario y fundamental en el tratamiento quirúrgico.

ADENOMA TUBULAR APOCRINO AXILAR. REPORTE DE 1 CASO

P. Matamala¹, M. Mañana², A. Ibarra³

(Unidad de Anatomía- Patológica Hospital San Juan de Dios, Departamento de Anatomía- Patológica Facultad de Medicina Occidente Universidad de Chile. 2 Unidad de Cirugía de Mama Hospital San Juan de Dios, Departamento de Cirugía Facultad de Medicina Occidente Universidad de Chile. 3 Servicio de Anatomía Patológica Clínica Las Condes.)

Introducción: El Adenoma tubular apocrino también llamado Hidroadenoma túbulo-papilar con diferenciación apocrina, es un tumor benigno de glándulas sudoríparas muy infrecuente que fue descrito en 1972. Se puede presentar en la axila, escápula, mejillas, mama, vulva, región perineal y párpado. Recientemente se ha descrito una forma congénita. Son nódulos circunscritos de crecimiento lento, localizados en la dermis o tejido subcutáneo.

Descripción del caso: Paciente de sexo femenino de 40 años sin antecedentes mórbidos consulta por nódulo axilar izquierdo asintomático de 20 años de evolución. Al examen físico, nódulo bilobulado rojizo, no adherido a planos profundos, firme, no ulcerado y bien delimitado de 2 cm de diámetro. La mamografía muestra mamas densas sin lesiones sospechosas de malignidad. Histológicamente la tumoración está constituida por estructuras tubulares dilatadas intradérmicas. Los túbulos contienen células epiteliales apocrinas sin atipias con secreción por decapitación. Algunos túbulos presentan crecimientos papilares intraluminales. Las mitosis son escasas. Los márgenes son no infiltrantes. Con técnica inmunohistoquímica para Lisozima y GCDFP-15 se confirmó diferenciación apocrina y con Actina la presencia de células mioepiteliales.

Comentarios: Presentamos el caso de un tumor de glándula sudorípara muy infrecuente, que debe ser distinguido del Adenoma ecrina papilar, el cual histológicamente posee características similares, pero con inmunofenotipo de secreción ecrina. Dada la existencia de glándulas apocricinas en la axila, existen autores que afirman que estas lesiones son una sola. Clínicamente se requieren variados diagnósticos diferenciales, entre ellos la metástasis de carcinoma de mama.

COLGAJO MUSCULAR DE GASTROCNEMIUS EXTENDIDO PARA CUBRIR EXTENSAS ZONAS DE EXPOSICIÓN DE TIBIA Y RODILLA

Dr. Wilfredo Calderón F.A.C.S. - Dr. Stefan Danilla

Dr. Patricio Léniz Dr. Sergio Llanos - Al. Daniel Calderón (Servicio de Cirugía Plástica y Quemados, Hospital del Trabajador Santiago - Chile)

Introducción: La cobertura del 1/3 proximal de tibia y rodilla ha sido tradicionalmente, desde su descripción por Mc Craw en 1978 (1), efectuado con colgajo muscular de gastrocnemius con injerto de piel. También se puede realizar cobertura con colgajo miocutáneo en lámina ó en isla (2), para cubrir lesiones de no mucha extensión. El problema se suscita cuando la extensión de la exposición es tal que este músculo no lo logra cubrir. En esta situación hemos desinsertado la porción medial del gastrocnemius y realizado abertura ántero posterior del músculo por la mitad en sus 2/3 partes dístales, de tal forma de obtener un músculo dividido como un abanico. De esta manera hemos logrado cubrir extensas lesiones.

Material y método: Paciente femenino de 26 años con desforramiento completo de la extremidad inferior derecha con exposición extensa de la porción proximal de la tibia y rodilla. El área expuesta era de 18 x 8 cms. Se desinsertó la porción medial del gastrocnemius desde su tendón y se practicó la división del músculo gastrocnemius, en sentido antero posterior en sus 2/3 dístales, logrando cubrir toda la exposición ósea. Las porciones de músculo fueron injertadas.

Discusión: La irrigación del colgajo muscular de gastrocnemius proviene de la arteria sural. Esta irrigación permite la sobrevida de todo el colgajo muscular. Al seccionar en forma antero posterior este músculo se mantiene indemne su irrigación en los dos segmentos. Esto habla de la rica irrigación y de las amplias anastomosis que existen en todos los sentidos intra muscularmente. (3) Este método, descrito por los autores, que es inédito, permite cubrir amplias extensiones de la porción proximal de la tibia y de la rodilla.

BIBLIOGRAFÍA:

1. The versatile Gastrocnemius myocutaneous flap Plast. Reconst.Surg.; 62 (1) :15 - 23, July 1978
Mc Craw IB., Firschman J.H. and Shazen, LH.
2. Cutaneous island with V-y closure over the gastrocnemius muscle flap.
Plast. Reconst. Surg. 118 (1): 301-302, July 2006.
Calderón W, Llanos S, Rodríguez A; Searle S, and Calderón D.
3. The split medial gastrocnemius muscle flap.
Plast. Reconst. Sur. 102 (5) : 1782-1783, Oct. 1998 Cavadas, P.

MICROCIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE MUÑONES DE AMPUTACIÓN EN EXTREMIDAD INFERIOR

Drs. JA. Conejero, G. Vial, M Méndez, A. Eulufi, A. Cuadra, MA. Bravo

(Departamento de Cirugía Plástica. Clínica Las Condes. Santiago, Chile)

Introducción: El desarrollo de técnicas de microcirugía y el manejo de nuevos colgajos libres ha permitido resolver problemas reconstructivos cada vez más complejos. El problema principal en la reconstrucción de muñones es la falta de tejido local para cerrar el defecto. La cobertura de muñones requiere tejido resistente, que mantenga la mayor longitud posible del muñón y que permita el uso de prótesis o zapatos.

Material y Métodos: Se presentan 4 casos clínicos de reconstrucción de muñones de amputación utilizando colgajos libres. Los pacientes son 3 hombres y 1 mujer. Dos pacientes requirieron reconstrucción de muñón infrarrotuliano con colgajo libre de dorsal ancho. En dos pacientes se utilizó el colgajo anterolateral de muslo para reconstrucción de defectos complejos de pie.

Resultados: Todos los pacientes toleraron el procedimiento sin complicaciones. El tiempo operatorio pro-

medio fue de 6 horas y media. Un paciente presentó una falla arterial aguda que debió ser reexplorada a las 6 horas. Una paciente requirió reexploración por trombosis de la anastomosis venosa. No hubo pérdidas de colgajo. Dos pacientes lograron rehabilitación completa con prótesis infrarrotuliana. Un paciente logró deambular apoyando la zona reconstruida del pie. La cuarta paciente de la serie está en rehabilitación.

Discusión: El colgajo libre de dorsal ancho permite una adecuada cobertura del muñón infrarrotuliano dada el área del músculo y la posibilidad de levantarlo con una isla cutánea. El tejido permite el uso de una prótesis con mínima morbilidad. El colgajo anterolateral de muslo es la primera indicación en reconstrucciones de muñones de pie dada la calidad del tejido y la longitud del pedículo.

RECONSTRUCCIÓN PLANTAR EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

F.Deichler, R.Prado, B.Dagnino, G.Mangelsdorff, S.Valenzuela, P.Vidal

(Pontificia Universidad Católica de Chile)

Introducción: El objetivo de la reconstrucción plantar es lograr una adecuada cobertura junto a una funcionalidad conservada del pie. El tratamiento de elección va a depender de la ubicación, del tamaño y de la etiología del defecto; pudiendo variar desde injertos, colgajos locales o colgajos libres. A pesar de las distintas alternativas disponibles, continúa siendo una zona de difícil reconstrucción. El objetivo de este trabajo es mostrar la experiencia del Hospital de la Pontificia Universidad Católica de Chile en el manejo de defectos de partes blandas en la planta del pie.

Material y Métodos: Se analizaron los casos de pacientes intervenidos por defectos de cobertura en la zona plantar, entre los años 2005-2007, en los cuales se realizaron técnicas reconstructivas, mediante una revisión retrospectiva de la ficha clínica. Consignando las siguientes variables: localización, etiología y tiempo evolución de la lesión; tipo de técnica quirúrgica, complicaciones postoperatorias.

Resultados: Se presenta una serie de 10 pacientes. En 5 pacientes la etiología del defecto fue la resección de lesiones con histología maligna. Los casos restantes correspondieron a: dos coberturas inestables secundarias a traumatismo antiguo, una quemadura de la zona plantar, una úlcera por presión de talón y un pie diabético. Se realizaron 3 colgajos libres y 7 colgajos locales. Cuatro pacientes presentaron complicaciones postoperatorias. Se logró recuperación funcional adecuada en 9 casos. Discusión: La reconstrucción de esta zona anatómica es un desafío, por las características únicas de su piel, que permiten una función adecuada de las zonas de apoyo. Existen distintas opciones, lo ideal es lograr cobertura con un tejido similar. Las complicaciones postoperatorias dificultan una curación expedita, muchas veces con períodos prolongados para lograr funcionalidad adecuada. Se logró recuperación funcional en un alto porcentaje de casos, utilizando distintas alternativas de cobertura según las características de cada paciente.

LIPOASPIRACIÓN DIFERIDA DE COLGAJO ANTEROLATERAL DE MUSLO: RESULTADOS ESTÉTICOFUNCIONALES Y SATISFACCIÓN DEL PACIENTE.

Drs. M.F Ayala, V. Arancibia, H. Roco.

Servicio de Cirugía Plástica y Quemados Hospital del Trabajador

Introducción: Los defectos complejos de cobertura de partes blandas de extremidades inferiores plantean incluso la posibilidad de llegar a una amputación de la extremidad, riesgo que ha disminuido en base a nuevas técnicas, más avanzadas de reconstrucción, como los colgajos libres microquirúrgicos. En una primera etapa de implementación de esta técnica el desafío fue lograr la sobrevida del colgajo, sin embargo, logrado este objetivo y sobre todo en etapas posteriores de rehabilitación se han presentado nuevos retos tendientes a mejorar su estética y funcionalidad. El objetivo de este trabajo es evaluar el valor de la lipoaspiración en colgajos anterolaterales de muslo (ALM) como procedimiento diferido y evaluar la percepción del paciente sobre resultados estéticos y funcionales.

Pacientes y Método: Se evaluaron retrospectivamente los pacientes sometidos en una primera etapa a la realización de colgajo microquirúrgico ALM durante el periodo 2004-2007 en el Hospital del Trabajador de Santiago en los que se realizó en un segundo tiempo quirúrgico, en 8,3 meses promedio, una lipoaspiración como alternativa para corrección de defectos estéticos o funcionales. La evaluación se realizó a través de datos obtenidos de la ficha clínica y de una encuesta telefónica a los 4,8 meses promedio de seguimiento desde la lipoaspiración para evaluar la percepción global del procedimiento, grado de satisfacción, percepción de mejora estética y funcional.

Resultados: Se revisaron 7 casos, todos ellos usados en reconstrucción de tercio distal de extremidades inferiores. 3 de ellos en planta de pie, 2 en reconstrucción de talón y 2 para cubrir tercio distal de la tibia. No se presentaron complicaciones vasculares precoces en estos pacientes. En los controles post operatorios estos pacientes ganaron un en promedio un 30% de peso, desde que fueron dados de alta. Todos referían molestias funcionales en relación a la zona reconstruida y la ganancia en volumen del colgajo.

No se presentaron complicaciones derivadas de la lipoaspiración del colgajo. Al evaluar la percepción del paciente se obtuvo un 87% de satisfacción global, un 100% de mejora de la percepción estética, 80% mejoría funcional, los pacientes evalúan el procedimiento como muy bueno en el 100% de los casos.

Conclusiones: Los colgajos microquirúrgicos hoy en día son una excelente herramienta para reconstrucción de EEII. La lipoaspiración como procedimiento secundario en los colgajos ALM, es un procedimiento sencillo, de pocas complicaciones que mejora la percepción estética y funcional del paciente, con una muy buena satisfacción global post procedimiento.

CIRUGÍA BARIÁTRICA V/S LIPOSUCCIÓN: EFECTO SOBRE RESISTENCIA PERIFÉRICA A INSULINA EN PACIENTES OBESOS.

S. Sepúlveda**, K. Papapietro*, R. Lahsen*, P. Andrades*, J.J.Silva* y G. Inostroza*
Hospital Clínico Universidad de Chile*. Clínica Alemana**. Unidad de Cirugía Plástica

Introducción: La insulino - resistencia (IR) es una condición asociada a la obesidad y es considerado un factor predisponente al desarrollo de Diabetes mellitus 11. Se ha planteado que la IR está asociada principalmen-

te en receptores de la grasa de la piel abdominal. Se estudió la variación de la IR en pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica o a liposucción. 89

Se postula que la liposucción puede ser más efectiva en disminuir la IR 102

Material y método: Es diseño abierto prospectivo comparativo. Se estudian dos grupos comparables de 10 pacientes cada uno, con IMC entre 30 y 35 %. Un grupo sometido a cirugía bariátrica y otro a liposucción perímetro abdominal.

Se solicitará glicemia e insulina plasmática en ayunas preoperatoria, al mes y a los tres meses. Se utilizó el índice HOMA (insulina x glicemia/ 450), validado y ampliamente utilizado para determinar resistencia a la insulina. El análisis estadístico se realizó con T student

Resultados: Existe diferencia significativa en la disminución del HOMA pre y postoperatorio en ambos grupos. La disminución del HOMA en el grupo de cirugía respecto del grupo lipoaspirado resultó significativo

Conclusión: La cirugía bariátrica y la liposucción abdominal son útiles para disminuir la IR Parece ser que la cirugía tiene un efecto mayor en el manejo o disminución de IR.

EFECTO DE INFILTRACIÓN SUBCUTÁNEA CON LIDOCAÍNA EN LA PÉRDIDA SANGUÍNEA SECUNDARIA A LIPOSUCCIÓN CORPORAL. ESTUDIO CLÍNICO PROSPECTIVO, RANDOMIZADO, DOBLE ENMASCARADO.

S. Llanos, D. Ponce, B. Dagnino, G. Mangelsdorff, L. Navarrete, S. Navarrete.
(Hospital del Trabajador, Hospital Parroquial de San Bernardo, Hospital Militar de Santiago, Hospital Clínico Universidad Católica.)

Trabajo presentado en Congreso FILACP 2008.

Introducción: La lidocaína produce modificaciones en el tono vascular que podrían influir en la pérdida sanguínea asociada a su uso en infiltración para liposucción. El objetivo de este estudio es medir el efecto de lidocaína en la pérdida sanguínea por liposucción. **Material y Método:** 70 pacientes sometidas a liposucción corporal primaria, con técnica superwet y anestesia general. Randomizadas por bloques permutados obteniendo un Grupo Estudio (epinefrina y lidocaína) y un Grupo Control (sólo epinefrina). Se registraron edad, peso, talla, volúmenes de infiltración y aspiración, zonas de lipoaspiración, tiempo operatorio y estadía hospitalaria. Se calculó el IMC en cada caso. Se registró hematocrito preoperatorio, a las 2, 4, 12 Y 24 horas postoperatorias. Se calculó diferencia entre hematocrito basal y a las 24 horas. Análisis estadístico con test Shapiro- Wilk, t-student y Mann Whitney según distribución. Comparación de mediciones repetidas con análisis de varianza corregido (Bonferroni). Chi-cuadrado para proporciones. Significancia con $p < 0,05$ para dos colas. Software SPSS 14.0.

Resultados: No hubo diferencias significativas en variables demográficas, IMC, tiempo operatorio, volúmenes ni estadía hospitalaria. Ambos grupos presentan descensos significativos del hematocrito a las 24 horas. Descenso significativamente mayor en Grupo Estudio en hematocrito de 2 horas y 12 horas, sin diferencia en hematocritos de las 24 horas. La diferencia entre el hematocrito basal y la medición de 24 horas fue significativamente mayor en Grupo Estudio.

Conclusión: La lidocaína en solución de infiltración aumenta significativamente la anemia post operatoria en comparación con la solución con epinefrina exclusiva .

ABDOMINOPLASTÍA, LECCIONES APRENDIDAS EN 222 CASOS CONSECUTIVOS

C. Vallejos O., C. Loyola R.

(Servicio Cirugía. Hospital Regional de Coyhaique.)

La abdominoplastia es una de las técnicas de mayor frecuencia realizadas dentro del ámbito de la cirugía estética del contorno abdominal. La región de Aysén no esta ajena a esta realidad. El Servicio de Cirugía del Hospital Regional Coyhaique inició una experiencia con esta técnica en el año 1999, a Mayo del 2008 da cuenta de 222 pacientes intervenidos. Se comunica la experiencia y destacan los cambios que la curva de aprendizaje determina en cada tiempo quirúrgico de la técnica. Estudio descriptivo longitudinal de los 222 casos de abdominoplastia. Los datos se obtuvieron de las fichas clínicas y protocolos operatorios. Se realizó la técnica clásica con variaciones que la experiencia fue determinando. Todos los pacientes fueron intervenidos por el autor principal. El 86.9 % pertenecía a nuestra ciudad, rurales 10.9% y 2.3% de otra región. Beneficiarios del sistema público 169 casos (76,2 %); sexo femenino 98.7%, (93.3 % con paridad), rango de edad 18 a 74 años, media 40,6 años. Motivo de consulta: presencia de abdomen péndulo exclusivo 93 casos (41.9%); asociado a cicatrices quirúrgicas 129 (58.1%). Intervenidos bajo anestesia general 133 casos (60.2%); mixta 45 (2004 %) y peridural exclusiva 43 (19.5%). En 193(86,9%), se realizó incisión horizontal exclusiva: 228(12.6%) mixta (vertical mas horizontal), de estos en 4 incisión circunferencial. 42 pacientes (18.9%) presentaban otra patología quirúrgica que fue necesario resolver en el mismo acto quirúrgico, en 17 se agregó otra cirugía plástica, se sumó :ipoaspiración en 42 casos. El tiempo quirúrgico varió de 75 a 360 minutos con una media de 157.1 minutos. En el 86.9% de los casos los días de hospitalización fueron < 72 horas. Previo al alta hubo 6 complicaciones: hemorragia en 2, infección 3, médica 2. Posterior al alta se complicaron 24 pacientes (10.9%): seroma 12; necrosis parcial en línea de sutura 8, se reintervinieron 4. Al mes post operatorio 99.1 % de los pacientes se encontraba conforme o muy conforme con su resultado. No se puede determinar la cantidad de casos que se deben acumular para alcanzar la total satisfacción del binomio paciente cirujano. El grado de satisfacción en esta serie es alto pero será necesario en el futuro realizar estudios de investigación evaluativos para medir los verdaderos beneficios que estamos brindando en términos de calidad de vida a nuestros pacientes de la región de Aysén sometidos a estas cirugías .

APLICACIÓN DE LA DIVERSIDAD TÉCNICA EN ABDOMINOPLASTIAS.

Dr. Llamil Kauak

(Clínica Las Condes)

Introducción: La corrección de la pared abdominal a través de una abdominoplastia puede hacer necesaria la aplicación de diversas tácticas quirúrgicas destinadas a corregir la gran variabilidad de deformidades que se presentan en el abdomen y éstas son muy útiles al planificar la cirugía de cada caso.

Material y Métodos: A través de una experiencia de 19 años(1989-2008) realizando abdominoplastias de rutina, se han seleccionado en este trabajo los casos más representativos de esta diversidad de maniobras utilizadas en la intervención quirúrgica, las que fueron bien definidas en el preoperatorio por considerarse una

buen alternativa, o la mejor solución, frente al caso clínico en particular.

Se definen las diversas formas de demarcación del diseño cutáneo preoperatorio y el tipo de cicatriz resultante. Se presentan las formas de inicio del despegamiento del tejido cutáneo-graso, a partir del diseño cutáneo, ya sea desde la línea proximal, o desde la línea distal, según la deformidad.

Se presentan casos clínicos y las indicaciones respecto a la ejecución de una abdominoplastia vertical. Se describe el tipo de plicatura de la vaina de los músculos rectos abdominales, la conducta respecto al reposicionamiento del neo-ombiligo, o su cambio de posición después de desinsertarlo. Finalmente la conducta frente a la lipoaspiración asociada a la abdominoplastia.

Conclusiones: Se considera que en abdominoplastia el cirujano debe recurrir a toda esta diversidad en el armamentario quirúrgico existente al respecto. La planificación de su uso debe ser debidamente programada frente a abdómenes cuya deformidad anatómica, ó los parámetros anatómicos de esa pared exigen su aplicación. Ombigos naturalmente posicionados muy altos condicionan un manejo especial, como así, paredes abdominales muy tensas, pero con diástasis muscular y ó, la existencia de cicatrices en la pared podrán condicionar serias dificultades técnicas durante la cirugía si no fueron previstas y su manejo bien planificado antes de operar.

EXPERIENCIA INICIAL EN RECONSTRUCCIÓN MAMARIA DIFERIDA CON COLGAJO TORACO LATERAL CON PROTESIS (HOLMSTRÓM)

Drs. A. Rudolph, C. Vásquez, P.P. Ulloa

(Departamento de Cirugía y Traumatología, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco)

Introducción: La reconstrucción mamaria diferida actualmente esta asociada a técnicas complejas, con tiempo quirúrgico prolongado, complicaciones significativas y con resultados limitados. El colgajo de Holmstrom, fasciocutáneo sin irrigación axial (publicado en 1986) asociado a prótesis mamaria, es una técnica de fácil ejecución, con un breve tiempo quirúrgico y resultados adecuados. Nuestro objetivo es presentar la experiencia inicial con la técnica descrita en pacientes con mastectomía unilateral por cáncer de mama. Material y Método: Se presenta una serie de casos retrospectiva de 7 pacientes mujeres intervenidas entre septiembre de 2006 y marzo de 2008, en la Clínica Alemana y Hospital del Trabajador de Temuco, en las cuales se realiza el colgajo de Holmstrom asociado a prótesis mamaria unilateral por el mismo equipo médico. La información se obtiene mediante la revisión de fichas clínicas y entrevista personal.

Resultados: El promedio de edad fue 50 años, con un rango entre 35 y 60 años, un tiempo promedio de 7.8 años desde su mastectomía a la reconstrucción, tiempo quirúrgico promedio de 120 minutos, sin complicaciones postoperatorias. En 2 pacientes se intervino la mama contralateral en la misma cirugía. Todas las pacientes catalogaron e) resultado estético como suficiente a bueno.

Discusión: En nuestro país se presenta el desafío de la reconstrucción mamaria, intervención contemplada en el GES, la cual deberá estar al alcance de toda paciente que lo requiera, siendo la técnica presentada: segura, con resultados estéticos aceptables, de bajo costo y escasas complicaciones.

MAMOPLASTIA REDUCTIVA CON TÉCNICA DE SKOOG
A. Troncoso, P. Castillo, P. Fuentes, I. Villamán.
(Hospital de Carabineros)

La reducción mamaria, es una de las intervenciones más complejas de la cirugía plástica, cuyos objetivos son conseguir mamas simétricas, con buena forma, proyección y que este resultado sea perdurable. Que tenga la mínima cantidad de cicatrices, conservar la capacidad de lactancia, que sea reproducible y con baja incidencia de complicaciones.

Dada la complejidad de esta problemática es que de hace años, se vienen desarrollando diferentes técnicas de mamoplastia reductiva, sin lograr hasta ahora una ideal. Sin embargo, cada cierto tiempo se actualizan algunas que se basan en diferentes pedículos sanguíneos que irrigen el complejo areola-pezones y que con pequeñas variantes siempre mantienen alguno de los pedículos descritos en antaño: superior, supero-medial, supero-externo, central o inferior y mezclas de estos.

Skoog utilizó el pedículo supero lateral y supero-medial, con el que se puede lograr realizar reducciones mamarias muy importantes con excelentes resultados. En nuestro Hospital hemos realizado esta técnica, con el pedículo superomedial, con diferentes volúmenes de reducción: de 125 a 1.050 grs. por mama y distancias clavícula-pezones que llegaron a los 35 cm.

Se realizó esta técnica en 85 pacientes, con escasas complicaciones (hematomas, necrosis parciales de areola y pequeñas dehiscencias) que no fueron significativas, con buen resultado estético y satisfacción tanto del paciente como del operador, llamando la atención la ausencia de necrosis de la encrucijada, una de las complicaciones más frecuentes de otras técnicas, lo que se explica debido a que el cierre se realiza en base a la glándula, sin tensión cutánea. Destacamos además una hospitalización de corta duración (1-2 días) y la no utilización de drenes.

Finalmente esta técnica es de relativa fácil ejecución, segura y reproducible, lo que la convierte en un arma quirúrgica muy valiosa para el cirujano plástico, que está iniciando su carrera.

TÉCNICAS DE REDUCCIÓN MAMARIA, COMPARACIÓN DE PEDÍCULO SUPEROMEDIAL v/s PEDÍCULO INFERIOR: UN ESTUDIO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO.
Drs. P. Vidal¹, C. Salem², R. Contreras¹, R. Prado¹, S. Valenzuela¹, R. Ramírez¹, E. Torres¹, M. Zamorano².

(¹Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile.)

(²Servicio de Cirugía Hospital Clínico Regional de Valdivia.)

Introducción: La hipertrofia mamaria es una entidad mórbida muy frecuente, y su tratamiento quirúrgico con mamoplastia reductiva es una intervención común en Cirugía Plástica para la que existen múltiples técnicas. Objetivo: Nuestro objetivo es comparar la técnica de pedículo inferior versus pedículo superomedial en dos centros médicos alejados.

Materiales y Métodos: Realizamos un estudio de cohorte prospectivo en todos los pacientes sometidos a reducción mamaria con técnica de pedículo superomedial e inferior, tanto en el servicio Hospital Clínico Regional de Valdivia y en el Departamento de Cirugía Plástica del Hospital Clínico Universidad Católica, durante dos meses. Recopilamos características demográficas, clínicas, quirúrgicas, resultados del tratamiento, complicaciones y grado de satisfacción, este último con un cuestionario prediseñado. Los datos se analizaron mediante estadística

descriptiva en XLSTAT. Las asociaciones de variables mediante test exacto de Fischer.

Resultados: Se intervinieron 60 pacientes, 32 con técnica de pedículo superomedial y 28 con inferior. Ambos grupos demográficamente fueron similares. La edad promedio de los pacientes fue 32 años (16 a 61 años). El tejido resecado varió entre 106 Y 2000 gr. No hubo complicaciones postoperatorias inmediatas. El tiempo quirúrgico fue significativamente menor con técnica de pedículo superomedial ($p < 0,05$). Una paciente

MITOS Y REALIDADES ACERCA DE PRÓTESIS MAMARIAS Y LACTANCIA

P. Vidal¹, M. García-Huidobro¹, E. Torres¹, C. Longton¹, C. Pedreros², R. Contreras¹.

1. Departamento de Cirugía Plástica, Hospital Clínico, Pontificia Universidad Católica de Chile.

2. Servicio de Quemados. Hospital de Asistencia Pública.

Introducción: Sobre 4 millones de mujeres en el mundo se han sometido a aumento mamario con implantes, gran parte de ellas en edad fértil. Se ha reportado que esta cirugía podría alterar la capacidad de amamantar. El objetivo de este trabajo es evaluar si el aumento mamario con implantes afecta la lactancia materna.

Pacientes y Métodos: Se seleccionó las pacientes operadas de aumento mamario entre los años 2001 Y 2006. Se registró incisión operatoria y una encuesta acerca de duración y características de la lactancia pre- y postoperatoria. Se aplicó el test de Mann-Whitney para 2 muestras.

Resultados: Durante el período descrito fueron operadas 265 pacientes. 229/265 contestaron la encuesta (78,2%). El promedio de edad fue 32,6±9,1 años. El tiempo promedio de seguimiento fue 43,1 meses (rango 17-90). 21/229 (9,17%) mujeres tuvieron hijos después del aumento mamario. En todas estas pacientes el abordaje fue por el surco submamario. El 91.7% de ellas amamantaron. La paciente que no lo hizo fue por otras razones. Las que amamantaron no tuvieron problemas atribuibles a la cirugía. 20/229 (8.7%) tuvieron hijos antes y después de la cirugía. El promedio de meses de lactancia fue 6,9±5,3 antes de la cirugía y 7,5±3,9 después ($p=0,6$).

Conclusiones: Una proporción importante de pacientes con aumento mamario se encuentran en edad fértil y podría amamantar si lo desean. En esta cohorte, la lactancia no se vio influenciada por la cirugía.

AMPUTACIÓN COMPLEJO AREOLO - MAMARIO POR MORDEDURA EQUINA.

M. Hirschfeld, M. Schultz
(Clínica Alemana de Santiago)

Se presenta el caso clínico de una niña de 10 años que sufre accidentalmente el arrancamiento de su complejo Areolo - Mamario izquierdo por Mordedura de Caballo, los familiares acuden al Servicio de Urgencia Escolar de Clínica Alemana de Santiago, portando el trozo de tejido amputado, que durante el trayecto fue mantenido en Solución Fisiológica y frío.

Se reimplanta el trozo de tejido, introduciendo la parte más profunda en el músculo pectoral, se separa la grasa subyacente de la areola, logrando que la piel de la areola se comporte como injerto libre de piel total, la cual, queda también apoyada sobre músculo pectoral. Se realiza curación cerrada tipo Brown, semicompresiva. Se otorga el alta hospitalaria al día siguiente.

Se realizan controles y curaciones en forma ambulatoria. Se muestra los resultados a 5 años plazo, teniendo la paciente en la actualidad 15 años de edad.

CASO CLÍNICO

C. Vallejos O., R. López Escobar.
(Servicio Cirugía. Hospital Regional de Coyhaique.)

La parálisis facial completa y definitiva constituye una alteración estética difícil de tolerar y se acompaña de trastornos funcionales considerables para los pacientes que la padecen. Cuando no es posible la reparación del nervio, debe recurrirse a tratamientos paliativos, las técnicas quirúrgicas utilizadas deben tratar de mejorar todas las consecuencias en una sola intervención. Con el fin de evitar operaciones repetidas con resultados parciales. Se presenta caso de cirugía paliativa de parálisis facial de tres intervenciones en un tiempo.

Se presenta el caso de paciente de 51 años secueledado de accidente vascular hemorrágico ocurrido el 08/0112005 (18 meses previos a la intervención). Quedó con dificultad de deambulación y con parálisis facial definitiva derecha.

Como tratamiento quirúrgico (22/0712007) se realizó: para mejorar la asimetría de labios, mioplastía del temporal tipo Gillies modificada con alargamiento utilizando fascia lata. Para el manejo delagofalmo y epífora se realizó cantoplastia y colocación de contrapeso de cartílago de concha en el párpado superior. Para minimizar el defecto del vacío dejado por la transposición del temporal se rellenó con cemento. Evolucionó satisfactoriamente y fue dado de alta a las 48 horas. Actualmente en buenas condiciones y con cambio significativo de su calidad de vida.

El tratamiento quirúrgico de la parálisis facial definitiva cumple un rol en la rehabilitación, las técnicas de mioplastías están poco divulgadas y en casos seleccionados pueden ser de gran utilidad.

PARALISIS PARCIAL: TRATAMIENTO CON MIOPLASTÍA DE MÚSCULO TEMPORAL.

C. Vallejos O., R. López Escobar.
(Servicio Cirugía. Hospital Regional de Coyhaique)

La parálisis facial completa y definitiva constituye una alteración estética difícil de tolerar y se acompaña de trastornos funcionales considerables para los pacientes que la padecen. Cuando no es posible la reparación del nervio, debe recurrirse a tratamientos paliativos, las técnicas quirúrgicas utilizadas deben tratar de mejorar todas las consecuencias en una sola intervención. Con el fin de evitar operaciones repetidas con resultados parciales. Se presenta caso de cirugía paliativa de parálisis facial de tres intervenciones en un tiempo.

Se presenta el caso de paciente de 51 años secueledado de accidente vascular hemorrágico ocurrido el 08/0112005 (18 meses previos a la intervención). Quedó con dificultad de deambulación y con parálisis facial definitiva derecha.

Como tratamiento quirúrgico (22/07/2007) se realizó: para mejorar la asimetría de labios, mioplastía del temporal tipo Gillies modificada con alargamiento utilizando fascia lata. Para el manejo del lagofalmo y epífora se realizó cantoplastia y colocación de contrapeso de cartílago de concha en el párpado superior. Para minimizar el defecto del vacío dejado por la transposición del temporal se rellenó con cemento. Evolucionó satisfactoriamente y

fue dado de alta a las 48 horas. Actualmente en buenas condiciones y con cambio significativo de su calidad de vida.

El tratamiento quirúrgico de la parálisis facial definitiva cumple un rol en la rehabilitación, las técnicas de mioplastías están poco divulgadas y en casos seleccionados pueden ser de gran utilidad.

RECONSTRUCCION NASAL

P. Castillo, A. Troncoso, P. Fuentes, J. Villamán.
(Hospital de Carabineros)

La nariz se encuentra en centro de la cara y es la parte más prominente del contorno facial, siendo su reconstrucción un desafío para el cirujano. La reconstrucción nasal se encuentra íntimamente ligada al desarrollo y evolución de la cirugía plástica, existiendo un amplio espectro de técnicas. Por otra parte, las etiologías de defectos nasales que requieren procedimientos reconstructivos es amplia: traumatismos, defectos congénitos, neoplasias.

Presentamos la experiencia del Hospital de Carabineros, en reconstrucciones nasales de defectos parciales, en que se emplearon colgajos regionales. Se trata de 4 pacientes (3 hombres y una paciente pediátrica). Las etiologías fueron traumáticas en 2 pacientes, un carcinoma espinocelular y un nevo congénito. Se empleó colgajos frontales en 3 pacientes y un colgajo de Washio. La reparación se realizó siguiendo las unidades y subunidades nasales. En los 4 pacientes se utilizó anestesia general. En la paciente pediátrica, del nevo congénito, además se empleó un expansor cutáneo frontal. No hubo complicaciones. Los resultados estéticos y cicatriciales, fueron evaluados favorablemente de acuerdo a las escalas de Strasser y Beausang.

La reconstrucción nasal requiere de una metódica selección de la técnica y de una cuidadosa planificación quirúrgica, para optimizar los resultados y minimizar riesgos y secuelas.

EXPERIENCIA CLÍNICA EN PACIENTES CON FISURA LABIO-PALATINA y VELOPALATINA EN HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL ANTOFAGASTA.

M. Marín, R. Villagrán, M. Loo, M. Pereira, C. Bastias.
(Equipo de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Servicio de Cirugía. Hospital Clínico Regional de Antofagasta. Departamento de Cirugía. Universidad de Antofagasta.)

Introducción: Las fisuras labiopalatinas representan el defecto congénito más relevante de la región facial. En Chile afecta 1.8 por cada 1.000 nacidos vivos ocupando el cuarto lugar dentro de las malformaciones.

Objetivos: Descripción clínica de pacientes fisurados, manejo en nuestro servicio desde enero 2005 a junio 2008, considerando clasificación clínica, manejo quirúrgico, evolución postquirúrgica, complicaciones, con énfasis en fístulas palatinas.

Material y método: Estudio retrospectivo, se realiza revisión de fichas clínicas de todos los pacientes con fisura labio palatina (FLP) y velopalatina (FVP) operados de paladar, en el Hospital Regional de Antofagasta, durante el período comprendido entre enero de 2005 y Junio de 2008, por el mismo cirujano. Registramos: tipo de fisura, tipo cirugías realizadas, complicaciones postquirúrgica, presencia de fístula palatina y clasificación se Ohsumi. Se realizó análisis estadístico utilizando Microsoft Excel y Programa Estadístico StatGraphics Plus 5.1.

Resultados: Se registraron 36 pacientes: 17 (47%) correspondieron a sexo masculino y 19 (53%) a femenino. Según distribución anatómica correspondieron: 24 pacientes a FLP, 18 unilaterales y 6 bilaterales y 12 con FVP. La totalidad de los pacientes con FLP al igual que los con FVP fueron operados con misma técnica quirúrgica. Las complicaciones postquirúrgicas precoces se presentaron en 4 pacientes siendo más frecuente la dehiscencia parcial de suturas. Fístulas palatinas se presentaron en 5 pacientes (14%), de las cuales 4 correspondieron a grado III de Ohsumi.

Conclusiones: La incidencia por sexo fue predominantemente mayor en el grupo femenino, según distribución anatómica resultó más frecuente la FLP unilateral. El porcentaje de complicaciones postquirúrgicas y de fístulas palatinas fue similar a lo descrito en la literatura.

PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON QUEMADURA DE VÍA AÉREA DEL SERVICIO DE QUEMADOS, HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL CONCEPCIÓN. Enero 2006-Junio 2008

Drs. E. Enríquez, C. Santander, D. Azócar
(Servicio de Cirugía Hospital Sótero del Río, Servicio Quemados, Hospital Regional Concepción.)

Introducción: Las quemaduras de la vía aérea son graves y conllevan una alta mortalidad, por lo que debe existir un alto grado de sospecha frente a lesiones características. La confirmación diagnóstica se realiza con fibrobroncoscopia y su manejo debe realizarse de preferencia en una unidad de cuidados intensivos por un equipo multidisciplinario, previniendo complicaciones. Objetivo: Describir la prevalencia de quemaduras de vía aérea en nuestra región y las características clínicas de los pacientes afectados.

Metodología: Estudio descriptivo, observacional, de corte transversal; cuyo Universo correspondió a todos los pacientes ingresados al Servicio de Quemados del Hospital Clínico Regional Concepción, entre Enero 2006 y Junio 2008. Los datos se obtuvieron del registro de dicho Servicio y fichas clínicas, procesándose posteriormente en hoja de cálculo. Resultados: En los 28 meses estudiados se registraron 18 pacientes con diagnóstico de quemadura de vía aérea. 15 correspondieron a hombres y la edad promedio fue 36,4 años. 9 fueron consecuencia de incendio domiciliario y 5 autoprovocadas. La superficie corporal quemada y el índice de gravedad fueron en promedio 37,3 % Y 146,3 respectivamente. 15 pacientes fueron intubados de los cuales 12 fueron manejados en una unidad de cuidados intensivos. En 10 casos se realizó fibrobroncoscopia confirmando el diagnóstico en 9 pacientes. 5 pacientes presentaron neumonía aspirativa y evolucionaron con distress respiratorio. 8 pacientes fallecieron.

Conclusiones: Las quemaduras de vía aérea fueron poco frecuentes, presentándose en nuestro Servicio, principalmente en hombres jóvenes. La fibrobroncoscopia confirmó el diagnóstico en la mayoría de los pacientes en que se realizó. Gran parte de los pacientes se manejó intubado, en una unidad de cuidados intensivos. Se acompañaron de altos índices de gravedad y alta mortalidad, asociada ésta principalmente a complicaciones respiratorias.

QUEMADURAS POR ÁCIDO FLUORHÍDRICO: EXPERIENCIA DE UNA DÉCADA EN HOSPITAL DEL TRABAJADOR DE SANTIAGO.

C. Longton¹, A. Cuadra², R. Roa³, S. Llanos³, C. Guerra³, P. Léniz³, J. Piñeros³, W. Calderón³.

- 1 Residente de Cirugía General, P. Universidad Católica de Chile.
- 2 Residente de Cirugía Plástica, Universidad de Chile.
- 3 Servicio de Cirugía Plástica y Quemados, Hospital del Trabajador de Santiago.

Introducción: El ácido fluorhídrico (AF) es un ácido inorgánico, cuyos iones poseen gran solubilidad y pueden penetrar profundamente, produciendo lesiones óseas y trastornos electrolíticos severos. Se utiliza en múltiples procesos productivos. Quemaduras sobre 2% pueden ser letales. El objetivo es describir la cohorte del Hospital del Trabajador de Santiago (HTS).

Pacientes y Métodos: Revisión retrospectiva de quemaduras de mano del período 1998 a 2008. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de quemaduras por AF. Se registraron variables demográficas, del accidente, tratamiento y rehabilitación. Se realizó un análisis descriptivo.

Resultados: De un total de 3.844 pacientes, se identificaron 7 quemaduras por AF (0,001 %). Todas fueron de manejo hospitalario. Un 71 % fueron hombres. La mediana de edad fue 38 años (18-52 años). El mecanismo lesional más frecuente fue la manipulación directa del ácido (4/7) Y sólo un paciente utilizaba guantes. El elemento anamnésico más importante fue un dolor desproporcionado. Ningún paciente presentó síntomas o signos de toxicidad sistémica, ni alteraciones electrolíticas. Sólo 3/7 recibieron tratamiento local con gluconato de calcio: 2 tópicos y 1 inyección sublesional. 3/7 fueron quemaduras de primer grado, 1/7 fue segundo grado superficial y 3/7 fueron de segundo grado profundo. Las quemaduras de segundo grado profundo requirieron escarectomía, luego dos cerraron por 2° intención y en un caso de realizó un colgajo de Cutler. Hubo 2 infecciones paraungueales que requirieron drenaje y antibioterapia. La mediana de hospitalización fue 6 días (2-10 días), con un alta definitiva al mes de evolución y 100% reintegro laboral. Ninguna quemadura sobrepasó el 0,5% SCT, no hubo mortalidad.

Conclusión: El AF es una causa muy infrecuente de quemadura laboral de mano. Una proporción significativa de las lesiones son profundas y requirieron de manejo quirúrgico. Esta serie consta sólo de casos de quemaduras menores de buen pronóstico.

QUEMADURAS ELÉCTRICAS DE ALTO VOLTAJE: COMPLEJIDAD DE TRATAMIENTO Y MORTALIDAD EN QUEMADOS

J. Villegas¹, G. Mangelsdorff², Nachari³, O. Atenas¹

- 1 Servicio de Quemados. Hospital de Urgencia Asistencia Pública.
- 2 Residente de Cirugía Plástica y Reconstructiva P. Universidad Católica de Chile.
- 3 Residente de Cirugía General Hospital San Juan de Dios. Universidad de Chile.

Introducción: Las quemaduras eléctricas de alto voltaje se asocian a numerosas alteraciones que pueden aumentar las complicaciones en quemados. El objetivo es evaluar el efecto de este factor en la complejidad de tratamiento y mortalidad de estos pacientes.

Método: Estudio de cohortes retrospectivo. Fueron incluidos 182 pacientes consecutivos. Se comparó la mortalidad, días de UCI, días de ventilación mecánica y estadía hospitalaria entre los pacientes con quemaduras eléctricas de alto voltaje (n=14) y aquellos con quemaduras por otra causa (n=168). Se ajustó por edad, sexo, superficie corporal quemada, profundidad e injuria inhala-

toría. Análisis estadístico: test U Mann Whitney, Chi cuadrado, Odds ratio [IC 95%], regresión logística y regresión lineal múltiple.

Resultados: El grupo de pacientes con quemaduras eléctricas de alto voltaje presentó menor edad, índice de gravedad, superficie corporal quemada e inhalatoria. Sin embargo, no se observaron diferencias en días de UCI, de ventilación mecánica o de hospitalización, ni en mortalidad entre ambos grupos. En análisis multivariado se observó que la quemadura eléctrica de alto voltaje es un factor que se asocia en forma independiente a mayor mortalidad (OR ajustado 12 [1,8-79,4], $p=0,01$).

Conclusión: Las quemaduras eléctricas de alto voltaje pueden ser un factor independiente de mayor mortalidad en quemados.

QUEMADURA ELÉCTRICA ABDOMINAL COMPLICADA CON EVISCERACIÓN Y NECROSIS INTESTINAL. ESTRATEGIA DE REPARACIÓN EN UN CASO CLÍNICO.

J. Villegas¹, G. Mangelsdorf², Nachain³, L. Ristori⁴.

1 Servicio de Quemados, Hospital de Urgencia Asistencia Pública.
2 Residente de Cirugía Plástica y Reconstructiva P. Universidad Católica de Chile.

3 Residente de Cirugía General Hospital San Juan de Dios. Universidad de Chile.

4 Servicio de Cirugía. Hospital de Urgencia Asistencia Pública.

Introducción: Las lesiones abdominales por electricidad de alto voltaje presentan un desafío importante en la reparación de lesiones tanto viscerales como de pared abdominal. Se presenta un caso clínico de quemadura eléctrica complicada abdominal de alto voltaje y su estrategia de reparación.

Caso clínico: Hombre de 35 años sumó quemadura abdominal por alto voltaje y caída de altura con necrosis de pared abdominal anterior y evisceración y quemadura cervical que comprometió el plano muscular y óseo. En aseo quirúrgico de urgencia se evidenció necrosis y perforación de intestino delgado, necrosis de vejiga y quemadura de espesor total en abdomen anterior con compromiso de fascia. Se realizó resección y anastomosis intestinal en dos segmentos, reparación vesical, escarectomía incluyendo resección parcial de los tercios internos de los músculos rectos abdominales y reparación de pared abdominal inmediata con avance de colgajos musculares de recto abdominal remanente y curación aspirativa. En espera de comprobar la vitalidad intestinal se realizó cobertura con heteroinjertos irradiados criopreservados (día 5), seguido por cobertura definitiva con autoinjerto dermoepidérmico en malla (día 9), con prendimiento satisfactorio. De esta forma se logró una reparación definitiva y estable de la pared abdominal. No se presentaron complicaciones intestinales ni dehiscencias en pared abdominal.

Discusión: El tratamiento quirúrgico precoz y agresivo, seguido por una reparación de pared abdominal con colgajos musculares inmediata y cobertura cutánea oportuna permitió resolver en forma adecuada este caso de quemadura abdominal eléctrica de alto voltaje.

APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE QUEMADOS GRAVES DEL HUAP EN UNA CLÍNICA PRIVADA (INDISA) ANÁLISIS COMPARATIVO DE RESULTADOS.

J. Villegas (1), S. Ugarte (2), S. Villegas (3), G. Irusta (1), 1. Bravo (1), G. García (1)

1 Servicio de Quemados, Hospital de Urgencia Asistencia Pública.

2 Unidad de Paciente Crítico Clínica Indisa.

3 Unidad de Cirugía Plástica y Quemados, Hospital Clínico Félix Bulnes.

Introducción: Hace tres años el Servicio de Quemados del HUAP modificó su Protocolo de Tratamiento consiguiendo reducir a la mitad la mortalidad de pacientes Quemados Críticos (de 75.4% a 35.5%), lo que se constituyó en un nuevo estándar de calidad para el tratamiento de quemados graves con el perfil característico de estos pacientes en el sistema Público. La pregunta es: ¿Es posible reproducir esos resultados en las condiciones de una Clínica Privada aplicando el mismo Protocolo?

La entrada en vigencia de la Garantía para el tratamiento de quemados graves generó un aumento sustantivo de la demanda que excedió las capacidades del Servicio del HUAP antes de su expansión. Esto obligó a buscar nuevas alternativas de tratamiento en otros Servicios, y en la Clínica Indisa lo que permite responder a esa pregunta.

Material y método: Se estudiaron retrospectivamente 26 pacientes Grandes Quemados, según la clasificación del GES, entre Julio del 2007 a Julio del 2008. Hospitalizados aleatoriamente en función de la disponibilidad de camas. Se aplicó el Protocolo de Tratamiento Quirúrgico del HUAP para la lesión cutánea y el de la Unidad de paciente crítico para el manejo clínico, constituyendo una Unidad Funcional Clínico Quirúrgica.

Resultados: De los pacientes estudiados 16 eran hombres (61.5%) y 11 mujeres (38.5%), con una mediana de edad de 51.6 años. El promedio de Superficie corporal Quemada fue de 34.5%. La etiología más frecuente fue el fuego con un 88.4%. El 53.8% presentó injuria inhalatoria. Se realizaron 169 intervenciones quirúrgicas. El 53.8% de los pacientes tuvo un índice de gravedad crítico, con una mortalidad de 21.4%.

Conclusiones: Los resultados de la aplicación del Protocolo de Tratamiento del Servicio de Quemados del HUAP son reproducibles. Es posible alcanzar resultados similares en pacientes con perfiles semejantes en las condiciones de una Unidad de paciente Crítico de Clínica Privada.

RESULTADOS FUNCIONALES DE MANOS QUEMADAS TRATADAS CON INTEGRA(R)

Drs. Alvaro Cuadra, Ricardo Roa, Gerardo Correa, Hernán Norambuena, José Luis Piñeros, Las Heras R. (Servicio Cirugía Plástica y Quemados Hospital del Trabajador Santiago, Chile.)

Objetivo: Evaluar los resultados funcionales de los pacientes con quemaduras en las manos tratados con Integra

Pacientes y Método: Serie de casos. Se incluyen pacientes con quemaduras profundas de la mano por fuego y otros agentes tratados en etapa aguda y secuela en 7 años. Se excluyen pacientes con quemaduras eléctricas y otras que impiden evaluar funcionalidad. Se evalúa funcionalidad con test de plegabilidad de la piel, fuerza de prensión, evaluación del dolor, test de los 400 puntos y situación laboral pre y post accidente. Para el análisis estadístico se utilizó test Student y estadística descriptiva. Resultados: 14 pacientes (17 manos quemadas), 9 grandes quemados, 3,5 años seguimiento promedio. 15 de 17 manos tienen movilidad articular completa y piel flexible. La fuerza de prensión mostró mínima deficiencia en 5 manos sin diferencia significativa al compararla con mano sana contralateral. La evaluación de 400 puntos total es de 93,7± 5,5% (100% valor normal), 11 pacientes (79%) retornan a vida laboral activa. Discusión: La utilización de Integra(r) en manos quemadas es una alternativa de cobertura, da una excelente funcionalidad Requiere de un manejo multiprofesional y de hacer un análisis de costo efectividad en cada caso.

Seccional: HIGADO, VÍAS BILIARES Y PANCREAS

HALLAZGOS DE LA TOMOGRAFIA DE EMISION DE POSITRONES CON FLUORDEOXIGLUCOSA-18 (PET/CT F18-FDG) EN LA REETAPIFICACION DE PACIENTES CON CANCER DE VESICULA INCIDENTAL (CVI).

Drs JM. Butte, F. Redondo, E. Waugh, M. Meneses, R. Pruzzo, H. Parada, H. Amaral, H. De La Fuente.
(Instituto Oncológico Fundación Arturo López Pérez, Santiago, Chile)

Introducción: El Cáncer Vesicular es una neoplasia de alta letalidad con gran tendencia a la diseminación loco regional y sistémica. Una certera etapificación oncológica permite seleccionar pacientes susceptibles de tratamiento quirúrgico. El objetivo de este trabajo es evaluar los hallazgos de la reetapificación con PET/CT F18- FDG en pacientes con CVI y compromiso de al menos la capa muscular.

Material y métodos: Estudio prospectivo a partir de los registros clínicos de pacientes con CVI y compromiso de al menos la capa muscular. Se re evaluó el estudio anatomopatológico (AP) y se realizó un PET/CT F18-FDG con fines de etapificación. Se analizaron las características clínicas, terapéuticas, el estudio AP y la sobrevida. Se definió como PET/CT F18-FDG positivo cuando hubo marcación patológica en rango tumoral (>2.5) del índice de captación estandarizado promedio de glucosa (SUV). Se calculó la sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN). Se utilizó el método de Kaplan-Meier para las curvas de sobrevida y el test de log-rank para comparar las diferencias. La medida de riesgo se calculó con el modelo semiparamétrico de Cox. Se consideró significativo un $p < 0,05$.

Resultados: Se evaluaron 32 pacientes, 26 mujeres y 6 hombres con una edad promedio de 58 años (i:30-81). El examen fue realizado en promedio 10 semanas después de la colecistectomía (i: 2-52). Fue positivo en 19 pacientes, en 9 con enfermedad localizada potencialmente resecable y en 10 con un patrón diseminado. De los pacientes con marcación localizada, 4 rechazaron la operación y 5 fueron operados (3 de ellos resecados con enfermedad residual y dos irresecables. Dos pacientes con marcación diseminada también fueron reoperados y se confirmó la diseminación. De los pacientes sin marcación, 9 rechazaron la operación y 4 fueron reoperados, 3 de ellos resecados sin enfermedad residual y 1 irresecable por carcinomatosis. La S, E, VPP y VPN del PET/CT F18-FDG para identificar enfermedad en el lecho vesicular, ligamento hepatoduodenal, linfonodos de la arteria hepática, linfonodos intercavaoártricos, metástasis hepáticas, carcinomatosis y metástasis a distancia no fue concluyente por el tamaño muestra!. La mediana de sobrevida y la sobrevida global a 2 años de seguimiento fue de 20,3 meses y 45%. La mediana de sobrevida de los enfermos con un PET/CT F18-FDG positivo fue de 5,7 meses y de 13,4 meses en los con uno negativo ($p < 0,05$). El riesgo de fallecer de los pacientes con un PET/CT F18- FDG positivo fue significativamente mayor (HR 11,14 IC 95% 1,38-89,68).

Conclusiones: La marcación positiva del PET/CT F18-FDG se asocia a una menor sobrevida (riesgo de morir 11,1 veces mayor). El tamaño muestral no permitió el cálculo de sensibilidad, especialidad, valor predictivo positivo ni negativo.

RESULTADO DE LA COLECISTECTOMÍA SIMPLE EN EL TRATAMIENTO DEL CANCER VESICULAR

Drs. Carlos García, Fernanda Ayala, Marco Ceroni, Carlos Benavides, Patricio Rubilar, David Drulinsky, María Isabel Quijada.

Servicio y Departamento de Cirugía Hospital Clínico San Borja Arriarán, Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Introducción: El cáncer vesicular (CV) es la principal causa de muerte oncológica en mujeres chilenas. Se considera a la colecistectomía simple como el tratamiento de elección de las lesiones incipientes (mucosas). Para el resto de las lesiones confinadas a la pared vesicular, el valor de la cirugía y la extensión, está en continua revisión. Este estudio fue diseñado para evaluar el pronóstico de los pacientes sometidos a colecistectomía simple en cáncer vesicular, así como establecer que tipo de casos pudiesen beneficiarse.

Material y método: Estudio retrospectivo de los pacientes sometidos a colecistectomía simple en cáncer vesicular entre 1991 y 2007, en el Hospital Clínico San Borja Arriarán. Se evaluaron variables demográficas generales y específicas, como causa de no re-resección, estadio clínico al momento del diagnóstico patológico, evolución clínica, manejo de las complicaciones tardías y supervivencia. Para la estadificación se utilizó la clasificación TNM. Se definió «RO» para aquellos tumores vesiculares confinados a la pared en la anatomía patológica (pT1- T3) Y con estudio de diseminación negativo (cNO: cMO).

Resultados: Entre 383 casos con cáncer vesicular demostrados por anatomía patológica en el período mencionado, se encontraron 69 pacientes sometidos a colecistectomía simple. La mayoría correspondió a mujeres (77%) con un promedio de edad de 60 años. La distribución de acuerdo a la profundidad del tumor en la pared vesicular fue: pT1a (20,7%), pT1b (7,4%), pT2(19,4%), pT3 (52,6%). En el seguimiento a largo plazo fue necesario realizar procedimiento paliativos en 7 pacientes. Al momento del cierre del estudio, la mortalidad de la serie alcanzó el 67%. La supervivencia por estadio a 5 años fue: pT1a 100%, pT1b 70%, pT2 58% Y pT3 0%. Las mejores supervivencias por estadios fueron en aquellos casos «RO».

Conclusiones: Se confirma que la simple colecistectomía es el tratamiento para las lesiones mucosas. Para las lesiones musculares o subserosas el pronóstico es mejor para casos clínicamente «RO», por lo tanto puede ser una alternativa de manejo para casos

seleccionados y de alto riesgo quirúrgico. El pronóstico de todas las lesiones serosas sometidas a colecistectomía simple es ominoso.

¿AFECTA LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EL PRONÓSTICO DEL CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR INCIDENTAL?

B. Naranjo, I. Braghetto, C. Valenzuela, J. Lasen, L. Gutiérrez.

(Hospital Clínico de la Universidad de Chile.)

Introducción: En la literatura existe discusión respecto del pronóstico de los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica (CL) por cáncer y se ha estudiado el rol que ocupan ciertos factores de diseminación que puedan ocurrir durante el procedimiento. El presente estudio tiene como objetivo evaluar el tratamiento de los pacientes con Cáncer de Vesícula Biliar (CVB) incidental diagnosticados posterior a la CL y su efecto en el pronóstico.

Material y método: El trabajo incluye 9875 CL realizadas en nuestro hospital desde enero de 1999 a diciembre de 2007. De estos pacientes, 47 presentaron CVB incidental. 39 pacientes de sexo femenino y 9 masculino, con un promedio de 59.7 años. 9 pacientes Tis, 4 pacientes T1a, 11 pacientes T1b, 13 pacientes T2 y 10 pacientes T3. Se convirtieron 9 CL y 10 se sometieron a cirugía con intención curativa, 1 T1a, 3 T1b, 6 T2 Y 1 T3.

Resultados: Todos los pacientes Tis y T1a-b están vivos sin recurrencias, con una media de seguimiento de 46.18 meses (11-109). De los pacientes T2, fallecieron 3, 2 por recurrencias precoces y 1 por diseminación de la enfermedad, sin encontrar condiciones de siembra durante la cirugía. De los T3 hay 6 fallecidos, 3 con condición de siembra y 3 con N o M positivo al momento de la histología. No existe diseminación en los estadios más precoces, a pesar de presentar condiciones de siembra (escurrimiento, perforación o no utilización de bolsa) más de la mitad de los casos.

Conclusiones: La CL no parece tener impacto en la sobrevida ni en el pronóstico de los pacientes con CVB incidental. Sin embargo, la existencia de factores de riesgo de diseminación durante la CL como son: el trauma local (trócares), manipulación tumoral y las maniobras quirúrgicas, podrían estar asociados a mal pronóstico y recurrencia precoz con menor sobrevida, sobre todo en los estadios más avanzados. No obstante; el estadio tumoral es el factor pronóstico más importante.

CANCER DE LA VESICULA BILIAR ¿ES IMPORTANTE LA UBICACIÓN DEL TUMOR/EN LA VESICULA?

Drs. X. de Aretxabala, J. Leon, I. Roa, G. Mordojovic, F. Maluenda, J. Hepp, J.C. Roa.

(Clínica Alemana de Santiago, Servicio de Cirugía Hospital FACH, Servicio de Anatomía Patológica Clínica Alemana, Unidad de Anatomía Patológica Universidad de la Frontera.)

Introducción: El objetivo de este trabajo es evaluar la influencia de la ubicación del tumor en la vesícula en el pronóstico de una serie de pacientes portadores de un tumor potencialmente curativos.

Material y Método: Se realizó el análisis de un total de 340 pacientes portadores de un tumor de la vesícula biliar catalogados como potencialmente resecables ingresados de manera prospectiva entre 1989 y 2007. Las piezas de colecistectomía fueron reevaluadas por un grupo de patólogos con la finalidad de conocer la ubica-

ción exacta del tumor dentro de la vesícula biliar. De este modo los pacientes se evaluaron en dos categorías. a) invasión del área adyacente al hígado b) invasión del área peritoneal.

Resultados: Del total de 340 pacientes en 300 fue posible conocer la ubicación del tumor. De este modo en 202 el tumor se ubicó en el lado peritoneal de la vesícula, en 29 en el lado hepático y en 69 comprometió ambas superficies vesiculares. Se comparó la sobrevida del grupo con un tumor localizado en el área peritoneal con el grupo en que el tumor comprometía el hígado ya sea de manera única o compartido con el área peritoneal. El análisis de la mortalidad en relación a la ubicación del tumor demostró que aquellos tumores ubicados en relación al lecho de la vesícula presentaron una sobrevida de 33% a 5 años comparado con una tasa de sobrevida de 55.7 para aquellos que poseían el tumor hacia la cara peritoneal (Log Rank: $p < 0.004$). Esta tendencia se observó independiente del nivel de profundidad del tumor.

Conclusion: Del análisis de los resultados de este trabajo se desprende la importancia que la ubicación de un tumor de la vesícula posee en relación con el pronóstico. De este modo los tumores ubicados en la porción dependiente del hígado poseen un pronóstico significativamente peor comparado con aquellos tumores ubicados en el lado peritoneal. En la actualidad en la clasificación propuesta por la AJCC esta variable no es considerada. Pensamos sería necesario el estudio de esta variable por otros centros con la finalidad de considerar esta variable al momento de la clasificación.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER VESICULAR. COMPARACIÓN DE 2 PERIODOS.

Drs. JF. Guerra¹, G. Olivares¹, R. Funke¹, R. Yáñez¹, J. Torres², G. Tapia¹, J. Martínez¹, S. Guzmán¹, N. Jarufe¹ (Departamentos de Cirugía Digestiva y Anatomía Patológica² Pontificia Universidad Católica de Chile.)

Introducción: El cáncer vesicular (CV) tiene una alta prevalencia en Chile. El tratamiento quirúrgico agresivo ha significado una mejoría en la sobrevida de estos pacientes. El objetivo de este estudio es comparar dos períodos en relación a la estrategia de tratamiento quirúrgico.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de pacientes operados con diagnóstico de CV, desde 1978 a 2007. Los pacientes se dividieron en 2 períodos: El primero (P 1) entre 1978 y 1997 (N= 165), que corresponde a la serie histórica y el segundo (P2) entre enero del 2000 y agosto del 2007 (N=52). Se registraron las características clínicas, anatomopatológicas, resultados quirúrgicos y la sobrevida.

Resultados: Un total de 217 pacientes fueron analizados. Las variables demográficas y clínicas son similares en los 2 períodos. El diagnóstico preoperatorio de CV fue realizado en el 34% en P1 y en el 43% en P2. Excluyendo la colecistectomía simple en cánceres mucosos, durante el P1 se realizó un 12% de cirugías con intención curativa y en P2 un 44% ($p < 0,01$). Las resecciones hepáticas con linfadenectomía se aplicaron en un 8% en P1 v/s un 44% en P2 ($p < 0,01$). Las laparotomías o laparoscopías exploradoras bajaron de un 38% a un 19% en ambos períodos ($p < 0,01$). La morbilidad y mortalidad quirúrgica fue 28% y 6% en P1 y 22% Y 0% en P2, respectivamente. La sobrevida actuarial fue de 8 (P1) y 18 (P2) meses (NS)

Discusión: En los últimos 10 años se han realizado más cirugías con intención curativa, con similar

morbimortalidad a la serie histórica. Aparentemente este cambio de estrategia puede significar una mejoría en la sobrevida de los pacientes.

CÁNCER TEMPRANO DE LA VESÍCULA BILIAR ¿ES NECESARIO EFECTUAR ALGÚN TRATAMIENTO ADICIONAL?

Drs X. de Aretxabala, J.C. Roa, J. Leon, J. Hepp, G. Mordojovich, F. Maluenda, I. Roa.

(Departamento de Cirugía, Clínica Alemana de Santiago. Departamento de Cirugía. Universidad de Chile. Unidad de Anatomía Patológica, Clínica Alemana de Santiago. Unidad de Anatomía Patológica Universidad de la Frontera. Departamento de Cirugía Hospital FACH.)

Objetivo: El objetivo del trabajo es evaluar una serie de pacientes portadores de un cáncer temprano de la vesícula biliar (invasión mucosa o muscular) con énfasis en el significado que la invasión de los senos de Rokitansky Aschoff tiene en el pronóstico de los pacientes y en la necesidad de realizar algún tipo de tratamiento diferente a la colecistectomía simple.

Material y Metodo: Efectuamos una revisión retrospectiva de una serie de pacientes potencialmente resecables recolectados de manera prospectiva desde 1989 hasta 2008. Del total de la serie que incluyó a 385 pacientes, 99 tuvieron infiltración de la túnica muscular o de la mucosa. Las piezas de colecistectomía fueron revisadas por un patólogo independiente para confirmar el diagnóstico de tumor y el grado de invasión. Luego de esta revisión, 45 y 49 pacientes con un tumor mucoso o muscular fueron estudiados.

Resultados: Una colecistectomía simple fue el tratamiento definitivo en la totalidad de los pacientes excepto en 12 de ellos. De estos, once fueron sometidos a la resección del lecho de la vesícula y a la linfadenectomía del pedículo hepático, mientras que el restante fue sometido a la resección del remanente del conducto cístico que estaba comprometido por tumor. De los pacientes sometidos a resección solo en un paciente se detectó tumor residual. La sobrevida a 5 años de la serie de pacientes con invasión mucosa fue de 86.3% mientras que la muscular fue de 88.9%. Invasión de los senos de RA fue observada en siete y tres pacientes con invasión mucosa y muscular respectivamente. Los pacientes con invasión de los senos de RA tuvieron una sobrevida menor comparado con aquellos sin invasión, tanto en los pacientes con invasión mucosa como muscular. 42.8% versus 94.5% para pacientes con tumores mucosos. (P=0.0024) y 66.6% versus 88.9% (P=0.0187) para aquellos con invasión muscular.

Conclusion: El cáncer temprano de la vesícula biliar se asocia a un pronóstico favorable y la colecistectomía debiera ser el tratamiento de elección. Sin embargo, una menor sobrevida se observa en pacientes con compromiso de los senos de RA, pudiendo este ser considerado un factor asociado al pronóstico e indicador de la necesidad de realizar una resección mayor.

SOBREVIDA DE PACIENTES CON CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR INCIDENTAL (CVI).

Drs. JM. Hurte, F. Spencer, E. Waugh, M. Meneses, H. Parada, H. De La Fuente.
(Instituto Oncológico Fundación Arturo López Pérez.)

Introducción: El objetivo de este estudio es evaluar las características clínicas y la sobrevida de pacientes con un CVI.

Material y métodos: Estudio retrospectivo a partir de los registros clínicos de pacientes con un CVI diagnosticados entre el 2000 y 2008. Se consideró CVI a aquel diagnosticado en el estudio anatomopatológico (AP) luego de una colecistectomía indicada por colelitiasis. El análisis estadístico se realizó con t-Student, Mann-Whitney, test de X² o prueba de Fisher. Las curvas de sobrevida se obtuvieron con el método de Kaplan Meier y las diferencias comparadas con Log-Rank. Se consideró significativo un p<0,05.

Resultados: Se evaluaron con la biopsia de la colecistectomía 49 pacientes (38 mujeres/11 hombres), edad promedio 58 años (i:41-77). La indicación quirúrgica fue colelitiasis sintomática y en 13 existía una colelitiasis aguda clínica. Recibieron Colecistectomía Laparoscópica 33 enfermos y Abierta o Convertida 16. El estudio AP de la vesícula biliar informó 4 tumores T1a, 4 T1b, 32 T2 Y 9 T3. El ganglio cístico fue evaluable en 28 enfermos (57%) y en 13 de ellos (46%) fue positivo. El borde quirúrgico estaba positivo en 12 enfermos (25%): 7 en lecho hepático y 5 en conducto cístico. Se reoperaron 36 de 45 pacientes con imágenes preoperatorias negativas o con enfermedad localizada resecable, excluyendo aquellos portadores de tumores T1a. Este grupo de resecados está constituido por 2 pacientes con infiltración T1b, 26 T2 y 8 T3; los otros 9 pacientes (20%) rechazaron la reoperación (2 T1b, 6 T2 Y 1 T3). Sólo 20 de 36 pudieron ser resecados R0 (55,5%). Las causas de irresecabilidad (16 pacientes) fueron compromiso ganglionar N3 (6), carcinomatosis (3), infiltración de órganos adyacentes (3), carcinomatosis y metástasis hepáticas (2) y metástasis hepáticas (2). En 10 de los 20 resecados R0 se encontró enfermedad tumoral residual (50%). La mediana de seguimiento fue de 21,9 meses. La mediana de sobrevida y la sobrevida global a 5 años para los 49 pacientes fueron 27,9 meses y 32%, respectivamente. La mediana de sobrevida global de los enfermos no resecados vs. los resecados fue de 12 y 30 meses, respectivamente (p<0,005). El análisis univariado mostró que la ictericia, la ausencia de bilis intravesicular, la presencia de masa o dilatación de la vía biliar extrahepática > a 7 mm en el estudio ecográfico preoperatorio de la colecistectomía así como los tumores T3, el borde quirúrgico positivo en la colecistectomía original, el compromiso ganglionar de la arteria hepática y/o intercavaoártico y la operación de reexploración no R0, son factores negativos para sobrevida (p<0,05).

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con CVI requieren reoperación (92%). Existe alto rechazo de procedimiento (20%). La reoperación permite una etapificación adecuada, identificando los pacientes incurables (45%).

CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR: ¿HAY DIFERENCIAS EN EL NIVEL DE PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO? ANÁLISIS DIFERENCIAL DE LABORATORIO PÚBLICO VERSUS PRIVADO EN 10 AÑOS.

N. Cánovas¹, J. Schalper², C. Valenzuela³, G. Torres⁴, D. Subiabre⁴, J. Gündelanch⁴.

¹ Servicio de Cirugía, Hospital Las Higueras de Talcahuano, ² Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

³ Servicio Anatomía Patológica, Hospital Las Higueras de Talcahuano.

⁴ Laboratorio de Anatomía Patológica de Concepción.

⁵ Unidad de Medicina Basada en la Evidencia, Hospital Clínico Universidad de Chile.

⁶ Intemas Medicina, Universidad de Concepción.

Introducción: El principal factor pronóstico del cáncer de vesícula biliar (CVB) es su nivel de progresión al momento del diagnóstico. Los estudios imagenológicos habitualmente no consiguen detectar el CVB en forma precoz, siendo gran parte de los tumores diagnosticados en etapa curativa un hallazgo anatomopatológico en colecistectomías por patología litiasica. La incorporación al AUGE de un programa de prevención secundaria del CVB supone un avance en equidad sanitaria al permitir que los chilenos con mayor riesgo puedan acceder a la cirugía al momento del diagnóstico de coledocistitis, sin importar su nivel socioeconómico.

Objetivo: Determinar si existen diferencias en el nivel de progresión del CVB al momento de la cirugía entre los pacientes de un hospital público de Talcahuano y aquellos del sistema privado de la Región. Metodología: Se revisaron todas las biopsias con diagnóstico de CVB (221 biopsias) procesadas entre los años 1998 y 2007 por un mismo grupo de patólogos en 2 centros distintos (Hospital Público Las Higueras de Talcahuano (HHT)= 108 biopsias y Laboratorio Privado de Anatomía Patológica de Concepción (LAP)=113). Ambos grupos fueron comparados según edad con T test y según sexo, tipo histológico, grado de diferenciación, profundidad de infiltración, permeación linfocelular, compromiso ganglionar y hepático mediante prueba de Chi2. El grado de asociación se cuantificó con un modelo de regresión logística.

Resultados: Ambos grupos fueron comparables en edad y sexo. En el grupo HHT, se observó mayor frecuencia de permeación linfocelular (OR: 1.96, Confianza 95%) y de compromiso muscular (OR: 13.41) que en el grupo LAP, y menor frecuencia de infiltración hasta lámina propia (OR: 0.25). Conclusión: El grupo del sistema público presentó mayor nivel de progresión del CVB al momento de la cirugía, que el grupo del sistema privado.

FACTORES PRONÓSTICOS EN EL CÁNCER VESICULAR SUBSEROZO

F. Venturelli, C. Cárcamo, J. Gómez, A. Venturelli, M. Cárcamo.

(Instituto de Cirugía. Universidad Austral de Chile. Hospital Base Valdivia.) (Departamento de Salud Pública y Epidemiología, Universidad de los Andes.)

Introducción: El cáncer de vesícula esta presente en el 3% de las colecistectomías aproximadamente. Los pacientes que tienen compromiso de la subserosa deben ser reoperados para mejorar su sobrevida. Objetivo: Evaluar que factores pronósticos afectan la sobrevida en los pacientes con cáncer vesicular subseroso.

Material y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo en que se analizan los pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer vesicular subseroso (T2) a partir de la biopsia de la pieza quirúrgica, que fueron operados en el Hospital Base Valdivia entre los años 2001-2005. Las características de la población se analizaron mediante estadística descriptiva. El análisis de sobrevida global se realizó mediante curvas de Kaplan Meier. Para medir los factores pronósticos (la reoperación, la terapia adyuvante (quimiorradioterapia), el grado de diferenciación y el compromiso linfonodal), se realizó un análisis univariado mediante la prueba de Long Rank y un análisis multivariado por medio de una regresión de Cox. Resultados: La cohorte incluyó 18 pacientes. La edad promedio fue de 65(39-86) años. Predominó el sexo femenino, 12(66,66%) vs 6 (33,33%). El diagnóstico preoperatorio de probable

cáncer vesicular, se encontró en 5 pacientes(27,77%), coledocistitis aguda en 8 (44,44%), coledocistitis sintomática en 3(16,66%), síndrome de Mirizzi en 1 (5,55%) Y peritonitis aguda en 1 (5,55%). Once pacientes (61,11 %) fueron catalogados como NI y 7 (38,88%) como NO. Cinco tumores (27,77%) se clasificaron como mal diferenciados, 9(50,00%) como moderadamente y 3 (16,66%) como bien diferenciados. Cuatro pacientes se reoperaron (22,22%). La sobrevida a 5 años fue de 81,71% y 18,18% para los NO y NI respectivamente. La mediana de seguimiento fue de 1.882 años. Tanto en el análisis univariado ($p=0.0049$) como en el multivariado ($p=0.013$) el compromiso linfonodal resultó ser un factor de mal pronóstico.

Conclusión: Los resultados obtenidos en este estudio indicarían que el compromiso linfonodal es un factor de mal pronóstico en el cáncer vesicular subseroso.

CANCER DE VESICULA pT2 EVALUACION DE LA SOBREVIDA y DE LOS RESULTADOS QUIRURGICOS

Drs. JM. Butte, E. Waugh, M. Meneses, I. Court, H. Parada, H. De La Fuente.

(Instituto Oncológico Fundación Arturo López Pérez.)

Introducción: Se considera Cáncer de Vesícula pT2 (CVpT2) a aquel cuya infiltración de la pared vesicular compromete hasta el tejido conectivo perimuscular. El objetivo de este estudio es evaluar los resultados del tratamiento quirúrgico y la sobrevida de pacientes portadores de un CVpT2 sometidos a cirugía e etapificación loco regional.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes con CVpT2 operados entre los años 2000 y 2008. Se evaluaron las características clínicas, terapéuticas y sobrevida. La cirugía de etapificación loco regional incluyó la vesícula biliar si estaba presente, los segmentos IVB y V del hígado, la disección linfonodal regional y la resección del conducto hepático común (CHC) cuando el margen en el conducto cístico fue positivo. El análisis estadístico se realizó con t-Student, Mann-Whitney, test de X2 o prueba de Fisher. Las curvas de sobrevida se obtuvieron con el método de Kaplan Meier y las diferencias comparadas con Log-Rank. Se realizó un análisis multivariado con el modelo de Cox. Se consideró significativo un $p<0,05$

Resultados: Se trataron 40 enfermos (34 mujeres/6 hombres), con una edad promedio de 58 años (i:42-77). En 32 pacientes el diagnóstico de CVpT2 fue incidental (DI) y en 8 intraoperatorio (DIOp) durante una colecistectomía indicada por coledocistitis. De los enfermos con DI, 26 fueron reoperados (81 %); a 16 se les realizó una operación R0 y a 10 R1-R2. A 4 de los pacientes con DIOp se les realizó una cirugía R0 (3 en forma inmediata y 1 diferido) y a 4 cirugía R1 o R2. Las causas de cirugía R1-R2 fueron: compromiso de órganos adyacentes en 4 pacientes, metástasis linfocelulares N3 en 4, carcinomatosis en 3, metástasis hepáticas en 2 y carcinomatosis más metástasis hepáticas en 1. Un paciente desarrolló una colección postoperatoria que se trató en forma conservadora y no hubo mortalidad operatoria. Del total de pacientes con resección R0: 5 (25%) presentaron compromiso linfocelular N1 y/o N2, 4 (20%) tenían tumor residual en el lecho vesicular y 2 (10%) compromiso del margen cístico. La sobrevida a 5 años y la mediana de sobrevida de todo el grupo fueron 32% y 8 meses, respectivamente. El estudio univariado mostró que la presencia de dilatación del CHC >7 mm, el retraso de la cirugía de etapificación loco regional después de 1,5 meses desde la colecistectomía, el compromiso del margen cístico, la

presencia de permeaciones linfáticas y las metástasis linfo nodales, se asocian a deterioro de la sobrevida ($p < 0,05$). El estudio multivariado mostró que la presencia de compromiso metastásico linfo nodal, el margen cístico positivo y la cirugía R1-R2 se asocian a peor sobrevida ($p < 0,001$).

Conclusiones: La resección R0 y la ausencia de compromiso metastásico linfo nodal se asocian a una mejor sobrevida. La resección radical o cirugía de etapificación loco regional presenta escasas complicaciones post-operatorias y ausencia de mortalidad.

CANCER DE LA VESICULA BILIAR, MANEJO DE PACIENTES CATALOGADOS COMO POTENCIALMENTE CURATIVOS

Drs X. de Aretxabala, J. Leon, I. Roa, N. Solano, G. Mordojovic, F. Maluenda, J. Hepp
(Clínica Alemana de Santiago, Servicio de Cirugía Hospital de Quillota.)

Objetivo: El objetivo de este trabajo es mostrar la experiencia de la Clínica Alemana de Santiago (CAS) en el manejo de una serie de pacientes catalogados como potencialmente curativos los que fueron derivados para consulta y eventual tratamiento

Material y Metodo: Desde Agosto de 2004 a Agosto 2008, 46 pacientes portadores de un tumor potencialmente curativo fueron derivados para evaluación conforme a un protocolo previamente designado en el Departamento de Cirugía de CAS.

La mayoría de los pacientes provino de la Provincia de Aconcagua (17) Y de la Región Metropolitana (14), el resto distribuyéndose entre Parícuta y la Araucanía.

Resultados: La totalidad de los pacientes habían sido previamente intervenidos, 45 sometidos a una colecistectomía y un paciente solo a laparotomía exploradora y biopsia vesicular. 37 (80.4%) pacientes fueron del sexo femenino, mientras que la edad fluctuó entre 38 y 76 (promedio 58). En relación al nivel de infiltración de la pared de la vesícula, 28 pacientes tuvieron un tumor con invasión de la subserosa (t2), 9 de la serosa (t3), 4 de la túnica muscular (t1b), 3 del tejido adiposo (t2), y 2 correspondieron a tumores in situ (tis). 35 pacientes fueron reintervenidos con la finalidad de efectuar la resección del lecho de la vesícula y la linfadenectomía del pedículo hepático, procedimiento que fue posible efectuar en 22 (62.8%) pacientes. La Tomografía Axial Computada (TAC) fue el principal examen al momento de determinar la inoperabilidad, examen que fue determinante al momento de decretar inoperabilidad en 7 pacientes. Por otra parte, de los 13 pacientes reoperados pero no resecados en 4 existieron hallazgos a la TAC sugerentes de irresecabilidad, mientras que en los restantes fue informado como normal. Entre los pacientes reoperados en 17 la reexploración se inició vía laparoscópica, realizándose la resección vía laparoscópica en tres. En la serie no se observó morbilidad ni mortalidad post operatoria.

Entre los 22 pacientes resecados, compromiso de los ganglios linfáticos se observó solo en 2 (9%) pacientes. Mientras que el hígado resultó positivo en 5 (22.7%)

Entre los 6 pacientes no reoperados y que poseían información del ganglio cístico en 3 fue positivo. No se observó mortalidad ni morbilidad en la serie presentada. Mediante análisis de Kaplan Meier, se calculó la sobrevida de la serie sometida a resección la que fue de 100% a 5 años comparado con un 12.6% para la serie.

ICTERICIA EN CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR. RESULTADOS DE UN PROTOCOLO QUIRÚRGICO RESECTIVO.
Drs. F. Maluenda, IC. Diaz, X. De Aretxabala, G. Rencoret, J. Castillo, A. Csendes,
(Departamento Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile)

Introducción: La presencia de ictericia en pacientes con cáncer de vesícula biliar (CVB) sugiere, en general, enfermedad avanzada y se asocia con irresecabilidad y un pobre pronóstico. Desde 1995 aplicamos un protocolo para pacientes portadores de enfermedad localmente avanzada, pero resecable quirúrgicamente.

Método: Análisis descriptivo de datos de pacientes portadores de un CVB, que se presentaron con ictericia al ingreso, entre Enero de 1995 y Junio de 2008. Se describe la presentación clínica, el tipo de resección y los resultados quirúrgicos en el grupo icterico, con especial énfasis en la resecabilidad, morbimortalidad y la sobrevida alejada.

Resultados: 151 pacientes (39%) de 387 pacientes portadores de un CVB se presentaron con Ictericia. De éstos fueron explorados con intención resectiva 124 pacientes (82%), se logró resección con márgenes Ro en 43 pacientes (34,6% de resecabilidad). Los tipos de resección aplicada fueron: Hepatectomía de distinta magnitud en 43 pacientes, Resección de vía biliar seguido de reconstrucción biliar en 17, Colectomía parcial en 3 y Pancreatoduodenectomía en 2 pacientes. En este grupo se logró una mediana de sobrevida de 8,4 meses (1-75 m). En el grupo no resecado la sobrevida fue de 4,5 m. La mortalidad y morbilidad del grupo que logró ser resecado fueron 2,3% y 27,2% respectivamente.

Conclusiones: La ictericia en CVB es un factor de mal pronóstico, asociado a limitada sobrevida, a pesar del tratamiento quirúrgico resectivo.

MANEJO ENDOSCÓPICO DE LA FÍSTULA BRONCOBILIAR.

Richter H, Jury G, Valdivieso E. Castillo C. Harz C. Sáenz R. Navarrete C.

(Centro Latinoamericano de Entrenamiento en Endoscopia Gastrointestinal, Departamento de Enfermedades Digestivas, Clínica Alemana, Santiago - Chile)

Introducción: La fístula Bronco biliar (FBB) es una complicación infrecuente y seria de la enfermedad hidatídica hepática. La mayoría de las series publicadas muestran que el manejo quirúrgico convencional se asocia a alta morbi mortalidad. Objetivo: Describir nuestra experiencia en el manejo endoscópico de esta rara entidad.

Método: Serie de casos que agrupa 6 pacientes con fístula bronco biliar tratada de forma endoscópica durante los últimos 5 años.

Resultados: Todos los pacientes tratados fueron hombres entre 38 y 67 años de edad. Los síntomas principales al momento de presentación fueron tos, disnea y fiebre. Se realizó una o varias CPRE en cada caso. Siempre se asoció una esfínterotomía endoscópica y en forma variable se utilizaron prótesis y cianoacrilato para ocluir el trayecto fistuloso después de la selectiva canulación del mismo. En todos los casos, la bilipneumotórax desapareció pasadas las primeras 24 horas y luego de 6 meses de seguimiento, ningún paciente había recurrido con el síntoma.

Conclusión: La FBB es una complicación seria de la enfermedad hidatídica que parece beneficiarse del tratamiento endoscópico. Esfínterotomía mas prótesis biliar parece ser el mejor abordaje inicial, mientras que la aplicación de cianoacrilato para ocluir el trayecto fistuloso debe ser una alternativa si el tratamiento inicial falla.

MANEJO LAPARO-ENDOSCÓPICO SIMULTÁNEO DE LA COLEDOLITIASIS ASOCIADA A COLELITIASIS.

H. Richter, E. Valdivieso, J. Ormazábal, J. Gobelet, A. Rodríguez-Navarro, C. Aguayo y C. Navarrete.

(Centro Latinoamericano de Entrenamiento en Endoscopia Gastrointestinal, Hospital Sotero del Río, Hospital Padre Hurtado, Hospital Salvador y Departamento de Enfermedades Digestivas, Clínica Alemana, Santiago - Chile)

Introducción: La evolución de la cirugía de mínima invasión ha llegado al concepto de plataforma quirúrgica multidisciplinaria. Este concepto busca optimizar la disponibilidad suficiente de herramientas tecnológicas y humanas que logren adaptar el procedimiento justo para cada caso, favoreciendo el costo, la efectividad y la satisfacción de los pacientes. La resolución de la colecisto coledocolitiasis en un único procedimiento mini invasor, es un estándar de tratamiento, que puede protocolizarse en hospitales públicos chilenos, impactando favorablemente el manejo de la enfermedad litiasica biliar en nuestro medio.

Objetivo: Describir la factibilidad y experiencia inicial en el manejo laparo-endoscópico de la colelitiasis asociada a coledocolitiasis en varios hospitales públicos de la región metropolitana. **Método:** Análisis retrospectivo de una cohorte de pacientes que fueron manejados por miembros de nuestro grupo multidisciplinario en tres centros asistenciales públicos, entre julio de 2006 y julio de 2007. En todos los casos se aplicó un algoritmo de manejo previamente diseñado por el grupo que según el resultado de la colangiografía intraoperatoria, protocolizaba la resolución de la coledocolitiasis mediante CPRE guiada, exploración trans cística o coledocotomía laparoscópica.

Resultados: Durante el período de estudio se incluyeron 30 procedimientos. No hubo mortalidad perioperatoria, pancreatitis aguda post procedimiento ni complicaciones infecciosas. En ningún caso se utilizó sonda de coledocostomía. El alta se consiguió en promedio a las 28 horas. En todos los casos se logró la resolución de la entidad. Uno de los casos se asoció a fístula colecisto-gástrica, que fue resuelta de manera laparoscópica y gracias al abordaje combinado, fue posible tratar una paciente embarazada con muy baja exposición a radiación. Al control alejado, el 100% de los pacientes expresaron su satisfacción con el procedimiento. **Conclusión:** El manejo en un único procedimiento de la colecisto colédocolitiasis mediante una plataforma quirúrgica multidisciplinaria es factible en hospitales del sistema público, altamente efectivo, con baja morbilidad y gran satisfacción por parte de los pacientes.

AMILASEMIA POST-COLANGIOGRAFÍA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA. ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVA.

Losada H, Silva J, Fernández R., Burgos SJ., Fulgeri C., Balcels A. L,
(Centro: Universidad de La Frontera. Hospital Hernán Henríquez Aravena.)

Introducción: La Colangiografía endoscópica retrógrada (CER) tiene como principal complicación la pancreatitis aguda. El diagnóstico se realiza por medio de la medición de amilasas y la sintomatología del paciente. Existen algunos reportes previos en nuestro centro de hiperamilasemia asintomática en pacientes post-ERCP. Nuestro objetivo fue medir amilasas en sangre en pacientes sometidos a ERCP y realizar asociación con el uso de precorte, papilotomía y la presencia de síntomas.

Material y método: Estudio de cohorte prospectiva

de pacientes que fueron sometidos a CER entre abril 2007 y abril 2008 en el Servicio de Cirugía del Hospital Hernán Henríquez Aravena. Se registraron variables clínicas y de laboratorio al ingreso, indicaciones, tipo de sedación utilizada, uso de precorte y papilotomía, morbilidad y mortalidad del procedimiento. Además se realizó medición de amilasa en sangre 1 hora y 12 horas después del procedimiento. Se utilizó estadística descriptiva y analítica según el tipo de variables. **Resultados:** Nuestra cohorte consta de 90 pacientes, con un promedio de edad de 59.7 ± 18 años, con 62% de pacientes de género femenino. La indicación más frecuente fue coledocolitiasis con o sin signos de colangitis en 80% de la serie, seguido de estenosis de vía biliar en 15%. Se utilizó sedación con propofol en 60% de los casos. Se realizó precorte en el 19% y papilotomía en 65% de la serie. Se canuló en conducto Wirsung en 14% de los pacientes. Se logró la canulación de vía biliar en el 90% de la serie. Se instalaron prótesis biliares en 30% de los pacientes. El promedio de amilasas 1 hora post-procedimiento fue 106.68 ± 115 U/L y el promedio de la medición a las 12 horas fue 121.98 ± 240 U/L. No se encontraron diferencias en los valores de amilasas en los pacientes sometidos a precorte, papilotomía o en los que se canuló el Wirsung. 18 pacientes (20%) presentaron dolor postprocedimiento. 2 pacientes (2%) presentaron pancreatitis post-procedimiento. No se presentó mortalidad en la presente serie. En los casos de pancreatitis el promedio del valor de amilasemia fue de 461 ± 119 U/L y 1547 ± 22 en comparación con el resto del grupo cuyos promedios fueron 98.63 ± 102 Y 87.21 ± 89 respectivamente ($p=0.000$). La mediana de estancia hospitalaria de la serie fue 2.5 días. No se registraron casos de hiperamilasemia asintomática.

Conclusiones: No se encontró asociación entre la medición de amilasas en pacientes post CER y el uso de precorte, papilotomía y canulación del Wirsung. No se registraron casos de hiperamilasemia asintomática.

COLANGIOPANCREATOGRAFÍA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DEL SALVADOR.

J. Muñoz (1), J. Ormazábal(1), A. Carvajal(3), P. Cabrera(3) H. Avendaño(2), S. Uribe Echevarría(1), F. Catán(1), J. Cornejo (3), M. Uribe(1).

(1) Equipo Hepatobiliopancreático. Servicio Cirugía. Hospital Del Salvador. (2) Estada de perfeccionamiento. Cirugía Endoscópica. Hospital Del Salvador. (3) Alumno de Medicina. Universidad de Chile.

Introducción: La Colangiopancreatografía Endoscópica Retrógrada (CPER) constituye el procedimiento terapéutico de elección en variadas patologías del tracto hepatobiliopancreático. El Hospital Del Salvador cuenta con este procedimiento desde el año 1994, siendo el año 2006, con la adquisición de equipos de videoendoscopia y la disponibilidad permanente de pabellones quirúrgicos, que la gran mayoría de la patología biliar se resuelve por este medio. El objetivo de esta revisión es dar a conocer nuestra experiencia desde Septiembre del año 2006 a Mayo del 2008 y demostrar que la CPER es segura y eficaz en el tratamiento de las patologías hepatobiliopancreáticas.

Material y Método: Análisis retrospectivo de 124 fichas clínicas desde septiembre 2006 a Mayo del 2008. Se obtuvo datos demográficos, diagnósticos de ingreso, patologías asociadas, síntomas y signos, éxito o fracaso en el procedimiento, diagnóstico final y morbimorbilidad.

Resultados: El procedimiento fue realizado con

éxito en 120 pacientes (96,8%). En cuatro pacientes no fue posible completarlo (3,2%) . De los pacientes estudiados 77 (62.1 %) corresponden al sexo femenino. La media de edad fue de 64,4 años con (desviación estándar) DS de 18,26 sin diferencias significativas entre sexos. Los diagnósticos de ingreso más frecuentes fueron coledocolitiasis (29,8%), colangitis aguda (17,7%) y síndrome Ictérico (16,1%). Las patologías asociadas más frecuentes fueron cardiovasculares (40,3%), metabólicas (23,4%) y gastrointestinales (16,1%). El signo más frecuente fue ictericia (61,3%), coluria (41,1 %),fiebre (25%) y baja de peso (24,1 %). Los diagnósticos post-procedimiento fueron coledocolitiasis 76(63,3%) , colangitis 30(25%), cáncer de páncreas 17(14,1%), otros tumores con compromiso de vía biliar 13(10,8%). Las complicaciones observadas fueron pancreatitis 2 (1,6%), hemorragias 3 (2,4%), perforación 1(0,8%), colangitis 2 (1,6%), mortalidad 2 (1,6%).

Conclusiones: La CPER realizada en el Hospital Del Salvador es un procedimiento eficaz, seguro y con baja morbimortalidad en el período analizado, comparable a series internacionales.

RIESGO DE MUERTE POST COLANGIOPANCREATO- GRAFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE) EN PA- CIENTES DE EDAD AVANZADA.

C. Reyes, E. Valdivieso, R. Prieto, C. Castillo, C. Harz, X. de Aretxabala, L. Goldin, L. Vargas, M. Reyes y C. Navarrete.

(Centro Latinoamericano de Entrenamiento en Endoscopia Gastrointestinal, Departamento de Enfermedades Digestivas, Clínica Alemana, Santiago - Chile)

Introducción: La racionalización de la invasión alcanzada por las técnicas de cirugía endoscópica, ha permitido que incluso en pacientes seniles, la realización de una CPRE sea hoy considerada como un procedimiento de muy bajo riesgo. Algunas publicaciones con limitado número de pacientes y corto seguimiento, sugieren que en adultos mayores sin descompensación aguda que son sometidos a CPRE, el riesgo de muerte es similar a la de cualquier adulto joven. Esta afirmación no parece representar la disminución de la reserva fisiológica que acompaña al paso de los años y justifica plenamente el estudio de la mortalidad post operatoria en un centro de referencia de CPRE.

Objetivos: Determinar la mortalidad post ERCP en pacientes mayores de 65 años y analizar sus diferencias en magnitud y causalidad comparativamente con la de adultos jóvenes intervenidos en condiciones similares. Método: Entre el 1 de enero de 2001 y el 31 de diciembre de 2007, se reclutó una cohorte de 6073 pacientes mayores de 18 años a quienes se les realizó CPRE. Los datos sobre el diagnóstico que indicó el procedimiento, la comorbilidad relacionada y las características particulares de cada procedimiento fueron recolectados de forma prospectiva mediante una entrevista pre quirúrgica. La fecha y causa de cada defunción se obtuvo a partir de la base de datos del sistema de registro civil nacional de Chile.

Resultados: Todos los procedimientos se llevaron a cabo bajo sedación profunda titulada con propofol. El 39% del total de pacientes fueron mayores de 65 años. El diagnóstico pre operatorio de malignidad se confirmó en 7% de los mayores de 65 años y en 3% de los adultos jóvenes intervenidos. El riesgo de muerte post CPRE fue mayor durante todo el tiempo de seguimiento para el gru-

po de pacientes mayores de 65 años (0.64% vs 0.05% a las 48 horas, 0.23% vs 3.05 % al séptimo día y 1.13 vs 9.14 al primer mes). Esta diferencia entre mayores de 65 años y adultos jóvenes se mantiene incluso cuando se estratifican los grupos con base en la presencia o no de patología maligna de base.

MANEJO ENDOSCÓPICO PRECOZ DE PANCREATITIS AGUDA BILIAR LEVE CON PATRÓN COLESTÁSICO AL INGRESO. ANÁLISIS DE RESULTADOS Y COMPLICACIONES.

Drs. Hein G, Mordojovich G, Jensen J, Taladriz C. (Servicio de Cirugía, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile y Universidad de Valparaíso.)

Introducción: La pancreatitis aguda (P A) constituye un cuadro frecuente de hospitalización en nuestro país. La etiología biliar representa sobre el 80% en nuestro medio. A pesar de los progresos en el diagnóstico y manejo de este cuadro, se mantiene un porcentaje de 20-30 % de P A que evolucionan en forma grave, con 10-20 % de mortalidad en este grupo. Se ha demostrado beneficio en tratar precozmente con drenaje endoscópico al grupo de pacientes con colestasia severa al ingreso con un cuadro grave concomitante. Existe controversia respecto de los beneficios del drenaje endoscópico precoz del grupo de pacientes con P A leve al ingreso y patrón colestásico, centradas en la hipótesis empírica de probables complicaciones del procedimiento que pudieran agravar el cuadro. La literatura sugiere que la obstrucción de vía biliar, puede ser causa de colangitis y de infección secundaria de la necrosis o colecciones pancreáticas, junto con la translocación bacteriana intestinal, por lo que resultaría beneficioso realizar el drenaje precoz de la vía biliar. En el presente trabajo se analiza el manejo y evolución de los pacientes tratados en nuestro centro con pancreatitis aguda biliar leve (score Apache TI<8) Y con evidencias de colestasia a su ingreso.

Objetivo: Analizar la evolución y eventuales complicaciones derivadas de colangiografía endoscópica (CPRE) de pacientes con P A biliar leve, con patrón colestásico y sin evidencias de otra etiología al ingreso, tratados precozmente con drenaje endoscópico por (CPRE).

Material y método: Desde enero 1998 hasta julio de 2008, han ingresado a nuestro centro 165 pacientes con diagnóstico de P A, de los cuales 113 (92,72 %) fueron de origen biliar. De este grupo, 31 (18,78 %) reunieron criterios para realizar CPRE precoz post ingreso (P A biliar grave según score de APACHE II, patrón colestásico severo o colangitis concomitante) y 82 se categorizaron como P A leve, con patrón colestásico al ingreso. A 72 de ellos (63,71 %) se les realizó CPRE antes de 48 hrs. del ingreso con 68 (94,4%) positivos para coledocolitiasis, resuelta durante el procedimiento.

Resultados: En el análisis de los pacientes tratados con CPRE precoz, no hubo complicaciones derivadas de la terapia endoscópica y no se produjo mortalidad en este grupo.

Conclusiones: Se puede demostrar en esta serie, que la CPRE precoz en pacientes con P A leve y patrón colestásico al ingreso, es una técnica segura, que precisa y resuelve el factor etiológico en un 94,4% de los pacientes, no asociada a un incremento de las complicaciones y morbimortalidad.

RE-EXPLORACIÓN ABIERTA DE VÍA BILIAR EN COLEDOCOLITIASIS. SERIE DE CASOS.

Losada H, Silva J, Burgos SJ L, Manterola C, Rodríguez (D. Centro: Universidad de La Frontera. Hospital Hernán Henríquez Aravena.)

Introducción: El drenaje abierto de vía biliar con coledocostomía es una opción en el tratamiento de la coledocolitiasis. Nuestro objetivo es describir la morbilidad, mortalidad y estancia hospitalaria de una serie de pacientes sometidos a re-exploración abierta (REA) de la vía biliar por coledocolitiasis.

Material y método: Serie de casos de pacientes con coledocolitiasis residual o de neoformación llevados a REA de la vía biliar y sonda Kehr en el Hospital Hernán Henríquez Aravena de enero de 2006 y diciembre de 2007. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión.

Resultados: Nuestra serie consta de 110 pacientes, 74% de género femenino, con edad promedio de 63 ± 15 años. El 43% de los pacientes fueron llevados a drenaje de urgencia con diagnóstico de colangitis aguda. El 12% de los pacientes ingresaron en estado de choque. El promedio de FC al ingreso fue 90 ± 19 latidos/min; el 30% de la serie ingresó con temperatura mayor a 38°C ; el promedio de leucocitos al ingreso fue de $14\ 250 \pm 6652$ cel / mm³; el promedio del valor de bilirrubina total y fosfatasa alcalina al ingreso fue de 8 ± 7 mg/dl y 512 ± 461 U/L. En la ecografía de ingreso realizada por cirujano no se pudo visualizar la VBIH en el 36%; el 78% presentaba dilatación de VBEH y el diámetro promedio de la VBEH fue de 14 ± 6 mm. De los pacientes llevados a cirugía de urgencia el 64% tenía bilipus o bilis turbia y de los pacientes llevados a cirugía no de urgencia el 38% tenía este mismo hallazgo al abrir la vía biliar. Sólo se realizó colangiografía intraoperatoria por sonda Kehr en el 25% de los pacientes. La morbilidad de la serie fue de 12%. La complicación quirúrgica más frecuente fue biliperitoneo en 9 pacientes (8%), seguido de infección del sitio operatorio y hemoperitoneo. La mortalidad de la serie fue de 2%. El promedio de estancia hospitalaria fue de 13 ± 11 días. El 25% de la serie presentó imagen de litiasis residual en la colangiografía por sonda Kehr de control. La mediana del tiempo de permanencia de sonda Kehr es de 83 días.

Conclusión: En esta serie de REA de vía biliar por coledocolitiasis la morbilidad fue de 12%, la mortalidad de 2% y el promedio de estancia hospitalaria fue de 13 ± 11 días.

PRECORTE DE ACCESO. UNA TÉCNICA SEGURA QUE MEJORA LA TASA DE CANULACIÓN DE LA VÍA BILIAR.

E. Valdivieso, C. Castillo, C. Harz y C. Navarrete (Centro Latinoamericano de Entrenamiento en Endoscopia Gastrointestinal, Departamento de Enfermedades Digestivas, Clínica Alemana, Santiago - Chile)

Introducción: Con el fin de ganar acceso al conducto biliar principal, la incisión con papilótomo de punta a través de la pared de la papilla ha sido considerada como un método efectivo y seguro, pero dependiente de la técnica quirúrgica y la experiencia del operador. Un creciente número de publicaciones informan en centros de referencia, que el precorte alcanza cifras de seguridad similares a las de la canulación convencional y hace posible una tasa de éxito mayor, con menor tiempo final de canulación y menos número de ingresos al conducto de

Wirsung.

Objetivos: Describir la frecuencia de uso de precorte en el Centro Latinoamericano de Entrenamiento en Endoscopia Gastrointestinal, sus indicaciones y el impacto de la intervención, sobre la tasa de canulación biliar y pancreática.

Métodos: Estudio descriptivo que reclutó todos los pacientes intervenidos mediante Colangiografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) entre enero de 2006 y diciembre de 2007. Se calcularon proporciones de uso, según las principales indicaciones de precorte y su impacto en la tasa de canulación general y específica para cada indicación.

Resultados: Se incluyen 3167 procedimientos de colangiografía retrógrada endoscópica, encontrando una proporción de uso del precorte de 19%, que mejoró en 16%, la proporción final de procedimientos técnicamente exitosos durante la primera intervención. Las indicaciones más frecuentes entre las cuales el precorte tuvo mayor impacto mejorando la tasa de canulación, fueron principalmente diferentes variaciones anatómicas de la papila, neoplasia ampular y sospecha de disfunción del esfínter de Oddi.

Conclusión: Los resultados de este estudio sugieren que en centros de referencia, el «precorte de acceso», aumenta la proporción de éxito de canulación biliar sin aumentar el riesgo relacionado o incluso ayudando a disminuir el riesgo de pancreatitis post CPRE.

PAPILOTOMÍA AMPLIADA MEDIANTE DILATACIÓN HIDROSTÁTICA: TÉCNICA SIMPLE Y SEGURA QUE FACILITA EL MANEJO DE LA COLEDOCOLITIASIS GIGANTE.

E. Valdivieso, C. Harz, C. Castillo y C. Navarrete (Centro Latinoamericano de Entrenamiento en Endoscopia Gastrointestinal, Departamento de Enfermedades Digestivas, Clínica Alemana, Santiago - Chile)

Introducción: La coledocolitiasis gigante, continúa siendo un desafío terapéutico, incluso para operadores experimentados. Se presenta y evalúa una técnica simple, segura y novedosa, que facilita la extracción de cálculos de gran tamaño.

Objetivos: Describir la técnica de papilotomía ampliada, mediante dilatación hidrostática y comparar su efectividad, eficiencia y seguridad con la papilotomía convencional en el tratamiento endoscópico de la coledocolitiasis de gran tamaño.

Métodos: Experimento clínico no aleatorio que comparó la papilotomía ampliada mediante dilatación hidrostática ampular contra la papilotomía convencional. En todos los casos se realizó una colangiografía y papilotomía convencionales. Posteriormente a los pacientes elegidos por el tratante para dilatación ampular, se les realizó una dilatación hasta el diámetro mayor de la vía biliar distal y luego se extrae la litiasis con Dormia. En ambos grupos se realizó litotripsia y/o se indicó prótesis según cada necesidad particular. Se determinó la proporción de éxito técnico en un único procedimiento, necesidad de uso de litotripsia, uso de prótesis y complicaciones relacionadas. Se calculó la razón de suertes y se estimaron indicadores de precisión para cada uno de los desenlaces.

Resultados: El estudio incluyó 88 pacientes (44 pacientes por grupo). El riesgo de fallar en la extracción durante un primer y único procedimiento endoscópico fue significativamente mayor, en el grupo de papilotomía convencional (RR 27.5 (IC95% 17.3 - 41.5" y se asoció a un

requerimiento mayor de litotripsia y/o prótesis biliar. Las complicaciones de la papilotomía ampliada mediante dilatación hidrostática, son similares a las de la papilotomía convencional y no se aumenta el riesgo de pancreatitis, reportado para la dilatación papilar exclusiva con balón.

Conclusión: El presente estudio sugiere que la papilotomía ampliada mediante dilatación hidrostática, es una técnica segura que facilita el manejo de la coledocolitiasis de gran tamaño.

PANCREATODUODENECTOMÍAS: EXPERIENCIA, INDICACIONES Y RESULTADOS QUIRÚRGICOS.

Drs. F. Matamala¹, R. Humeres², M Guevara², E. Saffie², Horacio Ríos³

(Hospital Militar de Santiago)

¹ Becado de Cirugía, Hospital Militar Santiago, Universidad de Valparaíso.

² Equipo Hepatobiliopancreatico de Cirugía, Hospital Militar Santiago.

³ Jefe del Servicio de Cirugía; Hospital Militar Santiago.

Introducción: se denomina pancreatoduodenolectomía, la resección en bloque del tejido pancreático a derecha del eje mesentérico en conjunto con duodeno. Objetivos del presente trabajo, analizar las principales indicaciones, complicaciones y resultados quirúrgicos. Material y métodos: estudio retrospectivo 15 pacientes operados entre Junio 2001 a Mayo 2008. Se analizaron los principales antecedentes clínicos, quirúrgicos, estudio preoperatorio y estudio anatomopatológico.

Resultados: fueron sometidos a pancreatoduodenolectomía 7 mujeres y 8 hombres, promedio edad 62,7 años. El motivo de consulta principal fue ictericia (40%), junto con baja de peso (40%), destacable la presencia de 5 casos diagnosticados incidentalmente. Las comorbilidades frecuentes fueron hipertensión arterial (8 casos), junto con diabetes mellitus 2 (4 casos); 6 pacientes no presentaban patologías concomitantes. El estudio imagenológico preoperatorio principal fue tomografía computada, se complementó con colangiografía y/o endosonografía en algunos casos. El diagnóstico preoperatorio principal fue cáncer de páncreas 9 casos (60%); tumor periampular 3 casos (20%); tumor de vía biliar, tumor duodenal y tumor quístico páncreas con 1 caso (6,6% respectivamente). Todos los pacientes tuvieron preservación de piloro. Dos casos presentaron colecciones intraabdominales, que se drenaron percutáneamente guiadas por tomografía, 1 caso con fistula biliar con manejo conservador. No hubo mortalidad reportada en esta serie. Tiempo quirúrgico promedio fue 407.1 minutos. El estudio anatomopatológico mostró 26,6% adenocarcinomas de páncreas, 26,6% cánceres de ampolla de Vater (adenocarcinoma), 20% lesiones quísticas (2 cistoadenomas serosos y 1 mucinoso), 13,3% pancreatitis crónica; GIST y carcinoma de células claras en 6,6% (1 caso).

Conclusiones: Las pancreatoduodenolectomías se realizaron principalmente ante sospecha de cáncer de páncreas. Es importante destacar los tumores en ampolla de Vater, que igualan a los adenocarcinomas pancreáticos. La indicación más frecuente fue colección intraabdominal, no requiriendo reintervención. El estudio preoperatorio, la tomografía computada es el más usado, con buen rendimiento; combinando estudios imagenológicos se logra un mejor enfrentamiento diagnóstico.

PANCREATITIS AGUDA EN EL HHA. SERIE DE CASOS. Losada H, Burgos SJ L, Silva J, Manterola C, Drazic O, Sandoval E.

(Centro: Hospital Hernán Henríquez Aravena, Universidad de La Frontera.)

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) es una entidad frecuentemente asociada a la patología biliar. El objetivo del presente trabajo es describir la mortalidad de nuestra serie de PA y verificar si existe asociación entre las puntuaciones de gravedad (APACHE 11 Y PCR) con la mortalidad en pacientes con PA.

Material y método: Estudio de cohorte retrospectiva de pacientes con diagnóstico de PA evaluados por el equipo de cirugía hepatobiliar y pancreática del Hospital HHA en los años 2005 y 2006. Se registraron aspectos biodemográficos, etiología, clasificaciones de gravedad, aspectos terapéuticos, complicaciones y mortalidad. Se definió pancreatitis aguda grave (PAG) él cuando presentaba APACHE II al ingreso >8 o cualquier medición de PCR > 150mg/dl. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión y estadística analítica con χ^2 y t-test para los análisis dicotómicos según el tipo de variables.

Resultados: Se incluyeron 258 pacientes con diagnóstico de PA, edad promedio de 52 ± 17.75 años. La distribución de género mostró que 54% de la serie fue de género femenino. En cuanto a la etiología el 82.5% fue de etiología biliar, 5% alcohólica, 3% asociada a hipertrigliceridemia, 2% asociada a CER y 7% fue catalogada como idiopática. El 37% de los pacientes con etiología biliar tenían antecedente de consulta por algún cuadro biliar previo. Hubo un caso asociada a hipercalcemia. El promedio de APACHE 11 al ingreso fue de 5.57 ± 4.94 y el promedio de proteína c reactiva (PCR) al ingreso fue de 111 ± 104 mg/dl. Al efectuar la clasificación de gravedad al ingreso el 35% de la serie fue clasificada como PAG. Se utilizó antibióticos profilácticos en 42% de los pacientes. El soporte nutricional fue enteral en 24% y parenteral en 2%. Presentó complicación local el 8% de los pacientes. La mortalidad de la serie fue de 9%. Durante la hospitalización en el periodo del estudio sólo se resolvió el 21 % de los pacientes con PA de etiología biliar. El promedio de estancia hospitalaria fue de 14.28 ± 12.6 días. De las variables de admisión se asoció a la mortalidad la edad > 60 años ($p=0.028$); ingreso en estado de choque ($p=0.000$) y con $T > 38^\circ\text{C}$ ($p=0.000$). De las puntuaciones de gravedad el APACHE 11 al ingreso >8 mostró una asociación estadísticamente significativa con la mortalidad ($p=0.001$). Ni la medición de PCR, ni el score de SOFA mostraron asociación estadísticamente significativa con la mortalidad. Ni el APACHE 11, ni la PCR, ni el score de SOFA mostraron asociación con el desarrollo de complicaciones locales.

Conclusiones: La mortalidad de nuestra serie de PA es de 9%. En nuestra serie el APACHE 11 mostró asociación estadísticamente significativa con la mortalidad.

RESULTADOS ACTUALES DE LA PANCREATODUODENECTOMIA PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TUMORES PERIAMPULARES. E. Norero, S. Baez, E. Viñuela, C. Martínez, J. Reyes, R. Kusanovic, M. Sanhueza, G. Aguayo, A. Calvo, R. Mege, M. Caracci, A. Díaz.

Cirugía Digestiva. Servicio de Cirugía. Servicio de Anatomía Patológica. Secretaría de Investigación. Hospital Sótero del Río.

Introducción: El objetivo fue evaluar los resultados de la pancreatoduodenolectomía (PDD), describir su

mortalidad, analizar la sobrevida alejada observada y sus factores.

Materiales y Método: Se incluyó a los pacientes sometidos a una PDD entre 1990-2008. Los datos se obtuvieron de una base de datos computarizada prospectiva. Se analizaron datos del peri-operatorio y de seguimiento alejado. Se calculó la sobrevida actuarial con el método de Kaplan-Meier y se utilizó el test de log-rank para comparación.

Resultados: Se realizaron 188 PDD (Edad: 58 ± 12 . Mujeres: 101). Se realizó preservación pilórica en 79 (42%) pacientes y una anastomosis pancreato-gástrica en 90%. En 9 (5%) pacientes se realizó una resección vascular asociada a la PDD. La mortalidad quirúrgica fue de 8%. La morbilidad observada fue 59%; destacando retención gástrica 27%, fistula pancreática 13%, hemorragia digestiva 8% y hemoperitoneo 5%. El estudio de anatomía patológica demostró un adenocarcinoma de páncreas en 76 (40%) pacientes, un cáncer de ampolla en 50 (27%), un tumor de vía biliar distal en 35 (19%) y 13 (7%) presentaron patología benigna en la biopsia definitiva; los márgenes fueron positivos en 20 (11%) pacientes. La mediana de sobrevida con un tumor periampular fue de 16 meses (23% a 5 años); en tumores de ampolla esta fue 26 meses (30% a 5 años), vía biliar 12 meses (15% a 5 años) y adenocarcinoma de páncreas 12 meses (14% a 5 años) ($p=0,02$). Los pacientes con márgenes negativos tuvieron una mediana sobrevida de 17 meses (24% a 5 años) ($p=0,006$) y los pacientes sin compromiso ganglionar alcanzaron una sobrevida de 28 meses (30% a 5 años) ($p=0,01$).

Conclusión: La PDD permite sobrevida alejada en pacientes con neoplasias periampulares, este resultado depende significativamente de lograr márgenes negativos, la ausencia de compromiso ganglionar y del tipo de tuiVO de periampular. La morbilidad de esta cirugía sigue siendo elevada.

COLANGIOPCARCINOMA: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN UN CENTRO UNIVERSITARIO

Drs. R. Yáñez¹, C. Gamboa¹, F. Moisan¹, J.F. Guerra¹, Int. C. González¹, J. Martillez¹, S. Guzmán¹, J. Torres², N. Jarufe¹

Depto. de Cirugía Digestiva¹. Departamento de Anatomía Patológica. Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: El colangiocarcinoma es un tumor maligno de baja frecuencia, originado en las células epiteliales de las vías biliares. Posee en general mal pronóstico, siendo la cirugía el único tratamiento con potencial curativo. El objetivo es dar a conocer las características y resultados del tratamiento quirúrgico del colangiocarcinoma en nuestro centro.

Pacientes y método: Revisión de base de datos prospectiva de los pacientes con colangiocarcinoma sometidos a tratamiento quirúrgico entre los años 2001-2008 en Hospital Clínico de la Universidad Católica. Se evalúa clínica, técnica quirúrgica, histología y complicaciones.

Resultados: Fueron tratados quirúrgicamente 20 pacientes, 26,6% mujeres, $60 \pm 11,8$ años en promedio, la clínica fue dolor en 47,3%, ictericia 1%, prurito 21%, baja de peso 47,3%. Exámenes: bilirrubina total: $8,4 \pm 2,4$ mg/dl y directa $7 \pm 1,2$ mg/dl, F.alcalinas 681 ± 187 mg/dl, GGT 757 ± 56 mg/dl, protrombina $74,8 \pm 5,4$ %. El diagnóstico imagenológico fue realizado por RM en el 90%. La cirugía tuvo intención curativa en 73,3%. El 50% fue extrahepático y los restantes intrahepáticos. La técnica utilizada en los extrahepáticos fue en 50% hepatectomía anatómica más

resección de vía biliar: derecha 25%, derecha extendida 12,5%, izquierda 12,5%; en 50% únicamente resección de vía biliar; en los intrahepáticos hepatectomía anatómica derecha 16,6%, derecha extendida 33,3%, izquierda 33,2%, segmentectomía 17%; en un caso se agregó resección de vía biliar y en otro se realizó hepatectomía laparoscópica; 60% presentó márgenes quirúrgicos libres. En un paciente se realizó resección de la porta con puente venoso safeno. La mortalidad operatoria fue de 3,3%. El 33% presentó complicaciones precoces, 20% tardías. Tras un seguimiento de 18 ± 3 meses (rango 1-57) la sobrevida al año, a los dos y cinco años fue 68,4%, 46,6% y 8,3% respectivamente.

Discusión: La cirugía en el colangiocarcinoma es la única alternativa terapéutica con potencial curativo siempre y cuando se realice con márgenes negativos y con baja morbimortalidad. Los resultados obtenidos son similares a los reportados en estudios internacionales.

RESECCIÓN HEPÁTICA EN INJERTO TRASPLANTADO. UNA ALTERNATIVA AL RETRASPLANTE

Drs. J.F. Guerra, R. Yáñez, N. Jarufe, J. Martínez (Departamento de Cirugía Digestiva. Pontificia Universidad Católica de Chile.)

Introducción: Las complicaciones isquémicas biliares y la trombosis hepática segmentaria pueden significar la pérdida de un injerto hepático, lo que la mayoría de las veces hace necesario un trasplante. Pocos casos de resecciones hepáticas del injerto han sido descritas. Reportamos dos casos sometidos a resecciones hepáticas postrasplante.

Caso 1: Hombre de 54 años trasplantado por hemocromatosis. Se utilizó HTK como solución de preservación y el tiempo de isquemia fue 522 min. La reconstrucción biliar se realizó mediante colédoco-colédocoanastomosis. Un bilioma postoperatorio fue tratado por vía percutánea, evolucionando con una fistula biliar externa, bien drenada. Dos meses después una hepático-yeyunoanastomosis fue necesaria debido a una estenosis severa de la vía biliar. Luego de 22 meses sin complicaciones, el paciente presentó episodios repetidos de colangitis. Una ColangioRNM evidenció una estenosis biliar segmentaria, con una marcada dilatación de conductos intrahepáticos de los segmentos II y III. Se realizó una segmentectomía lateral izquierda sin complicaciones. A los 20 meses, el paciente re consulta por fiebre e ictericia. Una nueva RNM demostró una litiasis perianastomótica, por lo que se realizó una extracción transanastomótica, con colangioscopia intraoperatoria normal. Después de 10 meses, el paciente se encuentra asintomático, con pruebas hepáticas normales.

Caso 2: Hombre trasplantado por cirrosis descompensada (NASH). El tiempo de isquemia fue 436 min. Se utilizó solución UW. Se realizó una colédoco-colédocoanastomosis. Evolucionó con filtración biliar postoperatoria que fue tratada endoscópicamente. A las seis semanas postrasplante se evidenció una trombosis arterial segmentaria, con necrosis y formación de un absceso en los segmentos II y III. Luego de una segmentectomía lateral izquierda, el paciente evolucionó sin problemas. Actualmente, un año post resección hepática el paciente permanece asintomático, con función normal del injerto.

Discusión: En países con baja tasa de donación, las resecciones hepáticas deben ser consideradas como una alternativa al trasplante hepático en los casos de complicaciones biliares intrahepáticas isquémicas.

METÁSTASIS HEPÁTICAS DE ORIGEN NO COLORRECTAL: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN UN CENTRO UNIVERSITARIO

Drs. R. Yáñez, C. Gamboa, J. Guerra, J. Martínez, S. Guzmán, N. Jarufe.

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

Introducción: Existe un claro beneficio en la cirugía resectiva de las metástasis hepáticas de origen colorrectal; sin embargo, todavía no existe un consenso que avale la cirugía para metástasis de otros orígenes distintos al cáncer de colon y recto. El objetivo del presente estudio es dar a conocer los resultados del tratamiento quirúrgico de estos pacientes en nuestro centro.

Pacientes y método: Revisión de base de datos prospectiva de cirugía hepato-biliar de los pacientes con metástasis hepáticas no colorrectales resecados entre los años 2000 y 2008 en el Hospital Clínico de la Universidad Católica. Fue analizada técnica, complicaciones y sobrevida.

Resultados: Durante el periodo analizado hubo 75 resecciones hepáticas por metástasis, 60 colorrectales y 15 no colorrectales. De los no colorrectales 46,6% fueron mujeres, con 54±4,4 años de edad en promedio, los tumores primarios se distribuían como sigue: 40% sarcomas, 20% tumor neuroendocrino, 13,3% cáncer gástrico, 6,6% en cáncer pancreático, ameloblastoma mandibular, colangiocarcinoma y cáncer broncogénico. En dos casos se realizó cirugía sincrónica del primario y las metástasis. La técnica utilizada fue segmentectomía en 60%, hepatectomía anatómica izquierda 20% y en los tres restantes en una hepatectomía derecha, una derecha extendida y otra izquierda extendida. En todos los casos el borde quirúrgico estaba libre de tumor. El tiempo operatorio fue de 221±25 minutos. Cuatro pacientes presentaron complicaciones postoperatorias y en tres hubo recidiva de la lesión hepática. No hubo mortalidad operatoria. Tras un seguimiento de 20±3 meses (rango 6-56) la sobrevida al año y a los dos años fue de 90,9% y 50% respectivamente.

Discusión: El tratamiento quirúrgico de los pacientes con metástasis hepáticas no colorrectales fue segmentectomía y hepatectomía anatómica izquierda, presentando tasas de complicaciones y sobrevida similares a las reportadas en estudios internacionales.

EVOLUCIÓN NATURAL DE LA FÍSTULA BILIAR EXTERNA POST CIRUGÍA DEL QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO

P. Pinto
(Servicio Cirugía. Hospital Regional de Coyhaique)

Introducción: La fístula biliar externa es la complicación más frecuente en la cirugía del quiste hidatídico hepático (QHH) variando según los distintos estudios entre el 6-28% Las técnicas conservadoras, aunque seguras y simples, han sido criticadas por la alta frecuencia de fístulas biliares postoperatorias. En esta oportunidad se quiere dar a conocer la experiencia en el manejo conservador de la fístula biliar secundaria a la cirugía del QHH.

Material y método: Se revisa en forma retrospectiva los registros clínicos de 554 pacientes tratados por hidatidosis hepática, desde enero 1985 a diciembre de 2004, en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional de Coyhaique. De acuerdo a los hallazgos clínicos preoperatorios, estudio de imágenes, hallazgos operatorios y seguimiento de los pacientes, se encontraron 58 pacientes (10.5%) portadores de fístula biliar postoperatoria.

Resultados: En los 554 pacientes tratados durante este periodo se encontraron 91 con filtración biliar (16.4%) y en 58 de ellos se constató la presencia de fístula biliar externa (FBE): Estos 58 pacientes presentaron 77 quistes, ubicándose el 89.6% en el lóbulo derecho, con un tamaño > a 10 cms en el 62.3% y múltiples en la tercera parte de ellos. Los hallazgos anatomopatológicos indicaron que el 76.6% de los quistes eran multivesiculares, que sólo el 10% estaba infectado y que la ruptura cistobiliar oculta estaba presente en el 51.7% de los casos. Las técnicas quirúrgicas conservadoras fueron las más utilizadas, 84.4%. El promedio de estadía de los pacientes con fístula biliar fue de 36.8 días y de 11.4 en aquellos que no la presentaban.

Conclusión: Es importante en preoperatorio pesquisar los factores predictores de una probable ruptura franca (tamaño >10 cms, quiste multivesicular, quiste múltiple etc.), ser acuciosos en el diagnóstico de las comunicaciones cistobiliares ocultas y tratar de evitar dentro de lo posible la realización de técnicas quirúrgicas conservadoras. Todo lo anterior disminuirá la frecuencia de FBE, cuya evolución natural aumenta en más de tres veces la estadía postoperatoria de los pacientes portadores de QHH.

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES OPERADOS DE QUISTES HIDATÍDICOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTÍN DE CHILLAN.

Drs. R. Arriagada, C. Tapia, Int. F. Ahumada, A. Valdebenito.

(Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción).

Introducción: La hidatidosis es una enfermedad endémica en Chile, constituye la zoonosis parasitaria de mayor impacto en el país. Afecta principalmente a zonas rurales, con actividad agrícola ganadera. Es causada por un céstodo el *Echinococcus granulosus*.

Objetivo: Análisis de las características socio-demográficas de los pacientes operados de quiste hidatídico hospitalizados en el Servicio de Cirugía del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán durante los años 2006 al 2007.

Pacientes y métodos: Se realizó un estudio descriptivo prospectivo de los pacientes operados de quiste hidatídico hospitalizados en el servicio de cirugía, durante los años 2006 y 2007. Se confeccionó una ficha para la recolección de datos, se tabularon en una planilla Excel(c) y se analizaron con el programa Epi Info®.

Resultados: Se analizaron un total de 92 pacientes, la edad promedio fue de 41.1 años (rango de 4 a 82 años), un 52,2% e los pacientes correspondieron al sexo masculino. Un 81,5% fueron de origen rural. Un 83,7% tenía perros en su casa y 57,6% tenía ganado. Un 73,9% no tenía ningún conocimiento del tema. Un 48,9% tenía educación básica incompleta.

Conclusión: De nuestra población estudiada, la mayoría tiene origen rural, característica que se presenta en prácticamente todas las estadísticas nacionales del tema. Asociado a esto último, un nivel educacional bajo, lo puede estar relacionado a las pocas medidas de prevención de la misma. La presencia de perros en el hogar se presentó en un número importante de los pacientes analizados, pero no fue un hecho condicionante para la presentación de la enfermedad, lo que se puede explicar por el contacto con otros perros. Las características socio-demográficas de nuestra población estudiada muestran

un patrón claramente establecido y tiene directa relación con la ruralidad, nivel educacional bajo y el poco o ningún conocimiento del tema.

ABSCESO HEPÁTICO DE ORIGEN HIDATÍDICO COMO FACTOR DE RIESGO DE MORBILIDAD POSTOPERATORIA EN PACIENTES INTERVENIDOS POR HIDATIDOSIS HEPÁTICA.

Drs. C. Manterola, A. Sanhueza, M. Vial, V. Pineda. (Depto. de Cirugía, Universidad de La Frontera.)

Introducción: La infección del quiste y subsiguiente formación de un absceso constituyen una complicación evolutiva de la hidatidosis hepática (HH). El objetivo de este estudio es determinar si el absceso hepático de origen hidatídico (AHH) constituye un factor de riesgo (FR) de morbilidad postoperatoria (MPO) en pacientes intervenidos quirúrgicamente por HH.

Material y método: Estudio de cohorte prospectiva. Se estudiaron pacientes intervenidos de forma consecutiva por HH entre 2000 y 2007. La variable de exposición fue tener un AHH, y la variable resultado, el desarrollo de MPO (considerada en forma dicotómica). El tamaño de la muestra se calculó considerando un nivel de significación de 5%, potencia de 80%, riesgo de morbilidad para pacientes con AHH de 24% y sin AHH de 5%, relación paciente con AHH y sin AHH de 1:2; lo que determinó una muestra mínima de 44 pacientes con AHH y 88 sin AHH. Se controló el efecto de variables clínicas, de laboratorio, evolutivas del parásito y quirúrgicas; de forma tal de determinar un eventual efecto de confusión que pudiesen tener éstas en la asociación en estudio. Se aplicaron análisis bivariados paramétricos y no paramétricos, utilizando Chi2 de Pearson y exacto de Fisher para variables categóricas, t-test y Kruskal Wallis para variables continuas. Finalmente se aplicó un modelo de regresión logística multivariada, calculando posteriormente riesgo relativo (RR) e intervalos de confianza del 95%.

Resultados: La cohorte está compuesta por 52 pacientes con AHH y 126 sin AHH, con una mediana de edad de 45 años (59% de género femenino). La distribución de las variables categóricas fueron similares en los grupos en estudio, a excepción de «lesiones coexistentes», más frecuentes en sujetos sin AHH (33,6% vs. 17,3%; $p=0,0137$) y de «comunicaciones biliares», más frecuentes en sujetos con AHH (76,9% vs. 57,1%; $p=0,0061$). La morbilidad observada para el grupo con AHH fue de 28,9% vs. 11,1% para el grupo sin AHH ($p=0,0036$; RR de 2,6 [1,4, 5,0]).

Comparación de variables continuas en las cohortes en estudio

| Variable | Con AHH n = 52 | Sin AHH n = 126 | p |
|---------------------------------|-------------------|--------------------|--------|
| Edad (años) | 49,9+20,9 | 47,8+19,8 | 0,0047 |
| Leucocitos (x mm ³) | 13223+3125 | 8499+3125 | 0,0001 |
| Bilirrubina (U/l) | 2,2+4,3 | 1,2+1,9 | 0,1723 |
| F. Alcalinas (U/l) | 767,4+605,8 | 490,3+470,7 | 0,0068 |
| ASAT (U/l) | 62,8+ 76,7 | 52,9+96,2 | 0,5888 |
| ALAT (U/l) | 60,9+69,3 | 57,7+103,9 | 0,8259 |
| Diámetro (cm) | 16,1+7,2 | 14,2+6,6 | 0,1418 |
| Hospitalización (días) | 6,9+4,3 | 5,8+3,9 | 0,0850 |

Cinco variables se asociaron en forma significativa en los análisis divariados: edad, lesiones coexistentes, recuento de leucocitos, fosfatasa alcalina y existencia de comunicaciones biliares. Al aplicar el modelo multivariado, se

constató que la variable fosfatasa alcalina, interactuaba en la asociación ($p=0,018$), razón por la que se controló por ésta, obteniéndose un RR ajustado de 2,45 [1,3, 5,0].

Conclusión: Se verificó que el presentar un AHH es un FR para el desarrollo de MPO en pacientes intervenidos por HH.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD RESIDUAL EN LA CIRUGÍA DE LA HIDATIDOSIS HEPÁTICA: CAPITONAJE VS. EPIPLOPLASTIA

Drs. C. Manterola, A. Encina, A. Sanhueza, V. Pineda, M. Vial.

(Departamento de Cirugía, Universidad de la Frontera)

Introducción: Una de las etapas claves de la cirugía de la hidatidosis hepática (HH), es el tratamiento de la cavidad residual, para lo cual se ha utilizado epiploplastia (Ep) y capitonaje (Cap); no existiendo evidencia de buen nivel que avale una técnica respecto de otra. El objetivo de este estudio es comparar la morbilidad postoperatoria (MPO) de ambas técnicas en pacientes intervenidos quirúrgicamente por HH.

Material y método: Ensayo clínico. Se estudiaron pacientes intervenidos por HH por el primer autor entre 2000 y 2008. La variable de exposición fue Cap en el tratamiento de la cavidad residual; y la variable resultado: «desarrollo de MPO», con un seguimiento mínimo de 3 meses (se consideró de forma dicotómica). El tamaño de la muestra se calculó considerando un nivel de significación de 5%, potencia de 80%, riesgo de MPO para pacientes con Cap 26% y Ep de 2%, relación pacientes con Cap y Ep de 1:1; lo que determinó una muestra mínima de 40 pacientes por grupo. Se controló el efecto de variables clínicas (edad, género, enfermedades concomitantes y antecedentes de cirugías previas por HH), de laboratorio (recuento total de leucocitos, bilirrubina total, fosfatasa alcalina y transaminasas), evolutivas del parásito (número de quistes, diámetro de la lesión principal, comunicaciones biliares y coexistencia de otras lesiones quísticas), y tipo de cirugía; de forma de determinar el eventual efecto que pudiesen tener éstas, en la asociación en estudio. Se aplicaron análisis bivariados, utilizando Chi2 de Pearson y exacto de Fisher para variables categóricas, t-test y Kruskal Wallis para variables continuas; y, finalmente se aplicó un modelo de regresión logística, calculando posteriormente riesgos relativos (RR) e intervalos de confianza de 95%.

Resultados: La cohorte está compuesta por 81 pacientes (38 con Cap y 43 Ep), con edad promedio de 41,9±17,3 años; y 60,5% de género femenino. (49 casos). El 12,4% de los casos (n=10 casos), presentaba a una enfermedad coexistente en el 13,6% n=11, se verificó el antecedente de cirugía previa por HH.

Comparación de variables continuas entre los grupos en estudio

| Variable | Capitonaje (n = 38) | Epiploplastia (n = 43) | p |
|---------------------------------|------------------------|---------------------------|--------|
| Edad (años) | 43,3±15,9 | 40,7±18,5 | 0,5043 |
| Hematocrito (%) | 397+54 | 383+34 | 0,0702 |
| Leucocitos (x mm ³) | 8850+3032 | 8246+2764 | 0,3516 |
| Bilirrubina (U/l) | 1,0±0,8 | 1,2±1,0 | 0,5323 |
| F. Alcalinas (U/l) | 535,5±457,6 | 538,6±648,8 | 0,6771 |
| ASAT (U/l) | 46,4±65,1 | 36,5±33,9 | 0,3155 |
| ALAT (U/l) | 45,3+61,2 | 35,3+37,8 | 0,5604 |
| Diámetro (cm) | 15,5±5,8 | 14,6±5,8 | 0,4989 |
| Seguimiento (meses) | 86,8±32,2 | 93,0±37,4 | 0,4268 |
| Hospitalización (días) | 5,2±4,1 | 6,3±4,0 | 0,2564 |

Del análisis de las variables categóricas se verificó que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en estudio, con excepción de la variable morbilidad; en la que se verificó una tendencia, pues fue más frecuente en Ep (16,3% [1/38] para ep vs. 2,6% [7/43] para Cap), con un valor de $p = 0,061$. Al aplicar el modelo multivariado, no se constataron variables confundentes ni modificadoras de efecto, verificándose un RR de 2,3 [0,05; 4,57] para el desarrollo de MPO en el grupo con Ep.

Conclusión: Se verificó que el tratamiento de la cavidad residual con Cap no genera mayor MPO que con Ep. Tampoco se verificó diferencias en el tiempo de hospitalización entre los grupos estudiados.

¿ES LA COMUNICACIÓN QUISTO-BILIAR, UN FACTOR DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE MORBILIDAD POSTOPERATORIA EN PACIENTES CON HIDATIDOSIS HEPÁTICA?

Drs. C. Manterola, L. Bustos, M. Vial, V. Pineda.
(Departamento de Cirugía, Universidad de La Frontera.)

Introducción: Una de las complicaciones evolutivas de la hidatidosis hepática (HH) es la comunicación quisto-biliar (CQS). El objetivo de este estudio es determinar si la CQS es un factor de riesgo para el desarrollo de morbilidad postoperatoria (MPO) en pacientes intervenidos quirúrgicamente por HH.

Material y método: Estudio de cohorte prospectiva. Pacientes intervenidos quirúrgicamente por HH entre 1996 y 2006 en el Hospital Regional de Temuco, Chile, con seguimiento mínimo de 6 meses. La variable resultado fue "desarrollo de MPO", considerada de forma dicotómica. La variable de exposición fue «presencia de CQS»; analizada en forma dicotómica (presente o ausente); y según número de CQS (sin CQS, una CQS y dos o más CQS). En base a intervalo de confianza de 95%, poder de 80%, relación pacientes con CQS:sin CQS de 1:1; proporción de MPO en pacientes con CQS de 30% y de 14% en pacientes sin CQS, el tamaño de la muestra fue estimado fue de al menos 94 pacientes en cada grupo. Se utilizó estadística descriptiva, análisis bivariados paramétricos y no paramétricos, utilizando χ^2 de Pearson y exacto de Fisher para variables categóricas, t-test y Kruskal Wallis para variables continuas; y, finalmente se aplicó un modelo de regresión logística ordinal, calculando posteriormente riesgos relativos (RR) e intervalos de confianza del 95%.

Resultados: Las cohortes están compuestas por 96 pacientes sin CQS (38,1%) y 156 pacientes con CQS (61,9%). Se caracterizan por una mediana de edad de 42 años, 56,4% de género femenino; una mediana de diámetro quístico y de seguimiento de 15 cm. y 86,5 meses respectivamente. Se verificó un 17,1% de MPO; ésta fue secundaria a: complicaciones pulmonares (8,3%), infección del sitio operatorio (3,6%), hernia incisional (2,0%), fístula biliar (1,6%), infección del tracto urinario y evisceración (0,8% cada uno); y, complicaciones caudiacas, hemoperitoneo, cavidad residual e insuficiencia hepática (0,4% cada uno). La MPO del grupo sin CQS fue de 9,4% y del grupo con CQS de 21,8% ($p=0,011$). Del análisis bivariado destacan diferencias entre grupos en las variables recuento de leucocitos, bilirrubina, fosfatasa alcalina, transaminasas, diámetro del quiste, estancia hospitalaria y existencia de complicación del quiste ($p < 0,001$).

Comparación de variables continuas en las cohortes en estudio

| Variable | Con CQS (n = 156) | Sin CQS (n = 96) | p |
|------------------------|----------------------|---------------------|--------|
| Edad (años) | 45,1±16,5 | 45,1±18,6 | 0,9819 |
| Leucocitos (x mm3) | 9641±4227 | 8208±3054 | 0,0042 |
| Bilirrubina (U/l) | 1,6±2,7 | 0,8±0,8 | 0,0060 |
| F. Alcalinas (U/l) | 569,8±525,3 | 323,3±307,3 | 0,0001 |
| ASAT (U/l) | 62,6±100,2 | 34,7±43,6 | 0,0105 |
| ALAT (U/l) | 66,4±93,1 | 39,9±86,3 | 0,0251 |
| Diámetro | 16,3±6,8 | 12,1±4,9 | 0,0001 |
| Hospitalización (días) | 7,2±5,6 | 4,9±2,9 | 0,0003 |

Tras la aplicación del análisis multivariado, se verificó un RR de 3,4 (2,6 - 4,2) para la comparación de subgrupos sin CQS vs. dos o más CQS ($p < 0,001$).

Conclusión: La presencia de dos o más CQS constituye un factor de riesgo para el desarrollo de MPO en pacientes con HH.

QUISTES DE LA VIA BILIAR. PROPOSICION PARA UNA MODIFICACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE TODANI

Drs. Carlos Benavides, Carlos Garda, Patricio Rubilar, Sergio Covacevich, Héctor Cid y Rodrigo Vallejos
(Hospital Clínico San Borja-Arriarán. Santiago)

Los quistes de la vía biliar corresponden a lesiones de localización intra, extrahepáticas o mixtas, siendo la clasificación de Todani la universalmente utilizada. Esta define 5 variedades y constituye un claro apoyo para la orientación diagnóstica y terapéutica

Presentamos nuestra experiencia acumulada prospectivamente durante los últimos 10 años con el propósito de discutir la frecuencia de los diversos tipos utilizando la clasificación de Todani, analizar su pertinencia y utilidad con respecto a aspectos terapéuticos.

Nuestra serie está constituida por 20 pacientes, con edades entre 26 y 72 años. Trece corresponden a dilataciones de la vía biliar intrahepática (DQVBI) de las cuales 10 son segmentarias y 3 bilaterales (tipo V o enfermedad de Caroli). Siete corresponden a dilataciones exclusivas de la vía biliar extrahepática (DQVBE) del tipo 1 de Todani. Diecisiete pacientes presentaron ictericias obstructivas como de presentación. Dos pacientes fueron diagnosticadas incidentalmente por ecografía y uno por colangiografía durante colecistectomía. Las DQVBI fueron diagnosticadas por ecografía, TAC abdominal ERCP y colangiografía por Resonancia NM, aunque la colangiografía directa corrigió la distribución anatómica en 3 casos. De las DQVBI segmentarias, 5 se localizaron en todo el lóbulo izquierdo, 3 solo en el segmento lateral y dos en el lóbulo derecho. Por ello se realizaron 7 lobectomías, 5 izquierdas y dos derechas, y tres segmentectomías laterales. En un paciente con DQVBI bilateral se practicó hepaticoyeyunoanastomosis con asa abocada a la piel para exploración y retiro de cálculos por vía endoscópica a pesar de lo cual fallece por sepsis. Los otros con DQVBI bilateral solo han sido tratados solo médicamente. Los 7 pacientes con DQVBE tipo I fueron sometidos a resección del quiste con hepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux. No hemos apreciado recidivas ni desarrollo de cáncer en el seguimiento.

Las DQVB son usualmente diagnosticadas mediante diversos exámenes imagenológicos pero es recomendable realizar una colangiografía directa especialmente en las DQVBI para una precisa determinación topográfica

de la extensión de la enfermedad. Parece claro que en las DQBVl segmentarias y en las DQVBE tipo I, la resección es el procedimiento indicado. La DQVB han sido clasificadas por Todani en 5 variedades pero este no incluye las DQVBI segmentarias que son las más frecuentes de nuestra serie y de otras de la literatura. Por este motivo proponemos agregarlas como el tipo VI, siendo las VIa aquellas que afectan el lóbulo derecho, VIb las del lóbulo izquierdo y VIc las confirmadas solo al segmento lateral.

DERIVACIONES BILIOENTERICAS: 5 AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CLINICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE.

J.C. Diaz¹, D. Roizblatt², A. Csendes³, J. Rojas⁴, G. Rencoret⁴, J. Castillo⁴, A. Navarrete⁵, C. Taladriz⁵, S. Mir¹, D. Vivar⁶, N. Pereira⁶, M. Kauffmann⁶, A. Vega⁶.
(Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile.)

Introducción: Las derivaciones bilioentéricas son usadas para resolver patología de vía biliar, periampular y páncreas fundamentalmente, tanto benigna como maligna.

Las complicaciones posteriores a este tipo de cirugía son infrecuentes, y están dado principalmente por colangitis y síndrome de resumidero los que se observan en sólo un 5% de los pacientes según la literatura.

Materiales y métodos: Revisión retrospectiva de fichas clínicas que tuvieran el código de FONASA correspondiente a derivación bilioentérica entre los años 2002-2006. Se analizaron datos demográficos, diagnóstico preoperatorio, tipo de anastomosis y complicaciones. Se incluyeron fichas con código de intervención FONASA correspondiente. Se excluyeron fichas con datos incompletos y con código de intervención no concordante con expuesto en protocolo operatorio. Se utilizó Excel como plantilla de cálculo.

Resultados: 102 fichas con código de intervención de derivación bilioentérica. Se excluyeron 4 pacientes. Edad promedio: 59.7 años. DS = 14.65 años. 43 (44%) hombres y 55 (56%) mujeres.

Diagnósticos preoperatorios fueron en 56 (57%) casos patología benigna y en 42 (43%) casos patología maligna. Siendo más frecuente la coledocolitiasis a repetición en el primer grupo y el cáncer de cabeza de páncreas en el segundo. Hubo 55 (56.1%) casos de hepático yeyuno anastomosis, 34 (34.7%) de colédoco duodeno anastomosis, y 9 (9.2%) colédoco yeyuno anastomosis. No hubo complicaciones intra operatorias.

Complicaciones postoperatorias, 17 pacientes: 4 filtraciones de la anastomosis, 4 abscesos intra abdominales, 3 estenosis de la anastomosis y 2 fístulas biliares entre otras. Todas manejadas médicamente. Fallecieron 2 pacientes en el postoperatorio inmediato.

Complicaciones alejadas: 2 casos de colangitis.

Conclusiones: La derivación biliodigestiva es un procedimiento que se realiza tanto por patología benigna como maligna, siendo en la mayoría un procedimiento seguro y sin complicaciones.

PREACONDICIONAMIENTO ISQUÉMICO EN INJERTOS PARA TRASPLANTE HEPÁTICO

Drs. JF. Guerra¹, R. Yáñez¹, C. Gamboa¹, P. Domínguez², RM. Pérez², M. Arrese², A. Soza², N. Jarufe¹, J. Martínez¹ (Unidad de Hígado. Departamentos de Cirugía Digestiva y Gastroenterología. Pontificia Universidad Católica de Chile.)

Introducción: Existen diversas estrategias para

disminuir la lesión por isquemiareperfusión (I-R) de los injertos para trasplante hepático. El preacondicionamiento isquémico (PI) es una estrategia quirúrgica que consiste en aplicar un período corto de I-R inmediatamente antes de la isquemia definitiva

Material y métodos: Estudio casos y controles. Se incluyeron todos los injertos hepáticos de donante cadáver procurado s entre Marzo 2007 y Julio 2008. Se consideraron variables demográficas y función hepática postrasplante. Se utilizó solución HTK o UW como medio de preservación, indistintamente. Para el análisis estadístico se utilizó el test t Student. Se consideró significativo un $p < 0,05$

Resultados: En este período se realizaron 27 trasplantes. Se realizó PI a 8 injertos y no se realizó a 19 (Grupo Control). Se excluyó un paciente por falla primaria. Las edades promedio de donantes y receptores fueron similares en ambos grupos. La SGOT a las 24h y a las 72 horas postrasplante fue de 769 vs 1689 UI/L ($p < 0,04$) y 249 vs 612 UI/L ($p < 0,05$) en el grupo con y sin preacondicionamiento respectivamente. La SGPT a las 24h y 72h fue de 470 vs 817 UI/L ($p < 0,08$) y 390 vs 820 UI/L ($p < 0,05$) en el grupo PI y el grupo control, respectivamente. La bilirrubina total a las 24h fue 2,9 vs 5,5 mg/dl ($p < 0,07$) y a las 72h fue de 4,2 vs 5,1 mg/dl ($p < 0,4$) en ambos grupos. Los tiempos de isquemia fría fueron 497,6min Grupo PI y 644 min grupo control ($p < 0,03$). Con un seguimiento promedio de 7 meses, las complicaciones biliares fueron 37,5%(Grupo PI) y 36,8%(Grupo control). La sobrevida actuarial del injerto y paciente al año fue 75% y 83%, respectivamente.

Conclusiones: En nuestros resultados iniciales, y aún considerando las diferencias de los tiempos de isquemia, el preacondicionamiento isquémico es seguro y se asoció a una disminución de los niveles de transaminasas en el período postrasplante.

NUTRICIÓN POR SONDA NASOGÁSTRICA EN COMPARACIÓN CON NUTRICIÓN POR SONDA NASOYEYUNAL EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA GRAVE BILIAR. ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO. REPORTE PRELIMINAR.

Losada H, Jarpa C, Fernández R., Silva J, Burgos SJ L, Manterola C,
(Centro: Universidad de La Frontera. Hospital Hernán Henríquez Aravena.)

Introducción: La nutrición enteral (NET) es una medida terapéutica en la pancreatitis aguda grave (PAG). Hay controversia en si la nutrición enteral gástrica puede producir reactivación de la pancreatitis aguda (RPA) por estimulación pancreática. Nuestro objetivo es comparar la tolerancia de la nutrición enteral (TNE) y RPA en pacientes con nutrición por sonda nasogástrica (SNG) en comparación con pacientes con nutrición por sonda nasoyeyunal (SNY) en PAG.

Material y método: Reporte preliminar de ensayo clínico aleatorizado, sin enmascaramiento de pacientes con PAG de etiología biliar atendidos en el Servicio de Cirugía del Hospital Hernán Henríquez Aravena de abril de 2007 a febrero de 2008. Se incluyeron pacientes con PAG definidos como pacientes con APACHE 11>8 o PCR>150 mg/dl. Se realizó aleatorización simple a SNG o SNY. Se registraron variables clínicas y de laboratorio al ingreso, incluyendo puntuaciones de gravedad. Se efectuó medición de cumplimiento de las metas de volumen de NET, complicaciones postoperatorias, estancia hospitalaria y evolución de los pacientes, incluyendo RPA y TNE. Se utilizó estadística descriptiva y analítica según el tipo

de variables. Resultados: Se incluyeron 31 pacientes para este reporte preliminar: 17 aleatorizados a SNG y 14 a SNY. No se encontraron diferencias en el promedio de edad, distribución por género, APACHE 11, SOFAY PCR al ingreso entre los grupos. El promedio de tiempo entre el inicio de la pancreatitis y el inicio de la NET fue 4.5 ± 2.1 días en el grupo de SNG y 5.8 ± 2.3 en el grupo de SNY ($p=0.12$). No hubo diferencia en el cumplimiento de los requerimientos nutricionales entre los grupos. No toleraron la NET 2 pacientes en el grupo de SNG y 1 paciente en el grupo de SNY ($p=0.5$). Se presentó reactivación de pancreatitis en 1 paciente del grupo de SNG ($p=0.5$), éste paciente tenía documentado coledocolitiasis. Se presentó necrosis peripancreática en 2 pacientes del grupo de SNY ($p=0.17$). Sólo se efectuó cirugía de la etiología biliar de la pancreatitis en 12 pacientes (41%), sin encontrarse diferencia entre los grupos. El promedio de estancia hospitalaria fue 24 ± 17 en el grupo de SNG y 24 ± 12 en el grupo de SNY ($p=0.9$). En la presente serie falleció 1 paciente (3.45%) perteneciente al grupo de SNY ($p=0.44$). Conclusión: En este reporte preliminar no se encontró diferencias en RPA y TNE entre nutrición enteral con SNG en comparación con SNY en pacientes con PAG.

CONDUCTA Y MANEJO DE COLANGITIS EN PACIENTES PORTADORES DE ENDOPROTESIS BILIAR DISFUNCIONANTE.

Drs. Hein G, Mordojovich G, Jensen J, Taladriz C.
(Servicio de Cirugía, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile y Universidad de Valparaíso.)

Introducción: Existe consenso actualmente que el drenaje endoscópico de la vía biliar, constituye el tratamiento de elección en pacientes con colangitis, comparado con la morbimortalidad de la técnica de cirugía abierta y coledocostomía. Se observa un grupo creciente de pacientes que acuden a los servicios de urgencia con colangitis aguda como complicación de oclusión de endoprótesis biliares (stents), instaladas para manejo paliativo de lesiones tumorales bilio-pancreáticas. El manejo de este cuadro corresponde fundamentalmente al recambio de stent por vía endoscópica y la terapia antimicrobiana según microorganismo s esperables. Se ha utilizado en forma empírica la misma indicación de antimicrobianos que en pacientes con colangitis en vía biliar no invadida endoscópicamente en forma previa. Un estudio reciente de cultivos de endoprótesis en nuestro centro, demostró una alta resistencia a antimicrobianos de uso clásico en colangitis aguda, por lo que se utilizó un esquema ajustado al resultado de sensibilidad de ese estudio en el manejo de un grupo de pacientes en forma prospectiva desde 2002.

Objetivo: Demostrar que el recambio de endoprótesis y el tratamiento antimicrobiano específico para pacientes con stent biliar, es el esquema de manejo de mayor rendimiento en este grupo de pacientes.

Método: Entre septiembre de 2001 y julio de 2008, se han realizado 889 colangiopancreatografías retrógradas endoscópicas (CPRE) terapéuticas e nuestro centro, 98 casos (11,02%) correspondientes a colangitis aguda, 23 de ellos (2,58%) en pacientes portadores de endoprótesis biliares. Se realizó tratamiento con cefepime o ertapenem iniciado al ingreso, de acuerdo a estudio de sensibilidad de microorganismo s de stents ocluido s mencionado.

Resultados: Del total de pacientes tratados endoscópicamente por colangitis aguda con endoprótesis

biliar disfuncionante in situ, el 100% presentaba oclusión de stent y se realizó recambio de endoprótesis en todos los pacientes, bajo profilaxis con cefepime o ertapenem, tratamiento que se mantuvo durante la hospitalización hasta el alta. No se observaron sepsis post procedimiento, abscesos hepáticos ni mortalidad en esta serie, con buena respuesta y alta en todos los casos.

Conclusiones: Con el presente estudio queda de manifiesto, que el drenaje endoscópico de la vía biliar y tratamiento con antimicrobianos específicos en colangitis aguda en pacientes portadores de endoprótesis biliar disfuncionante, corresponde a la conducta de elección de este cuadro, sin mortalidad asociada.

RESULTADO DE ESTUDIO DE CULTIVOS DE ENDOPROTESIS BILIARES DISFUNCIONANTES POR OBSTRUCCIÓN ENDOLUMINAL.

Drs. Hein G, Mordojovich G, Jensen J, Taladriz C.
(Servicio de Cirugía y Microbiología, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile y Universidad de Valparaíso.)

Introducción: El uso actual de endoprótesis biliares en cirugía endoscópica, permite el tratamiento paliativo de obstrucciones de vía biliar de origen tumoral, congénito, post quirúrgicas y otros. La complicación más frecuente de la técnica corresponde a la obstrucción endoluminal de la prótesis, lo que obliga a su recambio. Las causas de la oclusión son multifactoriales y diversos autores han sugerido que la formación de un peel bacteriano dentro del stent, sería el factor inicial más relevante en esta complicación. Dado lo anterior, en nuestro centro diseñamos un estudio que nos permitiera determinar el tipo de microorganismos presentes en las endoprótesis biliares ocluidas, con el objeto de precisar el tipo de terapia antimicrobiana en colangitis o profiláctica ambulatoria a utilizar en este grupo de pacientes.

Objetivo: Identificar el tipo de microorganismo s presentes en el peel de endoprótesis biliares ocluidas y su sensibilidad antimicrobiana.

Material y método: Desde marzo de 1997 hasta julio de 2008, se han tratado en nuestro Hospital 283 pacientes con endoprótesis biliares instaladas por vía endoscópica con o sin papilotomía. 134 pacientes (11,65% de la casuística del período $N=1.150$) presentaban lesiones tumorales obstructivas de vía biliar, región ampular o páncreas. 112 (83,58%) de ellos pudieron ser drenados con instalación de endoprótesis transtumorales. Se presentó disfunción por oclusión por peel de barro biliar endoprotésico en 27 casos (24%), que obligó a su recambio endoscópico, enviándose el 100% a estudio microbiológico.

Resultados: Se identifican cultivos positivos a flora polimicrobiana en todos los casos, identificándose como gérmenes más frecuentes: enterococo faecalis (56,2%), E. Coli (50%), E. cloacae (31,25%), Enterococcus sp. (18,75%), K. Oxytoca (12,5%) y P. aeruginosa (12,5%). Los estudios de sensibilidad, muestran elevada resistencia a los antimicrobianos de uso habitual en estos pacientes (ciprofloxacino 17%, cefradina 25,7%, amoxi/clavulánico 25,7% y cefepime 14,2%). Se observa 0% de resistencia en esta serie a levofloxacino, cefuroximo, cefoperazona, meropenem e imipenem.

Conclusiones: Se demuestra en este trabajo que las endoprótesis biliares disfuncionantes por obstrucción con barro biliar, presentan contaminación polimicrobiana esperable, con sensibilidad a antimicrobianos de segunda y tercera línea, los que deben tomarse en consideración para la terapia de colangitis en estos pacientes y en su eventual terapia ambulatoria profiláctica.

CONTROL DE COMPLICACIONES EN CPRE. EXPERIENCIA Y RESULTADOS EN PROTOCOLO APLICADO EN MAS DE 1.000 PROCEDIMIENTOS.

Drs. Hein G, Mordojovich G, Jensen J, Taladriz C.
(Servicio de Cirugía, Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile y Universidad de Valparaíso.)

Introducción: La colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPER), técnica aceptada para terapéutica de patología bilio-pancreática, ha adquirido progresivamente un mayor nivel de seguridad para los pacientes, por la estandarización de indicaciones, reducción de procedimientos diagnósticos, desarrollo de instrumental más seguro y el mejor entrenamiento de los especialistas. Pese a lo anterior, la CPER continúa presentando riesgo de complicaciones variables dependiendo de diversos grupos, que en general se acercan a tasas de complicación de 1 a 12 % y de mortalidad de aproximadamente 0,3 %. Se ha intentado identificar y controlar múltiples factores de riesgo y la literatura analiza y valida cada uno de ellos por separado para intentar disminuir las complicaciones, no existiendo en la actualidad factores de protección universalmente aceptados. Dada la naturaleza multifactorial de las causas de complicaciones, nuestro grupo ha desarrollado un protocolo que incorpora una técnica estandarizada, que incluye el control de los factores de riesgo más frecuentes o esperables en cada etapa del procedimiento.

Objetivo: Determinar la seguridad de una técnica estandarizada para CPRE terapéutica en un grupo de 1.150 pacientes en 10 años, comparada con la tasa de complicaciones esperada para esta casuística de acuerdo a los datos validados de la literatura de la especialidad.

Material y método: Se realizan en forma prospectiva, 1.150 CPRE en nuestro centro desde marzo de 1997 hasta julio de 2008, con la misma técnica estandarizada de selección, análisis de indicación, sedación, técnica de cirugía endoscópica, profilaxis antibiótica y manejo postoperatorio.

Resultados: Se realizan 1.150 procedimientos durante el período, con una tasa global de complicaciones de 2,26 %, con 1,4% de complicaciones graves, 1,4 de complicaciones leves, sin mortalidad directa asociada al procedimiento, con un paciente que fallece como complicación de neumonía y sepsis a microorganismo multiresistente luego de resuelto su cuadro de pancreatitis post procedimiento. Se logra un éxito terapéutico de 98 %, con 23 canulaciones fallidas, en pacientes con patología tumoral avanzada.

Conclusiones: Se demuestra en este trabajo prospectivo, que la utilización de una técnica estandarizada que incorpora factores de control de riesgo de complicaciones post CPRE constantes para todos los procedimientos tendientes a minimizar los riesgos de complicaciones, permite la resolución segura por vía endoscópica de patología bilio-pancreática, con mínimas tasas de complicación y mortalidad de acuerdo a los indicadores y estándares descritos y aceptables en la literatura de la especialidad para dichos eventos adversos.

EXPERIENCIA EN EL MANEJO ENDOSCÓPICO DE LA COLANGITIS AGUDA EN EL HOSPITAL DEL SALVADOR

J.Muñoz(1), IOrmazábal(1), P.Cabrera(3), I. Cornejo(3), H.Avendaño(2), S.UribeEcheverría(1), F.Catán (1), A.Carvajal (3), M.Uribe(1).

(1) Equipo Hepatobiliopancreático. Servicio Cirugía. Hospital Del Salvador. (2) Estada de perfeccionamiento.

Cirugía Endoscópica. Hospital Del Salvador. (3) Alumno de Medicina. Universidad de Chile.

Introducción: La colangitis Aguda se produce secundaria a obstrucción de la vía biliar, principalmente por cálculos, constituyéndose en un cuadro grave de alta morbimortalidad. El drenaje endoscópico se ha convertido en el tratamiento de elección de esta patología. El objetivo de esta revisión es dar a conocer la experiencia en el manejo endoscópico de la colangitis Aguda en el hospital Del Salvador como herramienta terapéutica.

Material y Método: Análisis retrospectivo de los casos tratados endoscópicamente en el período comprendido entre Septiembre del 2006 a Mayo 2008. Se consignaron datos demográficos, presentación clínica, laboratorio, patologías asociadas, éxito en el procedimiento, resultados del mismo y morbimortalidad.

Resultados: Se realizaron 30 procedimientos, de los cuales 16 (53,3%) correspondieron al sexo masculino y 14 (46,7%) al sexo femenino. La media de edad fue de 68,4 años con una desviación estándar (DS) de 12,7 y un rango de 38 a 92 años. La ictericia fue el signo más frecuente de presentación (80%), seguido de dolor abdominal (66,6%) y fiebre (53,3%). La media glóbulos blancos fue de 15.323 con DS de 5.756 y rango de 6.150 a 30.700. El promedio de la proteína C reactiva fue de 116 con DS de 92,07. La media de bilirrubina total fue de 6,91 con DS 6,7 Y la bilirrubina directa con una media de 4,18 con una DS de 3,89. Un 26,3% tenían pancreatitis aguda asociada, 33% hipertensión arterial y 16% diabetes mellitus tipo 2. La coledocolitis se demostró por CPRE en el 93% de los casos. En 17 pacientes (56%) se instaló stent biliar. Sepsis se presentó en 2 pacientes de los cuales 1 falleció (3,3%).

Conclusiones: El procedimiento endoscópico demostró en esta serie ser útil en el tratamiento de esta patología, con alta tasa de éxito y baja morbimortalidad.

RESULTADOS DE COLANGIOGRAFÍA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA DE HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO

Drs. Manríquez L.*, Plass Rt.*, Fernández M.*, Zárata C., Intos Sanguinetti A.**, Andrusco A.**, Carrillo K**, Zenteno MT., Valenzuela A.**.

*Servicio de Cirugía Hospital Militar de Santiago

**Internos Universidad de Los Andes

Introducción: La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es un procedimiento cada vez más utilizado para el manejo de la patología biliopancreática. Permite la visualización de la vía biliar y conducto pancreático por lo que es una buena herramienta diagnóstica además de ser terapéutica en un porcentaje importante de los casos. Esta revisión tiene como objetivo el describir aspectos técnicos y complicaciones de CPRE realizadas durante el año 2007 en el Hospital Militar de Santiago.

Materiales y métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de una serie de pacientes sometidos a CPRE por cualquier diagnóstico, realizadas en el año 2007. Se utilizó estadística descriptiva.

Resultados: Se realizaron un total de 108 CPRE. Del grupo 60 corresponden a mujeres y 58 a hombres, la edad promedio fue de 65 años con un rango etéreo de los 21 a los 96 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron la hipertensión arterial (47%) Y la diabetes mellitas 2 (14%), sólo 6 pacientes no presentaban ninguna comorbilidad. La indicación de CPRE con mayor prevalencia fue la coledocolitis (30,6%), seguida de ictericia obstructiva (28,7%) y colangitis clínica (14,8%). De los

30 casos de ictericia obstructiva la ERCP logró un diagnóstico en 26 de ellas, siendo terapéutica en 26 casos ya sea por extracción de cálculos, instalación de prótesis o drenaje de la vía biliar. De las 62 coledocolitiasis se logró extracción exitosa del cálculo en 58 pacientes, de los 4 restantes a 3 se instaló prótesis y 11-0 se ninguna terapéutica. La mayoría correspondía a riesgo ASA 2, Y la sedación más fue propofol (54%) y segundo asociado a midazolam (42,1%). La tasa de complicaciones global fue de 16,2%, siendo las más frecuentes pancreatitis en 7 casos y colangitis ascendente en 5 casos.

Conclusión: La colangiografía endoscópica retrógrada sigue siendo una herramienta útil en el diagnóstico y tratamiento de la patología biliopancreática, con una tasa de complicaciones aceptable.

ROL DE LA COLANGIO PANCREA TOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE) EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA BILIAR LEVE Y VESÍCULA IN SITU

Drs M. Anselmi, A.M. Gemmato, M. Guzmán M.
(Unidad Docente Asistencial de Cirugía Endoscópica. Depto. de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.)
(Hospital Gmo. Grant B. Concepción. Chile)

Introducción: El rol de la colangio pancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en el manejo de la pancreatitis aguda es un tema polémico. Existe controversia si la CPRE debe efectuarse de urgencia en todos los pacientes, selectivamente en un subgrupo de enfermos o simplemente no hacerla,

Objetivo: Analizar en forma prospectiva los resultados de la CPRE y eventual manejo endoscópico en pacientes portadores de una pancreatitis aguda biliar leve con vesícula in situ ..

Material y método: Se estudiaron 90 pacientes consecutivos con pancreatitis aguda biliar leve y vesícula in situ. La edad promedio fue de 49.5 ± 18.6 años (78.9% mujeres y 21.1 % hombres). Del total, 49 pacientes (54.4%) presentaron ictericia y 12 (13.3%) colangitis. La ecografía abdominal demostró litiasis vesicular en el 83.9% de los casos, vía biliar dilatada en el 65.8% y coledocolitiasis en el 15.8%. El intervalo promedio entre el ingreso y el procedimiento endoscópico fue de 79.8 ± 60.2 hrs (rango 4 - 240).

Resultados: La CPRE pesquisó patología de la ampolla en 67/90 pacientes (74.4%) .La canulación selectiva de la vía biliar resultó exitosa en 89/90 casos (98.9%). En estos, se demostró una vía biliar dilatada en 42 (53.2%) Y coledocolitiasis en 36 (44.4%). La CPRE fue diagnóstica en 2 enfermos (2.2%) y hubo indicación de procedimiento terapéutico en los 87 restantes (97.7%), este resultó exitoso en 86 (98.9%). No se presentaron complicaciones derivadas de la cirugía endoscópica. Se completó el seguimiento 84/89 pacientes (94.4 %). De estos, 10 (11.9%) no fueron colecistectomizados (8 debido al alto riesgo quirúrgico y 2 por rechazo a la intervención). De los 74 restantes, 57 (77%) fueron sometidos a una colecistectomía dentro de la misma hospitalización y 17 (23%) en forma diferida. Se realizó cirugía laparoscópica en 68/74 enfermos (91.9%), abierta en 5 (6.8%) Y coledocostomía en 1 (1.3%).

Conclusión: En pacientes con pancreatitis biliar leve y vesícula in situ, la CPRE es un método seguro que permite efectuar una colecistectomía por vía laparoscópica, durante la misma hospitalización en la gran mayoría de los pacientes y constituye además una alternativa a la resección de la vesícula en pacientes de alto riesgo quirúrgico.

SÍNDROME DE DISFUNCIÓN DEL ESFÍNTER DE ODDI. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA.

N. Bello, H. Losada, E. Valdivieso, C. Castillo, X de Aretxabala, C. Harz, J. Ormazábal, J. Quiroga, R. Sáenz y C. Navarrete.

(Centro Latinoamericano de Entrenamiento en Endoscopia Gastrointestinal, Departamento de Enfermedades Digestivas, Clínica Alemana, Santiago - Chile.)

Introducción: La disfunción del esfínter de Oddi (DEO) afecta a aproximadamente el 1% de los pacientes sometidos a colecistectomía. La prueba de referencia para su diagnóstico ha sido la manometría del esfínter de Oddi. Esta prueba se asocia a morbilidad similar a la del tratamiento mismo mediante esfínterotomía endoscópica (EE), además de estar disponible únicamente en centros especializados.

Objetivo: Definir un algoritmo de diagnóstico y tratamiento basado en evidencias y aplicable al medio local que oriente el abordaje diagnóstico y terapéutico del paciente con sospecha de DEO.

Método: Se realizó una revisión sistemática de la literatura con base en tres preguntas contestables y la información derivada de ella fue distribuida entre cada uno de los participantes, 48 horas antes de una reunión de consenso.

Resultados: Los estudios analizados presentan problemas de diseño y baja calidad metodológica. La evaluación clínica (criterios de Milwaukee) presenta una adecuada sensibilidad, especificidad y valores predictivos para el diagnóstico de DEO y para categorizar la respuesta a EE.

Conclusión: En nuestro medio, la realización de MEO no es aconsejable. En los pacientes con sospecha de DEO, la evaluación clínica debe guiar el proceso de diagnóstico y la indicación de posible esfínterotomía.

COLECISTECTOMÍA TRANSVAGINAL ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA: EXPERIENCIA PRELIMINAR EN CHILE

Alex Escalona¹, Alan Sharp¹, Almino Cardoso Ramos², Manoel Galvao-Neto², Camilo Boza¹, Ricardo Funke¹, Luis Ibáñez¹.

¹Departamento de Cirugía Digestiva. División de Cirugía.

Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

²Gastro Obeso Center. Sao Paulo - Brasil.

Introducción: La técnica laparoscópica se ha convertido en la alternativa de elección en colecistectomía electiva. La cirugía endoscópica a través de orificios naturales ha sido planteada como una alternativa aún menos invasiva que la cirugía laparoscópica convencional. El objetivo de este estudio fue evaluar la factibilidad y seguridad de la colecistectomía transvaginal asistida por laparoscopia.

Material y método: El procedimiento es realizado bajo anestesia general usando un endoscopio de doble canal transvaginal, un trocar de 5 mm transumbilical con o sin un trocar de 3 mm en flanco derecho. Se realiza la disección vesicular identificando el triángulo de Calot, clipando y seccionando la arteria y conducto cístico con instrumental laparoscópico de 5 mm. Luego de disección endoscópica la vesícula es extraída por vía transvaginal. Se registró la infonnación clínica y demográfica así como la evolución postoperatoria inmediata.

Resultados: Desde Octubre de 2007 a Febrero de 2008, cinco pacientes fueron sometidas a este procedimiento. La edad media es de 50 años (42-54). El tiempo operatorio promedio fue de 120 minutos (75-240 min). No

hubo morbilidad postoperatoria. La estadía postoperatoria promedio fue de 14.3 horas (5-20 horas). Conclusión: La colecistectomía transvaginal asistida por laparoscopia es un procedimiento factible y seguro en esta experiencia preliminar.

PANCREATECTOMÍA DISTAL ENTRE 2002 - 2007. REVISIÓN RETROSPECTIVA EN HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE.

Drs. JC. Díaz¹, J. Castillo¹, G. Rencoret¹, C. Taladriz¹,
A. Navarrete¹, D. Roizblatt¹, M. Musleh¹ MKauffmann²,
N. Pereira²

¹Departamento Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile.

²Internos Facultad de Medicina Universidad de Chile.

Introducción: La cirugía pancreática es uno de los principales retos técnicos, terapéuticos y pronósticos de la cirugía digestiva. Por esto, se ha preconizado que cirugías de este tipo deben ser realizadas en centros terciarios de referencia y equipos quirúrgicos entrenados, con el objetivo de tener una morbimortalidad aceptablemente baja. **Objetivo.** Diagnosticar y conocer la situación retrospectiva en relación a la morbimortalidad de esta cirugía en nuestro centro según lo registrado.

Materiales y Métodos: Revisión retrospectiva desde Enero de 2002 a Diciembre 2007, datos obtenidos del archivo estadístico del Hospital con el código asignado por FONASA (18-02-045) para «Pancreatectomía Parcial». Se revisaron variables demográficas como edad y género, estadía hospitalaria, complicaciones y mortalidad.

Resultados: De la revisión se obtuvieron 40 pacientes con una edad media de 53 años, 81% mujeres y 19% hombres. El principal método de consulta fue dolor abdominal (48%). Un 38% se presentó en forma asintomática como hallazgo, mientras un 14% debutó con hipoglicemia. 71% de los pacientes no tenían patologías médicas previas. Como principal diagnóstico preoperatorio fue Tumor sólido de páncreas en 52% de los pacientes, seguido por Neoplasias quísticas en un 30%. 86% de las cirugías fueron realizadas por vía abierta y 14% por vía laparoscópica. Complicaciones médicas se vieron solo en 3

pacientes. Complicaciones quirúrgicas exclusivamente tanto mayores como menores en un 14%, destacando un 5% de fistulas pancreáticas en su mayoría controladas y colecciones peripancreáticas en un 9%. No hubo mortalidad operatoria. **Discusión.** Nuestro centro se ha caracterizado por un buen nivel en cirugía digestiva de alta complejidad. Comunicamos nuestra experiencia en dicha cirugía la cual se asemeja con el resto de los centros de alto volumen nacionales e internacionales, siendo un procedimiento que en la actualidad estamos realizando en su mayoría por vía laparoscópica lo que esta siendo recopilado en una base prospectiva.

EXPRESION DEL ERCC1 (Escisión-Repair-Cross-Complementing-1) UN FACTOR PRONOSTICO EN EL CANCER AVANZADO DE LA VESICULA BILIAR

I. Roa E. (1), X. de Aretxabala U. (2), S. Lantadilla H(l).

(1) Servicio A. Patológica Clínica Alemana de Santiago. UDD.

(2) Depto. de Cirugía. Clínica Alemana de Santiago.

Financiado por: Proyecto Fondecyt 1060375 y PBCT6-CTI-SA

Introducción: El cáncer de la vesícula biliar (CVB) es una de las principales causas de muerte por tumor maligno en la mujer en Chile desde hace 20 años. El ERCC1 es una proteína altamente conservada dentro de los

Inucleótidos de reparación del ADN y su importancia ha sido demostrada en otros tumores como el cáncer pulmonar. No existe información respecto del rol que importancia del ERCC1 en el CVB.

Objetivo: Determinar la expresión y la importancia de la expresión ERCC1 como factor pronóstico en el CVB.

Material y Método: Se confeccionaron matrices de tejidos (TMA) con 200 cánceres de la vesícula biliar y 76 muestras de vesícula biliar no tumorales como controles. En 190 casos se pudo realizar la determinación de ERCC1. Se realizaron técnicas de inmunohistoquímica contra la proteína ERCC1 (monoclonal antibody ERCC1 Ab-2(clone 8F1) Labvision. Se consideró como tinción positiva la tinción nuclear de al menos el 50% de las células tumorales o una positividad intensa en más del 10% de la células tumorales (de acuerdo a otros autores).

Resultados: El grupo total de estudio estaba compuesto por 166 mujeres y 24 hombres con un promedio de edad de 62,7 años (61,7 años en mujeres y 69,8 años en hombres). En 120 casos (63%) se demostró tinción positiva en los núcleos de las células tumorales. Los tumores mejor diferenciados mostraron una tinción positiva de mayor intensidad ($p < 0,05$), respecto de los poco diferenciados. No se observó diferencias significativas entre el nivel de infiltración tumoral en la pared vesicular y la positividad en la expresión de ERCC 1. Tampoco se observaron relaciones entre la positividad de la tinción y otras variables macroscópicas o microscópicas. La sobrevida actuarial a cinco años fue de sobre el 90% en los cánceres incipientes, en cambio, en los avanzados alcanzó a un 27%. No se observó relación entre la positividad del ERCC1 y la sobrevida en los carcinomas incipientes, en cambio, en los pacientes con carcinomas avanzados a la expresión positiva en las células tumorales se asoció a una significativa mejor sobrevida ($p=0,01$)

Conclusiones: Un alto porcentaje de CVB muestra expresión positiva para el ERCC1. Nuestros resultados preliminares muestran que pacientes con cánceres avanzados de la vesícula biliar no sometidos a tratamientos complementarios presentan una mejor sobrevida que aquellos con expresión negativa de esta proteína. La importancia de este hallazgo no ha sido aún validada y estudios de trasccripción del gen serán requeridos para confirmar estos hallazgos.

PROLIFERACIÓN CELULAR EN LA MUCOSA DE LA VESÍCULA BILIAR NO TUMORAL: Expresión De Ki67 en Matrices De Tejidos

I.Roa E (1) X. Elorza D(2), X. de Aretxabala (3),

S. Lantadilla H(l)

(1) Servicio A. Patológica Clínica Alemana de Santiago. UDD.

(2) Servicio A. Patológica Hospital San Camilo San Felipe.

(3) Depto de Cirugía. Clínica Alemana de Santiago.

Financiado por: Proyecto Fondecyt 1060375 y PBCT6-CTI-SA

Introducción: Aún se desconocen múltiples aspectos relacionados con la histogénesis del cáncer de la vesícula biliar (CVB). La mayoría de los cánceres provienen de la secuencia displasia-carcinoma. El proceso de transformación desde la mucosa normal hacia la displasia a través de la metaplasia gástrica o intestinal no ha sido estudiado. Las características proliferativas de la mucosa vesicular normal o crónicamente inflamada se desconocen.

Objetivo: El objetivo es estudiar las características de proliferación de la mucosa vesicular no tumoral, a través de la expresión del Antígeno Ki67 como índice de proliferación en matrices de tejidos (TMA).

Material y Método: Se realizó estudio inmuno-

histoquímico en matrices de tejidos (TMA) de la expresión del Ag Ki67 como un índice de proliferación celular de la mucosa de la vesícula biliar no tumoral en 96 casos y se comparó con los hallazgos de 101 cánceres vesiculares. Se realizó conteo de a lo menos 100 núcleos celulares en las áreas de mayor intensidad.

Resultados: Se estudiaron 96 VB (54 mujeres y 42 hombres promedios edad 45,9 y 56,1 años). La diferencia de los promedios de edad fue significativa ($p < 0,001$). Los rangos de expresión de Ki67 en la VB no tumoral fue de ,0-89% con un promedio de 18,8%; en los cánceres fue de 2,6-98% con un promedio de 46,1 % ($p < 0,001$). El 55% de las VB no tumorales tuvo un índice de menos del 10%. (sólo el 5,9% de los CVB estuvieron en ese rango). El 15% de las VB no tumorales mostraron un índice de proliferación de más del 50% de las células, es decir, por sobre el promedio de las neoplasias malignas, mostrando estados que pueden ser considerados como hiperproliferativo, condición no reportada en estudios extranjeros.

Conclusiones: La mucosa de la VB crónicamente inflamada presenta un alto índice de proliferación medido a través de la expresión del antígeno Ki67. El 15% de las VB no tumorales presentan índices de proliferación celular propio de los cánceres. Los altos índices de proliferación celular observada en la VB crónicamente inflamada en mujeres chilenas podría guardar relación con la irritación crónica, estrés oxidativo y la presencia de una bilis carcinógena, factores que pudiesen determinar estados de hiperproliferación celular con su consecuente transformación neoplásica. Se requerirán estudios genético-moleculares para avanzar en el estudio de la patogenia de esta neoplasia.

COMPARACIÓN DE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, PATOLÓGICAS Y PRONÓSTICO DE PACIENTES CON CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR ENTRE UN CENTRO DE ESTADOS UNIDOS Y UN CENTRO DE CHILE

Losada H, Sarmiento J, Burgos SJ L, Silva J, Manterota C. (Centro: Universidad de la Frontera. Hospital Hernán Henríquez Aravena. Emory University.)

Introducción: El cáncer de vesícula biliar (CVB) es la primera causa de muerte oncológica en las mujeres chilenas. En Estados Unidos la incidencia es baja. Nuestro objetivo es comparar las características clínico-patológicas, el tratamiento y el pronóstico en pacientes con diagnóstico de cáncer de vesícula biliar en un centro de Estados Unidos y Chile.

Material y método: Estudio de cohorte prospectiva de pacientes con diagnóstico de CVB. Se incluyeron pacientes con diagnóstico histopatológico de CVB en el Hospital Regional de Temuco y el Hospital de la Universidad de Emory entre enero de 2000 y diciembre de 2007. Se midieron variables biodemográficas, histopatológicas, de tratamiento realizado y de evolución. Se utilizará estadística descriptiva, con cálculo de medidas de tendencia central, dispersión y tendencia extrema; análisis divariado utilizando χ^2 de Pearson o test exacto de Fischer para variables categóricas y t-test, ANOVA y Kruskal Wallis para variables continuas. Posteriormente se realizará análisis de supervivencia realizando curvas de Kaplan-Meier y modelo de regresión de Cox.

Resultados: Se incluyeron 440 pacientes de la cohorte chilena y 27 pacientes de la cohorte de E.U. El promedio de edad de diagnóstico en la cohorte de E.U fue de 64 ± 11 años y en la cohorte chilena 62 ± 13 años. En la cohorte de E.U. el 70% de los pacientes es de género femenino y en la cohorte chilena el 83% fue de género femenino ($p=0.1$). En la cohorte chilena el 31 % de los pacientes son estadio T2, y el 37% son T3. Al momento de enviar el resumen se está revisando el nivel de invasión en la pared de la cohorte de E.U. Se encontró asociación con litiasis en el 73% de los casos de E.U. y 98% de los casos en Chile ($p < 0.000$). En la cohorte de E.U la invasión perineural es de 80% y en la cohorte chilena es de menos de 20%. Se efectuaron curvas de supervivencia en cada centro según los niveles de invasión de la pared vesicular.

Conclusiones: Existen diferencias en la presentación clínica de los pacientes con CVB entre las cohortes comparadas. Se espera completar la revisión de las piezas en el Hospital de la Universidad de Emory para continuar la comparación.

Seccional: CIRUGÍA TORÁCICA

MALFORMACIÓN ADENOMATOIDEA QUÍSTICA DEL PULMÓN: PRIMER REPORTE DE UN CASO ADULTO EN CHILE.

C. Álvarez¹, O. Bravo², M. Baile¹, A. Núñez², C. Cerda², M. Abelleira³, J. Castillo⁴

(Cirujano Tórax CABL, ²Int. Usach, ³Becaria Cirugía DCB, ⁴Patólogo CABL)

La Malformación Adenomatoidea Quística (MAQ) del pulmón es una anomalía poco frecuente del desarrollo embrionario. El diagnóstico es raro en la infancia y es excepcional en adultos, no reportándose casos en mayores de 14 años en Chile.

Reportamos un paciente masculino de 23 años con MAQ del lóbulo pulmonar inferior derecho (LID) tratado por nosotros con éxito, y efectuamos una revisión actualizada del tema.

Paciente masculino, de 23 años de edad. Refiere múltiples episodios de bronconeumonía y síndrome bronquial obstructivo (SBO) durante la infancia. Consulta por dolor torácico derecho, compromiso del estado general y sensación febril no cuantificada. En el examen físico segmentario destacaba en base pulmonar derecha disminución del murmullo pulmonar, abundantes crepitaciones y matidez a la percusión. Se solicitó Rx y TC de tórax donde se observan imágenes hidroaéreas complejas en hemitórax derecho. Ante la falta de respuesta al tratamiento médico es intervenido quirúrgicamente encontrándose múltiples quistes infectados y evidente pérdida de la arquitectura normal del LID. Biopsia informa:

«Malformación adenomatoidea quística de lóbulo inferior derecho tipo 1 de Stocker, con neumonías en distintas etapas de organización». Requiere reoperación ante falta de expansión de lóbulos remanentes por rotación del pedículo, la cual se soluciona con éxito. Posteriormente es controlado en forma periódica en policlínica de cirugía torácica, hallándose a más de 2 años de seguimiento, sin molestias significativas y con controles imagenológicos que no evidencian enfermedad.

La MAQ es una lesión pulmonar hamartomatosa, de carácter congénito y poco frecuente. Representa el 25% de todas las malformaciones congénitas pulmonares (1 de cada 25000 a 35.000 embarazos). Es rara su presentación en adultos, en Chile no se han informado estos casos. Se ha demostrado su asociación con cáncer broncogénico. Su tratamiento es la lobectomía a pesar de que en ocasiones la enfermedad es bien tolerada por el paciente adulto.

ESTENOSIS TRAQUEAL POR INTUBACIÓN

Drs. Antonio Baquerizo M., Verónica Fonseca S., Fernando Barrientos C., Walterio Muñoz C.
Servicio y Departamento de Cirugía, Hospital Hernán Henríquez A., Universidad de La Frontera

Introducción: Las estenosis traqueales por

intubación representan un gran porcentaje de las lesiones traqueales traumáticas, y su incidencia es entre el 1 y 7% de las intubaciones en la literatura. No se conocen estadísticas nacionales. La presión del cuff y del tubo mismo supera la presión capilar de 20 mm hg generando isquemia, congestión, edema y finalmente necrosis fibrótica y estenosis. Se efectúa un estudio retrospectivo de una serie de casos.

Material y métodos: Entre 1998 y 2007 de un total de 45 pacientes con patología traqueal, 17 (37.7) son estenosis traqueales por intubación. 10 mujeres y 7 hombres con edad promedio 46 (17-77). La broncoscopia y T AC multicorte confirmaron el diagnóstico. Las clasificamos anatómicamente en traqueales y subglóticas con y sin compromiso de cricoides. Endoscópicamente en discretas (>9mm) moderadas (6-9mm) y severas (5mm) y clínicamente de graves (cartílago traqueal) y menos grave (solo mucosa y submucosa).

Resultados: El 100% tienen antecedentes de una intubación oro traqueal. Enfermedad de Wegener en 3 casos. 14 pacientes conectados a V.M. con 14 días promedio (7-25). Estenosis discreta: 6; moderada: 7 y severa: 4. Estenosis subglóticas: 16 (94.1); con cricoides: 3. Y traqueales 1 (5.9). Estenosis con compromiso de cartílago: 10 (58.8) Y solo mucosa: 7(41.2). Se resecaron 9(52.9) y con tratamiento conservador, (dilatación corticoides y Stent): 8(47.1) incluyendo un rechazo a la cirugía. Se realizaron 4 anastomosis traqueo-traqueales; 2 traqueo-cricoides una de ellas con estenosis doble; y 3 traqueo-tiroideas. Los resultados fueron satisfactorios con controles a tres y un año.

Conclusiones: La gran mayoría de las estenosis traqueales afectan la subglotis y pueden comprometer el cricoides. Las estenosis severas y que comprometen el cartílago son de tratamiento quirúrgico con buenos resultados. Las estenosis traqueales no severas y que no comprometen el cartílago son tributarias de un tratamiento conservador con dilataciones periódicas, corticoides y con prótesis traqueal. Se incluyen los pacientes con enfermedad de Wegener y aquellos que no pueden ser intervenidos o que rechazan la cirugía. Las morbilidades post operatorias son frecuentes en resecciones mayores a 4,5 cms, en las anastomosis traqueotiroideas, cuando existe una traqueostomía y en los diabéticos. Las estenosis dobles son más complejas y requieren protección con Stent de Montgomery.

TIMECTOMÍA POR CIRUGÍA TORÁCICA VIDEOASISTIDA (VATS) EN MIASTENIA GRAVIS.

Drs. R. Loehner T., A. Navarrete, M. Ruiz, G. Cardemil, J. Salguero, Ints. N. Gonzalez, T. Peralta, M. Luco.
(Hospital Clínico Universidad de Chile, Departamento de Cirugía)

Introducción: La timectomía tradicional en el tratamiento de la miastenia gravis se ha realizado por vía transternal o transcervical. La cirugía videotoracos-

cópica es una alternativa que permite menor agresión quirúrgica, lo que se asocia a menor morbilidad y estadía postoperatoria.

Objetivo: Analizar los resultados de los casos de miastenia gravis tratados con timectomía por VATS en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Pacientes y método: Se analizaron en forma retrospectiva los casos de miastenia gravis que fueron tratados con timectomía por cirugía torácica videoasistida en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre los años 2003 y 2008. Se analizó la distribución de los pacientes según sexo, edad, tiempo de evolución y etapa de su enfermedad (clasificación de Osserman), evaluando la respuesta al tratamiento según el índice de remisiones completas y mejorías clínicas; según la clasificación de DeFilippi, y según la mejoría en los grados de Osserman. **Resultados:** La muestra quedó constituida por un total de 12 pacientes con una edad promedio de 42 años (rango 20-73). El tiempo promedio de enfermedad fue de 7 meses (rango 1 a 12). En relación a la clasificación de Osserman, 2 se encontraban en la etapa 1, 4 en la etapa IIA y 6 en la IIB. El tiempo promedio de operación fue de 155 minutos (rango 100-225), realizándose abordaje bilateral en todos los casos. Después de un seguimiento de 12 meses, 41,6% de los pacientes presentaba remisión completa y 91,6% mejoría clínica. Valorando la respuesta al tratamiento según la clasificación de DeFilippi: 5 pacientes (41,6%) se encontraban en clase 1,1 (8,3%) en clase 2, 5 (41,6%) en clase 3 y 1 paciente (8,3%) en clase 4. Según la mejoría en los grados de Osserman, 1 paciente presentaba el grado previo a la cirugía, 5 habían mejorado un grado, 3 habían mejorado dos grados y 3 habían mejorado tres grados. La serie no presentó morbimortalidad intra ni postoperatoria.

Conclusión: La timectomía por videotoracoscopia es una alternativa tan efectiva como las otras técnicas establecidas para el tratamiento de la miastenia gravis, correspondiendo a una técnica segura y con alta tasa de éxito terapéutico.

MANEJO AMBULATORIO DEL SÍNDROME DE OCUPACIÓN PLEURAL SECUNDARIO A TRAUMA (MASOPT)
Dr. J.L. Rocabado, Int. C. Derosas, Drs. R. Zuleta, G. Hurtado, Al. P. González
(Servicio de Cirugía Hospital San José, Universidad de Santiago de Chile.)

Introducción: El síndrome de ocupación pleural secundario a trauma es una patología frecuente a la que se enfrentan la mayoría de los centros de urgencia de nuestro país. Con el afán mejorar la calidad de vida de los pacientes y de optimizar recursos se ha implementado hace ya 8 años en el Complejo Hospitalario San José (CHSJ) el MASOPT.

Objetivo: Evaluar el MASOPT mediante el uso de la Válvula de Heimlich (VH), en pacientes que presentaron ocupación pleural secundario a trauma en el servicio de urgencias del CHSJ.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo y descriptivo desde septiembre de 1999 a abril del 2008. Según estrictos criterios de inclusión y exclusión, ingresaron al protocolo 408 pacientes, a todos se les realizó pleurotomía en pabellón central bajo anestesia local, se toma Radiografía de tórax (RxT) inmediata ya las 6 horas, si se presenta expansión mayor a 95% y paciente asintomático se instala VH cuyo comportamiento se observa por 1 a 2 horas. Alta previa educación. Se controla con RxT a las 48 horas y se evalúa retiro. A los 15 días se realizó encuesta de satisfacción (ES). Se analizaron múltiples va-

riables en SPSS 13.0. **Resultados:** el 94.1 % de los pacientes evoluciona sin complicaciones, la permanencia promedio del drenaje fue 2,82 días (rango 2-5 días). En relación a la ES el 85,3 prefieren el manejo ambulatorio, el 10,7 preferirían la hospitalización, el resto no acudió al control. El valor neto aproximado por MASOPT fue de un 42,5% menos que el manejo hospitalizado.

Conclusión: El presente estudio demuestra que el MASOPT es un método seguro, barato y con alta aceptación por parte de los pacientes, lo que impacta seriamente en la calidad de vida de estos y en la gestión hospitalaria.

TUMORES DEL MEDIASTINO. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE.
Drs. G. Cardemil (1), M. Díaz (1), J. Salguero (1), G. Fernández (1), A. Marambio (1), A. Navarrete (1), M. Sobron (2).

(1) Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile. (2) Interno Facultad de Medicina Sede Norte, Universidad de Chile.

Introducción: Los tumores del mediastino son neoplasias poco frecuentes, derivadas de distintas líneas celulares, englobando una serie de tumores tanto benignos como malignos.

Objetivo: Presentar nuestra experiencia y resultados del manejo quirúrgico de tumores del mediastino. **Material y método:** Análisis descriptivo retrospectivo de pacientes operados desde Enero 2002 a Junio 2008 por el equipo de cirugía torácica del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Resultados: La serie esta compuesta de 31 pacientes, todos intervenidos quirúrgicamente, 16 de ellos hombres y 15 mujeres. El promedio de edad fue 44.6 años. En el 45.1% de los casos el diagnóstico fue un hallazgo derivado de un control de salud y los pacientes se encontraban asintomáticos. El 51.6% de los tumores se encontraban localizados en el mediastino anterior, el 16.1 % en el mediastino medio y el 32.2% en el posterior. El 100% de los pacientes fue estudiado con una tomografía computada de tórax. Del total de pacientes, la resección tumoral fue realizada por videotoracoscopia (VTC) en 21 de ellos, siendo necesario convertir a toracotomía tan solo en un caso por lesión de vía aérea. El estudio histopatológico demostró que los tumores más frecuentes resultaron ser: timoma benigno (16.1 %), tumores neurogénicos (16.1%), quistes de duplicación (9.6%), carcinoma tímico (9.6%), metástasis pulmonares (9.6%) y teratomas (6.4%). El 87% de los pacientes evolucionó sin problemas, sin embargo hubo una mortalidad de 6.4%. La estadía hospitalaria postoperatoria promedio fue de 4.5 días para aquellos operados por VTC versus 8.5 días por cirugía abierta.

Conclusión: Los tumores del mediastino representan menos del 1 % de todas las neoplasias. En Chile no se reportan series respecto a este tema, sin embargo nuestros resultados son similares a los reportados en la literatura internacional. La Videotoracoscopia ha resultado ser un procedimiento seguro y con mínimas complicaciones en el abordaje de este tipo de tumores.

USO DE STENTS PARA EL MANEJO DE LA ESTENOSIS TRAQUEAL
Dr. J.L. Rocabado, Int. C. Derosas, Drs. R. Zuleta, G. Hurtado, Al. P. González.
(Servicio de Cirugía Hospital San José, Universidad de Santiago de Chile.)

Introducción: El propósito de utilizar stents traqueales (ST) es solucionar la obstrucción de la vía aérea causadas en segmentos no susceptibles de resección o reconstrucción.

Objetivo: Mostrar la utilidad del uso de ST para el manejo de la Estenosis Traqueal.

Pacientes y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo de 26 pacientes que presentaban lesiones de tráquea susceptibles de tratarse con ST (lesiones sintomáticas distales o malignas) entre octubre del 2002 a diciembre del 2007. Los ST fueron colocados, previa firma de consentimiento informado, bajo anestesia general, con máscara laríngea y broncoscopio rígido. El control se realizó intraoperatorio con Radiografía AP y Lateral (Portátiles) y videofibrobroncoscopia. Luego controles seriados con videofibrobroncoscopia, espirometría con curva flujo-volumen (ECFV), radiografía y evaluación de la disnea por medio de la Escala de Borg modificada posteriores al procedimiento, continuando mensualmente con sólo evaluación clínica. El análisis estadístico se realizó en SPSS 13.0.

Resultados: Del grupo de 26 pacientes el 28% correspondió a mujeres; la edad promedio de presentación de ET fue de 43,5 años para los hombres y 64,3 años para el grupo femenino. El 14% presentó ET por traumatismo, el 42% asociado a ventilación mecánica, el 43% por complicaciones del cáncer pulmonar (2 de los cuales presentaban fístula traqueo-esofágica (FTE) y un 11 % presentaron FTE secundario a cáncer de esófago. A un paciente se le instaló un ST polyflex al resto ST dinámico. El 100% de los pacientes presentó mejoría de los síntomas (evaluado mediante la escala de Borg modificada) y normalizó la ECFV inmediatamente luego de la intervención. No se reportaron muertes ni complicaciones asociadas al procedimiento.

Conclusión: el presente estudio demuestra que el uso de ST es una técnica altamente efectiva para el tratamiento y/o paliación de los síntomas de la ET.

SECUESTRO PULMONAR: EXPERIENCIA HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE

Drs. G. Cardemil¹, J. Salguero¹, H. Lembach¹, B. Naranjo¹, G. Fernandez¹, J.P. Valdivieso², G. Correia², M. Contador².
1 Departamento de Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile.
2 Cirugía Infantil, Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: El secuestro pulmonar es una anomalía congénita de baja frecuencia caracterizada por tejido pulmonar normal o hipoplásico excluido de la vía aérea, con pedículo vascular proveniente de la circulación sistémica. Clínicamente es de presentación bimodal, con un grupo en edad pediátrica y otro en la adultez.

Objetivo: Describir la experiencia en secuestro pulmonar del Hospital Clínico de la Universidad de Chile desde 1988.

Material y método: Revisión retrospectiva de los pacientes con diagnóstico de Secuestro Pulmonar, analizando epidemiología, presentación clínica, estudio, y tratamiento quirúrgico.

Resultados: Serie de 8 pacientes: 3 pacientes adultos, edad promedio 30 años, y 5 pacientes recién nacidos, edad promedio 7,4 días. Los adultos se presentaron como neumonía a repetición (2 casos), y hemoptisis (1 caso). Los 5 neonatos tenían diagnóstico antenatal de malformación pulmonar. El principal método de estudio fue el T AC torácico, logrando diagnóstico preoperatorio en 62,5%. La ubicación más frecuente fue el lóbulo inferior izquierdo (75%) y la irrigación provenía de la Aorta torácica en el 62,5%. El Tratamiento fue quirúrgico (100%) me-

dante toracotomía posterolateral, practicándose lobectomía en 4 pacientes (2 intralobares y 2 extralobares) y secuestrectomía en 4 pacientes (4 extralobares). El tiempo operatorio fue 2,3 hrs. (adultos) y 1,3 hrs (neonatos). El drenaje pleural fue retirado al tercer día (adultos) y al segundo día (neonatos). Un neonato se complicó de un neumotórax ipsilateral. La estadía promedio fue 7 ± 6,9 días (adultos) y 18 ± 15 días (neonatos). No hubo mortalidad.

Conclusión: El secuestro pulmonar es una malformación pulmonar rara, cuyo tratamiento quirúrgico por vía abierta es seguro y curativo en la edad pediátrica y adulta.

VIDEOTORACOSCOPIA ASISTIDA CON ANESTESIA LOCAL Y SEDACIÓN

Dr. Gonzalo Gómez C.¹, Dr. Cristian González C.¹, Int. Gregory Córdova²

¹Servicio de Cirugía de Tórax del Hospital Dr. Eduardo Pereira

²Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso.

La cirugía torácica asistida por video (video-assisted thoracic surgery VATS) actualmente permite el diagnóstico y/o tratamiento de distintas patologías pleurales y pulmonares. El objetivo del estudio es describir los resultados y complicaciones de la VATS con anestesia local y sedación en el diagnóstico y tratamiento de la patología pleural.

Se realizó un estudio retrospectivo de 36 procedimientos durante el periodo 2006 - 2008 en el Hospital Dr. Eduardo Pereira. La edad promedio de los 34 pacientes (20 mujeres) fue 62,4 años. El 14,2% de los pacientes era fumador activo, el 20% tenía más de dos comorbilidades y el 31,4% tenía como diagnóstico principal de cáncer avanzado. La principal indicación de la VATS fue el estudio de un derrame pleural, que en 20 casos fue por sospecha de un derrame pleural neoplásico. El tiempo operatorio promedio fue de 38 minutos. La saturación de oxígeno promedio final fue de 96% y no se convirtió ningún procedimiento a anestesia general o a cirugía abierta. En el postoperatorio inmediato se presentaron dos complicaciones (5,5%) ambas fueron casos de enfisema subcutáneo relacionados con el tubo pleural, que se resolvieron con la misma pleurostomía, no hubo recidiva luego de la pleurodesis. Nuestro estudio demostró que la VATS con sedación y anestesia local es un procedimiento seguro con una morbilidad baja de un 5,5%, que permite realizar diagnóstico en el 97% de los casos. Se presenta como una excelente alternativa diagnóstica y/o terapéutica sobre todo en pacientes de alto riesgo quirúrgico, siendo su principal indicación el derrame pleural maligno.

RESECCIÓN DE METASTASIS PULMONARES: CARACTERIZACIÓN Y MANEJO EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE

G. Cardemil, A. Marambio, J. Salguero, J.G. Fernández, M. Díaz, C. Jarpa, P. Díaz, R. Díaz
(Equipo Cirugía de Tórax. Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile.)

Introducción: El tratamiento quirúrgico de las metástasis pulmonares (MP) constituye una terapia usada para ciertos tipos de cánceres metastásicos. Sin embargo, el tipo de cirugía y la selección de los pacientes es controversial, por lo que hemos decidido estudiarlo.

Objetivo: Describir clínicamente una serie de pa-

cientes con MP que son sometidos a tratamiento quirúrgico con intención curativa y sus resultados.

Material y Método: Se revisaron retrospectivamente las fichas de pacientes con el diagnóstico de MP, de cualquier origen, operados en nuestro hospital entre los años 2002 y 2008. Se analizaron las características clínicas, tratamiento, morbimortalidad y resultados.

Resultados: Durante este período se operaron 24 pacientes por MP. El promedio de edad fue de $52,6 \pm 16,5$ años y habitualmente el compromiso pulmonar se presentó como un hallazgo. La mayoría de los pacientes tenía un cáncer renal como tumor primario (41,6%) y en promedio las MP fueron pesquiasadas 7 meses después del diagnóstico inicial. La forma más habitual de presentación en la TAC fue de múltiples nódulos, presentando compromiso bilateral en el 58,3% de los pacientes. El abordaje quirúrgico habitual fue por videotoracoscopia (45,8%) asociado a una resección en cuña de las lesiones (91,6%). En la mayoría de los procedimientos (91,6%) no hubo complicaciones post operatorias. Al momento de terminar este estudio el 62,5% de los pacientes había recidivado, en promedio a los 13,6 meses. El 41,6% de los pacientes fue reintervenido para una nueva resección de las recidivas.

Conclusiones: En esta serie las MP fueron principalmente secundarias a un cáncer renal, presentándose como nódulos pulmonares. La videotoracoscopia es una cirugía emergente y segura en el tratamiento de las MP, siendo la principal forma de abordaje quirúrgico en nuestros pacientes, asociado a la resección en cuña de las lesiones. Sin embargo, un elevado porcentaje de pacientes fue reintervenido por la aparición de recidivas.

MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO, EXPERIENCIA DEL HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE NEF

Dr. A. Rioseco B.,¹ G. Gómez C.,¹ Ints. Víctor Leiva V.,² Elisa Sepúlveda A.,² Daniela Villarroel G.²

¹ Servicio Cirugía Hospital Naval Almirante Nef

² Cátedra Cirugía, Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso.

Resumen: El mesotelioma pleural maligno es una neoplasia de mal pronóstico. Una vez realizado el diagnóstico histopatológico el promedio de sobrevida es de 8 -12 meses. El objetivo del trabajo es reportar los resultados y sobrevida del tratamiento de los casos de Mesotelioma Pleural Maligno.

Se revisaron los antecedentes clínicos de 8 pacientes durante los años 1997 y 2007 tratados en el Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar. De los casos fueron siete hombres y un, a mujer, la edad promedio fue 69 años. Seis pacientes presentaron derrame pleural al momento del diagnóstico. Del total, 4 casos correspondieron a mesotelioma maligno epitelial y los otros 4 fueron informados como mesotelioma maligno. La sobrevida promedio de los pacientes fue de 6,7 meses con un rango de 12 días a 13 meses. En los pacientes en que se les realizó algún tratamiento adyuvante la sobrevida promedio fue de 10,9 meses, en cambio a los pacientes en que no se les realizó tratamiento adyuvante la sobrevida promedio fue de 2,4 meses. En conclusión nuestros resultados son similares a otras series, siendo lo más relevante la baja sobrevida del mesotelioma. Actualmente no existe un consenso en la literatura que guíe el tratamiento de estos pacientes.

Seccional: CIRUGÍA VASCULAR

VARICES FRONTALES EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Drs. C. Pozo¹, R. Mora^{1,2}, M. Beltrán^{1,2}, R. Barrera^{1,2}, Als. M.E. Contreras², D. Mora³.

1. Hospital de La Serena,
2. Universidad Católica del Norte,
3. Universidad del Desarrollo

Introducción: La estenosis venosa central secundaria a catéter de hemodiálisis es una complicación que se debe tener presente. Aun no está bien definido el mecanismo y la secuencia de eventos a través del cual se desencadena la estenosis venosa, sin embargo, se plantea como factor principal el trauma crónico. Esta patología se puede observar en pacientes con múltiples accesos venosos centrales.

Reporte de caso: Paciente de 78 años, portadora de Insuficiencia Renal Crónica en Hemodiálisis trisemanal, con numerosos catéteres venosos transitorios por vía subclavia derecha y yugulares, acceso vascular complejo radio cefálico en fosa antecubital derecha hace 24 meses, debido a agotamiento venoso de la extremidad izquierda. La paciente fue derivada por aumento de volumen progresivo de extremidad superior derecha y FA V disfuncional. Luego del examen se evidencia presencia de voluminosas venas que comprometen territorio frontal bilateral. Posteriormente, se efectúa angiografía por la fístula que mostró estenosis de la vena innominada derecha y flujo venoso de retorno efectuado a través de vena yugular externa derecha, temporal, frontales, y finalmente salida por vena yugular externa izquierda hacia tronco innominado izquierdo. Se Cierra FA V, efectuando acceso en extremidad inferior, y a la semana existe remisión completa de varices frontales.

Discusión: Debido al incremento de los pacientes que ingresan en hemodiálisis y al consecuente aumento de los catéteres de hemodiálisis, las complicaciones de estos últimos han aumentado. Esta paciente presentaba una estenosis clínica producto de múltiples catéteres utilizados. El acceso vascular generó sobrecarga del sistema venoso, y conjuntamente la estenosis progresó hasta la oclusión total, que fue compensada parcialmente a través de circuito de venas yugulares externas. El tratamiento definitivo de la estenosis puede ser quirúrgico o endovascular, no intentándose este último por falta de materiales necesarios.

INSTALACIÓN DE CATÉTER PERITONEAL EN ADULTOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: EXPERIENCIA DE 5 AÑOS

Drs. R. Mora^{1,2}, C. Pozo¹, M.A. Beltrán^{1,2}, R. Barrera^{1,2}, Als. G. Jeraldo², M. Aranda², D. Mora³

1. Hospital de La Serena,
2. Universidad Católica del Norte,
3. Universidad del Desarrollo

Introducción. Desde el año 1998 se tiene un catastro de los pacientes adultos en peritoneo diálisis con catéter Baxter Swan Neck Coil-Cath. En el año 2007 alcanzaron la cifra de 556 pacientes con este sistema de diálisis en nuestro país. A medida que han disminuido la incidencia de complicaciones infecciosas en la peritoneo diálisis, adquieren más importancia aquellas relacionadas con el catéter, en especial las derivadas del implante. El presente estudio retrospectivo es analizar nuestra experiencia de los primeros 5 años, en la instalación de 65 catéteres Swan Neck Coil-Cath en nuestro hospital.

Material y métodos. Desde Julio 2001 a Julio 2006 se implantaron catéteres a 65 pacientes portadores de insuficiencia renal crónica. Con un promedio de 49 años de edad. La mayoría de sexo femenino. En todos se usó antibiótico profilaxis. El acceso fue con anestesia local mas sedación, y por laparotomía transversa para rectal derecha o izquierda sobre la línea del cinturón, sacando el catéter por contrabertura. El motivo de la elección de esta técnica ha correspondido al agotamiento del capital venoso en algunos casos, y en la mayoría de ellos por elección personal del paciente debido a la mayor libertad que otorga el método. **Resultados.** A la fecha han fallecido 8 pacientes por causas ajenas al procedimiento, 11 pacientes han presentado peritonitis como complicación de su peritoneo diálisis siendo necesaria la remoción del catéter en tres de ellos, 3 han presentado hernias que por la progresión del saco han debido repararse, un paciente fue necesario fijarle el dispositivo en forma laparoscópica, y a otro resecarle el delantal del epiplón por atrapamiento del dispositivo. Dos pacientes se han transplantado, y siete han vuelto a hemodiálisis en forma parcial o definitiva.

Conclusiones: No existieron complicaciones derivadas del acto quirúrgico mismo, el grado de dificultad de inserción, aumenta en casos de laparotomías previas y obesidad. Los dos casos que se debieron intervenir fueron secundarios, uno falla en el método de uso de la cicladora (resección de epiplón) y el otro por repetidos traumatismos (fijación).

CIRUGÍA DE VÁRICES EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS

Drs. J.C. Herrera*, C. Salas*, F. Ibáñez*, W. Bastias*, J.A. Parra*, F. Corvalan, R. Julio*, A. Cam*, H. Pizarro**.

*Servicio de Cirugía, Unidad de Cirugía Vascular, Hospital del Salvador. **Residente Cirugía Vascular, Universidad de Chile.

Introducción: La patología varicosa es de elevada incidencia en nuestro país. Hemos observado un cambio en el perfil demográfico de la población enfrentándonos con mayor frecuencia a pacientes de mayor edad y con mayor cantidad de patología concomitante. Lo anterior plantea una nueva problemática en el manejo quirúrgico de la enfermedad varicosa.

Objetivo: Conocer el perfil del paciente con patología varicosa mayor de 70 años y los resultados quirúrgicos respecto de la morbilidad perioperatoria de éstos.

Materiales y Métodos: Considerando la base de datos de la Unidad de Cirugía Vasculardel Hospital del Salvador, se realizó la revisión retrospectiva de las fichas clínicas de todos los pacientes de 70 años o más sometidos a cirugía de várices en el periodo contemplado entre el 01/06/2005 al 31/5/2008. Se analizaron los datos demográficos, estudios preoperatorios y morbilidad quirúrgica.

Resultados: Se operaron 71 pacientes, con una edad promedio de 74 años (70-86), todos presentaban várices CEAP IV, V, y IV, 74,6% eran mujeres. El 71,8% tenía HTA, 29,5% DM, 4.2% EAO leve, 15.5% 1. Renal Crónica y 4.2% Insuficiencia Cardíaca. El 7% fue a evaluación cardiológica. Se operaron 22% con termo ablación láser de la safena interna, 44% safenectomía interna más resección colaterales, 18% safenectomía externa más colaterales y 16% perforantes y colaterales. No hubo mortalidad en la serie estudiada. Morbilidad mayor, 1 caso (1,4%) TVP gemelar, Morbilidad menor: 7% infección de herida operatoria, 4,2% hematoma mínimo del trayecto, 4,2% lesión neurológica menor. Morbilidad de la serie 16,9%.

Conclusión: La morbilidad observada no dista mayormente a la publicada para la población general, siendo fundamentalmente morbilidad menor, de este modo podemos ofrecer una solución quirúrgica segura a este grupo etario que cada vez aumenta más en la población de nuestro país.

TRANSPOSICIÓN DE VENA BASILICA: RESULTADOS QUIRÚRGICOS Y SEGUIMIENTO DE LA TÉCNICA.

Drs. F. Corvalán*, S. Valenzuela*, F. Ibáñez*, J.A.Parra*, W. Bastías*, R. Julio*, A. Cam*, J.C. Herrera *, H. Pizarro* (Servicio de Cirugía, Unidad de Cirugía Vasculardel Hospital del Salvador.)

Introducción: La transposición de la vena Basílica (TB) es una técnica que ha sido impulsada en los últimos años con el objetivo de aprovechar el capital venoso previo a la necesidad del uso de prótesis.

Objetivo: Conocer los resultados quirúrgicos y la permeabilidad de las TB realizadas en los últimos 3 años en nuestro centro.

Materiales y Métodos: Se revisaron en forma retrospectiva las fichas clínicas todos los pacientes sometidos a TB en el Hospital del Salvador. Se analizaron los datos demográficos, los protocolos operatorios, la morbilidad de los pacientes y la permeabilidad del acceso en el periodo correspondiente entre el 1/7 /2005 al 31/7/2008.

Resultados: En el periodo estudiado se operaron con esta técnica 29 extremidades en 28 pacientes. El promedio de edad fue de 58 años y un 58,6 % de los pacientes eran de sexo masculino. Todos los pacientes se encontraban en hemodiálisis y todos presentaban fístula arterio-venosa previa de algún tipo. Todos los pacientes se estudiaron con ecodoppler. No hubo morbilidad asociada ni mortalidad en esta serie. En 7 extremidades se realizó TB en forma primaria y en 22 en forma secundaria. El 82.7% fue realizada en brazo y las restantes en antebrazo. El seguimiento promedio fue de 14,8 meses. Cuatro casos presentaron trombosis sin rescate del acceso (promedio de tiempo entre construcción del acceso y trombosis, 6,2 meses). Dos presentaron disfunción que

se reparó previo a la trombosis (ambos siguen permeables al fin de este seguimiento). De este modo el 86,2% de las TB se encontraban permeables al fin del seguimiento.

Conclusiones: La TB resulta una técnica atractiva en pacientes en los que han fracasado otros accesos para hemodiálisis. Es necesario continuar el seguimiento de estos pacientes para . determinar la permeabilidad de la TB a largo plazo.

COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA AMBULATORIA DE LOS ACCESOS VASCULARES PARA HEMODIÁLISIS
Dr. Reginald Rojas Nilo, Int. Andrés Rojas
(Servicio de Cirugía Hospital Puerto Montt, Universidad San Sebastián.)

Introducción: Tradicionalmente la construcción de un acceso vascular para hemodiálisis (AVH) requiere la hospitalización del paciente. **Objetivos:** comunicar los resultados y complicaciones de la cirugía ambulatoria de los AVH no protésicos en pacientes nefrópatas crónicos. **Material y métodos:** estudio retrospectivo por revisión de fichas clínicas que incluye 172 A VH en extremidades superiores, no protésicos, en 153 pacientes, realizados entre octubre del 2004 y marzo del 2008. Se excluyen accesos protésicos, hospitalizados, accesos en extremidades inferiores, reparaciones y tratamiento de complicaciones. Se usó un protocolo que incluyó evaluación clínica para determinar viabilidad y sitio del acceso, planificación quirúrgica post hemodiálisis, profilaxis antibiótica, anestesia local y observación por 2 horas previo al alta. Control ambulatorio a los 7 y 15 días.

Resultados: mayoría de los pacientes son de sexo masculino (59%) y la edad media de 55 años. La hipertensión y la diabetes fueron las comorbilidades más frecuentes. Más del 50%de los pacientes fueron derivados desde hospitales alejados (20 - 250 kms.). El acceso radiocefálico fue el más frecuente (68,6%). No hubo mortalidad operatoria. La trombosis aguda del acceso fue la complicación más frecuente (6,9%). Ocurrió sangramiento de herida operatoria en 3 pacientes mientras estaban en sala de recuperación. Infección de herida operatoria ocurrió en el 1,1 %. Ninguna de estas dos últimas complicaciones afectó la permeabilidad del acceso. Las complicaciones alejadas (14,6%) fueron similares a las comunicadas en la literatura.

Conclusión: confección ambulatoria de AVH no protésicos es un procedimiento de bajo riesgo incluso en pacientes derivados desde distancias alejadas pero necesita cuidadosa selección de los pacientes y adecuado manejo quirúrgico y de enfermería.

RECEPTORES HORMONALES Y ANATOMÍA PATOLÓGICA EN ENFERMEDAD. VARICOSA PRIMARIA

Drs. S. Venezian *, T. Contreras *, J.C. Silva *, R.González**, TMS R. Haro**, V. Maldonado**, F. Norero**

*Unidad de Cirugía Vasculardel Hospital IST Viña del Mar.

**Departamento de Anatomía Patológica Centromed Viña del Mar.

Introducción: La mayor frecuencia de enfermedad varicosa primaria en mujeres plantea un componente hormonal en su génesis. El presente estudio evalúa la presencia de receptores hormonales y su relación con la anatomía patológica en venas varicosas con indicación quirúrgica.

Material y Método: Se envía a estudio histopatológico e histoquímico 69 fragmentos venosos de 39 pacientes

sometidos consecutivamente a cirugía por várices primarias, previamente estudiados por ecodoppler.

Resultados: En todos los fragmentos estudiados se apreció alteraciones de la anatomía patológica siendo los hallazgos más frecuentes: lumen dilatado (71,7%), íntima engrosada (82,1 %), elástica interna disminuida (87,1 %), endotelio aplanado (41 %), elástica externa disminuida (41 %) y muscular adelgazada en (35,9%).

La determinación inmunohistoquímica utilizó reactivos para anticuerpos y kits de revelado para cromógeno. Los resultados obtenidos fueron evaluados según la intensidad alcanzada por la reacción (-,+,++,+++) Y la ubicación de ésta en el vaso (íntima, media, adventicia). Hubo presencia de receptores hormonales en todos los pacientes estudiados (tanto hombres como mujeres), siendo de mayor intensidad la presencia de receptores hormonales en las capas media e íntima. La información anterior se sometió a test para datos pareados encontrando con un nivel de confianza de 95% que la presencia de receptores de estrógeno es más intensa en la capa íntima y los de Progesterona en la media lo que corresponde a las capas con mayor daño a la anatomía patológica.

Conclusión: En base a los datos de nuestro estudio podemos suponer que la generación del daño de la pared venosa es mediado por hormonas esteroidales. El hecho de que la cantidad de receptores de estrógeno y Progesterona difieran según la capa venosa pudiese traducirse en mecanismos fisiopatológicos moleculares diferentes o una disrelación entre receptores-hormona que pudiese dañar la pared venosa. Creemos de importancia seguir esta línea de investigación que abre alternativas diagnósticas, pronósticas y terapéuticas.

RESULTADOS QUIRÚRGICOS DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL (AAA) ROTO.

F. Corvalán*, S. Valenzuela*, F. Ibáñez*, W. Bastías*, J.A. Parra*, R. Julio*, C. Salas*, A. Cam*, H. Pizarro**.
(Servicio de Cirugía, Unidad de Cirugía Vascular, Hospital del Salvador. **Residente Cirugía Vascular, Universidad de Chile.)

Introducción: El AAA roto es una patología con alta mortalidad y morbilidad. La mortalidad esta relacionada con el profundo estado de deterioro sistémico en que ingresan dichos pacientes debido al sangrado activo que presentan. Su tratamiento representa un desafío para el cirujano y todo el equipo médico.

Objetivo: Conocer los resultados quirúrgicos de todos los pacientes ingresados con diagnóstico de AAA roto al Hospital del Salvador en un período de 3 años.

Materiales y Métodos: Se revisaron en forma prospectiva todos los pacientes ingresados al Hospital del Salvador con diagnóstico de AAA roto. Se analizaron los datos demográficos de los paciente y morbi-mortalidad quirúrgica en un periodo correspondiente entre el 30/5/2005 al 31/5/2008.

Resultados: En el período estudiado se hospitalizaron 16 pacientes con AAA roto, con una edad promedio de 71,2 años (54- 85), 31,3% eran mujeres. Se operaron 13 pacientes (81 %), los tres restantes fueron declarados fuera del alcance quirúrgico. De los pacientes operados 7 presentaron complicaciones de las cuales 5 fueron de índole quirúrgica. La mortalidad de la serie completa fue 31% (5/16) Y la mortalidad de la serie quirúrgica fue 15,4%.

Conclusiones: Los resultados quirúrgicos obtenidos se caracterizan por su alta morbilidad y destacan por su baja mortalidad quirúrgica .

ANEURISMA AORTA ABDOMINAL (AAA), RESULTADOS PRECOCES Y ALEJADOS

Dr. F. Ibáñez*, S. Valenzuela*, J.A. Parra*, C. Salas*, W. Bastías*, F. Corvalán*, R. J. Pizarro*, A. Cam*, H. Pizarro**.

*Servicio de Cirugía, Unidad de Cirugía Vascular, Hospital del Salvador. **Residente Cirugía Vascular, Universidad de Chile.

Introducción: El AAA es una patología asintomática que puede complicarse con la ruptura con alta mortalidad, lo que se evitaría con su tratamiento electivo.

Objetivo: Conocer los resultados operatorios precoces y alejados del tratamiento electivo del AAA.

Materiales y Métodos: Se revisaron los datos de serie consecutiva de AAA sometidos a reparación quirúrgica abierta electiva en el Hospital del Salvador (enero 2003 a Diciembre 2007). Se revisaron fichas médicas, registro Fonasa y contacto telefónico

Resultados: El grupo total de AAA tratados correspondió a 101 pacientes, de los cuales 21 fueron endovascular, 22 de urgencia y 58 electivos. En estos la edad promedio fue 71 años, 7 mujeres y 51 hombres. 87% de ellos presentaba hipertensión, 51.6% tabaquismo, 22.58% dislipidemia, 16.12% EPOC, 12.9% Insuficiencia Renal Crónica 9.6% diabetes mellitus. La mortalidad quirúrgica fueron 2 casos (3.44%). El seguimiento fue del 100% (promedio: 27.6 meses), con 6 fallecidos, ninguno por causas relacionadas con AAA

Conclusiones: Los resultados inmediatos y tardíos de la reparación quirúrgica de AAA electivo en el hospital del Salvador presentan resultados satisfactorios y similares a lo reportado en la literatura internacional.

MANEJO ENDOVASCULAR DE LA DISECCIÓN AÓRTICA TIPO B

Drs. F. Ibáñez* **, V. Bianchi* , J. A. Parra**, J. Seitz* , C. Salas** , F. Corvalán**, W. Bastías** , J. Pizarro** , A. Cam**, R. Julio** J. C. Herrera**
(Clínica Alemana* Hospital Salvador**)

Introducción: La disección aórtica Tipo B es aquella que compromete la pared de la aorta distal a la emergencia de la arteria subclavia izquierda. Este cuadro se presenta con dolor torácico y su manejo es médico estando reservado el tratamiento quirúrgico para casos que presentan complicaciones. La cirugía convencional tiene pobres resultados de morbi-mortalidad, por lo que la opción endovascular aparece como una alternativa atractiva de tratamiento.

Material y método: Se describen las características demográficas y clínicas de una serie consecutiva de 9 pacientes portadores de disección tipo B tratados con endoprótesis aórtica en un período desde agosto 2006 a julio 2008, las indicaciones, estudio complementario y la técnica realizada.

Resultados: En todos los casos se logró realizar la inserción de la endoprótesis exitosamente, con control de la disección y del cuadro clínico. Se realizaron procedimientos fundamentalmente angioplastia y stent renal. No hubo mortalidad en la serie como tampoco complicaciones derivadas del procedimiento

Conclusión: La cirugía endovascular aparece como una excelente alternativa en el manejo de los pacientes portadores de disección tipo B con indicación quirúrgica.

STENTING RENAL EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA AORTA ABDOMINAL.

Drs. L. Mariné, R. Mertens, .F. Valdés, A. Krämer, M. Bergoeing, EUs. J. Vergara, C. Carvajal y D. Rivera*
Departamento de Cirugía Vascular y Endovascular
Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile,
Instituto Vascular de Santiago.

La asociación de estenosis renal severa y aneurisma de la aorta abdominal (AAA) es poco frecuente y constituye indicación de reparación simultánea. A su vez, el tratamiento endovascular del AAA (EVAR) puede generar tensiones y desfigurar el ostium de arteria(s) renal(es) o cubrir parcialmente uno o ambos ostia renales.

Objetivo: Reportar nuestra experiencia con cirugía endovascular de aorta y renales.

Material y método: Revisamos nuestra base de datos identificando los pacientes tratados con EVAR y stent renal, consignando datos demográficos, clínicos, detalles del tratamiento efectuado y sus resultados. Estudio retrospectivo.

Resultados: Entre las 167 EVAR efectuadas a partir de 1997, se trataron 12 arterias renales en 9 pacientes (5.4%): 8. simultáneamente, 4 durante el seguimiento. Todos salvo una eran hombres, con edad promedio 71.1 años (58-83). Todos eran hipertensos y dos presentaban daño renal crónico. La indicación de tratamiento fue: estenosis renal >70% asociada a AAA (5), cambio de conformación aortica post-EVAR y estenosis secundaria (2), permeabilización renal en disección aortica y AAA (1), y evolución, a estenosis >70% en el seguimiento (4 casos). Previa confirmación angiográfica, implantamos exitosamente (100%) stent balón-expansible en todos (1 cubierto). No hubo alza de creatinina al alta. El seguimiento promedio fue 7 meses (1-23); un paciente fallece dentro del mes por infarto miocárdico, otro requiere nefrectomía por cáncer y un paciente con daño renal crónico antiguo cae en hemodiálisis a 7 meses de la intervención a pesar de la revascularización exitosa.

Conclusión: La estenosis renal concomitante con AAA o secundada a EVAR es de baja incidencia y puede ser tratada exitosamente con cirugía endovascular. El seguimiento normado, clínico y con imágenes, permite detección precoz de estenosis renal post-operatoria. Debe evaluarse a largo plazo si stents de fijación suprarenal inducen estenosis renal con mayor frecuencia.

ANEURISMA ILIACO SOLITARIO TRATADO EN FORMA ENDOVASCULAR: 2 casos

Drs. J. Marin P, R. Olguin L, F. Ibañez C.
(Hospital Militar de Santiago)

Resumen: Los aneurismas solitarios de la arteria iliaca son raros y difíciles de diagnosticar. Sin embargo su diagnóstico precoz es esencial para evitar la ruptura que puede alcanzar hasta una incidencia de 50%, con una mortalidad entre 50 y 70% Y cuando se tratan en forma electiva ésta alcanza entre un 7% y un 11 %. Durante muchos años la cirugía abierta ha sido la terapia de elección. Desde la década de los noventa se introduce la terapia endovascular con la creación de varios tipos de endoprótesis. De allí que el objetivo de esta presentación es reportar dos casos en pacientes de 53 y 78 años, tratados mediante la vía endovascular, en donde se utilizaron dos ramas contralaterales de Excluder® en un pa-

ciente y en el segundo se usaron dos prótesis Zenith (r). En ambos se ocluyeron la arteria hipogástrica mediante coils en uno y un Amplatzer Plug en el otro, con post-operatorio sin incidentes y con control al segundo mes, mostrando exclusión de ambos aneurismas. La cirugía convencional del aneurisma iliaco solitario tiene una morbilidad no despreciable cercana al 30%, tales como la isquemia de la extremidad, hemorragia, lesión de uréter, infección y falla renal en el postoperatorio precoz, y en forma tardía amputación, infección de prótesis, aneurismas anastomóticos y recurrencia de éste. La cirugía endovascular con nuevos diseños protésicos ofrece una buena alternativa de tratamiento con baja morbimortalidad y buenos resultados a largo plazo. La terapia endovascular representa una excelente alternativa en el tratamiento del aneurisma solitario de arteria iliaca.

ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL ASOCIADO A RIÑONES EN HERRADURA: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

J. Marín P., R. Olguín L. y F. Ibañez C. *

(Departamento de Enfermedades Cardiovasculares
Hospital Militar Hospital Salvador*)

Introducción: La asociación de aneurisma de aorta abdominal y riñones en herradura es poco frecuente. Durante años la cirugía convencional ha sido el único tratamiento destinado a reemplazar el segmento aneurismático mediante la colocación de una prótesis vascular. Sin embargo, dado sus anomalías vasculares especialmente arteriales, de la vía urinaria y la presencia de un istmo con mucho parénquima renal, su tratamiento reviste gran dificultad y por consiguiente su morbimortalidad es más alta en comparación con la cirugía del aneurisma aórtico. En la actualidad, el tratamiento endovascular del aneurisma aórtico se considera la técnica de elección para su resolución. El objetivo de esta presentación es reportar un caso de aneurisma de aorta abdominal asociado a riñones en herradura tratado mediante técnica endovascular.

Material y método: Se trata de un paciente de 57 años con antecedentes de Prostatectomía radical y radioterapia pélvica por Ca de próstata de cinco años atrás y libre de enfermedad que consulta por aneurisma aórtico de 5 cm de diámetro asintomático. El Angiotac revela una gran cantidad de parénquima funcionante en relación al istmo y la angiografía demostró por lo menos dos arterias accesorias de 0.5 cm de diámetro que nacían del aneurisma y alimentaban esta estructura. Se opera bajo anestesia regional y se coloca endoprótesis del tipo Zenith (Cook)[®]

Resultado: Evolución sin mayores incidentes con control seriado que revela exclusión del aneurisma y creatininemias seriadas normales. Último control a los 9 meses revela disminución de tamaño del aneurisma y atrofia del istmo renal.

Conclusión: El tratamiento del aneurisma de aorta abdominal asociado a riñones en herradura era hasta hace pocos años la cirugía vascular convencional, siendo el acceso retroperitoneal la vía de elección, la que permitía no dañar la vía urinaria, respetar el istmo renal y reimplantar las arterias renales accesorias. Tras el primer tratamiento del aneurisma aórtico mediante la colocación de endoprótesis han aparecido numerosas publicaciones tratando esta compleja patología con buenos resultados planteándose esta vía como el tratamiento de elección, lo cual con nuestro caso clínico sólo estamos contribuyendo a corroborar estos buenos resultados.

ANEURISMA DE LA ARTERIA RENAL.

TRATAMIENTO DE 12 LESIONES.

Drs F. Valdés, A. Krámer, R Mertens, L. Mariné y M. Bergoeing, EU D. Rivera.

(Dpto. de Cirugía Vascul y Endovascular.

Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Instituto Vascul de Santiago.)

El aneurisma renal (AR) se presenta en 1,0% de las angiografías renales. Se asocia a hipertensión arterial y puede desarrollar trombosis y embolización intrarenal. Su complicación mas temida, aunque infrecuente, es la ruptura.

Objetivo: Reportar nuestra experiencia en el manejo del AR.

Material y Método: Revisamos nuestra base de datos identificando los pacientes tratados por AR, consignando datos demográficos, clínicos, detalles del tratamiento efectuado y sus resultados. Estudio retrospectivo.

Resultados: De 217 operaciones sobre la arteria renal efectuadas entre 1982 y 2008, doce (5,5%) fueron por AR: 7 mujeres (58,3%) y 5 hombres (41,7%) de edad promedio 50,2 Mas (29-70). En 11 pacientes el aneurisma era unilateral (8 derechos, 3 izquierdos) y en uno bilateral y multiloculado. El 83% era hipertenso y todos tenían función renal normal. Dos presentaban otros aneurismas viscerales concomitantes. El diámetro promedio del AR fue 31,3 mm (12-100) y en 10 se confirmó displasia fibrosa como etiología. El tratamiento dependió de la morfología, tamaño, localización y asociación de estenosis arterial en cada caso. En 6 pacientes (50%) efectuamos puente aorta-renal, en 3 (25%) resección del aneurisma mas plastía arterial con parche, y anastomosis arterial espleno-renal, embolización selectiva y nefrectomía en un caso respectivamente (8,3% c/u). En los 10 casos sometidos a reconstrucción arterial, esta se efectuó in-situ con ísquemia hipotérmica (13-80 minutos) mediante infusión directa de solución de preservación fría. Se obtuvo imágenes angiográficas de control post operatorio de las reconstrucciones. Un paciente presentó oclusión del puen-

te arterial a los 6 años. No hubo deterioro de función renal. El seguimiento promedio fue 9 años (7 meses -26 años).

Conclusion: El AR es una patología infrecuente. Salvo lesiones hiliares de alta complejidad, la reparación directa permite evitar complicaciones del aneurisma preservando el riñón. La cirugía endovascular permite tratar en forma minimamente invasiva lesiones seculares seleccionadas.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA ESTENOSIS DE LA BIFURCACIÓN CAROTÍDEA

Drs. F. Ibañez* **, J. A. Parra**, V. Bianchi* , J. Seitz* , C. Salas**, F Corvalán**, W. Bastías** ,I. Pizarro**, A. Cam**, R. Julio** J. C. Herrera**
(Clínica Alemana* Hospital Salvador**)

Introducción: La estenosis de la bifurcación carotídea es una causa frecuente de accidentes vasculares cerebrales isquémicos y su principal etiología es la enfermedad aterosclerótica. Su manejo es básicamente médico y su indicación quirúrgica (endarterectomía carotídea) está bien definida. Recientemente se ha introducido el tratamiento endovascular como alternativa menos invasiva y de menor riesgo.

Material y método: Se presenta una serie de 17 pacientes consecutivos portadores de estenosis carotídea tratadas con angioplastia y stent desde Julio 2005 a diciembre 2007. Se describen sus características demográficas, clínicas y procedimiento realizado.

Resultado: Se indica la angioplastia en 17 pacientes y se logra realizar el procedimiento en 16 de ellos, siendo el otro intervenido quirúrgicamente. No hubo mortalidad en la serie y sólo una crisis de déficit neurológico transitorio en un paciente. En el seguimiento no se detectaron reestenosis

Conclusiones: La cirugía endovascular es una alternativa terapéutica con buenos resultados para el tratamiento de la estenosis carotídea especialmente en pacientes de alto riesgo.

ALTA INCIDENCIA DE CÁNCER COLORRECTAL EN LA POBLACIÓN NAVAL DE LA REGIÓN DE VALPARAÍSO.

Drs. G. Duarte⁽¹⁾, M. Marchant⁽¹⁾, D. Rivera⁽¹⁾, J. Suárez⁽¹⁾⁽²⁾

⁽¹⁾ Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso.

⁽²⁾ Hospital Naval Almirante Nef.

Introducción: A nivel mundial el Cáncer Colorrectal (CCR) constituye la cuarta causa de muerte por neoplasias. En Chile existen escasos estudios referentes a la incidencia de cáncer. El objetivo de este estudio es medir la incidencia del CCR en la Población Naval de la Región de Valparaíso (PNV), durante la década 1997-2006. Se plantea como hipótesis que el CCR tiene una alta incidencia, y que ella ha aumentado durante el periodo. **Material y método:** Los casos fueron obtenidos de los informes de biopsia positivos para CCR, registrados en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Naval Almirante Nef. Las tasas de incidencia del CCR fueron calculadas por edad y sexo. Luego fueron ajustadas a la población chilena, para compararlas con las encontradas en otros estudios nacionales. **Resultados:** Se comprobó una incidencia global de 32/100.000 habitantes, en la década, sin constatar un aumento significativo durante dicho periodo. La tasa global ajustada, para el periodo, fue 28,9/100.000 para la PNV y sólo 14.3/100.000 para la población de Valdivia. Hubo una tasa significativamente mayor en el sexo femenino: 35/100.000 $p < 0,005$. **Conclusiones:** La incidencia del CCR en la PNV es mucho mayor que la constatada en otras poblaciones chilenas. Lo anterior es un argumento a favor de la política de tamizaje emprendida por la Institución. La incidencia real de CCR en Chile puede estar subestimada por las tasas de mortalidad, que se basan en Certificados de Defunción.

PROTOCOLO DE SIGMOIDECTOMIA LAPAROSCÓPICA POR ENFERMEDAD DIVERTICULAR

Drs. R. Avendaño, C. Banse, J. Díaz, A. Venturelli, A. Murua, C. Kuschel, C. Cárcamo.
(Universidad Austral de Chile, Hospital Regional Valdivia, Clínica Alemana de Valdivia.)

Introducción: Desde su aparición en 1991, la cirugía laparoscópica de colon se ha ido posicionando cada vez con más fuerza a nivel mundial. En Chile aún son pocas las experiencias publicadas en esta línea.

Objetivo: Evaluación de protocolo prospectivo de resección laparoscópica de sigmoides por enfermedad diverticular realizado por un equipo de provincia.

Material y método: Se revisa una ficha especialmente confeccionada y completada en forma prospectiva de los pacientes operados en la que se incluyen los pacientes operados entre el Mayo del 2005 y el

Junio del 2008.

Resultados: En este período se operaron un total de 26 pacientes (9 mujeres y 17 hombres) por enfermedad diverticular del colon sigmoides. Las edades fluctuaron entre los 22 a los 71 años. El promedio de hospitalización postoperatorio fue de 3,8 días. En veinte pacientes se observó eliminación de gas por vía anal al día siguiente de la cirugía. Tres pacientes desarrollaron un seroma de la mini laparotomía suprapúbica que se manejó en forma ambulatoria. Un paciente debió ser rehospitalizado una semana después del alta por rectorragia, que se trató médicamente. En un paciente se identificó filtración de la anastomosis colo rectal durante el intraoperatorio, y fue resuelta reforzando la anastomosis a través de la mini laparotomía suprapúbica. Ningún paciente requirió una reoperación. No hemos observado hernias de los sitios de entrada de los trocares. No tuvimos conversiones ni mortalidad operatoria.

Conclusión: Nuestros resultados preliminares muestran que la resección laparoscópica de sigmoides por enfermedad diverticular ha resultado ser un método seguro para nuestros pacientes, logrando una corta estadía hospitalaria, un bajo número de complicaciones, sin conversiones ni mortalidad operatoria.

RESULTADOS QUIRÚRGICOS Y FUNCIONALES DE LA ESFINTEROPLASTÍA EN PACIENTES PORTADORES DE INCONTINENCIA ANAL.

Drs. P. Medina, F. López, C. Wainstein, J. Larach, A. Larach, C. Heine.

(Unidad de Coloproctología. Clínica Las Condes. Santiago, Chile)

La incontinencia anal (IA) ocurre aproximadamente en el 2% de los adultos. Es un problema que afecta en forma importante la calidad de vida y la autoestima de los pacientes. La esfinteroplastia anal (EA) es una alternativa de tratamiento de baja morbilidad pero con resultados funcionales variables. Desde la introducción de la endosonografía anal, los resultados son más homogéneos con tasas de éxito que llegarían al 80%. El objetivo es analizar los resultados quirúrgicos y funcionales de los pacientes sometidos a una esfinteroplastia anal.

Método: Se revisa una base de datos prospectiva de pacientes sometidos a una EA por incontinencia anal desde el año 2000 hasta la fecha. Todos los pacientes fueron estudiados con endosonografía anal.

Resultados: Esta serie incluye un total de 40 pacientes con una edad promedio de 55 años (15 - 76), 37 de ellos son mujeres (93%) y todas tenían el antecedente de al menos un parto vaginal (multiparidad en el 82%). En 19 pacientes (46%) se encontró el antecedente de cirugía perineal previa. Seis (15%) tienen una o más esfinte-

roplastías previas. En 38 (95%) pacientes se realizó una esfinteroplastia anterior y en solo dos casos la EA fue posterior. Una o más complicaciones se presentó en 5 pacientes (13%) y en ninguno de ellos fue necesario practicar una colostomía asociada a la EA. La escala de Wexner preoperatoria promedio fue de 15 (i: 6 a 15). En un seguimiento promedio de 49 meses (i: 1 - 83) la evaluación con escala de Wexner fue de 3 (i: 0-13). Solo cuatro pacientes tienen un Wexner postoperatorio mayor o igual a 5.

Conclusiones: La esfinteroplastia anal es una opción quirúrgica efectiva y segura en pacientes seleccionados.

COLOCLISIS POR TAC: UN NUEVO EXAMEN PARA LA EVALUACION DE LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR

Drs. F. Bellolio¹, C. Soto¹, A. O'Brien², G. Pineda¹, ME. Molina¹, A. Zúñiga¹.

¹Unidad de Coloproctología, Departamento de Cirugía Digestiva, Departamento de Radiología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: La colonoscopia y el enema baritado se utilizan habitualmente para la evaluación de los pacientes con enfermedad diverticular (ED). La mejoría en las técnicas de imagen ha permitido desarrollar la coloclisis por TAC (C- TAC), la cual se realiza administrando previa preparación de colon, 2 litros de agua por vía rectal y luego una TAC de abdomen y pelvis con contraste endovenoso. Esto permite la evaluación tanto del colon como del resto de las estructuras abdominales.

Objetivo: Evaluar los hallazgos de la C-TAC en ED y compararlos con la colonoscopia.

Hipótesis: La C-TAC permite una evaluación similar de la ED comparándolo con el estudio endoscópico.

Pacientes y Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo. Se identifican los informes de C-TAC en el período Octubre 2005 hasta Junio de 2008. En los pacientes que se disponga, se compara con colonoscopias realizadas en una fecha cercana.

Resultados: En este período se identifican 103 informes de C-TAC en 101 pacientes. De éstos, se obtuvo 47 informes de colonoscopia, de los cuales 32(68%) se solicitaron por sospecha o control de ED. En este grupo la C-TAC informa en el 100% presencia de divertículos, mientras que la colonoscopia los informó en el 94%. Además, la C-TAC muestra una mayor extensión de la ED en el 54.2% de los casos. No hubo diferencias en la identificación de pólipos sobre 5 mm. Entre los 15 casos restantes hubo dos casos de estenosis sigmoidea infranqueable en que la C- TAC demostró carcinomatosis peritoneal como causa de la estenosis en uno y un cáncer del colon derecho como hallazgo en el otro.

Conclusión: La C-TAC demuestra un rendimiento similar a la colonoscopia en el estudio de la ED, con las ventajas de la visualización de la cavidad abdominal. En ausencia de una indicación de colonoscopia, la C-TAC es útil como examen único en la evaluación de la ED.

DIVERTICULITIS AGUDA EN MENORES DE 50 AÑOS. MANEJO Y SEGUIMIENTO A MÁS DE 36 MESES.

Drs. Leonardo Espíndola S, Antonella Sanguinetti*, Katya Carrillo*, Juan Ignacio Vergara B, Andrés Larach K, Andrés Marín G.

Unidad de Coloproctología. Hospital Militar de Santiago.

*Internas Universidad De Los Andes.

Resumen: La prevalencia de diverticulosis ha aumentado en Occidente en parte por el envejecimiento de la población, afectando entre 5-10% bajo los 40 años y 10 - 30% bajo los 50 años. El tratamiento óptimo de la diverticulitis aguda en los pacientes jóvenes < de 50 años) ha sido ampliamente debatido en la literatura ya que algunos sostienen que son más propensos a recurrencia y complicaciones. Estudios multicéntricos han cuestionado lo anterior y la evolución de la enfermedad es similar a los pacientes de mayor edad.

El objetivo de este trabajo es determinar el pronóstico de los pacientes jóvenes menores de 50 años con diverticulitis aguda.

Materiales y método: Se revisaron los datos de todos los pacientes ingresados al hospital con el diagnóstico de diverticulitis aguda entre 2000 al 2005. Todos los enfermos tenían el diagnóstico confirmado por scanner. Se revisaron los antecedentes de todos los pacientes menores de 50 años, evaluando su presentación clínica, características demográficas, cirugía y seguimiento de los no operados por un tiempo mayor a los 36 meses.

Resultados: Durante el lapso de tiempo estudiado ingresaron 323 pacientes con el diagnóstico diverticulitis aguda de los cuales 37 pacientes (11%) son menores de 50 años. El 22% eran menores de 40 años y edad promedio 44 ± 6,7 años con rango de 24 a 49 años. El 27% fueron mujeres y el 73% fueron hombres. El segmento comprometido más frecuente fue el sigmoidees en el 95% de los casos. Se operaron 12 pacientes (32%), tres en forma urgente y 9 en forma electiva. No se operaron 25 pacientes (68%). Los operados de urgencia lo hicieron por una peritonitis difusa realizándose un Hartmann y dos anastomosis primaria. En cambio la indicación de cirugía electiva fue por un episodio en dos pacientes, los primeros de la serie, y los otros siete después de 2 episodios de diverticulitis no complicada siguiendo las recomendaciones de las guías clínicas de la Sociedad Americana e Inglesa de Cirugía Colorrectal. Hay que mencionar que estos últimos pacientes cuando ingresaron lo hicieron con su segundo episodio. Los no operados, que son 25 pacientes, se han seguido por un periodo de tiempo de 3 años a 5 años. De estos pacientes 4 han presentado un nuevo episodio de diverticulitis aguda(16%) generalmente dentro de los primeros doce meses de seguimiento que se manejaron médicamente, siendo operados en forma electiva(Sigmoidectomía) dos pacientes. El resto de los enfermos (84%) se mantienen asintomáticos.

Conclusiones: El seguimiento a largo plazo no muestra una mayor recurrencia y no es más agresiva, presentándose generalmente dentro del primer año. La diverticulitis Aguda en pacientes menores de 50 años no es más agresiva y en la mayoría de las veces no requieren cirugía de urgencia, por lo que deberían ser tratados según los mismos criterios que los pacientes más viejos.

ESTUDIO PROSPECTIVO DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE RECTO.

Drs. M.E. Molina¹, A.J. Zarate¹, G. Pineda¹, F. Bellolio¹, F. Lopez², D. Van Borries¹, C. Bravo¹, E. Falloux¹, E. Norero, X. Meneses¹, E. Pinto², A. Zúñiga¹.

¹Unidad de Coloproctología. Departamento de Cirugía Digestiva. Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile.

²Unidad de Coloproctología. Clínica las Condes.

Introducción: En el tratamiento de los pacientes con cáncer de recto (CR), la cirugía tiene un rol fundamental y cada vez hay mayor interés por conservar el aparato esfinteriano con lo cual se podría ver deteriorada la calidad de vida (CV).

Objetivo: evaluar la CV de los pacientes operados por CR y buscar factores que se asocien a un peor resultado.

Material y método: Se incluyen prospectivamente pacientes operados por CR con intención curativa, entre el 2002 al 2006. A cada paciente se le registraron datos clínicos, demográficos y quirúrgicos. La calidad de vida se evaluó mediante EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-CR38; la continencia mediante la escala de Wexner. Estas evaluaciones se realizaron previas a la cirugía y a los 12 meses de seguimiento. Se correlacionó los datos clínicos y el tipo de cirugía con los resultados de la calidad de vida.

Resultados: Se evalúan 84 pacientes. 36 pacientes fueron mujeres y la edad promedio fue 61,1 años (i: 28-85). 52 pacientes presentaron un CR tercio inferior. Se realizaron 12 Operaciones de Miles (OM). Al comparar la CV global y específica por CR previo a la cirugía y a los 12 meses del postoperatorio no se observa una diferencia significativa ($p=0,09$ y $p=0,1$ respectivamente). Sin embargo, existe una diferencia significativa en relación a la escala de Wexner, la cual empeora significativamente en pacientes sometidos a RAUBIE (pre: 7,3 vs post: 11,9; $p=0,01$). En el seguimiento a 12 meses, la función miccional en pacientes sometidos a OM y RAUBIE disminuye respecto a los sometidos a resección anterior baja, sin alcanzar significación estadística ($p=0,06$ y $p=0,07$, respectivamente).

Conclusión: En el seguimiento a 12 meses, la calidad de vida general no disminuye significativamente. Sin embargo, tanto la función evacuatoria, como la miccional parecen afectarse, especialmente en pacientes sometidos a cirugías del tercio inferior del recto.

IDENTIFICACIÓN DE MUTACIONES EN LA LÍNEA GERMINAL DEL GEN MYH EN PACIENTES CON SÍNDROMES POLIPÓSICOS DEL COLON

Drs. ¹F. López K., ¹K. Álvarez, ¹M. De la Fuente, ¹E. Pinto, ¹U. Kronberg, ¹C. Heine, ¹A.M. Wielandt, ^{1,2}P. Orellana, ²P. Carvallo.

¹ Unidad de Coloproctología. Laboratorio de Oncología y Genética Molecular, Clínica las Condes. Santiago, Chile.

² Laboratorio de Genética Molecular Humana, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Los pacientes con múltiples pólipos colorrectales pueden corresponder a las variantes hereditarias: Poliposis adenomatosa familiar ó Poliposis adenomatosa derivada de MYH, cuyas mutaciones en la línea germinal se encuentran en los genes APC y MYH, respectivamente. Los pacientes con múltiples pólipos del colon que portan mutaciones en el gen MYH se caracterizan por presentar un número variable de adenomas colorrectales (10 a 100), desarrollo de cáncer colorrectal cerca de los 50 años y ausencia de historia familiar de poliposis. Las mutaciones

en el gen MYH han sido encontradas de forma homocigota o heterocigota, siendo las más frecuentes Y165C y G382D (en población caucásica). La estrategia de estudio genético en estos pacientes comienza con la búsqueda de mutaciones en el gen APC y se continúa con las mutaciones en el gen MYH. No existen reportes de mutaciones en la línea germinal del gen MYH en población sudamericana. El objetivo de este trabajo es identificar mutaciones en la línea germinal del gen MYH en pacientes con múltiples pólipos colorrectales, a los cuales no se identificó mutación en el gen APC.

Métodos: Se seleccionaron 11 pacientes con múltiples pólipos (entre 10 y 100), correspondientes a 11 familias, cuyo estudio genético del gen APC no reveló mutación. Para el estudio genético del gen MYH se amplificaron por PCR todos los exones de este gen, los cuales fueron analizados por la técnica de conformómeros de hebra simple y secuenciación de DNA.

Resultados: Se detectaron cuatro pacientes portadores de mutación en el gen MYH. En un sólo paciente encontramos una mutación en forma homocigota, los pacientes 2, 3 y 4 presentaron mutaciones heterocigotas. Una de estas mutaciones no ha sido descrita previamente en estudios realizados en otras poblaciones afectadas. Por otra parte, las mutaciones descritas en población caucásica, Y165C y G382D, no fueron encontradas en nuestra población.

Conclusiones: Este análisis revela la presencia de mutaciones en la línea germinal del gen MYH en el 36% (4/11) de los pacientes con múltiples pólipos colorrectales en quienes no se encontró una mutación del gen APC.

INCIDENCIA DE CÁNCER EN PACIENTES TRATADOS DE URGENCIA POR DIVERTICULITIS AGUDA

Drs. Jorge Andres Larach K¹., Katya Carrillo G², Antonella Sanguinetti M.², Leonardo Espindola S.¹, Juan Ignacio Vergara B.¹, Andrés Marín G¹.

(1) Servicio de Cirugía, Hospital Militar de Santiago.

(2) Internas Medicina Universidad de Los Andes.

Hospital Militar de Santiago, Universidad de Los Andes.

Introducción: La Diverticulitis Aguda es una enfermedad prevalente en occidente. Si bien la mayoría de estos enfermos responde a tratamiento médico, un grupo de pacientes debutan con una enfermedad complicada o evoluciona de manera insatisfactoria, requiriendo cirugía de urgencia, sin posibilidad de estudio completo preoperatorio. Existe un pequeño grupo de pacientes portadores de Cáncer de Colon que debutan clínicamente con un cuadro clínico similar.

Objetivo: Determinar la frecuencia de Cáncer de Colon en población que requiere cirugía de urgencia por diagnóstico inicial de Diverticulitis Aguda.

Métodos: Se revisaron de manera retrospectiva los registros de todos los pacientes ingresados con diagnóstico inicial de Diverticulitis, desde enero del 2000 a junio de 2008.

Resultados: En el periodo estudiado se hospitalizaron 446 pacientes por Diverticulitis Aguda. De estos, 346 pacientes se trataron medicamente con buena respuesta. La colonoscopia posterior no demostró cancer en ellos. 79 pacientes fueron operados de manera electiva. Solo 1 de ellos (1.26%) presentó un adenocarcinoma en la biopsia definitiva (estudiado con enema baritado,

informado normal). Los 21 pacientes restantes requirieron cirugía de urgencia por Perforación, Abscesos no drenables por otro método o falla del tratamiento médico. En este grupo se encontraron 4 pacientes (19%) con un adenocarcinoma de colon como causa de su complicación. De estos pacientes, en 3 se indicó cirugía por diverticulitis complicada y 1 se operó por fracaso del tratamiento médico.

Conclusión: La ausencia de estudios preoperatorios que descarten definitivamente patología neoplásica en los pacientes que requieren cirugía de urgencia por diverticulitis aguda, obliga a realizar procedimientos oncológicos, dada la frecuencia de adenocarcinomas que se confunden clínicamente con diverticulitis complicadas.

MANEJO QUIRÚRGICO DE LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON EN MENORES DE 40 AÑOS.

Drs. M. Díaz, F. Saelzer, J. Hola, M. Abedrapo, R. Garrido, G.Soto, G. Bocic, R. Azolas.
Equipo de Coloproctología, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Introducción: La enfermedad diverticular del colon en una condición frecuente con prevalencias de 95% a los 70 años. Se estima que solo 2-5% corresponden a pacientes menores de 40 años, grupo en el cuál la enfermedad se ha estimado de mayor gravedad y estaría asociada a una mayor morbilidad y tasas de recurrencias.

Objetivo: Evaluar el manejo quirúrgico de pacientes menores de 40 años con enfermedad diverticular del colon (EDC) en la Unidad de Coloproctología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Materiales y Métodos: Análisis descriptivo, retrospectivo de todos los pacientes menores de 40 años con EDC operados en el Departamento de Cirugía del Hospital Clínico de la Universidad de Chile durante Enero del 2002 a Junio 2008.

Resultados: La serie está compuesta de 23 pacientes (20 hombres/3 mujeres), lo que corresponde a un 19.6% (23/117), del total de pacientes operados por EDC. La edad promedio fue 34.7 años. En este grupo el 65.2% fue estudiado con tomografía computada, 73.9% con enema baritado. La ubicación más frecuente en colon sigmoides (73.9%), pandiverticulosis (21.7%) y colon ascendente (4.3%). La perforación fue la complicación más frecuente 8.6%. El 56.5% de los pacientes fueron intervenidos luego del primer (episodio. En 19 pacientes se realizó sigmoidectomía (57.8% realizadas por video laparoscopia) y en 22 casos (-7,6%) se realizó anastomosis mecánica termino - terminal. Un caso requirió de operación de Hartmann. Existe un 4,4% de complicaciones. No hubo mortalidad. Promedio de hospitalización fue 6.7 días.

Conclusiones: La EDC en el paciente menor de 40 años esta asociado a una mayor incidencia de intervenciones de urgencia en comparación a aquellos mayores de 40 años en nuestra serie. La resección del segmento comprometido mas anastomosis primaria es IID procedimiento seguro tanto en forma electiva como de urgencia. Existe una baja morbilidad y no se describe en esta serie mortalidad.

MARSUPIALIZACIÓN EN LA ENFERMEDAD PILONIDAL SACROCOCCÍGEA. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE.

Drs. J. Hola, D. Espinola, M. Abedrapo, R. Garrido R. Azolas, G. Bocic, G. Soto, L. Aguilera, F. Reinares.
(Equipo de Coloproctología, Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago).

Introducción: La elección de la técnica quirúrgica para la enfermedad pilonidal sacrococcígea plantea múltiples opciones, ninguna es perfecta en lograr el adecuado tratamiento de la patología, actualmente aun hay controversia en cuál es la mejor técnica.

Objetivo: Dar a conocer nuestros resultados con la técnica de marsupialización en la enfermedad pilonidal sacrococcígea.

Pacientes y Método: Estudio retrospectivo descriptivo en el periodo comprendido del 01/01/2002 al 31/12/2007, operados por el equipo de coloproctología del Departamento de Cirugía del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Resultados: Fueron tratados 185 casos de enfermedad pilonidal sacrococcígea, realizándose marsupialización en 150 casos. 73 hombres y 77 mujeres. Edad promedio 24 años. Motivo de consulta más frecuente dolor en 73% y aumento de volumen en 55 %. Al momento del diagnóstico el tiempo promedio de evolución de la enfermedad fue de 14 meses. Se clasificaron como quistes simples 85 casos, crónico fistulizado en 45 casos y abscedados en 20 casos. El tiempo promedio de hospitalización fue de 1 día. Complicaciones post operatorias, sangrado del sitio operatorio en 2 casos, infección del sitio operatorio en 7 casos y dehiscencia de la sutura en 15 casos. La epitilización completa se logró en promedio a los 32 días. El reintegro laboral fue en promedio a los 21 días. Se logró un seguimiento de 1 año en 135 casos y más de 2 años en 128 casos. La recurrencia fue de un 2,6% (4 casos).

Discusión: El tratamiento de la enfermedad pilonidal sacrococcígea mediante la marsupialización del quiste, es segura, con baja morbilidad y presenta una recurrencia baja.

NUEVA CREMA TÓPICA (ALUMINIO-ZINC) PARA EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA FECAL. ESTUDIO PROSPECTIVO DOBLE CIEGO RANDOMIZADO. RESULTADOS PRELIMINARES.

Drs. G. Pinedo, A.J. Zárate, O. Molina, M. Molina, F.Bellolio, X. Meneses, C. Bravo, E. Falloux, A. Zúñiga.
Proyecto de la División de Cirugía Ue.
Unidad de Coloproctología. Departamento de Cirugía Digestiva.
División de Cirugía. Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La incontinencia fecal (IF) afecta entre el 1 al 5% de la población general, provocando pérdida de la auto estima y elevados costos. El tratamiento puede ser médico y / o quirúrgico. Objetivo: Analizar la utilidad de una nueva crema en base a aluminio/zinc para pacientes con IF. Hipótesis: La nueva crema provoca una disminución de síntomas de la IF.

Material y método: Protocolo prospectivo, doble ciego, randomizado, autorizado por el comité de ética, ideado para enrolar 50 pacientes. Inclusión de pacientes

con IF, previa evaluación clínica y endosonográfica, mayores de 18 años, score de Wexner mayor a 7 puntos, daño esfinteriano menor de 50% (endosonográfico). Se randomizaron computacionalmente los pacientes a recibir la nueva crema o placebo. Todos usaron la crema por 3 semanas, posterior a lo cual fueron evaluados clínicamente y mediante encuestas. La función evacuatoria se evaluó con una encuesta estandarizada.

Resultados: Se abrió el ciego en el 50% del trabajo correspondiente a 25 pacientes que cumplieron con los criterios de ingreso; 12 y 13 pacientes en grupo tratado (GT) y control (GC), respectivamente.

Edad promedio 58 v/s 65 años (GT v/s GC). 100 v/s 92% de sexo femenino (GT v/s GC). El puntaje de Wexner previo a la intervención fue de 15 y 16,2 ($p=0,7$) puntos en el GT y GC, respectivamente. A las 3 semanas posteriores al uso de los compuestos los puntajes disminuyeron significativamente en ambos grupos a 7,2 y 12,6 puntos en el GT y GC, respectivamente. La mejoría del GT respecto al GC fue también significativa ($p=0,01$). Conclusión: En este estudio preliminar, el uso de una nueva crema para la IF disminuye los síntomas de incontinencia en pacientes seleccionados en forma estadísticamente significativa en relación a placebo.

PAPEL DE UN REGISTRO DE TUMORES HEREDITARIOS INTESTINALES.

Drs. F. López, E. Pinto, K. Álvarez, M. De La Fuente, A.M. Wielandt, P. Orellana, U. Kronberg, C. Heine. (Unidad de Coloproctología, Clínica las Condes. Santiago, Chile)

Entre un 5%-7% de los pacientes que presentan cáncer colorrectal (CC) son portadores de mutaciones germinales heredadas de algunos de sus padres. El estudio e identificación de los familiares en riesgo permite reducir el desarrollo de CC en ellos. El desarrollo de registros de familias en riesgo permite identificar a portadores de mutaciones junto con señalar pautas de vigilancia y tratamiento. El objetivo de este trabajo es analizar el papel de un registro de tumores hereditarios intestinales (RTHI).

Métodos: El año 2003 se inicia el desarrollo de un RTHI incorporándose los datos en una base de datos prospectiva. Desde esa fecha, se analizan todas las familias incorporadas en el registro, se evalúa el grado de adherencia a los estudios, la presencia de mutaciones en los familiares y se describe el seguimiento de los pacientes.

Resultados: En este período se han incorporado 93 familias, 41 de ellas corresponden a familias con síndrome de Lynch (SL), 47 a síndrome s polipósicos y 5 familias portadoras de síndrome de PeutzJeghers. En al análisis de las genealogías en las familias con SL y PAF, se observa:

| | Síndrome de Lynch | PAF |
|-------------------------------------|-------------------|----------|
| N° de familias | 41 | 47 |
| N° de familias con estudio genético | 39 | 40 |
| N° de familias con mutación | 9 | 27 |
| N° pacientes estudiados | 57 | 56 |
| N° de pacientes con mutación | 17 (30%) | 43 (77%) |
| N° familiares por estudiar | 82 | 137 |

En un seguimiento promedio de 32.5 meses (i: 1-62). Se han operado en forma profiláctica un total de 30 pacientes portadores de P AF. No hay pacientes en seguimiento que hayan presentado cáncer colorrectal.

Conclusión: Un RTHI permite identificar familiares en riesgo y señalar pautas de estudio y tratamiento.

RESULTADOS DE UN PROTOCOLO DE TRATAMIENTO MULTIMODAL EN CÁNCER DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Drs. F. Bellolio¹, P. Muñoz-Schuffenegger³, G. Pinedo¹, A. Zárate¹, A. Podlech³, ME. Molina¹, F López⁴, E. García¹, R Rosso², M. Bustos², A. Zúñiga¹.

¹Unidad de Coloproctología, Departamento de Cirugía Digestiva, ²Unidad de Radioterapia, Centro de Cáncer Nuestra Señora de la Esperanza, ³Internos de Medicina Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. ⁴Unidad de Coloproctología, Clínica Las Condes

Introducción: La cirugía es el pilar fundamental del tratamiento del cáncer de recto localmente avanzado (CRLA). El empleo de protocolos de tratamiento multimodal con radio-quimioterapia (RtQt) neoadyuvante durante la última década ha permitido un mejor control lo corregional en este grupo de pacientes.

Objetivo: Analizar los resultados de un protocolo estandarizado de tratamiento en pacientes sometidos a tratamiento neoadyuvante con Rt-Qt para CRLA. Pacientes y Métodos: De la base de datos prospectiva de cáncer de recto del Departamento de Cirugía Digestiva se identificó a los pacientes sometidos a un mismo protocolo de RtQt (45 ó 50,4 Gy + 5FU) previo a resección con intención curativa por CRLA (T3_4Nx) entre Marzo 1997 y Diciembre 2006. Se analizaron variables clínicas, quirúrgicas, anatomopatológicas y oncológicas a largo plazo. La sobrevida se calculó con el método de Kaplan-Meier.

Resultados: En el período mencionado 93 pacientes cumplen las características descritas. Edad promedio de 59,8 años (28-82), mujeres un 31,2%. 68 pacientes presentaban tumores de recto inferior (bajo 7 cms) de los cuales se preservó el esfínter en el 68,4% de los casos. Quince pacientes fueron operados por vía laparoscópica. Veintitrés pacientes (24,7%) presentaron complicaciones postquirúrgicas, sin mortalidad. Se observó respuesta completa en la pieza operatoria en 16 (17,2%) pacientes. En 31 pacientes se realizó una encuesta de problemas defecatorios (con puntaje de 7 a 28) que arrojó un promedio de 11,8 puntos. Se logró un seguimiento de 91 pacientes (97,8%) con un promedio de 55 meses (12-136). La recurrencia local en este grupo alcanzó un 10% a 5 años. Por su parte, la sobrevida global y libre de enfermedad alcanzaron un 72,1% Y 70,3% a 5 años, respectivamente.

Conclusión: En el marco de un protocolo de tratamiento multimodal, los pacientes sometidos a resección curativa por CRLA previa neoadyuvancia presentan tasas de sobrevida y recurrencia similares a lo descrito en la literatura, con una baja morbimortalidad y buenos resultados funcionales.

CÁNCER DE COLON. EXPERIENCIA HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE.

Drs. 1. Hola, D. Espinola, M. Abedrapo, R. Garrido, R. Azolas, G. Bocic, C. Jensen, G. Soto, M. Díaz, F. Reinares, E. U. Solange Cortez.

(Equipo de Coloproctología, Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago)

Introducción: El cáncer de colon es una patología frecuente en los países occidentales y en Chile su prevalencia ha aumentado en la última década. A pesar de los métodos de estudio la mayoría de los diagnósticos se realizan en etapas avanzadas.

Objetivo: Mostrar nuestra experiencia y resultados en el tratamiento del cáncer de colon y calcular la sobrevida de acuerdo a los distintos estadios al momento del diagnóstico.

Pacientes y Métodos: Se analizaron las fichas clínicas de todos los pacientes operados con diagnóstico de cáncer de colon en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, desde Febrero 2001 a Abril 2008. Se realizó un estudio descriptivo - retrospectivo y se estimó la sobrevida mediante el método de Kaplan- Meier.

Resultados: Se obtuvo un total de 235 pacientes, analizándose 204 casos. El promedio de edad fue de 66.4 años. La relación H:M fue 1.15: 1. El dolor, las alteraciones del tránsito y la baja de peso (46, 40 Y 31%) fueron los síntomas más prevalentes. Estudio diagnóstico con tomografía computada y colonoscopia (77 y 71 %). Un 27% de los pacientes presentaba pólipos asociados. La ubicación más frecuente fue colon izquierdo (50%) y derecho (38%). La hemicolectomía derecha fue la principal cirugía (32%), seguida de la Sigmoidectomía (27%). La técnica laparoscópica se utilizó en el 12%. Complicaciones quirúrgicas 17% y dehiscencia de anastomosis 3,2%, los factores de riesgo fueron, sufrir alguna patología respiratoria (RR 3.03 6.2) y si se trata de una cirugía de urgencia (RR 1,5 - 5,2). La mortalidad global fue de 2,7%. Estadio al diagnóstico el 29% en II, el 41 % en III y 20% en Etapa IV. La sobrevida estimada es de 62 meses (IC 95% 38 - 87 meses). La Sobrevida Etapa I 100% a la fecha. Etapas IIA, IIB Y IIIB presentan una sobrevida 80-90% a los 60 meses. La etapa IIIC de 75% y la Etapa IV de 50% a los 40 meses.

Conclusiones: Los resultados presentados en nuestra serie son concordantes con publicaciones nacionales e internacionales en cuanto a morbilidad, mortalidad y estimaciones de sobrevida.

CÁNCER DE RECTO. EXPERIENCIA HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE.

Drs. J. Hola, D. Espinola, M. Abedrapo, R. Garrido, R. Azolas, G. Bocic, C. Jensen, G. Soto, M. Díaz, F. Reinares, KV. Solange Cortez.

(Equipo de Coloproctología, Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago)

Introducción: El cáncer de recto constituye cerca del 30% de los cánceres colorectales, constituyendo una dificultad adicional en su manejo debido a su ubicación, cercanía con estructuras vecinas y eventual desmedro en la calidad de vida luego de su resección quirúrgica, fundamentalmente aquellos de recto medio e inferior.

Objetivo: Mostrar nuestra experiencia en el manejo del cáncer rectal, complicaciones y tasa de recurrencia.

Pacientes y Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de la base de datos de los pacientes operados

con diagnóstico de cáncer de recto en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, desde Febrero 2001 a Abril 2008. Se estimó la sobrevida mediante método de Kaplan Meier.

Resultados: Se estudiaron 146 pacientes, 50% mujeres, promedio de edad 64 años. Los síntomas más frecuentes: rectorragia, las alteraciones del tránsito (67 y 42%). Se realizó tomografía computada, colonoscopia, y enema baritado (75, 54 Y 20%). Ubicación recto bajo (40%), recto superior (36%) y recto medio (24%). Radio y Quimioterapia preoperatoria en el 37% de los casos. La resección anterior baja fue la principal cirugía (67%). Complicaciones en 16% y mortalidad quirúrgica fue de 1 %. Estadios más frecuentes el 30% en II, el 36% en III y 16% en Etapa IV. La tasa de recidiva local fue de 4%, dentro de los factores de riesgo se encuentran el antecedente de cáncer previo (RR 2.2 - 45.6 IC 95%) y la presencia de complicaciones mayores (RR 1.4 - 30.7 IC 95%). La sobrevida acumulada a la fecha para la etapa I y IIA es de 100% a los 60 meses, para la etapa IIIA de 67% a los 60 meses, la IIIB de 94% a los 60 meses, IIIC de 88% a los 60 meses y la etapa IV 46% a los 60 meses.

Conclusiones: Los resultados presentados por nuestro grupo poseen porcentaje de complicaciones y de recurrencia similares a publicaciones nacionales e internacionales. Se demuestra que es posible tener buenos resultados al ser tratados por equipos quirúrgicos de experiencia y un manejo multidisciplinario de los pacientes.

CÁNCER DE RECTO: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.

Drs. W. Yankovic¹, I. Salinas¹, V. Sepúlveda², E. Decinti², J. Stambuk²

¹ Becario Cirugía General, Sede Occidente, Universidad de Chile

² Equipo Cirugía Oncológica Hospital San Juan de Dios

Introducción: Presentar retrospectivamente resultados quirúrgicos en pacientes operados por cáncer de recto en un periodo de 10 años en el Hospital San Juan de Dios.

Material y Método: Se revisó en forma retrospectiva las fichas clínicas de los pacientes sometidos a cirugía por cáncer de recto durante los años 1995 a 2006. Se registraron información clínica y de laboratorio perioperatoria, datos quirúrgicos, histología postoperatoria y la evolución hospitalaria.

Resultados: Sesenta y nueve pacientes (55.1% hombres) fueron recopilados, la edad promedio fue 63.5± 13.4 años. La distribución de las lesiones fue recto inferior 70.1 %, recto superior 18% y recto medio 11.9%. La distancia del margen anal fue de un promedio de 5.95±4.47cm (020). El tiempo operatorio fue de 203.9±98.1 minutos. Las cirugías más frecuentes fueron Operación de Miles 36.2%, Resección Anterior Baja 31.9% y la Resección anterior alta 5.8%. De los 37 pacientes que quedaron ostomizados, 25 fue en forma definitiva y en 13 en forma temporal o de protección.

Las histologías más frecuentes fueron adenocarcinoma tubular 48% y adenocarcinoma túbulo-papilar 36%. Se realizó quimio-radioterapia (QT-RT) neoadyuvante en 26 pacientes. La distribución de las etapas fue etapa I 25.3%, etapa II 36.5%, etapa III 25.3% Y etapa IV 12%. Se realizó tratamiento adyuvante en el 2.5% de los pacientes en etapa I, 34.8% en etapa II, 43.7% en etapa III y 50% en etapa IV. Tres pacientes desarrollaron complicaciones médicas: bronquiolitis obstructiva, ITU, sepsis con SDRA

(paciente fallecido). Diez pacientes desarrollaron complicaciones quirúrgicas: íleo prolongado (5), colección intraabdominal (2). Hubo una mortalidad perioperatoria.

Conclusión: En este estudio descriptivo el cáncer de recto se manejó con una baja morbi-mortalidad operatoria. El diagnóstico precoz junto a un aumento en los pacientes que reciben neoadyuvancia podrían disminuir el porcentaje de Operaciones de Miles realizadas.

CARACTERIZACIÓN DE LOS TUMORES COLÓNICOS Y EXTRACOLÓNICOS EN PACIENTES CON SÍNDROME DE LYNCH.

Drs. ¹C. Heine, ¹M. De la Fuente, ¹K. Álvarez, ¹E. Pinto, ¹U. Kronberg, ¹A.M Wielandt, ^{1,2}P. Orellana, ²P. Carvallo, ¹F. López

¹Unidad de Coloproctología. Laboratorio de Oncología y Genética Molecular, Clínica las Condes. Santiago, Chile. Laboratorio de Genética Molecular Humana, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

El síndrome de Lynch o Cáncer Colorrectal Hereditario No Polipósico (HNPCC) representa hasta el 5% del total de casos de cáncer colorrectal. Estos pacientes pueden presentar tumores extracolónicos en diversos órganos tales como endometrio, intestino delgado, uréter y pelvis renal, los que han sido incluidos en los criterios clínicos para la selección de los pacientes. El objetivo de este trabajo es analizar los pacientes con neoplasias colónicas y extracolónicas presentes en las familias chilenas con síndrome de Lynch.

Material: Desde la base de datos del registro de tumores hereditarios, se seleccionaron a las familias que cumplen con criterios clínicos de Ámsterdam (14 familias) y de Bethesda (7 familias). En estos últimos se exigió además la comprobación de inestabilidad microsatelital.

Resultados: Del total de familias, 83 pacientes cumplen con los criterios de Ámsterdam y 23 con los de Bethesda. De ellos un 56% corresponde a mujeres. Se identificó un total de 143 tumores; 82 colorrectales (57%) y 64 extracolónicos (43%). La distribución de los tumores colorrectales demostró una mayor frecuencia de cáncer de colon derecho (49%) seguido de colon izquierdo (30%) y recto (21%). Los tumores extracolónicos más frecuentes fueron correspondieron a cáncer de endometrio (13.1%) seguido del cáncer gástrico (11.5%) y cáncer de mama (9.8%). Algunos pacientes presentaron estos tumores antes que el tumor colorrectal (5/8 en endometrio, 6/7 en gástricos y 2/3 en mama). Veintiocho pacientes (26%), presentaron más de un tumor y 7 (6.6%) presentaron más de 3 tumores.

Conclusiones: Los resultados confirman la alta incidencia de tumores de colon y extracolónicos en las familias chilenas con síndrome de Lynch. Destaca la alta incidencia de tumores de mama los cuales no están considerado dentro de los criterios Ámsterdam II.

CIRUGÍA DE COLON CON FAST TRACK O RECUPERACIÓN ACCELERADA

Drs. Leonardo Espíndola S., Juan Ignacio Vergara B., Andrés Marín G., Andrés Larach K., Paulina Balbontin., Luis Manríquez., Nicolás Drollmann, Pablo Sánchez* y Aldo Campusano*

Unidad de Coloproctología Hospital Militar de Santiago Servicio de Cirugía. *Servicio de Anestesiología. Hospital Militar de Santiago.

Introducción: La Cirugía de colon usualmente se asocia a una tasa de complicaciones de 15% - 20% Y

una hospitalización postoperatoria de 6 a 10 días. Factores limitantes para un alta precoz son dolor, vómitos, náuseas, íleo postoperatorio, disfunción de órganos por stress, fatiga y factores tradicionales tales como sonda nasogástrica, drenajes, etc.; los cuales retardan la recuperación y contribuyen a la morbilidad. En el último tiempo se ha publicado una serie de trabajos en los cuales se ha desarrollado el concepto de rehabilitación multimodal post operatoria o Fast track e involucra una combinación de técnicas con el objetivo de reducir la respuesta al stress quirúrgico, optimizar la recuperación y reducir los días de hospitalización. Los métodos usados incluyen anestesia peridural torácica, agresiva movilización postoperatoria y precoz realimentación.

Objetivo: Evaluar el postoperatorio de pacientes sometidos a cirugía electiva de colon y recto superior utilizando un protocolo de Fast Track desde el punto de vista del dolor postquirúrgico, íleo, complicaciones postoperatorias, estadía hospitalaria y satisfacción del paciente.

Materiales y Método: Ingresaron a este protocolo prospectivo de manejo, todos los enfermos sometidos a cirugía electiva de colon y recto superior que se operaron en el Hospital Militar de Santiago con el equipo de coloproctología durante el periodo de tiempo comprendido entre agosto 2004 a Diciembre 2007 y con su consentimiento informado. Se evalúa presencia de íleo postoperatorio (primera defecación), número de días de hospitalización, complicaciones postoperatorias y satisfacción de pacientes.

Resultados: Ingresaron a este protocolo prospectivo 110 pacientes consecutivos, entre Agosto 2004 a Diciembre 2007, que se operaron en forma electiva de colon y recto. Del total de pacientes ingresados al protocolo 53 fueron hombres (48%) y 57 fueron mujeres (52%). La edad promedio del grupo fue 68 años. El score preoperatorio de la sociedad americana de anestesiología (ASA), para evaluar riesgo quirúrgico mostró que 66 pacientes (60%) eran ASA II, 42 enfermos (38%) correspondían ASA 1. El tránsito intestinal relacionado a la expulsión de gases el 47.5% (52 enfermos) tuvo dentro de las primeras 24 hrs, 55 pacientes (50%) a las 48 hrs y solo un enfermo a las 72hrs. La primera defecación en nuestro estudio mostró que el 8% de los enfermos fue en las primeras 24 hrs, el 44% a las 48 hrs, 43% a las 72 hrs y un 5% del grupo estudiado al 4° día. La estadía hospitalaria muestra que el 95% de los enfermos fueron dados de alta en forma precoz, siendo el 4to. día para 87 pacientes (79%). La medición del dolor basado en la escala visual análoga (EVA) reveló que la mayoría de los pacientes casi no tienen dolor o es muy leve (EVA < 2) durante la hospitalización. El 70% de los pacientes tenían un grado de satisfacción muy bueno, 23% bueno y el 7% regular. La mortalidad de la serie fue 0,9% y la morbilidad de 18% incluyendo hemoperitoneo, infección herida operatoria El porcentaje de dehiscencia de anastomosis fue 7,2%. Reingreso en 6 pacientes.

Conclusiones: El protocolo de recuperación acelerada o fast track, reduce la estadía hospitalaria, disminuye el dolor post-operatorio e íleo postquirúrgico. No existen diferencias en porcentaje de dehiscencia de anastomosis y mortalidad operatoria con la cirugía tradicional. Los resultados obtenidos por este protocolo recomiendan un protocolo de fast track o recuperación acelerada a todos los pacientes sometidos a cirugía abierta de colon y recto operados en forma electiva.

MANEJO QUIRÚRGICO DE LA ENFERMEDAD DIVERTÍCULAR DEL COLON EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE. ANÁLISIS DE LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS.

Drs. M. Díaz, F. Saelzer, I. Hola, M. Abedrapp, R. Garrido, R. Azolas, G. Bocic, G. Soto

(Unidad de Coloproctología, Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile.)

Introducción: La Enfermedad diverticular es una condición frecuente en el adulto mayor con una prevalencia de 95% a los 70 años e incluye un amplio espectro en su presentación. El manejo quirúrgico de la diverticulitis aguda esta bien establecido y puede variar de acuerdo a las condiciones y complicaciones que se presenten.

Objetivo: Analizar el manejo quirúrgico realizado en los pacientes con diverticulitis en la Unidad de Coloproctología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Materiales y Métodos: Análisis descriptivo, retrospectivo de todos los pacientes con EDC operados en el Departamento de Cirugía del Hospital Clínico de la Universidad de Chile durante Enero del 2002 a Junio 2008.

Resultados: Nuestra serie comprende 117 pacientes operados, 61 hombres (52,1%) y 56 mujeres (47,9%) con una edad promedio de 54,8 años. 38 pacientes (32,4%) fueron operados por videolaparoscopia, 6 y (5,1%) videoasistido. 80 pacientes (68,3%) fueron estudiados con TC de abdomen y pelvis, 74 (63,2%) con Enema Baritado y 32 (27,3%) con colonoscopia. Las complicaciones de EDC se presentaron en 32 pacientes (27,3%) siendo la mas frecuentes las Estenosis (11), perforación (10) Fístulas (9) y hemorragias (5). Se operaron 102 pacientes en forma electiva siendo la sigmoidectomía y anastomosis termino terminal la cirugía realizada. Se operan 15 pacientes de urgencia realizándose operación de Hartmann en 4 pacientes, hemicolectomía izquierda en 3, hemicolectomía derecha en 1 y sigmoidectomía con anastomosis termino-terminal en 7 (5 sin ileostomía de protección y 2 con ileostomía de protección). Las complicaciones postoperatorias se presentaron en 13 pacientes (11 %). La estadía promedio fue de 8,3 días. No se registra mortalidad.

Conclusiones: El manejo quirúrgico de la enfermedad diverticular se ha mantenido sin mayor variación en los últimos años, destacando el uso cada vez mayor de la videolaparoscopia para la resolución quirúrgica tanto de la cirugía electiva como de urgencia con buenos resultados.

NEOADYUVANCIA EN CANCER RECTAL INFLUENCIA DE LA RESPUESTA PATOLOGICA SOBRE EL RESULTADO ONCOLÓGICO

Drs. JOSE IGNACIO RESTREPO (1)

David Gómez (2)

Claudia Patricia Aguado Quintero (3)

1. Cirujano de Colon y Recto. Servicio de Coloproctología. Hospital Pablo Tobón Uribe.

2. Radioterapeuta. Servicio de Oncología. Hospital Pablo Tobón Uribe.

3. Cirujana General. Grupo de Investigación de Cirugía.

Linea Oncología.

Universidad del CES.

CORRESPONDENCIA:

CLAUDIA PATRICIA AGUADO QUINTERO

DIRECCION: CRA 85 B No. 14 - 76 URBANIZACION INGENIO II CALI.

TELEFONO: 572 3306881

E-MAIL: cpaQuado@yahoo.com

Introducción: Los resultados oncológicos en cuanto a sobrevida global y libre de enfermedad están asociados al estadia patológico final luego de la quimiorradioterapia en pacientes con cáncer rectal localmente avanzado.

Propósito: Este estudio fue diseñado para analizar los resultados clínicos (regresión patológica completa, recurrencia y sobrevida) de los pacientes con cáncer de recto localmente avanzado sometidos a quimiorradioterapia y cirugía.

Materiales y Metodos:

Diseño: Longitudinal prospectivo.

Pacientes: Se revisaron las historias clínicas de los pacientes con cáncer de recto sometidos a quimiorradioterapia entre Diciembre de 1999 y Diciembre de 2007 de la base de datos del servicio de oncología. Se analizaron variables clínicas y resultados oncológicos.

Análisis estadístico: Test de Chi cuadrado, prueba exacta de Fischer. Análisis de sobrevida mediante Kaplan Meier y comparación mediante test log rank. Se consideró significativo un valor $p < 0,05$.

Resultados: Fueron evaluados 60 pacientes. Edad promedio: 62 años (R: 29-84). 40% mujeres. No se perdió ningún paciente del estudio. En la histopatología se encontró respuesta completa en 24 pacientes (40%). Regresión parcial 22 (36.7%) pacientes y no hubo cambios en 14 (23.3%). La sobrevida libre de enfermedad según grado de respuesta patológica, fue 100, 80 Y 77% respectivamente ($p=0,038$). La sobrevida libre de recurrencia a distancia fue 90, 74 Y 65% ($p=0,032$) respectivamente.

Conclusión: Considerando las limitaciones del estudio (tamaño de la muestra y período de seguimiento), se observó que la respuesta patológica completa luego de la quimiorradioterapia mas cirugía está asociada a mayor sobrevida global y libre de enfermedad.

OPERACIÓN DE KARYDAKIS AMBULATORIA EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD PILONIDAL SACROCOCCIGEA

Drs. Guillermo Bannura C, Alejandro Barrera E, Jaime Contreras P, Carlos Melo L, Daniel Soto C.

Servicio y Departamento de Cirugía, Hospital Clínico San Borja Arriarán Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Antecedentes: Las técnicas cerradas asimétricas tienen ventajas comparativas en el manejo de la enfermedad pilonidal sacrococcigea (EPSC). El objetivo de este estudio es evaluar los resultados de la resección asimétrica de Karydakis programada como cirugía mayor ambulatoria. **Pacientes y método:** Estudio prospectivo de 100 pacientes intervenidos en forma electiva desde abril de 2001, 84 con la técnica de Katydakis y de ellos 50 pacientes en forma ambulatoria. Se utilizó la técnica clásica descrita por el autor, con pequeñas modificaciones que intentan alejar la cicatriz de la línea media.

Resultados: Se trata de 29 mujeres y 21 hombres, con un promedio de edad de 21,2 años (extremos 15-44). El IMC promedio fue de 27,28 (extremos 19-47), sin diferencias estadísticas según el género. El 38% de los pacientes tenían sobrepeso y el 28% eran obesos. El 62% de los pacientes fue catalogado como hirsutos, con claro predominio de los pacientes varones ($p=0,012$). La

forma clínica de presentación fue el drenaje espontáneo o quirúrgico de un absceso con supuración crónica intermitente en el 92% de los casos. El tiempo operatorio promedio de 34 minutos (extremos 25-45) Todos los pacientes fueron dados de alta entre 4 y 6 horas luego del procedimiento, no hubo reoperaciones y la morbilidad global fue 10%. El 90% de los pacientes no tuvo complicaciones locales logrando una cicatrización completa a las 3 semanas de la intervención. El seguimiento promedio de la serie es 30 meses (extremos 3-65) sin casos de recidiva (1,19% (1/84) en la serie global con un periodo de observación promedio de 88 meses (extremos 6-88).

Conclusión: la ambulatorización de la operación de Karydakís es factible, segura y muestra excelentes resultados en tiempo de cicatrización, morbilidad y recidiva. Se propone como la técnica de elección en el manejo de la mayoría de los casos de EPSC.

RECIDIVA LOCAL DEL CANCER DE RECTO TRATADO CON RADIOQUIMIOTERAPIA Y CIRUGÍA: EXPERIENCIA EN HOSPITAL DEL SALVADOR, SANTIAGO.

Drs. M. Rodríguez (1), D. Contreras (1), E. Melkonian, P. Opazo (1), A. Readí (2), J. López (2), M.E. Ore llana (3) (1) Cirujano Equipo Coloproctología, Hospital Salvador. (2) Becado Cirugía General U de Chile, Hospital Salvador. (3) Enfermera Coordinación Oncológica, Hospital Salvador.

Introducción: La radio quimioterapia (RQT) preoperatoria, más resección total de mesorecto (RTM), han demostrado disminuir la recidiva local en pacientes con diagnóstico de cáncer de recto.

Objetivo: Analizar los pacientes con diagnóstico de cáncer de recto que fueron sometidos a RQT preoperatoria más cirugía en nuestro centro, determinando el porcentaje de recidiva local a largo plazo.

Material y Método: Se incluyeron pacientes con cáncer de recto, T3-4, NO-2 sometidos RQT y posterior cirugía con RTM, en el Servicio de Cirugía del Hospital Del Salvador entre el 01-01-2001 Y el 31-07 -2008. Se analizaron sus antecedentes clínicoquirúrgicos en una base de datos «ad hoc» y análisis estadístico mediante Epiinfo 2000.

Resultados: Se estudiaron 87 pacientes siendo 44 hombres (50.57%) y 43 mujeres (49.43%), el promedio de edad 69.05 años. El promedio de seguimiento fue entre 1 mes a 84 meses. Dos pacientes (2.29%) presentaron recidiva local, siendo tratados 1 con resección de la lesión de la pared vaginal y el segundo con operación de Miles.

Discusión: El cáncer de recto es una patología creciente en el mundo actual. Su diagnóstico temprano permite ofrecer al paciente un tratamiento curativo.

La QMT y RT más RTM han demostrado disminuir la tasa de recidiva local en estudios nacionales como extranjeros, esto se reafirma con el excelente porcentaje de control local en nuestros pacientes.

RESULTADOS DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN LOS PACIENTES CON SÍNDROMES POLIPÓSICOS DEL COLON

C. Heine T., P. Medina T., U. Kronberg, C. Wainstein G, F. López K. Unidad de Coloproctología, Clínica las Condes. Santiago, Chile

La cirugía laparoscópica se ha consolidado como una técnica segura para los pacientes con cáncer y enfermedad diverticular del colon. En los pacientes con

síndromes polipósicos del colon se da una situación muy particular dado por la magnitud de la cirugía (colectomía total o proctocolectomía) y por el hecho de ser preferentemente profiláctica (prevención del desarrollo del cáncer). Se ha planteado que en estos pacientes, el acceso laparoscópico estaría especialmente indicado. El objetivo de este trabajo es analizar los resultados de los pacientes operados por vía laparoscópica por síndromes polipósicos del colon.

Métodos: Desde la base de datos prospectiva de cirugía laparoscópica colorrectal, se seleccionaron todos los pacientes operados por síndromes polipósicos del colon (poliposis adenomatosa clásica, atenuada y mixta) entre los años 1998 y 2008.

Resultados: En este período se intervinieron 20 pacientes con síndromes polipósicos: 15 con poliposis adenomatosa clásica (PAF), 4 con poliposis atenuada y 1 con poliposis mixta. La edad promedio de los pacientes fue 40 años y 55% correspondieron al sexo femenino. Los procedimientos practicados fueron 13 colectomías totales con anastomosis ileorrectal (65%), 5 panproctocolectomías con reservorio ileal e ileostomía de protección y 2 pacientes con panproctocolectomía y reservorio ileal sin ileostomía de protección (5%). El tiempo operatorio promedio fue de 270 minutos (i: 180-400). Un paciente (5%) requirió conversión por dificultades anatómicas. La realimentación promedio se inició el día 2. La estadía hospitalaria promedio fue de 5.7 días. Una o más complicaciones se observaron en dos pacientes (10%) y no hubo mortalidad operatoria.

Conclusiones: El acceso laparoscópico es una alternativa quirúrgica factible y segura en los pacientes con síndromes polipósicos del colon.

RESULTADOS PRELIMINARES DEL USO DE DEFLUX(r) PARA EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA FECAL PASIVA.

Drs. G. Caselli, G. Pinedo, M.E. Molina, F. Bellolio, A. Zúñiga

Unidad de Cirugía Colorrectal, Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: La incontinencia fecal es una condición común y devastadora. La incontinencia fecal pasiva (IFP) debida a daño esfinteriano interno (EAI) es un problema invalidante de difícil solución. El uso de agentes de relleno inyectables para la incontinencia fecal pasiva parecen entregar buenos resultados a corto plazo, siendo limitada la experiencia con diferentes compuestos.

OBJETIVOS: Reportamos los resultados funcionales preliminares del uso de ácido hialurónico/dextrano (Deflux®), compuesto atóxico, no inmunogénico y biodegradable, en pacientes con IFP.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se inyectó con Deflux® a cuatro pacientes con incontinencia fecal pasiva, en la zona del defecto esfinteriano interno y en el espacio submucoso a nivel de la línea dentada, identificado previamente por endosonografía anal. Se evaluó escala de Wexner previa, Wexner postoperatorio a 30 días y Wexner a largo plazo (12 meses). Se les aplicó una encuesta de continencia y si recomendarían el procedimiento a otros pacientes.

RESULTADOS: La edad promedio de los pacientes fue de 43 años (10-62). Tres pacientes de sexo masculino y uno femenino. El score de Wexner de inicio promedio fue de 14.5, con rangos de 8 y 18. Al cumplir 1 mes postoperatorio el Wexner promedio fue de 6 (3-10) con una disminución promedio de 7.5 puntos en la escala de

Wexner. La escala de continencia de Wexner a los 12 meses fue de 9.5 (rangos de 3 y 16). Consultando a los pacientes, todos recomendarían el procedimiento.

Conclusiones: La inyección de Deflux® en el defecto esfinteriano interno es una alternativa segura, fácil de realizar, reversible y sin efectos adversos, comparable con otros productos disponibles para el tratamiento de la incontinencia fecal pasiva.

ROL DE LA RESECCIÓN PALIATIVA EN CÁNCER COLORRECTAL ESTADIO IV: ANÁLISIS DE 177 PACIENTES.

Drs. Guillenno Bannura C, Alejandro Barrera E, Miguel A. Cumsille G, Jaime Contreras P, Carlos Melo L, Daniel Soto C. Servicio y Departamento de Cirugía, Hospital Clínico San Borja Arriarán Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Antecedentes: Se ha debatido si la resección paliativa del tumor primario afecta la sobrevida en pacientes con un cáncer colorrectal metastásico. El objetivo de este estudio es evaluar esta hipótesis analizando por separado los tumores de colon y de recto.

Pacientes y método: Se estudia los pacientes en Estadio IV según el TNM 2002. Se analiza una serie de variables demográficas e histopatológicas por separado, así como la morbilidad operatoria y el tiempo de hospitalización. Se distingue tres tipos de patrón metastásico dentro del estadio IV. El análisis de la sobrevida se realizó mediante el método de Kaplan-Meier y para establecer diferencias entre las curvas se utilizó el test log-rank.

Resultados: Se trata de 96 pacientes con un cáncer de colon y 81 con un cáncer de recto en estadio IV, sin diferencias significativas en cuanto al ASA, el tamaño tumoral, el porcentaje de tumores indiferenciados, la relación entre tumores T3/T4 y el CEA preoperatorio, con predominio del patrón localmente avanzado en los tumores de recto ($p=0,04$). Hubo un 44% de resecciones paliativas en colon y en recto, sin diferencias en la morbilidad (18%) ni la mortalidad operatoria (1%) El promedio de sobrevida en los pacientes de colon sometidos a una resección paliativa fue de 15,2 meses (DE 13,18) versus 4,4 meses (DE:3,66) en los no resecados ($p<0,0001$). El promedio de sobrevida en los pacientes del recto resecados fue 20,5 meses (DE: 19,6) versus 5,06 meses (DE:3,51) en el grupo no resecado ($p<0,0001$) En el análisis multivariado la resección paliativa y, en menor medida, la albúmina preoperatoria son los factores pronósticos más relevantes en colon y en recto, con una razón de disparidad de 4 y 5 veces, respectivamente ($p<0,0001$).

Conclusión: La cirugía paliativa puede realizarse con bajos índices de morbimortalidad en pacientes aptos para soportar un procedimiento quirúrgico mayor. En los tumores de recto la resección paliativa se asocia con mayor morbilidad y mayor tiempo de hospitalización. La resección del tumor primario en el contexto de una enfermedad metastásica incurable prolonga en forma significativa la sobrevida de estos pacientes y debe intentarse en los pacientes con un riesgo razonable, exceptuando los casos con una carcinomatosis peritoneal masiva y ascitis.

RESULTADOS A CORTO PLAZO Y PARÁMETROS ONCOLÓGICOS DE PACIENTES CON CÁNCER DE RECTO: LAPAROSCOPIA VERSUS LAPAROTOMÍA.

Drs. A.J. Zarate¹, G. Pinedo¹, F. López², D. Von Borries¹,

C. Bravo¹, E. Falloux¹, X. Meneses¹, M. Molina¹, F. Bellolio¹, A. Zúñiga¹.

¹Unidad de Coloproctología. Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

²Unidad de Coloproctología Clínica las Condes.

Introducción: La cirugía laparoscópica para pacientes con cáncer de recto (CR) se encuentra bajo escrutinio.

Objetivo: Comparar resultados quirúrgicos y parámetros oncológicos posteriores al tratamiento quirúrgico del CR entre el abordaje laparoscópico versus laparotomía.

Material y métodos: Inclusión de pacientes operados por un protocolo de estudio de CR entre 2002 y 2007. Diseño comparativo caso-control entre pacientes operados mediante laparoscopia (GL) versus laparotomía (GA). El GL fue pareado con el GA por edad, sexo y tipo de procedimiento quirúrgico. Se analizaron los resultados según intención de tratamiento.

Resultados: Se compararon 92 pacientes (46 por grupo; LG v/s GA). El tiempo de cirugía promedio fue mayor en el GL (273 v/s 240 minutos, $p<0,01$). La tasa de conversión fue de 6,5%. La estadía media postoperatoria fue más corta para el GL (6,4 v/s 10,4 días, $p<0,01$). Las complicaciones postoperatorias tempranas fueron similares (21,7 v/s 23,9%, $p=0,7$; GL v/s GA). Linfonodos disecados y tamaño de las piezas operatorias fueron similares en ambos grupos (GL v/s GA: 13,1 v/s 14,7 linfonodos, $p=0,41$ y 31,1 v/s 34,7 cm; $p=0,19$). La sobrevida libre de enfermedad a distancia fue similar luego de 16 meses de seguimiento (GL v/s GA: 95,7 v/s 93,5%). La recidiva local fue de 2,1% en el periodo de seguimiento en ambos grupos.

Conclusión: La cirugía laparoscópica por CR permite resultados quirúrgicos y oncológicos a corto plazo comparables a los obtenidos por laparotomía.

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA FUNCIÓN INTESTINAL DE PACIENTES SOMETIDOS A COLECTOMIA TOTAL.

Drs. A.J. Zárata, G. Pinedo, E. Falloux, C. Bravo, C. Loureiro, X. Meneses, M. Molina, F. Bellolio, A. Zúñiga. Unidad de Coloproctología. Departamento de Cirugía Digestiva. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago. Chile.

Introducción: Múltiples patologías desencadenan la realización de una colectomía total y anastomosis ileorrectal (CT-IRA). Esta cirugía se podría asociar a una alteración tanto de la función evacuatoria, como de la continencia. ¿La función posterior dependerá de la patología que llevó a realizarse la cirugía?

Objetivo: Analizar la función evacuatoria y la continencia en pacientes sometidos a CT-IRA.

Hipótesis: El diagnóstico preoperatorio puede influir en función intestinal postoperatoria.

Material y método: Inclusión consecutiva de pacientes a quienes se les practicó una CT-IRA desde 1998 hasta el 2008. Se registran y analizan datos clínicos y demográficos. La función evacuatoria se evaluó prospectivamente con una encuesta estandarizada, mediante seguimiento telefónico. Análisis estadístico test de Student. Valor p significativo $<0,05$.

Resultados: En el periodo descrito se operaron 60 pacientes, 58 incluidos en el análisis. Edad promedio 45 años (i: 8-87), el 82% correspondió al sexo femenino. Diagnósticos preoperatorios: 24 inercias de colon (IC), 18 cáncer colorrectal o variantes hereditarias, 5 hemorragias digestivas, 5 enfermedades inflamatorias y 6 otras

patologías. El seguimiento promedio fue de 27 meses. La frecuencia evacuatoria en 24 horas fue de 4,6; siendo de 4,7 para los pacientes con IC versus 4,5 para pacientes con otras patologías ($p=0,6$). Ningún paciente reportó episodios de incontinencia fecal posterior a los 12 meses de seguimiento. El promedio del score de Wexner de constipación fue de 2,3 en pacientes con inercia y de 1,4 puntos en pacientes con otras patologías ($p=0,2$).

Conclusión: Los resultados funcionales de evacuación y continencia, no se diferencian significativamente entre pacientes operados por IC respecto a otras patologías.

CÁNCER COLORECTAL EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS.

Drs. F. Bustos, A. Mercado, J. Hernández, B. Rinaldi, A. Rodo, A. Cuneo, G. Wiedmaier, Interno D. Zamorano. Servicio de Cirugía Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo.

Introducción: El cáncer colorrectal es una de las principales causas de muerte por cáncer en Chile. Esta enfermedad afecta principalmente a pacientes mayores. La literatura señala mayor morbimortalidad perioperatoria en estos pacientes tratados en forma quirúrgica en comparación con pacientes menores. El objetivo de este estudio es mostrar la experiencia de nuestra institución en el manejo quirúrgico de pacientes mayores de 75 años.

Materiales y métodos: En este estudio retrospectivo se incluyeron todos los pacientes mayores de 75 años con diagnóstico de cáncer colorrectal tratados en forma quirúrgica en nuestro hospital. Se analizaron las comorbilidades, localización del cáncer, días de estadía post operatoria, complicaciones, necesidad de reintervenciones, tipo de técnica empleada, mortalidad a 30 días.

Resultados: Se incluyeron 27 pacientes intervenidos desde Enero de 2000 hasta Julio de 2008. La edad promedio fue de 80,4 años (75 - 88 años). La localización más frecuente fue colon derecho (48,15%), seguido por recto (25,9%), sigmoides (14,8%), colon transverso (7,4%) y colon izquierdo (3,7%). La media de días de estadía postoperatoria fue 7 días (3 - 33 días). Se reintervinieron 5 pacientes (18,2%), 2 de ellos por obstrucción intestinal, 2 por evisceración contenida y 1 por dehiscencia de anastomosis. En 24 pacientes (88,8%) se resecó el tumor y se realizó anastomosis primaria. Esta serie no presentó mortalidad perioperatoria a 30 días.

Conclusión: La cirugía para el tratamiento de cáncer colorrectal en pacientes mayores en nuestra serie es segura en el contexto de que no hubo mortalidad perioperatoria atribuible a la cirugía. Sin embargo se observó mayor morbilidad perioperatoria que en pacientes más jóvenes.

CIERRE DE LA ILEOSTOMÍA EN ASA. COMPLICACIONES.

Drs. L. Aguilera, J. Hola, R. Garrido, M. Abedrapo, R. Azolas, G. Bode, G. Soto, D. Espinola, F. Reinares, D. Varas, C. Hudson, C. Moya. (Equipo de Coloproctología, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago)

Introducción: La ileostomía en asa corresponde a una alternativa para la derivación del tránsito intestinal. El cierre de esta se realiza después de las 8 semanas de su realización. Se describen como principales complicaciones el íleo post operatorio, la filtración de anastomosis, la obstrucción intestinal e infección del sitio operatorio.

Objetivo: Revisión de la experiencia en el cierre de ileostomías en asa en el departamento de cirugía del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Evaluar complicaciones y re operaciones.

Pacientes y Método: Estudio retrospectivo. Revisión de registros clínicos durante el periodo comprendido entre 2002 y 2008, operados por el Departamento de Cirugía del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Se registraron datos clínicos de los pacientes, técnicas, complicaciones, resultados. Los datos se expresan en proporciones.

Resultados: Se obtiene un total de 198 pacientes portadores de una ileostomía en asa. El 67%(132) sexo masculino y 33%(66) sexo femenino. Edad promedio 57 años. Las principales indicaciones quirúrgicas correspondieron a Ca. Recto 55%, Ca. Colon 35% y otras 10%. El tiempo promedio de cierre fue de 18 semanas. La principal técnica utilizada fue la anastomosis termino-terminal manual 65%. Se complicaron un 8%, las más frecuentes fueron íleo post operatorio 4%, obstrucción intestinal 2%, infección del sitio operatorio 3,2%. Requirieron re operación un 3%. La mortalidad de la serie fue 1,5%.

Discusión: Se puede realizar con sutura simple, resección y anastomosis manual o suturas mecánicas. Indicada fundamentalmente para proteger una anastomosis colorrectal baja o un reservorio ileal. Las complicaciones del cierre la de ileostomía en asa en nuestro grupo se asemeja a las presentadas en literatura nacional e internacional. Las complicaciones globales 8%, están dentro de las descritas por múltiples publicaciones que van desde un 2 a 30%. Siendo el íleo postoperatorio, la obstrucción intestinal y la infección del sitio operatorio las más frecuentes.

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA COLORECTAL CON PROTOCOLO DE FAST TRACK

Drs. Leonardo Espíndola S, Antonella Sanguinetti*, Katya Carrillo*, Juan Ignacio Vergara B, Andrés Larach K, Andrés Marin G.

Unidad de Coloproctología. Hospital Militar de Santiago. *Internas Universidad de Los Andes.

Resumen: La cirugía laparoscópica de colon ha mostrado en múltiples trabajos reducir estadía hospitalaria, disminuir el íleo postoperatorio y la respuesta inflamatoria. Sin embargo en los últimos años los protocolos de recuperación acelerada han ganado gran aceptación en el manejo postoperatorio de la cirugía de colon debido a un mejor conocimiento de la fisiopatología y a la estandarización del manejo post quirúrgico. Estudios de cirugía abierta con protocolos de Fast Track no muestran diferencias significativas con la cirugía laparoscópica en relación a días de hospitalización y recuperación del íleo.

Objetivo: del presente estudio es evaluar si la

cirugía laparoscópica de colon es mejorada con la aplicación de un protocolo de Fast track.

Materiales y Método: Trabajo prospectivo entre Octubre del 2006 a Abril del 2008, donde a todos los pacientes sometidos a cirugía Laparoscópica de colon se les aplicó un protocolo de Fast Track que se basa en alimentación y movilización precoz, anestesia peridural torácica para manejo del dolor postoperatorio. Se evaluó normalización del tránsito intestinal, dolor postoperatorio y días de hospitalización y satisfacción de los pacientes.

Resultados: Durante el periodo estudiado se operaron 22 enfermos y edad promedio de 54 años. El 53% de los enfermos era ASA I-II, la cirugía más frecuente fue Sigmoidectomía con un 78%, seguida de Hemicolectomía izquierda en el 14%. En relación la expulsión de gases el 68% de los enfermos lo hizo en las primeras 24 hrs. y el 91% a las 48 hrs. La primera defecación en las primeras 24 hrs. sucedió en el 32% de los enfermos, en el 68% a las 48 hrs. y el 86% a las 72 hrs. Al compararlos con la serie de cirugía abierta con Fast Track realizadas en el mismo periodo de tiempo, ya que es norma en nuestra unidad para la cirugía abierta de colon, no hay diferencias estadísticas en relación a expulsión de gases a las 24 y 48 hrs., pero en relación a la defecación la única diferencia significativa fue a las primeras 24 hrs., pero a las 48 y a las 72 hrs. no existe esta diferencia. El dolor postoperatorio, que se midió en la escala visual análoga el 95% de los enfermos tenía EVA 0-2 las primeras 48 hrs. Hay que mencionar 11 pacientes presentaron aumento del dolor las 72 hrs., coincidiendo con el retiro de la analgesia peridural. En relación a la estadía hospitalaria, 15 pacientes (68%) se fueron al 4to día un $P=0,534$ al compararlo con la serie de cirugía abierta con Fast Track y de 18 pacientes al 5to día (82%) con un $P=0,219$; sin diferencia estadística. El 90% de los pacientes tiene un grado de satisfacción muy buena.

Durante este periodo hubo dos reingresos que correspondieron a dos dehiscencias de anastomosis, al 5to y 6to día postoperatorio.

No hay mortalidad en nuestra serie.

Conclusiones: La Cirugía laparoscópica de colon no parece tener menor estadía hospitalaria, dolor postoperatorio e ileo post operatorio con el uso de un protocolo de Fast Track y sus resultados serían comparables a la cirugía abierta con protocolo de recuperación acelerada.

COLECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA: EXPERIENCIA DE EQUIPO DE COLOPROCTOLOGÍA EN CLÍNICA ALEMANA

Drs. E. Melkonian T,C.Jensen, JI.Vergara,A.Cuneo, R.Migueles, R.Waishaupt, E.Salles

Equipo de Coloproctología- Clínica Alemana de Santiago

Introducción: La cirugía laparoscópica de Colon ha tenido en los últimos años un desarrollo más acelerado una vez despejadas las dudas sobre cáncer y confirmadas sus ventajas en su evolución. Esta técnica ha sido desarrollada básicamente en algunos centros hospitalarios en nuestro medio y sólo hay escasas experiencias personales en clínicas nacionales .

Objetivo: Se presenta la experiencia desarrollada como equipo de Coloproctología en Clínica Alemana de Santiago en la Colectomía parcial vía laparoscópica.

Material y Método: Se analizan registros clínicos y protocolos de cirugía laparoscópica de pacientes sometidos a Colectomía parcial laparoscópica en este centro desde Noviembre de 2002 a Julio de 2008. Se analizan técnica realizada, patologías de base y evolución clínica.

Resultados: Se intervienen 77 pacientes ,siendo 35 hombres. Edad promedio: 56,8 años. Las patologías de base más frecuentes fueron Enf. Diverticular: 50, Cáncer: 17, Pólipos 4 y las técnicas más realizadas fueron colectomía izquierda: 56, colectomía derecha:12 y resección anterior 3.La realimentación ocurrió a las 24 hrs en todos los pacientes y la hospitalización promedio fue de 4,56 días.Se convirtieron 6 pacientes(7,8%): 3 en forma inmediata por abdomen sellado en hemicolectomías derechas por cáncer y antecedente de laparotomía paramediana derecha, 1 por fístula enterocolónica doble, 1 por obesidad y 1 dificultad técnica. El tiempo operatorio promedio fue de 154 min.Complicaciones ocurrieron en 6 pacientes(7,7 %) :1 neumonía, 1 receso de anastomosis , 1 diarrea por antibióticos ,1 ascitis ,1 dehiscencia de sutura tratada con ileostomía y 1 infección de herida.

Conclusión: La colectomía parcial laparoscópica realizada en equipo en este centro ha demostrado tener baja morbilidad , hospitalización cercana a los 4 días y tiempos quirúrgicos apropiados confirmando las ventajas de esta técnica principalmente para enfermedad diverticular y patología oncológica seleccionada.

ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON: RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO LAPAROSCÓPICO EN PACIENTES MENORES DE 50 AÑOS.

Drs. P. Medina, C. Heine, U. Kronberg, C. Wainstein, J. Larach, A. Larach, R. Quera, F. López.

Unidad de Coloproctología, Clínica las Condes. Santiago, Chile

La enfermedad diverticular del colon (EDC) en los países occidentales es frecuente y cerca de un 25% de los casos de diverticulitis se presentan en pacientes menores de 50 años. Este grupo de pacientes posee un curso más agresivo y se debe considerar la cirugía como una opción de tratamiento después de una diverticulitis complicada o frente a su recurrencia. La cirugía laparoscópica se ha incorporado como una alternativa segura en los pacientes con enfermedades del colon y además con los beneficios de un tratamiento menos invasivo. El objetivo de este trabajo es analizar los resultados del tratamiento quirúrgico laparoscópico en pacientes menores de 50 años operados por EDC.

Métodos: Se seleccionan los pacientes operados por EDC desde la base de datos prospectiva de cirugía laparoscópica colorrectal que se inicia el año 1998.

Resultados: En este periodo se operaron 43 pacientes menores de 50 años con un promedio de edad de 42 años (i: 33-49). Treinta y uno de ellos fueron hombres (72%) y 14 pacientes presentaron ASA II. La cirugía fue indicada en forma electiva en 40 de los 43 pacientes (93%) y en solo tres casos fue realizada durante un episodio agudo por la falta de respuesta al tratamiento médico. El tiempo operatorio promedio fue de 211 min. (I: 141-330) con una estadía hospitalaria promedio de 4,3 días. En dos pacientes fue necesario convertir a una

laparotomía por dificultad anatómica (5%). Una o más complicaciones se observaron en 5 pacientes (11 %). Ningún paciente quedó ostomizado durante ni después de su cirugía. No hubo mortalidad operatoria. En un seguimiento promedio de 36 meses (I: 1-92 meses) solo un paciente ha presentado una crisis de diverticulitis aguda (colon derecho) y respondió a tratamiento médico (2%).

Conclusión: La resolución laparoscópica de los pacientes menores de 50 años con enfermedad diverticular es segura y se asocia a una rápida recuperación. La probabilidad de nuevos episodios de diverticulitis aguda es baja.

FÍSTULA COLOVESICAL DE ORIGEN DIVERTICULAR

Drs. Guillermo Bannura C, Alejandro Barrera E, Miguel A. Cumsille G, Carlos Melo L, Daniel Soto C, Jaime Contreras P.

Servicio y Depaliamiento de Cirugía, Hospital Clínico San Borja Arriarán Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Antecedentes: La fistula entre el colon sigmoides y la vejiga (FCV) es una complicación poco frecuente de la enfermedad diverticular. El objetivo de este estudio es analizar los resultados del tratamiento quirúrgico de la FCV diverticular, los que se comparan con la enfermedad divertiicular no fistulizada.

Pacientes y método: Análisis retrospectivo de todos los pacientes intervenidos por una FCV de origen diverticular en forma consecutiva.

Resultados: En un periodo de 26 años se intervinieron electivamente 141 pacientes por una enfermedad diverticular del colon sigmoides La indicación quirúrgica en 27 (19,3%) pacientes fue la presencia de una fistula, de las cuales 18 corresponden a una FCV Hubo predominio de hombres en el grupo con FCV ($p=0.0001$), con un promedio de edad menor que en el grupo no fistulizado ($p=0.027$). El 72% (13/18) de los pacientes era portador de una o más enfermedades asociadas versus 25% en el grupo no fistulizado (29/114; $p=0,0001$). La neumatúria se presentó en el 83% y la fecaluria en el 56%. En dos tercios de los casos la FCV se estableció en ausencia de una crisis diverticular previa. El estudio más relevante para demostrar la presencia de una FCV fue la tomografía computada (80%), que se complementa con el enema baritado y la cistoscopia La resección con anastomosis inmediata más simple sutura de la vejiga fue el procedimiento empleado en el 94% de los pacientes sin secuelas ni casos de recidiva, con un seguimiento global promedio de 74,2 meses (extremos 12-158) El promedio de hospitalización fue de 12,88 (DE:6,47) días en el grupo con FCV versus 9,39 (DE:4,77) días en el grupo no fistulizado ($p<0,0035$) y la morbilidad global fue 39% y 16%, respectivamente ($p=0,02$) No hubo reoperaciones ni mortalidad operatoria en ambos grupos.

Conclusiones: la FCV de origen diverticular es una condición patológica poco frecuente que afecta mayoritariamente a pacientes varones en la séptima década de la vida, con múltiples enfermedades asociadas y que frecuentemente se instala en forma silenciosa. La resección con anastomosis primaria es el tratamúento de elección con buenos resultados a largo plazo.

LA OPERACIÓN DE PICKRELL (GRACILOPLASTÍA). SU ROL EN EL MANEJO QUIRÚRGICO ACTUAL DE LA INCONTINENCIA ANAL.

Drs. Christian Jensen Benítez, Héctor Chiong Leon, José Luis Llanos B.

Hospital Clínico Universidad de Chile.

Objetivo: presentar la casuística de Operación de Pickrell o graciloplastía en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Analizar sus indicaciones, técnica, complicaciones, manejo postoperatorio y resultados. Material y método: Se presentan 5 pacientes operados por uno de los autores (CJB) por incontinencia anal realizando se una graciloplastía, u operación de Pickrell en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Resultados: El grupo esta constituido por 4 hombres y una mujer con edad promedio de 36,2 años con rango de 2 a 68. La sintomatología de incontinencia tiene una duración de promedio de 10,6 años con rango de 1 a 23 años.

La indicación de graciloplastía fue por malformación congénita 2 casos, post trauma 2 casos y post Cirugía de Cáncer 1 caso.

Hubo ostomía de protección en 2 de los pacientes.

Complicaciones dehiscencia cutánea parcial en 2 pacientes, trombosis venosa profunda y tendinitis de la pata de ganso en 1 caso cada uno.

Cicatrizada la piel se envió a los pacientes a kinesioterapia y estimulación eléctrica del gracilis. En la actualidad se indica estimulación externa diaria en su domicilio por 20 minutos con un aparato destinado para ese efecto usando electrodos externos.

Se evalúa la presión del neo ano en el post op alejado con manometría anorectal.

La incontinencia medida con Score de Wexner en el pre operatorio es de 16 puntos y en el post operatorio alejado el puntaje baja a 10,6

Comentario: En aquellos pacientes en que la incontinencia anal no es posible de manejar con las técnicas más habituales, o en que habiendo sido sometidos a reparación esfinteriana con fracaso de esta, o que por la inexistencia de esfínter o de lesión anatómica que reparar, aparece entonces la graciloplastía como una alternativa a una ostomía definitiva o bien frente al implante de un esfínter artificial.

MUCOSECTOMÍA RECTAL GRAPADA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD HEMORROIDAL: EXPERIENCIA DE 8 AÑOS DE LA TÉCNICA.

Drs. J. Zamarin, S. Uribe, M. Hurtado, R. Migueles, G. Mordojovich, F. Izquierdo, F. Rivas y J. Jensen.

Servicio de Cirugía Hospital FACH.

Introducción: La Hemorroidectomía convencional, tiene resultados alejados satisfactorios en la mayoría de los pacientes, pero está caracterizada por producir importante dolor postoperatorio y largo periodo de convalecencia. La técnica de Mucosectomía rectal grapada, tendría corno ventajas menor dolor postoperatorio y rápido retorno a las actividades cotidianas. El objetivo de este trabajo es analizar los resultados obtenidos con esta técnica, evaluando dolor postoperatorio, complicaciones, tiempo de recuperación

y recidiva, a 8 años de su implementación.

Materiales y métodos: Se analizan 60 pacientes intervenidos con esta técnica desde el 2000 al 2007, tabulando los datos de EVA máximo postoperatorio, número y tipo de complicaciones y tiempo de retorno a la vida cotidiana. El seguimiento se realizó mediante un cuestionario telefónico protocolizado.

Resultados: Se estudiaron 60 pacientes, 30 mujeres, promedio de edad 55,8 años. Los síntomas predominantes previos a la intervención fueron sangrado anal (75%), prolapso hemorroidal (45%) Y dolor (33%). El EVA postoperatorio máximo promedio a las 24, 48 hrs y 10 semana fue de: 3,4; 0,9 Y 5,7 respectivamente. Hubo 3 complicaciones postoperatorias: 2 retenciones urinarias y 1 sangrado anal. El promedio de hospitalización fue 1,9 días. El seguimiento promedio fue 41,8 meses, que se logró en 92% de los pacientes. La recidiva fue del 13% y hubo 4 reoperaciones. El tiempo de retorno a las actividades cotidianas fue de 11 días. El 85% de los pacientes volvería a someterse al procedimiento o lo recomendaría.

Conclusiones: Esta técnica presenta bajo dolor postoperatorio, escasas complicaciones y rápido retorno a las actividades cotidianas, con una recidiva comparable a otras series nacionales y extranjeras.

RESULTADOS DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES CON DIVERTICULITIS AGUDA.

Drs. C. Heine, P. Medina, U. Kronberg, C. Wainstein, A. Larach, J. Larach, F. López.

Unidad de Coloproctología, Clínica las Condes. Santiago, Chile

La cirugía laparoscópica ha demostrado ser una alternativa quirúrgica segura en el tratamiento electivo de los pacientes con enfermedad diverticular del colon. Sin embargo, la evidencia del tratamiento laparoscópico durante la diverticulitis aguda (DA) es escasa. El objetivo de este trabajo es analizar los resultados de un grupo de pacientes sometidos a una sigmoidectomía laparoscópica durante el curso de una diverticulitis aguda.

Métodos: Se seleccionan los pacientes desde la base de datos prospectiva de cirugía laparoscópica colorrectal y se analizan los datos clínicos, severidad de la enfermedad, resultados quirúrgicos y evolución postoperatoria. El criterio de inclusión fueron los pacientes en tratamiento antibiótico por una DA (reactivación precoz dentro de 30 días o crisis refractaria).

Resultados: Entre los años 1998 y 2008, se operaron 18 pacientes durante el curso de una DA. La edad promedio fue 51 años (i: 33-77), 11 de sexo masculino (61%). La sigmoidectomía con anastomosis primaria se practicó en 17 pacientes y solo en un caso fue necesario realizar una operación de Hartmann (paciente Hinchey III). La etapificación con criterios de Hinchey fue: Tipo I (50%), II (11.1 %) Y III (5.6%). Un 33,3% de los pacientes presentaron diverticulitis aguda no complicada y sin cumplir criterios de Hinchey. El tiempo operatorio fue de 205 min. (i: 126-330 min.). Se realizó solo una conversión (op.de Hartmann). No hubo complicaciones intraoperatorias. La estadía hospitalaria fue de 9,1 días (i: 4-20) y la morbilidad postoperatoria alcanzó al 16%. No hubo mortalidad en la serie.

Conclusión: El tratamiento quirúrgico por vía laparoscópica demuestra ser una alternativa segura en pacientes con diverticulitis aguda.

RESULTADOS DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA COLORRECTAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS.

Drs. P. Medina, C. Heine, U. Kronberg, C. Wainstein, A. Larach, J. Larach, F. López.

Unidad de Coloproctología, Clínica las Condes. Santiago, Chile

La cirugía laparoscópica colorrectal (CLC) ha demostrado ser una técnica factible y segura en las patologías colorrectales. El mayor tiempo operatorio pudiera ser una limitante en los pacientes geriátricos (<de 75 años). El Objetivo es analizar los resultados quirúrgicos de los pacientes de 75 o más años que han sido sometidos a cirugía laparoscópica colorrectal.

Métodos: Se seleccionan los pacientes desde la base de datos prospectiva y se analizan los datos clínicos, quirúrgicos y su evolución postoperatoria.

Resultados: Desde 1998 hasta la fecha se han intervenido un total de 340 pacientes. De estos, 46 (14 %) tienen una edad de 75 o más años (1: 75-90), siendo 30 de ellos mujeres. Doce pacientes son ASA III (26%). La patología neoplásica es la indicación quirúrgica más frecuente (65 %). Las cirugías más comunes fueron la sigmoidectomía y las hemicolectomías (62 %). Se convirtieron solo 3 pacientes (7 %). El tiempo operatorio promedio fue de 213 minutos (I: 110-302). Hubo complicaciones postoperatorias en 10 pacientes (22 %), con reoperación en 3 de ellos. La estadía hospitalaria postoperatoria fue de 7 días (i: 349) Y no hubo mortalidad operatoria.

| Variable | <75 años | ≥75 años | Valor p |
|--------------------------|---------------|-------------|----------|
| Sexo femenino | 146/294 (49%) | 30/46 (65%) | P=0,07 |
| ASA III | 8/294 (2,7%) | 12/46 (26%) | P<0.0001 |
| Cáncer | 93/294 (32%) | 30/46 (65%) | P<0.0001 |
| Tiempo operatorio (min.) | 212 min. | 213 min. | N.S. |
| Conversión (%) | 6.5 | 6.5 | N.S. |
| Morbilidad | 38/294 (13%) | 10/46 (22%) | P=0.1711 |
| Estadía hospitalaria (d) | 5,3 | 7,6 | P=0.0106 |

Al comparar con los menores de 75 años, se constatan diferencias estadísticamente significativas en la estadía hospitalaria. La aparente mayor morbilidad en el grupo geriátrico parece depender del mayor porcentaje de pacientes ASA III.

Conclusión: La cirugía laparoscópica colorrectal (CLC), se puede ofrecer en forma segura a los pacientes de 75 o más años.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DEL TERCIO SUPERIOR DEL RECTO Y DE COLON SIGMOIDES: ANÁLISIS COMPARATIVO

Drs. Guillermo Bannura C, Miguel A Cumsille G, Alejandro Barrera E, Jaime Contreras P, Carlos Melo L, Daniel Soto C.

Servicio y Depallamiento de Cirugía, Hospital Clínico San Borja Arriarán

Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Introducción: Se ha sugerido que los pacientes con un tumor del tercio superior del recto (RS) podrían tratarse en forma similar que los portadores de un cáncer de sigmoides(CS). Ello implica no realizar la resección total del mesorrecto ni someterlos a terapias

neoadyuvantes. El objetivo de este estudio es comparar los resultados del tratamiento quirúrgico electivo de ambos tumores respecto de la recidiva y la sobrevida global.

Pacientes y método: Análisis retrospectivo de las características demográficas de los pacientes intervenidos por un adenocarcinoma de recto superior y de colon sigmoides con intención curativa en forma electiva en forma consecutiva con un seguimiento mínimo de 18 meses. Se considera variables clínicas (edad, género, enfermedades asociadas, antígeno carcinoembrionario (CEA) preoperatorio), histopatológicas (diferenciación y tamaño tumoral, número de ganglios examinados) y la estadificación de ambos grupos según TNM.

Resultados: Se compara 50 pacientes portadores de un adenocarcinoma de RS en los estadios I a III con 107 pacientes intervenidos en el mismo periodo por un cáncer de CS con intención curativa. El tiempo de hospitalización promedio fue de 10,4 días (DE: 5,23; extremos 5-38) en RS versus 9,53 (DE: 5,15; extremos 4-37) en CS ($p=0.33$). Salvo el hematocrito preoperatorio, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en todas las variables consideradas y la distribución por estadios es homogénea. El seguimiento promedio de los pacientes con un tumor de RS fue de 88,62 meses (extremos 11-206) versus 71,67 en los casos de CS (extremos 13-204) ($p=0.05$). Durante este periodo fallecen por la enfermedad 7 pacientes (14%) del grupo RS, 1 por recidiva local y 6 por recidiva a distancia, con un rango entre 11 y 78 meses. En el grupo CS fallecen 12 pacientes (11,2%), 3 (2,8%) con recidiva local y 9 con recidiva a distancia entre 24 y 82 meses de seguimiento ($p=0.14$). La sobrevida actuarial global a 10 años para ambos grupos fue de 85%.

Conclusión: En este estudio no existe diferencias en cuanto a la recidiva global, la recidiva local ni la recidiva a distancia entre los pacientes intervenidos por un cáncer de CS respecto del grupo con un tumor de RS, lo que avala la estrategia de tratar en forma similar los tumores de ambas localizaciones evitando tratamientos neoadyuvantes costosos y con serios efectos adversos.

SIGMOIDECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN DIVERTICULITIS: CIRUGÍA TEMPRANA vs. TARDÍA.
Dres. G. Caselli, G. Pinedo, S. Niklitschek, M.E. Molina, F. Bellolio, A. Zúñiga
Unidad de Cirugía Colorrectal, Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: El momento de la cirugía electiva en la diverticulitis con indicación quirúrgica aún no está claro. Las opciones son realizar cirugía electiva temprana dentro de la hospitalización o cirugía electiva con un intervalo de varias semanas (posterior a 30 días).

Objetivos: Evaluar la influencia que tiene el momento de la cirugía electiva desde la última crisis de diverticulitis en los resultados quirúrgicos.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo comparativo con datos extraídos desde la base de datos de cirugía laparoscópica diverticular de un total de 141 -pacientes. Se analizó treinta pacientes con enfermedad diverticular intervenidos entre Abril del 2005 y Mayo del 2008 en este centro. Se separaron en dos grupos; el grupo 1 fueron pacientes operados antes de 30 días desde la fecha de la última crisis y el grupo 2,

operados posterior a 30 días desde la última crisis. La comparación de los grupos se realizó mediante el test de student y se consideró significativo un $p<0,05$.

Resultados: Once pacientes (36%) en el grupo 1 y 19 pacientes (64%) en el grupo 2. Dos pacientes del grupo 1 se sometieron a drenaje percutáneo preoperatorio. Se presentó una conversión en cada grupo por masas inflamatorias diverticulares. Hubo diferencias estadísticamente significativa en cuanto al tiempo operatorio, que fue mayor en el grupo 1 (21 ± 63 min. vs. 172 ± 37 min., $p<0,05$). No hubo diferencias significativas en cuanto a la estadía intrahospitalaria (9.4 ± 5.3 días vs. 6.2 ± 2.4 días, $p>0.05$) y a los días de uso de antibiótico (4.4 ± 2.4 días vs. 3.3 ± 1.8 días, $p>0.05$). No hubo diferencias en cuanto a conversión ni complicaciones intraoperatorias. Se presentaron dos estenosis de anastomosis, una en cada grupo, manejadas por vía endoscópica. No hubo mortalidad intrahospitalaria ni a 30 días postoperatoria.

Conclusiones: La sigmoidectomía laparoscópica realizada en forma temprana sólo demostró diferencia significativa en el tiempo operatorio, siendo mayor en el grupo de resolución precoz. Las diferencias entre el tiempo de uso de antibiótico estadía hospitalaria no fueron significativas.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE FISTULA PERIANAL COMPLEJA. APLICACIÓN DE TÉCNICA NOVEDOSA SIN SECCIÓN ESFINTERIANA
Dres. G. Pinedo, G. Caselli, M.E. Molina, F. Bellolio, A. Zúñiga
Unidad de Cirugía Colorrectal, Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: Múltiples opciones de tratamiento existen para el manejo de las fistulas perianales complejas. La terapia óptima consiste en eliminar el trayecto fistuloso, logrando preservar la continencia fecal.

Objetivos: Reportamos los resultados de la fistulotomía parcial con instalación de sedal y preservación del esfínter externo en pacientes con fistula perianal compleja.

Material y métodos: Trece pacientes fueron incluidos en esta serie, lo cuales fueron ingresados con diagnóstico de fistula perianal compleja transesfinteriana, siendo corroborado este diagnóstico por endosonografía anorrectal. Fueron sometido's a fistulotomía parcial con conservación de esfínter externo, resección de cripta patológica, curetaje y colocación de sedal suelto. Se retiró el sedal con curación del trayecto fistuloso. Se controlaron al completar 1 y 6 meses de operados e interrogados respecto a persistencia de síntomas, nuevas molestias e incontinencia fecal, la cual se cuantificó con escala de continencia de Wexner.

Resultados: Se incluyen 13 pacientes operados, 61 % de sexo femenino y 39% de sexo masculino, con un promedio de edad, de 44 ± 13 años. El seguimiento promedio fue de 14 meses, con un rango de 1 a 36 meses. Todos presentaron buena tolerancia al procedimiento. El retiro del sedal fue realizado a los 4 meses en promedio (rango de 112 meses). No hubo recidiva de la fistula ni nuevos episodios de sepsis perianal. Se presentó incontinencia fecal a gases en 4 pacientes (30%) con un escala de incontinencia de Wexner de 5 (rango 2-9) al momento de realizar el control de seguimiento a los 6 meses.

Conclusiones: Presentamos una técnica no descrita que permite mejoría de 100%, con un mínimo compromiso de continencia.

ANASTOMOSIS COLORRECTAL GRAPADA, INCIDENCIA DE ESTENOSIS, EVALUACIÓN Y RESOLUCIÓN

Drs. R. Migueles¹, F. Izquierdo², S. Uribe, G. Mordojovich², J. Zamarin², F. Rivas², R. Bemer², J. Jensen², M. Hurtado², N. Martínez³.

¹Servicio de Cirugía Hospital FACH

²Becado de Cirugía Universidad de Valparaíso
Sede Hospital FACH

³Alumno de la Facultad de Medicina Clínica Alemana
Universidad del Desarrollo

Introducción: La estenosis del anillo anastomótico colorectal es una complicación tardía descrita hasta en un 30% de los pacientes, dependiendo en primer término del criterio técnico que se utiliza para definirla. Dado que la manifestación clínica es irrelevante aproximadamente en un 95% de los casos, es que decidimos evaluar a todos los pacientes sometidos a cirugía colorectal que requirieron una anastomosis circular grapada.

Objetivos: Analizar el comportamiento visual endoscópico y clínico del anillo anastomótico colorectal grapado, evaluando la presencia y grado de estenosis y su eventual tratamiento por vía endoscópica de todos los pacientes sometidos a cirugías colorectales divididas por patologías.

Pacientes y Métodos: Se estudiaron en forma prospectiva todos los pacientes sometidos a una cirugía colorectal, con rectoscopia flexible que se realizaron entre 2 a 3 meses post operados.

Resultados: Se estudiaron 107 pacientes operados entre los años 2000 a la fecha, de los cuales 56 fueron mujeres. El promedio de edad de la serie fue de 62 años. La principal indicación de la cirugía fue una neoplasia maligna en un 53,6%, seguido por el diagnóstico de enfermedad diverticular de colon en un 27,5% de los casos. Se presentó estenosis del anillo anastomótico en 27 pacientes, siendo significativa en un 18,7% de la serie requiriendo tratamiento con dilatación endoscópica, la cual fue satisfactoria en todos los pacientes.

Conclusión: La estenosis de una anastomosis colorectal se presenta en forma frecuente en los pacientes sometidos a una cirugía de colon. El utilizar un protocolo de seguimiento con rectoscopia post operatorio permite diagnosticar y resolver esta complicación por vía endoscópica en forma precoz y efectiva.

ANASTOMOSIS TERMINAL FUNCIONAL CON SUTURA MECÁNICA. RESULTADOS PRECOCES DE UNA SERIE PROSPECTIVA.

Drs. Alejandro Barrera E., Guillermo Bannura C., Marco Ceroni v., Carlos Melo L., Internos Barbara de Castillo., Fernando Dinamarca

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 técnica de anastomosis terminal funcional en cirugía intestinal ha sido utilizada dada su facilidad, menor manipulación de los cabos a anastomosar

y el mayor tamaño de la boca anastomótica, lo que reduciría el tiempo operatorio y la estadía hospitalaria.

Objetivo: Presentar los resultados precoces de la cirugía intestinal con anastomosis terminal funcional en una serie prospectiva no aleatoria.

Material y Método: Se obtiene de la base de datos prospectiva de los pacientes con sutura mecánica, aquellos con anastomosis terminal funcional. Se analizaron los resultados quirúrgicos precoces: día de inicio de tránsito a gases, duración del íleo postoperatorio, inicio de ingesta oral y complicaciones. Para el estudio de significación estadística se utilizó el test de chi-cuadrado.

Resultados: Desde 1998 hasta el año 2007 se realizaron 282 anastomosis terminales funcionales, 177 entero-colo anastomosis (grupo 1) y 105 entero-entero anastomosis (grupo 2). El promedio de edad de la serie es de 61 años (15 - 88) Y la mediana de 66 años. El tiempo operatorio promedio fue de 91 minutos. En el grupo 1 fue de 127 minutos y de 68 en el grupo 2 ($p < 0,001$). Se utilizó sonda naso gástrica con mayor frecuencia en el grupo 1 ($p = 0,017$), sin embargo al comparar la eliminación de gases, duración del íleo postoperatorio y el día de inicio de la ingesta por boca no se encontraron diferencias significativas. Se registró una morbilidad del 17% que corresponde a 25 casos de infección de sitio quirúrgico, 9 casos de dehiscencia anastomótica, 15 casos de íleo prolongado, sin encontrar diferencia significativa entre ambos grupos. Catorce pacientes fueron reoperados por peritonitis o infección profunda de sitio quirúrgico (4,9%) sin diferencia significativa ($p = 0,87$). El promedio de estadía hospitalaria es de 9 días en los pacientes no complicados y de 15 para los pacientes complicados. No hay diferencia al comparar ambos tipos de cirugía. No existió diferencia al analizar la morbilidad según si la anastomosis fue realizada por cirujanos en formación o cirujanos con experiencia.

Conclusión: En esta serie se concluye que la anastomosis terminal funcional mecánica es una técnica segura, reproducible y con una morbilidad baja. El riesgo de dehiscencia es de un 3,1 % comparable a la anastomosis manual realizada por manos experimentadas.

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CANCER DE RECTO LUEGO DE LA RADIOQUIMIOTERAPIA

Drs. JOSE IGNACIO RESTREPO (1)

David Gómez (2)

Claudia Patricia Aguado Quintero (3)

1. Cirujano de Colon y Recto. Servicio de Coloproctología. Hospital Pablo Tobón Uribe.

2. Radioterapeuta. Servicio de Oncología. Hospital Pablo Tobón Uribe.

3. Cirujana General. Grupo de Investigación de Cirugía. Línea Oncología.

Universidad del CES.

Introducción: Existen gran cantidad de artículos de cómo disminuir los efectos adversos de la neoadyuvancia pero pocos tratan de evaluar la experiencia del paciente en cuanto a sus cambios en su estilo de vida.

Propósito: Este estudio fué diseñado para investigar como se ve afectada la calidad de vida de los pacientes con cáncer de recto luego de su tratamiento.

Materiales y Metodos: Diseño: Prospectivo.

Pacientes: 50 pacientes con cáncer rectal manejados con quimiorradioterapia y cirugía en el período de Marzo de 2006 a Marzo de 2008. Se les aplicaron los formularios SF-36 y EORTC a la semana 1 y 3 de la radioquimioterapia, y luego a la semana 1, a los 3, 6 Y 12 meses postoperatorios.

Análisis estadístico: Test de Mann Whitney. Paquete estadístico SPSS 12.0. Se consideró significativo un valor $p < 0,005$.

Resultados: 50 pacientes. Edad promedio: 62 años. 65% hombres. Al comparar el resultado de la encuesta antes y después del manejo se observó deterioro físico (74 vs 80% $p = 0.009$) en los primeros tres meses. A los 6 meses se registró mejoría en calidad global de vida (78 vs 56% $p = 0.005$), mejoría del dolor (25 vs 7% $p = 0.003$), disfunción sexual (63 vs 58% $p = 0.47$). Un año después se conservó la mejoría en calidad global de vida pero persistió la disfunción sexual.

Conclusión: Al año luego del manejo multimodal (quimiorradioterapia + cirugía) se encontró mejoría en la calidad global de vida no así en la función sexual.

SIGLAS: Medical Outcomes Study Short Form 36: SF - 36 European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire: EORTC

EVOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA DEL TRATAMIENTO DE LAS FÍSTULAS COLECISTOENTÉRICAS

Drs. A. Valle, Int. F. Patiño, C. Cavalla, A. Mercado, A. Rodríguez-Navarro, G. Wiedmaier.
Servicio Cirugía Hospital Padre Hurtado
Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo.

Introducción: La fístula colecistoentérica (FCE) es una patología de compleja resolución quirúrgica. El diagnóstico pre-operatorio es infrecuente. Se reporta una incidencia entre el 3 a 5 % de los pacientes con colelitiasis, siendo el diagnóstico intraoperatorio lo más frecuente. Existe controversia con respecto a su manejo, siendo actualmente la gran mayoría de las veces la conversión a cirugía abierta.

Objetivos: Evaluar las características clínicas, evolución y resultados del tratamiento quirúrgico de pacientes con FCE. Materiales y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes con FCE operados entre los años 2000 - 2008 en el Hospital Padre Hurtado. Se analizaron las variables demográficas, clínicas, los hallazgos intraoperatorios, la resolución quirúrgica, las complicaciones, la morbilidad y mortalidad. Se agruparon los casos de FCE en tres períodos con la finalidad de evaluar el porcentaje de resolución por vía laparoscópica.

Resultados: Se reunieron 46 pacientes con diagnóstico de colelitiasis. Edad promedio 57 años. En el total de la serie se planificó colecistectomía laparoscópica en forma electiva. El diagnóstico de FCE fue en un 100% en el intraoperatorio. La tasa de conversión fue de un 82,6 %. Las fistulas más frecuentes fueron; duodenal (60,9%), colónica (17,4%) y gástrica (17,4%). Un 6,5 % presentó morbilidad. No existe mortalidad en la serie. El manejo laparoscópico de FCE por periodos fue: 2000-2003 (6,3%), 2004-2005 (16,7%) y 2006-2008 (27,8%).

Conclusiones: Las FCE son un hallazgo infrecuente diagnosticado durante el acto quirúrgico. En nuestro hospital existe una tendencia a la resolución por vía laparoscópica, la cual presenta baja morbimortalidad. Creemos que el manejo laparoscópico es una alternativa

reproducible el manejo de las FCE.

EXPERIENCIA INICIAL EN EL ESTUDIO DE LA PLOIDÍA DEL DNA EN TUMORES DE COLON Y SU CORRELACIÓN PRONOSTICA.

Drs. Eduardo García⁽¹⁾, Pablo Muñoz⁽¹⁾, Ignacio Torrealba⁽¹⁾, Felipe Bellolio⁽¹⁾, Alexis Kalergis⁽²⁾, Claudio Figueroa⁽²⁾, Claudia Bustamante⁽³⁾, Álvaro Zúñiga⁽¹⁾, George Pinedo⁽¹⁾.

⁽¹⁾Unidad de Cirugía Colorrectal, Departamento de Cirugía Digestiva, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

⁽²⁾Facultad de Ciencias Biológicas. Pontificia Universidad Católica de Chile.

⁽³⁾Departamento de Anatomía Patológica. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La alteración en la ploidía del DNA ha demostrado una relación directa con el pronóstico en pacientes con cáncer e independiente de las variables clásicas como la histopatología (HsP) y el grado de diseminación.(GD). Los tumores aneuploides y/o que tienen una intensa actividad mitótica (fase S alta), revelan inestabilidad cromosómica que traduciría un comportamiento biológico más agresivo, por ello su determinación contribuiría a identificar subgrupos dentro de un mismo estadio.

Objetivo: Mostrar nuestra experiencia inicial del protocolo de estudio de ploidía del DNA y determinar su valor como marcador pronóstico.

Materiales Y Métodos: Estudio retrospectivo de 134 pacientes operados por cáncer de colon entre Mayo 2000 a Diciembre 2003. Analizamos tejido tumoral preservado en parafina con citometría de flujo determinando el grado de ploidía (diploides vs aneuploides) y el porcentaje de células tumorales en la Fase S (alta > 15%). Estandarizamos la técnica con los 10 primeros casos y para su validación reanalizamos el 50% de las muestras en forma aleatoria. Un análisis uni y multivariado relacionó los resultados obtenidos con las variables HsP - GD Y la sobrevida global.

Resultados: Pudieron ser analizadas 77 muestras (57 eliminadas por deterioro e irradiación.). No hubo diferencia con las contramuestras ($P=0.55$). Fueron tumores aneuploides 54 (70%), diploides 23 (30%), 35 tumores en fase S alta (46%). En el análisis uni y multivariado sólo el GD presentó significación estadística como factor de mal pronóstico ($P= 0.004$), Y no así los tumores aneuploides (NS) o con Fase S alta (NS). Las curvas de sobrevida de los pacientes con tumores aneuploides con fase S alta fueron menores que el resto de la muestra, pero sin alcanzar significancia estadística ($p=0.5$)

Conclusión: El estudio de la ploidía del DNA es una técnica factible y reproducible. En esta serie la presencia de tumores aneuploides o con fase S alta no constituyen factor de mal pronóstico. Creemos necesario estudiar un mayor número de pacientes, idealmente de una misma etapa para aclarar los resultados.

IMPACTO DEL ESTUDIO GENÉTICO EN LOS PACIENTES CON SÍNDROMES POLIPÓSICOS DEL COLON.

Drs. ¹F. López K., ¹K. Álvarez, ¹M. De la Fuente, ¹E. Pinto, ¹U. Kronberg, ¹C. Heine, ¹A.M Wielandt, ^{1,2}p. Orellana,

²p. Carvallo.

¹Unidad de Coloproctología. Laboratorio de Oncología y Genética Molecular, Clínica las Condes. Santiago, Chile. ²Laboratorio de Genética Molecular Humana, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

La Poliposis Adenomatosa Familiar (PAF), es causada por mutaciones en la línea germinal del gen APC, (PAF clásica, > 100 pólipos). Una variante de este síndrome es la forma atenuada (PAFA, entre 10 y 100 pólipos), con desarrollo de cáncer colorrectal después de los 50 años. Los pacientes con PAF atenuado y clásico, sin mutación identificada en el gen APC, pueden ser portadores de mutaciones en el gen MYH. El objetivo de este trabajo es caracterizar el fenotipo de las familias con síndromes polipósicos del colon y relacionarlo con la mutación en la línea germinal identificada.

Método: Desde el registro de tumores hereditarios intestinales, se seleccionaron 30 familias con síndromes polipósicos con mutación identificada en el gen APC o MYH, a las cuales se les evaluó el número de pólipos y las manifestaciones extracolónicas.

Resultados: De las 30 familias seleccionadas, se identificaron mutaciones en el gen APC en 26 y en el gen MYH en 4 respectivamente. En las familias portadoras de mutación en APC, dos de ellas presentaron un fenotipo atenuado y 24 poliposis clásica. En las familias portadoras de mutación en el gen MYH, dos presentaron un fenotipo clásico y dos un fenotipo atenuado. Las manifestaciones extracolónicas se presentaron sólo en aquellos pacientes con mutación en el gen APC, siendo más frecuente los tumores desmoides seguidos de osteomas y pólipo s gastroduodenales. A continuación se describe la asociación entre características clínicas y la localización de la mutación en el gen APC:

| Codón | Exón 1-14 | | Exón 15 | | |
|-------------------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|
| | 1-653 | 654-1000 | 1001-1500 | 1501-2000 | 2001-2840 |
| Tumores desmoides | 0 | 1 | 6 | 1 | 0 |
| Osteomas | 0 | 1 | 5 | 1 | 0 |
| Polipos | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 |
| Fenotipo severo | 1 | 1 | 7 | 1 | 0 |
| Total familias | 6 | 4 | 13 | 3 | 0 |

Conclusión: El estudio genético permite caracterizar a los pacientes con síndromes polipósicos. Los pacientes portadores de mutaciones entre los codones 1001 a 1500 del exón 15 del gen APC, presentan con mayor frecuencia manifestaciones extracolónicas y un fenotipo severo de poliposis.

OPERACIÓN DE HARTMANN, EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE

Drs. R. Loehnert T., A. Navarrete, C. Vergara, M. Abedrapo, A. Csendes, Ints. T. Peralta, N. Gonzalez, J.P. Vildoso.

Hospital Clínico Universidad de Chile, Departamento de Cirugía

Introducción: La operación de Hartmann corresponde a un procedimiento indicado en el manejo de la enfermedad colorrectal complicada.

Objetivo: Analizar las indicaciones y resultados de una serie de casos sometidos a operación de Hartmann y posterior reconstitución del tránsito realizados en el

Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Pacientes y método: Se analizaron en forma retrospectiva serie de casos de pacientes sometidos a operación de Hartmann y posterior reconstitución del tránsito intervenidos en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre el año 2002 y 2007. Se analizaron causas que motivaron la intervención, características de los pacientes, complicaciones y posterior reconstitución con resultados asociados.

Resultados: La muestra quedó constituida por un total de 48 pacientes (22 hombres, 26 mujeres) con una edad promedio de 64 años (rango 29-91 años). El tiempo quirúrgico promedio fue de 157 minutos (rango 60-360 min.). La indicación quirúrgica que motivó el mayor número de intervenciones fue enfermedad diverticular complicada con 50% (24 casos). En orden de frecuencia le siguieron cáncer colorrectal con 25%, trauma 4,1% e isquemia intestinal con 4,1%. Un 31,2% presentó complicaciones quirúrgicas, destacando infección de herida operatoria con 8,3%, seroma y dehiscencia de laparotomía con 6,5%. El procedimiento presentó 6,5% de mortalidad. Se realizó reconstitución del tránsito en 27 pacientes (56,2%), realizándose sutura mecánica en 89% (tiempo quirúrgico promedio: 173 min.) y manual en 11 % (tiempo quirúrgico promedio: 210 min.). De este grupo un 10,4% presentó hernia incisional, 6,25% estenosis de anastomosis y 4,1 % dehiscencia de anastomosis. El tiempo promedio entre la operación de Hartmann y la reconstitución del tránsito fue de 5,6 meses (rango 3-24).

Conclusión: La operación de Hartmann corresponde a una excelente alternativa quirúrgica para manejo de urgencia de lesiones rectosigmoideas. El empleo de suturas mecánicas en la reconstitución del tránsito permite potencialmente reducir el tiempo quirúrgico de este procedimiento.

PESQUISA DE CÁNCER DE COLON EN POBLACIÓN MAYOR DE 50 AÑOS.

Drs. ¹F. López, ¹U. Kronberg, ²R. Avendaño, ³G. Bresky, ⁴M. Castillo, ⁵F. Fluxa, ⁶S. Karelovic, ⁷M. Ocares, ⁸F. Riquelme, ⁶M. Ross, ¹A.M. Wielandt, ¹P. Orellana, ¹E.U. E. Pinto.

¹Unidad de Coloproctología, Clínica las Condes. Santiago. ²Clínica Alemana de Valdivia. ³ Universidad Católica del Norte. ⁴ Hospital Regional de Antofagasta. ⁵Departamento de Gastroenterología Clínica Las Condes. ⁶Hospital Regional de Punta Arenas. ⁷Hospital Regional Concepción. ⁸Hospital del Trabajador Concepción.

En Chile, la mortalidad por cáncer colorrectal (CCR) ha aumentado en la última década y en la mayoría de los pacientes el diagnóstico se hace en forma tardía (etapa III y IV). Aparentemente la mortalidad por CCR no es homogénea en las distintas regiones en Chile. El objetivo es analizar un proyecto de pesquisa de CCR realizado en población mayor de 50 años en seis ciudades de Chile.

Métodos: Trabajo prospectivo, multicéntrico (Antofagasta, La Serena, Santiago, Concepción, Valdivia y Punta Arenas) reclutándose personas mayores de 50 años. En cada paciente se define sintomatología y factores de riesgo (FR) tanto personales como familiares. En los asintomáticos y sin FR se les indica un test inmunológico de sangre oculta en deposiciones (TSOD). Los pacientes con FR, los sintomáticos y/o con TSOD positivo, se les indica una colonoscopia total.

Resultados: Se evaluaron 3492 personas mayores de 50 años quienes fueron divididos en 3 grupos: A: Asintomáticos sin FR (n: 1270), B: Asintomáticos con FR (n: 393) y C: Sintomáticos con o sin FR (n: 1753). Se indicó TSOD a todos pacientes, de los cuales 3155 retornaron sus muestras (90%), dando una positividad global de 9,4%. En el grupo A, la positividad fue de un 6,5%. La colonoscopia fue indicada a 1207 pacientes, realizándose en 254 (21 %). Pólipos en el colon se encontraron en 122 pacientes y 12 de ellos presentaban un CCR (4 de ellos del grupo A). El tratamiento de los pacientes con cáncer fue endoscópico en 3 de ellos y quirúrgico en 9 (4 de ellos por laparoscopia). En la anatomía patológica, ningún paciente presentaba compromiso ganglionar (todos en etapa I y II).

Conclusión: El TSOD inmunológico en pesquisa de CCR presenta una alta adherencia (90%). El esquema de evaluación aplicado en el presente estudio ha permitido detectar en forma precoz el cáncer colorrectal en 12 pacientes, y además definir un grupo de riesgo (pacientes con pólipos) para un futuro seguimiento.

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA COLORRECTAL EN CHILE.
Drs. ¹F. López, ¹C. Heine, ²M. Abedrapo, ³R. Avendaño, ⁴F. Germain, ⁵J. A. Mansilla, ⁶E. Melkonian, ⁷R. Migueles, ⁸M. Ocares, ⁹G. Pinedo, ¹⁰M. Sanhueza.

¹Unidad de Coloproctología, Clínica las Condes, ²Hospital Clínico de la Universidad de Chile, ³Clínica Alemana de Valdivia, ⁴Hospital Naval de Viña del Mar, ⁵Hospital Regional de Temuco, ⁶Hospital del Salvador, ⁷Hospital FACH, ⁸Hospital Regional de Concepción, ⁹Hospital Clínico PUC, ¹⁰Hospital Sótero del Río.

Después de un largo tiempo de evaluación, la cirugía laparoscópica colorrectal (CLC) ha demostrado ser una técnica segura en los pacientes con patologías colorrectales. El objetivo de este trabajo es analizar la experiencia en CLC en Chile.

Métodos: Trabajo prospectivo-descriptivo. Se identificó a los grupos de cirujanos que desarrollan CLC a través de presentaciones en congresos y/o publicaciones y además a quienes mantuvieran una base de datos activa. Se le envió un cuestionario con preguntas relacionadas a la cantidad y el tipo de cirugías realizadas, principales indicaciones quirúrgicas y características demográficas de los pacientes.

Resultados: Se invitó a participar a 13 grupos quirúrgicos obteniendo respuesta de 10 de ellos y son quienes conforman este análisis. El año de inicio de la CLC se encuentra entre 1997 y el 2007. Un total de 29 cirujanos se encuentran realizando esta técnica y la experiencia alcanza a 1286 procedimientos con 380 realizados durante el último año. Las principales indicaciones fueron el cáncer de colon (31%), la enfermedad diverticular (31 %) y las enfermedades inflamatorias intestinales (5%). Los procedimientos más frecuentes fueron la hemicolectomía izquierda (44%), la hemicolectomía derecha (12%), la resección anterior baja (8%) y la operación de Miles (7%). La tasa de conversión fue 7%. La mortalidad promedio fue 0,3% (i: 0-1.3%) y la morbilidad alcanzó a 12%. En cuanto al manejo oncológico, el 70% de los centros encuestados realiza marcación preoperatoria del tumor por colonoscopia y todos protegen la herida operatoria durante la extracción de la pieza operatoria. No hubo reportes de implantes tumorales en sitios de trocar.

Conclusión: La CLC se desarrolla en Chile durante los últimos 10 años ampliándose prácticamente a todas las alternativas técnicas de la cirugía abierta. Los resultados son comparables con series internacionales y muestran que es una técnica segura. La mitad de los centros que la desarrollan se encuentran en provincia.

SECCIONAL COLOPROCTOLOGÍA.
RESULTADOS ONCOLÓGICOS DE LA CIRUGÍA POR CÁNCER DE COLON SEGÚN VÍA DE ABORDAJE.

Drs. A.J. Zárate¹, G. Pinedo¹, F. López², X. Meneses¹, E. Falloux¹, C. Bravo¹, M. Molina¹, F. Bellolio¹, A. Zúñiga¹.

²Unidad de Coloproctología. Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

¹Unidad de Coloproctología Clínica las Condes.

Introducción: Los resultados oncológicos a corto y largo plazo en pacientes con cáncer de colon (CC) dependen principalmente del tratamiento quirúrgico. Objetivo: Comparar los resultados a corto y largo plazo de pacientes operados mediante laparoscopia (GL) y laparotomía (GA) por Cc. Hipótesis: La cirugía laparoscópica permite resultados quirúrgicos y oncológicos equivalentes al abordaje clásico.

Material y método: Análisis comparativo caso-control. Inclusión de pacientes operados mediante laparoscopia por CC según protocolo de estudio y seguimiento. Selección de cirugía con intención curativa. Se realizó un pareo computacional con pacientes operados mediante laparotomía según edad, sexo localización del tumor y ASA. Análisis por intención de tratamiento, mediante test t de student, chi cuadrado. Sobrevida mediante métodos de Kaplan Meier y log rank; consideramos estadísticamente significativo p<0,05.

Resultados: Doscientos pacientes fueron analizados (100 GL Y 100 GA). Los grupos (GL vs GA) fueron similares estadísticamente en edad (66 v/s 68 años), sexo (femenino 49%), y ASA. En GL se convirtió un 9% a cirugía abierta. La estadía postcirugía fue menor en el GL (5 vs 7 días p<0,01). Las complicaciones postoperatorias quirúrgicas fueron similares (GL: 15% v/s GA: 16%; p>0,05). Los linfonodos resecaos y tamaños de piezas operatorias fueron similares (GL vs GA: 22,9 vs 23,1 linfonodos p=0,8 y 22,1 v/s 21,7 cm p=0,6). En 100 pacientes con seguimiento mayor de 30 meses (promedio 50,8 meses) el porcentaje de recurrencia a distancia fue similar (GL vs GA: 16% vs 18%; p=0,7) Y la sobrevida global no evidenció diferencias significativas (GL vs GA: 82% vs 80%; p=0,6).

Conclusión: El tratamiento quirúrgico del cáncer de colon, mediante el acceso abierto o mínimamente invasivo permite resultados oncológicos similares a corto y largo plazo.

RESULTADOS PRECOCES DE LA CIRUGÍA COLORECTAL ELECTIVA EN MAYORES DE 75 AÑOS.

Drs. Alejandro Barrera E., Guillermo Bannura C., Marco Ceroni V., Carlos Melo L., Internos Barbara de Castillo, Fernando Dinamarca.

Servicio y Departamento de Cirugía, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Objetivos: Determinar los resultados precoces

de la cirugía colorectal electiva en pacientes mayores de 75 años en una serie prospectiva, consecutiva, no aleatoria.

Material y método: Desde 1998 hasta Mayo del 2008 se registran en forma prospectiva todos los pacientes intervenidos por cirugía colo rectal electiva y de urgencia. De esta base de datos se seleccionan los pacientes mayores de 75 años con cirugía electiva. Se analizan el diagnóstico pre operatorio, patologías agregadas, índice de Karnofsky, los exámenes pre operatorios y la morbilidad y mortalidad quirúrgica y se comparan con la serie global y los menores de 75 años. Para las pruebas de significación estadística se utilizó el test de chi-cuadrado.

Resultados: la serie es de 135 pacientes con una mediana de edad de 79 años. El 85% presenta alguna patología agregada. dos tercios de la serie presentan un índice de Karnofsky menor a 70%. En el 78% de la serie en motivo de la cirugía fue un cáncer de colon o recto. Destacan entre los exámenes de laboratorio un hematocrito y albúmina sérica menor que el de la serie global, aunque sin alcanzar significación estadística. Se registra una morbilidad que prolonga la estadía hospitalaria en el 24% de la serie (32 casos) y reoperaciones por dehiscencia anastomótica o infección profunda del sitio quirúrgico en el 5% (7 casos). La tasa global de falla de la anastomosis es de un 5,9% (8 casos), 4 de los cuales son reoperados y 4 se manejan en forma conservadora. La mortalidad quirúrgica de esta serie es de un 2% (3 pacientes) la que corresponde a 3 veces la registrada para la serie global (0,7%), aunque sin alcanzar significación estadística. Al comparar esta con la serie de menores de 75 años (0,5%) tampoco alcanza significación.

Conclusión: En esta serie prospectiva, consecutiva y aleatoria se reconoce una morbilidad importante aunque esta es controlable en la gran mayoría de los pacientes y la mortalidad no es significativamente mayor que en la población menor de 75 años, por lo que se justifica el tratamiento quirúrgico en pacientes bien seleccionados.

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD HEMORROIDAL: TÉCNICA DE LONGO. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE (HCUCH)

Drs. D. Espínola, J. Hola, M. Abedrapo, G. Soto, R. Azolas, R. Garrido, G. Bocić, F. Reinares (Equipo de Coloproctología, Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago)

En el tratamiento de la enfermedad hemorroidal la técnica de Longo (PPH) ha demostrado ser un procedimiento menos doloroso y que permitiría al paciente reincorporarse a sus actividades habituales en forma precoz.

Objetivo: Descripción de la experiencia del equipo coloproctología HCUCH en el tratamiento de la enfermedad hemorroidal con la técnica de Longo.

Materiales y métodos: estudio retrospectivo de pacientes operados con técnica PPH entre los años 2001 y 2008 en HCUCR.

Resultados: En total se evaluaron 28 pacientes, 17 hombres y 11 mujeres, con una edad promedio de 52 años (31-75) y cuya sintomatología principal eran rectorragia y prolapso hemorroidal reductible. Todos los pacientes fueron intervenidos bajo anestesia espinal con un tiempo quirúrgico promedio de 45 minutos. Se usó

antibiótico profilaxis en el 96% de los pacientes (24). La altura promedio de la línea de sutura a la línea pectínea fue de 2 cm. Todos los pacientes recibieron analgésicos no esteroideos por vía endovenosa y el dolor post operatorio se calificó según escala visual análoga (EVA) de 0 a 10, con un promedio de 2. La estadía hospitalaria promedio fue de 2,4 días. Dentro de las complicaciones post operatorias: 1 paciente presentó retención urinaria, 2 pacientes presentaron dolor EVA > 5 y 2 pacientes presentaron hemorragia post operatoria requiriendo re intervención, solo 1 paciente fue intervenido a los meses después por reaparición de la sintomatología. Mediante encuesta telefónica se determinó el grado de satisfacción del paciente: el 60% de los pacientes lo calificó como excelente, 32% como bueno, 4% como regular y 4% como malo.

Conclusión: La técnica de Longo es útil en el tratamiento de prolapso hemorroidal, asociada a escaso dolor post operatorio, corta estadía hospitalaria y bajo porcentaje de complicaciones post operatorias. Además de ser un procedimiento mayoritariamente bien evaluado por los pacientes.

VALOR DEL ÍNDICE GANGLIONAR EN LA SOBREVIVENCIA EN EL CÁNCER DE COLON CON N+.

Drs. Marco Ceroni V, Alejandro Barrera E, Guillermo Bannura C, Carlos Melo L. Servicio y Departamento de Cirugía Hospital Clínico San Borja Arriarán, Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Introducción: El índice ganglionar (IG) se ha estudiado principalmente en el cáncer gástrico, el cual tiene valor pronóstico sobre el período libre de enfermedad y sobrevivida a 5 años, sin embargo no hay información de su rol en el cáncer de colon.

Objetivo: Determinar el valor del IG (ganglios positivos/ganglios resecaados) como factor pronóstico de sobrevivida en el cáncer de colon con ganglios comprometidos.

Material y Métodos: Se analizan los pacientes intervenidos en forma consecutiva por cáncer de colon en nuestro servicio desde Enero de 1991 a Mayo de 2007 en los cuales la biopsia definitiva confirma la presencia de ganglios comprometidos por cáncer, obtenidos del registro prospectivo de pacientes con cáncer de colon. Se excluyen del análisis los pacientes sin compromiso ganglionar o metástasis a distancia. El mejor punto de corte para el IG se determinó por medio de curvas ROC y la sobrevivida por medio de curvas de Kaplan-Meier. Se consideró significancia estadística con valor $p < 0,05$.

Resultados: Un total de 107 pacientes presentó ganglios comprometidos por cáncer. Edad promedio 66,4 años. Distribución por sexo: 35 (32%) hombres y 72 (67,2%) mujeres. Etapificación TNM 2002: IIIA 4 (3,7%), IIIB 75 (70%) Y IIIC 28 (26,1%) pacientes. El mejor punto de corte por curvas ROC para el IG es :S 18%. Distribución por IG 52 (48,5%) pacientes tienen IG < 18% Y 55 (51,4%) < 18%. El análisis con curva de sobrevivida Kaplan-Meier comparando la sobrevivida de los pacientes con IG < 18% con > 18% obtiene un valor $p = 0,1159$, lo que no tiene significación estadística.

Conclusión: El IG no es un factor pronóstico en la sobrevivida del cáncer de colon, lo que reafirma el concepto

que los ganglios obtenidos de la pieza operatoria, ressecados en bloque con el colon comprometido, tienen sólo un valor etapificador.

COLOPROCTOLOGÍA

VALOR PROGNÓSTICO DA EXPRESSÃO TUMORAL DO MARCADOR KI 67 EM NEOPLASIAS MALIGNAS COLORRETAIS

Drs. M Jucá, D. Matos, H. Menezes

Serviço de Cirurgia Geral e Digestiva da Santa Casa de Misericórdia de Maceió - Alagoas

Introdução - O câncer Colorretal tem a cirurgia como tratamento preferencial. A evolução pós-operatória tem vários fatores prognósticos que interferem nos resultados. O uso de marcadores tumorais tem sido uma forma de identificar alguma substancia capaz de orientar a futuras terapeuticas ou evolucao clínica. O Ki 67 é uma proteína estreitamente relacionada a proliferayao celular, o que pode ser interpretado que sua hiperexpressao pode ser um fator prognóstico, favorecendo recidivas.

Objetivo - Relacionar a expressao do marcador Ki 67 nos tumores colorretais com características clínicas e do tumor como forma de estabelecer interferencia prognóstica.

Resultados - Foram analisados 67 pacientes submetidos a ressecgao cirúrgica por adenocarcinoma colorretal . A distribuigao 1 da expressao tumoral da Ki-67 foi positiva em 62 tumores (75,6%), e negativa em 20 (24,4%). Quando foi relacionada a expressao da proteína com as recidivas que ocorreram nesse grupo se pacientes sua expressao foi positiva em 10 tumores recidivos (55,6%) e negativa em 8 (44,4), diferenca esta com significancia estatística $p = 0,035$. Outras variáveis foram relacionadas com a expressao de Ki 67, como estadiamento TNM, grau de diferenciagao celular, mortalidade, intervalo livre de doença, todos sem significancia estatística.

Conclusão - Expressão aumentada da proteína Ki 67 no tumor pode revelar sua tendência de recidiva maior que naqueles com expressão negativa, podendo este marcador ser utilizado para no futuro estabelecer esquemas terapéuticos.

COLECTOMÍA TOTAL: INDICACIONES Y COMPLICACIONES

Drs. *C. Benavides, **J. Farias, *C. Zúñiga, **M.

Ocares. Alumno **G. Marisio

**Departamento de Cirugia, Universidad de Concepción; *Servicio de Cirugía Hospital Guillermo Grant Benavente.

Resumen: La Colectomía Total es un procedimiento quirúrgico poco frecuente que consiste en la resección de todo el colon desde la válvula ileocecal hasta el recto o una porción del sigmoides sobre el promontorio, ubicándose la anastomosis a una distancia máxima de 25 centímetros del margen anal.

Tenemos como objetivo comunicar nuestra experiencia en esta cirugía, en el período comprendido entre enero de 2004 y el año marzo de 2008, en el Hospital Clínico Regional de Concepción, obteniendo los datos de los archivos del equipo de Coloproctología y las fichas clínicas respectivas, en un estudio descriptivo y retrospectivo.

Se revisan un total de 28 pacientes, 22 mujeres y 6 hombres. Promedio de edad de 41 años. 10 pacientes fueron sometidos a cirugía de urgencia. Los diagnósticos más frecuentes fueron: colitis ulcerosa 12 pacientes, poliposis adenomatosa familiar 6, constipación pertinaz 4, cáncer de colon 4, otros 2. Veintitrés cirugías se realizaron vía abierta y 5 vía laparoscópica, una de ellas convertida. En 10 pacientes se realizó ileostomía (5 de protección). En la serie 11 pacientes presentaron complicaciones postoperatorias mayores (39%). Dos pacientes fallecieron en el postoperatorio, y un tercero 3 meses después de la cirugía, por causa oncológica. El promedio de días de estada post operatoria fue de 12 días. La frecuencia de deposiciones al tercer mes de postoperado, fue de 3.3 veces por día.

La Colectomía total es un procedimiento asociado a una alta morbimortalidad, en nuestro centro esta no es distinta a la descrita en la literatura internacional. En nuestra experiencia, como en el resto de las publicaciones, la morbimortalidad está asociada generalmente a cirugías realizadas de urgencia y una mala condición preoperatoria del paciente.

Seccional: ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO

CORRELACIÓN DIRECTA ENTRE NIVEL PLASMÁTICO DE DíMERO D y COMPROMISO LINFONODAL EN CÁNCER GÁSTRICO

Drs. F. Venturelli, M. Gabrielli, A. Venturelli, M. Cárcamo, C. Cifuentes.

Instituto de Cirugía. Hospital Base Valdivia.
Departamento de Salud Pública y Epidemiología, Universidad de los Andes. Unidad de Investigación Instituto Nacional del Cáncer.

Introducción: En el cáncer gástrico reseado el principal factor pronóstico es el compromiso linfonodal. Estudios han demostrado que en el adenocarcinoma esofágico los niveles plasmáticos de Dímero D, se correlacionan con el compromiso linfonodal. Recientemente, Kwon HC demostró lo mismo en el adenocarcinoma gástrico.

Objetivo: Establecer si el valor plasmático de Dímero D en el preoperatorio se correlaciona con el compromiso linfonodal en pacientes con adenocarcinoma gástrico.

Métodos: Estudio correlacional. Durante un año a los pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma gástrico operados en el Hospital Base Valdivia, se les solicitó niveles plasmáticos de Dímero D, dentro del estudio preoperatorio. Causas de exclusión fueron: los que libremente rechazaron entrar al estudio, presencia de coagulopatía, los puncionados 48 horas antes del ingreso, los irreseables o con linfadenectomía insuficiente. El resultado de este examen se correlacionó con el compromiso linfonodal y el estadio (TNM) que informaba la biopsia definitiva de la pieza quirúrgica. Se estableció la existencia de dependencia entre dos variables mediante regresión lineal, programa XLstat.

Resultados: Para efectos de análisis se incluyeron 32 casos. Promedio de edad : 66 años, la ubicación más frecuente fue tercio superior (52,94%) Y el 28,13% de los pacientes se encontraban en estadio IIIA.

El coeficiente de correlación entre nivel plasmático de Dímero D y compromiso linfonodal fue de 0,18. ($p=0,3411$)

Conclusión: De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio, existe correlación positiva débil entre los niveles plasmáticos de Dímero D y el compromiso linfonodal en el adenocarcinoma gástrico, no concordando con lo actualmente publicado.

CORRELACIÓN ENTRE BIOPSIA INTRAOPERATORIA Y DIFERIDA EN LÍMITE ORAL DE GASTRECTOMÍAS TOTALES POR CÁNCER GÁSTRICO

Drs. Attila Csendes¹, Luis Aguilera¹, Italo Braghetto¹, Manuel Lillo¹, José Lasen¹ Jaime Jans¹

(1) Departamento de Cirugía, Universidad de Chile.

Introducción: El Cáncer gástrico corresponde a una patología de gran prevalencia. La gastrectomía total continúa siendo el tratamiento de mayor importancia. Su principal morbilidad está dada por la presencia de fistulas en unión esofagoyeyunal. El uso de biopsia intraoperatoria esta asociada a la posibilidad de recorte proximal esofágico y cirugía RO.

Objetivos: Establecer la correlación entre biopsia intraoperatoria y lenta del limite oral en pacientes sometidos a gastrectomías totales por cáncer gástrico.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo. Se revisaron los registros 59 pacientes en forma aleatoria, operados de gastrectomías totales por cáncer gástrico en el departamento de cirugía del Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre 2000 y 2008. Se realizan tablas y gráficos. Los resultados se presentan en forma de proporciones.

Resultados: Se obtuvo un total de 59 pacientes. El 74,57%(44) género masculino y 25,42%(15) femenino. Los tipos histológicos correspondieron a Adenocarcinoma gástrico 93,2%(55), Carcinoma neuroendocrino 3,38%(2), GIST gástrico 1,69(1), Neoplasia indiferenciada gástrica 1,69%(1). El tamaño de la lesión fue de 4,5cm (0,6-13) de ancho por 5,38cm (1,2-16).La grado de infiltración correspondió a serosa 55,9%(33), subserosa 13,5%(8), muscular 20,3%(12), submucosa 5,08%(3), mucosa 3,38%(2). Límite oral macroscópico correspondió a 2,42cm (0,1-9) y distal a 10,22cm (1-24). Biopsias intraoperatoria negativas para tumor 86,44%(51) y positivas 13,55%(8). Los verdaderos negativos correspondieron a 84,74%(50). Sensibilidad 75%, Especificidad 90,9%, VPP 37,5%, VPN 98,03%.

Conclusiones: La gastrectomía total sigue siendo el pilar principal en el tratamiento del cáncer gástrico. Sin embargo la sobrevida de los pacientes continua siendo baja. La biopsia intraoperatoria es un método de seguridad, y está asociado a la posibilidad de recorte proximal. Según lo observado en nuestro estudio corresponde a un método de alta especificidad, sin embargo la sensibilidad solamente alcanza un 75%.

EVALUACIÓN DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD POSTOPERATORIA DE LA GASTRECTOMÍA EXTENDIDA EN CÁNCER GÁSTRICO

Drs. JM. Butte, A. Visscher, F Becker, E. Waugh, M. Meneses, N. Kerrigan, H. Parada, H. De La Fuente
Instituto Oncológico Fundación Arturo López Pérez, Santiago, Chile

Introducción: Al momento del diagnóstico la mayoría de los pacientes con Cáncer Gástrico (CG) presentan compromiso locoregional lo que obliga ,en ocasiones, a realizar resecciones extendidas o multiviscerales para lograr RO. Las resecciones

extendidas se han asociado tradicionalmente a un incremento en la morbilidad y mortalidad perioperatoria. El objetivo de este trabajo es comparar la morbilidad y mortalidad perioperatoria y determinar factores asociados a ella entre pacientes sometidos a una gastrectomía extendida (GE) y aquellos tratados con una gastrectomía estándar o no extendida (GNE).

Material y Métodos: Estudio retrospectivo a partir de los registros clínicos de pacientes con CG resecados entre los años 2000 y 2008. Los enfermos fueron divididos en 2 grupos: grupo A (GE) Y B (GNE). Se analizaron las características clínicas y terapéuticas de cada grupo. Se recolectaron las complicaciones perioperatorias, que fueron estratificadas según el nivel de gravedad (0-5). Se consideró mortalidad postoperatoria la ocurrida hasta 30 días de postoperatorio. Se definió como GE a aquella resección que incluyó uno o más de los siguientes órganos: esófago, bazo, colon, páncreas, diafragma, glándula suprarrenal o hígado. El análisis estadístico se realizó con t-Student, Mann-Whitney, test de X² o prueba de Fisher. Se realizó un análisis multivariado con el modelo de Cox. Se consideró significativo un p<0,05.

Resultados: Se incluyeron 177 enfermos, 101 (57%) hombres, con una edad promedio de 61,5 años (25-87 años). Grupo A: 74 pacientes (44 hombres, edad promedio 62 años). Grupo B: 103 pacientes (56 hombres, edad promedio 61 años). En el Grupo A (GE) se realizó un total de 108 resecciones asociadas en 74 pacientes (promedio: 1,46 resecciones/paciente). Corresponden a: 51 esplenectomías, 18 esofagectomías parciales, 7 esofagectomías totales, 14 pancreatectomías distales, 4 hepatectomías, 8 hemicolectomías, 5 resecciones parciales de diafragma, 1 suprarrenalectomía. Diecinueve pacientes del grupo A (25,6%) Y 11 del grupo B (10,6%) presentaron complicaciones postoperatorias (p<0,05). Seis pacientes del grupo A (8,1 %) y 4 del B (3,9%) presentaron complicaciones grado 3 ó 4 (p<0,05). Cuatro pacientes del grupo A (5%) y 2 del grupo B (1,9%) fallecieron (p<0,05). El análisis univariado mostró como factores pronósticos asociados a mayor morbilidad y mayor mortalidad la edad, el sexo masculino, la GE, el nivel de albúmina, el recuento de linfocitos y la necesidad de reoperación. El análisis multivariado, ajustado por edad y sexo, mostró que los niveles de albúmina preoperatorios y la GE se asocian a mayor morbilidad y mortalidad.

Conclusiones: La GE se asocia a una mayor morbilidad general postoperatoria a mayor morbilidad grave postoperatoria y a mayor mortalidad postoperatoria.

GASTRECTOMIA LAPAROSCÓPICA: EXPERIENCIA DE TRES AÑOS EN LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

Drs. R. Funke, A. Escalona, R. Yáñez, G. Pérez, F. Pimentel, C. Boza, F. Crovari, N. Jarufe, S. Guzmán, L. Ibáñez
Departamento de Cirugía Digestiva, Hospital Clínico Universidad Católica. Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: La cirugía laparoscópica es una alternativa al tratamiento de diversas patologías gástricas. El objetivo de este trabajo, es evaluar los resultados quirúrgicos inmediatos, de los pacientes sometidos a gastrectomía laparoscópica, en el Hospital Clínico de la

Pontificia Universidad Católica de Chile.

Pacientes y Método: Se incluyen todos los pacientes sometidos a gastrectomía laparoscópica en nuestra institución.

Resultados: Desde Mayo de 2005 a Junio de 2008, 32 pacientes fueron sometidos a gastrectomía laparoscópica, 17 hombres y 15 mujeres. Edad promedio es de 64 ± 13 años. En 28 casos por cáncer gástrico, 2 por linfoma y 2 pacientes por un tumor estromal y un carcinoide. En 23 casos se realizó una gastrectomía total con esofagoyeyunoanastomosis en Y de Roux y en los otros 9 pacientes, una gastrectomía subtotal. En 5 de estos se hizo reconstrucción en Y de Roux, y en 4 Billroth II. En los pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico, en 17 casos la cirugía fue con intención curativa. De acuerdo al estudio anatomopatológico, la etapificación postoperatoria fue: Etapa IA: 4 pacientes, IB: 5, II: 2 IIIA: 4, IIIB: 1 y IV: 1 paciente. El promedio de linfonodos resecados fue de 34 ± 3. En toda la serie no hubo necesidad de conversión a cirugía abierta. Dos pacientes presentaron complicaciones quirúrgicas, uno de ellos presentó fístula del muñón duodenal, debiéndose realizar una duodenostomía laparoscópica y el otro presentó hemoperitoneo, secundario a sangrado de un puerto de acceso, resuelto en forma abierta. La mortalidad de esta serie es de un paciente, que corresponde al caso que presentó hemoperitoneo, falleciendo tardíamente por falla multiorgánica.

Conclusión: La gastrectomía laparoscópica es una alternativa segura, con resultados postoperatorios inmediatos satisfactorios.

GASTRECTOMÍA SUBTOTAL CON DISECCIÓN GANGLIONAR D2 LAPAROSCÓPICA VERSUS GASTRECTOMÍA ABIERTA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER GÁSTRICO; ESTUDIO DE CASOS Y CONTROL. Drs. Devaud N.¹, Strong V.², Allen P.², Gonen M.², Coit D.², Brennan M.²

1. Residente de Cirugía General, División de Cirugía, Pontificia Universidad Católica de Chile.
2. Gastric and Mixed Tumor Service, Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York, USA.

Introducción: El cáncer gástrico (CG) es causa conocida de mortalidad por cáncer en países occidentales, siendo la primera en Chile y la cuarta en Estados Unidos. El desarrollo de la cirugía laparoscópica ha permitido incorporar los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva al tratamiento del CG pero con controversias en relación a los resultados oncológicos de esta técnica en comparación a la cirugía abierta.

Material y Método: Estudio de casos y controles comparando 30 pacientes con CG (etapa Ia-IIIb) operados en forma consecutiva desde mayo 2005 mediante gastrectomía subtotal + disección ganglionar D2 laparoscópica (GSL), versus 30 pacientes operados mediante gastrectomía subtotal abierta (GA) seleccionados aleatoriamente de una base de datos de 969 pacientes, ajustados para sexo, edad, IMC y estadio tumoral. Se compararon resultados quirúrgicos, histopatológicos y oncológicos entre ambas técnicas, utilizando como nivel de significancia p<0.05.

Resultados: Los resultados quirúrgicos demostraron un tiempo operatorio para la GSL de 270

minutos (rango 150-485) versus 126 minutos (rango 85-205) para la GA ($p<0.01$). No hubo diferencias significativas en el sangrado intraoperatorio. El tiempo de hospitalización para la GSL fue de 5 días (rango 2-26) comparado a 7 (rango 5-30) luego de GA ($p=0.01$). El dolor post operatorio fue significativamente menor luego de cirugía laparoscópica, requiriendo menos morfina post operatoria ($p<0.01$). No hubo diferencias significativas en complicaciones de < 30 días ($p=0.07$) pero sí en las complicaciones tardías con un número significativamente mayor luego de GA ($p=0.03$). En relación a los resultados histopatológicos, la GSL presentó 1/30 márgenes positivos versus 0/30 en el grupo abierto ($p=NS$). El número de linfonodos resecaos luego de la técnica laparoscópica fue 18 (rango 7-36) versus 21 (rango 7-44) en la cirugía abierta ($p=0.03$). El resultado oncológico demostró que la recurrencia y la sobrevida libre de enfermedad luego de 24 meses de seguimiento no presentó diferencias significativas entre ambas técnicas ($p=NS$). Conclusión: La GSL en el tratamiento del cáncer gástrico demuestra ser técnicamente factible, con claras ventajas en el post operatorio inmediato, menores complicaciones en el post operatorio tardío y resultados oncológicos comparables a la GA.

FACTORES PRONÓSTICOS ASOCIADOS A SOBREVIDA EN EL CÁNCER DE LA UNIÓN GASTROESOFÁGICA (CUGE) RESECADO

Drs. JM. Butte, F. Becker, A. Visscher, E. Waugh, M. Meneses, 1 Court, H Parada, H De La Fuente Instituto Oncológico Fundación Arturo López Pérez, Santiago, Chile.

Introducción: El CUGE es de tratamiento complejo y su pronóstico está fundamentalmente determinado por el compromiso nodal en las lesiones localizadas y la factibilidad de una resección RO. El objetivo de este trabajo es evaluar los resultados quirúrgicos y la sobrevida de pacientes resecaos portadores de CUGE.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo a partir de los registros clínicos de pacientes portadores de CUGE resecaos entre los años 2000 y 2008. Se analizaron las características clínicas, el tratamiento, el estudio anatomopatológico y la sobrevida. Se utilizó la clasificación de Siewert para la ubicación topográfica de la lesión primaria. Se consideró mortalidad operatoria la ocurrida hasta 30 días de postoperatorio. El estadio tumoral fue determinado mediante la clasificación TNM del 2002. El análisis estadístico incluyó test t-Student, Mann-Whitney, test de X² o prueba de Fisher, método de Kaplan-Meier para las curvas de sobrevida y el test de log-rank para comparar las diferencias. Se realizó un análisis multivariado de riesgos proporcionales con el método de Cox. Se consideró significativo un $p<0,05$.

Resultados: Se operaron 39 pacientes, 27 hombres/12 mujeres, con una edad promedio de 63 años (i:40-80 años). Siete presentaron un tumor tipo 1,6 del tipo II y 26 tipo III. A 22 pacientes se les realizó una gastrectomía total con resección parcial del esófago distal y reconstrucción intramediastínica, a 10 una esofagectomía transhiatal ya 7 una esofagogastrectomía total. Se presentaron una o más complicaciones en 17 enfermos (41 %) y no hubo mortalidad postoperatoria. Según la etapificación patológica 5 pacientes se encontraban en estadio I,12 en el II, 9 en el III y 13 en

estadio IV. La mediana de sobrevida y la sobrevida a 3 y 5 años fue de 16,8 meses, 38,4% y 10,5%, respectivamente. El análisis univariado mostró que la presencia de linfonodos positivos, el compromiso perineural y las metástasis en los grupos linfocitales 1 ó 2 se asociaron a peor sobrevida ($p<0,05$). Los pacientes con tumores bien diferenciados y en etapa 1 tuvieron mejor sobrevida ($p<0,05$). El análisis bivariado mostró asociación a peor sobrevida en los pacientes portadores de tumores tipo III (HR 4,89, IC 95% 1,05-22,63), los con linfonodos positivos (HR 1,05, IC 95% 1-1,1), los con presencia de permeaciones vasculares (HR 2,78, IC 95% 1,05-7,32) Y los con compromiso linfocitales N2 (HR 8,27, IC 95% 1,03-66,47). El análisis multivariado mostró que en los tumores tipo III (HR 9,84, IC 95% 1,21-80,02) el compromiso linfocitales N3 y la presencia de permeaciones vasculares HR 3,22, IC 1,16-8,9) tienen una menor sobrevida global.

Conclusiones: La presencia de metástasis linfocitales, tumores tipo III, compromiso linfocitales de grupos 1 - 2 - N2 - N3 Y las permeaciones neurales y/o linfáticas se asocian a peor sobrevida en el CUGE resecao.

INDICE GANGLIONAR EN CÁNCER GÁSTRICO: ¿CUÁL ES EL PUNTO DE CORTE QUE PRONOSTICA LA SUPERVIVENCIA?

Drs. Carlos García, Marco Ceroni, Carlos Benavides, Patricio Rubilar, David Drulinsky, Fernanda Ayala, María Isabel Quijada.

Servicio y Departamento de Cirugía Hospital Clínico San Borja Arriarán, Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Introducción: El compromiso ganglionar en los pacientes con cáncer gástrico es uno de los factores pronósticos más importantes, la clasificación más conocida es de la UICC y AJCC que los divide según la cantidad de ganglios comprometidos. Algunos reportes sugieren que el índice ganglionar (Ganglios positivos/Ganglios resecaos) también tiene un valor. Sin embargo el valor de corte del índice ganglionar (IG) que determina un quiebre en la supervivencia no está claramente definido. **Objetivo:** Determinar el punto de corte del IG que determina el quiebre de la supervivencia en el cáncer gástrico.

Material y Métodos: Se analizaron 378 pacientes intervenidos en forma consecutiva por cáncer gástrico realizando resección RO desde Junio de 1996 a Abril de 2006. Se excluyen del análisis los pacientes sin compromiso ganglionar o con metástasis a distancia. Conformando los 173 pacientes de la presente serie. El mejor punto de corte para el IG se determinó por medio de curvas ROC (Receiver-Operating Characteristic) y la supervivencia por medio de curvas de Kaplan-Meier. Se consideró significancia estadística con valor $p<0,05$.

Resultados: Un total de 173 pacientes presentó ganglios comprometidos por cáncer. Edad promedio 61,6 años. Distribución por sexo: 111 (64,1%) hombres y 62 (35,8%) mujeres. Distribución de pacientes por TNM para el N: N1 56%, N2 26% Y N3 14,4%. El mejor punto de corte por curvas ROC para el IG es $\leq 19,23\%$. Distribución por IG: 81 (46,8%) pacientes tienen IG $\leq 19,23\%$ Y 92 (53,1%) $> 19,23\%$. El análisis con curvas Kaplan-Meier comparando la supervivencia de los pacientes con IG \leq

19,23% con > 19,23% obtiene un valor $p=0,0001$; diferencia estadísticamente significativa.

Conclusión: El IG es un factor pronóstico en la supervivencia en el cáncer gástrico, siendo el valor de corte de 19,23% para un cambio significativo de la supervivencia.

VALOR DE LAS METÁSTASIS LINFÁTICAS DEL GRUPO 10 EN PACIENTES SOMETIDOS A GASTRECTOMÍA TOTAL POR CÁNCER GÁSTRICO.

Drs. C. Cavalla, G. Wiedmaier, I Turu, E. Rivas, P. Salinas, C. Aguayo, D. Corthorn, C. Ospina. Int. A. Rosas, C. Carvajal

Servicio de Cirugía Hospital Padre Hurtado
Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad de Desarrollo.

Introducción: El objetivo del tratamiento del cáncer gástrico es la resección R0 y la linfadenectomía D2. La linfadenectomía D2 para tumores corporales o proximales incluye el grupo 10 o del hilio esplénico. En la mayoría de las escuelas quirúrgicas se realiza esplenectomía para la adecuada recolección linfonodal de este grupo, procedimiento no exento de complicaciones.

El objetivo de este estudio es identificar los elementos comunes que poseen los pacientes con metástasis linfáticas del grupo 10, e identificar la utilidad de la esplenectomía en la linfadenectomía D2.

Material y método: Estudio retrospectivo revisando los pacientes sometidos a gastrectomía total con esplenectomía por cáncer gástrico en nuestro servicio durante el periodo Enero 2000 a junio del 2008, registrando edad, sexo, profundidad del tumor, número de linfonodos resecados, metástasis linfonodales, número de linfonodos resecados del pedículo esplénico y su positividad. Se analizaron los datos con software estadístico.

Resultados: Se realizaron 87 gastrectomías totales con intención curativa por cáncer gástrico que incluían esplenectomía como parte de la linfadenectomía, el promedio de edad fue de 60 años, con un rango entre 22 y 85 años, en promedio se resecaron 49 linfonodos por pacientes. El grupo 10 en promedio aportó 2 linfonodos a la recolección total. Sólo el 9% de los pacientes tenía compromiso tumoral del grupo 10. Los pacientes con metástasis en el grupo 10 poseen en promedio 27 linfonodos positivos de toda la recolección y en su gran mayoría tenían compromiso de serosa.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes gastrectomizados con esplenectomía y que poseen enfermedad metastásica linfática del grupo 10, tienen enfermedad local avanzada y enfermedad linfática masiva. La esplenectomía aumenta en forma discreta la recolección total de linfonodos. Los datos sugieren que en presencia de una linfadenectomía D2 técnicamente satisfactoria (adecuada cosecha linfonodal), la esplenectomía e incluso la disección del pedículo esplénico no cambian la estadificación ni el pronóstico de los pacientes.

LINFADENECTOMÍA EN GASTRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA VERSUS ABIERTA POR CÁNCER GÁSTRICO

Drs. R. Funke, R. Yáñez, G. Pérez, F. Pimentel, C. Boza, F. Pimentel, N. Jarufe, S. Guzmán, L. Ibáñez, A. Escalona.

Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina.
Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: La gastrectomía laparoscópica es una nueva alternativa en el tratamiento quirúrgico curativo del cáncer gástrico. Uno de los principales indicadores de calidad de la cirugía en esta patología es la cantidad de linfonodos resecados. El objetivo de este estudio es comparar el número de ganglios obtenidos en gastrectomía por cáncer gástrico con técnica abierta vs laparoscópica en una nuestra institución.

Pacientes y Método: Se revisó el registro prospectivo de todos los pacientes con cáncer gástrico sometidos a gastrectomía laparoscópica con intención curativa en nuestra institución. Estos pacientes fueron pareados según sexo, edad y etapa TNM con pacientes de similares características sometidos a gastrectomía abierta en el mismo periodo.

Resultados: Entre los años 2005 y 2008, 17 pacientes con cáncer gástrico fueron sometidos a gastrectomía laparoscópica con intención curativa. La edad promedio fue de 62 años (rango 40-80), 9 (53%) fueron hombres. En 12 pacientes se realizó gastrectomía total, en 5 pacientes subtotal, con un tiempo operatorio de 250 ± 15 minutos, estadía hospitalaria $6,25 \pm 0,2$ días. De acuerdo al estudio histopatológico 4 pacientes se encontraban en etapa IA, 5 en IB, 2 en II, 4 en IIIA, 1 en IIIB y 1 en etapa IV. El promedio de linfonodos resecados fue de 34 ± 3 vs $33 \pm 3,8$ ($p < 0,26$) ganglios en los grupos laparoscópico y abierto respectivamente.

Conclusión: El número de ganglios resecados en pacientes sometidos a gastrectomía laparoscópica por cáncer gástrico es comparable a pacientes sometidos al mismo procedimiento por vía abierta.

RESECCIÓN DE METÁSTASIS HEPÁTICAS EN CÁNCER GÁSTRICO

Drs. M. Fernández, L. Manríquez, Inta. P. León, R. Humeres, H. Ríos.

Servicio de Cirugía, Hospital Militar de Santiago. Facultades de Medicina Universidad de Valparaíso y Universidad de los Andes

Introducción: el cáncer gástrico es la segunda neoplasia más frecuente del mundo y en Chile es la primera causa de muerte por cáncer en hombres. Las metástasis hepáticas son frecuentes, pero la indicación de resección quirúrgica es controversial. Sin embargo, publicaciones recientes muestran sobrevida a 5 años de 26% a 38% en pacientes seleccionados.

Objetivo: reportar nuestra experiencia en resección de metástasis hepáticas en cáncer gástrico y analizar los aspectos clínicos, radiológicos, histopatológicos y factores pronósticos.

Material y Método: estudio descriptivo de pacientes con gastrectomía total o subtotal por cáncer gástrico sometidos a resección de metástasis hepática metacrónica entre los años 2000 y 2007, considerando como indicación quirúrgica la presencia de metástasis única, ausencia de diseminación peritoneal y otras metástasis a distancia, y condición general óptima en evaluación preoperatoria.

Resultados: se operaron 5 pacientes, 4 hombres y una mujer, con edades entre 41 y 78 años. Se realizó el diagnóstico de metástasis hepática a través de una

tomografía axial computada de abdomen y pelvis, con intervalo libre de enfermedad entre 9 y 24 meses post gastrectomía. La resección fue a través de segmentectomía hepática en 3 casos y lobectomía derecha en 2 casos. En 4 pacientes se confirmó la presencia de metástasis hepática única mediante ecografía intraoperatoria. En estudio histopatológico posterior, un paciente presentaba 3 metástasis hepáticas y 4 pacientes tenían metástasis única; el diámetro de los nódulos osciló entre 2.2 y 7 cm. No hubo mortalidad quirúrgica en esta serie. Actualmente de los 5 pacientes operados, 3 tienen sobrevida mayor a 5 años sin evidencia de recidiva, un paciente presenta recurrencia hepática y otro presenta enfermedad diseminada.

Conclusión: la resección quirúrgica de metástasis hepática en cáncer gástrico es una opción válida de tratamiento, potencialmente curativo en casos de metástasis hepática metacrónica única de adenocarcinomas gástricos diferenciados sin compromiso seroso.

ADENOCARCINOMA ESOFÁGICO. REVISION DE CASOS

Attila Csendes¹, Luis Aguilera¹, Jaime Jans¹, José Lasen¹, Manuel Lillo¹, Ximena Figueroa², Jonathan Veliz².

¹: Departamento de Cirugía Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago.

²: Internos de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago.

Introducción: El cáncer de esófago constituye una de las neoplasias con peor pronóstico. La histología más frecuente hasta hace pocos años la constituía el carcinoma escamoso con cerca del 90% de los casos. Esto ha variado en las últimas décadas representando el adenocarcinoma esofágico más de un tercio de los casos.

El objetivo: Evaluar los Adenocarcinoma esofágicos manejados en nuestro centro, y revisar aspectos epidemiológicos, clínicos y terapéuticos.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes con Adenocarcinoma esofágico manejados en nuestro centro entre los años 2003 y 2008. Los datos fueron obtenidos de los registros clínicos. Los resultados fueron procesados en Planilla Excel.

Resultados: Se analizaron 33 pacientes con adenocarcinoma esofágico, correspondiendo al 60% de los cánceres de esófago manejados en nuestro centro durante el periodo evaluado. El 78% correspondieron a pacientes mayores de 50 años, 78% de género masculino. Dentro de los antecedentes un 40% presentaban reflujo gastroesofágico patológico, 50% Esófago de Barret y el 60% eran fumadores. El 60% de los casos refería síntomas de 2 o menos meses de evolución. El 80% presentó disfagia y un 70% baja de peso. El 88% de las lesiones se localizaron en el tercio distal del esófago. El 88% de los pacientes fueron sometidos a Esófagolectomía total, logrando RO en el 80% de los casos. El 60% de los casos presento alguna complicación quirúrgica, siendo la principal la fístula de la anastomosis Cervical.

Conclusiones: En nuestra serie, el adenocarcinoma constituye la histología más frecuente en el cáncer de esófago. El RGE, el Barret y el tabaquismo se presentan en la mayoría de los casos. Todos los pacientes tratados con intención curativa fueron

sometidos a Esófagolectomía total, siendo este un procedimiento de alta morbilidad.

CÁNCER GÁSTRICO: ANÁLISIS DE SOBREVIDA EN PACIENTES TRATADOS DURANTE PERÍODO 1995-2003, HOSPITAL DR. HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA, TEMUCO.

Dres.: P. Flores, L. Jara, J. Jara, E. Fernández, M. Flores, A. Soto, G. Arredondo. Als.: C. Vasquez, M. Urrutia.

Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco

Introducción: El Cáncer Gástrico presenta alta incidencia en nuestro país, el tratamiento quirúrgico se mantiene como la terapia de elección en casos con intención curativa. Se analizan durante un periodo de 9 años, los resultados del tratamiento de esta patología en el Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (HHHA), Temuco.

Objetivos: Realizar seguimiento y análisis de pacientes diagnosticados y tratados por cáncer gástrico, en nuestro centro asistencial, en el periodo 1995-2003, siendo la sobrevida a 5 años el objetivo del presente trabajo.

Metodología: Estudio descriptivo, serie de casos retrospectiva que incluye el periodo de tratamiento del cáncer gástrico, en HHHA, correspondiente a los años 1995 - 2003. Datos obtenidos a través de revisión de fichas clínicas y consulta Certificados Registro Civil.

Resultados: En el periodo estudiado hay registro de 608 pacientes diagnosticados de Cáncer Gástrico, los cuales fueron manejados en el Servicio de Cirugía HHHA, De estos, 209 fueron sometidos a cirugía con intención curativa, optando a Gastrectomía Total o Subtotal asociado a linfadenectomía O2, con quimiorradioterapia adyuvante según indicación de comité oncológico. La sobrevida global a 5 años de los pacientes sometidos a cirugía con intención curativa es de 42%, en seguimiento pacientes 1999 a 2003. En los pacientes fallecidos el promedio de sobrevida fue de 18,5 meses. En 126 casos, se realizó laparoscopia/ laparotomía exploradora que evidenció etapa avanzada de la enfermedad, lo que no permitió opción curativa, 39 pacientes fueron sometidos a terapias quirúrgicas paliativas como realización de gastrostomía, yeyunostomía o derivaciones. Se mencionan además complicaciones quirúrgicas de 8.5% y mortalidad operatoria de 3%.

Conclusiones: Los resultados del tratamiento del Cáncer Gástrico en el Servicio de Cirugía del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco, muestran una sobrevida a 5 años de 42%, la que es comparable a otras series publicadas, así como las complicaciones quirúrgicas y mortalidad operatoria.

RECONSTITUCIÓN DEL TRÁNSITO ESOFAGOGÁSTRICO POST PERDIDA PARCIAL O TOTAL DEL TUBO GÁSTRICO POST ESOFAGECTOMIA TOTAL Y ASCENSO GÁSTRICO.

Drs. Braghetto I., Cardemil G., Venturelli A., Herrera M., Rojas J., Csendes A., Korn O. Sepulveda S., Zink M.

Necrosis parcial o total del tubo gástrico ascendido post esofagolectomía total por cáncer con estenosis severa o separación completa de los cabos es una complicación rara, grave y de difícil solución. En otras oportunidades por mala técnica de esofagostomía cervical los extremos esofágicos quedan muy separados. En estos pacientes

el tratamiento quirúrgico es indicado para reestablecer el tránsito digestivo.

En este trabajo se presenta la experiencia en el tratamiento quirúrgico de estos pacientes. Hemos operado 18 pacientes estudiados con Rx EED o TAC. Todos estos pacientes presentaron fistula esofagica o estenosis casi total y se alimentaron transitoriamente con SNY o yeyunostomia.

En 15 hubo estenosis severas (3 pacientes) o por necrosis del extremo proximal del tubo gástrico ascendido (12 pacientes) con separación completa de los cabos esofágicos o gástricos. En otros 3 casos hubo esofagostomas cervicales separados que necesitaron reconstitución del tránsito.

Resultados: en 3 casos se efectuó reanastomosis esofago-esofagica post esofagostomias cervicales. En 8 casos se efectuó reanastomosis esofagogastrica en un segundo tiempo post ascenso gástrico fallidos: en 4 casos el tubo gástrico fue ascendido por el espacio retrosternal y se logró rehacer la anastomosis en un segundo tiempo principalmente por estenosis críticas que no respondieron a dilataciones repetidas, en 2 casos el tubo gástrico se dejó precozmente en espacio subcutáneo para reanastomosis posterior, 2 casos se efectuó estemotomía par ascender el tubo gástrico retrosternal para anastomosis cervical. En 5 casos se efectuó interposición de colon derecho y 2 pacientes con separación de mas de 10 cm se efectuó injerto libre de yeyuno con técnica microquirúrgica.

Complicaciones: Fístula postoperatoria en 3 pacientes sin consecuencias alejadas, infección esternal se observó en 1 paciente. No hubo mortalidad postoperatoria.

Conclusiones: existen diferentes opciones quirúrgica para el tratamiento de estos casos que son de difícil solución, las cuales se deben decidir de acuerdo a las características anatómicas de cada caso.

RANKING PRONÓSTICO DE LOS PRINCIPALES TUMORES DIGESTIVOS ALTOS.

Drs. Carlos Garcia, María Isabel Quijada. Marco Ceroni, Femanda Ayala, Carlos Benavides, Patricio Rubilar, David Drulinsky.

Servicio y Departamento de Cirugía Hospital Clínico San Borja Arriarán, Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Introducción: ¿Cuál es el tumor digestivo alto con mejor supervivencia? ¿Cuál de ellos es el que posee mayor resecabilidad? Muchas de estas preguntas se realizan con frecuencia en nuestro quehacer diario y poca es la literatura disponible para responder esta interrogante. El objetivo del presente estudio es comparar los resultados del diagnóstico y del tratamiento quirúrgico de los principales tumores digestivos altos y efectuar un ranking.

Material y Método: Estudio de todos los pacientes operados por cáncer digestivo alto, consecutivamente, en el Servicio de Cirugía del Hospital San Borja-Arriarán entre enero del 2002 y diciembre del 2005. Se estudiaron variables demográficas generales, diagnóstico patológico, resecabilidad, estadio tumoral y supervivencia. Para la etapificación se utilizó la última versión del TNM para cada tipo de tumor. Se definieron criterios de cirugía con intención curativa y morbi-mortalidad.

Resultados: En el periodo mencionado se han operado 366 pacientes con cáncer digestivo alto primario. La distribución por frecuencia fue: estómago (204 casos), vesícula (70), páncreas (35), esófago (27), peri-ampular (18) e primario de hígado (12). En cuanto a resecabilidad la lista está encabezada por esófago (70,3%) y luego estómago (64,2%). El de menor resecabilidad es el de páncreas(25,7%). En cuanto al porcentaje de lesiones precoces en cada tipo de tumor, las lesiones primarias de hígado ocupan el primer lugar (71%) seguidas por los tumores de vesícula biliar(52%). En supervivencia general, en los primeros lugares están el periampular, de estómago e hígado y en último término los tumores del páncreas. La supervivencia de lesiones resecaadas con intención curativa el primer lugar lo ocupa el hígado con un 80% a 5 años, seguido por el periampular (70%), luego el de vesícula (61%), estómago (57%), esófago (53%) y en ultimo término el de páncreas con un 22% a 5 años.

Conclusiones: El tumor digestivo de peor pronóstico en nuestro medio es el cáncer de páncreas, el que tiene más baja frecuencia de diagnóstico precoz, menor resecabilidad y pésima supervivencia a largo plazo. El resto de los tumores digestivos tiene un pronóstico similar en cuanto a resecabilidad y supervivencia, destacando el tumor primario de hígado, periampular y de estómago.

PROPIEDADES DIAGNÓSTICAS DE UNA ESCALA DE SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO, PARA DIAGNOSTICAR ESOFAGITIS ENDOSCÓPICA SECUNDARIA.

Drs. C. Manterola, R. Torres-Quevedo, A. Sanhueza, V. Pineda.

Departamento Cirugía, Universidad de La Frontera.

Introducción: La esofagitis es una complicación evolutiva de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), que requiere de consultas y exámenes reiterativos. El objetivo de este estudio es determinar propiedades diagnósticas de una escala de síntomas de enfermedad por reflujo gastroesofágico, para diagnosticar esofagitis endoscópica secundaria a reflujo gastroesofágico (EERGE).

Material y Método: Estudio de pruebas diagnósticas. Se estudiaron 238 sujetos (57,6% de género femenino), con edad promedio de 44,2±13,0 años, derivados a centros de endoscopia para endoscopia digestiva alta por diversa sintomatología. Para ello, se realizó un estudio bicéntrico, utilizando las dependencias y pacientes del Hospital Clínico de la Frontera de Temuco y Clínica Sanatorio Alemán de Concepción (Chile); ambos, centros de atención privada. Se realizó endoscopia digestiva alta (estándar de referencia) y se aplicó una escala de síntomas válida y confiable para diagnóstico de ERGE. La variable EERGE se trató de forma dicotómica, de este modo, el 57,1% de la muestra presentaba EERGE. El tamaño de muestra se calculó en base a un 95% de intervalo de confianza, sensibilidad esperada de 68% y peor resultado de 60%, especificidad esperada de 96% y peor resultado de 90%. Se aplicó estadística descriptiva y posteriormente se construyó una curva ROC, calculándose porcentaje de clasificación correcta y área bajo la curva de los diversos puntos de corte generados. Se calculó sensibilidad (S), especificidad (E), valores

predictivos positivo y negativo (VPP y VPN), razones de probabilidad positiva y negativa (RPP y RPN) y precisión diagnóstica (PO) de la escala.

Resultados: Con el punto de corte seis, se verificó asociación entre la escala y EERGE con OR de 7,26 y un área bajo la curva de 0,782. Se obtuvo S de 74,3% y E de 71,6%, VPP de 77,7%, VPN de 67,6%, RPP de 2,61 y RPN de 0,36, y PO de 54,6%.

Conclusión: Se determinó propiedades diagnósticas de una escala de síntomas de ERGE para el diagnóstico de EERGE. Existe asociación entre la escala utilizada y la presencia de EERGE.

TÉCNICA Y EXPERIENCIA INICIAL CON FUNDOPLECTURA TRANSORAL PARA EL MANEJO DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Drs. JI Fernández, A Sharp, F Pimentel, L Ibáñez, C Boza

Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina. Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: La cirugía antireflujo ha demostrado ser segura y efectiva para el manejo del reflujo gastroesofágico (RGE). Sin embargo, hasta la fecha no se ha logrado obtener un procedimiento endoscópico antireflujo seguro y efectivo a largo plazo. El objetivo de este trabajo es describir la técnica y experiencia inicial de la fundoplicatura transoral (FTO) con el sistema EsophyX®, para el tratamiento del RGE.

Material y Métodos: La FTO se realizó en pacientes con RGE comprobado por PHmetría de 24hrs; mediante la inserción del Esophyx® por vía transoral, restituyendo el ángulo esófago gástrico a través de una fundoplicatura grapada bajo visualización endoscópica directa. Se evaluó la eficacia del procedimiento mediante endoscopia de control, suspensión de medicamentos antireflujo y encuesta de calidad de vida pre y post procedimiento (GERD-HRQL).

Resultados: Fueron sometidos a FTO tres pacientes de sexo femenino, con una edad de 56, 59 Y 66 años. La endoscopia mostró una unión gastroesofágica (UGE) grado III a IV de Hill, y no se observó esofagitis ni hernia hiatal en ninguna de ellas. El puntaje promedio de la GERD-HRQL preprocedimiento fue 26. La FTO se realizó sin incidentes en los tres pacientes, en un tiempo de 50 a 120 min. No se registraron complicaciones. Las tres pacientes fueron dadas de alta al día siguiente. Los efectos adversos más frecuentes, fueron dolor en hipocondrio izquierdo, distensión abdominal y náuseas en las primeras 24hrs. Las tres pacientes suspendieron exitosamente su terapia antireflujo al mes postoperatorio, con un puntaje de GERD-HRQL promedio de 1 (p=0,0 1). La endoscopia de control confirmó restitución de una UGE Hill 1 en los tres casos.

Discusión: La FTO pareciera ser una terapia factible y segura para el tratamiento del RGE. Es necesario evaluar un mayor número de casos, con seguimiento a largo plazo para establecer su real eficacia y seguridad.

CALIBRACIÓN CARDIAL Y GASTROPEXIA POSTERIOR (CC+GP) V/S SUPRESIÓN ÁCIDA + DERIVACIÓN DUODENAL POR VÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES CON ESÓFAGO DE BARRETT (EB) CORTO O LARGO:

ESTUDIO PROSPECTIVO.

Drs. I. Braghetto¹, O. Korn¹, H. Valladares¹, L. Brunet².

¹: Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago.

²: Departamento de Anestesia, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago.

La cirugía antireflujo clásica se ha indicado en pacientes con Esófago de Barrett corto o largo. De acuerdo a los resultados reportados, la recurrencia postoperatoria es significativamente mayor en pacientes con EB largo por lo que nuestro grupo ha sugerido efectuar en estos pacientes un procedimiento de supresión ácida y derivación biliar en estos pacientes.

El objetivo: de este estudio prospectivo es presentar los resultados de la CC+GP en pacientes con esófago corto o largo comparado con los resultados obtenidos en pacientes con EB largo sometidos a CC+GP + vagotomía + antrectomía + GY en Y de Roux actualmente efectuados por vía laparoscópica.

Método: 63 pacientes fueron evaluados con el mismo protocolo de estudio clínico, endoscópico, radiológico, manométrico y con monitoreo de pH esofágico de 24hr. y ambos tipos de cirugía se efectuaron por vía laparoscópica. Se realizó CC + GP en 35 pacientes con EB corto y en 28 pacientes con EB largo, en 12 de estos últimos se agregó Vagotomía + Antrectomía + GY en Y de Roux.

Resultados: la recurrencia en los pacientes con EB corto tratados con calibración cardial fue menor que la observada en los pacientes con EB largo sometidos al mismo procedimiento (8,5 vs 56,2 %). Los pacientes con EB largo en los que se agregó Supresión ácida mas derivación biliar tuvieron menor recurrencia que los no sometidos a esta técnica (12,5 vs 56,2 %).

Conclusión: Pacientes con EB corto presentan excelentes resultados post CC+GP, pero pacientes con EB largo sometidos a esta técnica presentan significativa mayor recurrencia clínica y objetiva. La cirugía antireflujo con supresión ácida y derivación biliar por vía laparoscópica tiene excelentes resultados en pacientes con EB largo o complicado.

RESULTADOS POSTOPERATORIOS POST CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE LAS GRANDES HERNIA HIATALES: ¿ES SIEMPRE NECESARIA EL USO DE MALLA? ¿ES NECESARIO UN PROCEDIMIENTO ANTIRREFLUJO?

Drs. I. Braghetto¹, O. Korn¹, A.Csendes¹, P. Burdiles, H. Valladares¹, A.Debandi¹, L. Brunet².

¹: Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago.

²: Departamento de Anestesia, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago.

El abordaje laparoscópico es el procedimiento de elección para el tratamiento quirúrgico de las Hernias hiatales axiales, paraesofágicas mixtas o complejas. En la literatura se discuten el uso de malla protésica y la necesidad de un procedimiento Anti RGE para evitar la recurrencia sintomática y objetiva.

Objetivo y Método: En el presente trabajo prospectivo se presentan los resultados clínicos y de laboratorio en 69 pacientes antes y después de hiatoplastia y calibración Cardial con Gastropexia operados por vía

laparoscópica controlados desde el punto de vista clínico, endoscópico, radiológico, manométrico y test de reflujo ácido.

Resultados: la recurrencia sintomática y objetiva se observó en 6/69 pacientes (8.7%) de los cuales 2/30(6.6%) corresponden a hernias axiales tipo I y 4/13 (30.7%) a pacientes con hernias complejas tipo IV. En 4/7 (50.7%) pacientes en los cuales no se usó malla de refuerzo hubo recurrencia radiológica con hernias tipo 1. En los pacientes en los cuales se usó malla de refuerzo no se ha observado recurrencia. El estudio manométrico y monitoreo de pH de 24hr. postoperatorio mostró esfínter esofágico inferior incompetente y reflujo ácido presente en 5 de os 69 pacientes operados.

Conclusión: el uso de una malla protésica de refuerzo y el procedimiento antirreflujo con Gastropexia posterior reducen el riesgo de recurrencia sintomática y objetiva tanto de la hernia hiatal propiamente tal como del reflujo gastroesofágico.

REFLUJO GASTROESOFAGICO Y OBESIDAD: ESTRATEGIA QUIRÚRGICA POR VÍA LAPAROSCÓPICA.
Drs. I. Braghetto, L.Gutierrez, A. Csendes, O. Korn, A. Sauré., H. Valladares.

Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

En la literatura y en un reciente meta-análisis, se concluye que la enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) con esofagitis crónica y Barrett es entre 1.25 a 3 veces más frecuente en pacientes con diverso grado de obesidad.

Se ha planteado que estos pacientes pueden tener exitosos resultados con tratamiento quirúrgico que cumpla con el doble objetivo de tratar el reflujo y mejorar los índices de obesidad.

El objetivo del presente trabajo es presentar la estrategia quirúrgica y sus resultados en pacientes con distinto grado de severidad de la ERGE que presentan obesidad grado I-II y obesidad mórbida.

Se incluyen 26 pacientes estudiados profundamente con endoscopia, manometría, biopsia, monitoreo de pH de 24 horas, de los cuales 8 presentan esófago de Barrett extenso y esofagitis; 6 pacientes con esofagitis y/o Barrett con IMC < 35 Y 12 pacientes con esofagitis sin Barrett con IMC < 35 a los cuales se les indicó cirugía bariátrica.

Resultados: Los 8 pacientes con obesidad mórbida y Barrett asociado se indicó Gastrectomía casi total (95%) con gastroyunostomía asa larga laparoscópica, en los 6 pacientes con esofagitis y Barrett con índice < 35 se realizó calibración cardial más cierre de pilares más gastropexia posterior más vagotomía selectiva más gastrectomía subtotal tipo A-D (60-75%) más gastroyunostomía anastomosis en Y de Roux con asa larga (120 cm) y en 12 pacientes con esofagitis sin Barrett se efectuó cirugía antirreflujo más gastrectomía vertical tubular distal.

En todos los pacientes con Barrett y GST 95% +GY Y Roux asa larga desaparecieron los síntomas de reflujo y los índices de obesidad han mejorado significativamente en el seguimiento. Los pacientes sometidos a cirugía antirreflujo más Gastrectomía subtotal distal presentan un comportamiento similar en cuanto a control de la esofagitis y presentan mejoría progresiva de los índices de obesidad. Los pacientes sometidos a Cirugía antirreflujo y

Gastrectomía en manga distal refieren desaparición de la sintomatología, regresión de la esofagitis y han bajado en promedio 10Kg., disminución de 4 puntos en el IMC en el primer mes de control y posteriormente han presentado un patrón similar a los pacientes con gastrectomía en manga. No se tienen resultados a mas largo plazo.

Conclusión: los pacientes con EGE que presentan diverso grado de obesidad deben ser evaluados y sometidos diversas opciones quirúrgicas de acuerdo a su IMC.

FALLA ENDOSCÓPICA O RADIOLÓGICA POST CALIBRACIÓN CARDIAL: ASOCIACIÓN CON RECURRENCIA CLÍNICA, MANOMÉTRICA, PHMÉTRICA Y ENDOSCÓPICA.

Drs. Italo Braghetto, Owen Korn ,Héctor Valladares, Cristóbal Davanzo , Anibal Debandi , Ana Henríquez, Gonzalo Inostroza.

La Calibración cardial con gastropexia posterior es una de las técnicas quirúrgicas empleadas en el tratamiento antirreflujo que se caracteriza por ser simétrica con escaso riesgo de deformidades patológicas postoperatorias en la unión gastroesofágica. Esta técnica puede presentar recurrencia postoperatoria por falla en los mecanismos valvulares antirreflujo. después de cirugía antirreflujo se ha reportado fallas entre un 10-15% de los pacientes con esofagitis erosiva no Barrett y hasta un 50% en pacientes con Barrett asociados a un monitoreo de pH de 24h y manometrías anormales aun en pacientes asintomáticos. El objetivo de este trabajo prospectivo es presentar la evaluación clínica, manométrica, radiológica, pH métrica y endoscópica en pacientes con adecuada válvula antirreflujo versus un grupo de pacientes en los cuales la construcción de una válvula antirreflujo fue defectuosa y correlacionarla con la recurrencia de la enfermedad. Se incluyen 90 pacientes estudiados con endoscopia y radiología al mes de operados y con manometría, endoscopia y pH metria después de 3 años de operados.

Resultados: En pacientes con restauración normal de una buena válvula antirreflujo los resultados fueron exitosos entre un 80-90%. La falla manométrica se observó en el 10.8% de los cuales en un 66.6% se debió con defectuosa restauración de la válvula antirreflujo. falla endoscópica se observó en un 18.8% y reflujo ácido positivo en un 24.4%. síntoma de reflujo postoperatorio se observó en el 16.6%. La recurrencia subjetiva y objetiva se observó en aquellos pacientes en los cuales la cirugía no fue exitosa en restaurar una buena barrera antirreflujo.

DAÑO ANATÓMICO PROVOCA DISFUNCIÓN MECÁNICA DEL ESFÍNTER GASTROESOFÁGICO DESPUÉS DE GASTRECTOMÍA SUBTOTAL

Drs. O. Korn, P. Burdiles, E. Lanzarini, A. Henríquez
Departamento Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile
Santiago, Chile

Introducción: La disfunción mecánica del esfínter esofágico inferior (EEI) y la esofagitis en pacientes sometidos a gastrectomía subtotal es un hecho reconocido, sin embargo el mecanismo causal de estas alteraciones no esta dilucidado. La hipótesis de este

estudio fue que la sección transversal del estómago corta las «fibras oblicuas» («sling fibers»), uno de los componentes musculares del EEI y este daño anatómico se traduce en la alteración funcional del EEI.

Material y Método: Siete perros, entre 18 y 30 kg, bajo anestesia endovenosa y oxigenados mediante intubación orotraqueal fueron sometidos a laparotomía. Mediante manometría estacionaria usando un cateter perfundido multilumen se realizó estudio manométrico del EEI en cada perro, en condiciones basales (estómago vacío e indemne), después de la sección transversal del estómago bajo el nivel de la vena cardiotuberositaria (estómago cortado y abierto) y finalmente después de cerrar el muñón proximal gástrico con sutura corrida (estómago cortado y cerrado). El promedio de tres mediciones fue registrado y cada perro fue su propio control.

Resultados: Después de la sección transversal gástrica la presión del EEI disminuyó en 5 perros y aumentó en 2. Después del cierre del muñón gástrico proximal la presión del EEI con respecto a la presión basal mostró una disminución en 5 perros, aumentó en 1 y recobró la misma presión basal en 1 perro.

Conclusión: La sección transversal del estómago en su tercio proximal así como el cierre de este muñón mediante sutura, provoca cambios en la presión del EEI. Esto puede explicarse porque al seccionar el estómago a ese nivel se cortan a la vez las «fibras oblicuas» (sling fibers) y por lo mismo la sutura del muñón gástrico las vuelve a fijar o re anclar, con mayor o menor tensión lo que puede generar una mayor o menor presión a nivel del EEI. Esto hallazgos dan una explicación razonable a este fenómeno largamente debatido.

PERFIL MICROBIOLÓGICO DEL SACO HERNIARIO EN HERNIAS COMPLICADAS OPERADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIA

Drs. J Morales^{1,2}, L Canales¹, C Morales³.

1. Servicio Cirugía, Hospital Clínico Herminia Martín de Chillán.
2. Jefe Internado Cirugía, Universidad Católica de la Santísima Concepción.
3. Interno Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción.

Introducción: La reparación protésica de hernias complicadas está aún en discusión, por temor a la infección de la malla al implantada en un sitio inflamado y potencialmente colonizado por bacterias, translocadas del tubo digestivo. Nuestro estudio tiene como objetivo determinar la presencia de microorganismos en saco herniario de pacientes adultos operados de urgencia con diagnóstico de hernia abdominal complicada.

Material y Método: Se realizó estudio prospectivo-descriptivo incluyendo 41 pacientes ingresados al servicio de urgencias con diagnóstico de hernia complicada en cualquiera de sus variedades, reparadas quirúrgicamente en la unidad. Previa a reparación del defecto herniario y una vez expuesto este se tomó muestra con tórula de su superficie (Muestra N°1) y posteriormente se resecó un segmento del mismo (Muestra N°2), ambas muestras se enviaron a cultivo. Los datos fueron recopilados en ficha tipo completada por el cirujano vez concluida la cirugía. Lo anterior se cotejó con ficha clínica y el resultado del cultivo rescatado del laboratorio central. Se tabuló información en planilla especialmente diseñada. Los resultados fueron analizados con el software estadístico SPSS 1.1.

Resultados: De los 41 pacientes estudiados, 6 presentaron cultivo positivo, en este caso para *Staphylococcus coagulasa* negativo en muestra N° (La muestra N°2 (fragmento de saco herniario) resultó positiva para *Streptococcus* sp, en solo un paciente. En 78 % de los pacientes estudiados se efectuó hernioplastia con malla. Sólo 2 pacientes evolucionaron en forma tórpida con infección de la herida operatoria. El resto no presentó complicaciones inmediatas al mes de seguimiento, incluido los que presentaron cultivos positivos en muestra de superficie.

Conclusión: Casi la totalidad de las hernias complicadas en unidad de emergencia no presentan contaminación bacteriana en saco herniario. Del punto de vista de la microbiología local del saco herniario en estas condiciones, la utilización de prótesis parece ser segura.

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN HERNIOPLASTIA INGUINAL CON MALLA. ¿NECESIDAD O DOGMA?

J León, A Acevedo, D Rioseco, JE Vásquez, EU. V

Dellepiane ón:

Programa de Cirugía Ambulatoria de las Hernias del CRS Cordillera Oriente, Santiago Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Campus Oriente-Peñalolén

Introducción: La hernioplastia inguinal electiva es una cirugía limpia y por ello el uso de profilaxis antibiótica no está indicado. Debido a los bajos índice de infección de la herida y al reducido tamaño del material protésico instalado, existen dudas razonables de la utilidad de la profilaxis antibiótica en la cirugía herniaria con malla. El objetivo de este trabajo es informar sobre la efectividad de la profilaxis antibiótica en hernioplastia inguinal electiva con material protésico efectuada con anestesia local y en forma ambulatoria.

Material y método: En el presente estudio observacional tipo caso control se analizaron 955 pacientes operados con la técnica de Lichtenstein durante un periodo de seguimiento de 10 años (1998- 2008) en el Programa de Cirugía Ambulatoria del CRS Cordillera. Los controles fueron los 245 pacientes intervenidos con profilaxis antibiótica y los casos 710 pacientes operados sin profilaxis antibiótica. La profilaxis antibiótica consistió en la administración de 19r de Cefazolina(r) intravenosa, inmediatamente antes del procedimiento quirúrgico. Las variables demográficas, antecedentes mórbidos y la duración del acto quirúrgico fueron comparables en ambos grupos.

Se definió infección de herida operatoria como la presencia de exudado purulento, con cultivo bacteriano positivo.

Resultados: La tasa de infección de los casos fue de 0,4 y la de los controles de 1,1, diferencia que no fue significativa. Todas las infecciones se trataron en forma ambulatoria con drenaje de la herida y terapia antibiótica oral. En ningún paciente fue necesario resecar el material protésico. El microorganismo aislado fue en todos los casos el *Estafilococo dorado*.

Conclusiones: La tasa de infección en la hernioplastia inguinal electiva ambulatoria con la técnica de Lichtenstein es baja. La profilaxis antibiótica no fue un factor determinante en el control de las infecciones en estos pacientes.

EXPERIENCIA PRELIMINAR EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HERNIAS COMPLEJAS ABDOMINALES CON MALLA COMPUESTA INTRAPERITONEAL.

J. Rappoport¹, A. Debandi¹, J. Silva¹, M. Díaz¹, H. Lembach¹, M. Alban¹, S. Sepúlveda¹, J. Bezama¹, D. Rappoport²

1.- Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile. 2.- Facultad de Medicina Universidad de Chile

Introducción: Según la literatura actual, no existe un procedimiento universalmente recomendado para el

manejo de hernias incisionales gigantes. Los casos en que el defecto aponeurótico es gigante o no permite un buen plano de separación entre malla e intraabdominal, puede existir extenso contacto con las asas intestinales, aumentando significativamente el riesgo de adherencias y fistulas entero-cutáneas. El uso de mallas compuestas evitaría estas complicaciones, posibilitando su uso en la reparación de estos defectos.

Objetivo: Describir la experiencia de nuestro centro en el uso de malla intraperitoneal para el manejo de la hernia compleja.

Material y método: Análisis prospectivo de 4 pacientes sometidos a cirugía por hernia incisional gigante entre Junio 2007 a Junio 2008, con uso de malla compuesta intraperitoneal (Proceed®).

Resultados: Serie de 4 pacientes de sexo femenino, con edad promedio de 56,2 años, IMC promedio de 29,6, portadoras de hernias catalogadas como complejas. La totalidad tiene antecedente de infección de herida operatoria en cirugía previa, una de ellas una fasciitis necrotizante. El diámetro promedio del saco herniario fue 35,7cm. Se realizó neumoperitoneo preoperatorio en 3 de 4 pacientes. El tiempo operatorio promedio fue 247min, constatándose un anillo herniario en promedio de 22,5cm, todos con importantes adherencias a órganos intraabdominales. Respecto a las complicaciones, una paciente presentó anemia en el postoperatorio inmediato requiriendo manejo transfusional. Ningún paciente presentó síndrome compartamental intrabdominal. Una paciente presentó necrosis del colgajo de cobertura, requiriendo hospitalización prolongada y manejo por cirugía plástica.

Conclusión: La reparación de la hernia compleja es un procedimiento difícil, no exento de complicaciones. El uso de mallas compuestas intraperitoneales permitió manejar estos casos, debido a su menor generación de adherencias con las vísceras. Los resultados preliminares de esta serie son prometedores, pero solo el seguimiento a largo plazo de un mayor número de pacientes permitirá validar la utilidad de esta técnica.

TÉCNICA DE LICHTENSTEIN AMBULATORIA CON ANESTESIA LOCAL EN UN CENTRO ESPECIALIZADO.

Drs. A. Acevedo, D Montalvo, JE Vásquez, JJ Lombardi
Programa de Cirugía de las Hernias, CRS Cordillera Oriente, Santiago Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Campus Oriente-Peñalolén

Introducción: Lichtenstein describió la herniorrafia, libre de tensión, utilizando una malla en el plano entre la pared posterior y anterior del canal inguinal. Él consideró fundamental la realización del procedimiento en forma ambulatoria con anestesia local, en un centro especializado, el «Lichtenstein Hernia Institute». Desde la fundación del Programa de Cirugía de las Hernias del CRS Cordillera hemos seguido estos principios y el objeto de esta presentación es dar cuenta de los resultados en un centro especializado en cirugía herniaria.

Material y Método: Damos cuenta de pacientes con hernias primarias, ASA 1 Y 2, susceptibles de manejo ambulatorio, tratados con la técnica de Lichtenstein. La anestesia local se efectuó con Lidocina (r) al 1%, a1calinizada y con adición de Efedrina (r). La técnica quirúrgica abordó la pared posterior del canal inguinal. Se instaló una malla de Prolene® que se fijó al tubérculo

pubiano, al ligamento inguinal y a la vaina del recto y se confeccionó el neoanillo inguinal profundo. El seguimiento a largo plazo se efectuó mediante una encuesta telefónica con el fin de conocer la evolución postoperatoria, el grado de satisfacción y las complicaciones tardías.

Resultados: Entre los años 2002 y 2005 se operaron 224 herniorrafias con la técnica de Lichtenstein. El seguimiento promedio de la muestra fue de 4,2 (3 - 5) años. Se aleatorizaron 90 pacientes, 80 varones y 10 mujeres con una edad promedio de 52 (18 Y 71) años. En la encuesta, el 98,9% de los pacientes señaló estar mejor o mucho mejor y que recomendaría la intervención. Sólo un paciente refirió inguinodinia, leve e intermitente. No se refirieron infecciones, hematomas o isquemia testicular. Hubo un caso de flujión que regresó totalmente. Se consignó una recidiva (1,2%).

Conclusiones: La técnica de Lichtenstein, ambulatoria, con anestesia local, es aplicable en nuestro medio y fue muy bien evaluada por los pacientes, con una baja tasa de recidivas. Destaca la baja frecuencia de inguinodinia en comparación con centros no especializados.

HERNIOPLASTIA INCISIONAL CON TÉCNICA DE RIVES-STOPPA, SEGUIMIENTO A 5 AÑOS.

Drs. J. Reyes, W. Vásquez, C. Loyola, F. Rojas, G. Guzmán, V. Irazazaval
Hospital Barros Luco-Trudeau, Departamento De Cirugía Sur, Universidad de Chile.

Introducción: La hernia incisional constituye una patología de alta frecuencia, su incidencia varía entre un 15 a 30% de las cirugías abdominales por laparotomía y entre 0,5 a 8% de las cirugías abdominales laparoscópicas (1), además conlleva una gran complejidad, requiriendo muchas veces más de una intervención quirúrgica y presentando complicaciones postoperatorias que pueden llevar al fracaso del procedimiento. Por este motivo es necesario realizar una adecuada selección del procedimiento a efectuar, con el objeto de lograr las menores tasas de recurrencia y de morbilidad perioperatoria.

Nuestro centro escogió la técnica de hernioplastia incisional con malla retromuscular (técnica de Rives - Stoppa) ya que presenta las menores tasas de recurrencia e incidencia de complicaciones postoperatorias entre los procedimientos de reparación quirúrgica con o sin malla. Se han descrito tasas de recurrencia de alrededor de 5% (2, 3, 4) Y una disminución en la presencia de complicaciones postoperatorias, en especial seromas e infección de herida operatoria en relación a otras técnicas con malla(2). El objetivo de este estudio es analizar la experiencia de nuestro centro con esta técnica, sus resultados a largo plazo y comparados con los descritos a nivel mundial. Nuestro objetivo primario es medir la recurrencia a 5 años y secundariamente las complicaciones postoperatorias.

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo. Se revisaron las fichas clínicas de los pacientes operados entre enero del 2002 a diciembre del 2003, evaluando protocolo operatorio, evolución clínica, controles médicos precoces y a largo plazo. Posteriormente se realizó cuestionario telefónico, preguntando por síntomas y signos sugerentes de recidiva herniaria, los casos con sospecha de recurrencia fueron

citados a nuestro centro para objetivarla.

Resultado: Se estudiaron 44 pacientes, 34 mujeres y 10 hombres, con un rango de edad de 43 a 80 años y un promedio de 61 años. El seguimiento promedio fue de 59,6 meses, con rango de 18 a 77 meses, los rangos menores a 54 meses fueron dados por 4 casos de pacientes fallecidos. La ubicación de la hernia fue un 48% en línea media infraumbilical (LMIU), 43% línea media supraumbilical (LMSU) y 9% en línea media supra e infraumbilical (LMSelU). Las cirugías previas en mujeres: 47% ginecológica, 43% biliar; 7% colon y 3% apendicular, en hombres 40% biliar, 30% gastroduodenal, 20% colon y 10% trauma. En relación al tamaño del anillo: pequeño «5 cm.) 14%, mediano (5-10cm.) 54%, grande (10-20cm.) 26% y gigante (>20cm.) 6%. El material protésico fue prolene en el 100% de los pacientes, con un tamaño promedio de 380cm², en un rango de 180cm² (12 x 15cm.) a 900cm² (30 x 30 cm.). La recurrencia fue de 6,8% (3 pacientes) todas mujeres a 11,30 Y 56 meses postcirugía, 2 en LMIU y 1 en LMSU. Las complicaciones fueron de un 4,5% (2 pacientes), con casos de infección de herida y absceso de pared, sin requerir retiro de malla; no se constata la presencia de seromas en las fichas clínicas estudiadas. Además no existen registros de mortalidad operatoria o postoperatoria inmediata.

Conclusión: Nuestros resultados con esta técnica son similares a los obtenidos en otros estudios, destacando una baja recurrencia a 5 años (6,8%), baja morbilidad postoperatoria (4,5%) y nula mortalidad; confirmando a esta técnica como la más apropiada para resolver la hernia incisional, sugiriendo su elección frente a otras técnicas existentes.

Referencias:

- 1) Guía clínica Minsal Hernia de pared abdominal, año 2008.
- 2) Open mesh repair of incisional hernia using a sublay technique: long-term follow-up. Kurzer M, Kark A, Selouk S, Belsham P; World J Surg. 2008 Jan;32(1):31-6; discussion 37.
- 3) Outcomes of the Rives-Stoppa technique in incisional hernia repair: ten years of experience; A. Yaghoobi Notash, A. Yaghoobi Notash Jr, J. Seied Farshi, H. Ahmadi Amoli, J. Salimi; Hernia (2007) 11:25-29.
- 4) Long-Term Outcome of 254 Complex Incisional Hernia Repairs Using the Modified Rives-Stoppa Technique; Corey W. Iqbal IE Tuan H. Pham IE Anthony Joseph IE Jane Mai IE, Geoffrey B. Thompson IE Michael G. Sarr; World J Surg (2007) 31:2398-2404.

REPARACIÓN DE HERNIA INCISIONAL POR VÍA LAPAROSCÓPICA, EXPERIENCIA PRELIMINAR

Drs. C. Gamboa, I. Fernández, R. Yañez, I. Salinas, N. Jarufe, F. Pimentel, A. Escalona, L. Ibañez, C. Boza. Departamento de Cirugía Digestiva. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La reparación de las hernias incisionales sigue siendo un desafío para el cirujano general por su alto índice de recidivas y de complicaciones postoperatorias. La utilización de material protésico y la técnica libre de tensión han disminuido la tasa de recidivas, pero el abordaje por vía anterior supone una considerable morbilidad y una elevada estancia hospitalaria. El objetivo

de este trabajo es evaluar los resultados obtenidos en pacientes sometidos a hernioplastia incisional laparoscópica con malla bilaminar.

Material y Método: Se realizó seguimiento prospectivo de los pacientes sometidos a hernioplastia incisional laparoscópica desde Junio de 2006 a Junio de 2008, se utilizó malla bilaminar (PROCEED®). Ésta se fijó a la pared abdominal con puntos transfaciales y grapas no reabsorbibles. En este período se operó a 11 pacientes, uno de ellos se excluyó del análisis por realizarse en la misma cirugía, gastrectomía en manga y colecistectomía. Se analizó tiempo operatorio, estadía hospitalaria, morbilidad y recidiva.

Resultados: Se operaron diez pacientes, 8 (80%) correspondieron a mujeres, con un promedio de edad de 56,9±13,4 años. El tiempo operatorio promedio fue de 117±71,4 minutos (50-240), con una estadía hospitalaria de 2,6±1 días. Un paciente se convirtió a laparotomía por síndrome adherencial extenso y enterotomía involuntaria que se repara en el mismo procedimiento. No hubo morbilidad ni mortalidad postoperatoria. Durante el seguimiento que ha sido de 9,1 (2-25) meses no se ha presentado recidiva.

Conclusión: La reparación de hernia incisional por vía laparoscópica ha demostrado ser una técnica segura, reproducible, con baja tasa de conversión y morbilidad. Sin embargo, es necesario tener especial atención en no pasar inadvertidas las lesiones intestinales. Queda por determinar con seguimiento a largo plazo si la recidiva es menor que con técnica abierta.

HERNIA MUSCULAR SINTOMÁTICA: MANEJO DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA.

Drs. J. Rappoport^{1,2}, H. Lembach², J.J. Silva², C. Bardavid¹, H. Guzmán¹, D. Rappoport³
Instituto Internacional de la Hernia, Clínica Arauco
Departamento de Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile.
Interno Facultad de Medicina U. de Chile

Introducción: Las hernias musculares corresponden a la protrusión focal de tejido muscular a través de un defecto fascial. Poco frecuentes, aparecen principalmente en extremidades inferiores. Habitualmente asintomáticas, excepcionalmente presentan dolor focal al esfuerzo, calambres, o compresión nerviosa, en cuyo caso se ha planteado diferentes tratamientos quirúrgicos con resultado variable.

Objetivo: Reportar el tratamiento quirúrgico exitoso de dos casos hernia muscular sintomática. Material y Método: Análisis de los registros clínicos, exámenes de imagen y tratamiento quirúrgico de dos casos de hernia muscular. Revisión bibliográfica, con énfasis en métodos diagnósticos y series de manejo quirúrgico de Hernia Muscular.

Resultados: Caso-1: paciente de 68 años, sexo femenino, con aumento de volumen en cara externa de pierna izquierda, que aparece con la contracción muscular, recientemente doloroso. Ecografía demuestra defecto en la fascia del músculo extensor largo de los dedos, con protrusión de grasa y músculo de 3cm de diámetro. Se maneja quirúrgicamente, realizando reducción, rafia del defecto con material reabsorbible, y refuerzo con malla de polipropileno ultraliviano suprafascial. La evolución es satisfactoria, con alta precoz. Caso-2: Paciente de 30 años, sexo femenino. Posterior a liposucción nota aumento

de volumen doloroso en cara posterior del abdomen. Ecografía demuestra defecto aponeurótico de vaina del recto, con hernia muscular de 5x3mm. Se maneja quirúrgicamente con rafia del defecto con material irreabsorbible, logrando resultado satisfactorio (reducción hernia, cede dolor).

Discusión: Existe escasa literatura del tema. Algunas series realizan fasciotomía, logrando reducción de síntomas pero resultado cosmético insatisfactorio. Otros autores utilizan cierre primario del defecto fascial, existiendo reportes de síndrome compartimental en extremidades. En la actualidad, la reparación del defecto fascial con uso de prótesis biológicas (fascia lata) o sintéticas (malla polipropileno) se ha reportado como seguro, efectivo en manejo de síntomas, y con resultado cosmético aceptable. Consideramos esta técnica de elección para el manejo de la hernia muscular sintomática.

HERNIOPLASTÍA INGUINAL CON TÉCNICA LICHTENSTEIN VERSUS HERNIOPLASTÍA INGUINAL CON TÉCNICA DE PÉREZ-FONTANA. ¿UNA ALTERNATIVA A LA REPARACIÓN PROTÉSICA DE LA REGIÓN INGUINAL?

Manuel Barroso V, César Muñoz C,
Pilar Schneeberger H
Servicio de Cirugía. Hospital Hernán Henríquez Aravena.
Departamento de Cirugía y Traumatología.
Universidad de La Frontera.

Introducción: La hernia inguinal es una de las intervenciones quirúrgicas realizadas con mayor frecuencia en nuestro país y el mundo. En la actualidad, la reparación con técnicas sin tensión constituye el tratamiento de elección para esta patología. El desarrollo y la evolución de los materiales protésicos hJ. sido exponencial, sin embargo, la utilización de materiales protésicos no es inocua y se asocia a complicaciones que podrían ser evitadas con la utilización de un injerto autólogo como material para la reparación de los defectos del conducto inguinal.

Nuestro objetivo es mostrar los resultados de la hernioplastia inguinal con técnica de Pérez-Fontana y compararlos con el estándar de referencia en la reparación protésica de los defectos herniario de la región inguinal.

Materiales y Métodos: Se presenta un estudio descriptivo de casos consecutivos intervenidos en el Hospital Hernán Henríquez Aravena en el periodo comprendido entre Enero de 1999 y Diciembre de 2003. Para la realización del estudio y registro de las variables de estudio, así como de seguimiento, se acudió a los registros clínicos de los pacientes. Se evaluaron variables generales, tiempo operatorio, días de hospitalización, morbilidad operatoria y recidiva. Los datos fueron ingresados en una base de datos y analizados mediante el paquete estadístico STATA 7.0. RESULTADOS: En el periodo entre Enero 1999 y Diciembre 2003, se realizaron un total de 184 hernioplastias inguinales. Con edad promedio de 56,4 años. 140 pacientes fueron sexo masculino. El 14,6% correspondió a hernioplastia con técnica de Lichtenstein y el 85,4% a técnica de Pérez-Fontana Al comparar las dos técnicas en cuanto a tiempo operatorio, días de hospitalización, morbilidad y recidiva, no se observaron diferencias significativas entre ambas técnicas. Destaca que la serie presenta dos recidivas

que se presentan en pacientes intervenidos con técnica de Pérez-Fontana.

Conclusión: Este estudio concluye, que la hernioplastia inguinal con técnica Pérez-Fontana se presenta como una alternativa a la reparación de los defectos herniarios de la región inguinal, con principios similares al estándar de referencia y eliminando la posibilidad de complicaciones asociadas al material protésico.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HERNIAS COMPLEJAS ABDOMINALES CON MALLA COMPUESTA INTRAPERITONEAL.

J. Rappoport¹, H. Lembach¹, A. Debandi¹, J. Silva¹, M. Díaz¹, M. Alban¹, S. Sepúlveda¹

Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: El manejo de las hernias complejas (gigantes, con pérdida de derecho a domicilio, defectos de pared abdominal con pérdida de sustancia, recidivadas) puede ser un desafío en su manejo perioperatorio y tratamiento quirúrgico. Dentro de las técnicas en uso actual para el manejo de estas hernias destaca el uso de mallas compuestas, que permite su uso intrabdominal con mínimo riesgo de adherencias y fistula entero-cutánea.

Objetivo: Mostrar mediante un video clip nuestra experiencia en el uso de malla intraperitoneal para el manejo de la hernia compleja.

Material y método: Registro audiovisual en pabellón de las cirugías de hernia compleja realizadas en nuestro centro, con posterior edición y análisis. Se da énfasis en las etapas de la cirugía y las complejidades observadas en cada una de ellas.

Resultados: Se muestra en forma sucinta definición de hernia compleja, diagnóstico y manejo perioperatorio. Luego resumen audiovisual de 3 casos de hernia compleja operados durante 2008. Se muestra por etapas: 1) evaluación inicial, medición del defecto y diseño de posterior cobertura cutánea. 2) abordaje utilizado 3) disección y medición del saco herniario 4) disección del anillo herniario, con énfasis en la liberación de adherencias viscerales al anillo, manejo de una suboclusión intestinal por brida al anillo en una paciente. 4) fijación de malla intrabdominal. 5) cierre y cobertura cutánea, mostrando manejo en paciente obesa con piel redundante, en paciente con pérdida de pared abdominal (diseño de colgajos), y en paciente con daño cicatricial por múltiples cirugías (regularización de bordes y diseño de colgajos).

Conclusión: La reparación de la hernia compleja con malla intrabdominal es un procedimiento complejo, sin embargo útil en el manejo de este grupo pacientes seleccionados. Nuestra experiencia inicial es positiva y sugerimos esta técnica como una opción en la resolución quirúrgica de estos pacientes en centros de referencia.

REPARACIÓN CON MALLA COMPUESTA DE HERNIA PARACOLOSTÓMICA E INCISIONAL POR VÍA LAPAROSCÓPICA.

C. Heine, F. López, P. Medina, U. Kronberg, C. Wainstein, I. Larach, A. Larach. Unidad de Coloproctología, Clínica las Condes. Santiago, Chile

La hernia paracolostómica es una patología

frecuente en los pacientes portadores de ostomía definitiva. El abordaje quirúrgico implica un importante desafío debido a la alta tasa de recidivas. En estos últimos años, la reparación con malla intraperitoneal por vía laparoscópica aparece como una alternativa promisoría dadas las características del procedimiento.

Objetivo: Mostrar el video de la instalación de una malla intraperitoneal por vía laparoscópica en la reparación de una hernia paracolostómica asociada a 3 hernias incisionales de laparotomía media en paciente con ostomía definitiva tras resección abdominoperineal por cáncer de recto.

Métodos: Paciente se somete a cirugía laparoscópica. Primero se instalan 3 trocares (hipocondrio, flanco y fosa iliaca derecha) para el abordaje de la hernia paracolostómica. Se realiza liberación de adherencias de omento e intestino delgado en tomo al orificio herniario, dejando libre el asa de colostomía. Se coloca intraperitonealmente una malla Proceed® de 15 x 15 cm., acondicionada previamente según técnica Keyhole, alrededor de el asa de colon y fijándose a la pared abdominal con múltiples corchetes laparoscópicos (protack(tm)) y 4 puntos transaponeuróticos por contraabertura de Prolene® N° O. Luego, para la resolución de los 3 defectos herniarios, se colocan 2 trocares en hipocondrio izquierdo y uno en la zona umbilical y se introduce una malla de 30 x 15 cm. (Proceed®) fijada a la pared con Protack(tm) y con 2 puntos transaponeuróticos de Prolene® N° O.

Resultados: La evolución postoperatoria fue satisfactoria con realimentación al primer día y alta en el día 3. La duración de la cirugía fue de 180 min. El EVA fue de 4 el primer día y de 1 al tercero. En el seguimiento a 2 meses no presenta recidivas ni complicaciones.

Conclusión: La utilización de esta técnica aparece como una alternativa segura y reproducible en los pacientes portadores de hernia paracolostómica y en hernias incisionales.

HERNIA FEMORAL COMPLICADA. ABORDAJE PREPERITONEAL COMO ALTERNATIVA QUIRÚRGICA EN CIRUGÍA DE URGENCIA.

Drs. J. Rojas, O. Korn, D. Roizblatt. Int. 1. Tamblay, N. Pereira.
Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Servicio de Urgencia. Departamento de Cirugía.

Introducción: Cerca de un 10% de la población presentará algún tipo de hernia de la pared abdominal en su vida. Cerca de un 5% corresponden a hernias femorales siendo estas más frecuentes en mujeres y generalmente allado derecho. Se han descrito diversas técnicas para reparar estas hernias, cada una con sus beneficios.

Objetivo: Descripción de casos operados de hernia femoral complicada con técnica preperitoneal.

Material y método: Revisión retrospectiva de fichas clínicas de pacientes operados, de hernia femoral complicada con técnica preperitoneal desde Marzo 2007 a Marzo 2008.

Resultados:
6 casos. 2 hombres, 4 mujeres.
Edad promedio 69.5 años. (38-86 años). 4 hernias femorales derechas.

4 pacientes no tenían diagnóstico previo de hernia femoral. Todos se presentaron a la urgencia por sensación de aumento de volumen y dolor en región inguino femoral. 4 casos con vómitos y ausencia de deposiciones y gases por ano.

En 4 pacientes se constato compromiso de asa al momento del intra operatorio siendo necesario la resección del segmento comprometido y anastomosis primaria en 2 de estos.

Todos los defectos herniarios se repararon con técnica preperitoneal y uso de material de sutura monofilamento, sintético, irreabsorbible.

El tiempo operatorio fue en rango de 45-120 minutos.

El seguimiento de los 6 pacientes ha sido satisfactorio, sin recurrencia de la hernia ni complicaciones asociadas.

Conclusiones: La técnica de abordaje preperitoneal puede ser una alternativa adecuada para el manejo de la hernia femoral complicada en urgencia.

ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS DE LA COHORTE PROSPECTIVA DE PACIENTES SOMETIDOS A HERNIOPLASTIA NO INGUINAL EN PROTOCOLO DE HOSPITALIZACIÓN ABREVIADA.

Drs. V Arancibia, A. Rojas, C. Adelsdorfer, M. Slako, C. Cavalla.

¹Servicio de Cirugía Hospital Dr. Gustavo Fricke. Facultad de Medicina Universidad de Valparaíso.

La hernioplastia es la técnica quirúrgica mas comúnmente realizada por el cirujano general. Desde la década de los 80, existe un auge por la cirugía ambulatoria para está patología.

Objetivo: Evaluar la incidencia de complicaciones postoperatorias y sus posibles asociaciones con factores de riesgo en hernioplastia no inguinal electiva, en protocolo de cirugía de un día. **Material y métodos:** Cohorte prospectiva de 112 pacientes operados de hernia no inguinal entre abril de 2003 y noviembre de 2005. Se excluyeron a los pacientes con recidiva y 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 (univariabes) y regresión logística (multivariabes), se considero diferencias significativas un valor de $p < 0.05$. **Resultados:** Los tipos de hernias considerados no inguinales, incluyeron: crurales (5,3%), incisional (25%), epigástrica (24%) y umbilicales (51,7%). El promedio de edad fue de 47.2 años (18 - 83). El 37.5% de la serie eran hombres y 62.5% mujeres. El IMC promedio fue de 28.8, ASA I Y 11 en una relación de 1: 1. El tiempo de aparición previo a la cirugía fue 19.7 meses. El tamaño de la hernia fue considerado pequeña y mediana en el 83.9% de los casos. El tipo de anestesia utilizado fue espinal en 77.6% y 11.6% de tipo general. En el 91 % se realizo una reparación primaria que en el 27% se asocio a malla protésica . El tiempo quirúrgico general fue de 39.49 minutos (13-120). Fueron operadas por médicos de Staff el 49% de estas, por becados en forma supervisada en un 51 %. Complicaciones intraoperatorias se presentaron en el 0. 7%, postoperatorias en 16 casos (14.28%), Seroma de herida operatoria en un 7,1 %, IHO en un 2,6%, hematoma herida operatoria en 3,5% y un caso de neuralgia aguda. Las horas al alta fue en general

de 17.79 horas (8 - 148).

Al analizar posibles factores de riesgo en el análisis uni o multivariado, ninguno logro ser significativo e independiente para predecir complicaciones. No hubo diferencias significativas en términos de morbilidad entre los cirujanos de Staff y médicos en formación. El nivel de satisfacción se efectuó mediante encuesta simple de 10 puntos, logrando una satisfacción usuaria del 90% sobre los 8 puntos.

Conclusiones: la cirugía de hernias no inguinales en un protocolo de cirugía de un día, en el hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, ha logrado niveles de satisfacción adecuados, con mínimas complicaciones postoperatorias inmediatas. El ser centro formador no condiciona mayor morbilidad a nuestros pacientes.

HERNIOPLASTIA INGUINAL SEGÚN TÉCNICA DE LICHTENSTEIN, CON ANESTESIA LOCAL

Drs. P. Amid (1), J. Rappoport (2), M. Albán (2), M. Díaz (2), H. Lembach (2), A. Debandi (2), J. Silva (2).

(1) Lichtenstein Hernia Institute, UCLA, Los Angeles, California, USA

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

Introducción: El conocimiento de la naturaleza metabólica de la hernia inguinal y de los efectos adversos de la tensión en la línea de sutura en su reparación quirúrgica, llevó al grupo del Dr. Irving Lichtenstein, desde 1984, a promocionar el uso rutinario de la malla, acuñando el término Hernioplastia libre de Tensión a su técnica quirúrgica, ampliamente usada en el mundo, con un porcentaje de recidiva <1 %. Nuestro objetivo es detallar en este video las distintas etapas de la técnica, efectuada por el Dr. Parviz Amid, durante su participación en el Curso Novedades en Cirugía: Hernia 2008, realizado en el Hospital Clínico Universidad de Chile en Junio del 2008.

Materiales y Métodos: Explicación de las distintas etapas de la técnica de Lichtenstein: Anestesia local, incisión, abertura de aponeurosis de oblicuo externo, creación de estuche para la malla, tratamiento del defecto indirecto, fijación de la malla, cierre de la pared.

Resultados: El tiempo quirúrgico fue de 45 minutos, no hubo incidentes intraoperatorios.

Conclusiones: La Técnica de Lichtenstein es considerada actualmente como el Gold Standard para la reparación quirúrgica de las Hernias inguinales primarias.

LXXI CONGRESO CHILENO E INTERNACIONAL DE CIRUGÍA SOCIEDAD DE CIRUJANOS DE CHILE PUCON, 16 - 19 NOVIEMBRE 2008

TÉCNICA RETROMUSCULAR (SUBLAY), EN REPARACIÓN DE HERNIA INCISIONAL.

X Cirugía General: Hernias

Drs. Ernesto Chacón G., Ramón Farías M., Celso Bustos. Servicio de Cirugía.

Hospital Las Higueras de Talcahuano. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción

Resumen: La hernia incisional es una patología cada vez mas frecuente y un desafío aún mayor para el cirujano. Nosotros pretendemos demostrar que el cambio del tratamiento de estas, en nuestro Hospital, se consigue resultados tan favorables, como los informados en la literatura.

Objetivo: Es determinar la realidad a nivel local, de sí la incorporación de la técnica con prótesis retromuscular, tiene ventajas objetivas con respecto a recidiva comparado con la literatura e histórico de reparación de hernias incisionales sin prótesis (40 - 50%) y otras complicaciones en este Hospital.

Material y Método: Se analizaron 148 operaciones de hernia incisional que se ocupó la técnica mencionada, todos con defecto superior a 5 cms, medido en forma transversal al sentido de la incisión original. El universo corresponde a 145 pacientes, en forma prospectiva, cuya edad promedio fue de 57 años (varía de 21 a 94 años) .. Operadas entre enero de 2004 y diciembre del 2005 el número de mujeres supero a los hombres en 3:1. Se aplica en todos los casos técnica abierta retromuscular. De las hernias operadas, 3 de ellas son reoperadas dentro del periodo de observación.

Resultado: El motivo de consulta más frecuente fue el aumento de volumen (83%) y el dolor en un 10%. En promedio un 62% de los pacientes presentaba alguna patología crónica asociada (HTA, Obesidad, DM tipo 11, LCFA, otras menores), destacando la obesidad en un 76 % (80 % de ellos fueron mujeres). La estadía postoperatoria fue en un 66% menor a 5 días (rango 2 a 15 días). La recidiva global determinada en el periodo fue de 12%, con un seguimiento promedio de 3,3 años (de 2 años 6 mes hasta 4 años 5 meses). De las complicaciones la mayor fue seroma de herida operatoria de un 34.4%, seguido por hematoma en 13,5% e infección de la herida operatoria de un 3.3%, tuvimos 2 casos de fístula (1,3%), ambos requirieron cirugía de retiro de malla. El dolor crónica (más allá de 3 meses) se reporto en un 9%. Hubo morbilidad general en un 3,3 % que correspondió a infecciones pulmonares agudas, no hubo mortalidad en esta serie.

Conclusión: De este trabajo se desprende que la técnica con prótesis retromuscular es mejor para el paciente en los parámetros evaluados ya que son valores aceptables . Cabe destacar que solo en dolor crónico ahora se esta pesquizando debido al interés que se ve reflejado en la literatura.

BIOPSIA INTRAOPERATORIA EN LA EVALUACIÓN DEL LINFONODO CENTINELA EN CÁNCER DE MAMA

Drs. P. Cabello, M. Camus, C. Kripper, T. Sepúlveda, D. Oddó, F. Domínguez, A. León, I. Goñi, G. Tapia.

Departamento de Cirugía Oncológica Departamento de Anatomía Patológica

Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La biopsia del linfonodo centinela (BLC) ha mostrado ser una técnica confiable en la etapificación axilar en pacientes con cáncer de mama y axila clínicamente negativa. El objetivo de este trabajo es analizar el rendimiento de la biopsia intraoperatoria del linfonodo centinela (LC) y su capacidad predictiva con respecto a la biopsia diferida en pacientes con cáncer de mama.

Materiales y Métodos: Se revisaron 364 pacientes operadas con cáncer de mama y sometidas a BLC entre mayo de 1999 y diciembre de 2007. Se determinó el porcentaje de identificación, la realización de biopsia intraoperatoria y el resultado de ésta en relación a la biopsia diferida. Se analizó además la relación entre; diferentes variables histopatológicas y su relación con el rendimiento de la biopsia intraoperatoria.

Resultados: De las 364 pacientes sometidas a BLC, el LC fue correctamente identificado en 355 pacientes (97,5%). El LC resultó positivo en 91 pacientes al estudio diferido. En 64 casos se realizó biopsia intraoperatoria, la que resultó positiva en 44 casos (sensibilidad 69 %). Se informó 1 falso positivo en la biopsia intraoperatoria entre 187 casos que resultaron negativos finalmente en la biopsia diferida (0.5%), representando una especificidad de 99.5%.

De las variables histopatológicas analizadas, sólo el tamaño del compromiso del LC (NI, NImic y NOi(+)) demostró diferencias estadísticamente significativas de sensibilidad de la biopsia intraoperatoria, con un 92% para macrometástasis versus 33% ($p=0.0002$) y 14% ($p=0.00009$) para micrometástasis y submicrometástasis respectivamente.

Conclusiones: La BLC permite evitar una disección axilar en pacientes que no presentan compromiso axilar. A pesar de existir una buena correlación entre la biopsia intraoperatoria y la biopsia diferida, existe un 31 % de pacientes en que se deberá completar la disección axilar en una segunda cirugía, correspondiendo este grupo principalmente a micrometástasis y submicrometástasis en el LC.

VALIDACIÓN DE NOMOGRAMA MSKCC PARA PREDECIR METASTASIS EN LINFONODO CENTINELA EN POBLACION CHILENA

Drs. C. Kripper, G. Tapia, P. Cabello, T. Sepúlveda, D.

Oddó, A. León, F. Domínguez, A. Domínguez, M. Camus. Departamento de Cirugía Oncológica Departamento de Anatomía Patológica Departamento de Salud Pública Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: Determinar el compromiso de los linfonodos axilares es de gran importancia en pacientes con cáncer de mama invasor. Un nomograma creado en el Memorial SloanKettering Cancer Center (MSKCC) permite predecir la probabilidad de metastásis en el linfonodo centinela (LNC). El objetivo de este estudio es determinar la aplicabilidad de dicho nomograma en pacientes de nuestro centro.

Materiales y Métodos: Se revisaron 279 pacientes portadoras de cáncer de mama sometidas a biopsia de LNC entre mayo 1999 y diciembre de 2007. Los criterios de inclusión fueron: cáncer de mama infiltrante, ausencia de terapia neoadyuvante y identificación exitosa de LNC. La discriminación global del nomograma fue evaluada mediante el área bajo curva de ROe. Se realizó además un análisis uni y multivariado entre las variables incluidas en el nomograma y el estado del LNC.

Resultados: La curva de ROC arrojó un área bajo la curva de 0,74 con IC 95% (0,67- 0,79), lo que valida el uso del nomograma en nuestra población en estudio. Entre las variables incluidas en el nomograma, el tamaño tumoral, la invasión linfovascular, y el tipo histológico y grado nuclear, se asociaron significativamente con el compromiso del LNC ($p < 0,05$).

Conclusión: La discriminación global del nomograma en nuestra población es considerada adecuada y similar a la población de validación original. Esto permitiría estimar el riesgo de compromiso ganglionar y utilizarlo como una herramienta de apoyo en la decisión quirúrgica. Se confirmó además la asociación entre la mayoría de las variables incluidas en el nomograma y el compromiso del LNC en nuestras pacientes.

CORRELACIÓN CITO-HISTOLÓGICA DEL GANGLIO CENTINELA (GC) EN CÁNCER DE MAMA

Drs. M.Fritis. Ana M^a Carrasco*. H.Waintrub. C.Barriga. C.Torres Equipo cirugía oncológica mamaria. anatomopatólogo*.

Clinica Oncológica Fundación A. López Pérez

El ganglio centinela (GC) corresponde al o ganglio que recibe el drenaje linfático de la mama. Su detección y estudio es un marcador del estado del resto de los ganglios en la axila. La metodología del estudio del ganglio varía considerablemente en cuanto al manejo intraoperatorio y diferido en distintos centros dado que no existe consenso.

Objetivo: validar el estudio citológico por impronta intraoperatorio realizado en nuestro centro y correlacionarlo con el estudio diferido del mismo.

Material y Método: entre enero de 2005 y diciembre de 2007 se estudiaron 197 GC que corresponden a pacientes con tumor hasta 3 cm. CDIS extenso. CDIS con microinvasión, todas con axila clínicamente negativa, el 30% no tenía tu palpable. El GC se marca en medicina nuclear con inyección de TC99 periareolar y posterior linfocintigrafía, en pabellón se inyecta 5 cc de isosulfan blue subareolar. extirpado el GC el patólogo procede a cortarlo perpendicular a su eje mayor cada 2 mm., se comprime los cortes sobre un porta por ambas caras y se toma impronta de cada una de las secciones del nódulo tiñéndose con H&E. En el estudio diferido todos los nódulos se incluyen en parafma y se realizan cortes seriados al menos 3 cada 200 micras. el estudio histológico diferido se considera nuestro gold standar.

Resultado: la citología negativa intraoperatoria fue concordante con la histología en 148 casos, la citología positiva intraoperatoria fue concordante con la histología en 34 casos, no hubo falsos positivo. 15 GC tuvieron citología negativa con histología diferida positiva. de los verdaderos positivos (34/34) el 70.5% tiene solo compromiso del GC.

Conclusión: el estudio citológico intraoperatorio tuvo una correlación histológica de 92.3%, sensibilidad 69.3%. especificidad 100%. VPP 100%. VPN 90.7% hubo 9.2% de falso negativos. resultado muy bueno cuando se compara con la literatura (20 a 35 % de falso negativo en el estudio intraoperatorio con H&E), la experiencia y adiestramiento del patólogo es fundamental para obtener estos resultados.

GANGLIO CENTINELA EN CÁNCER DE MAMA. EXPERIENCIA UTILIZANDO SOLO LA TÉCNICA CON AZUL PATENTE EN 60 PACIENTES. RESULTADOS PRELIMINARES EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.

Drs. C.Rojas, M. Mañana, G. García Huidobro*, F.Cadiz, M.E.Bravo, M. Maturana, M. Amar, S.Torres, F. Orellana. Servicio de Cirugía, Hospital San Juan de Dios, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Sede Occidente.

*Interno medicina Universidad de Chile

Introducción: En Chile son pocos los hospitales públicos que cuentan con la infraestructura necesaria para llevar a cabo la Biopsia del ganglio centinela utilizando las técnicas combinadas con azul patente y linfocintigrafía, por lo que algunos autores plantean realizar la BGC con azul patente obteniéndose resultados similares que con ambas técnicas.

Objetivos: Analizar nuestra experiencia utilizando la técnica de azul patente como único método de detección en la BGC y así establecer nuestras tasas de detección del GC y falsos negativos como primer herramienta en la validación de la técnica.

Material y Método: Elaboramos un protocolo de trabajo para la selección de pacientes con cáncer de mama infiltrante y axila clínicamente negativa de hasta 3cm. Los ganglios centinela fueron analizados con citología en el intraoperatorio y posteriormente mediante cortes seriados e inmunohistoquímica en algunos casos para el informe diferido. Este protocolo fue aprobado por el comité multidisciplinario de nuestra unidad dejando claramente establecido los criterios de inclusión y exclusión. Los pacientes firmaron consentimiento informado.

Resultados: En un periodo de 20 meses, entre

Noviembre del 2006 y Junio del 2008 se realizaron 60 procedimientos de BGC en 60 pacientes, todas de sexo femenino, con una edad promedio de 57 años (rango 36-94) encontrándose un promedio de 2.2 GC por procedimiento. Se realizo con una tasa de detección del GC de un 93% y un 7% de falsos negativos.

Conclusiones: Es necesario aclarar que, aún cuando es un grupo pequeño y el seguimiento es corto, nuestros resultados son comparables a los descritos en la literatura. Esto nos permite postular que el uso exclusivo de azul patente en la BLC es una técnica que podría ser utilizada con supervisión estricta en el contexto de una unidad especializada.

BIOPSIA DE IINFONODO CENTINELA DURANTE UNA MASTECTOMÍA TOTAL. HALLAZGOS E INCIDENCIA DE IINFONODOS NO CENTINELAS POSITIVOS.

Drs. F. Dominguez, M.Golshan, D. Black, K. Hughes, M. Gadd, E. Rhei, M. Specht, S. Virani, I. Michaelson, B. Smith.

Departamento de Cirugía Oncológica, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Division de Cirugia Oncológica, Massachusetts General Hospital y Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts.

Introducción: La biopsia de linfonodo centinela (BLE) es el procedimiento de elección para la etapificación axilar en paciente con cáncer de mama y axila clínicamente negativa. A pesar de esto, el uso de la BLC durante una mastectomía ha sido poco estudiado en la literatura. El objetivo de este trabajo es evaluar aspectos quirúrgicos y patológicos de este procedimiento.

Materiales y Métodos: Revisión retrospectiva de 517 mastectomías con BLC en 483 pacientes entre 1998 y 2005.

Resultados: Se realizaron 517 mastectomías con BLC en 483 pacientes. La indicación de mastectomía fue cáncer infiltrante en 300 casos, cáncer ductal in situ en 180, mastectomía profiláctica en 36 casos y tumor filodes en 1 caso. Se realizaron procedimientos bilaterales en 34 pacientes y en el 54% se realizó reconstrucción inmediata. La identificación del LC fue de un 99%, igualmente exitosa a través de una incisión axilar separada o usando la incisión de la mastectomía. Se resecaron un promedio de 1.85 LC y un 2.79 de linfonodos totales. (centinelas y no centinelas)

El LC fue positivo en 88 (27,8%) de 316 mastectomías con presencia de cáncer infiltrante. Un 9.8% adicional (31 casos) presentaba células tumorales aisladas. Entre las pacientes con LC negativo, 10 casos presentaban linfonodos no centinelas positivos en la pieza operatoria: 3 en la axila y 7 casos de linfonodos positivos fuera de la axila (6 linfonodos intramamarios positivos y un caso de linfonodo interpectoral (Rotter) positivo).

La biopsia intraoperatoria identificó 49 de 76 (65%) LC positivos NI y NImic, pero solo 2 de 40 (5%) de los LC con células tumorales aisladas.

Conclusiones: BLC durante una mastectomía es un procedimiento frecuentemente exitoso. Se resea un bajo número de linfonodos lo que reduciría la morbilidad en comparación con la disección axilar. Llama la atención el elevado número de linfonodos intramamarios positivos.

CÁNCER DE MAMA EN PACIENTES MENORES DE 35 AÑOS

Drs. M. Valenzuela, V. Arancibia, A. Lobos, A. Rojas, W. Vásquez, S. Zúñiga, Srta. M. Burgos
Servicio de Cirugía Hospital Gustavo Fricke,
Facultad de Medicina Universidad de Valparaíso

Introducción: El cáncer de mama es una entidad infrecuente en pacientes jóvenes. Tradicionalmente se asocia con mayor agresividad y peor pronóstico. El objetivo de este trabajo es analizar factores de riesgo, características biológicas, de tratamiento y pronóstico de los cánceres de mama en el grupo de pacientes menores de 35 años.

Método: Se evaluaron todas aquellas pacientes pertenecientes a la base de datos de la UPM del hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar con cáncer mamario entre los años 2003 y 2007. Se compararon características biológicas, de estadio y tratamiento entre menores y mayores de 35 años. En el grupo de pacientes jóvenes, se analizaron además factores predisponentes de desarrollo de cáncer de mama, así como su recurrencia y mortalidad.

Resultados: Fueron diagnosticadas 539 pacientes en dicho período. 20 pacientes (3.7%) tenían menos de 35 años (promedio: 31.1 años). Comparadas con las pacientes mayores de 35 años, el grupo de pacientes jóvenes tuvo menor porcentaje de receptores de estrógeno (RE) positivo (43.7% v/s 75.9%; $p=0.004$), mayor frecuencia de tumores mayores de 2 cm. (70.6% v/s 48.1% $p=0.069$). No hubo diferencias en cuanto al tipo de cirugía efectuada en los dos grupos (31.6% v/s 28.4% de mastectomías totales; $p=0.419$), ni en relación a axila comprometida (58.3% v/s 48.2%; $p=0.765$). De los factores de predisponentes de desarrollar cáncer de mama analizados en el grupo de pacientes jóvenes, el 35.0% tenía antecedentes familiares positivos. Hubo 2 recurrencias (10%) y tres fallecidas (15.0%) con un promedio de seguimiento de 22.7 meses.

Conclusión: Las pacientes menores de 35 años con cáncer de mama desarrollan con mayor frecuencia tumores que no expresan RE, y son diagnosticadas con tumores de mayor tamaño en relación al grupo de mujeres mayores de 35 años. En un tercio de ellas se encuentra el antecedente familiar de cáncer de mama.

CÁNCER DE MAMA EN MENORES DE 35 AÑOS, ¿UNA ENFERMEDAD MÁS AGRESIVA?

Drs. M.F. Ayala, A. Cifuentes, M. Camus, F. Pacheco, A. León, F. Domínguez, S. Mudnich, D. Oddó.
Departamento de Cirugía Oncológica y Departamento de Anatomía Patológica, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: El cáncer de mama es una patología poco frecuente en menores de 35 años, con una incidencia internacional menor al 3% de todos los casos de cáncer de mama diagnosticados. En pacientes jóvenes el cáncer de mama tendría un comportamiento biológico más agresivo y un peor pronóstico.

Objetivos: Describir y analizar las características clínico patológicas de las pacientes menores de 35 años portadoras de cáncer de mama, en comparación con las pacientes mayores de 35 años.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo de 1130 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama operadas entre 1997 y 2008 en nuestra institución, evaluándose las características clínicas y anatómo-patológicas del grupo de pacientes menores de 35, en comparación con las de pacientes mayores de 35 años.

Resultados: Se identificaron 34 pacientes menores de 35 años (3%) de las cuales 5 corresponden a cáncer ductal in situ (15%) Las paciente se presentaron con mayor tamaño tumoral: T3 en 26% versus 10% en las pacientes mayores de 35 ($p<0,01$) Y T4 en 15% versus 1% ($p=0,07$). Los linfonodos fueron positivos en el 50% comparados con el 28% ($p=0,004$). La presencia de receptores de estrógeno y progesterona positivos fue significativamente más bajo ($p=0,034$) y el perfil triple negativo fue significativamente más frecuente 32% versus 8% ($p<0,01$). El subtipo medular fue significativamente más frecuente en las pacientes jóvenes y particularmente en las pacientes triple negativo.

Conclusiones: El cáncer de mama en pacientes jóvenes es poco frecuente Se presenta en etapas más avanzadas al momento del diagnóstico, lo que podría explicarse en parte por ser un grupo etario fuera de screening para cáncer de mama, o bien por la mayor incidencia de perfiles biológicos más agresivos.

CÁNCER DE MAMA EN MUJERES MENORES DE 30 AÑOS.

Drs. F. Bustos, M. Vivanco, A. Donoso, S. Bühler, H. Rojas, G. Wiedmaier. Int.A.Cavagnaro Int B. Riesco, Al. M. Figueroa. Al.Opplinger
Servicio de Cirugía Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo - Clínica Alemana.

Introducción: El cáncer de mama en mujeres menores de 30 años es muy infrecuente, y su pronóstico es desfavorable. El objetivo de este trabajo es revisar las características clínicas e histopatológicas del cáncer de mama en mujeres menores de 30 años en nuestra institución.

Material y Método: Revisión retrospectiva de pacientes menores de 30 años, estadio al diagnóstico, histología, presencia de receptores, cirugía realizada, tratamiento adyuvante, seguimiento y sobrevivida.

Resultados: De las 277 pacientes operadas de cáncer de mama entre enero del 2001 y junio del 2008, el 2,16% (5 pacientes) fueron menores de 30 años. Dos pacientes fueron diagnosticadas en estadio 1 y tres pacientes en estadio n. La histología fue carcinoma ductal infiltrante de alto grado en 2 y moderado grado en 3 pacientes. Todas tuvieron receptores hormonales positivos. 4 fueron sometidas a cirugía conservadora y una a mastectomía total con reconstrucción inmediata. Los linfonodos fueron positivos en 1 paciente. Tres pacientes recibieron quimioterapia coadyuvante y cur.tro recibieron radioterapia coadyuvante. Durante el seguimiento postoperatorio 3 pacientes no presentaron recidiva, una presentó metástasis a distancia y una falleció.

Conclusión: La incidencia de cáncer de mama en menores de 30 años, coincide con las series publicadas. Se observó mayor proporción de receptores hormonales positivo contrario a lo descrito en la literatura. No se

presentaron casos de bajo grado histológico.

CÁNCER DE MAMA

MULTIFOCAL-MULTICÉNTRICOS:

¿SON REALMENTE DE PEOR PRONÓSTICO?

Dr. M. Jürgensen¹, R. Chacón^{2,3}, C. Baeza^{2,3}, R. Riveros²

¹Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Fuerza Aérea de Chile, Santiago, Chile., ²Internos de Medicina, ³Cátedra de Cirugía, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Chile.

Resumen: La patología mamaria maligna puede manifestarse como tumores unifocales o multifocales-multicéntricos (MFMC). La influencia de esta característica como factor pronóstico es controversial.

Objetivo: Establecer si la presencia de cáncer de mama MFMC, en comparación a los unifocales, se asocia a peor pronóstico.

Material y Método: Cohorte combinada prospectiva-retrospectiva, correspondiente a la totalidad de pacientes sometidas a cirugía por cáncer de mama del Hospital FACH entre los años 1972-2007 que cumplían los criterios de inclusión, obteniéndose un total de 589 pacientes. El análisis estadístico se realizó con las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y T de student para variables cuantitativas, chi cuadrado para variables cualitativas y curvas de Kaplan-Meier y test de log rank para sobrevida.

Resultados: El 93,4 % de las pacientes eran portadoras de cáncer de mama unifocal, mientras el resto (6,6%) lo eran de cáncer MFMC. No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a edad entre ambos grupos (57,88 y 54,92 años para unifocales y MFMC, respectivamente). La frecuencia de cáncer bilateral en el grupo correspondiente a cáncer MFMC fue mayor que en el unifocal (7,7% versus 1,6%; p=0,04); asimismo, el compromiso ganglionar fue mayor en este grupo (4,06 versus 1,83 linfonodos comprometidos; p=0,001). La sobrevida a 5 años fue de un 83,84% para cáncer unifocal versus 82,85% para MFMC, sin diferencias estadísticamente significativas al comparar ambos grupos, (log rank p=0,223). Con respecto a la sobrevida libre de metástasis, tampoco hubo diferencias en el análisis (log rank p=0,835).

Discusión: El cáncer de mama multifocal se asoció a factores de mal pronóstico, sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a sobrevida libre de metástasis y sobrevida global entre ambos grupos, por lo que multifocalidad-multicentricidad no conferiría un peor pronóstico a la enfermedad.

Palabras clave: Cáncer de mama, multifocalidad, multicentricidad, sobrevida, pronóstico.

RESULTADOS DE LOS PRIMEROS CINCO AÑOS DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA EN LA CLÍNICA ALEMANA DE SANTIAGO

Drs. Camacho J.(1), González R.(2), Macan F.(2), Elías S.(3), Honorato M.(4), Horvath H.(5), Rossi R.(1), Olivares L. (3).

(1) Departamento de Cirugía Clínica Alemana

(2) Becado de Cirugía Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo

(3) EU Departamento Medicina Preventiva Clínica Alemana

(4) Interna de Medicina Universidad del Desarrollo

(5) Departamento de Imágenes Clínica Alemana

Introducción: La detección precoz del cáncer de mama constituye el pilar fundamental en la disminución de

la mortalidad asociada a esta patología. El año 2003 se inició el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama, como parte del programa de Medicina Preventiva de la Clínica Alemana.

Objetivo: Describir el programa de detección precoz del cáncer de mama en la Clínica Alemana y sus resultados a cinco años plazo.

Métodos: Se incluyeron mujeres mayores de 35 años. Se realizó una evaluación integral de las pacientes que incluyó anamnesis dirigida, examen físico, mamografía y ecografía mamaria. Se registraron datos epidemiológicos y clínicos. Se realizaron biopsias en aquellas pacientes con sospecha de neoplasia. Las pacientes en que se confirmó el diagnóstico de cáncer fueron evaluadas por un comité especializado para decidir el manejo definitivo.

Resultados: Entre el año 2003 y el 2007 se inscribieron 1256 mujeres, el 44% de ellas tenía entre 40 y 49 años de edad, con un rango entre 26 y 72. El programa fue realizado en forma completa en 1100 casos (87,6%). En un 100% de los pacientes se realizó mamografía y ecografía. Se realizó biopsia en 24 casos (2,2% de la muestra), que correspondieron a pacientes con BIRADS mayor o igual a 4. De éstas, 6 fueron positivas para cáncer (25%), 11 negativas (45%) y en 7 casos (30%) la paciente decidió realizar el procedimiento en otro centro.

Discusión: Está demostrado en la literatura que la detección oportuna de esta patología reduce considerablemente la mortalidad asociada. El programa de detección precoz del cáncer mamario es una herramienta sumamente útil y fácilmente reproducible en nuestro medio; que permite, además de realizar un diagnóstico oportuno, el inicio temprano del tratamiento.

RECEPTORES HORMONALES EN CÁNCER DE MAMA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL FACH.

Drs. M. Jürgensen, G. Mordojovich, A. Olivares, F. Izquierdo, J. Zamarín, J. Jensen, M. Hurtado, F. Rivas, R. Bemer. Int. B. Quijano, F. Fumaro, R. Lipchak. Servicio de Cirugía Hospital de la Fuerza Aérea de Chile.

Introducción: El cáncer de mama es un problema frecuente en nuestro país. La presencia de receptores hormonales en algunos de estos tumores han permitido el uso de terapias de bloqueo hormonal que han mejorado el pronóstico de la enfermedad.

Objetivo: Analizar los casos de pacientes con cáncer de mama del hospital FACH en los cuales se hayan realizado inmunohistoquímica para receptores hormonales, describir las características de la población y comparar el pronóstico de los pacientes con receptores hormonales positivos y negativos.

Materiales y Métodos: Se analiza la base de datos histórica de cáncer de mama del hospital desde el año 1961 a la fecha. Se extraen datos de pacientes con receptores hormonales estudiado. Mediante el uso del programa STATA 9.0, se analizan los datos de la población y se compara sobrevida con curvas de Kaplan-Meier y test de MantelCox.

Resultados: Se analizan 614 pacientes en total. De estos, 356 (59,73%) tenían estudio de inmunohistoquímica. Del grupo de pacientes con receptores estudiados 79 (22,2%) tenían receptores negativos y 277 (77,8%) positivos. El promedio de edad para pacientes con receptores negativos y positivos fue

50,6 y 59,8 años respectivamente ($p=0,0001$). 285 (80%) pacientes recibieron terapia de bloqueo hormonal. La ausencia de receptores se asoció a mayor incidencia de recidiva ($p=0,002$). El seguimiento promedio fue 65,86 meses (3 - 300). La sobrevida global a 5 años para receptores negativos y positivos fue 75,7 y 85,7% respectivamente ($p=0,04$).

Conclusiones: La presencia de receptores hormonales se asocia a edades más avanzadas, menor tasa de recidivas y mejor sobrevida global. El uso de bloqueo hormonal en caso de pacientes con receptores hormonales positivos es un tratamiento efectivo para disminuir la recidiva en pacientes con cáncer de mama. La mejor comprensión de la genética de este cáncer llevará a terapias más precisas, con mejores resultados.

MASTITIS GRANULOMATOSA IDIOPÁTICA, UNA PATOLOGÍA CRECIENTE

Drs. Gladys Ibáñez R.¹, Luis Aguilera G.², Jorge Gamboa G.¹, Patricio Adonis P.¹, Ricardo Trehwela N.¹, Ximena Rodríguez M.³, Elsa Olave M.³, Anita Ortiz³, Matías Arancibia⁴, Claudio Schulz⁵, Manuel Lillo².

(1)Unidad de Patología Mamaria, Hospital San José. (2)Becado Cirugía General, Universidad de Chile. (3)Anatomía patológica, Hospital San José. (4) Interna Medicina.

Universidad de Santiago de Chile. (5) Alumno Medicina, Universidad de Santiago de Chile. (6) Becado Cirugía General, Universidad de Santiago de Chile.

Introducción: La mastitis granulomatosa idiopática, corresponde a un proceso inflamatorio de la mama de tipo benigno y evolución tórpida que puede simular un cáncer. El tratamiento clásico corresponde a cirugía. El uso de corticoides es controversial y los resultados preliminares son satisfactorios.

Objetivos: El objetivo del presente trabajo corresponde comunicar la experiencia de la unidad de patología mamaria del hospital San José, en el diagnóstico, manejo y tratamiento de la mastitis granulomatosa idiopática.

Materiales y Métodos: Serie de casos clínicos. Se revisaron los registros clínicos de las pacientes con diagnóstico de mastitis granulomatosa idiopática ingresadas en la unidad de patología mamaria del Hospital San José, entre los años 2000 y 2007. Se analizaron perfil de pacientes, cuadro clínico, radiología, histopatología, tratamiento y seguimiento. Los resultados son expresados en proporciones.

Resultos: Se obtuvieron 16 pacientes. El promedio de edad fue de 37,7 años (27-52). El 56,25%(9) se presentó como nódulo mamario sospechoso de patología tumoral, el 18,75%(3) como absceso mamario y el 25%(4) restante como alteraciones locales de la mama como úlceras, fistulas, mastitis aguda recidivante e imágenes mamográficas sospechosas. El 25%(4) presentó una mamografía BIRADS 4 ó 5. El 31,25%(5) presentó remisión completa con uso de tratamiento corticoidal. Un paciente requirió mastectomía parcial para reseca zonas residuales luego de tratamiento corticoidal. El 12,5%(2) fracasó el tratamiento con corticoides. El estudio histopatológico confirmó mastitis granulomatosa. El 25%(4) se ha tratado solamente con observación. Un paciente presentó recidiva, de su cuadro. El seguimiento máximo fue de 2 años.

Discusión: La mastitis granulomatosa idiopática, corresponde a un cuadro inflamatorio de carácter crónico

de etiología no precisada. El principal diagnóstico diferencial corresponde a las neoplasias. Clásicamente la cirugía representa el tratamiento de elección. El uso de los corticoides representa una importante alternativa asociado o no a cirugía.

Conclusiones: En nuestra serie la forma de presentación así como la edad están de acuerdo con las series internacionales. Los resultados preliminares obtenidos en cuanto al uso de corticoides tratamiento ofrecido en nuestro centro son satisfactorios.

SILICONOMAS MAMARIOS MASIVOS

Drs. E. Villalón, A. Díaz, A. Hasbun, M. Schwingeler.
Hospital Barros Luco Trudeau

Introducción: Desde la década del 50 se ha utilizado la silicona líquida inyectable con fines de aumento de partes blandas, siendo la región mamaria una de las más frecuentemente intervenidas con esta práctica. Actualmente existe gran cantidad de literatura que evidencia las complicaciones y riesgos que conlleva este procedimiento, sin embargo en nuestro medio aún es frecuente de observar pacientes que han sido sometidos a este procedimiento, especialmente por personal no calificado.

Pacientes y Métodos: Entre los años 2000 y 2008 se trataron 5 pacientes que habían sido sometidos a infiltración masiva de silicona líquida para lograr aumento de volumen mamario. 3 mujeres y 2 hombres, con una edad promedio de 40,6 años. Se analizan la forma de presentación clínica y las alternativas de manejo quirúrgico para cada caso.

Resultados: Los 5 pacientes analizados consultaron por complicaciones del material inyectado. Los síntomas principales fueron: Presencia de signos inflamatorios, nódulos o defectos del contorno mamario (5 casos), eritema y dolor mamario (3 casos), Úlcera supurada (1 caso). El tiempo de inicio de los síntomas fue en promedio 7 años (rango: 7 meses - 10 años). Todos los pacientes contaron con diagnóstico imagenológico compatible con siliconoma (5 ecografía y biopsia de la pieza operatoria).

Como alternativas de manejo quirúrgico se realizaron 1 mastectomía radical bilateral con buena evolución, 2 casos de mastectomía subcutánea bilateral y reconstrucción con prótesis que evolucionaron en forma tórpida requiriendo reintervenciones, en una paciente se realizó una segunda reconstrucción con prótesis de poliuretano y la otra paciente fue sometida a reconstrucción con colgajo de recto abdominal. El cuarto caso fue manejado inicialmente con colgajo de recto abdominal, con buena evolución. El último paciente de sexo masculino se trató con aseos quirúrgicos e injertos dermoepidérmico.

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA EN EL HOSPITAL EDUARDO PEREIRA

Drs. E. Aliaga, J. Montedónico

Hoy en día la reconstrucción mamaria es un procedimiento que no puede estar ajeno al tratamiento del cáncer de mama y otras patologías, hay muchas opciones de reconstrucción mamaria, técnica y tiempo quirúrgicos son escogidos de acuerdo a cada tipo de paciente.

El conocimiento de experiencias en distintos grupos de trabajo, así como factores de riesgo y antecedente personales de las pacientes a reconstruir es de gran importancia para técnicas adecuadas que se ajusten a realidades de cada centro.

Objetivo: El propósito de este estudio es analizar los procedimientos en reconstrucción () mamaria, tipo de pacientes y eventuales complicaciones que se encontraron en los últimos 5 años en el hospital Eduardo Pereira de Valparaíso.

Material y Método: Se recopilaron las historias clínicas de todas las pacientes que fueron sometidas a v reconstrucción mamaria entre enero del 2002 a diciembre del 2007.

El total de pacientes fueron 15, 3 historias no se consiguieron en archivo.

Se analizaron frecuencias, tipos de reconstrucción, edad, tiempo de reconstrucción, tipo de reconstrucción y sus complicaciones. Los datos fueron analizados en epiinfo.

Resultados: Se encontraron a 7 pacientes mastectomizadas por cáncer de mama, 2 pacientes portadoras de síndrome de poland y 3 pacientes que correspondieron a códigos equivocados. La media de la edad fue de 35,9., el 100% de pacientes son residentes en Valparaíso, fumadoras 22,2%, no se encontraron pacientes con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus y consumo de alcohol.

El tipo de reconstrucción fue con dorsal ancho más prótesis 11,1 % (1), prótesis solamente 33,3% (3), tram flap (5) 55,6%

Las complicaciones totales fueron de un 53%, Las complicaciones aisladas más frecuentes en las reconstrucciones con tram flap fueron , necrosis parcial 60%, infección del tram 20%,necrosis grasa 20% , hernia incisional 40%, seroma zona dadora 40%.

Concluimos que la reconstrucción mamaria es necesaria en un hospital público, como tratamiento en diferentes patologías, y con un número no menor de complicaciones según la técnica a usar.

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA INMEDIATA CON COLGAJO DORSAL EXTENDIDO (RMICCDE)

Drs. H. Waintrub, M. Fritis , C. Torres, C. Barriga
Clínica Oncológica Fundación A. López Pérez

El colgajo miocutáneo dorsal constituye la 2ª opción para reconstrucción mamaria, en general asociado al uso de un implante, para evitar esto y lograr un volumen suficiente solo con el colgajo se describió en 1983 la técnica con colgajo dorsal extendido.

El objetivo: del trabajo es mostrar nuestra experiencia, resultado cosmético y complicaciones con esta técnica

Material y Método: entre diciembre 2003 y diciembre 2007 realizamos 17 RMICCDE en pacientes con cáncer de mama, ,la mastectomía se realiza con técnica de conservación de piel(skin sparing mastectomy) mas biopsia ganglio centinela o disección axilar .Con paciente en decúbito lateral y brazo tlectado se realiza incisión sobre isla cutánea dorsal previamente marcada (losanjo arciforme), la disección incluye la grasa escapular dorsal y lumbar, sección de borde medial e inferior de musc. dorsal, sección de borde tendineo para permitir una

adecuada rotación y traslado de colgajo hacia lecho de mastectomía, cierre del defecto dorsal. Se coloca nuevamente la paciente en decúbito dorsal realizando reconstrucción mamaria , remodelación, desepitelización, dejando pequeña isla circular que se afronta a piel de mastectomía , drenaje en sitio donante y receptor.

Resultado: 17 RMICCDE fueron realizadas en 4 años, promedio edad 49.9 años ,53% corresponde a cáncer mama etapa II ,47% recibe quimioterapia y 35% radioterapia, las razones para elegir este colgajo fue: cicatriz abdominal (9/17),sin condiciones para TRAM(4/ 17) obesidad (2/17) fumadora pesada(l/17), preferencia paciente (l/17),tiempo promedio cirugía fue 4 horas 40 min.(un solo equipo),promedio hospitalización 4 días, 2 pacientes presentaron complicación inmediata y correspondió a hemorragia de perforante dorsal, las complicaciones tardías son: dehiscencia leve piel dorsal(4/17) necrosis parcial piel mastectomía(l/17), seroma dorsal mayor a 6 meses (2/17), la reconstrucción del complejo areola pezón se realizó en 6 pacientes.

Conclusión: consideramos que la RMICCDE constituye una excelente técnica, con indicaciones precisas, que permite obtener un volumen adecuado incluso en mamas grandes con un muy buen resultado cosmético.(fotos)

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD QLQ-C30/BR-23 SEGÚN TIPO DE CIRUGÍA

Drs. Viviana Pineda N¹, María Eugenia Burgos de C.², Paula Astudillo D.2, Victor Neira V., Paula Troncoso T.³
Grupo MINCIR¹, Departamento de Cirugía², Universidad de La Frontera³ Hospital Hernán Henríquez A.

Introducción: el tratamiento quirúrgico de las pacientes con cáncer de mama puede ser conservador o radical, lo cual puede afectar su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). La CVRS es la percepción que cada individuo tiene sobre los efectos de una enfermedad en los aspectos de su vida; especialmente, en aquellos como su bienestar físico, emocional o social. Es subjetiva, multidimensional e incluye sentimientos positivos y negativos, entre otros. **Objetivo:** validar el instrumento genérico QLQ-C30 asociado al instrumento específico QLQ BR- 23 para medir CVRS, comparando pacientes con cirugía conservadora versus pacientes mastectomizadas por cáncer de mama.

Material y Métodos: estudio de corte transversal con muestre o no probabilística. Aplicación autoadministrada de QLQ-C30 asociado a QLQ BR-23, versión 3 en castellano, en período 2006-2007 a 451 pacientes tratadas por cáncer de mama en Hospital Hernán Henríquez de Temuco, Chile. Se utilizó estadística descriptiva y analítica para evaluar consistencia interna mediante alpha Cronbach y capacidad discriminatoria del cuestionario, comparando pacientes con cirugía conservadora versus pacientes mastectomizadas.

Resultados: el promedio de edad del grupo total fue de 56 ± 12.87 años (24-94). El grupo de mastectomizadas fue de 251 (55.7%), con promedio de edad de 56 ± 13.2 años. El grupo de pacientes con cirugía conservadora fueron 200 (44.3%), promedio de edad de 57 ± 11.9 años. Hubo una buena consistencia interna para el instrumento QLQ-C30, con poder discriminatorio estadísticamente significativo en los ítems irritabilidad,

depresión y dificultad para recordar. La consistencia interna de QLO BR-23 fue adecuada, exceptuando el ítem síntomas mamaríos y su poder discriminatorio fue estadísticamente significativo en el ítem imagen corporal.

Conclusión: el instrumento muestra buena

confiabilidad, independiente del tipo de cirugía. También, tiene un fuerte poder discriminatorio en relación al tipo de cirugía. Es decir, el poder discriminatorio es coherente con el tipo de cirugía y es capaz, claramente, de diferenciar entre una paciente que ha sido tratada con cirugía conservadora o mastectomía.

Seccional: TRAUMA

CIRUGÍA DE CONTROL DE DAÑOS Y TRAUMA FACIAL GRAVE

Drs. G. Gómez ¹, G. Segue ¹

¹Unidad de Emergencia del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso. (HCVB)

No existe consenso respecto a la definición de trauma facial grave, su tratamiento de urgencia o sobre el manejo según control de daño. La Cirugía de Control de Daños abarca técnicas quirúrgicas para resolver el trauma con un enfoque terapéutico por etapas. El objetivo es reportar los resultados de 3 casos de cirugía por control de daños en el trauma facial grave en la Unidad de Emergencia (UE) del HCVB entre enero 2007 a junio 2008. Paciente 1: Hombre, 40 años, sufre accidente en moto, ingresa a UE hipotenso. Presenta epistaxis anterior y posterior secundaria a fractura facial. Se realiza taponamiento anterior, posterior. Sobrevive.

Paciente 2: Hombre, 25 años, sufre accidente automovilístico, tras -hor-s del trauma inicial. Hipotenso en Glasgow 13. Presenta trauma tóraco-abdominal no complicación y fractura facial. Por inestabilidad hemodinámica persistente, se realiza laparotomía exploradora (hemoperitoneo 100 cc), pleurotomía bilateral (sin hemotórax), posterior presenta paro cardiorrespiratorio, por lo cual se realiza toracotomía y clampeo aórtico. Presenta hemorragia facial exanguinante, que no se cohibe con taponamiento faríngeo, nasal anterior y posterior. Fallece en pabellón. Paciente 3: Hombre, 35 años, se auto infliere un disparo con una escopeta en el mentón. Ingres a UE taquicárdico, intubado en Glasgow 8. Presenta avulsión parcial del mentón, del paladar blando y de la lengua, además de fractura expuesta de ambos maxilares. Se realiza traqueostomía, sutura de la lengua hacia los bordes anfractuados traumatizados del maxilar inferior y de los tejidos blando submandibulares y taponamiento con compresas en la orofaringe. Fallece en UCI.

La hora dorada del trauma es fundamental. La demora en la llegada a la UE de ambos pacientes fallecidos creemos fue determinante en la mortalidad. El traumatismo facial grave es una situación difícil de resolver, donde las técnicas de control de daño tienen su rol en la cirugía de urgencia.

CARACTERIZACIÓN DE LA SEVERIDAD DEL TRAUMA SEGÚN EL ISS EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN DE VALPARAÍSO

Drs. G. Segue¹, L. Marin, S. Beltran, R. Salas

Hospital Carlos Van Buren, Cátedra de cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso

En las Unidades de Emergencias (VE), existe la

necesidad de evaluar el tipo de población que consulta y sus resultados posteriores. El trauma, constituye la cuarta causa global de muerte en nuestro país, siendo la principal en las primeras cuatro décadas de vida. Existen clasificaciones de severidad del trauma, una de las más conocidas el «Injury Severity Score» (ISS), su mayor utilidad radica en permitir comparar grupos y centros de atención. El objetivo del presente trabajo es caracterizar los politraumatizados y traumatizados graves que ingresen al servicio de urgencias del hospital Carlos Van Buren según el ISS.

Se realizó estudio descriptivo de una serie de casos seguidos prospectivo, en mayores de 15 años que ingresaron vivos traumatizados graves o politraumatizados según definición GES a la UE del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso durante 100 días. Confirmado el diagnóstico, se aplicó el Injury Severity Score. Agrupándose en leve, moderado y severo según puntaje (menor a 24, 25 a 40 y mayor a 40 respectivamente). Se recolectaron 68 casos. La edad promedio fue 41 años. 82% fueron de sexo masculino y 18% femenino. El mecanismo más frecuente fue el accidente de tránsito con un 48,5%. 59 pacientes (86,8%) pertenecieron al grupo ISS leve, 6 (8,8%) al grupo moderados y 3 (4,4%) al severo. Fallecieron 6 individuos, 1 fue ISS leve, 2 moderado, 3 del severo. Los días de hospitalización tienden a incrementarse a mayor ISS. Sufrieron complicaciones 11 pacientes siendo la más frecuente la neumonía aspirativa, la población adulto joven y preferentemente varones son las principales víctimas de los traumatismos. La mayor cantidad de pacientes se concentra en el grupo ISS leve (ISS < 25), decreciendo progresivamente al elevarse el puntaje. Son hombres jóvenes, el mecanismo más frecuente es el accidente de tránsito, sus principales lesiones son a nivel toracoabdominal y craneoencefálico.

PARO CARDIO-RESPIRATORIO TRAUMÁTICO PREHOSPITALARIO: EXPERIENCIA DEL MÓVIL MEDICALIZADO, SAMU METROPOLITANO

Drs. S. Mayanz¹, J. Barreto², V. Iglesias³, X. Grove², H. Breinbauer¹

¹Interno de medicina, Universidad de Chile. ²Médico de intervención, SAMU Metropolitano. ³Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Introducción: Históricamente la sobrevida del paro cardiorrespiratorio traumático (PCR-T) ha sido considerada muy baja, sin embargo estudios recientes muestran sobrevidas mayores al 10% con una reanimación agresiva precoz (toracotomía, pleurotomía, etc.). Existe escasa información sobre el PCR-T en Chile y Latinoamérica. Nuestro objetivo fue describir a los pacientes en PCR-T

que inicialmente recibieron reanimación cardiopulmonar (RCP) avanzada por del equipo de la ambulancia medicalizada del Sistema de Atención Médica de Urgencias (SAMU) Metropolitano en Santiago, Chile.

Material y Método: Revisamos retrospectivamente a todos los pacientes que sufrieron un PCR-T y recibieron RCP entre 2000 y 2005.

Resultados: Se realizó RCP avanzada a sesenta y seis pacientes en PCR-T (mediana 37 años, 81% hombres). El trauma fue contuso en cincuenta pacientes (75,8%), penetrante en doce (18,2%) y por electrocución en cuatro (6,1%). En veintiocho pacientes (42,4%) el PCR-T fue presenciado por testigos y en dos (3,0%) ocurrió después de la llegada de la ambulancia. Veintisiete pacientes (42,2%) recibieron RCP básica antes de la llegada de la ambulancia. Cuarenta y ocho pacientes (72,7%) presentaron inicialmente un ritmo cardiaco no desfibrilable (asistolia 45,5%, actividad eléctrica sin pulso 24,2% y bradicardia 3,0%) y uno (1,5%) un ritmo desfibrilable. Se realizó desfibrilación durante la RCP en cinco pacientes (7,6%). Doce pacientes (18,2%) recuperaron el pulso en algún momento durante la RCP. Logramos seguir la evolución de cincuenta y nueve pacientes: siete (11,9%) fueron hospitalizados con ritmo cardiaco propio y una fue dada de alta viva (1,7%). La paciente sobreviviente sufrió un PCR-T por ahorcamiento en el año 2001 y sobrevive hasta esta fecha (Junio de 2008). **Conclusión:** Las características de los pacientes son similares a las descritas en otras publicaciones. La sobrevida del PCR-T en esta muestra es muy baja, sin embargo comparable con las publicadas por otros autores.

¿ES EL TRAUMA DE TÓRAX UN FACTOR DE GRAVEDAD EN EL CONTEXTO DE LOS POLITRAUMATIZADOS?

Drs. M. Bustos, B. Retamales, M. Muñoz, Dr. J.P. Bustos, Int. M. Zecher Dra. A.M. Pacheco, Dr. C. Hlibner. Hospital de Urgencia y Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río

Introducción: Siendo el manejo de la vía aérea y la ventilación pilares fundamentales de la reanimación del paciente politraumatizado, es importante caracterizar el trauma torácico (TT), a modo de predecir manejo y uso de recursos hospitalarios.

Objetivos: Describir el TT en politraumatizados atendidos en HUAP.

Materiales y Métodos: Revisión retrospectiva de fichas médicas de pacientes ingresados a HUAP entre 01/01/98 y 31/12/2007, con diagnóstico de politraumatizado asociado a trauma torácico. Análisis de tipo de lesión torácica, asociación con requerimientos VM y mortalidad de cada una. Análisis estadístico con Excel.

Resultados: De un total de 1290 politraumatizados, el 51% (663) presentó TT. La mortalidad de éstos alcanzó un 33%. Un 38% requirió de VM. La lesión mas frecuente fue de fracturas costales en 53,43% (341), seguido por contusión pulmonar con 182 (27,45%), hemoneumotorax 143 (21,57%), neumotórax 140 (21,12%), hemotórax 96 (14,47%), contusión cardiaca 22 (3,32%). En pacientes con fracturas costales un 12% necesitó de VM, y fallecieron en un 18%. En pacientes con contusión pulmonar, un 29 % requirió VM y se observó un 32% de mortalidad. En los pacientes con hemoneumotorax, se encontró un requerimiento de VM en un 49% y un 37% falleció. En aquellos con hemotórax se requirió VM en un

14% y un 28,12% falleció. En individuos con newnotórax se requirió un 18% de VM y un 30% falleció. Los pacientes con contusión cardiaca necesitaron VM en un 27% y fallecieron el 22%.

Conclusiones: El TT en el contexto del paciente politraumatizado tiene una mayor mortalidad asociada que cuando éste se presenta solo. Las lesiones torácicas que tienen mayor mortalidad asociada son la contusión pulmonar y el hemoneumotórax. La mayor necesidad de ventilación mecánica se presentó con el hemoneumotórax. La mortalidad en los pacientes con fracturas costales, se debe principalmente a las lesiones asociadas.

DESFORRAMIENTO DE EXTREMIDAD INFERIOR: REVISIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DEL TRABAJADOR DE SANTIAGO.

Drs. A. Cuadra¹, C. Longton², J. Molina³, M. Vivanco⁴, S. Danilla¹, C. Guerra⁵, R. Roa⁵, S. Llanos⁵, J. Piñeros⁵, P. Léniz⁵, W. Calderón⁵

1 Residente de Cirugía Plástica, Universidad de Chile.

2 Residente de Cirugía General, P. Universidad Católica de Chile.

3 Residente de Cirugía General, Universidad de Chile.

4 Residente de Cirugía General, Universidad del Desarrollo.

5 Servicio de Cirugía Plástica y Quemados, Hospital del Trabajador de Santiago.

Introducción: El desforramiento consiste en la lesión cutánea secundaria a la fuerza de cizallamiento que lesiona las perforantes cutáneas. Lograr una adecuada cobertura cutánea puede marcar el pronóstico funcional y estético de la extremidad. El objetivo es caracterizar a la población de pacientes desforrados atendidos en el Hospital del Trabajador de Santiago (HTS).

Pacientes y Métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de fichas de de los pacientes con diagnóstico de desforramiento de extremidad inferior de HTS del período 2003 a 2008. Se registraron variables demográficas, relacionadas al accidente y al tratamiento. Se efectuó un análisis descriptivo. Se entregan los datos como porcentajes y promedio \pm desviación estándar según corresponda.

Resultados: La población consta de 51 pacientes en 5 años. El promedio de edad fue 39 \pm 14 años y un 70,5% fue de sexo masculino. Los desforramientos fueron abiertos en 68,6% y cerrados en 31,4%. El mecanismo lesional más frecuente fue accidente de tránsito (88,2%), ya sea como accidente laboral o de trayecto. Las zonas afectadas fueron pierna (43,1 %), pie (27%), muslo (23,5%) y glúteo (5,8%). El promedio de superficie corporal desforrada fue 4,3 \pm 3, 1 %. El tiempo de hospitalización fue de 51 \pm 28 días. 31 % requirió hospitalización en la unidad de paciente crítico por lesiones asociadas. Las coberturas cutáneas definitivas más frecuentes fueron injerto dermoepidérmico (54%), colgajo libre (15,6%) y capitonaje (9,8%) Sólo un paciente requirió amputación. No hubo mortalidad en esta cohorte.

Conclusiones: En esta serie, las lesiones por desforramiento en la extremidad inferior comprometen más frecuentemente los segmentos distales y se produjeron por accidentes de tránsito. Pueden necesitar un manejo quirúrgico de alta complejidad y requieren una hospitalización prolongada.

HERIDA PENETRANTE CARDIACA: UTILIDAD DE LA ECOCARDIOGRAFIA EN LA PESQUISA DE COMPLICACIONES POST OPERATORIAS, COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSE.

A. Diaz¹, P. Muñoz², E Y áñez³, F Avila⁴ M., Rodríguez⁵, Erick Magariños⁶

1.,2, 3,4. Internos VII Año Medicina Universidad de Santiago de Chile, 5. Jefe de Turno Servicio de Urgencias Hospital San José. 6. Becado Cirugía segundo año Universidad de Santiago.

Introducción: La Herida Penetrante Cardíaca (HPC) es aquella que penetra la cavidad pericardica. Las secuelas más frecuentes son electrocardiográficas y consisten en isquemia miocárdica y bloqueo de rama. En la evaluación Ecocardiográfica se pueden encontrar defectos anatómicos y funcionales consistentes en insuficiencia mitral o tricuspídea, defectos septales, difusión ventricular y dilatación o hipokinesia, en orden de frecuencia.

Objetivos: Determinar la utilidad de la Eco cardiografía en el diagnóstico de complicaciones post operatorias en pacientes con (HPC) que ingresaron al Complejo Hospitalario San José (CHSJ) entre los años 2001 y 2006:

Materiales y métodos: se realizó estudio descriptivo retrospectivo, se revisaron las fichas clínicas de 52 pacientes. Los datos se tabularon y analizaron en el programa estadístico Etata 8.1.

Resultados: de un total de 52 pacientes, la distribución por sexo fue: 98% hombres y 2% mujeres. El promedio de edad fue de 29,5 años. La resolución quirúrgica inmediata fue en el 100% de los casos. Un 27% presentó complicaciones post operatorias, destacando las de origen cardiaco en un 60%. La Sensibilidad de la Eco cardiografía en relación a las complicaciones post operatorias correspondió a un 91 % con un valor predictivo positivo de un 66%.

Conclusión: Los datos analizados demuestran la utilidad de la Eco cardiografía en la pesquisa de complicaciones en pacientes con HPC pero faltan estudios en la literatura que avalen su utilidad en forma rutinaria.

TRANSPORTE HELIPORTADO VERSUS TRANSPORTE TERRESTRE EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO SAMU METROPOLITANO PERIODO 2007

Drs. María Elsa Calderón, José Retamal, Leoncio Tay. Hospital de Urgencia, Asistencia Pública de Santiago

Introducción.- El Transporte Heliportado de pacientes se da desde la Guerra de Vietnam y cada vez es más importante en Prehospitalario, con especial uso en caso de trauma y cobertura de largas distancias. En países desarrollados alcanza hasta 500 vuelos al año y es Medicalizado en Norteamérica y países Europeos. En Chile no hay datos al respecto, por lo que en el presente estudio se realiza una revisión retrospectiva de los resultados del Transporte Aéreo versus el Transporte Terrestre de pacientes politraumatizados, hechos en la RM durante el año 2007 por el SAMU Metropolitano y en cooperación con la Prefectura Aeropolicial de Carabineros de Chile. Validando la gravedad de los pacientes según los scores ISS (Injury Severity Store) y TRISS (Trauma Injury Severity Stote).

Material y Métodos.- Estudio longitudinal, retrospectivo de un total de 60 pacientes transportados por el SAMU Metropolitano durante el periodo del 2007. Edades comprendidas entre 1 y 65 años (mediana de 40 años). Con un ISS > 12 fueron divididos en dos grupos según el medio de transporte hacia el centro hospitalario mas próximo (Helicóptero= 30, Ambulancia= 30). Según el informe del alta se evaluó la sobrevida promedio.

Resultados.- Del total de 60 pacientes, se observó un rango de ISS para los heliportados de 14-75 (promedio 38), mientras que para los terrestres fue de 19-75 (promedio 30), según el TRISS score la sobrevida promedio era de 47,3% para los heliportados y 26% para los terrestres, sin embargo, la sobrevida final según las fichas de altas hospitalarias fue de 64,7% para los heliportados y 75% para los terrestres.

Conclusiones.- Pacientes con similares índices de gravedad en la primera evaluación, presentan una menor morbilidad y una mayor sobrevida cuando son trasladados rápidamente a un centro asistencial adecuado en las primeras horas del accidente.

USO DE TRANSFUSIONES EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS HUAP.

Drs. B. Retamales, M. Bustos, M Muñoz, Dr. J.P. Bustos, Dr. C. Hilbner, Dra A. Pacheco
Hospital de Urgencia Asistencia Publica Dr. Alejandro del Río

Introducción: 10-15% de las unidades de GR de los bancos sanguíneos son utilizadas en politraumatizados. El uso de transfusiones no es inocuo, pero muchas veces necesario. Es importante conocer el perfil de pacientes que requieren transfusiones, pero también conocer la morbilidad que ésta conlleva.

Materiales y Métodos: Registro retrospectivo de pacientes ingresados a HUAP Enero 2007-Marzo 2008 por Politraumatismo. Se registran unidades transfundidas durante la primera semana de hospitalización, presión arterial al ingreso, mortalidad, índice de gravedad, incidencia de infecciones, y número de reoperaciones. Se agrupan en 3 grupos, (1) sin transfusión, (2) 1 a 9 transfusiones y (3) 10 o más transfusiones.

Resultados: De 178 politraumatizados, 100 requirieron productos derivados de la sangre. El grupo 1 tuvo 78 pacientes, con una mortalidad del 20,51 %, se asoció con hipotensión sistólica en 15,38%, con un ISS promedio de 20,89, y NISS promedio de 25,15. El grupo 2, de 53 pacientes, con una mortalidad de 26,42%, se asoció con hipotensión en un 28,30%, ISS de 25,77, y NISS de 31,20. El grupo 3, de 47 pacientes, con mortalidad de 36,17%, se asocia a hipotensión en 29,79%, ISS de 28,51 y NISS de 36,85. La incidencia de infecciones para el grupo 1 fue de 12,82%, para el grupo 2 de 43,39% (p<0,01), y para el grupo 3 de 42,55%. El número promedio de feoperaciones fue de 0.95, 1.96 Y 2.94 para los grupos 1, 2 Y 3 respectivamente.

Conclusiones: La necesidad de transfusión se asocia con un mayor puntaje de índice de gravedad, y con una mayor mortalidad. La indicación de transfusión, no así el número, se asocia con mayor incidencia infecciones e hipotensión. A mayor número de reintervenciones, aumenta el número de transfusiones.

QUEMADOS, TRANSFUSIÓN Y TESTIGOS DE JEHOVA:
Análisis de un caso clínico Drs. H Norambuena, JM
Robles, F Deichler, W Calderón, R Roa, P Leniz .
Servicio Cirugía Plástica y Quemados. Hospital del Trabajador de
Santiago.

Se presenta caso clínico de paciente 66 años, hombre, testigo de Jehová, con quemaduras del 15% SCT por alquitrán, principalmente de extremidades superiores, sometido inicialmente a escarectomías y fasciotomías: A la semana de evolución se produce sangrado de zona operatoria que lo llevo a Hb 7 mg/dl, sangrado controlado por puntos hemostáticos. Por agravamiento de su estado se traslada a UCI donde se inicia terapia con eritropoyetina y hierro, debido a la negativa a recibir transfusiones de sangre. El paciente presenta nuevo sangrado Hb 4 mg/dl. El paciente fallece por falla orgánica múltiple.

Objetivos: 1) Revisar implicancias medico legales de esta situación y definir conducta a seguir frente a esta. 2) Conocer alternativas de tratamiento sin sangre a utilizar en pacientes con alto riesgo de sangrado que rechazan la transfusión de sangre.

Metodología: Revisión de literatura relacionada con la necesidad de transfusión de pacientes quemados y sobre la medicina y cirugía sin sangre.

Conclusiones: Existe una tendencia permanente de los pacientes quemados de presentar anemia que en algunos casos necesita transfusión de sangre, esto es principalmente importante en los grandes quemados. Frente a un paciente que necesita la terapia y a su negativa de recibirla aparecen múltiples situaciones que requieren evaluación para toma de la mejor decisión (medica y legal). Existen alternativas de manejo que disminuyen los requerimientos de transfusión y que debieran estar en el arsenal terapéutico de los centros que aceptan este tipo de pacientes.

QUEMADURA ELÉCTRICA ABDOMINAL COMPLICADA EVISCERACION Y NECROSIS INTESTINAL. ESTRATEGIA REPARACION EN UN CASO CLÍNICO.

Drs. J. Villegas¹, G. Mangelsdorff², I. Nachari³, L. Ristori⁴.

¹Servicio de Quemados. Hospital de Urgencia Asistencia Pública.

²Residente de Cirugía Plástica y Reconstructiva P. Universidad Católica de Chile.

³Residente de Cirugía General Hospital San Juan de Dios. Universidad de Chile.

⁴Servicio de Cirugía. Hospital de Urgencia Asistencia Pública.

Introducción: Las lesiones abdominales por electricidad de alto voltaje presentan un desafío importante en la reparación de lesiones tanto viscerales como de pared abdominal. Se presenta un caso clínico de quemadura eléctrica complicada abdominal de alto voltaje y su estrategia de reparación.

Material y Método: Caso clínico. Hombre de 35 años, sufrió quemadura abdominal por alto voltaje y caída de altura, con necrosis de pared abdominal anterior, evisceración y quemadura cervical que comprometió el plano muscular y óseo. En aseo quirúrgico de urgencia se evidenció necrosis y perforación de intestino delgado, necrosis de vejiga, y quemadura de espesor total en abdomen anterior con compromiso de fascia. Se realizó resección y anastomosis intestinal en dos segmentos, reparación vesical, escarectomía incluyendo resección

parcial de los tercios internos de los músculos rectos abdominales y reparación de pared abdominal inmediata con avance de colgajos musculares de recto abdominal remanente y curación aspirativa. Es espera de comprobar la vitalidad intestinal se realizó cobertura con heteroinjertos irradiados criopreservados (día 5), seguido por cobertura definitiva con autoinjerto dermoepidérmico en malla (día 9).

Resultados: Se logró una reparación definitiva y estable de la pared abdominal. No se presentaron complicaciones intestinales ni dehiscencias en pared abdominal.

Discusión: El tratamiento quirúrgico precoz y agresivo, seguido por una reparación de pared abdominal con colgajos musculares inmediata y cobertura cutánea oportuna permitió resolver en forma adecuada este caso de quemadura abdominal eléctrica de alto voltaje.

USO DE VENTILACIÓN MECÁNICA EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS HUAP.

Dra. B. Retamales, M. Bustos, M Muñoz, Dr. J.P. Bustos,
Dr. C. Hübner, Dra A. Pacheco.

Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río.

Introducción: La ventilación mecánica es una medida de soporte esencial en el manejo de los politraumatizados. Por tratarse de un bien escaso, y de alto costo; resulta importante conocer el perfil de los pacientes que requerirán VM y por lo tanto UCI.

Materiales y Métodos: Registro retrospectivo de pacientes ingresados a HUAP Enero 2007-Marzo 2008 por Politraumatismo. Se registra uso de ventilación mecánica, presión arterial y puntaje Glasgow al ingreso, mortalidad, índice de gravedad, mecanismo, y sistemas afectados. Se dividen en 2 grupos: con necesidad de ventilación mecánica (CVM) y sin indicación de ventilación mecánica (SVM).

Resultados: De 536 politraumatizados, 173 requirieron de ventilación mecánica (32,28%). El grupo CVM se asoció con una mortalidad de 35%, un puntaje Glasgow (GCS) promedio de 9,02, un ISS de 23,71 y NISS de 29,35. El grupo SVM presentó una mortalidad de 25%, un promedio de GCS de 11,61, un ISS promedio de 23,84 y NISS de 29,03. La incidencia de hipotensión en el grupo CVM fue de 27,32% y en el grupo SVM 19,46%. Los accidentados en vehículo necesitaron VM en un 36,97%. Los accidentados en moto y bicicleta requirieron de VM en 33%. y los peatones atropellados en 28,4%. Los caídos de altura presentaron 29,51 % de necesidad de VM. El uso de VM según segmento afectado fue de 37,62% para el trauma torácico, 32,67% en el cráneo encefálico, 29,63% en el trauma musculoesquelético, y 27,49% en el trauma abdominal.

Conclusiones: 1 de cada 3 politraumatizados requieren de VM en HUAP. Los pacientes con VM tienen menor Glasgow y presión arterial al ingreso, sin diferencias en el ISS. El trauma torácico se asocia a mayor uso de VM, y el mecanismo con mayor asociación fueron los accidentes en vehículo.

INFECCION DE PROTESIS DE AORTA ABDOMINAL EN ADOLESCENTE SECUNDARIO A TRAUMA: CASO CLINICO

Drs. J. Marín P. y E. Ceroni F.
Servicio de cirugía

Introducción: La infección de prótesis vascular de la aorta abdominal es de baja frecuencia. Se trata de una complicación catastrófica de alta mortalidad, que puede terminar con la amputación de las extremidades inferiores. Es raro de ver en trauma contuso de aorta abdominal, especialmente en niños y jóvenes. Con cierta frecuencia se ve en adultos y pacientes añosos debido a reparaciones por aneurismas y enfermedad aortoiliaca. El objetivo de esta presentación es reportar un caso de infección protésica de aorta abdominal en un paciente que sufrió un trauma contuso.

Material y Método: Se trata de paciente hombre de 15 años que sufre contusión abdominal con lesión de intestino delgado y ruptura de aorta que en forma tardía presenta fistula aortoentérica y aneurisma aortoprotésico

infectado, fruto de infección vascular protésica. Operado en varias ocasiones se le salva la vida en una primera instancia por hemorragia digestiva exanguinante y después se le repara su aneurisma infectado mediante el retiro de la prótesis aortica, cierre del muñón aórtico y bypass desde aorta infra diafragmática hasta bifurcación aórtica con prótesis de PTFE anillada.

Resultado: Buena recuperación después de retiro de prótesis aortica, con seguimiento clínico e imágenes después de 31 meses.

Conclusión: La infección de prótesis aortica es una complicación catastrófica de alta mortalidad. La mayor parte de veces de las veces implica el retiro de ésta, planteando un gran desafío para el cirujano en relación al tipo de reconstrucción, sin embargo, creemos que frente a un trauma contuso abdominal con contaminación se deben extremar las medidas para una reconstrucción aortica con material autólogo y no protésico.

Seccional: JORNADAS DE RESIDENTES

ILEO BILIAR DE RESOLUCIÓN ESPONTÁNEA: REPORTE DE UN CASO.

Drs. J. Galindo¹, R. Cárdenas², R. Sepúlveda², L. Suárez², H. Ríos³

Servicio de Cirugía, Hospital Militar de Santiago.
Facultad de Medicina Universidad de los Andes.

1. Becado Cirugía, Universidad de los Andes.
2. Equipo de Cirugía Digestiva, Hospital Militar de Santiago.
3. Jefe del Servicio de Cirugía, Hospital Militar de Santiago.

Introducción: El íleo biliar es una complicación poco frecuente de la colelitiasis, provocando el 1-4% de todas las obstrucciones de intestino delgado. Su incidencia aumenta en pacientes mayores de 65 años, llegando a producir el 25% de los íleos mecánicos proximales. Sus complicaciones dependen tanto de las enfermedades crónicas concomitantes, como del diagnóstico tardío. La cirugía es el pilar del tratamiento en la mayoría de los casos; sin embargo, existen algunos reportes de casos con resolución espontánea.

Reporte de caso: Paciente de sexo femenino de 75 años, con antecedente de colelitiasis asintomática, demostrada por ecografía previa. Ingresó por dolor epigástrico tipo cólico de tres días, asociado a náuseas, vómitos, distensión abdominal y ausencia de eliminación de gases y deposiciones. Al examen abdominal presenta dolor a la palpación de forma difusa y marcado aumento de los ruidos hidroaéreos, sin signos de irritación peritoneal. Laboratorio: leucocitos 11100, bilirrubina total 1.19, fosfatasas alcalinas 116, nitrógeno ureico 39, creatinina 0.88. Radiografía simple de abdomen muestra asas intestinales dilatadas. Estudio complementado con Tomografía de abdomen, que muestra moderada distensión de asas de intestino delgado y una imagen redondeada, bien definida, de aproximadamente 2 cm. en el ciego, compatible con un cálculo. Debido a este hallazgo se decide conducta expectante. Paciente evoluciona favorablemente, con recuperación progresiva del tránsito intestinal y significativa mejoría clínica. Se realimenta a partir del segundo día, con buena tolerancia oral. Tomografía de control muestra regresión del cuadro obstructivo. Es dada de alta al cuarto día de hospitalización, en buenas condiciones generales.

Discusión: La obstrucción intestinal provocada por un cálculo biliar es una patología a considerar dentro del diagnóstico diferencial del íleo mecánico, ya que su tratamiento precoz disminuye la morbimortalidad asociada. Los hallazgos radiológicos son de gran utilidad en la evaluación del paciente. Existen escasos reportes de resolución espontánea del cuadro.

LEIOMIOMA ESOFÁGICO: RESECCIÓN POR VIDEOTORACOSCOPIA

Drs. J. Gantz; J. Schiller; G. Wiedmaier; C. Cavalla; F. Macan; Interna C. Celle; Alumnos C. Carvajal; A. Rosas
Servicio de Cirugía Hospital Padre Alberto Hurtado;
Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo

Paciente de 60 años de edad, con historia de 3 meses de disfagia lórica progresiva, con baja de peso de 5 kgs. Se realiza Endoscopia Digestiva Alta que muestra lesión sub mucosa a 30 cm de la arcada dentaria, de 4 cm en su diámetro mayor compatible con leiomioma. Tomografía Axial Computada mostró lesión esofágica de 3 cm de diámetro.

Se presenta video de cirugía con la técnica quirúrgica mostrando la resección del tumor esofágico vía toracoscopia derecha. Detalle de los pasos operatorios con disección distal de esófago e identificación del tumor. Se efectúa resección y luego endoscopia alta intra operatoria que revela indemnidad de mucosa esofágica.

CARCINOMA PAPILAR DEL CONDUCTO TIROGLOSO. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Drs. M. Vivanco, F. Contreras, H. Rojas, Ints. C. Gallardo, V. Izquierdo, M. Canals.

Servicio de Cirugía, Hospital Padre Hurtado.
Facultad de Medicina, Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo.

Introducción: Los quistes del conducto tirogloso (OCT) constituyen una afección congénita que afecta al 7% de la población, aproximadamente. La aparición de un carcinoma del conducto tirogloso es rara, ocurriendo en menos de un 1 % de los casos. Aunque el diagnóstico puede establecerse previo a la cirugía, son limitados los casos con diagnóstico citológico previo y lo más frecuente es que se detecte en el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica.

Objetivo: Dada la excepcional ocurrencia de esta patología y por los escasos reportes a nivel internacional, se presenta un caso diagnosticado en nuestro servicio, su evolución clínica, el manejo terapéutico utilizado y una revisión de la literatura.

Materiales: Presentación de caso. Paciente de 36 años, sexo masculino, sin antecedentes mórbidos de importancia, que consultó por historia de 3 años de evolución de un aumento de volumen cervical anterior, en línea media, de crecimiento progresivo, acompañada de molestias para la deglución. En examen físico, se palpa lesión nodular de 3 x 2 cms. de diámetro en región cervical media, de consistencia sólida quística, irregular, que asciende al protruir la lengua, clínica compatible con quiste del conducto tirogloso. Se procedió a realizar ecografía cervical que mostró una gran lesión quística, trabeculada,

de 4.2 x 1.9 cms. en región cervical anterior. Tiroides de aspecto normal, sin adenopatías. Se realizó extirpación del quiste tirogloso, según el procedimiento de Sistrunk. La biopsia diferida mostró la presencia de un carcinoma papilar de tiroides, bien diferenciado, contenido en estructura quística, sin evidencia de invasión de sus paredes.

Conclusión: La ocurrencia de una neoplasia del conducto tiro gloso es una entidad rara. El tipo histológico mas frecuente, es el carcinoma papilar (90% de los casos), tal como en el caso expuesto. Los síntomas iniciales son indistinguibles de un QCT benigno y se presenta habitualmente como una masa cervical asintomática, lo que lleva a una baja sospecha de esta patología, por lo que no se solicitan estudios complementarios preoperatorios para descartarla. Por esto, el diagnóstico se realiza habitualmente en el postoperatorio. En este trabajo se presentan recomendaciones en relación al estudio preoperatorio recomendado en la literatura a nivel internacional y a su terapia.

DIVERTÍCULO DE MECKEL SINTOMÁTICO EN ADULTOS: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS.

R. González C. (1), J. León C (2), G. Wiedmaier T. (2), J. Giordano B (2), F. Capdeville S. (2), X. De Aretxabala U. (2), M. Schiller R. (1). Ints. F. Verdugo R. , K. Bertrán S.

(1): Residente de Cirugía, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. (2): Departamento de Cirugía y Departamento de Urgencia, Clínica Alemana de Santiago.

Introducción: El Divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del sistema gastrointestinal. La mayoría son pacientes asintomáticos, pero hasta el 16% presentan síntomas; generalmente correspondiendo a una población infantil masculina, con divertículos mayores de 2 cm., y con presencia de mucosa heterotópica.

Objetivos: Presentación de dos casos de divertículos de Meckel sintomáticos en adultos; su estudio, tratamiento y revisión de la literatura.

Caso 1: Mujer de 40 años. Un mes de evolución con compromiso del estado general. Dos días previo al ingreso presenta melena. Al ingreso: deshidratada, taquicárdica y con mucosas pálidas. Estudio: hematocrito 23%, colonoscopia muestra sangre oscura de origen digestivo alto, TAC abdomen y pelvis mostró imagen polipoidea y coágulos en íleon. Exploración: Divertículo de Meckel complicado en íleon distal. Se realiza resección intestinal y entero entero anastomosis termino terminal. Biopsia confirma presencia de tejido heterotópico pancreático en Divertículo de Meckel.

Caso 2: Mujer 42 años. Apendicectomizada. Consulta por dolor abdominal cólico difuso, de 6 horas de evolución. Examen físico: abdomen distendido, sensibilidad difusa, sin signos irritativos. TAC: signos sugerentes obstrucción intestinal. Cirugía(abordaje laparoscópico): Obstrucción intestino delgado originada en Divertículo de Meckel a 40 Cms. de la válvula ileocecal. Se realiza resección intestinal segmentaria y anastomosis.

Conclusiones: Se revisan dos casos de divertículos complicados, uno con hemorragia y el otro con obstrucción intestinal. El tratamiento para el Divertículo

de Meckel sintomático es quirúrgico, pero el asintomático es aún motivo de discusión. Cuando se realiza de urgencia presenta más morbilidad y mortalidad que la diverticulocromía incidental (morbimortalidad 12% v/s 3%; complicaciones postoperatorias tardías 7% vis 2%, respectivamente). Se recomienda considerar la diverticulectomía profiláctica caso a caso dependiendo de la edad (menores de 50 años), sexo (masculino), tamaño (mayor a 2 cm.), pres...omación atípica, ASA y tipo de técnica disponible.

INDICACIONES Y RESULTADOS DE RESECCIONES PULMONARES EN EL HOSPITAL DR. HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA DE TEMUCO

Drs. R. Fernández, J. Bernaldes M, P. Schneeberger, F. Bascur, V. Fonseca, A. Baquerizo
Departamento y Servicio de Cirugía, Universidad de La Frontera, Hospital Regional, Temuco

Introducción: Las resecciones pulmonares constituyen una de las técnicas quirúrgicas utilizadas en la cirugía de tórax, incluyendo las neumonectomías, lobectomías y las segmentectomías, indicadas en un número elevado de enfermedades que afectan el parénquima pulmonar.

Objetivo: revisar indicaciones y resultados de las resecciones pulmonares entre los años 1999 y 2007, Y comparar los resultados con los trabajos antes publicados de este equipo quirúrgico.

Material y método: Serie de casos. Pacientes sometidos a resecciones pulmonares entre 1999 y 2007 por el equipo de cirugía de tórax en el HHHH. Se describen variables biodemográficas, clínicas, de morbimortalidad y de seguimiento. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión.

Resultados: La serie consta de 73 pacientes con edad promedio de 37,2 años. El diagnóstico más frecuente que indicó una resección fue la hidatidosis pulmonar (43,8%) seguida por cáncer pulmonar (15,1%) y bronquiectasias (10,9%). La principal vía de acceso fue la toracotomía posterolateral. La resección más frecuente fue la lobectomía 64 (87,6%), neumonectomía 5 (6,8%), segmentectomías 3 (4,1 %) y bilobectomías 2 (2,7%). La morbilidad de la serie fue 28,7 %. Las complicaciones más frecuentes fueron la cavidad pleural 8 (10,9%), atelectasias 6 (8,2%), fistulas broncopleurales 3 (4,1 %) e infección herida operatoria 2 (4,05%). La mayor morbilidad se presentó en lobectomías con un 23,2%, bilobectomías 2,7%, neumonectomías 1,37% y segmentectomías un 1,37%. La mortalidad de la serie fue 2,7%.

Conclusiones: De acuerdo a los datos obtenidos en nuestra serie identificamos que la principal causa de indicación quirúrgica es la hidatidosis pulmonar, la cual se condice con la realidad epidemiológica de nuestra región. La morbimortalidad global de la serie es similar a las publicaciones existentes.

PRESENTACIÓN CLÍNICA Y TRATAMIENTO REALIZADO EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER PERIAMPULAR ENTRE LOS AÑOS 2000 AL 2007 EN EL HOSPITAL HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA.

Drs. J. Contreras¹, R. Fernández¹, D. Inostroza¹, JP Droguett¹, H. Losada², L. Burgos², J. Silva²
 Departamento de Cirugía, Universidad de La Frontera¹, Equipo de cirugía biliarpancreática, Hospital Hernán Henríquez Aravena²

Introducción: El cáncer periampular (CPA) corresponde un grupo heterogéneo de tumores que se ubican próximos a la ampolla de Vater. Se caracterizan por alta agresividad. Nuestro objetivo es describir la presentación clínica, tratamiento y morbimortalidad de esta patología en nuestro centro. **Pacientes y método:** Serie de casos de pacientes con diagnóstico de CPA entre los meses de enero del 2000 a diciembre del 2007. Se analizaron variables clínicas, métodos diagnóstico, tratamiento realizado, morbimortalidad y seguimiento post operatorio. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión.

Resultado: Se obtuvo 74 pacientes con edad promedio de 62,13 ±14,84 años, 50% fueron de género masculino.

Sintomatología clínica incluyó ictericia 79,73%, dolor abdominal 72,73%, baja de peso 41,89%, náuseas y vómitos 36,49%, diabetes de inicio reciente 14,86% y masa abdominal 5,41 %.

De los marcadores, el que se eleva con mayor frecuencia (37,84%) fue Ca 19-9 con un valor promedio de 2172,34±2416,88 ng/ml.

Los principales exámenes imagenológicos que evidenciaron CPA fueron TAC de abdomen 32 casos, ecotomografía, 30, ERCP 11 y RNM 2. En 32 casos el hallazgo de CPA fue realizado durante laparotomía exploradora.

En 50% de los pacientes se obtuvo muestra para anatomía patológica, informando en 94,59% de los casos adenocarcinoma, el resto correspondió a 2 pacientes en los cuales el hallazgo fue melanoma maligno y células tipo osteoclastos.

En 62,16% de los pacientes se realizó algún procedimiento quirúrgico. En el resto tratamiento médico. Los procedimientos quirúrgicos realizados incluyeron Endoprotesis, derivación biliodigestiva, colecistectomía, coledocostomía o pancreatoduodenectomía.

Nueve pacientes recibieron quimioterapia o radioterapia de adyuvancia.

La morbilidad de los pacientes operados fue de 23,91 % y la mortalidad hospitalaria de 13,04%.

Conclusiones: CPA es una patología con una elevada letalidad. Cuando existen manifestaciones clínicas la posibilidad de realizar algún tratamiento con fines curativos es muy baja.

UN SITIO DE INTERNET DE EDUCACIÓN MÉDICA DE BECADOS DE CIRUGÍA PARA LA COMUNIDAD MÉDICA. EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN LA RED.

J. López (1), A. Readi (1), R. Cápona (1), S. Hoefler (1), 1. Robles (1), J. Bravo (1), Becados de Cirugía (1), C. Carvajal (2), M. Uribe (3).

(1) Becados del Programa de Cirugía General, (2) Jefe de Departamento, (3) Jefe del Programa de Formación. Departamento

de Cirugía, Facultad de Medicina, Campus Oriente. Universidad de Chile. Hospital del Salvador.

Introducción: La educación médica continúa debe ser permanentemente actualizada. No hemos encontrado un sitio en Internet, donde la información se entregue procesada, en un formato amigable y renovada periódicamente, en español.

Objetivo: Presentar el impacto de un sitio de Internet de educación continua en idioma español.

Materiales y Métodos: Se diseñó un sitio de Internet que contiene múltiples secciones de educación médica (resúmenes de publicaciones científicas, revisiones de temas, banco de imágenes, entre otros). Se evaluó su impacto en número de páginas abiertas, número de países desde donde se generan las visitas y datos transferidos. Se compararon los resultados al mes y a los seis meses de inaugurado el sitio web. Análisis estadístico con t-Student, considerando significativo P<0.01.

Resultados: Mensualmente se publicaron en promedio 40 revisiones de artículos científicos, 20 revisiones de temas quirúrgicos en formato Power Point, una revisión general como tema del mes y un caso clínico. La página incluyó un banco de más de 500 imágenes de patología quirúrgica. Principales países visitantes: Chile, México, Argentina y España.

| | 1er Mes | 6º Mes | P |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------|
| Nº Países | 3 | 17 | <0.01 |
| Páginas visitadas/ mes | 6.030 | 33.438 | <0.01 |
| Páginas visitadas/ día | 201 | 1017 | <0.01 |
| Volumen de datos transferidos /mes | 501 Mbytes | 1.04 Gbytes | <0.01 |
| Volumen de datos transferidos/día | 16.7 Mbytes | 35.6 Mbytes | <0.01 |

Comentario: El desarrollo de un sitio de Internet como herramienta de educación continua, ha tenido gran impacto en la comunidad médica iberoamericana. En seis meses ha aumentado significativamente su cobertura en múltiples países y representa un instrumento de consulta con más de mil páginas abiertas diariamente. Atribuimos el éxito de este sitio, a la constante actualización de la información, a contenidos adecuadamente seleccionados, de excelente calidad, y a nuestro constante interés de perfeccionar permanentemente este instrumento, que ponemos a disposición de la comunidad médica.

SUPERVIVENCIA EN CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO SEGÚN GRUPOS ETARIOS EN HOSPITAL DR. HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA

Drs. Pilar Schneeberger H., C. Mauricio Figueroa T., Rodrigo Fernández M., Joaquín Bernal M., Sergio Silva O., Oscar Tapia E. Dr. Carlos Manterola D., Dr. Plácido Flores O., Dr. Luis Jara A.

Universidad de La Frontera, Hospital Hernán Henríquez A.

Introducción: Hipótesis: Los pacientes portadores de adenocarcinoma poco diferenciado gástrico menores de 50 años tienen menor supervivencia en comparación a los mayores de 50 años. **Objetivo:** Determinar asociación entre supervivencia y edad en pacientes portadores de cáncer gástrico.

Material y Método: Serie de casos con

seguimiento. Se consideraron todos los pacientes con adenocarcinoma poco diferenciado etapas II y III entre los años 1997 y 2001 en el Hospital Dr. Hemán Henríquez Aravena de Temuco, cuyo seguimiento se realizó por al menos 5 años. Se excluyeron pacientes con datos incompletos. Se valoraron variables biodemográficas y supervivencia. Se aplicó estadística descriptiva con cálculo de porcentajes y medianas, análisis de supervivencia con curva de Kaplan - Meier; χ^2 para variables categóricas y t-test para variables continuas. Finalmente, se determinó diferencia en las curvas de supervivencia con test de Wilcoxon.

Resultados: Se analizaron 128 sujetos, con una mediana de edad de 58.5 años, y de los cuales un 69% correspondían a género masculino, y 27% corresponde a menores de 50 años. La mediana de supervivencia fue de 19 meses (O - 182), y a la supervivencia real a 5 años fue de 32%. El promedio de supervivencia en menores de 50 años fue de 36 meses y de 33 meses en el segundo grupo. La supervivencia actuarial a 60 meses fue de 55% para el primer grupo y de 60% para el segundo ($p = 0.248$).

Conclusión: No se evidenció diferencias en supervivencia actuarial según grupo etario en 'entes portadores de cáncer gástrico poco diferenciado.

REVASCLARIZACIÓN MIOCÁRDICA DE LA ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA MAMARIA INTERNA IZQUIERDA SIN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA: EXPERIENCIA DE 8 AÑOS.

Drs. J.P. Droguett², J. Contreras², J.C. Bahamondes^{1,2}, G. Meriño^{1,2}, J. Salman^{1,2}, A. Silva¹
Equipo Cirugía Cardiovascular, Hospital Regional de Temuco¹.
Departamento de Cirugía, Universidad de La Frontera².

Introducción: La cirugía con circulación extracorpórea (CEC) ha sido la técnica quirúrgica estándar en el tratamiento de lesiones únicas de la arteria descendente anterior (ADA) con un puente de arteria mamaria interna (AMI). En los últimos años han aparecido nuevas técnicas sin CEC mediante el uso de estabilizadores cardíacos.

Objetivo: Comunicar los resultados obtenidos en el largo plazo con la revascularización miocárdica de la ADA con AMI sin CEC.

Material y método: Serie de casos, 70 pacientes intervenidos entre Noviembre 1999 y Abril de 2007. Se evalúan variables preoperatorias y presencia de complicaciones postoperatorias. En el seguimiento, se analiza la presencia de angina, infarto (IM), necesidad de revascularización y mortalidad.

Resultados: La edad promedio de la serie fue 62.5 años \pm 9.575. La mayoría debutó con angina inestable, y en menor proporción presentaron un IM. Quince pacientes tenían una angioplastia previa en la ADA proximal con signos claros de reestenosis.

La cirugía fue llevada a cabo sin inconvenientes en todos los pacientes, no siendo necesaria la conversión a CEC. No hubo mortalidad quirúrgica. Un paciente presentó IM de pared anterior por trombosis aguda del puente, siendo reintervenido en forma inmediata. El tiempo quirúrgico fue de 173 \pm 45.8 minutos. El tiempo en ventilación mecánica fue de 2 horas promedio. La estadía en UCI y hospitalaria fue acotada. El seguimiento fue de 55.5 meses \pm 12.98. No hubo reaparición de angina, IM, necesidad de una

nueva revascularización ni mortalidad. La probabilidad de supervivencia actuarial y la probabilidad actuarial de estar libre de otro procedimiento de revascularización son de 98% a 82 meses.

Conclusión: La cirugía de la ADA sin CEC tiene resultados similares a la técnica clásica.

CÁNCER GÁSTRICO EN MENORES DE 40 AÑOS, EXPERIENCIA DE OCHO AÑOS EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO.

Dres. M. Vivanco, C. Cavalla, G. Wiedmaier, E. Rivas, P. Salinas. Servicio Cirugía Hospital Padre Hurtado
Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad de Desarrollo.

Introducción: El cáncer gástrico representa la primera causa de muerte por tumores malignos en Chile, habiéndose estabilizado su tasa de mortalidad cruda desde la década de los 80, fluctuando entre 19 y 20 por 100.000 habitantes¹, determinando 3.028 muertes y una tasa de 20,6 por esta causa en 1999². Es el cáncer más frecuente en el hombre y el segundo en la mujer desde 1986. Desde junio del año 2006 esta patología está cubierta por el programa de garantías explícitas en salud para todos los pacientes mayores de 40 años. En las últimas décadas ha existido importantes variaciones en la epidemiología del cáncer gástrico en nuestro país, con una disminución significativa en su incidencia global, pero con aumento relativo de incidencia en grupos etarios definidos (menores de 40 años). El objetivo de este trabajo es dar a conocer nuestra experiencia en esta patología en este grupo etario.

Métodos: Se revisaron retrospectivamente las fichas de todos los pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico en el Hospital Padre Hurtado desde enero del 2000 hasta junio 2008. Se seleccionaron los pacientes menores de 40 años y se analizaron variables demográficas, riesgo quirúrgico (ASA), diagnóstico endoscópico, localización, periodo de hospitalización, tipo cirugía, morbilidad y mortalidad operatoria, estadio, seguimiento y sobrevida alejada.

Resultados: Se revisaron 442 fichas clínicas. De estos 26 (6%) eran menores de 40 años, 15 (57%) son hombres, la edad promedio fue de 32,8 años, score ASA fue 1 en el 96% de los pacientes, 39% Bormann IV, 53,8 % fueron de tercio superior, gastrectomía total con gatroeyunoanastomosis en y de Roux fue la cirugía más frecuentemente realizada (50%), el periodo de hospitalización promedio fue de 8 días, la morbilidad fue 25%, la mortalidad perioperatoria 0, el estadio más frecuente fue el IV (38%), el seguimiento promedio fue de 24 meses y la sobrevida alejada global es de 54 %.

Conclusiones: La proporción de pacientes menores de 40 años (6%) con respecto al total de pacientes es algo baja a lo reportado en la literatura internacional. En relación a la localización en tercio superior se conlleva con lo reportado a nivel nacional. La morbilidad y mortalidad perioperatoria son aceptables. La sobrevida alejada es inusualmente alta, esto debido a que la mayoría de los pacientes fueron diagnosticados en estadios más precoces. El cáncer gástrico en menores de 40 años es una entidad menos frecuente pero no por eso menos importante, y se debe tener presente en este grupo etario puesto que su diagnóstico en estadio precoz mejora su pronóstico.

FACTIBILIDAD DE CUMPLIMIENTO GUÍA CLÍNICA GES HERNIAS DE PARED ABDOMINAL

Autores: Drs. J. Reyes, W. Vásquez, F. Rojas, C. Loyola, G. Guzmán.

Hospital Barros Luco- Trudeau, Departamento De Cirugía Sur, Universidad de Chile.

Introducción: En enero de 2008 se publicó la guía clínica MINSAL hernias de pared abdominal, con el propósito de incorporar esta patología a las garantías explícitas en salud. El objetivo de este estudio es evaluar la factibilidad del cumplimiento de estas garantías en nuestro establecimiento, con los recursos disponibles actualmente.

Material y Método: Se analizó el número de cirugías herniarias realizadas y el número de pacientes en lista de espera por corte anual de los últimos 3 años, separándolas por tipo de hernia; obteniendo el número de pacientes nuevos que ingresan por año y la capacidad resolutive de nuestro establecimiento.

Resultado: Entre los años 2005 a 2007 se realizaron 1543 cirugías herniarias, promedio 514 por año. Por tipo de hernia: 176 umbilicales, promedio 59 por año, 42 línea blanca, promedio 14 por año, 213 incisionales, promedio 71 por año, 1006 inguinales, promedio 335 por año y 106 crurales, promedio 35 por año. La lista de espera a la fecha es de 1983 hernias, 81 umbilicales, 1049 inguinales, 1 crural y 852 hernias no especificadas de pared, que incluyen incisionales y epigástricas o de línea blanca. El año 2005 la lista de espera fue de 1070, el 2006 de 1310 y el 2007 de 1698. El número de pacientes nuevos promedio por año es de 818, lo que deja un margen promedio de 304 cirugías que no se realizan en un año.

Conclusión: Con los recursos disponibles actualmente existe una brecha de aproximadamente 304 pacientes a operar anualmente, a lo que debe adicionarse la lista de espera previa (1983). Aunque los plazos de garantías de prestación no están todavía determinados, es evidente que con los recursos actuales no es factible la resolución de la patología herniaria en nuestro establecimiento, por lo que es necesario plantear nuevas estrategias para resolver este problema.

FRECUENCIA DE INFECCIONES DE HERIDA OPERATORIA (IHO) EN REPARACION HERNIARIA INGUINAL CON MALLA

Dres. J. Grageda R, A. Castillo H, A. Acuña D., J. Morales P, R. Bahamondes A, Int. C. Massardo D., F. Zamorano V., G. Flores S., S. Vergara V.
Hospital San José - Universidad Santiago de Chile.
Unidad de Cirugía Ambulatoria.

Introducción: Sabemos que la infección de la herida operatoria (IHO) prolonga la estadía hospitalaria, incrementa la tasa de reingresos, eleva los costos y genera retardo en el reintegro laboral. Actualmente se considera aceptable una tasa menor al 2% para una herida clasificada como limpia según datos aportados por el MINSAL en el INE el cual ha definido en el año 2003 una tasa nacional de 0,9% para la reparación de la hernia inguinal en adultos.

Objetivo: Se revisa la evidencia disponible en la literatura, sobre infección en las reparaciones inguinales con malla protésica y compararlas con los resultados de nuestro servicio así como evaluar la incidencia de esta complicación en la reparación herniaria, comparándola con series internacionales para comparar la calidad del servicio quirúrgico en un hospital público.

Métodos: Se realiza una revisión de la literatura disponible en revistas chilenas e internacionales (Medline, Rubmed, Cielo) utilizando las palabras claves «Hernia inguinal, material protésico e infección postoperatoria». Las variables evaluadas fueron: Incidencia, prevención, y tratamiento de las infecciones en las herniorrafias Inguinales protésicas. Así como se evaluó el comportamiento bacteriológico del propilpropileno convencional (prolene) y de los nuevos materiales como las prótesis ligeras parcialmente absorbibles (PPA), las prótesis duales, y los bio-materiales, así como los aspectos relevantes de estos en cuanto a infección y uso en heridas contaminadas y limpias contaminadas.

Resultados: Las IHO en hernioplastia inguinal con malla protésica, esta entre el 3-4%. No existe evidencia suficiente que demuestre la utilidad de la Profilaxis. Tampoco se ha demostrado que el uso de Material protésico re-esterilizado (Prolene), aumente la frecuencia de infección, siempre que se preste atención al manejo y técnica adecuada quirúrgica. Existe un consenso claro que ante la presencia de infección relacionada con la malla (Infección purulenta superficial, infección profunda, fasciitis necrotizante) se debe retirar el material protésico.

Conclusión: Las infecciones relacionadas, a las reparaciones protésicas tienen una frecuencia tal que amerita un escrupuloso apego a las medidas convencionales de asepsia y antisepsia. El uso de antibióticos profilácticos no tiene ventajas concretas. Debido al estandarizado protocolo que existe en el servicio quirúrgico no existe diferencia sustancial comparando con otros estudios prospectivos publicados.

CIRUJANO DE HERNIAS: MITO O REALIDAD (HERNIAS INGUINALES)

Drs. J. Grageda R, A. Castillo H., A. Acuña B., J. Morales P., R. Bahamondes A., Int. C. Massardo D., F. Zamorano V., G. Flores F., S. Vergara V.

Hospital San José - Universidad Santiago de Chile. Unidad de Cirugía Ambulatoria.

Introducción: Los padecimientos relacionados con defectos de contención de la pared abdominal representan uno de los problemas serios de salud pública en el mundo, siendo la segunda causa de cirugía electiva en Chile, sabemos que la prevalencia de las hernias en nuestro país fue 138,2/100.000 habitantes, del total de estos 68% son adscritos al Sistema Público de Salud, el SSM Norte presenta una tasa promedio de 110,8/100.000 habitantes. En Chile se realizan un promedio de 30.000 Bernioplastia al año, la Hernia Inguinofemoral (75%). INE, y MINSAL.

Objetivo: Es Innegable que el manejo de las Hernias por cirujanos experimentados e involucrados académicamente en el campo de la bio-contención repercutirá en un menor riesgo de complicaciones, en una optimización de recursos y tiempos, así como en un mayor índice de satisfacción. Las revistas especializadas en hernia toman en cuenta si aquel cirujano tiene o carece del calificativo «Hernia Surgeon», para dar o restar peso al artículo en cuestión. Cual debería ser el perfil del cirujano de hernia?. Debería operar exclusivamente hernia?.

Métodos: Se realiza un estudio sobre la prevalencia de hernioplastias inguinales efectuado a nivel nacional. Esta información estadística la obtuvimos del INE y del MINSAL.

En Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN) se efectuó un estudio descriptivo con el objetivo de conocer las características de edad y sexo, permanencia promedio de hospitalización de los pacientes egresados por hernioplastia inguinal durante el 2007 a la fecha.

Conclusión: «El cirujano de Hernias es aquel cirujano general con una pasión especial por los defectos de la pared» que lo lleva a superar este desconocimiento; que lo motiva a participar activamente en congresos y Asociaciones nacionales e Internacionales relacionadas con este campo, así como la publicación de trabajos y artículos que permitan un análisis científico de su experiencia, sometiéndolo al escrutinio científico de sus colegas. El verdadero significado de ese término es sólo el reconocimiento de nuestros colegas cuando se refieren a nosotros de esta manera y solo se obtiene al estar dispuesto a compartir conocimiento, esfuerzo, docencia y experiencia con los demás cirujanos.

EXISTE UNA ADECUADA FOLIACION QUIRÚRGICA HERNIARIA (INGUINAL) EN EL RESIDENTE DE CIRUGÍA
Drs. J. Grageda R., A. Castillo H., A. Acuña B., J. Morales P. R. Bahamoudes A. Int. C. Massardo D., F. Zamorano V., G. Flores F., S. Vergara V.
Hospital San José - Universidad Santiago de Chile.
Unidad de Cirugía Ambulatoria.

Introducción: El desarrollo y evolución dentro la cirugía herniaria fue progresando a medida que mejoraron los aspectos técnicos quirúrgicos (Anestesia, Asepsia y Antiseptia) así como los sólidos conceptos anatómicos-quirúrgicos de la región inguinal aportados por los Drs. Marcy en USA, Bassini en Italia, Shouldice en Canadá, Condon y Nyhus en la Universidad de Washington y Anson y McVay de Chicago y South Dakota. Así también el Dr. Lichtenstein realizaría observaciones que contravenían conceptos y la práctica predominante de la época

(anestesia Local, uso de material protésico, reincorporación postoperatoria inmediata), «Lichtenstein Hernia Institute», California, adscrito a la UCLA.

Objetivo: El manejo de hernias por cirujanos experimentados e involucrados académicamente en el campo de la bio- contención repercutirá en un menor riesgo de las complicaciones, menor tiempo quirúrgico, menor tasa de recidivas y mayor índice de satisfacción por la creciente demanda asistencial en dicha patología. Pero es realmente eficaz la formación y destreza quirúrgica que presenta en residente de cirugía.

Métodos: Mediante estudio retrospectivo, de un cohorte de pacientes sometidos a cirugía hernioplastia de Lichtenstein en un periodo de 24 meses. Se consideran solo aquellos que se someten por primera vez a una reparación herniaria, incluyendo procedimientos uni y bilaterales. Se excluye pacientes con una recidiva herniaria, con una hernia crural, los herniorrafias aquellos sometidos a hernioplastias inguinales como procedimientos complementarios a cirugías mayores.

Se desarrolla base de datos en la que se registra y tabula la edad del paciente, la patología del tiempo operatorio, el cirujano o residente que la realiza, permanencia postoperatorias que presentase).

Conclusión: Todo Cirujano general debiera estar capacitado para reparar los defectos de la pared abdominal. Desgraciadamente la minimización de la importancia de la reparación de las hernias durante la formación académica hace que la mayoría de los cirujanos en formación se limiten a simplemente cerrar orificios sin el conocimiento anatómico funcional para comprender lo que se estaba pseudo reparando.

HERNIA INCISIONAL COMPLEJA ASOCIADA A OBSTRUCCIÓN INTESTINAL INCOMPLETA AGRAVADA POR NEUMOPERITONEO TERAPÉUTICO

M. Díaz (1), H. Lembach (1), J. Rappoport (1), M. Alban (1), A. Debandi (1), 1. Silva (1), D. Rappoport (2).
(1) Médico Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile. (2) Interno Facultad de Medicina Sede Norte, Universidad de Chile.

Introducción: El neumoperitoneo (NP) terapéutico fue introducido por Goñi-Moreno en 1947. Este procedimiento aumenta la capacidad de la cavidad abdominal disminuyendo los riesgos de síndrome compartimental tras la reparación de hernias gigantes y simplifica la disección quirúrgica, haciendo más simple la adherenciolisis.

Objetivo: Conocer caso de complicación médica asociado a NP terapéutico en hernia incisional compleja.

Material y Método: Análisis retrospectivo de ficha clínica e imágenes de paciente portadora de hernia incisional gigante.

Resultados: Paciente mujer, 53 años, con hernia incisional tras laparotomía media suprainfraumbilical secundaria a cirugía ginecológica complicada. Al examen destaca gran saco herniario con anillo de 17x 18 cm. de diámetro confirmado por tomografía computada (TC) y cambio de calibre de asas del ileon distal a nivel del saco. Se inicia NP preoperatorio con administración de hasta 1500 cc de aire, presentando cuadro de dolor abdominal, vómitos y ausencia de gases por ano. Se solicita TC de control que revela obstrucción completa secundaria a

adherencias hipogástricas en pared anterior del abdomen, con asas proximales de hasta 5.5 cm. y colapso del ileon distal. Se instala por radiología intervencional catéter evacuando el aire administrado, con mejoría clínica del cuadro obstructivo y recuperación del tránsito intestinal. Se reinicia NP administrando volúmenes de 250-500cc de aire diarios reapareciendo cuadro obstructivo con volumen inyectado de 1500cc. Se procede a nueva evacuación. Se interviene quirúrgicamente comprobando asa de yeyuno proximal firmemente adherida a cara interna de cuadrante superior derecho del abdomen, en sitio de antigua ileostomía. Se realiza adherenciólisis extensa, reparando defecto con malla compuesta de Proceed(r). Postoperatorio sin mayores incidentes.

Conclusión: El NP es un procedimiento habitualmente bien tolerado, sin mayores complicaciones. Sin embargo, las múltiples adherencias en este tipo de pacientes, pueden originar complicaciones en la instalación e insuflación del NP, como la obstrucción intestinal observada en esta paciente.

HALLAZGO INCIDENTAL DE MESOTELIOMA PERITONEAL EN SACO HERNIARIO INGUINAL.

Drs. J. Silva (1), M. Díaz (1), J. Rappoport (1), H. Lembach (1), M. Alban (1), D. Rappoport (2)
(1) Médico Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile. (2) Interno Facultad de Medicina Sede Norte, Universidad de Chile.

Introducción: El hallazgo de neoplasias en hernias inguinales es infrecuente, con una incidencia menor al 0.4%. En la literatura sólo se reportan casos aislados, siendo los tumores del colon los más frecuentes.

Objetivo: Reporte de caso, de rara asociación de neoplasia maligna en saco herniario.

Material y método: Se revisó retrospectivamente y de manera dirigida ficha clínica, imágenes y estudio histopatológico de paciente con reporte de mesotelioma peritoneal.

Resultados: Se presenta el caso de un hombre de 78 años con antecedente de herniorrafia inguinal izquierda hace 12 años, que consulta por cuadro de 3 meses de evolución de aumento de volumen inguinal izquierdo, indoloro. Al examen se confirma una hernia inguinal izquierda reductible. La ecotomografía inguinal confirma el diagnóstico sin informar otros hallazgos. Es intervenido quirúrgicamente realizando una hernioplastia inguinal con prótesis. En el intraoperatorio destaca saco herniario engrosado con restos de sutura no reabsorbible de cirugía anterior, el cual se reseca y se envía a biopsia. El estudio histopatológico e inmunohistoquímico informó neoplasia epitelial maligna compatible con metástasis de hepatocarcinoma. Se solicita tomografía computada de abdomen que revela múltiples implantes peritoneales en fondo de saco de Douglas e imágenes de sustitución hepática. Se realiza laparoscopia diagnóstica y se extirpa nódulo peritoneal para biopsia que concluye neoplasia epitelial papilar maligna de origen mesotelial.

Conclusión: Los tumores malignos encontrados en un saco herniario son raros, y los primarios más reportados corresponden al colon, próstata, ovarios y apendiculares. El hallazgo de un mesotelioma peritoneal es extremadamente infrecuente, siendo este caso el primero en reportarse en la literatura nacional. El estudio histopatológico rutinario del saco herniario tiene bajo

rendimiento. Sin embargo, en el adulto mayor con sospecha de neoplasia por síntomas sistémicos y/o hallazgos locales parece recomendable el estudio histopatológico del saco herniario.

ABSCESO GIGANTE DE PARED ABDOMINAL SECUNDARIO A MALFORMACIÓN DE URACO, MANEJO Y REPARACIÓN CON MALLA

Drs. G. Inostroza L., J. Molina F., J. Lasen de S., J. Rappoport S., A. Saure

Introducción: El uraco es un remanente embriológico del conducto que comunica la vejiga con el alantoides en el feto. Normalmente este se oblitera, transformándose en el ligamento umbilical medial. Su persistencia puede manifestarse de formas diversas, que generalmente son diagnosticadas en la infancia, siendo rara su presentación en el adulto. Nuestro objetivo es presentar el caso clínico de un absceso gigante de pared abdominal secundario a un quiste uracal y su posterior reparación.

Caso clínico: Presentamos el caso de un hombre de 41 años con cuadro de dolor abdominal bajo, de 4 días, asociado a aumento de volumen fluctuante en hipogastrio, circunscrito, de 10 cms de diámetro. Se plantea diagnóstico de absceso de pared abdominal, por lo que se decide drenaje de la colección y aseo quirúrgico, con cierre diferido por el gran defecto de pared abdominal. Trasladado a nuestro centro, es evaluado con TAC abdominal, mostrando masa prevesical, que infiltra rectos anteriores, asociado a gran defecto de la pared abdominal anterior. El paciente evoluciona con evisceración, decidiéndose manejo quirúrgico urgente. Biopsia rápida de la masa, informa «neoplasia de células grandes con remanente uracal». Se instala VAC y se difiere manejo definitivo. Se realiza cistoscopia que no evidencia alteraciones. Se decide resección en-bloc de la masa, practicándose una cistectomía parcial, resección parcial de rectos anteriores, y cierre con malla de vicryl.

El paciente evoluciona satisfactoriamente. Alta 8vo día. La biopsia definitiva: masa inflamatoria, asociado a quiste uracal.

Conclusión: Las malformaciones del conducto uracal y las formas de presentación clínica son diversas, pero todas muy infrecuentes, no existiendo en la literatura referencia a un absceso de pared secundario a estas. La conducta de resección con criterio oncológico se eligió en vista del potencial de transformación maligna y para lograr un cierre primario adecuado y evitar además la aparición de hernia incisional.

¿SON LOS POLITRAUMATIZADOS QUE LLEGAN SIMULTÁNEAMENTE DE PEOR PRONÓSTICO?

Dra. B. Retamales, M. Bustos, M Muñoz, Dr. J.P. Bustos, Dr. C. Htibner
Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río.

Introducción: Dado el sistema de archivo en HUAP, la presencia de fichas contiguas permite definir simultaneidad. La llegada de 2 o más politraumatizados en forma simultánea podría superar la capacidad de resolución.

Materiales y Métodos: Revisión retrospectiva de

pacientes ingresados con diagnóstico de Pólitraumatizado a HUAP en periodo enero 2003-marzo 2008. Se analiza número de ficha, fecha de ingreso, mortalidad, estadía hospitalaria, índices de gravedad anatómicos, uso de ventilación mecánica. Análisis en Excel. Se definen tres grupos: A: simultáneos, con fichas contiguas; B: mismo día, sin fichas contiguas; y C: esporádicos, en días distintos.

Resultados: De los 517 pacientes evaluados; 154 ingresan durante el mismo día, 23 de ellos en forma simultánea. La mortalidad del grupo A fue 13,4% del grupo B, 34,35%, Y del C 26,37%. El ISS es de 20,0 en los simultáneos, y de 24,21 y 22,51 en los grupos B y C respectivamente. El NISS se distribuye de modo similar. La necesidad de UCI fue de 39,13% en los simultáneos, 33,59% en los del mismo día, y 33,94% en los esporádicos. La no disponibilidad de UCI para ventilación mecánica fue de 0,0% en los simultáneos, 18,18% en los del mismo día, y 18,55% en los esporádicos. La estadía es menor en el grupo A siendo de 10,78 días; 16,44 días, en el B y 19,96 en el C. En el grupo A, un 30,43% fue derivado a otros hospitales, lo que ocurre en 19,08% en el B y 13,32% del C.

Conclusiones: Los pacientes que ingresan al HUAP en forma simultánea tienen menor mortalidad y menor estadía que el resto de los pacientes. Esto se asocia a una menor gravedad anatómica y a una mayor tendencia a derivarlos. Esto puede deberse a una adecuada regulación del SAMU y a derivaciones a otros centros

PERFORACIÓN INTESTINAL POR CUERPO EXTRAÑO: PRESENTACION DE 2 CASOS

Drs. M. Millán A., R. Avendaño, A. Murúa, R. Wenger
Servicio de Cirugía y Radiología Hospital Regional Valdivia.
Instituto de Cirugía, Facultad de Medicina,
Universidad Austral de Chile

Introducción: Las complicaciones relacionadas a la ingestión de cuerpos extraños son infrecuentes pero cuando se presentan están asociadas a una morbimortalidad elevada. Se presentan 2 casos clínicos y una breve revisión del tema.

Casos Clínicos: Caso Clínico n° 1: Paciente 57 años. Consulta por cuadro de 2 días de dolor abdominal en hemiabdomen derecho. Al exámen se palpa masa dolorosa en hipocondrio derecho, signos de irritación peritoneal y leucocitosis. Laparotomía exploradora identifica plastrón de epiplón mayor bajo el colon transversal que contiene cuerpo extraño punzante de madera que transfixia asa de yeyuno, lesiones que son suturadas. Evolución satisfactoria.

Caso Clínico n° 2: Paciente de 73 años. Consulta por dolor abdominal en hemiabdomen superior de una semana de evolución, asociado a distensión abdominal y vómitos de retención. Al exámen en epigastrio se palpa masa de 5 cm. TAC muestra cuerpo extraño triangular que atraviesa de forma incompleta pared del íleon proximal y cambios inflamatorios locales. Laparotomía exploradora identifica masa aplastronada infraumbilical y perforación del íleon en su borde antimesentérico por cuerpo extraño óseo. Se realiza resección local y anastomosis. Evolución postoperatoria favorable.

Discusión: La perforación intestinal por cuerpo extraño es poco frecuente, se produce en zonas de angulación y estrechez fisiológica como la válvula ileocecal

y región rectosigmoidea, o en zonas cerradas como el apéndice, hernias o un divertículo de Meckel. El riesgo de perforación aumenta en el caso de objetos delgados, puntiagudos y curvos.

El cuadro clínico varía desde dolor abdominal con o sin fiebre a signos de irritación peritoneal.

La TAC es el método de mayor utilidad para el diagnóstico pues permite identificar el área de pared intestinal patológica, inflamación adyacente, el cuerpo extraño y la asociación con obstrucción intestinal.

El tratamiento depende del sitio de la perforación, características de la lesión intestinal, tiempo de evolución, grado de contaminación, edad del paciente y enfermedades asociadas. Después de la extracción del cuerpo extraño diversas técnicas pueden ser realizadas como suturas primarias, resecciones intestinales y colostomías.

HERNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA CRÓNICA. REPORTE DE UN CASO.

M. Zamorano, W. Guzmán, J. Gómez, J. Cares.
Hospital Clínico Regional de Valdivia (HCRV).
Instituto de Cirugía. Universidad Austral de Chile.

Introducción: La Hernia Diafragmática Traumática es una entidad de baja incidencia y de difícil diagnóstico, siendo causa de errores quirúrgicos.

Objetivo: Describir las características clínicas y quirúrgicas de la enfermedad.

Caso Clínico: Hombre de 42 años, con antecedente de accidente automovilístico hace dos años. Consultó debido a agresión por terceros en hemitórax izquierdo (HTI). Relatando dolor moderado y disnea leve. Murmullo pulmonar disminuido y matidez en HTI. Fue derivado al HCRV, con radiografía de tórax y diagnóstico de hemotórax izquierdo traumático.

Ingresó a pabellón para analgesia peridural y pleurocentesis, siendo esta última negativa en dos oportunidades. Por sospecha de hemotórax organizado se solicitó tomografía computada de tórax, evidenciando derrame pleural, atelectasia del lóbulo inferior izquierdo. Ascenso del diafragma ipsilateral no definiendo su contorno. Fracturas costales izquierdas. Ascenso de grasa mesentérica, colon y páncreas. Intervención quirúrgica: Abordaje a través de toracotomía. Observando lóbulo pulmonar inferior colapsado, sin sangre, múltiples adherencias, presencia de epiplón, colon transversal, estómago y bazo. Adherenciolisis y disección del anillo herniario, reduciendo el contenido. Reparación con Prolene 1/0. Dren en base y ápice pulmonar.

Evolucionó satisfactoriamente, retiro de drenes al tercer día. Radiografía de tórax con leve velamiento, e hiperinsuflación del pulmón contralateral. Alta al séptimo día posoperatorio.

Discusión: Patología que afecta principalmente a hombres jóvenes, necesita alto índice de sospecha para su diagnóstico. La radiografía es de baja sensibilidad, siendo la primera aproximación la tomografía computada. El tratamiento quirúrgico es aún controversial, siendo necesaria una resolución pronta, ya que la hernia diafragmática traumática complicada aumenta dramáticamente la mortalidad.

TRAUMA ABDOMINAL EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO. PREVALENCIA, MECANISMOS, ASOCIACIONES Y LETALIDAD EN EL HUAP.

J. Bustos, B. Retamales, M. Bustos, M. Muñoz, P. Arrieta, A. Pacheco, C. Hiibner.
Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río.

Introducción: Dentro del desafío que conlleva el manejo del paciente politraumatizado, es importante la evaluación del trauma abdominal, ya que este es muy prevalente y constituye una importante fuente de lesiones potencialmente letales.

Objetivos: Conocer la prevalencia del trauma abdominal en el politraumatizado, distribución por género, mecanismos involucrados, lesiones asociadas en otros sitios anatómicos y letalidad.

Material y Métodos: Revisión retrospectiva de fichas médicas de pacientes ingresados al RUAP entre diciembre de 2003 y marzo de 2008 con diagnóstico de politraumatismo. Registro de datos en planilla Excel. Análisis estadístico en Excel.

Resultados: Ingresaron 553 politraumatizados en este periodo, 205 con traumatismo abdominal (37,07%), 155 hombres y 50 mujeres. De estos, 65,85% estaban asociados a trauma craneo-encefálico; 64,39% a trauma de tórax y 68,29% a trauma de pelvisextremidades. Según el mecanismo, la colisión tuvo la mayor incidencia de trauma abdominal (38,14%), seguido por los atropellos (30,86%), motos (27,27%), y caídos de altura (25,86). En cuanto al ISS de ingreso, el promedio fue de 23,41, $\pm 12,43$ DS. Excluyendo a los pacientes trasladados, hubo un 36,90% mortalidad.

Conclusiones: El trauma abdominal tiene alta prevalencia en el paciente politraumatizado. La relación entre hombres y mujeres fue de 3:1. Su asociación con traumatismo de otras zonas anatómicas es bastante homogénea, algo mayor con trauma de pelvis-extremidades. Las colisiones, el atropello, motos y las caídas de altura fueron los mecanismos con mayor incidencia de trauma abdominal. El valor de ISS al ingreso se concentró entre los 26 y 30 puntos. La letalidad fue cercana al 37%.

CAUSAS DE LESIONES TORÁCICAS EN PACIENTES TRAUMATIZADOS GRAVES

Dra. M. Bustos, B. Retamales, M. Muñoz, Dr. J.P. Bustos, Int. M. Hirsch, Dra. A.M. Pacheco Dr. C. Hiibner.
Hospital de Urgencia y Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río

Introducción: En los traumatizados graves la mortalidad asociada a trauma torácico va de 20 a 25% en series internacionales. Es importante el diagnóstico y el tratamiento oportuno para disminuir este índice. Podemos tener alta sospecha clínica de lesiones torácicas si conocemos el mecanismo del trauma que ocasionó el evento.

Objetivo: predecir en que traumatizados graves debemos sospechar trauma torácico de acuerdo al tipo de accidente que originó el ingreso hospitalario.

Materiales y Métodos: Revisión retrospectiva de fichas médicas de pacientes ingresados a RUAP entre 01/01/1998 y 31/12/2007, con diagnóstico de traumatizado grave. Se consignaron los tipos de accidentes causantes de la derivación a HUAP y su asociación a trauma torácico,

sin distinguir tipo de lesión específica. Se excluyeron los mecanismos de accidentes que presentaban casuística de 5 ó menos pacientes y los no especificados. Análisis estadístico de datos Excel.

Resultados: De 1290 traumatizados graves, 663 presentaron trauma torácico. Dentro de los traumatizados graves por arma blanca, un 93% presentan trauma torácico. En accidentes por caída desde vehículo tenemos una asociación de 83%. En politraumatismo secundario a golpes por terceros existe una asociación del 70%. En caídas de altura encontramos que 53% de los pacientes presenta trauma de tórax. Con respecto a los accidentes de tránsito, el conductor del automóvil y el pasajero presentan 63 y 62% de lesiones torácicas respectivamente y que de los peatones lesionados, un 47% presenta este mismo diagnóstico. En conductores de moto y de bicicleta encontramos que un 46 y 45% presentaba traumatismo torácico respectivamente. Además en los traumatizados graves por arma de fuego, un 36% presenta trauma torácico.

Conclusiones: El trauma torácico en traumatizados graves es una patología frecuente de encontrar. Los mecanismos más frecuentemente asociados a trauma torácico son heridas por arma blanca, las caídas desde vehículos y los golpes producidos por terceros.

EVISCERACIÓN OMENTAL TRANSANAL POSTERIOR A LESIÓN DE RECTO: REPORTE DE UN CASO

M. Albán, C. Jiménez, A. Acuña, L. Ruiz, C. Lemus
Servicio de Urgencia, Hospital San José, SSMN, Santiago, Chile

Introducción: La perforación de recto se produce como resultado de una complicación bajo condiciones patológicas que comprometen su pared o por trauma, puede acompañarse de evisceración de estructuras intraabdominales. El objetivo es presentar un caso de evisceración del epiplón mayor transanal posterior a lesión de recto.

Materiales y Métodos: Se revisó retrospectivamente ficha clínica, radiografía, video y fotos de cirugía de paciente con evisceración omental transanal posterior a lesión rectal.

Resultados: En Octubre del 2007 en el Servicio de Urgencia del Hospital San José se presentó el siguiente caso: Masculino 44 años, sin antecedentes mórbidos, dolor abdominal y evisceración transanal de epiplón mayor. Caída por escalera el día anterior. Radiografía de abdomen: neumoperitoneo. Laparotomía exploradora: perforación anterior baja de recto de 2 cm., deslizamiento de epiplón hacia recto y al exterior vía trasanal. Sin lesiones en otros órganos, ni contaminación peritoneal. Ligadura y sección de epiplón y retiro desde el exterior. Rafia de lesión, colostomía en asa, drenaje.

Conclusión: La lesión rectal con evisceración del omento es excepcional, solo existe un caso publicado. El mecanismo fisiopatológico tiene como base una lesión de la pared rectal por causa traumática, inflamatoria, isquémica, estructural o idiopática, puede asociarse a deslizamiento de estructuras intrabdominales, generalmente asas intestinales. En adultos jóvenes se asocia a traumatismos por proyectil, accidentes de tránsito, auto erotismo o abuso sexual. La etiología no fue precisada, los hallazgos quirúrgicos no concordaban con la anamnesis, la lesión tenía pocas horas de evolución

según los hallazgos quirúrgicos. Sin signos que apoyen mecanismo traumático por caída. El paciente negó posibilidad de lesión por cuerpo extraño, autoerotismo o prácticas sexuales traumáticas.

La reparación primaria se recomienda para lesiones rectales superficiales, aisladas, susceptibles de reparación transanal. En lesiones complejas se debe considerar la colostomía en asa y si se requiere rectosigmoidectomía, puede realizarse una operación de Hartmann.

OPERACIÓN DE HARTMANN EN LA URGENCIA DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN.

Drs. G. Arriagada, G. Gómez, J. Hola

Unidad de Emergencia Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso

El procedimiento de Hartmann consiste en la resección del sigmoides, cecando el muñón rectal distal y dejando una colostomía proximal. Las principales indicaciones de esta cirugía son patologías colorrectales de urgencia que comprometan la vitalidad del colon izquierdo y/o que dadas las condiciones locales y generales del paciente no estaría indicada una anastomosis primaria. El objetivo del estudio es analizar los resultados de la cirugía tipo Hartmann de urgencia. Se diseñó un estudio retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes operados en la Unidad de Emergencia del Hospital Carlos Van Buren, entre enero 2004 a enero 2008.

Se analizaron 54 casos (51.8% hombres). La edad promedio fue 65 años (21-91 años) sin diferencia por sexo. Las indicaciones de operación de Hartmann fueron enfermedad diverticular complicada 37%, tumor de colon obstructivo y/o perforado 33.3%, vólvulo sigmoideo 18.5% y otras causas 11.2% (isquemia, perforación, trauma). El tiempo operatorio promedio fue 158 minutos (90 - 240 minutos). La colostomía se complicó en el 29.6% de los casos. Las complicaciones mayores se presentaron en el 33.3% de los pacientes. La mortalidad general fue del 40.7%. De los pacientes que siguen en control el 53.8% se realizó la reconstitución del tránsito intestinal a los 8 meses en promedio.

La elevada mortalidad es similar a lo reportado en otras series. La morbilidad preoperatoria, el diagnóstico postoperatorio y la duración de la cirugía son factores importantes en el resultado del procedimiento de Hartmann.

CIRUGÍA DE LA ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA EN LA URGENCIA DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN

Drs. G. Gómez, G. Arriagada, G. Seguel

Unidad de Emergencia Adulto,

Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso

La isquemia mesentérica aguda tiene una frecuencia de 8.8 casos por cada 1000 cirugías de urgencia y puede resultar por embolía arterial, trombosis arterial o venosa y vaso constricción por hipoperfusión intestinal. Se trata de un proceso con elevada mortalidad y en el cual es vital la sospecha clínica temprana, ya que la sobrevida depende directamente de la rapidez con que se aplique el tratamiento.

El objetivo del estudio es analizar los resultados de la cirugía de urgencia de la isquemia mesentérica aguda.

Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico operatorio de isquemia mesentérica. Durante el periodo 2005 - 2008 se analizaron 28 casos operados en la Urgencia del Hospital Carlos Van Buren.

El 60% fueron hombres, la edad promedio fue 72,5 años (45 - 92 años), la latencia del dolor abdominal hasta la consulta de 36,8 hrs. El promedio de recuento de leucocitos fue 19200 células/mm³. El 93% de los pacientes tenía al menos 1 factor de riesgo cardiovascular (principalmente hipertensión) y al momento de la cirugía el 57% fue clasificado como ASA IV.

Del total el 28.5% se operó por sospecha clínica de isquemia mesentérica. La principal causa clínica de isquemia mesentérica fue la embolía arterial. Se identificaron otras causas como la ingesta de ácido muriático, consumo de cocaína y un caso de vasculitis mesentérica. Se realizó resección intestinal solo en el 55% de los casos, teniendo una morbilidad del 70%. La mortalidad de la serie fue un 57%, falleciendo todos antes de 48hrs.

Nuestros resultados quirúrgicos y la elevada mortalidad son similares a lo publicado en otras series. Una reanimación adecuada y el tratamiento agresivo de la hipovolemia son esenciales para mejorar la sobrevida. Se necesitan estudios de buena calidad científica, para evaluar otras modalidades terapéuticas emergentes que permitan aumentar la eficacia y seguridad de los procedimientos actuales.

Palabras claves: Isquemia mesentérica Aguda

OPERACIÓN DE PALMA-DALE PARA EL TRATAMIENTO DE LA FLEGMASIA CERULEA DOLENS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

F. Corvalán*, A. Cam*, S. Valenzuela*, F. Ibáñez*, JA. Parra*, W. Bastías*, C. Salas*, R. Julio*, JC Herrera*, TM B. Lafuente**.

Servicio de Cirugía, Unidad de Cirugía Vascular, Hospital del Salvador. Servicio de Radiología, Hospital del Salvador.

Introducción: La operación de Palma-Dale es un procedimiento cuya indicación más frecuente es la oclusión crónica del eje venoso iliaco por trombosis venosa o tumores pélvicos que producen compresión extrínseca. Existen reportes en situaciones agudas o asociado al síndrome de May-Thurner con buenos resultados. Se presenta un caso en el que se realizó la operación de Palma-Dale por trombosis venosa aguda que evolucionó con Flegmasia Cerulea Dolens.

Caso Clínico: Se presenta un paciente de 47 años que sufre herida abdominal por bala con múltiples perforaciones intestinales y lesión de vena iliaca común izquierda, el cual se interviene quirúrgicamente. A los 20 días presenta edema progresivo, dolor, empastamiento y cianosis de la extremidad. Luego se agrega ausencia de pulsos distales y alteración sensitivo-motora conformando el cuadro clínico de Flegmasia Cerulea Dolens. El Angio-TAC demostró trombosis venosa profunda ilio-fémoro-poplítea con lesión de vena iliaca proximal. Considerando la cirugía abdominal previa, se realiza operación de Palma-Dale con fístula arterio-venosa (FAV) y fasciotomías de muslo y pierna. Evoluciona favorablemente con disminución del edema y regresión de los síntomas de isquemia. Es dado de alta con anticoagulación oral. En el control a los 8 meses clínicamente presenta frémito adecuado y edema leve de la extremidad. El Ecodoppler

evidencia la permeabilidad del puente y el funcionamiento de la FA V. El Angio-TAC de control confirma los hallazgos y muestra permeabilidad del eje venoso ilio-fémoropoplíteo, manteniéndose la oclusión de la vena iliaca común izquierda a nivel proximal. Discusión: El procedimiento de Palma-Dale fue descrito inicialmente en el año 1960 por Palma y luego en el año 1961 por Dale como una alternativa al tratamiento del síndrome Postflebítico y oclusiones venosas iliofemorales crónicas. En el presente caso se presenta una aplicación diferente del procedimiento, empleándolo exitosamente en una oclusión aguda y permitiendo el rescate de la extremidad.

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN PACIENTE PORTADOR DE AGENESIA DE VENA CAVA INFERIOR SUPRARRENAL.

F. Corvalán*, P. Huerta**, S. Valenzuela*, F. Ibáñez*, J.A. Parra*, C. Salas*, W. Bastías*, R. Julio*. H. Pizarro***. Tm: B. Lafuente****

* Servicio de Cirugía, Unidad de Cirugía Vascul, Hospital del Salvador.

** Residente de Cirugía General, Universidad de Chile.

*** Residente de Cirugía Vascul, Universidad de Chile.

****Servicio de Radiología, Hospital del Salvador.

Introducción: La trombosis venosa profunda (TVP) es una condición fisiopatológica multifactorial que involucra tanto factores congénitos como adquiridos. La TVP ha sido descrita en pacientes con malformaciones congénitas como ausencia de vena cava inferior (VCI). La prevalencia de las anomalías de la VCI en la población general es desconocida, sólo es conocido como factor de riesgo trombotico.

Caso Clínico: Se presenta un paciente sexo masculino 67 años, sin antecedentes mórbidos conocidos, con cuadro de 3 días de pesadez y calambres en extremidades inferiores al caminar, agregándose posteriormente aumento de volumen bilateral. Al examen físico destaca edema de ambas piernas asociado a empastamiento, cianosis en cara dorsal de ambos pies, signo de Homanns (+). Se realiza Ecodoppler que demuestra extensa TVP bilateral que compromete desde venas ilíacas comunes a distal. Angio TC informa trombosis de VCI desde el nivel de venas renales hasta nivel femoropoplíteo bilateral. Sobre nivel de venas renales no se aprecia vena cava, vena renal izquierda drena directo en hemiacigos y la derecha drena a través de múltiples colaterales a vena cava, vena cava aparece a nivel de suprahepáticas. (se presentan las imágenes del caso). Se inicia anticoagulación con HBPM (fraxiparina 7500 DI cada 12 hrs) al 4to día se inicia Neo-sintrom hasta lograr INR terapéutico, siendo dado de alta con TACO.

Discusión: Las anomalías de la VCI son reconocidas como una causa rara de TVP particularmente en jóvenes. La incidencia de TVP en > 40 años es < 1/1000. La agenesia de la VCI es una condición rara que se asocia a TVP, debido a estasia venosa retrograda. El tratamiento recomendado es la anticoagulación a permanencia, debido a la alta posibilidad de recidiva una vez suspendido este. El algoritmo aplicado en este caso parece adecuado de acuerdo a la evidencia actual disponible en la literatura.

RESULTADOS CLÍNICOS DE 6 AÑOS DE UTILIZACIÓN DE ARTERIA RADIAL EN BYPASS CORONARIO.

Dr. Juan Carlos Bahamondes, Dr. Javier Mora, Dr. Gustavo Meriño, Dr. Abelardo Silva, Dr. Juan Salman, Dr. Jean Piere Drogouette, Pablo Sandoval.

Departamento de Cirugía, Universidad de La Frontera. Hospital Regional de Temuco.

La utilización de la arteria torácica interna derecha e izquierda para la revascularización miocárdica ha demostrado ser superior a los injertos venosos. La arteria radial se ha empleado en los últimos años, pero es aun poco conocido sus resultados a mediano y largo plazo. Estudiamos el seguimiento clínico de pacientes sometidos a revascularización miocárdica en quienes se utilizó la arteria radial autóloga como injerto libre. Entre julio 2002 y julio 2008, 102 pacientes sometidos a bypass coronario recibieron un injerto libre de arteria radial; se observaron complicaciones perioperatoria, mortalidad y se realizó su seguimiento clínico. 102 casos fueron incluidos, de los cuales 101 recibieron 1 injerto radial y 1 caso recibió doble injerto radial. La edad promedio de los pacientes fue de 57,8 años; el número promedio de vasos coronarios con lesiones significativas fue de 2,7; 99 injertos radiales fueron únicos y 3 secuenciales; la anastomosis distal fue realizada al territorio derecho en 23 casos, a la arteria circunfleja o sus ramas en 55 casos y a una arteria diagonal mayor o a un ramo intermedio en 12 casos. La anastomosis proximal fue realizada a la aorta en 100 oportunidades y en 2 se realizó a la arteria mamaria interna izquierda. Sólo 1 paciente evolucionó con neuropraxia en el territorio radial; no hubo ninguna otra complicación local en el sitio de extracción de la arteria radial. No hubo mortalidad hospitalaria. El seguimiento promedio fue de 28,3 meses. No hubo mortalidad durante el seguimiento. Se realizó coronariografía postoperatpria en 2 pacientes demostrando permeabilidad adecuada de los injertos arteriales; 6 pacientes reportaron angina. En conclusión, la utilización de la arteria radial como injerto para la cirugía de revascularización miocárdica es segura y efectiva.

REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA DE LA ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA MAMARIA INTERNA IZQUIERDA SIN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA:

RESULTADOS EN EL LARGO PLAZO

Drs. Juan Carlos Bahamondes, Jean P. Drogouett, Abelardo Silva, Juan Salman, Gustavo Meriño, Pablo Sandoval M, Javier Mora P.

Cirugía Cardiovascular. Hospital Regional Temuco

Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina.

Universidad de La Frontera

La cirugía coronaria con circulación extracorpórea (CEC) ha sido la técnica quirúrgica estándar en el tratamiento de lesiones únicas de la arteria descendente anterior (ADA) con un puente de arteria mamaria interna (AMI). En los últimos años han aparecido nuevas técnicas sin CEC mediante el uso de estabilizadores cardiacos con distintos resultados.

Objetivo: El objetivo de este estudio es comunicar los resultados obtenidos en el largo plazo con la revascularización miocárdica de la ADA con un puente de AMI sin CEC en nuestros pacientes.

Material y Método: Estudio descriptivo de 85

pacientes intervenidos en el período Noviembre 1999 y Agosto de 2008. Se evalúan variables preoperatorias y presencia de complicaciones postoperatorias. En el seguimiento, se analiza la presencia de angina, infarto (1M), necesidad de revascularización y mortalidad.

Análisis estadístico: Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión. Se utilizó el método de Kaplan-Meier para el cálculo de supervivencia actuarial, con el programa Stata 9.2(r).

Resultados: La edad promedio de la serie fue 64.5 años (DE \pm 9.575) rango 35 - 78 años. La mayoría de los pacientes debutaron con la presencia de angina inestable, y en menor proporción presentaron un 1M. 25 pacientes tenían una angioplastia previa en la ADA proximal con signos claros de reestenosis. No hubo conversión a CEC. Se utilizó un shunt intracoronario en 20 pacientes. No hubo mortalidad quirúrgica, accidente cerebrovascular, ni sangrado postoperatorio. Un paciente presentó 1M de pared anterior por trombosis aguda del puente, siendo reintervenido en forma inmediata. El tiempo quirúrgico fue de 173 \pm 45.8 minutos en promedio. Los requerimientos transfusionales fueron mínimos, no hubo fibrilación auricular y mortalidad en el post operatorio en nuestra serie. El tiempo en ventilación mecánica fue de 2 horas en promedio. La estadía en UCI y hospitalaria fue acortada. El seguimiento fue en promedio de 35.5 meses (\pm 12.98) No hubo reaparición de angina, presencia de un infarto miocárdico, necesidad de una nueva revascularización ni mortalidad en la serie hasta el cierre del estudio. La probabilidad de supervivencia actuarial y la probabilidad actuarial de estar libre de otro procedimiento de revascularización son de 98% a 72 meses.

Discusión: La cirugía de la ADA sin CEC actualmente es una técnica segura con resultados de permeabilidad excelentes en el largo plazo, similares a la técnica clásica.

PROTECCIÓN ENCEFALICA MEDIANTE PERFUSIÓN CEREBRAL RETRÓGRADA DURANTE PARO CIRCULATORIO CON HIPOTERMIA PROFUNDA EN CIRUGÍA CARDIACA: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE TEMUCO

Drs. Juan Carlos Bahamondes S, Gustavo Meriño S, Juan Salman A, Abelardo Silva V, Oscar Cherras S, Jaime Horta G, Eugenio Sanhueza H, Pablo Sandoval M, Jean P. Droggett G.

Cirugía Cardiovascular. Hospital Regional de Temuco. Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de La Frontera

La perfusión cerebral retrógrada (PCR) es utilizada en cirugías complejas de aorta ascendente y cayado, cuyo objetivo es el de prolongar el período del paro circulatorio con hipotermia profunda (PCHP), permitiendo el suministro de oxígeno y nutrientes metabólicos facilitando a la vez el enfriamiento más homogéneo y la remoción de eventuales embolias gaseosas o particuladas que puedan producirse durante la cirugía.

Objetivo: Comunicar la experiencia alcanzada con esta técnica en nuestro centro.

Material y Método: Estudio descriptivo de 21 pacientes (pac) intervenidos entre Junio 2002 a Julio 2008 que se utilizó PCR como técnica asociada a PCHP. 11 PAC son de sexo masculino. La edad promedio es de 50,3

años (DE \pm 8.65; rango 34 - 70 años). El diagnóstico preoperatorio fue disección aorta tipo A en 11 pac, aneurisma de aorta en 5 y presencia de trombos tumorales en cavidades derechas en 5. El tipo de cirugía efectuado fue Reemplazo Aorta Ascendente (RAA) en 14 pac, RAA+ arco aortico: 1, RAA+ arco+ RA descendente en 1, Trombectomia tumoral en 5.

La conexión a CEC fue en forma habitual. Para la PCR en todos los pac se utilizó una cánula angulada en la vena cava inferior manteniendo un flujo sanguíneo de 300 ml/min infundido a 8°C. La temperatura de PCHP sistémica fue de 18-20°C. La canulación arterial fue elegida de acuerdo a cada caso clínico y a en base a la preferencia del cirujano. En 10 pac se usó arteria axilar, en 10 pacientes se usó canulación femoral y en 1 se combinaron ambas.

Análisis estadístico: Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión. Se utilizó el método de Kaplan-Meier para el cálculo de supervivencia actuarial, con el programa Stata 9.2(r).

Resultados: El tiempo de CEC fue en promedio 194 minutos (DE \pm 12.5; 134-262 minutos). El tiempo promedio de paro circulatorio fue 22 minutos (DE \pm 5.4) con un rango mínimo de 15 minutos y un máximo de 39 minutos. La PCR fue infundida en todos los pac durante el periodo de PCHP sin inconvenientes. Las complicaciones post operatorias mas frecuentes fueron respiratorias en 6 pac, insuficiencia renal aguda en 5, cardiovasculares en 5. 1 paciente presentó un accidente cerebral con secuelas. Hubo 4 pac con mortalidad debido a falla cardíaca postoperatoria en 3 y otro debido a un tromboembolismo pulmonar masivo luego del alta hospitalaria. En el seguimiento no se evidencia daño neurológico debido al procedimiento. La probabilidad de sobrevida actuarial es de 76% a 80 meses.

Discusión: La PCR durante PCHP en cirugías cardíacas complejas es de gran utilidad, debido a que disminuye el daño isquémico cerebral al mantener un flujo encefalico continuo y que debiera utilizarse de rutina en este tipo de reparaciones.

MINIESTERNOTOMÍA PARA CIRUGÍA VALVULAR AÓRTICA

Drs. Juan Carlos Bahamondes, Gustavo Meriño, Juan Salman, Abelardo Silva, Jean P. Droggett, Javier Mora P., Eugenio Sanhueza H., Jaime Horta, Oscar Cherras. Cirugía Cardiovascular. Hospital Regional de Temuco. Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina.

Universidad de La Frontera

La cirugía de la válvula aórtica ha sido tradicionalmente realizada a través de esternotomía media con canulación directa de la aorta y aurícula derecha (AD) para circulación extracorpórea (CEC). En los últimos años, ha surgido una técnica alternativa mediante esternotomía reducida la cual provee una visión directa de la raíz y válvula aórtica con excelentes resultados.

Objetivo: Revisar la experiencia inicial obtenida con esta técnica en nuestro centro.

Material y Método: Serie de casos con seguimiento de 20 pacientes consecutivos intervenidos desde Junio 2004. En todos se utilizó miniesternotomía en L entre 8 a 10 cm, canulación arterial en aorta ascendente o cayado proximal y cánula venosa en AD, CEC con hipotermia

moderada y cardioplejia hemática infundida en la raíz aórtica y ostia coronarios por vía anterógrada, venting a través de vena pulmonar superior derecha o mediante aspirador directo en ventrículo izquierdo a través del anillo aórtico. En todos los pacientes se realizó reemplazo valvular aórtico con prótesis de St Jude en forma convencional. El flujo durante la CEC fue en promedio de 4.51/min.

Análisis estadístico: Se efectuó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión y se utilizó el método de Kaplan-Meier para el cálculo de supervivencia actuarial, con el programa Stata 9.2(r).

Resultados: La edad promedio de la serie es 48.1 años (DE \pm 15.51). 10 pacientes son de sexo femenino. En el preoperatorio 2 pacientes estaban en capacidad funcional (CF) 11 y 18 pacientes en CF 111. 15 pacientes se presentaron con predominio de insuficiencia aórtica y 5 con predominio de estenosis. Complicaciones: 1 paciente presentó fibrilación auricular transitoria, 1 hemotórax que requirió drenaje. No hubo mortalidad quirúrgica. Todos los pacientes fueron dados de alta entre el 4° y 6° día. El seguimiento promedio fue de 20.9 meses (DE \pm 3.92). Todos los pacientes se encuentran en CF I y libres de eventos cardiovasculares (CV) en el período observado. Se realizó ecocardiografía de control en 14 pacientes, no evidenciándose deterioro de la función ventricular preoperatorio, derrame pericárdico y con buena movilidad de los discos protésicos. La probabilidad de supervivencia actuarial de la serie es de 100%, como también la probabilidad de supervivencia actuarial libre de eventos CV es de 100% a 44 meses.

Conclusión: La cirugía valvular aórtica mediante miniesternotomía permite una excelente visualización de la raíz y aorta ascendente simplificando la técnica quirúrgica. Además provee de resultados excelentes para los pacientes, comparables con la técnica convencional.

CIRUGÍA CORONARIA CON CIRCULACIÓN EXTRA CORPÓREA Y CORAZÓN BATIENTE EN PACIENTES DE ALTO RIESGO

Drs. Enrique Seguel S, Juan Farías, Roberto González L, Emilio Alarcón C, Aleck Stockins L, Patricio Cárdenas M. Departamento de Cirugía, Facultad de medicina, Universidad de Concepción. Servicio de Cirugía, Hospital Regional de Concepción.

Introducción: La técnica habitual para la revascularización miocárdica incluye el uso de circulación extra corpórea (CEC) y cardioplejia. En pacientes de alto riesgo (infarto en evolución, inestabilidad hemodinámica, mala función ventricular) esta cirugía tiene una alta morbi - mortalidad. La cirugía con CEC y corazón batiente es una alternativa técnica para estos pacientes. Se describe nuestra experiencia con la técnica.

Pacientes y Métodos: Entre enero de 2007 y junio de 2008, se operaron 11 pacientes con la técnica. Corresponden a 10 hombres y 1 mujer (promedio 59.5 años). Presentan enfermedad vascular periférica 4 pacientes, enfermedad pulmonar 5 e insuficiencia renal crónica 2. Cuatro pacientes cursaban con un infarto en evolución. La fracción de eyección (FE) promedio fue de 31.5%. Dos pacientes tenían lesión de tronco coronario izquierdo y todos tenían lesión de tres vasos. Cuatro cirugías se consideraron de urgencia. En 3 pacientes se instaló un balón de contrapulsación intra aórtico (BCIA)

preoperatorio. El Euro SCORE estandar del grupo fue de 8.64 y el logístico fue de 16.3%. Todas las cirugías se realizaron con anestesia general por esternotomía media. Luego de obtener los conductos, los pacientes fueron heparinizados y conectados en CEC con canulación arterial en aorta ascendente y venosa en aurícula derecha. Las anastomosis distales se confeccionaron utilizando un posicionador cardiaco y estabilizador coronario por succión con la misma técnica utilizada en cirugía coronaria sin CEC.

Resultados: Todos los procedimientos se completaron con la técnica. Se realizaron 3.1 puentes por paciente y todos recibieron un puente con arteria mamaria a la descendente anterior. Los pacientes permanecieron en ventilación mecánica por 13.6 horas. El BCIA se retiró entre el primer y segundo día. La estadía en unidad de cuidados intensivos fue de 4.82 días. No hubo infartos perioperatorios ni accidentes vasculares encefálicos. Un paciente presentó una falla renal post operatoria. Los pacientes fueron dados de alta en promedio a los 10.6 días. Ecocardiograma post operatorio realizado a los 2 meses mostró una FE promedio de 38.3%.

Conclusiones: En nuestra experiencia, los pacientes de alto riesgo que requirieron de cirugía coronaria pudieron ser intervenidos utilizando circulación extra corpórea y sin detener el corazón. La técnica permitió una revascularización completa, con un buen resultado inmediato y una mejoría de la función ventricular en el mediano plazo.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE SECUESTRO PULMONAR SINTOMÁTICO. CASO CLÍNICO

Drs. L. Mariné, F. Valdés, R. Mertens, A. Krämer, M. Bergoing, EUs. J. Vergara, C. Carvajal y D. Rivera*
Departamento de Cirugía Vascular y Endovascular
Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile,
Instituto Vascular de Santiago*.

Introducción: El secuestro pulmonar es una malformación congénita de diagnóstico infrecuente incidencia y origen mixto (bronquial y arterial), que se caracteriza por una zona de parénquima pulmonar embrionario quístico y no funcionante, cuya vascularización proviene de una arteria sistémica anómala. Se presenta clínicamente con cuadros de neumopatía a repetición, en un mismo sitio anatómico del pulmón y de difícil resolución o como absceso pulmonar recidivante, Si el tratamiento habitual es antibioterapia y resección quirúrgica (lobectomía).

Caso Clínico: Paciente mujer de 23 años con antecedentes de infecciones respiratorias a repetición y de 3 episodios de hemoptisis. Se realiza estudio de imágenes con tomografía computada y resonancia nuclear magnética concordantes con el diagnóstico de secuestro pulmonar. La arteriografía vía femoral muestra la presencia de 3 arterias adyacentes que nacen de aorta torácica (TIO) Y que irrigan parénquima pulmonar anómalo en base del hemitórax izquierdo. Se realiza tratamiento endovascular consistente en embolización de arterias aferentes con dos dispositivos Amplatzer (de 6 y 8 mm) y coils de 3mm. En control posterior a los 7 meses presenta otra infección bronquial, observándose en nuevo estudio de imágenes persistencia de pequeña rama nutricia intermedia entre ramas previamente embolizadas, la cual es tratada con embolización con coils de 3 mm. En

seguimiento posterior la paciente se encuentra libre de síntomas a 11 meses de la última intervención (18 meses del tratamiento inicial).

Comentario: El tratamiento endovascular del secuestro pulmonar mediante embolización selectiva de sus arterias nutridas constituye una alternativa terapéutica olíminamente invasiva muy atractiva frente a la cirugía convencional, cuya morbilidad por la vía de abordaje no es despreciable.

AMPUTACIONES EN EXTREMIDAD SUPERIOR EXPERIENCIA DE 8 AÑOS

Drs. R. Moral^{1,2}, C. Pozo¹, M.A. Beltrán^{1,2}, R. Barrera^{1,2}, M. Mertens², D. Mora³, R. Quevedo³, J.L. Riquelme³.
Hospital de La Serena, 2. Universidad Católica del Norte, 3. Universidad del Desarrollo

Introducción: Una amputación en la extremidad superior es generalmente un suceso devastador físico y psicológico. La literatura menciona este tipo de cirugía como un 15 % de las amputaciones totales de la población. Generalmente estos hechos ocurren en personas más jóvenes lo cual aumenta su dramatismo y se describen principalmente en hombres. El presente estudio retrospectivo, es analizar nuestra experiencia de 8 años, en el hospital San Juan de Dios de La Serena.

Material y Métodos: Desde Enero 2000 hasta enero 2008 se revisó nuestra base de datos extrayendo los pacientes amputados de algún segmento de la extremidad superior. Se encontraron 15 pacientes con edades que fluctuaron entre los 17 y 74 años de edad. 11 varones y 4 de sexo femenino. Diez de estas amputaciones correspondieron a dedos y las cinco restantes al antebrazo y brazo.

Resultados: Las 15 intervenciones correspondieron a tumores en 3 casos todos melanomas, 3 casos de robo de accesos vasculares para hemodiálisis, en uno de ellos con demostrada progresión de una enfermedad arterial oclusiva, 4 por traumatismo entre ellos una quemadura eléctrica de alto voltaje y otro caso de ataque animal. En los dedos se utilizó en todos técnica en raqueta y en algunos casos avances V-y para cubrir el defecto. En las tres amputaciones de antebrazo no se pudo conservar el tercio medio como está indicado por problema séptico en paciente deteriorado. La evolución de los pacientes fue satisfactoria con excepción de un fallecido en postoperatorio inmediato producto de una sepsis.

Conclusiones: Las amputaciones de extremidad superior en nuestro hospital representan bastante menos que las indicadas en la literatura, situación que pudiese corresponder a que concentramos la patología del pie diabético de gran parte de la cuarta región. Si bien no han existido complicaciones técnicas derivadas del acto quirúrgico, la experiencia y los conocimientos teóricos cuando se trata de una amputación mayor de la extremidad superior es escasa, lo que podría sugerir una inclusión en los programas de cirugía general.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LESIONES AÓRTICAS TORÁCICAS Y ABDOMINALES: EXPERIENCIA INICIAL DEL HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO

Ricardo Olguín¹, Juan Marín¹, Eitan Schwartz¹, Patricio León¹, Fernando Ibáñez², Víctor Bianchi²

1 Equipo de Cirugía Vascular, Servicio de Cirugía Hospital Militar de Santiago
2 Servicio de Cirugía Vascular Periférica Clínica Alemana de Santiago

Introducción: La patología de la aorta manejada a través de cirugía convencional está asociada a un alto riesgo quirúrgico y cifras de morbimortalidad importantes, especialmente la de la aorta torácica. Desde el advenimiento de las técnicas endovasculares para el tratamiento de patología aórtica en los años '90 se ha logrado disminuir la morbimortalidad asociada, siendo en la aorta torácica el tratamiento de elección y en la aorta abdominal el mejor procedimiento para pacientes no candidatos a cirugía abierta por condiciones mórbidas asociadas.

Objetivo: Presentar la experiencia inicial del Hospital Militar de Santiago en el manejo endovascular de patología de aorta torácica y abdominal.

Pacientes y Método: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes con patología aórtica con indicación quirúrgica tratados por vía endovascular en nuestra institución, consignando datos demográficos, clínicos y de seguimiento.

Resultados: Entre Julio de 2007 y Julio de 2008 se trataron 5 pacientes portadores de patología aórtica mediante instalación de endoprótesis (4 hombres; edad promedio 70,7 años [58-78]). Dos pacientes eran portadores de patología de la aorta torácica descendente (seudoaneurisma secundario a úlcera penetrante aórtica en paciente portador de macroglobulinemia de Waldenstrom, úlcera penetrante aórtica sintomática) y tres aneurismas de la aorta abdominal infrarrenal (AAA asociado a riñón en herradura y radioterapia pelviana por cáncer prostático tratado, AAA en paciente portador de cardiopatía coronaria severa, AAA en paciente portador de enfermedad pulmonar obstructiva crónica avanzada y cáncer de próstata irradiado). En todos los casos se efectuó análisis y planificación mediante estudios tomográficos multicorte de alta definición. Dos casos (uno abdominal y uno torácico) se efectuaron en pabellón de hemodinamia y los restantes en pabellón de operaciones bajo apoyo radioscópico. En ambos casos torácicos se efectuó drenaje continuo de líquido céfalo-raquídeo como medida de protección de isquemia medular. Se utilizaron dos endoprótesis torácicas Zenith TX2 y tres endoprótesis abdominales Zenith Flex (W. Cook, Inc., USA). En todos los casos fue posible completar el procedimiento (0% de fracaso técnico). La duración promedio del procedimiento fue de 162 minutos (120-180). No hubo complicaciones intra ni postoperatorias. El período postoperatorio inmediato de todos los pacientes se efectuó en la Unidad Coronaria (tiempo de estadía promedio 38,4 horas, [24-48]). El tiempo de hospitalización postoperatoria promedio fue de 4 días (3-6). A todos los pacientes se efectuó seguimiento con imágenes al mes y seis meses post-procedimiento, demostrándose exclusión de las lesiones y ausencia de endoleaks.

Conclusión: En nuestra experiencia inicial hemos logrado manejar satisfactoriamente por vía endovascular patologías de la aorta torácica y abdominal con indicación quirúrgica, en pacientes bien seleccionados y con anatomía aórtica favorable. Estos resultados estimulan a continuar desarrollando este tipo de intervenciones,

manteniendo una adecuada selección y planificación, asociados a un equipo de mayor experiencia hasta completar nuestra curva de aprendizaje.

FILTRO DE VENA CAVA, EVALUACIÓN ECOGRÁFICA DEL SITIO DE PUNCIÓN EN 32 CASOS ESTUDIADOS.

Drs. J Contreras*, Dr. JC Silva*, Dr. S. Venezian*, Dr. S. Villablanca* (*Unidad de Cirugía Vascular y Hemodinamia Clínica Reñaca)

Introducción: Se señala la trombosis del sitio de punción como una de las complicaciones probables al insertar un filtro de vena cava por vía percutánea. El presente estudio evalúa esta complicación en nuestra casuística.

Material y Método: Se analizaron 34 casos de implante de filtro de vena cava, realizados entre Enero del 2006 y Diciembre del 2007. Todos los filtros fueron colocados bajo anestesia local más sedación en pabellón de hemodinamia por cirujano vascular y asistencia anestésica. Se utilizó introductor de 6 French en todos los casos insertando filtro tipo Optease. Posterior al alta se realizó Eco Doppler de control en el sitio de punción según programa de seguimiento de nuestro grupo (extremidad inferior completa o Superior con eje yugular)

Resultados: La edad promedio fue 57 años, siendo 22 pacientes mujeres y 12 hombres. La indicación fue absoluta en 25 casos y relativa en 9. Se utilizó abordaje femoral en 29 casos y Yugular en 5. No hubo mortalidad ni morbilidad asociada al procedimiento. Se realizó Eco Doppler del sitio de punción a 32 pacientes a los 3 meses posterior al evento (se excluye un paciente fallecido a los dos meses post procedimiento por tumor cerebral y un paciente vivo que no se controla por postración por daño orgánico cerebral). Se controló el sitio de punción eco gráficamente sin encontrar signos que sugieran trombosis actual o reciente.

Conclusión: En la experiencia de nuestro grupo no hay complicaciones alejadas del sitio de punción. La literatura señala un bajo riesgo de trombosis en la zona de inserción de filtros de vena cava (0 a 3,4%).

Creemos que la colocación de filtros por un cirujano vascular experimentado, asociado a mínima manipulación durante el procedimiento, y sedación anestésica, junto con la utilización de introductores pequeños, son elementos que disminuyen el riesgo de esta complicación.

PERFORATOR FLAPS COMO COBERTURA EN ÚLCERAS POR PRESIÓN

E. Aliaga, J. Montedónico

Las úlceras por presión siguen siendo un difícil desafío en un servicio de cirugía, pudiendo ser tratadas con muchas técnicas y diferentes tipos de cobertura desde injertos dermoepidérmicos hasta colgajos complejos musculares esto dependiendo de la experiencia del equipo quirúrgico y del tipo de paciente.

Este trabajo tiene el propósito de dar a conocer la experiencia de este equipo usando colgajos de perforantes en dos pacientes con úlceras de presión sacras e isquiáticas bilaterales.

La edad media fue 25 años, ambos pacientes sin

antecedentes personales de relevancia, el primer paciente con una tetraplejía por luxofractura cervical, con úlcera de presión tipo III de 6 x 8 cm sacra, el segundo paciente con paraplejía de larga data por fractura de columna dorso lumbar con úlceras por presión isquiáticas bilaterales de 7 x 5 cm ambos pacientes con albumina mayor a 3.2 mg/dl, y exámenes preoperatorios normales. Se realiza cobertura con colgajo de isla dermograsa pediculizados por perforantes musculares de arteria glútea superior e inferior respectivamente en glúteo mayor, no se observaron complicaciones. El seguimiento del primer paciente a los 18 meses sin recidiva de la úlcera, el segundo paciente sin recidiva hasta su primer control luego del alta.

Se concluye que el uso de colgajos de perforantes en úlceras por presión es una buena opción quirúrgica brindando una cobertura de buena calidad y dejando un área donadora sin mayores secuelas.

ALGUNOS FACTORES DE RIESGO EPIDEMIOLÓGICO Y BIOQUÍMICO DE COLELITIASIS EN UNA POBLACIÓN DEL SUR DE CHILE

Drs. F. Fuentes, R. Del Pozo, C. Tapia, A. Dumas.

Facultad de Medicina Universidad Católica de la Santísima Concepción.

Introducción: La gran incidencia de colelitiasis en Chile ha sido objeto de estudios, intentando relacionar los posibles actores desencadenantes en la formación de los cálculos vesiculares con la presencia de la patología en la población. El objetivo fue establecer una relación entre ciertos factores de riesgo involucrados en el proceso de formación de cálculos de colesterol en una población de la VIII región.

Materiales y Métodos: Se obtuvieron muestras biliares de pacientes colecistectomizados (n=23) en los hospitales de Lota, Tomé y Lirquén. Las muestras de bilis fueron fraccionadas en vesículas y micelas mediante cromatografía de filtración en gel y analizadas químicamente (colesterol, fosfolípidos, sales biliares y proteínas). Adicionalmente se determinó glucosa y perfil lipídico en suero. Para obtener información epidemiológica (sexo, edad, partos) se encuestó a los pacientes respectivos. Los datos fueron analizados con el software Stat Soft Estadística.

Resultados:

1. La edad se correlacionó con la relación colesterol/ fosfolípidos (C/F) vesiculares ($r=0,405$; $p=0,055$) y con la relación C/F micelares ($r=0,4124$; $p=0,050$).
2. El número de partos se correlacionó con el índice de saturación de colesterol biliar ($r=0,4670$; $p=0,025$) y con la relación C/F vesiculares ($r=0,6811$; $p=0,000$).
3. El LDL-colesterol se correlacionó con la relación C/F vesicular ($r=0,4379$; $p=0,037$) mientras que el HDL-colesterol se correlacionó con la relación C/F micelar ($r=0,3595$; $p=0,092$)

Conclusión: Siendo la colelitiasis una enfermedad metabólica multifactorial de alta prevalencia en la población chilena, el número de partos, HDL- y LDL-colesterol juegan un rol preponderante en los mecanismos de formación de los cálculos vesiculares de colesterol en la población estudiada.

COSTO-BENEFICIO DE LOS EXÁMENES PREOPERATORIOS EN COLECISTECTOMIA ELECTIVA

Drs. F. Ahumada, C. Tapia, A. Valdebenito, R. Avendaño, C. Sánchez

Facultad de Medicina Universidad Católica de la Santísima Concepción.

Servicio de Cirugía Hospital Clínico Herminda Martin

Introducción: Los exámenes preoperatorios es una práctica difundida en la cirugía electiva. Existen diferentes motivos, entre los que se considera la detección de anomalías que influirían en el riesgo durante la cirugía o postoperatorio y por resguardo médico-legal. El objetivo fue determinar la utilidad de los exámenes preoperatorios en la pesquisa de anomalías que prevengan complicaciones en pacientes sin patologías asociadas directamente a la causa del evento quirúrgico, entre 35 a 49 años, sometidos a colecistectomía electiva.

Material y Método: Se realizó estudio descriptivo, prospectivo de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía con diagnóstico de colelitiasis que se realizaron colecistectomía electiva con un rango de edad entre 35 a 49 años, de enero a marzo del 2008. Se registraron los datos clínicos y exámenes de hemograma- VHS, Protrombina, grupo y RH, orina completa, glicemia, nitrógeno ureico, electrocardiograma, y se tabularon en planilla Excel.

Resultados: Los pacientes analizados fueron 38, 100% mujeres. El promedio de edad fue de 41 años. Un 31,5% tenía hipertensión arterial, 18,4% diabetes mellitus. El promedio de estadía hospitalaria fue de 1,1 días. Hubo 12 anomalías de un total de 266 en los exámenes preoperatorios, la más frecuente fue la hemoglobina baja. La causa más frecuente de repetición de exámenes fue la caducidad (más de 4 meses). No hubo complicaciones intraoperatorias ni postquirúrgicas hasta 48 horas de la cirugía o alta. No hubo mortalidad.

Conclusión: nuestros resultados confirman que no existe una disminución clara en la incidencia de complicaciones quirúrgicas ni postoperatorias en pacientes con exámenes preoperatorios alterados al menos en la muestra seleccionada.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS COLECISTECTOMÍAS PREVENTIVAS DEL CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR EN ADULTOS DE 35 A 49 AÑOS SINTOMÁTICOS, DESDE SU IMPLEMENTACIÓN EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSÉ

Int. C. Derosas, Al. P. González, Dr. L. González

Universidad de Santiago de Chile,

Servicio de Cirugía Hospital San José

Introducción: El cáncer de vesícula biliar es la primera causa de muerte por cáncer en la mujer chilena, se ha identificado la colelitiasis como el principal factor de riesgo. Es por esto que se ha implementado la intervención preventiva secundaria del cáncer vesicular desde junio del 2006, siendo el objetivo al 2010 una reducción en la tasa de mortalidad.

Objetivo: Describir las características epidemiológicas y anatomopatológicas del grupo intervenido.

Pacientes y Métodos: se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, de las biopsias de todos los pacientes colecistectomizados con antecedentes de

colelitiasis en el Complejo Hospitalario San José desde Junio del 2006 hasta abril del 2008, se aisló el grupo etario que comprende de los 35 a 49 años, que se definió como grupo GES, se recopilaron múltiples variables las que se analizaron en SPSS 13.0.

Resultados: Se revisaron 1301 biopsias de vesícula biliar, de las cuales 572 (44%) correspondían al grupo GES, de estos un 79.7% son mujeres, la edad media fue 42.7 años, todos presentaban alguna variante de Colecistitis Crónica (CC), siendo la CC reagudizada la más frecuente (34,9%). En relación al estudio anatomopatológico el 2,8% de los casos presentaron displasia y un 2,3% algún tipo de metaplasia. Un carcinoma in situ (0,17%) y 2 pacientes presentaron adenocarcinoma invasor (0,24%)

Conclusión: La presencia de cáncer y lesiones premalignas en el grupo estudiado, es menor a la descrita, por lo que en el futuro este plan si impactará en la reducción de la mortalidad atribuida a esta enfermedad.

CÍSTOADENOMA SEROSO VESICULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

Drs. N. Cánovas¹, G. Torres², D. Mandich².

¹Servicio Cirugía, Hospital Las Higueras de Talcahuano.

¹Departamento Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

²Internas Medicina Universidad de Concepción.

Resumen: Los cistoadenomas biliares son lesiones neoplásicas quísticas benignas localizadas principalmente en hígado (85%) y vías biliares extrahepáticas (15%), correspondiendo a menos del 5% de los quistes intrahepáticos. La localización vesicular del cistoadenoma biliar es extremadamente infrecuente, con solo ocho casos reportados previamente en la literatura. Se presenta el caso de una paciente de 49 años, sin antecedentes mórbidos, que consulta por sensación de plenitud postprandial e intolerancia por alimentos ricos en grasas de larga data. La ecotomografía abdominal muestra vesícula de paredes finas con múltiples cálculos, sin descripción de otras lesiones. Se realiza colecistectomía laparoscópica, durante la cual se evidencia lesión quística en región fundica vesicular, de aproximadamente 3 centímetros de diámetro, de superficie lisa. Se procede con extracción rutinaria de la vesícula en bolsa de Nylon, sin apertura de vesícula intraperitoneal. El estudio anatomopatológico describe una vesícula biliar de 9 por 4,5 centímetros de pared irregularmente engrosada y aspecto fibroso, con quiste ovoideo de 2,7 centímetros de diámetro mayor, blanquecino, de consistencia elástica y superficie externa lisa y brillante, lleno de líquido amarillo claro, transparente y superficie interna lisa. Microscópicamente se observa pared quística constituida por tejido conjuntivo y muscular liso, revestida internamente por epitelio cúbico, monoestratificado, de tipo seroso, normotípico. Estudio anatomopatológico compatible con cistoadenoma seroso de vesícula biliar. Se realiza inmunohistoquímica que informa anticuerpo anticitokeratina 7 positivo y anticuerpos anticitokeratina 20, antiKI-67 y antiPCNA negativos en el epitelio del cistoadenoma. Se describe lo que nos parece el primer caso reportado en Chile; y segundo de los revisados a nivel mundial, que ha sido resuelto por laparoscopia. A

Julio de 2008 la paciente se encuentra asintomática.

PALABRAS CLAVES: Cistoadenoma, vesícula, vía biliar.

ESTUDIO PRELIMINAR PARA EL VALOR PROTEÍNA C REACTIVA (PCR) COMO FACTOR DE PRONÓSTICO EN LA PANCREATITIS AGUDA (PA)

Ints. C. Derosas, A. Díaz, Dr. M. Hirane, Ints. P. Muñoz, E. Yáñez

Servicio de Cirugía, Hospital San José, Universidad de Santiago de Chile.

Introducción: Distintos estudios han propuesto que la PCR es útil como factor pronóstico (FP) en P A.

Objetivos: Establecer un punto de corte (PC) para la PCR al ingreso como FP y validarlo mediante test diagnóstico.

Pacientes y Métodos: Se revisaron retrospectivamente 222 casos de P A hospitalizados en el Hospital San José entre los años 2002 y 2005, de los cuales se aisló el grupo que registró PCR al ingreso (grupo válido). Se construyeron tablas de 2x2 para estimar Sensibilidad (S), Especificidad (E), Valores predictivos positivo (VPP) y negativo (VPN), Likelihood ratios (LR) y probabilidad post test. El análisis estadístico se realizó en SPSS 13.0.

Resultados: El grupo válido correspondió a 140 pacientes, la prevalencia de ingreso a UPC (probabilidad pre test) fue de 27,14%. El punto de corte de PCR fue 164mg/L, el 40,71 % presentó PCR igual o superior al PC. La correlación entre presentar PCR mayor a 164 mg/L y P A grave es estadísticamente significativa ($p > 0,001$). La S fue de 73,68%, la E de 71,56%, el VPP de 49,12%, el VPN de 87,95%, el LR(+) de 2,59 y el LR(-) 0,36. La probabilidad post test es 49,12%.

Conclusiones: El presente estudio, pese a que la S y E no son significativas, demuestra que es un método válido como factor pronóstico en PA, donde el presentar PCR sobre 164mg/L aumenta 2,59 veces la probabilidad de presentar PA grave y cerca de un 90% de pacientes que presentan valores menores al PC presentarán PA leve.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA COLESTEROLOSIS Y SU ASOCIACIÓN CON EL CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR.

Int. C. Derosas, Al. P. González, Dr. L. González
Universidad de Santiago de Chile, Servicio de Cirugía Hospital San José

Introducción: la colesterolosis consiste en una acumulación de esteres de colesterol y triglicéridos en los macrófagos de la vesícula biliar, su diagnóstico es anatomopatológico y frecuentemente es identificada de forma incidental.

Objetivo: Describir características epidemiológicas de la colesterolosis biliar y su relación con el cáncer de vesícula (CV) en el grupo analizado.

Pacientes y Métodos: se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y comparativo de las biopsias de todos los pacientes colecistectomizados con antecedentes de coledolitiasis en el Hospital San José desde Junio del 2006 hasta abril del 2008, se aisló el grupo de biopsias con diagnóstico de colesterolosis, del cual se obtuvieron distintas variables, analizando además su asociación con cáncer vesicular mediante el test de chi-cuadrado ($p < 0,05$). El análisis se hizo en SPSS 13.0.

Resultados: se revisó un total de 1802 biopsias, de las cuales 419 biopsias presentaron el diagnóstico de colesterolosis de estas solo 72 (17%) correspondían a hombres y 347 (82,8%) correspondían a mujeres, la edad promedio fue de 45 años, un 3.1 % se asocia a lesiones premalignas y sólo un 0.2% presentó CV, se estableció una asociación estadísticamente significativa entre no presentar colesterolosis y CV ($p < 0,015$).

Conclusión: la colesterolosis predomina en el sexo femenino en mujeres mayores de 40 años. Este estudio muestra una clara asociación negativa con el cáncer de vesícula biliar, hecho por el cual la colesterolosis no es considerada un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer vesicular según las distintas publicaciones, comportándose más bien como un factor protector.

EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Drs. P. Silva, N. Rodríguez*, M. Pruzzo*, L. Guerrero*, M.E. Calderón, I. Braghetto, A. Rodríguez-Navarro.

Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Facultad de Medicina Universidad de Chile. * Alumnos Medicina

Introducción: El manejo del dolor postoperatorio, considerado hoy un derecho humano fundamental, es un problema muchas veces subestimado. Existen datos de hasta un 80% de manejo insuficiente del dolor posterior a la cirugía, siendo severo hasta en un 20%. Respecto a un procedimiento muy frecuente en Chile, como es la colecistectomía videolaparoscópica, no existen datos nacionales en la incidencia de dolor postoperatorio en este procedimiento.

Objetivo: Conocer la incidencia de dolor perioperatorio de pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en el HCUCH.

Materiales y Método: Estudio retrospectivo, descriptivo, a través de evaluación telefónica a 89 pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica entre Noviembre 2007 y Abril 2008. Se preguntó por percepción de dolor en el período preoperatorio, y postoperatorio intra y extra-hospitalario. Se utilizó escala visual análoga (EVA) de 1 a 10, estandarizada y validada para evaluación de dolor. Se definió dolor severo como el que presenta una valor de EVA mayor a 5 y como dolor muy severo EVA igual a 10.

Resultados: El 91% de los pacientes refieren dolor en el postoperatorio durante la hospitalización, siendo de tipo severo en un 26%. Respecto al dolor posterior al alta, el 87% de los pacientes refiere dolor, siendo severo en un 20%. Respecto a la intensidad del dolor, el 28% presentaron dolor muy severo en algún momento del postoperatorio.

Conclusión: Este estudio demuestra que en la práctica quirúrgica actual existe una incidencia importante

de pacientes que presentan dolor en el postoperatorio en una cirugía frecuentemente realizada en Chile. Los resultados del presente trabajo permiten proponer estrategias para mejorar el manejo que se está realizando del dolor posterior a esta cirugía.

RENDEZVOUS LAPAROENDOSCÓPICO SECUENCIAL: UNA NUEVA FORMA DE ENFRENTAR LOS PACIENTES CON COLECISTOCOLEDOCOLITIASIS EN UN TIEMPO
Drs. M. Moran, M. Segovia, V. Vásquez, M. Villena, R. Novoa, R. Salazar
Servicio de cirugía y unidad de endoscopia.
Hospital de Carabineros de Chile
(HOSCAR)mmorandiaz@yahoo.com.ar

El manejo de la colecistocolitiasis, desde mediados de la década pasada, se enfrenta en algunos centros, mediante colecistectomía laparoscópica con ERCP simultánea, usando la técnica de rendezvous, demostrando mayor efectividad y menor morbilidad. Este trabajo tiene por objeto mostrar una forma modificada del rendezvous clásico.

Materiales y Métodos: Se presenta 18 casos en que se realizó colecistectomía laparoscópica con colangiointraoperatoria. Se avanzó guía hidrofílica transcística hasta duodeno, clipeando el cístico con la guía en su interior, completando la extracción de la vesícula, dejando la guía exteriorizada a piel. Completado así el tiempo quirúrgico laparoscópico estéril, se cambia la posición del paciente a decúbito lateral, que es más apropiado para nuestra técnica de ERCP, y se pasa el duodenoscopio hasta la segunda porción duodenal identificando la guía asegurando así la canulación fácil de la vía biliar para realizar papilotomía y extracción de cálculos. Se retira así la guía desde la piel con control endoscópico.

Resultados: De los 18 pacientes hubo 4 que en el momento de la cirugía no se detectó coledocolitiasis y los 14 restantes se completó el procedimiento usando rendezvous en 13 con extracción de cálculos. El tiempo quirúrgico promedio fue de 117 min. La estadía postoperatoria fue de 1,6 días y no hubo morbimortalidad.

Discusión: El rendezvous clásico presenta el inconveniente logístico de la intervención simultánea de espacios; compitiendo los intraperitoneal con intraduodenal y espacios de acción estériles de laparoscopia con no estériles de endoscopia. La posición supina para la ERCP y la dificultad de proyectar diferentes planos radiológicos también son un inconveniente de esta técnica clásica. En nuestro protocolo superamos estas dificultades al hacerlo en forma secuencial.

Conclusiones: El rendezvous laparoendoscópico secuencial supera las dificultades logísticas de la técnica clásica, conservando los buenos resultados que la literatura avala.

EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE PACIENTES CON COLECISTOCOLEDOCOLITIASIS EN EL HOSPITAL DEL SALVADOR UTILIZANDO TÉCNICA LAPAROENDOSCÓPICA DE RENDEZVOUS

J. Ormazábal (1), J. Muñoz (1), A. Carvajal (3), P. Cabrera (3) H. Avendaño (2), S. Uribe Echeverría(1), F. Catán (1), J. Cornejo (3), M. Uribe (1)
(1) Equipo Hepatobiliopancreático. Servicio Cirugía. Hospital Del Salvador. (2) Estada de perfeccionamiento. Cirugía Endoscópica.

Hospital Del Salvador. (3) Alumno de Medicina.
Universidad de Chile.

Introducción: La colecistectomía laparoscópica es en la actualidad el tratamiento de elección de la coledocolitiasis. Estos pacientes presentan con frecuencia no despreciable cálculos en la vía biliar principal. Existen varias opciones para el manejo de la coledocolitiasis en la actualidad, principalmente el manejo laparoscópico y en segundo lugar su abordaje endoscópico (CPRE). En los últimos años varios estudios han utilizado el abordaje endoscópico simultáneo con el procedimiento laparoscópico, usando la técnica de «rendezvous», lo que permite resolver en un porcentaje elevado la extracción de los cálculos de la vía biliar (90-94%), ahorrar un acto anestésico y disminuir las temidas complicaciones de la CPRE.

El objetivo: de esta revisión es dar a conocer la experiencia en el manejo laparoendoscópico de la coledocolitiasis en el Hospital Del Salvador.

Material y Método: Análisis retrospectivo de los casos tratados simultáneamente con laparoscopia y endoscopia en el período comprendido entre Septiembre del 2006 a Mayo 2008. Se consignaron datos demográficos, presentación clínica, laboratorio, patologías asociadas, éxito en el procedimiento, resultados del procedimiento y morbimortalidad.

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: PROCEDIMIENTO CONVENCIONAL SE CURO EFICAZ.

M. Jucá, E.C.A.Comes Instituição:
Serviço de Cirurgia Geral e Digestiva do Hospital das Clínicas da Santa Casa de Misericórdia de Maceió-Alagoas-Brasil.

Introdução: As colecistectomias por via laparoscópica tem sido reconhecida como padrao de ouro para o tratamento da colelitíase. Philippe Mouret foi quem primeiro a realizou em 1987, já se está com urna experiencia de 20 anos com o procedimento, que cada vez mais se impoe como prime ira escolha para abordagem.

Objetivo: Analisar a morbidade e a mortalidade de colecistectomias realizadas no período de Janeiro de 2000 Janeiro 2008, por urna única equipe e a evoluyao dos pacientes.

Material e Métodos: Foram analisadas as fichas de 478 pacientes submetidos a colecistectomia por colelitíase sintomática. Variáveis primárias morbidade e mortalidade pós-operatórias e secundárias sexo, idade, quadro clínico.

Resultados: Dos 478 pacientes, 99 erm do sexo masculino (20,7%). A média de idade foi de 42 anos (17 a 91). O tempo médio de intemayao para o procedimento foi de 28 horas. O tempo de intemayao geralmente é de menos de 24 horas, mas a permanencia maior que 24 horas se deveu aos vômitos e dar no ombro. O tempo de seguimento pós-operatório foi, em média, de 234 dias As complicayoes observadas foram 12 infecyoes na ferida operatória da regioo periumbilical (2,51%), Vômitos em 78 (16,3%), Dor intensa no ombro que prolongou a intemayao em 29 pacientes (6,0%) e lesao de cólon na introyduo do trocáter (0,2%). Nao Houve mortalidade.

Conclusão: A Colecistectomia laparoscópica é um

procedimiento seguro e convencional para o tratamiento da colelitiasis, com baixa morbimortalidade.

MEGAVESÍCULA BILIAR COMO PRESENTACIÓN TARDIA Y ATÍPICA DE TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL, REPORTE DE UN CASO.

Drs. R. Duran, R. Campos, G. Marisio, D. Kraunik.
Servicio de Cirugía Hospital Clínico Regional de Concepción (HCRC) Dr. Guillermo Grant Benavente.

Se presenta el caso clínico de una mujer de 59 años, cardiópata coronaria, con antecedentes de IAM y tratamiento anticoagulante oral, consulta en hospital de Curanilahue por cuadro de una semana de evolución de dolor en hipocondrio derecho, nauseas y vómitos, posterior a un trauma abdominal contuso, producto de un accidente doméstico. Es derivada al Hospital Clínico Regional de Concepción, bajo sospecha ecográfica de quiste hidatídico complicado. En éste centro se diagnostica la lesión como hematoma subcapsular hepático planteándose resolución quirúrgica la que es rechazada por la paciente, solicitando el alta. Reingresa 18 meses más tarde, oligosintomática, destacando gran masa abdominal, informada en el TAC de abdomen como «extensa imagen quística subhepática derecha, siendo indispensable correlacionar con cuadro clínico, debiéndose considerar pseudoquiste pancreático o bilioma». Es intervenida realizándose laparotomía exploradora donde se encuentra una megavesícula de 20 x 40 cms con un cálculo de 2 cm de diámetro impactado en el cístico. Se realiza colecistectomía abierta indirecta, con extracción completa de la vesícula, realizándose documentación fotográfica del procedimiento. La paciente evolucionó favorablemente en el postoperatorio, siendo trasladada a su hospital de origen.

Conclusión: El trauma vesicular, por su baja incidencia puede constituirse como el reto diagnóstico, especialmente en presentaciones atípicas. La imagenología no logró precisar la etiología de la masa abdominal. Se presenta el caso como una complicación muy infrecuente del trauma abdominal cerrado.

HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO COMO COMPLICACIÓN DE UN CASO.

Manríquez L.*, Plass R.*, Fernández M.**., Humeres R.*, Andrusco A.***., Carrillo K.***., Sanguinetti A.***., Valenzuela A.***., Zenteno M.T.***

* Cirujano, Servicio de Cirugía Hospital Militar de Santiago.

** Becario Cirugía General Universidad de Valparaíso - Campus Hospital Militar

*** Interno Universidad de Los Andes

El hematoma subcapsular hepático es una complicación rara de la colangiografía endoscópica retrógrada. (1)

Paciente de 96 años con antecedente de resección transuretral de próstata por hiperplasia benigna. Ingresó al Servicio de Cirugía por cuadro de 4 meses de evolución caracterizado por compromiso del estado general, baja de peso e ictericia en los últimos 7 días, coluria, acolia y prurito.

Al examen buen estado general, normotenso, sin taquicardia, afebril. ictericia de piel y escaras. Abdomen

no distendido, blando, depresible, no doloroso, sensible en hipocondrio derecho. Perfil hepático con hiperbilirrubinemia de predominio directo y patrón colestásico. Protrombina normal. Ecografía muestra dilatación de la vía biliar extrahepática. TAC de abdomen evidencia además dilatación del conducto de Wirsung y una masa periampular.

Se realiza ERCP, demostrando estenosis tumoral de la vía biliar distal. Colocación de prótesis de 10 french en la vía biliar. Biopsias.

A las 6 horas postprocedimiento refiere omalgia derecha, sin alteración hemodinámica. Amilasa y lipasa normales. TAC de abdomen muestra un hematoma subcapsular hepático de 17 por 13 por 5 cms con signos de sangrado activo. Prótesis in situ. Se traslada a UTI para monitorización, se transfunde con 4 unidades de plasma fresco congelado y 4 unidades de glóbulos rojos. Se usó espercil. No hubo necesidad de uso mayor de volumen ni vasoactivos. Además se inició antibioterapia empírica con ciprofloxacino 200 mg cada 12 horas y metronidazol 500 mg cada 8 horas endovenosos. Traslado a sala a las 48 horas. Ecografía de control mostró disminución del hematoma (9.4 por 7,3 cms)

Dado de alta una vez completado el tratamiento antibiótico por 14 días. La biopsia demostró un adenocarcinoma tubular infiltrante de intestino delgado. Se manejó en forma conservadora desde el punto de vista de su patología oncológica.

Existen pocos reportes de esta complicación en la literatura (1,2,3) El mecanismo de la lesión sería la punción accidental de la vía biliar intrahepática y la ruptura de un vaso sanguíneo con la guía de procedimiento (1,2). Puede presentarse en forma precoz como en este caso o en forma tardía. El manejo incluye la reanimación con volumen, hemoderivados y antibioterapia, ya que se trata de un procedimiento no estéril (3). Es un diagnóstico diferencial en los pacientes con dolor luego de una ERCP.

(1) Digestive Disease and Science, Vol 51, No 6 (June 2006), pp 1167-1168 (2) Gastrointestinal Endoscopy, Vol 67, No 2, pp 379-380

(3) Gastrointestinal Endoscopy, Vol 59, No 4, pp 594-6

LA CIRUGÍA AMBULATORIA CON ANESTESIA LOCAL EN EL PACIENTE OBESO

Drs. A. Acevedo, J. León, D. Montalvo, J. E. V ásquez, D. Río seco, EUV Dellepiane

Programa de Cirugía Ambulatoria del CRS Cordillera Oriente Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Campus Oriente-Peñalolén

Introducción: La anestesia local se utiliza frecuentemente en centros dedicados a la cirugía herniaria. En la literatura se informa sobre cirugía ambulatoria con anestesia local en pacientes obesos, echándose de menos estudios para establecer el riesgo de esta cirugía en estos enfermos. El objetivo de este estudio es dar a conocer nuestros resultados sobre este tema.

Material y Método: Fueron aceptados pacientes compatibles con el alta precoz, electivos, ASA 1 Y 2, portadores de hernias primarias y recidivadas. No hubo restricciones para los pacientes obesos con un IMC entre 30 y 45.

Se utilizó anestesia local con infiltración por planos con Lidocaina® alcalinizada y con adición de Efedrina®. Se

emplearon técnicas de hemiorrafia fasciales y con malla. En el control postoperatorio inmediato se evaluaron el dolor y la duración del procedimiento. Además se efectuaron controles a las 24 horas y a los 30 días. La significación estadística se determinó con chi cuadrado. Se consideró significativo un $P < 0,05$.

Resultados: El estudio se realizó en 2031 pacientes 510 obesos y 1521 eutróficos de ambos sexos. La obesidad fue significativamente más frecuente en las mujeres. La edad de ambos grupos fue similar. Diabetes e hipertensión fueron significativamente más frecuentes en los obesos.

El dolor operatorio y la duración de la intervención fueron significativamente mayores en los obesos con un $P < 0,001$ y un $P < 0,03$ respectivamente. En el control a las 24 horas, el dolor fue significativamente mayor y la satisfacción del usuario menor en los obesos con un $P < 0,007$ y un $P < 0,0001$, respectivamente. Todos los demás parámetros estudiados fueron comparables en ambos grupos. En el control a los 30 días se comprobó infección en 0,7% de los eutróficos y en 2,1 de los obesos ($P < 0,02$).

Conclusión: La cirugía herniaria ambulatoria con anestesia local en los obesos es posible. Sólo se diferencia de los procedimientos en pacientes eutróficos en que éstos son más prolongados, y el dolor y las molestias subjetivas son mayores.

DISPEPSIA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ENDOSCÓPICAS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Dres. John Vásquez (1) Claudia Patricia Aguado Quintero (2) 1. Cirujano Endoscopista. Unidad de Endoscopia Digestiva. Hospital San Vicente de Paul de Caldas. 2. Cirujana General. Grupo de Investigación de Cirugía. Línea Oncología. Universidad del CES.

CORRESPONDENCIA:

CLAUDIA PATRICIA AGUADO QUINTERO
DIRECCION: CRA 85 B No. 14 - 76
URBANIZACIÓN INGENIO 11 CALI.
TELÉFONO: 572 3306881
E-MAIL: cpaquado@yahoo.com

Introducción: La dispepsia es un trastorno muy frecuente encontrado en la práctica clínica y su valoración exacta es muy difícil por el gran espectro clínico de sus manifestaciones, evaluar si esta obedece a una causa orgánica requiere del perfeccionamiento de métodos y criterios diagnósticos.

Propósito: Este estudio fue diseñado para analizar los hallazgos clínicos, endoscópicos y patológicos de los pacientes con diagnóstico de dispepsia en una población de estrato socioeconómico 1 y 2.

Materiales y Metodos: Diseño: Longitudinal prospectivo. Pacientes: Se incluyeron 600 pacientes con diagnóstico clínico de dispepsia que consultaron consecutivamente al servicio de cirugía del Hospital San Vicente de Paul de Caldas entre Diciembre de 2006 a Marzo de 2008. Se evaluaron variables clínicas y demográficas, hallazgos endoscópicos y resultados de patología.

Análisis estadístico: Test de Chi cuadrado, prueba exacta de Fischer. Se consideró significativo un valor $p < 0,05$.

Resultados: Fueron evaluados 600 pacientes.

Edad promedio: 54 años. 55% mujeres. 40% pertenecen al estrato socioeconómico 1. En la endoscopia se encontró: gastritis 56%, esofagitis 14%, cicatriz de úlcera 5%, estudio normal 18%, cáncer gástrico 1.6%. Patología: cáncer gástrico 1%. H. Pylori 35%.

Conclusión: Se encontró un bajo porcentaje de lesiones malignas en pacientes con síntomas dispepticos a pesar de pertenecer a un grupo de alto riesgo.

INFLUENCIA DEL AUGE EN LA LISTA DE ESPERA PARA ATENCIÓN POR CIRUJANO.

Drs. A. Aliaga, O. González, M. Jarpa, M. Bravo
Servicio de Salud Araucanía Norte

Introducción: La aparición del concepto de Acceso Universal de Garantías Explícitas en Salud (AUGE) a través de la Ley de Régimen General de Garantías en Salud promulgada en 2005, ha significado un importante cambio en los modelos de atención. Sin embargo, dado que el sistema de salud aún no adquiere pleno desarrollo, los usuarios que no se adscriben a este sistema pudiesen ver afectadas sus atenciones. Por ello se plantea medir las posibles desigualdades entre ambos grupos de pacientes.

Objetivo: Comparar los tiempos de espera para evaluación por nivel secundario de los pacientes con y sin sospecha de patologías incluidas en el Régimen General de Garantías en Salud.

Metodología: Se revisaron todas las interconsultas generadas desde los Centros de Atención Primaria (APS) al Hospital de Victoria entre el 01.08.2005 y el 14.07.2008.

Se compararon promedios entre ambos grupos mediante la prueba t de Student para varianzas distintas, considerando uno de 0.05.

Resultados: Se encontraron 5.149 solicitudes de interconsultas generadas desde APS al Policlínico de Cirugía del Hospital de Victoria. De aquellas, 5.102 fueron consideradas válidas para el estudio, puesto que 47 (0.009%) fueron rechazadas por falta de pertinencia. Entre las validadas, las que tenían sospechas de patologías AUGE eran algo menos de un 10%.

| | AUGE | | | NO AUGE | | | P |
|------------|------|-----------|--------|---------|-----------|--------|---------|
| | n | \bar{X} | DS | n | \bar{X} | DS | |
| PENDIENTES | 59 | 47.81 | 54.4 | 425 | 85.44 | 87.64 | 0.00001 |
| EVALUADOS | 447 | 441.39 | 265.43 | 4171 | 505.73 | 280.82 | 0.00001 |
| TOTAL | 506 | 396.21 | 280.1 | 4596 | 467.19 | 296.04 | 0.00001 |

Conclusiones: Las cifras muestran significativas diferencias en los tiempos de espera entre ambos grupos de pacientes. Claramente se confirma la sospechada mayor espera de los usuarios que no acceden a atención de Cirugía a través del AUGE.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENDOSCÓPICO DE LA DISPEPSIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL SAN JOSÉ.

Sebastián Muñoz Leiva¹, Renato Alarcón Elgueta¹, Lorena Acevedo Guerra¹, Ricardo Bahamondes Asencio²
1 Internos Medicina USACH.; 2 Cirujano Hospital San José.

El diagnóstico clínico de dispepsia engloba un grupo amplio de síntomas y signos relacionados con diversas patologías del sistema gastrointestinal. Las neoplasias del sistema gastrointestinal son causa muy poco frecuente de dispepsia.

Los elementos clínicos tomados cuidadosamente permiten en muy pocos casos hacer una diferencia entre las entidades etiológicas, siendo la endoscopía una herramienta muy útil para determinar la causa en aquellas en que el manejo conservador médico ha fracasado.

El modo de enfrentar una dispepsia en la actualidad está enfocado a determinar si existen signos y síntomas de alarma que hacen pensar en patologías de resolución quirúrgica o neoplasias.

La presente revisión tiene por objetivo describir la epidemiología de los resultados endoscópicos obtenidos en pacientes con el diagnóstico clínico de dispepsia en la población estudiada.

Se realizó una revisión de los informes de las 458 endoscopías digestivas altas realizadas en el Hospital San José, desde el mes de Enero al mes de Marzo del año 2007, seleccionando pacientes a los cuales se les solicitó dicho examen con el diagnóstico clínico de dispepsia (n=190).

Los resultados obtenidos indican que el diagnóstico más frecuente corresponde a la gastritis específica congestiva (21,1 %) por sobre una desviación estándar al promedio, mientras que el diagnóstico de menor frecuencia son las lesiones ulceradas (2,6%) bajo menos una desviación estándar del promedio.

En conclusión, diagnósticos de tratamiento médico conservador son los que se encuentran más frecuentemente en la población estudiada cuando el diagnóstico clínico que motivó la endoscopia es la dispepsia, concordante con las estrategias actuales del manejo médico de la dispepsia cuando no existen elementos clínicos de alarma.

CARACTERIZACIÓN DE INTERCONSULTAS RECHAZADAS POR CIRUJANOS DEL NIVEL SECUNDARIO DE ATENCIÓN DEL SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA NORTE.

Drs. A. Aliaga, O. González, M. Jarpa, M. Bravo.
Servicio de Salud Araucanía Norte

Introducción: La cada vez más avanzada Medicina que tiende progresivamente a la subespecialización de los médicos, genera una mayor demanda por obtener sus atenciones. Sin embargo, dado que el sistema de salud aun no adquiere pleno desarrollo, y las horas-especialista son insuficientes, es necesario maximizar este escaso recurso.

Objetivo: Caracterizar las interconsultas emitidas desde los Centros de Atención y que fueron rechazadas por los Cirujanos del Nivel Secundario de Atención (todos pertenecientes al Servicio Salud Araucanía Norte).

Metodología: Se revisaron todas las interconsultas generadas desde los Centros de Atención entre el 01.08.2005 y el 14.07.2008. Entre estas, se analizaron las rechazadas por los Cirujanos de los Hospitales de Angol y Victoria (ambos tipo 2).

Resultados: Se encontró 9.132 solicitudes de interconsultas para atención por Cirujano de los Hospitales de Angol (44%) y Victoria (56%). De aquellas, 235 fueron

rechazadas desde el nivel secundario (0.02%) con tiempo de espera promedio 163 ± 46.6 días. Un 39% eran mujeres y 61 % de hombres. Sólo 8.8% eran por sospecha de patologías incluidas en el AUGE. En cuanto al origen, 6 correspondieron a Postas, 19 de Hospitales tipo 4, 82 de los mismos Hospitales tipo 2 y 128 de Consultorios Urbanos. Las causas de rechazo: derivaciones sin estudio básico (22%), problemas posibles de resolver en Atención Primaria (19.5%), especialidad equivocada (7.7%) y otras (en control, ya resueltas, fallecidos) en menor medida.

Conclusión: Pese a que la cifra no es tan abultada y bastante por debajo de la percepción (subjetiva) de rechazo, destaca la gran cantidad de interconsultas (34.8%) generadas por especialistas de los mismos Hospitales donde formalmente se rechazó su atención.

MUCORMICOSIS Y TRASPLANTE CARDÍACO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Drs. E. Torres¹, R. Ramírez¹, M. García-Huidobro¹, F. Deichler², P. Vidal¹, P. Becker²

¹Departamento de Cirugía Plástica, Hospital Clínico, Pontificia Universidad Católica de Chile.

²Departamento de Cardiocirugía, Hospital Clínico, Pontificia Universidad Católica de Chile.

³Cirugía General, Hospital Clínico, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La mucormicosis es una enfermedad muy infrecuente causada por hongos saprófitos aeróbicos, de la familia Mucoraceae. Es una patología de pronóstico reservado y se caracteriza por una progresión rápida e invasiva, de preferencia en pacientes con inmunosupresión.

Objetivo: El objetivo de este trabajo es revisar la literatura, proponer un esquema de tratamiento, a raíz de un caso clínico.

Caso Clínico: Paciente de 37 años con diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva etapa IV, a la que se le realizó trasplante cardíaco en nuestro centro. Se inició tratamiento inmuno supresor. Evolucionó de forma satisfactoria hasta la segunda semana en que se complicó con una Aspergillosis pulmonar y luego de infección de herida operatoria. Estudios confirmaron hifas no septadas, diagnosticándose mucormicosis esternal, la que se diseminó al muslo derecho. Se inició tratamiento con Anfotericina y aseos quirúrgicos, hasta lograr tejido sano, cubriendo el defecto con colgajos musculares pectorales. La paciente evolucionó con falla multiorgánica (renal, hepática, cardíaca), rápidamente progresiva, falleciendo a los 2 meses de su trasplante.

Discusión: La mucormicosis cutánea requiere un diagnóstico precoz. La sospecha clínica es clave. Su tratamiento se basa en compensar la patología de base, antifúngicos sistémicos y cirugía agresiva con múltiples aseos quirúrgicos, fundamentales para detener la rápida progresión de la enfermedad.

ACTIOMICOSIS HEPÁTICA: CASO CLÍNICO

Drs. Rolando González C (1,2), Gonzalo Wiedmaier T (1) Alberto Rodríguez N (1).

(1) Servicio de Cirugía, Hospital Padre Hurtado.

(2) Becado Cirugía Universidad del Desarrollo, Hospital Padre Hurtado, Clínica Alemana.

Introducción: La actinomycosis es una infección bacteriana supurada de curso crónico, causada por bacilos grampositivos anaerobios o microaerófilos, no esporulados, del género *Actinomyces*. Su presentación se caracteriza por la formación de abscesos, fibrosis tisular y presencia de tractos fistulosos. Afecta con mayor frecuencia las regiones cervicofacial (55%), torácica (20%) y abdominopélvica (15%). Algunos factores de riesgo incluyen la perforación intestinal, traumatismos, cirugías recientes, Diabetes mellitus, tratamiento esterooidal y la presencia de cuerpos extraños.

Objetivo: Descripción de caso clínico, manejo y revisión de la literatura.

Caso Clínico: Mujer, 45 años, hipertensa, diabética y usuaria de dispositivo intrauterino. Historia 2 años de evolución de dolor abdominal cólico en hipocondrio derecho. Dos meses previo al ingreso refiere compromiso del estado general y sensación febril. Ecografía abdominal: lesión sospechosa de neoplasia en la vesícula biliar. TAC de abdomen sugerente de neoplasia vesicular infiltrante al tejido hepático. Exploración quirúrgica: vesícula biliar escleroatrófica, bilipus en la vía biliar principal, y Síndrome de Mirizzi tipo 1. Se realiza colecistectomía parcial y cisticostomía. Biopsia rápida negativa para células neoplásicas.

Se inicia tratamiento antibiótico con diagnóstico de colangitis aguda. El quinto día postoperatorio presenta dolor abdominal difuso. Ecografía: colección lóbulo hepático izquierdo multiloculada, la cual se punciona dando salida a pus. Se realiza drenaje quirúrgico. Tinción Gram: bacilos Grampositivos ramificados, compatibles con actinomicetes. Tinción de Kinyuon (específica para *Nocardia*): negativa. Se inicia tratamiento con penicilina. De alta en buenas condiciones. Actualmente sin evidencias de recidiva clínica ni imagenológica.

Conclusión: El compromiso hepático corresponde al 15% del total de los cuadros abdominales y a un 5% del total de casos de actinomycosis; siendo con mayor frecuencia un sitio de extensión secundaria. El tratamiento incluye el drenaje quirúrgico o percutáneo, la resección quirúrgica del tejido afecto o la terapia prolongada con antibióticos a altas dosis de penicilina.

SÍNDROME HEPATOPULMONAR SEVERO TRATADO EXITOSAMENTE CON IMPLANTES SECUENCIALES DE TIPS Y TRANSPLANTE HEPÁTICO

Drs. R. Yáñez¹, C. Benítez², J. Jorquera³, I. Godoy⁴, M. Arrese², A. Contreras², L. Meneses⁵, P. Domínguez², N. Jarufel, J. Martínez¹, R.M. Pérez-Ayuso²
Enfermedades Respiratorias³, Cardiología⁴ y Radiología⁵.
Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: El síndrome hepatopulmonar (SHP) es una complicación de la hipertensión portal definida por la presencia de hepatopatía, hipoxemia y shunts arteriovenosos pulmonares. El trasplante hepático (TH) es el tratamiento de elección, sin embargo la hipoxemia severa puede ser una contraindicación para éste. El uso de shunts intrahepáticos portosistémicos (npS) podría ser efectivo, aunque la evidencia es limitada. El objetivo del presente trabajo es dar a conocer el caso de un paciente con SHP severo tratado secuencial y exitosamente con TIPS y TH.

Paciente y Método: Presentamos el caso de una paciente de 46 años, con cirrosis hepática, MELD Score: 13 que presentaba disnea severa progresiva, con aumento del gradiente de oxígeno alvéolo-arterial de 46mmHg y ortodesoxia (SaO₂: 87% sentada/91% acostada). TAC y angiografía pulmonar normales, la espirometría mostró un patrón restrictivo moderado y se observó desaturación al minuto seis del test de marcha. En el ecocardiograma con contraste se observó shunt intrapulmonar. Se diagnosticó SHP y el TH fue contraindicado debido a hipoxemia severa, por lo anterior se implantó TIPS.

Resultados: Luego de cuatro semanas se observó una disminución significativa de la disnea y corrección de la ortodesoxia. Un año después fue realizado exitosamente el TH. Llamativamente a los seis meses del TH y en ausencia de disnea un nuevo ecocardiograma mostró persistencia del shunt.

Discusión: La persistencia del shunt de derecha a izquierda posterior al implante de TIPS y TH junto con mejoría de parámetros de función pulmonar sugieren persistencia de cambios en la trama vascular pulmonar posterior al TH. Por la escasa casuística no es posible aún recomendar el uso de TIPS como manejo de SHP, sin embargo en pacientes con hipoxemia severa podría ser utilizado como tratamiento previo al TH.

LINFANGIOMA MASENTÉRICO MULTIQUÍSTICO COMO CAUSA DE VÓLVULO INTESTINAL

Drs. R. Yáñez¹, X. Parada², M. Da Vellecia², L. Valdivia², J. Martínez¹

Departamento de Cirugía Digestiva. Pontificia Universidad Católica de Chile¹

Servicio Cirugía. Hospital Claudio Vicuña²

Introducción: Los linfangiomas son lesiones benignas, de baja incidencia y que ocurren más comúnmente en niños y adolescentes, localizándose preferentemente en cabeza, cuello y axilas y eventualmente en otros parénquimas. Con una frecuencia aun menor (1/100.000 hospitalizaciones) son intraabdominales y con una presentación clínica variable, que puede ir desde el hallazgo clínico hasta pacientes con riesgo vital por abdomen agudo, ya sea debido a perforación, obstrucción o infección del tumor.

Paciente y Método: Presentamos el caso de un paciente de 19 años de edad, sin antecedentes mórbidos de importancia que acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal de 36 hrs de evolución, de inicio brusco, severo, que no cede con antiespasmódicos, asociándose a fiebre, vómitos y distensión abdominal, donde la radiografía simple de abdomen muestra niveles hidroaéreos característicos íleo de intestino delgado. Presenta leucocitosis y aumento de la PCR.

Resultado: Se realiza laparotomía exploradora, encontrándose vólvulo y dilatación de intestino delgado; con signos de sufrimiento de asa estrangulada, múltiples adenopatías y lesiones multilobuladas en mesenterio intestinal sin compromiso colónico. Se reseca 40 cm. de yeyuno, realizándose anastomosis término-terminal y lavado peritoneal profuso. La anatomía patológica diferida reveló un Linfangioma Multiquistico Mesentérico. En angio TAC postoperatorio se observa edema intestinal, con ausencia de malformaciones vasculares. Paciente evoluciona en buenas condiciones generales y se

mantiene control clínico e imagenológico seriado.

Conclusión: Aunque es una patología infrecuente debe ser uno de los diagnósticos diferenciales de abdomen agudo en el adulto, ya que a pesar de su naturaleza benigna puede llegar a comprometer el pronóstico vital del paciente.

QUISTE QUILOSO ABDOMINAL

Dr. G. Gómez C¹, Dr. J. Guzmán J¹, Int² D. Villarroel.

¹Servicio Cirugía Hospital Naval Almirante Nef

²Cátedra Cirugía, Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso.

Los quistes mesentéricos son poco frecuentes con una incidencia de 1 x 100.000 ingresos en adultos. De estos los quistes quillosos son aún más infrecuentes. El objetivo es presentar un caso clínico de una paciente que presentó un quiste quiloso abdominal.

Caso clínico: Mujer de 53 años que en control, se realizó TAC abdominal y se encontró un quiste pararenal izquierdo de 13 cm. de diámetro máximo. Se realizó una laparotomía y enucleación completa del tumor quístico. La histología de la cápsula fue quiste quiloso. La evolución postoperatoria a 12 meses ha sido satisfactoria.

El quiste quiloso es un tumor abdominal dependiente de estructuras linfáticas, que habitualmente cursa asintomático y su diagnóstico es principalmente por imágenes, siendo el tratamiento de elección la escisión quirúrgica o enucleación completa.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL. ANÁLISIS DE LA CASUÍSTICA DEL PERIODO 2005-2006 DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE.

Drs. C. Adelsdorfer⁽¹⁾, M. Slako⁽¹⁾, M. Fonseca⁽²⁾, C. Baeza⁽³⁾, C. Contador⁽³⁾

¹Servicio de Cirugía Adultos, Unidad de Emergencia Adultos. Hospital Dr. Gustavo Fricke.

²Becado de Cirugía Adultos Universidad de Valparaíso. ³Internos Universidad de Valparaíso.

Introducción: La obstrucción intestinal consiste en la detención completa y persistente del contenido intestinal en algún punto a lo largo del intestino, cuya etiología e incidencia varían con la edad.

Objetivo: Describir las características clínicas, epidemiológicas y la morbimortalidad de la serie de pacientes con diagnóstico de egreso de obstrucción intestinal del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

Material y Método: Estudio retrospectivo-descriptivo de fichas clínicas con diagnóstico de obstrucción intestinal durante los años 2005 y 2006.

Resultados: La serie muestra un leve predominio femenino (52,8%), con una edad de presentación promedio de 62 años. De 178 pacientes el 68,5 % (122/178) requirió manejo quirúrgico, destacan como diagnósticos: bridas intestinales 43,4 % (53/122), hernias complicadas 16,4 % (20/122) y tumores de colon 14,7% (18/122). Dentro de las complicaciones de los pacientes quirúrgicos destaca: Sepsis/Falla orgánica múltiple 9 % (11/122), evisceración 5,7 % (4/122), íleo paralítico 5,7 % (4/122), deshicencia sutura intestinal 5,7% (4/122) e infección de herida operatoria 5,7 % (4/122). La tasa de reoperaciones fue del 14,7 %, de las cuales 50 % correspondió a cierre de

laparostomía, 17 % a aseo quirúrgico más ostomías y 17 % a laparotomías exploradoras. La mortalidad del grupo manejado quirúrgicamente fue de un 8,2 % (10/122). De los pacientes no operados (31,5 %) los diagnósticos más frecuentes fueron: suboclusión intestinal 39% (22/56) Y obstrucción intestinal alta 30% (17/56). La tasa de mortalidad global fue de 5,6%.

Conclusiones: La obstrucción intestinal es una condición clínica que predomina en pacientes sobre los 60 años, siendo la mayor parte de las veces de resolución quirúrgica. Respecto a la etiología, nuestra serie muestra que las causas de obstrucción se asemejan a las descritas en otras fuentes nacionales. La morbilidad y mortalidad de nuestra serie es comparable a las publicadas en la literatura nacional e internacional.

OXIURIASIS APENDICULAR Y APENDICITIS AGUDA

Int. C. Derosas, A. P. González, Dr. M. Chang

Universidad de Santiago de Chile,

Servicio de Cirugía Hospital San José

Introducción: El *Enterobius Vermicularis* (EV) es un parásito cuyo huésped es el humano, se adquiere ingiriendo el huevo larvado. En el intestino delgado eclosiona liberándose la larva, esta penetra en la mucosa intestinal, pudiendo permanecer en el ciego o en el apéndice dando lugar a la oxiuriasis apendicular (OA).

Objetivos: Describir características epidemiológicas de la oxiuriasis apendicular y la relación entre EV y apendicitis aguda (AA).

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron 5117 biopsias realizadas entre el año 2001 y 2008 en el Hospital San José, de las cuales se aisló el grupo de biopsias con diagnóstico de OA y diagnóstico preoperatorio de AA, se obtuvieron distintas variables que fueron analizadas SPSS 13.0.

Resultados: Un total de 56 biopsias presentaban diagnóstico de oxiuriasis apendicular correspondientes al 1,094% del total de apendicectomías, de las cuales 69,6% eran mujeres, el 69,6% se presentó en pacientes de entre 15 y 29 años. El 2006 fue el año con más casos (28,6%), sin encontrarse patrón mensual. Sólo el 57,1 % de las biopsias se correspondieron con el diagnóstico preoperatorio de AA. El 12,5% de las biopsias fueron apendicectomías profilácticas secundarias a patología ginecológica donde la OA fue un hallazgo incidental. El 44,6% sólo presentó OA, sin otro hallazgo patológico.

Conclusiones: La OA se presenta como una patología de baja frecuencia 1 de cada 100 apendicectomías, la que es más frecuente en mujeres y en el grupo menor de 30 años, con cierto patrón anual. Cabe señalar que un grupo importante de pacientes presentó clínica de AA pero solo se encontró OA, pudiendo ser esta patología un diagnóstico diferencial de AA sin necesariamente ser causa.

APENDICECTOMÍA PROFILÁCTICA LAPAROSCÓPICA; ¿SE JUSTIFICA?

Drs. G. Gómez C¹, J. Suárez M¹, A. Bottinelli M¹, E. Scruelbein, G¹, Int² P. Echeverría L.

¹Servicio Cirugía Hospital Naval Almirante Nef

²Cátedra Cirugía, Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso.

Alrededor del 7% de la población puede sufrir una apendicitis aguda durante su vida. En la apendicectomía profiláctica se extirpa el apéndice sano, para evitar una eventual apendicitis aguda. Nuestro objetivo es evaluar los resultados de la apendicectomía profiláctica laparoscópica y analizar si se justifica su indicación. Se realizó un estudio retrospectivo de 60 apendicectomías laparoscópicas profilácticas en el Hospital Naval Almirante Nef, desde el año 2000 al 2007. Se registraron 3 plastrones en fosa iliaca derecha, 1 infección de sitio operatorio superficial y 1 peritonitis como complicaciones postoperatorias. No hubo mortalidad. La elevada morbilidad puede ser explicada por antibiótico profilaxis inadecuada, variaciones en la técnica quirúrgica y en la posibilidad de que el tejido necrótico resultante de la electrocoagulación del mesoapéndice, crea las condiciones óptimas para la colonización por flora bacteriana anaerobia, con el consiguiente riesgo de infección y proceso inflamatorio local. La probabilidad de presentar una apendicitis aguda en una situación de aislamiento geográfico es mínima, pero existente; sin embargo con el tratamiento antibiótico adecuado se podría controlar la patología en espera de cirugía.

Considerando los resultados obtenidos y la escasa evidencia científica, no habría razones para recomendar perentoriamente la apendicectomía profiláctica en personas que vayan a encontrarse aisladas geográficamente y sin un pronto acceso a un centro quirúrgico.

APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN MUCOCELE APENDICULAR, SERIE DE 4 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Drs. N. Kerrigan, F. Orellana, L. Espíndola, A. Larach, D. Videla, H. Ríos.
Servicio de Cirugía, Hospital Militar de Santiago. Universidad de los Andes.

Se presentan cuatro casos clínicos de tumores apendiculares, atendidos en nuestro hospital durante el año 2008. Los cuatro casos fueron detectados en forma incidental mediante estudio de imágenes (Ecografía o TAC), solicitados por síntomas digestivos o urológicos inespecíficos. En todos los casos se realizó una apendicectomía laparoscópica sin incidentes, siendo dados de alta al segundo día después de la cirugía, sin complicaciones quirúrgicas ni médicas en su evolución postoperatoria. La biopsia diferida del apéndice cecal fue informada como mucocele apendicular en los cuatro casos (dos retenciones mucoideas por un fecalito y dos cistoadenomas serosos del apéndice). En el presente trabajo se detallan las características clínicas de cada uno de los casos, la técnica quirúrgica empleada y se realiza una revisión actualizada del mucocele apendicular.

APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EMBARAZADA DE 35 SEMANAS DE GESTACIÓN.

Dres. Leopoldo Suárez Pulido, Horacio Ríos Rivas, César Sandoval Sepúlveda
Clínica Alemana y Hospital Militar de Santiago

Se comunica el caso clínico de una embarazada de 35

semanas de gestación que presentó una apendicitis aguda siendo operada por laparoscopia.

Se considera de interés comunicar este caso, por que no hemos encontrado en la literatura otros casos de esta edad gestacional operados por vía laparoscópica y por que las variaciones a la técnica quirúrgica empleadas no han sido descritas previamente, hasta donde nosotros hemos podido comprobar en la revisión bibliográfica.

El aporte de este caso clínico en cuanto a la técnica considera la posición del paciente en la mesa quirúrgica, posición de los trocares para acceso de la óptica e instrumentos al abdomen y manejo obstétrico de una paciente de avanzada edad gestacional sometida a cirugía

USO DE LA VIDEOLAPAROSCOPIA EN EL MANEJO DE LA APENDICITIS AGUDA.

Dr. Claudio Mora Pavez (1), Internos Victor Vargas Selman (2), Cristian Eulufi (2), Ingrid Plass Del Corral (2).

(1) Servicio de Cirugía Hospital el Pino. Docente de cirugía Universidad Andrés Bello.

(2) Internos de medicina Universidad Andrés Bello.

Resumen: El uso de la cirugía laparoscópica para resolver cuadros de apendicitis aguda no muestra beneficios claros sobre la técnica abierta. En este trabajo presentamos los resultados del uso de la técnica laparoscópica versus (AL) la abierta (AA) en forma rutinaria ante cuadros de apendicitis aguda o de abdomen agudo. Mediante un protocolo retrospectivo se revisaron 51 pacientes operados vía laparoscópica y 51 pacientes operados vía tradicional (incisión de Mac Bumey) durante el último año en el Hospital el Pino. Ambos grupos fueron comparables desde el punto de vista de la edad y sexo. No existieron diferencias en tiempo operatorio ni en los días de hospitalización (p mayor 0.05), las diferencias se presentaron en los requerimientos de analgesia a las 24 y 48 hrs. post operado, siendo menor en la vía laparoscópica (22% de pacientes no requirió analgesia por vía laparoscópica versus 0% en la abierta); y en las complicaciones postoperatorias: infección de la herida vía abierta de 7,6% versus 1,9% vía laparoscópica; y en total las complicaciones de las AA (hasta 1 mes después de operado) fueron de 23.5% versus 15,7% de la AL.

Conclusión: El uso de la técnica laparoscópica en nuestro hospital no muestra diferencias en el tiempo operatorio ni en los días de estadía hospitalaria, pero si muestra beneficios al comparar el uso de analgesia en el post operatorio y las complicaciones, principalmente de la infección de la herida.

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES OPERADOS DE QUISTES HIDATÍDICOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTÍN DE CHILLÁN.

Drs. F. Ahumada, R. Arriagada, C. Tapia, A. Valdebenito, Felipe Ríos.

Facultad de Medicina Universidad Católica de la Santísima Concepción.

Servicio de Cirugía Hospital Clínico Herminda Martín.

Introducción: La hidatidosis es la zoonosis parasitaria de mayor impacto en el país. Afecta principalmente a zonas rurales, con actividad agrícola ganadera. La tasa de incidencia a nivel nacional es de 1,9

por 100.000 habitantes, la de Ñuble es de 16,4 siendo la segunda a nivel nacional, y 8,4 veces más que la primera. El objetivo fue determinar algunas características socio-demográficas de todos los pacientes operados de quiste hidatídico en el Hospital de Chillán entre 2006 al 2007.

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de todos los pacientes operados de quiste hidatídico en el servicio de cirugía, durante los años 2006 y 2007. Se recolectaron los datos y se analizaron con el programa Epi Info®.

Resultados: Se analizaron 92 pacientes, edad promedio 41.1 años (4 a 82 años); 52,2% eran varones, 81,5% eran rurales, 83,7% tenía perros en su casa y 57,6% ganado; 73,9% ignoraba el tema; 48,9% tenía educación básica incompleta.

Conclusión: La mayoría era rural, característica común en las estadísticas nacionales del tema.

Se asociaba un nivel educacional bajo, lo que explicaría poca comprensión de las medidas de prevención. La presencia de perros fue casi de regla pero no fue condicionante para la presentación de la enfermedad, lo que se explica por el contacto con otros perros. Nuestra población muestra un patrón claro y tiene relación con ruralidad, nivel educacional bajo y el poco conocimiento del tema. Creemos que las medidas preventivas deben centrarse en esos puntos además de la pesquisa de los portadores caninos y el ganado.

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN MAYORES DE 65 AÑOS. ANÁLISIS DE 2 AÑOS CONSECUTIVOS.

Drs. M. Vivanco, P. Salinas, L. Urrutia, E. Rivas, D. Corthom, B. Rinaldi, C. Cavalla, G. Wiedmaier, Int. F. Patiño, Int. C. Gallardo.

Servicio de Cirugía Hospital Padre Hurtado

Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad de Desarrollo.

Introducción: La colecistolitiasis es una patología quirúrgica de muy alta incidencia en nuestra población, con alta prevalencia en pacientes mayores de 65 años. La colecistectomía laparoscópica es el procedimiento y el abordaje recomendado para el manejo de esta patología. Por estos dos antecedentes es que un mayor número de pacientes mayores de 65 años son sometidos a esta intervención, teniendo estos, más comorbilidades asociadas, más riesgo anestésico y más alteraciones anatómicas debido al prolongado tiempo de evolución. El objetivo de este trabajo es evaluar los resultados de la colecistectomía laparoscópica en este grupo etario.

Métodos: Se revisaron las fichas de los pacientes mayores de 65 años sometidos a colecistectomía laparoscópica en un periodo de dos años consecutivos. Se confeccionó una hoja de registro especialmente diseñada incluyendo variables demográfica, presencia de comorbilidades, periodo de hospitalización, conversión a cirugía abierta, tiempo operatorio, morbilidad, mortalidad y biopsia alejada. Los datos fueron analizados con software estadístico.

Resultados: La serie incluye 170 pacientes operados en un periodo de dos años. Un 26% hombres y un 74% mujeres, la edad promedio fue de 70 años, la comorbilidad mas frecuentemente asociada fue la hipertensión (75%), el periodo de hospitalización promedio fue de 2,4 días, el tiempo operatorio promedio fue de 81 minutos, la tasa de conversión fue de 9,2%, la morbilidad

perioperatoria fue 16,6%, la mortalidad perioperatoria 0% y en la biopsia alejada la presencia de cáncer vesicular fue de un 2,5%.

Conclusiones: En nuestra serie el tiempo operatorio, el periodo de hospitalización, la tasa de conversión y la morbilidad perioperatoria son mayores que los datos en pacientes mas jóvenes, sin embargo son aceptables considerando que se trata de un grupo especial etario, que poseen mayores riesgos quirúrgicos, mayor número de patología asociada y una larga historia de enfermedad biliar.

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA EN SÍNDROME DE POLAND. CASO CLÍNICO

Drs. H. Waintrub, M. Fritis, C. Barriga, C. Torres

Equipo cirugía oncológica mamaria

Clínica Oncológica Fundación A. López Pérez

El Síndrome de Poland es una rara malformación, con una incidencia de 1 en 20.000 casos, descrita por Alfred Poland en 1841, caracterizada por deformidad de la pared costal y extremidad superior comprometiendo m. pectoral mayor y menor, serrato y oblicuo mayor en grado variable, hipoplasia o aplasia mamaria, además de sindactilia

El objetivo del trabajo es revisar la literatura y presentar nuestro 1er caso de cirugía reconstructiva en paciente con Sd de Poland y su resultado cosmético.

Material y Método: Paciente de 18 años sin antecedentes mórbidos de importancia que presenta ausencia de glándula mamaria y de músculo pectoral mayor, complejo areola pezón (IAP) y volumen de mama contralateral normal. Se estudia el caso considerando variables como: IMC, calidad del abdomen, calidad de la zona dorsal, calidad de la piel mama, planificándose reconstrucción mamaria en 3 tiempos entre mayo y agosto de 2007 1° reconstrucción de bolsillo muscular con colgajo de m. dorsal ancho izq. posicionando expansor retromuscular (modelo mentor 3600), 2°-lograda expansión suficiente se cambia por implante definitivo (texturizado, anatómico 390cc), 3°-reconstrucción complejo areola pezón mas mastopexia derecha, pezón se obtiene de cap original y areola de su homologo contralateral. Evolución postoperatoria en cada cirugía fue sin incidentes

Resultado: la técnica combinada de colgajo musculo dorsal mas expansor permite que la piel que es delgada y tensa ceda lentamente para colocar posteriormente el implante más adecuado a la paciente. El resultado cosmético logrado con esta técnica en 3 tiempos fue muy bueno, la cicatriz dorsal quedó lineal y poco notoria lo mismo que la cicatriz del surco, la proyección del implante y llenamiento medial, superior y de pliegue axilar son adecuados, la satisfacción de la paciente fue muy buena (fotos)

Conclusión: este 1er. caso de Síndrome de Poland reconstruido con colgajo muscular dorsal mas expansor y posterior implante cumplió con nuestras expectativas reconstructivas y cosméticas.

ULCERA PEPTICA PERFORADA EN MAYORES DE 65 AÑOS

Drs. M. Nicola, K. Rojas, M. Ceroni, G. Guastavino,

Alm. A. Meyer, F. Solar, F. Rojas, L. Muñoz, F. Delgadillo, C. Bustos, J. Escanilla.

Introducción: La perforación de una úlcera péptica se presenta en 1 a 6 % de los pacientes ulcerosos durante el curso de su enfermedad. Es una entidad grave que conlleva una mortalidad del 5 a 25%. Cuando se presenta en mayores de 65 años esta puede llegar hasta el 50%.

Objetivo: Determinar la morbilidad y mortalidad de los pacientes intervenidos por úlcera péptica perforada (UPP) mayores de 65 años.

Material y Métodos: Se realiza un análisis retrospectivo de pacientes mayores de 65 años tratados entre enero de 2003 y diciembre de 2007 por una UPP en el Hospital de Urgencia de la Asistencia Pública. Se analizaron datos demográficos, cuadro clínico, antecedentes mórbidos, imágenes, tipo de cirugía y hallazgos, evolución y complicaciones. Se comparó la morbimortalidad con un grupo de pacientes intervenidos en el mismo periodo menores de 65 con test de Fisher, considerando significancia estadística con un valor $p < 0,05$.

Resultados: Conforman la muestra 30 pacientes, promedio de edad de 73,9 años (rango: 65-91). El sexo masculino representa el 56,6%. El 49% tiene morbilidad asociada: Diabetes e hipertensión arterial en el 23,3%. El 20% tiene antecedente de úlcera tratada. Distribución por presentación: Dolor abdominal 83,3%, Disnea 10% y signos de obstrucción intestinal 6,7%. Al examen físico el 40% presenta resistencia muscular o signos de irritación peritoneal, la inestabilidad hemodinámica se observó en el 6,7% y taquicardia en el 40%. El diagnóstico presuntivo de úlcera o víscera hueca perforada se realizó en el 36,7%, peritonitis apendicular en el 13,3% e isquemia mesentérica en el 10%. El 43,3% consultaron antes de 12 hrs, 40% entre 12 y 24 y 16,7% más de 24 hrs. La radiografía de tórax o de abdomen fue diagnóstica de neumoperitoneo en el 53,3%, el 6,7% muestra signos de obstrucción intestinal y el 6,7% fue normal. La Ecografía se realizó en 13,3% casos confirmando la presencia de hidroneumoperitoneo. No se realizan imágenes en el 20%. De acuerdo al riesgo operatorio: el 43,3% (13) son ASA III, IV y V. La localización de la UPP fue gástrica en el 56,7%. El tamaño promedio fue de 13,3 mm y en el 46,6% fue mayor de 10 mm. Se realizó sutura simple en 26,7%, sutura y parche de Graham en 70% y se agregó otra cirugía en el 20%. Biopsia se realizó en el 50%, sólo un caso con evidencia de neoplasia. El 76,7% tienen complicaciones y la mortalidad es del 40%. Al comparar con el grupo de pacientes < de 65 años tratados en el mismo período identifica diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,0001$ RD 0,05)

Conclusión: La edad es un predictor mayor de morbimortalidad en úlcera péptica perforada, evidencia de esto es el alto porcentaje de complicaciones y una mortalidad del 40%.

CASO CLÍNICO: MANEJO CONSERVADOR DE LA PERFORACIÓN ESOFÁGICA INTRATORÁCICA

Drs. F. Delgadillo, M. Nicola, G. Guastavino, L. Muñoz, J. Escanilla, C. Bustos

Introducción: La perforación esofágica constituye una verdadera emergencia, ya que es una enfermedad

grave con alta morbi-mortalidad. El enfrentamiento diagnóstico y terapéutico es controversial y depende del estado general del paciente, el tiempo de evolución, la localización de la perforación y la presencia de patologías esofágicas previas. Debido a lo excepcional del manejo conservador se presenta y documenta con imágenes el caso de un paciente de 81 años que presenta una perforación esofágica a nivel torácico, secundaria a cuerpo extraño.

Caso clínico: Paciente masculino de 81 años que consultó al Servicio de Urgencia de la Asistencia Pública por historia de dolor retroesternal intenso posterior a ingesta alimentaria. Entre sus antecedentes destaca el tabaquismo crónico y enfermedad pulmonar crónica secundaria, enfermedad de Parkinson y accidente cerebrovascular secueado. Al ingreso destacaba un paciente afebril, con taquicardia de 123 por minuto y normotenso con deshidratación leve. Examen cardiovascular, pulmonar y abdominal sin hallazgos patológicos. El electrocardiograma y enzimas cardíacas son normales. La radiografía cervical no visualiza la presencia de cuerpo extraño. El esofagograma inicial se interpretó como divertículo esofágico no complicado, sin embargo se corrobora su perforación a nivel de esófago torácico en un segundo procedimiento realizado 36 hrs desde su ingreso. La radiografía de tórax muestra el enfisema subcutáneo y derrame pleural bilateral, que son corroborados con el TAC de tórax, además de evidenciar el neumomediastino y signos leves de mediastinitis. La endoscopia digestiva alta demostró la perforación extensa en el tercio medio del esófago de 3 por 1 cms, con salida de contenido purulento hacia el lumen. Debido a la morbilidad de base y el alto riesgo quirúrgico se decide manejar en forma conservadora, con reposo digestivo y antibiótico s endovenosos con buena respuesta por lo que se instala bajo endoscopia sonda de alimentación enteral, que se utiliza a los 11 días de su ingreso. A los 18 días se realiza un nuevo esofagograma que muestra escasa salida de medio de contraste hacia el mediastino. Debido a la buena evolución se decide reiniciar la alimentación por boca a las tres semanas de su ingreso, sin presentar complicaciones, por lo que se da de alta en buenas condiciones generales.

Discusión: La perforación esofágica es una emergencia quirúrgica una vez diagnosticada, debido a que la tardanza en el tratamiento es el principal factor de mortalidad. El tratamiento médico o conservador es una alternativa posible demostrada con éxito en la literatura, tal como sucedió en el caso presentado. Sin embargo, la dificultad consiste en predecir cuales perforaciones se mantendrán contenidas y cuales progresaran, pese a esto los criterios para el manejo conservador están bien establecidos con buena respuesta cuando se seleccionan adecuadamente.

TROMBOSIS MESENTÉRICA SECUNDARIA A TUMOR CARCINOIDE. REPORTE DE UN CASO.

Jorge Astudillo S (1), Francisca Navarro A (1), Andrés Ordenes E (2), Manuel Ordenes V (3), Verónica Silva O.(4).
(1) Internos de Medicina y (2) Alumno 5° Medicina, Universidad del Mar
(3) Coloproctólogo, Servicio de Cirugía, Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar
(4) Cirujana Digestivo Alto, Servicio de Cirugía, Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar
Institución: Universidad del Mar.

Introducción: El Tumor Carcinoide Intestinal es una neoplasia bien diferenciada de células endocrinas. Generalmente son asintomáticos, por lo que suelen encontrarse como hallazgo quirúrgico. Cuando son sintomáticos, pueden manifestarse como apendicitis, dolor abdominal crónico, obstrucción intestinal, pérdida de peso y masa palpable.

Objetivo: Describir la presentación clínica de un caso de trombotosis mesentérica con isquemia intestinal secundaria a tumor carcinoide ubicado en el íleon distal.

Descripción del caso: Paciente mujer de 66 años con antecedentes de obstrucción intestinal por bridas hace 20 años. En abril y septiembre del año 2007 se hospitalizó por presentar cuadro de dolor cólico abdominal intenso, asociado de náuseas y vómitos. Se interpretó como obstrucción intestinal parcial que cede espontáneamente. En ambas oportunidades el TAC de abdomen y pelvis revela lesión cicatricial en el mesenterio, a nivel del promontorio sacro, con pequeños focos de calcificación, sin cambios evolutivos entre imágenes y engrosamiento de asas de intestino delgado en flanco derecho dependientes de la lesión, secundario a fenómenos inflamatorios o a cierto grado de isquemia. En diciembre de 2007, presenta cuadro similar de mayor intensidad, con dolor permanente (EVA «Escala Visual Análoga» 8/10), que no cede con analgésicos ni antiespasmódicos.

Se realiza TAC de abdomen, que revela mayor densidad del mesenterio y se asocia a engrosamiento de asas intestinales adyacentes, sospechando mesenteritis o carcinoide. Se somete a laparotomía exploradora, encontrándose lesión tumoral en mesenterio que compromete la irrigación del íleon distal, con trombotosis vascular y necrosis intestinal, sin perforación. Se reseca íleon distal incluyendo el meso comprometido, con anastomosis ileoascendente. Evoluciona sin complicaciones, dándose de alta al quinto día del post operatorio. El informe anatomopatológico diagnosticó Tumor Carcinoide de íleon distal.

Conclusiones: La presentación clínica de tumor carcinoide intestinal, como angina y posterior trombotosis mesentérica, no asociado a obstrucción, representa una forma clínica atípica.

INYECCIÓN DE CIANOACRILATO EN EL TRATAMIENTO DE LAS VÁRICES INTRAGÁSTRICAS.

Drs. E. Valdivieso, C. Castillo, C. Harz, R. Sáenz y C. Navarrete

Centro Latinoamericano de Entrenamiento en Endoscopia Gastrointestinal, Departamento de Enfermedades Digestivas, Clínica Alemana, Santiago - Chile

Introducción: Múltiples publicaciones apoyan el uso de cianoacrilato en el tratamiento del sangrado por várices del fondo gástrico, sin embargo este recurso, no es ampliamente aceptado con base en la posibilidad de eventos adversos, sin que exista una cifra concreta de incidencia de complicaciones.

Objetivos: Medir la incidencia de complicaciones relacionadas con la inyección de cianoacrilato, en pacientes tratado endoscópicamente, por hemorragia secundaria a várices del fondo gástrico y describir la efectividad técnica del procedimiento.

Métodos: Se determinó la incidencia de

complicaciones mayores y menores en una cohorte prospectiva. Se describen también la efectividad técnica del procedimiento, teniendo en cuenta la necesidad de re intervención endoscópica por re sangrado.

Resultados: El estudio incluyó 41 pacientes, entre los cuales dos cursaron (3%) con embolia pulmonar limitada por cianoacrilato, demostrada por presencia de contraste en circulación pulmonar, sin que esto se asociara a signos o síntomas clínicos. En ambos casos el manejo expectante mostró resultados favorables. Se realizaron 59 sesiones de terapia con cianoacrilato. 69% correspondieron a terapia única, que logró el adecuado control de la enfermedad varicosa. Entre los pacientes que requirieron reintervención endoscópica, en el 95 % de los casos, se logró el tratamiento de la enfermedad varicosa visible, durante una segunda intervención.

Conclusión: La inyectoterapia con cianoacrilato, es una técnica efectiva para la erradicación de las várices del fondo gástrico y aunque la morbilidad reportada de ésta terapia puede ser catastrófica, en nuestra serie encontramos una baja incidencia de complicaciones menores y ninguna complicación mayor.

TUMORES GIST.

Drs., G. Mordojovich¹, F. Huidobro², J. Stambuk^{1,2}, J. Jensen¹, F. Izquierdo¹. Int. B. Quijano¹.

1 Servicio de Cirugía Hospital de la Fuerza Aérea de Chile. 2 Servicio de Cirugía Hospital San Juan de Dios.

Introducción: Los tumores gastrointestinales del estroma (GIST) son tumores infrecuentes en el aparato digestivo. Su comportamiento puede ser benigno o maligno dependiendo de algunas características histológicas como la celularidad, el número de mitosis, la presencia de necrosis y de atipias.

Objetivo: Realizar un estudio retrospectivo de los GIST tratados en 2 centros hospitalarios, describiendo la forma de presentación, el estudio preoperatorio, los hallazgos quirúrgicos, los tratamientos complementarios y el seguimiento.

Materiales y Métodos: Se elabora una base de datos retrospectiva con los GIST tratados desde el año 2000 hasta julio de 2008. Se analizan datos con el programa estadístico STATA 9.1.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 21 pacientes. La edad promedio fue 58,9 años (24 - 85). 12 pacientes fueron de sexo masculino. El motivo de consulta más frecuente fue el dolor abdominal en 10 pacientes (47,6%) seguido de la hematemesis en 4 (28,6%) Y de la baja de peso en 3 (14,3%). Al examen físico de evidenció masa palpable en 2 pacientes (9,5%) y palidez de mucosas en 2 pacientes (9,5%). 16 (76,1 %) pacientes fueron estudiados con TAC, 4 (19,1%) con ecotomografía y 13 (61,9%) con endoscopia. 3 (14,3%) pacientes presentaban metástasis. La ubicación más frecuente fue el estómago (60,1 %) seguido de yeyuno (19%) e íleon (9,5%). 19 (90,5%) pacientes fueron sometidos a cirugía. 4 (21,4%) pacientes recibieron tratamiento con imatinib, en 2 (50%) no hubo respuesta.

Conclusiones: Los tumores GIST son infrecuentes. Su presentación más frecuente es la hemorragia digestiva alta, lo que tiene relación con la frecuencia donde se ubican estos tumores. El comportamiento biológico por lo general tiende a ser

benigno. El tratamiento más efectivo es la resección local con márgenes adecuados. La terapia con imatinib es molecularmente específica, sin embargo existen tumores que no responden a este tratamiento.

CÁNCER GÁSTRICO: REALIDAD DE UN HOSPITAL TIPO 2

Int. R. Vergara, Drs. C. Mora, P. Aravena, F. San Miguel, S. Sebastiani.

(Servicio de Cirugía del Hospital El Pino. Escuela de Medicina, Universidad Nacional Andrés Bello)

Introducción: El cáncer gástrico es el segundo cáncer más prevalente en el mundo. Chile se encuentra entre los países con tasas de prevalencia e incidencia más altas del mundo, constituyendo la primera causa de muerte por cáncer en la población masculina y la segunda en la población femenina.

Objetivos: Realizar un perfil epidemiológico del cáncer gástrico en el Hospital El Pino, hospital tipo 2 perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Sur.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron 88 pacientes operados de cáncer gástrico durante el período comprendido entre enero de 2003 y junio de 2008.

Resultados: La edad promedio al momento de la cirugía fue de 60 años, con predominio del sexo masculino sobre el femenino (1,6: 1). En el 42,1% de los casos, el tumor se encontró en el tercio inferior del estómago. Solo 4 (4,5%) fueron catalogados como incipientes y, de estos, todos correspondieron al tipo nc. En el 95,5% de los pacientes, el tumor se clasificó como avanzado y, de estos, el 48,9% correspondió a Bormann 3. Predominó (53,4%) el adenocarcinoma de tipo intestinal (Lauren). El tipo difuso alcanzó a 45,5% de los casos. 38 pacientes (43,2%) sufrieron complicaciones postoperatorias. La mortalidad operatoria fue de 4,5%. La sobrevida a 1, 3 y 5 años fue de 69,0; 42,1 y 33,3%, respectivamente.

Conclusiones: Los resultados obtenidos se asemejan a la realidad nacional. En materia de complicaciones postoperatorias, mortalidad operatoria y sobrevida, el hospital tipo 2 presenta resultados menos favorables respecto a los grandes centros nacionales especializados en el manejo quirúrgico del cáncer gástrico. Sin embargo, en el Hospital El Pino se ha logrado afrontar satisfactoriamente esta patología tan prevalente.

GASTRECTOMIA SUBTOTAL DISTAL LAPAROSCÓPICA - GIST ANTRAL

Dra. D. Villao, Dr. J. Contreras, C. Carvajal, J. Bravo, A. Maldonado, M. Bustamante
Depto. Cirugía Oriente -Facultad de Medicina
Universidad de Chile Unidad de Cirugía Laparoscópica Avanzada

Se presenta el caso un paciente de sexo masculino de sesenta años que ingresa al servicio de urgencia por presenta hematoquezia, palidez generalizada y astenia.

Antecedentes de Inestabilidad de la Marcha, Epilepsia en tratamiento, Enfermedad Cerebrovascular, AVE antiguo Secuelado, Sind Piramidal Izquierdo, HTA, Hipoacusia, Colectectomía abierta.

Ingresa a SUS el 22/06/08, por presentar deposiciones con sangre roja y palidez generalizada, se constata ellos

exámenes de ingreso Hto 17,8% Hb 5,9.

EDA 23/6/08 Tumor submucoso astral ulcerado Obs. GIST LEIOMIOMA, Úlcera duodenal Forrest III. Biopsia Gastritis Crónica Atrófica moderada, con Hiperplasia Foveolar y un Foco de Neoplasia de Células Epiteloides, Parcialmente Necróticas. Exudado Fibrinoleucocitario y Células Epiteliales Necróticas (Fondo de Úlcera Activa).

TAC ABDOMEN y PELVIS 24/6/08 Hepato esplenomegalia leve, esteatosis difusa. Masa en relación al antro-pilórico sugerente de corresponder a un TU a este nivel. Linfadenopatía aislada en retroperitoneo.

Se programa para Cirugía Laparoscópica.

Se realiza el 28 de Julio 2008 se realiza GASTRECTOMIA SUBTOTAL DISTAL LAPAROSCOPICA BILLROTH II

Paciente evoluciona de forma favorable realimentándose a las 24 horas y dado de alta a 6 días. Drenaje se Retira a los 11 días de operado.

CÁNCER ESOFÁGICO. EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO

Dr. A. Navarrete M.¹ Dr. R. Sepúlveda D.¹, Dr. L. Manriquez C.¹
Hospital Militar de Santiago, Departamento de Cirugía.

Introducción: La incidencia de cáncer esofágico se ha mantenido estable en los últimos años, sin embargo, el adenocarcinoma del tercio inferior esofágico ha presentado un aumento relativo.

Objetivo: Reportar la experiencia de 10 años del Hospital Militar en el manejo de cáncer esofágico.

Materiales y Métodos: Se procedió a la revisión retrospectiva de fichas entre los años 1997 - 2007 que tuvieran diagnóstico de cáncer esofágico dado por una biopsia.

Resultados: Se encontraron 48 casos de cáncer esofágico (43.7% mujeres y 56.2% hombres). La edad promedio fue 77.8 años (47-90). La sintomatología fue disfagia en un 56.2%, dolor retroesternal en un 14.6%, baja de peso, pirosis y anemia en un 6.2% cada uno y finalmente un 10.4% fueron asintomático. Un 52% fueron carcinomas espinocelulares, un 35.4% adenocarcinomas y un 12.5% de leiomiomas. La ubicación anatómica fue de 62.5% tercio inferior, 20.8% tercio medio y solo un 16.7% tercio superior. Se encontró en el 20.8% de los pacientes metástasis a distancia (pulmonares 50%, hepáticas 30% y cerebrales-20%). Solo en el 29.1% se realizó una cirugía con intención curativa con una esofagectomía total asociado a ascenso gástrico. Como terapia coadyuvante se utilizó quimioterapia en el 54.1% y radioterapia en el 43.7%. Se determinó que el 75% de los pacientes tuvo sobrevida a 6 meses, a los 12 meses disminuyó a 43.7% y finalmente de los pacientes solo el 13.3% presentaban sobrevida a los 5 años.

Conclusión: Las características de nuestra casuística son similares a las descritas en la literatura internacional. Si bien la frecuencia de cáncer esofágico se ha mantenido estable, pudimos darnos cuenta de un aumento relativo de los tumores del tercio inferior correspondiendo en su gran mayoría a adenocarcinomas. El pronóstico sigue siendo poco auspicioso y la cirugía solo logra ser curativa en un bajo porcentaje de pacientes.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS Y SU IMPACTO EN LA SOBREVIDA DEL CÁNCER GÁSTRICO

Drs. JM Butte, F Becker, A Visscher, E Waugh,
M. Meneses, H. Parada, H. De La Fuente
Instituto Oncológico Fundación Arturo López Pérez, Santiago, Chile

Introducción: Las complicaciones postoperatorias parecen comprometer la sobrevida global en pacientes operados de neoplasias digestivas. El objetivo de este trabajo es evaluar el impacto de las complicaciones postoperatorias y algunas características clinicopatológicas sobre la sobrevida alejada en el cáncer gástrico.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo a partir de los registros clínicos de pacientes con un cáncer gástrico resecado entre los años 2000 y 2008. Se analizaron las características clínicas, el tratamiento, el estudio anatomopatológico y la sobrevida. Se evaluaron todas las complicaciones postoperatorias, que fueron estratificadas según su gravedad (grado 0-5). Se consideró mortalidad postoperatoria la ocurrida hasta 30 días después de la operación. El estadio tumoral fue determinado mediante la clasificación TNM del 2002. El análisis estadístico incluyó test t-Student, Mann-Whitney, test de X² o prueba de Fisher, método de Kaplan-Meier para las curvas de sobrevida y el test de log-rank para comparar las diferencias. Se realizó un análisis multivariado de riesgos proporcionales con el método de Cox. Se consideró significativo un p<0,05.

Resultados: A 177 pacientes se les realizó una gastrectomía, 101 fueron hombres, con una edad promedio de 61,5 años (i:25-87 años). Veintiun pacientes corresponden a etapa IA, 21 etapa IB, 34 etapa II, 29 etapa IIIA, 15 etapa IIIB y 54 etapa IV. Treinta (16,9%) enfermos presentaron una o más complicaciones (quince grado 1, inco grado 2, ocho grado 3 y dos grado 4). Seis (3,3%) fallecieron como consecuencia de la operación complicación grado 5). La sobrevida a 5 años y la mediana de sobrevida de todos los pacientes fue de 45% y 32, meses, respectivamente. Resultaron un factor pronóstico favorable para sobrevida global en análisis univariado la resección RO, la ausencia de metástasis linfo nodales y a distancia, y la etapa IA (p<0,05). El análisis bivariado mostró que la morbilidad postoperatoria no afecta la sobrevida global (HR 0,92, IC 95% 0,51-1,66). Tampoco se afecta según el grado de morbilidad: grado 1 (HR 1,09, IC 95% 0,54-2,18), grado 2 (HR 0, IC 95% 0), grado 3 HR 1,24, IC 95% 0,45-3,4) Y grado 4 (HR 0, IC 95% 0). La sobrevida global sí es afectada por el estadio tumoral y el compromiso linfonodal (p<0,05). El análisis multivariado controlado por estadio tumoral y compromiso linfo nodal, demostró que la morbilidad y mortalidad postoperatoria no afectan la sobrevida global final (p>0,05).

Conclusiones: En esta muestra, la sobrevida global en cáncer gástrico está determinada por el compromiso linfo nodal y el estadio tumoral. Las complicaciones postoperatorias no afectan la sobrevida global.

PERFORACIÓN ESOFÁGICA: EXPERIENCIA CLÍNICA DE 16 AÑOS EN EL HOSPITAL HERNÁN HENRÍQUEZA.

Drs. J. Contreras², J. P. Drogue W, D. Inostroza², F. Barrientos¹, A. Baquerizo¹, V. Fonseca¹, W. Muñoz¹.
Equipo Cirugía Torácica, Hospital Regional de Temuco¹.
Departamento de Cirugía, Universidad de La Frontera²

Introducción: La perforación esofágica es una patología poco frecuente pero de alta letalidad, por lo cual el diagnóstico precoz y la intervención oportuna son fundamentales. El objetivo de nuestro trabajo es describir la presentación clínica y tratamiento realizado en nuestro centro.

Pacientes y Método: Serie de casos de paciente con diagnóstico de perforación esofágica entre los meses de enero de 1991 a diciembre de 2007. Se describieron variables biodemográficas, presentación clínica, tratamiento y morbimortalidad. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión.

Resultados: Serie de casos con un total de 38 pacientes, 23 fueron de género masculino. Seis pacientes tenían alguna patología esofágica siendo neoplasia la principal. Las principales etiologías fueron cuerpo extraño esofágico y síndrome de Boerhaave con 14 pacientes cada una, seguidos de iatrogenia con 8. La localización de la perforación fue torácica en 30 pacientes, 4 en esófago cervical y 4 abdominal. El diagnóstico fue realizado en menos de 24 horas en 15 pacientes.

En relación al tratamiento se realizaron 42 procedimientos entre los cuales destacan esofagectomía, drenaje mediastínico y pleural, reparación primaria más parche, sutura esófagostoma cervical, observación y cervicotomía.

La morbilidad asociada que presentó nuestra serie fue de 20% y la mortalidad de un 25%, presentando la totalidad una evolución mayor de 24 horas antes de la intervención.

Conclusiones: Las principales causas de perforación fueron cuerpo extraño y síndrome de Boerhaave. Hecho que difiere de lo presentado en la literatura.

La mortalidad de esta serie, es similar a mortalidad publicada en referencias existentes. No encontramos mortalidad en el grupo de pacientes de menos de 24 horas de evolución.

TUMOR NEUROENDOCRINO DEL PÁNCREAS: REPORTE DE UN CASO

Drs. J. Galindo¹, R. Humeres², M. Guevara², E. Saffie², H. Ríos³

Servicio de Cirugía, Hospital Militar de Santiago. Facultad de Medicina Universidad de los Andes.

1. Becado Cirugía, Universidad de los Andes. 2. Equipo Hepatobiliopancreático, Hospital Militar de Santiago. 3. Jefe del Servicio de Cirugía, Hospital Militar de Santiago.

Introducción: Los tumores neuroendocrinos del páncreas son neoplasias poco frecuentes, que dan cuenta de menos del 5% de todas las neoplasias pancreáticas primarias. Es importante distinguirlas de otros tumores pancreáticos, debido a su potencial mejor pronóstico.

Reporte de caso: Paciente de sexo femenino de 62 años, con antecedente de hipertensión arterial en tratamiento. A raíz de estudio por cuadros de dolor abdominal y diarrea a repetición se efectúa ecografía abdominal, que muestra una lesión quística de la cabeza del páncreas, además de coledolitiasis. Estudio se complementa con Tomografía de abdomen, Colangiografía y Endosonografía, que muestran lesión solidoquística, de aproximadamente 2.5 cm, sugerente de cistoadenocarcinoma, sin presencia de metástasis. Es operada el día 24 de marzo de 2008,

realizándose pancreatoduodenectomía con preservación del píloro. Paciente evoluciona de forma favorable; con realimentación progresiva por sonda nasoyeyunal al sexto día postoperatorio, luego por vía oral al duodécimo día debido a retención gástrica. Es dada de alta al decimonoveno día postoperatorio, en buenas condiciones generales. En controles ambulatorios hasta las 12 semanas post alta se evidencia buen estado general. El análisis anatomopatológico de la lesión muestra tumor neuroendocrino bien diferenciado, de 2.3x2x2 cm, 0-1 mitosis por 10 campos, con márgenes quirúrgicos libres. Análisis inmunohistoquímico (+) para Sinaptofisina, Enolasa Neuroespecífica, Cromogranina A y Ki67 en células neoplásicas, con lo que se establece el diagnóstico de Tumor Neuroendocrino bien diferenciado de bajo grado.

Discusión: Los tumores neuroendocrinos del páncreas son neoplasias inhabituales, cuyo diagnóstico final depende del estudio inmunohistoquímico. La cirugía se presenta como una buena opción de tratamiento, con buenos resultados sobre todo si no hay presencia de enfermedad diseminada, como en el caso presentado.

CASO CLINICO: CIERRE DE FÍSTULA GÁSTRICA POST GASTRECTOMÍA SUBTOTAL ONCOLÓGICA, SIN CIRUGÍA DESPUÉS DE 6 SEMANAS.

Drs. Ernesto Chacón G., Ramón Farías M. Servicio de Cirugía, Hospital Las Higueras de Talcahuano. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción

Resumen: Se presenta caso de paciente M.O.A. de 64 años, con antecedentes de Hipertensión Arterial y baja de peso importante en los 6 meses previos a su ingreso con el diagnóstico demostrado por biopsia de Adenocarcinoma Gástrico Antral. Ingreso el 18 de marzo de 2008, siendo operado, realizándose una Gastrectomía Subtotal con una gastroyeyunoanastomosis en Y de Roux. Presentó un postoperatorio tórpido con peritonitis secundaria a los 9 días de la intervención por fistula gástrica quedando laparostomizado, realizándose 3 aseos, tras el último se cierra la pared abdominal dejando drenaje para conducir la fistula que no fue resuelta. Fue sometido a tratamiento médico por 64 días (9 semanas) a base de Régimen cero por boca, Nutrición Parenteral Total, Antibióticos de amplio espectro por cuadro séptico secundario tanto abdominal como pulmonar, consiguiendo la estabilización metabólica del paciente pero sin lograr conseguir el cierre de la fistula, que mantuvo débitos altos de promedio 300 cc en 24 horas (250 a 700 cc), flujo que no se modificó con el uso de Somatostatina. El paciente fue sometido a TAC de Abdomen de control evidenciándose la fistula con trayecto fibroso, bien delimitado en relación al remanente gástrico en curvatura menor sin compromiso de la anastomosis. Debido a que varios cambios de la sonda de drenaje se habían realizado y demostrando un trayecto fistuloso por imágenes se decide cirugía del paciente para solucionar el problema de la fistula. Como intento de evitar la cirugía debido al riesgo de infección, nuevas dehiscencia y muerte del paciente, ya que tiene de base un cuadro cancerígeno tratado en forma paliativa y su labilidad inmunológica se fuerza el cierre de esta, ya que el trayecto es largo y está bien delimitado, se procede a retiro de drenaje cuando este mantenía flujo de 350 cc de claro contenido

gastrointestinal. La fistula colapso y ceso de eliminar flujo gastrointestinal. Al tercer día se realiza tránsito intestinal alto que demuestra el cierre completo de la fistula. El paciente se realimentó en forma paulatina y al cabo de una semana es dado de alta en condiciones aceptables para su patología de base. A la fecha de realización de este resumen el paciente esta vivo en control ambulatorio en cuidados paliativos debido al dolor pero con ingesta por boca adecuada sin manifestaciones ni de fistula u obstrucción intestinal. Se presenta este caso ya que en la literatura el cierre de fistula gástrica en paciente oncológico que no sea por cirugía después de 4 a 6 semanas es una rareza, ya que estas condiciones no solo implican una alta morbilidad y no despreciable aumento de la mortalidad, sino cirugías muy complejas en su realización.

IMPACTO DEL PLAN GES EN CÁNCER GÁSTRICO A DOS AÑOS DE SU PUESTA EN MARCHA. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL PADRE HURTADO.

Drs. G. Wiedmaier , C. Cavalla, E. Rivas, P. Salinas, C. Aguayo, I Turu , D. Corthorn, C. Ospina, F. Bustos. Servicio de Cirugía Hospital Padre Hurtado Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad de Desarrollo.

Introducción: Desde julio del año 2006 el Cáncer Gástrico está cubierto por el programa de garantías explícitas en salud G.E.S. Esto ha llevado a los servicios a priorizar estos pacientes y cumplir los plazos legales señalados en la normativa. También ha traído consigo financiamiento y recursos técnicos que antes no estaban cubiertos. En Julio del 2008 se cumplen 2 años de su puesta en marcha. El objetivo de este trabajo es analizar si este programa ha tenido impacto real en nuestro Hospital.

Métodos: El GES en cáncer gástrico se inició el 1 de Julio del 2006. Se dividió el periodo de estudio en: dos años previos a su puesta en marcha, del 1 julio 2004 al 30 Junio 2006, llamado pre GES y dos años posteriores, del 1 julio 2006 al 30 Jun:o 2008, llamado post GES. Se revisan número de endoscopias efectuadas , número de pacientes con cáncer gástrico. Se analizaron variables demográficas, endoscopias efectuadas, tipo de tumor, número de pacientes operados, número resecados, tipo cirugía, tiempo entre diagnóstico y cirugía, uso de suturas mecánicas y estadios. Se analizan datos con software estadístico.

Resultados: En el periodo pre GES (2004 a 2006) se hicieron 5045 endoscopias y en el periodo post GES (2006 al 2008) fueron 4530. Hubo 134 pacientes con cáncer gástrico en el pre GES y 120 en el post GES. La edad promedio 65 años vs. 67 años, de sexo masculino el 66 % en ambos periodos. En el pre GES hubo un 6,7% de incipientes vs. 1,7 % en post GES. Tiempo entre diagnóstico y cirugía 19 días pre GES vs. 17 post GES. En el pre GES de 134 pacientes se operó el 55 % Y se resecó el 68 % de ellos. En el post GES de los 120, se operó el 51 % Y se resecó el 82 %. De las gastrectomías en pre GES el 54 % fueron totales y en el post GES el 66 %. De las totales se utilizó sutura mecánica en el 70 % pre GES v-s 90 % en el post GES. En ambos periodos el estadio mas frecuente fue el IV.

Conclusiones: A pesar de tener un alto nivel de cumplimiento en el programa GES en Cáncer Gástrico, no

significó un impacto importante en nuestro Hospital. Hubo menos endoscopias y cánceres diagnosticados, disminuyendo incluso la proporción de incipientes. El tiempo de espera quirúrgico no se acortó en forma significativa. A pesar de una mejor resectibilidad los estadios de la enfermedad no variaron. Hubo mayor disponibilidad de suturas mecánicas. Podría ser sólo una condición local pero pensamos que los distintos Servicios deben evaluar este programa y así tener opiniones objetivas sobre su funcionamiento real.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL: EXPERIENCIA DE LA IV REGIÓN

Drs. Beltrán M¹, Vicencio A.², Barra M.³, Cruces K.¹, Contreras. W., Wilson S⁴

1. Hospital de La Serena, 2. Hospital de Ovalle, 3. Hospital de Coquimbo, 4. Universidad Católica del Norte

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) fueron definidos como tales el año 1983 y se caracterizan por un patrón histológico e inmunohistoquímico específico. El año 2000 se introdujo el mesilato de imatinib como terapia específica en GIST localizados, avanzados y metastáticos. Sin embargo el tratamiento principal continúa siendo quirúrgico. El manejo apropiado de los GIST es controversial y a pesar de que se han publicado varios consensos, continúa siendo una entidad misteriosa para muchos de nosotros. El objetivo de este estudio fue el de revisar la experiencia con el tratamiento quirúrgico y posterior manejo en los hospitales de la IV Región.

Pacientes y Métodos: La IV Región tiene una población de 590.000 habitantes, la mayor parte concentrados en 3 ciudades: La Serena, Coquimbo y Ovalle, donde se encuentran hospitales tipo 2 que constituyen los centros de derivación. Se revisaron todas las fichas clínicas de pacientes operados en estos hospitales con el diagnóstico de GIST confirmado mediante inmunohistoquímica. El presente estudio constituye una revisión descriptiva retrospectiva de una serie de casos consecutivos seleccionada. Los resultados se analizaron mediante estadística descriptiva.

Resultados. De un total de 21 GIST, 11 corresponden al Hospital de La Serena, 7 al Hospital de Ovalle y 3 al Hospital de Coquimbo. La mayoría fueron pacientes femeninos. Los síntomas referidos con mayor frecuencia fueron dolor abdominal difuso, náusea, vómito y distensión abdominal. Se estudiaron con ecografía y tomografía abdominal, endoscopia alta y colonoscopia. La mayoría de las cirugías fueron de urgencia con criterio curativo, requiriéndose cirugías agresivas en 3 casos y paliativas en otros 4. Fallecieron 3 pacientes (14,3%) durante los primeros meses después de la cirugía y otros 3 son portadores de metástasis. Seis pacientes fueron derivados a tratamiento con imatinib, solo 1 paciente se encuentra actualmente con la terapia gracias a un ensayo clínico internacional.

Conclusión: Los GIST son tumores raros que se diagnostican habitualmente durante la cirugía la cual fue de urgencia en la mayoría de los casos. Las indicaciones de tratamiento con imatinib no están definidas o no son claras para la mayoría de los cirujanos y el acceso a esta costosa terapia está restringido principalmente a ensayos clínicos poco difundidos.

ANGIOPERICITOMA MAMARIO; REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Drs. JT. Gantz, S. Buhler, H. Rojas, A. Donoso, M. Schiller, G. Wiedmaier, Ints. A. Cavagnaro, J.L. Riquelme.

Servicio de Cirugía Hospital Padre Alberto Hurtado

Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo

Introducción: El Angiopericitoma corresponde a una forma rara de tumor de los tejidos blandos, originado de los pericitos vasculares, con diferente potencial de malignidad. Desde 1960, año en que se reportó el primer caso de Angiopericitoma, existe escasa información en la literatura al respecto. Los principales sitios de presentación de este tipo de tumor son extremidades inferiores, retroperitoneo y pelvis; siendo la mama un lugar aún más infrecuente de presentación.

Objetivo: Reportar caso y tratamiento de Angiopericitoma de ubicación poco frecuente, como es la mama.

Caso Reporte: Paciente de 57 años, sexo femenino, que consulta por aumento de volumen mamario izquierdo, de dos años de evolución. Al examen físico destaca tumor en los cuadrantes superior e inferior externo de la mama izquierda de 12 cm, circular, de consistencia elástica, con circulación colateral. Mamografía de mama izquierda con 2 masas redondeadas, densas homogéneamente de 25 y 90 mm respectivamente, de bordes lisos y venas trombosadas. Catorce días después de la primera consulta la biopsia core muestra proliferación fusocelular, de carácter maligno, con componente vascular. Se informa como probable angiosarcoma. Estudio de diseminación negativo. Se realiza mastectomía total con biopsia contemporánea compatible con angiosarcoma. Biopsia diferida muestra lesión nodular compatible con un Angiopericitoma. La Inmunohistoquímica presenta Citoqueratina y vimentina negativa en células neoplásicas; CD34 positivo focalmente en células neoplásicas. A cinco años de su intervención quirúrgica la paciente se encuentra en buenas condiciones generales, sin evidencias de enfermedad ni local ni sistémica.

ADENOCARCINOMA PRIMARIO DE PARED ABDOMINAL

Drs. A. Ortiz, F. Illanes, F. Gabler.

Servicio y Departamentos de Cirugía y Anatomía Patológica, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Introducción: La pared abdominal es localización poco habitual de neoplasias malignas, ya sea primarias (sarcomas, linfomas, etc) o metastásicas (60% adenocarcinoma, 35% adenocarcinoma pobremente diferenciado). El hallazgo de adenocarcinoma obliga a descartar el origen metastático de esta lesión.

Objetivo: Presentar un caso de adenocarcinoma primario de la pared abdominal bien documentado.

Historia: Paciente de sexo femenino de 44 años. Con antecedente de tabaquismo crónico. Multípara de 1 por cesárea 1983. Presenta 1 año de evolución de aumento de volumen hipogástrico, progresivo, doloroso, baja de peso de 4 Kg en 4 meses. Al examen destaca masa sensible de 15 cm en hipogastrio parcialmente móvil. TAC abdomen: masa mixta predominantemente quística de 10x8x15 cm en pared abdominal anterior a nivel de los

músculos rectos abdominales. Se realiza resección oncológica de tumor de pared abdominal de 30x40 cm, exploración intraabdominal sin evidencia de neoplasia. Reparación de pared con malla de polipropileno. Biopsia diferida: Adenocarcinoma de alto grado papilar con compromiso de tejido muscular estriado y adiposo. Bordes quirúrgicos negativos. Cicatriz dérmica sin otras alteraciones.

Estudio exhaustivo en busca de tumor primario que incluyó Cistoscopia, Radiografía de tórax, Ecografía cervical, mamografía, ecografía transvaginal, Endoscopia digestiva alta, Colonoscopia, fibrobroncoscopia con lavado bronquioalveolar, todos negativos para neoplasia. CA 125: 23,6 (VR <35), TAC de abdomen control (3 meses postoperatorio): sin evidencia de neoplasia.

Por induración de tercio medio antero interno de muslo derecho, TAC muslo: Lipoma de 13x4mm, TAC de Tórax: Nódulo pulmonar izquierdo, de 8mm segmento apical de LI, Linfonodos mediastínicos < 18 mm.

Paciente actualmente en buenas condiciones generales, desarrollando actividad laboral normal, con un seguimiento 12 meses, y luego de completo estudio de búsqueda de neoplasia oculta sin resultados positivos y sin evidencia de metástasis. Permite plantear el diagnóstico excepcional de Adenocarcinoma primario de pared abdominal.

Conclusión: El adenocarcinoma primario, puede ser considerado como diagnóstico diferencial en tumores de la pared abdominal.

ABDOMINOPLASTÍA, LECCIONES APRENDIDAS EN 222 CASOS CONSECUTIVOS

Dres. C. Vallejos O., C. Loyola R.

Servicio Cirugía. Hospital Regional de Coyhaique

La abdominoplastia es una de las técnicas de mayor frecuencia realizadas dentro del ámbito de la cirugía estética del contorno abdominal. La región de Aysén no esta ajena a esta realidad. El Servicio de Cirugía del Hospital Regional Coyhaique inició una experiencia con esta técnica en el año 1999, a Mayo del 2008 da cuenta de 222 pacientes intervenidos. Se comunica la experiencia y destacan los cambios que la curva de aprendizaje determina en cada tiempo quirúrgico de la técnica. Estudio descriptivo longitudinal de los 222 casos de abdominoplastia. Los datos se obtuvieron de las fichas clínicas y protocolos operatorios. Se realizó la técnica clásica con variaciones que la experiencia fue determinando. Todos los pacientes fueron intervenidos por el autor principal. El 86.9 % pertenecía a nuestra ciudad, rurales 10.9% y 2.3 % de otra región. Beneficiarios del sistema público 169 casos (76,2 %); sexo femenino 98.7%, (93.3 % con paridad), rango de edad 18 a 74 años, media 40,6 años. Motivo de consulta: presencia de abdomen péndulo exclusivo 93 casos (41.9%); asociado a cicatrices quirúrgicas 129 (58.1%). Intervenidos bajo anestesia general 133 casos (60.2%); mixta 45 (20.4 %) y peridural exclusiva 43 (19.5%). En 193(86,9%), se realizó incisión horizontal exclusiva; 228(12.6%) mixta (vertical mas horizontal), de estos en 4 incisión circunferencial. 42 pacientes (18.9%) presentaban otra patología quirúrgica que fue necesario resolver en el mismo acto quirúrgico, en 17 se agregó otra cirugía plástica, se sumó lipoaspiración en 42 casos. El tiempo quirúrgico varió de 75 a 360 minutos con una media de 157 minutos.

En el 86.9% de los casos los días de hospitalización fueron < 72 horas. Previo al alta hubo 6 complicaciones: hemorragia en 2, infección 3, médica 2. Posterior al alta se complicaron 24 pacientes (10.9%): seroma 12; necrosis parcial en línea de sutura 8, se reintervinieron 4. Al mes post operatorio 99.1 % de los pacientes se encontraba conforme o muy conforme con su resultado. No se puede determinar la cantidad de casos que se deben acumular para alcanzar la total satisfacción del binomio paciente cirujano. El grado de satisfacción en esta serie es alto pero será necesario en el futuro realizar estudios de investigación evaluativos para medir los verdaderos beneficios que estamos brindando en términos de calidad de vida a nuestros pacientes de la región de Aysén sometidos a estas cirugías.

PROLAPSO RECTAL. ESTUDIO RETROSPECTIVO DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Dres. F.Gática, J. Salamanca, R.Villalon, G. Urrejola, R. Azolas;* L.Fuschini

Equipo de Coloproctología Hospital Barros Luco Trudeau

*Becérlío de cirugía, Universidad de Chile.

Introducción: El prolapso rectal ha sido objeto de innumerables artículos analizando los distintos aspectos anatómicos y fisiopatológicos y así escoger cual es el mejor tratamiento quirúrgico. De acuerdo a las condiciones clínicas del paciente, actualmente se ha preferido la técnica de fijación del recto por vía abdominal.

Objetivos: Estudiar retrospectivamente los pacientes portadores de prolapso rectal, sus síntomas acompañantes y principalmente las técnicas quirúrgicas utilizadas.

Material y Método: durante el periodo de Enero del 2000 hasta Diciembre del 2004 se incluyeron a todos los pacientes operados en el servicio de cirugía del Hospital Barros Luco Trudeau. Se realizó un seguimiento por el autor hasta Mayo del 2008.

Resultados: 24 pacientes participaron en este estudio, con un promedio de edad de 68 años, variando de los 55 a 83 años 71 % fueron de sexo femenino y un 29% masculino. Los principales síntomas fueron sangrado rectal en un 79% de los pacientes, incontinencia en un 50% y constipación 40%. La sacropromontofijacion con malla fue realizada en el 95% de los pacientes, de los cuales el 60% fueron operados por un solo cirujano. Un solo paciente se le realizo una técnica resectiva. Dos pacientes presentaron complicaciones post-operatorias, uno presento un hemoperitoneo y otro una recidiva precoz. No hubo mortalidad operatoria. El seguimiento fue de 52 a 89 meses alcanzando el 87.5% del total de pacientes, no encontrando recidiva.

Conclusion: La técnica de Ripstein es una técnica de baja morbilidad y recidiva.

TESTE DE SANGUE OCULTO E RETOSSIGMOIDOSCOPIA EM PACIENTES ASSINTOMÁTICOS TICOS A PARTIR DOS 50 ANOS.

M.J. Jucá & P.R. Assunção.

Disciplina de Coloproctologia, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas - Brasil.

Introdução - O câncer colorretal (CCR) representa

no Brasil o cuarto lugar de incidência para homens e o terceiro para mulheres (INCA 2008). Muitos avanços técnicocientíficos aconteceram, mas estes pacientes continuam no momento do diagnóstico com lesões em estádios avançados.

Objetivo - O objetivo avalia a factibilidade e a eficácia do teste de sangue oculto nas fezes (TSOF) e da retossigmoidoscopia flexível (RSS), como ferramentas utilizadas no rastreamento do CCR, em pacientes assintomáticos, a partir dos 50 anos de idade. O estudo é transversal, prospectivo e apresenta uma amostra de 102 indivíduos.

Material e Métodos - O TSOF utilizado foi o guáiaço, método FECACULT®, colhido de uma evacuação completa. Quando positivos foram encaminhados a colonoscopia. Todos os indivíduos se submeteram a RSS flexível.

Resultados - Dos 102 indivíduos, 42 (41%) pertencem ao sexo masculino. O TSOF apresentou 10 (9,8%) casos positivos e (90,2%) casos negativos. O TSOF foi eficaz em 2,9% e apresentou resultado falso-positivo em 6,9%. O resultado da associação do TSOF com a RSS flexível mostrou que 70% dos pólipos neoplásicos não apresentaram sangramento. Sua sensibilidade foi 30% considerada baixa o odds ratio com valor 5,20. A especificidade foi 92,40%. A RSS flexível detectou 15 pólipos, entre os quais, após estudo histopatológico, 10 foram neoplásicos, sendo 09 pólipos adenomatosos (60%) e 01 malignizado (6,7%) (IC 95%: 0,20%-31,90%) e 05 pólipos não neoplásicos (33,3%), estes pólipos neoplásicos estavam presentes em 60% dos indivíduos acima dos 60 anos de idade. Entre os pólipos adenomatosos, houve predomínio do tipo tubular (53,33%). Entre os 102 indivíduos, a RSS flexível detectou 09 pólipos adenomatosos (8,82%) e 01 (0,98%) pólipos malignizados.

Conclusão - Conclui-se que as ferramentas TSOF e a RSS flexível são procedimentos factíveis e sua eficiência é demonstrada na detecção de pólipos neoplásicos, com a associação de testes simples e de baixo custo.

DIVERTICULOSIS DE CIEGO COMPLICADA, QUE SIMULA APENDICITIS AGUDA: CASO CLÍNICO

Drs. M. Lillo¹ M. Arancibia² L. Aguilera¹ G. Hurtado³ R. Matamala¹ M. Alban¹ A. Castillo³ E. Chacon²

¹Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile-José Joaquín Aguirre.

²Facultad de Ciencias Médicas-Escuela de Medicina, Universidad de Santiago de Chile

³Servicio de Urgencias, Hospital San José, Servicio de Salud Metropolitano Norte.

Introducción: El divertículo cecal corresponde a una entidad clínica benigna de baja prevalencia. Descrita con mayor frecuencia en población asiática. Generalmente es diagnosticada en el contexto de un hallazgo, intra operatorio ó por imágenes. Se presenta asintomático, hasta cuando desarrolla una complicación. Se presenta el caso de un paciente de 17 años, sexo masculino, que consulta por dolor abdominal refractario a manejo analgésico habitual; en el que se diagnostica intraoperatoriamente un divertículo cecal complicado, resolviéndose mediante resección quirúrgica, rafia primaria

y apendicetomía.

Material y Método: Se revisan antecedentes clínicos. Revisión de literatura científica con términos Mesh en base de datos PUBMED, LILACS, COCHRANE. Entre 1998 y 2008.

Resultados: El paciente es intervenido quirúrgicamente; incisión de Mc Burney, observándose a nivel de ciego una masa indurada de 2 cm. de diámetro; características macroscópicas correspondientes a un divertículo cecal, con signos de isquemia en su pared, no perforado; Se realizó resección y reparación primaria con material reabsorbible dos planos .. Posteriormente se visualiza apéndice cecal en posición retroileal parcialmente subseroso de características hiperémico en su pared y claros signos de inflamación peri apendicular, confirmado por anatomía patológica. Se realizó apendicetomía tradicional e instalación de drenaje tubular.

Discusión: El dolor abdominal es un motivo de consulta habitual, en los servicios de urgencia. La Apendicitis Aguda corresponde al cuadro más común de dolor abdominal quirúrgico. La Enfermedad Diverticular de Colon, tiene una alta prevalencia y sus complicaciones representan un motivo común de consulta. La diverticulosis cecal, corresponde a una entidad poco frecuente, que se manifiesta clínicamente, cuando desarrolla una complicación. La prevalencia descrita corresponde a 14%, y para divertículo único es de 0,8%. La comunicación de un caso clínico de esta naturaleza colabora con ampliar la experiencia en el manejo de esta patología.

NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO ASOCIADO A ACTIVIDAD FÍSICA INTENSA, REPORTE DE UN CASO

Int. C. Derosas, Al. P. González, Drs. M. Chang, R. Zuleta Universidad de Santiago de Chile, Servicio de Cirugía Hospital San José

El neumomediastino espontáneo (NE) es un trastorno benigno poco común que ocurre usualmente en hombres jóvenes sin un aparente factor precipitante o enfermedad. Se presenta el caso de un paciente varón de 17 años, sin antecedentes mórbidos, que ingresa al servicio de urgencias, consultando por dolor precordial opresivo que aumenta al tragar y aumento de volumen cervical (A VC) derecho, refiere que esto ocurrió luego de realizar una intensa clase de educación física, negando traumatismo, vómitos, tos, enfermedad o cirugía reciente. Al examen físico se presenta tranquilo cooperador, hidratado, afebril, frecuencia cardíaca 63 por minuto, presión arterial 96/52, oximetría de pulso 98% (ambiental), se constata evidente A VC derecho palpándose enfisema subcutáneo, examen pulmonar normal, tonos cardíacos normales. Diagnosticándose observación de neumotórax espontáneo, se solicita una radiografía de tórax, la que no muestra signos de neumotórax, por lo que se le realiza una tomografía axial computada (TAC) de tórax, que muestra neumomediastino, con extensión desde la unión cráneo-cervical derecha y hasta la unión gastroesofágica, sin otros elementos patológicos. Se ingresa con el diagnóstico de NE. Indicándose régimen cero, analgesia intravenosa y oxigenoterapia. Se solicitan otros exámenes: perfil bioquímico y perfil hematológico, Electrocardiograma, fibrobroncoscopia y endoscopia digestiva alta, todos estos normales. Se comienza realimentación a las 48 horas, y se da de alta a los 6 días

con evolución favorable. Se controla al mes con TAC de tórax de control, el que muestra remisión del cuadro. El NE es de difícil diagnóstico, siempre de exclusión, donde el manejo conservador y la observación son fundamentales.

TUBERCULOSIS ILEOCOLÓNICA SIMULANDO CARCINOMA DE COLON DERECHO

Drs. F.Gatica, J. Salamanca, R.Villalon, G.Urrejola, R. Azolas.

Equipo de Coloproctología. Hospital Barros Luco- Trudeau

En los últimos años la tuberculosis intestinal volvió a preocupar a la comunidad medica por presentar un expresivo recrudescimiento. Países desarrollados atraen a un numero de inmigrantes donde la tuberculosis es prevalente, así como también el aumento de pacientes inmunodeprimidos. En Chile, esta enfermedad esta asociada generalmente a la presencia de lesiones pulmonares activas o cicatrizadas, En este caso no es infrecuente que se confunda con algun proceso neoplásico o alguna enfermedad inflamatoria intestinal, que dificulta mucho la terapia que debe ser tomada. Presentamos el caso de una paciente de 75 años que consulta por un cuadro de un año de evolución caracterizado por dolor abdominal localizado en fosa iliaca derecha, asociado a cambio de hábito intestinal y baja de peso de 10 kg en los últimos 3 meses. Estudio endoscópico muestra compromiso de válvula ileocecal por lesión exofítica de consistencia aumentada, que además compromete hacia proximal ciego y colon ascendente. En esta misma zona se observan múltiples lesiones aftoides. Tomografía computarizada de abdomen y pelvis muestra linfadenopatías retrocraurales e intrabdominales múltiples, engrosamiento parietal concéntrico del ciego con compromiso de la grasa pericecal. Radiografía de tórax que muestra imagen postquirúrgica de empiema pleural en el lado izquierdo. Examen histopatológico de íleon muestra erosiones superficiales de mucosa, en submucosa se observan grandes granulomas constituidos por histiocitos epiteloideos con algunas células gigantes de Langhans, uno de ellos con necrosis de caseificación central. Muestra de colon con similares lesiones que íleon. La tinción de Ziehl Neelsen intensamente positiva en bacilos ácido alcohol resistente. Se trató según esquema habitual observando a los seis meses remisión completa de los hallazgos colonoscópicos y de imágenes observados, siendo dado de alta en buenas condiciones.

BYPASS GASTRICO EN MODELOS EXPERIMENTAL PORCINO

Dra D. Villao, Drs. J. Bravo, JE. Contreras, A. Maldonado, A. Readí, C. Carvajal. Int. J Nuñez Hospital del Salvador. Unidad de Cirugía Laparoscópica Avanzada y Bariátrica Departamento de Cirugía - Sede Oriente. Universidad de Chile.

Resumen: La enseñanza de la técnica quirúrgica del bypass gástrico laparoscópico por medio de la realización de ésta en cerdos en el laboratorio de Cirugía experimental. Se realiza la técnica paso a paso igual que se realizará posteriormente en humanos.

CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL: SERIE DE CASOS CLÍNICOS Y RECOMENDACIONES PARA UN MANEJO ADECUADO.

Hospital Clínico Universidad de Chile.

Drs. Catalina Valenzuela⁽⁰⁾; Benjamín Naranjo⁽¹⁾; José Lassen⁽¹⁾; Patricio Cabané⁽¹⁾; Rubén Miranda⁽²⁾; Laura Carreño⁽²⁾.

(1) Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile.

(2) Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universidad de Chile.

El Carcinoma de Células de Merkel (CCM) es una neoplasia maligna cutánea muy infrecuente y clínicamente heterogénea, que suele confundirse con múltiples patologías benignas, siendo muchas veces resecaada sin criterios oncológicos. No existe consenso en el manejo, pero sí en su carácter multidisciplinario, asociando cirugía y quimiorradioterapia. La transición demográfica hacia una población con mayor esperanza de vida, favorece el aumento de muchos tipos de cáncer, y se ha visto que la incidencia mundial del CCM se triplicó en los últimos 20 años.

Objetivos: Caracterizar los casos de CCM ocurridos en el Hospital Clínico Universidad de Chile (HCUCH) en los últimos 13 años y adoptar recomendaciones basadas en la evidencia para un manejo multidisciplinario de futuros casos. Metodología: Revisión de biopsias entre enero 1995 y julio 2008, selección de aquellas con diagnóstico de CCM y revisión de fichas clínicas correspondientes, analizando: presentación clínica, estudio diagnóstico, tratamiento y resultados.

Resultados: (n = 6). La incidencia de la serie aumenta bruscamente al final del periodo, ocurriendo 4 casos en los últimos tres años. Predominio femenino (4/6) y del grupo etáreo > 60 años (6/6). La ubicación más frecuente fue cabeza y cuello (4/6) Y al momento del diagnóstico 5 pacientes se encontraban en etapa 1 o 11. En 1 caso se sospechó malignidad en el preoperatorio y se confirmó durante la cirugía, pero la resección fue R2. En 2 casos se indicó radioterapia adyuvante. Tres han fallecido, pero uno solo a causa de la enfermedad, que además fue el único en Etapa III al momento de la cirugía. Dos de los casos que aún viven tienen un seguimiento promedio de 35 meses.

Conclusión: Nuestra serie presenta características similares a las series extranjeras, difiriendo principalmente en el enfoque terapéutico. La toma de decisiones en el CCM debe realizarla un comité oncológico que reúna dermatólogos, cirujanos y oncólogos, según la evidencia disponible y las particularidades de cada caso.

ANTRACOSIS INTESTINAL: REPORTE DE UN CASO

Drs. R. Abularach, C. Cerda, F. Uribe, E. Parrado, Ints. E. Vargas, M Vega (Hospital Barros Luco Trudeau)

Introducción: La antracosis es la pigmentación negra de los tejidos por depósito de polvo de carbón. Su localización habitual, por lejos, es pulmonar y puede generar pneumoconiosis. Es posible encontrar algunos reportes excepcionales de localizaciones extrapulmonares, fundamentalmente a nivel hepático y esplénico. El objetivo de este artículo es reportar un caso de antracosis intestinal y revisión de la literatura existente.

Material y Método: Revisión de ficha clínica y

búsqueda bibliográfica.

Resultados: Paciente femenino de 51 años con antecedentes de síndrome del intestino irritable, ectasias venosas yeyunales y colelitiasis. Ingresó al servicio de cirugía por cuadro de abdomen agudo quirúrgico atribuible a patología biliar litiasica. Se realiza laparotomía exploradora encontrando múltiples infiltraciones negruzcas, de bordes irregulares en epiploon mayor, segmento de yeyuno de 15 cms. de extensión, linfonodos mesentéricos e intercavo-aórticos. Se realiza omentectomía mayor parcial y biopsia excisional de dos ganglios mesentéricos difiriéndose colecistectomía. La biopsia informó epiploitis crónica hemorrágica y antracosis ganglionar. Por lo anterior, se investiga historia de exposición al polvo de carbón sin encontrar datos de importancia.

Discusión: Existen sólo algunos reportes de antracosis extrapulmonar. La etiología de la antracosis extrapulmonar no es comprendida del todo, más aun considerando la presencia ocasional de este fenómeno en pacientes sin antecedentes de exposición clara al polvo de carbón. Probablemente está relacionada con una diseminación hematogena o linfática de las partículas de carbón. No existe evidencia de un rol patológico, pero es necesario realizar estudios más completos para clarificarlo. El principal diagnóstico diferencial a considerar es el melanoma intestinal y el estudio patológico permite su diferenciación.

MESOTELIOMA POLIQUISTICO PERITONEAL MULTIPLE REPORTE DE UN CASO TRAS CIRUGÍA LAPAROSCOPICA

Drs. R. Duran, E. Garcia, R. Campos, G. Marisio, D. Kraunik
Servicio de Cirugía Hospital Clínico Regional de Concepción (HCRC) «Dr. Guillermo Grant Benavente».

Se presenta el caso de una paciente Colecistectomizada en Julio 2001 por cirugía video laparoscópica. Desde comienzos de marzo 2002 inicia cuadro insidioso de aumento de volumen abdominal, ingresando a este hospital para estudio de síndrome ascítico. Estudio de laboratorio dentro de límites normales destacando solo deterioro terminal de la función renal. Ecografía evidencia abundante liquido abdominal libre, tabicado en fondo saco Douglas. Resultado paracentesis informa liquido inflamatorio con fibrina y abundantes polimorfo nucleares sin atipias ni células neoplásicas. Se da alta para completar su estudio en forma ambulatoria reingresando 20 días después por cuadro compatible con Peritonitis Bacteriana Espontánea caracterizado por distensión y dolor abdominal, acompañado de fiebre con Hemograma con leucocitosis con desviación izquierda y paracentesis con abundantes polimorfonucleares. Inicia tratamiento antibiótico con Acanrex con favorable respuesta. Nuevo control ecográfico de fines de abril 2002 informa ascitis tabicada con imagen sugerente de quiste ovárico. Tomografía abdominal informa formación poliquística-abdomino pelviana de origen indeterminado, ovárico?

Finalmente ingresa servicio de cirugía para estudio y resolución de lesión poliquística abdominal. Se toma la conducta de cirugía laparoscópica exploratoria. La que se realiza finalmente el día 02 de octubre encontrándose múltiples quistes intra peritoneales, imposibles de resear por esa vía, decidiendo convertir a

cirugía abierta para lograr una resección radical de estos, encontrándose además compromiso de quistes en retroperitoneo, destacando el quiste de mayor tamaño extraído de 15 x 20 cm., comprometiendo todos estos peritoneo visceral hasta la serosa del intestino delgado y colon sigmoidees, todas de contenido seroso claro.

Estudio mediante biopsia rápida informa quistes mesoteliales aspecto benigno. Biopsia lenta confirma tal diagnóstico.

Presentamos nuestro caso junto con una revisión de la literatura internacional de esta rara afección que es catalogada como benigna pero que su comportamiento caracterizado por un alto grado de recidiva hacen muy difícil su tratamiento.

CASO CLÍNICO: MUJER DE 40 AÑOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN DESCONOCIDO.

Rolando González C. (1), Jorge León C (2), Fernanda Verdugo R. (3), Katalina Bertrán S. (3), Michael Schiller R. (1), Xavier De Aretxabala U. (2).

(1): Residente de Cirugía, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo.

(2): Departamento de Cirugía, Clínica Alemana de Santiago.

(3): Alumno de Medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo.

Introducción: El Divertículo de Meckel es la anomalía congénita mas frecuente del sistema gastrointestinal, con una frecuencia entre el 0,2 y 4% de la población. La mayoría son pacientes asintomáticos, pero entre el 4,2 y 16% presentan síntomas; generalmente correspondiendo a una población infantil masculina, con divertículos mayores de 2 cm., y con presencia de mucosa heterotópica.

Objetivos: Presentación de un caso de divertículo de Meckel que debutó como hemorragia digestiva, su estudio, tratamiento y revisión de la literatura.

Resultados: Mujer de 40 años que consulta al servicio de urgencia con historia de un mes de evolución con compromiso progresivo del estado general. Dos días previo al ingreso presenta melena. Al ingreso se encuentra deshidratada, taquicárdica y con mucosas pálidas. Estudio: hematocrito 23%, colonoscopia muestra sangre oscura de origen digestivo alto, TAC abdomen y pelvis mostró imagen polipoidea y coágulos en íleon. Exploración: Divertículo de Meckel complicado en íleon distal. Se realiza resección intestinal y entero entero anastomosis termino terminal. Biopsia confirma presencia de tejido heterotópico pancreático en Divertículo de Meckel. Buena evolución de la paciente.

Conclusiones: El método diagnóstico de elección en el divertículo sangrante es la Cintigrafía con 99 mTcperchnetato, el cual es captado por las células de la mucosa gástrica ectópica (sensibilidad 85% y especificidad 95%. El tratamiento del Divertículo de Meckel es aún motivo de estudios en el caso del paciente asintomático. Cuando se realiza de urgencia presenta más morbilidad y mortalidad que la diverticulectomía incidental (morbimortalidad 12% v/s 3%; complicaciones postoperatorias a largo plazo 7% v/s 2%, respectivamente). Se recomienda considerar la diverticulectomía profiláctica caso a caso dependiendo de la edad (menores de 50 años), sexo (masculino), tamaño (mayor a 2 cm.), presentación arípica, ASA y tipo de técnica disponible. El tratamiento para el Divertículo de Meckel sintomático debe ser quirúrgico.

Seccional: VIDEOS

PANCREATODUODENECTOMÍA TOTALMENTE LAPAROSCÓPICA

Drs. Nicolás Jarufe, Alex Escalona, Camilo Boza, Ricardo Funke, J. Francisco Guerra, Luis 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 pancreatoduodenectomía (Op de Whipple) es un procedimiento altamente complejo y que hasta hace pocos años se consideraba fuera de alcance laparoscópico. Hoy en día han aparecido series con resultados promisorios aunque aún de escaso número de pacientes. El presente video muestra una pancreatoduodenectomía con preservación de píloro, totalmente laparoscópica tanto la fase resectiva como la reconstructiva con pancreatogastro-anastomosis, hepático-yeyuno-anastomosis y duodeno-yeyuno-anastomosis. Es una paciente de 17 años de edad con historia de dolor abdominal y retención gástrica con estudio de imágenes compatible con lesión quística compleja de la cabeza del páncreas (6 cm), que comprime el duodeno. La cirugía duró 6 horas y la evolución postoperatoria fue sin complicaciones siendo dada de alta al 8vo día. La biopsia confirmó un tumor pseudopapilar de la cabeza del páncreas. A la fecha se han realizado 3 intervenciones similares en nuestro Centro.

Si bien la cirugía del páncreas es de alta complejidad, esta alternativa técnica podría tener beneficios en términos de recuperación post-operatoria y re-integro laboral, además de una notable diferencia estética. Sin embargo, sus resultados están aún en proceso de evaluación y en la medida que se realicen más casos y mejores trabajos comparativos, se obtendrá una respuesta más clara respecto a la utilidad o no de este tipo de intervención.

HEPATECTOMÍA IZQUIERDA LAPAROSCÓPICA (SEGMENTOS 2, 3, 4)

Drs. Nicolás Jarufe, Alex Escalona
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. Las resecciones hepáticas laparoscópicas han ido ganando terreno en la literatura, siendo posible hoy en día resecciones anatómicas de 3 ó más segmentos con resultados similares o aún mejores que la cirugía abierta.

El presente video muestra una resección completamente laparoscópica en una paciente de 57 años de edad con historia de dolor abdominal y alteración de pruebas

hepáticas. El estudio de imágenes demostró un tumor sólido en el lóbulo hepático izquierdo sugerente de colangiocarcinoma. Se realizó una hepatectomía izquierda anatómica que incluyó disección del pedículo con ligadura de vena porta y arteria hepática izquierda, además de sección de venas suprahepáticas izquierda y media. El parénquima fue seccionado con bisturí armónico más ligaduras y stapplers. La paciente no recibió transfusiones y fue dada de alta al 7mo día post-operatorio sin complicaciones.

La cirugía hepática puede ser realizada por vía totalmente laparoscópica, siguiendo los mismos principios de la cirugía tradicional y por lo tanto requiere de un equipo altamente entrenado en ambos campos.

HEMANGIOMA HEPÁTICO GIGANTE. RESECCIÓN TOTALMENTE LAPAROSCÓPICA

Drs. Nicolás Jarufe., Camilo Boza., Marcel Sanhueza., J. Francisco Guerra, Jorge Martínez
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. Las resecciones hepáticas laparoscópicas han ido ganando terreno en la literatura, siendo posible hoy en día resecciones anatómicas de 3 ó más segmentos con resultados similares o aún mejores que la cirugía abierta.

El presente video muestra la técnica empleada en una hepatectomía derecha anatómica para la resección de un hemangioma hepático de más de 10 cm en una mujer de 38 años con episodios repetidos de dolor abdominal en hipocondrio derecho. La resonancia hepática confirmó la presencia de un hemangioma de 15 cm en el lóbulo hepático derecho con signos de sangrado. Su evolución post-operatoria fue óptima con alta al 4 día sin complicaciones.

La cirugía hepática laparoscópica es de alta complejidad y requiere instrumental de avanzada y equipo altamente entrenado tanto en cirugía laparoscópica como hepática.

PERIQUISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA PARA HIDATIDOSIS HEPÁTICA

Drs. Nicolás Jarufe., Camilo Boza., Ricardo Funke, J. Francisco Guerra, Jorge Martínez
Departamento de Cirugía Digestiva. División de Cirugía.
Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

El desarrollo de la cirugía laparoscópica ha permitido incorporar esta tecnología al tratamiento quirúrgico de diversas patologías. El tratamiento quirúrgico

de la hidatidosis hepática requiere de grandes incisiones y movilización del hígado. La cirugía laparoscópica permite realizar el mismo tratamiento con técnica mínimamente invasiva y tomando similares precauciones que en cirugía abierta.

El presente video muestra una resección completa de un quiste hidatídico hepático gigante y sintomático; en una mujer de 32 años sin otras co-morbilidades. Test de Elisa (+) para hidatidosis. Recibió tratamiento con albendazol 2 semanas previas a su cirugía. Se realizó periquistectomía una vez tratado el quiste con inyección de solución salina hipertónica y aislamiento del campo con gases con la misma solución. Además es posible identificar pequeñas comunicaciones biliares tratadas con suturas intracorpóreas y clips. Su evolución post-operatoria fue óptima sin complicaciones y dada de alta al 3 día.

La periquistectomía laparoscópica es factible en cirujanos entrenados tanto en laparoscopia como en cirugía hepática. Se deben tomar las mismas precauciones que para la cirugía tradicional.

RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DEL PÁNCREAS CON CONSERVACIÓN DEL BAZO

Drs. X. de Aretxabala, J. Stambuck, F. Izquierdo, G. Mordojovich Hospital FACH

Se reporta mediante video, la experiencia de una paciente portadora de una lesión quística en la cola del páncreas, quien se sometió a una resección del páncreas de tipo corporo caudal con conservación del bazo.

RESECCIÓN HEPÁTICA EN CUÑA DEL LECHO DE LA VESÍCULA ASOCIADA A LINFADENECTOMÍA DEL PEDÍCULO POR CÁNCER DE LA VESÍCULA

Drs. Jorge León, X. de Aretxabala, J. Hepp Clínica Alemana de Santiago.

Se reporta la técnica de la linfadenectomía laparoscópica del pedículo hepático y la resección del lecho de la vesícula debido a un cáncer de la vesícula biliar.

ENDOTRAINER LAPAROSCÓPICO (MODELO PRÁCTICO Y ECONÓMICO PARA USO PEDAGÓGICO)

Drs. J. Grageda R, José Luis Rocabado B, P. Ricardo Peña G, Javier Hurtado B.

Hospital San José - Universidad Santiago de Chile.
Unidad de Cirugía Laparoscópica.

Introducción: El dominio de las técnicas y procedimientos en Laparoscopia es fundamental para los cirujanos en formación, utilizando modelos sintéticos, animales de experimentación y simuladores virtuales. La elevada tecnología inherente a los procedimientos de cirugía laparoscópica ha provocado en un principio que los programas de entrenamiento resulten complejos y extremadamente costosos.

Es por esta razón que hace necesario contar con modelos para práctica continua, de fácil acceso, disponibilidad, rápido montaje y bajo costo.

Objetivo: Mostrar la descripción de una modalidad simple y de bajo costo para la práctica y enseñanza de procedimientos técnicos en cirugía laparoscópica además demostrar la utilidad de los simuladores o endotrainers los cuales permiten adquirir la coordinación ojo-mano y

orientación espacial en dos dimensiones sin necesidad de equipo de laparoscopia.

Métodos: Se han incorporado métodos de entrenamiento que permiten practicar con endotrainers de nuestra propia fabricación.

El panel frontal presenta dos trocares, que permita formar un ángulo recto con ambas manos y cubierto por un maniquí anatómico con la forma de un torso humano fibra de vidrio y con tres orificios en la pared anterior (dos puertos para instrumentos y una para la unidad de video). Se puso énfasis en el aprendizaje de sincronización, destreza fina, disección y finalmente nudos intracorpóreos.

Resultados: El tiempo de armado es 5 minutos, considerando el arreglo del instrumental y el funcionamiento del equipo de laparoscopia.

Este modelo es la base para la formación de nuestros cirujanos, como actividad complementaria a la efectuada en el pabellón quirúrgico experimental.

Los materiales utilizados para la práctica son vísceras, que permiten la práctica de disección, nudos y suturas intracorpóreas, con una óptima aproximación tanto el realismo, sincronización, y delicadeza.

Conclusión: El correcto aprendizaje de la cirugía laparoscópica requiere de esfuerzo y perseverancia.

El modelo presentado, es extremadamente útil, simple y de bajo costo. Siendo accesible a cualquier instalación médica que cuente con equipo de laparoscopia apropiado y un espacio cómodo de entrenamiento.

MODELO EXPERIMENTAL EN CONEJO PARA SUTURAS Y NUDOS LAPAROSCÓPICOS.

Drs. J. Grageda R., José Luis Rocabado B., P. Ricardo Peña G., Javier Hurtado B.

Hospital San José - Universidad Santiago de Chile.
Unidad de Cirugía Laparoscópica.

Introducción: La cirugía de Mínima invasión es uno de los grandes adelantos que el siglo XX dio a la cirugía general, por ser menos traumática. Lo acelerado de este desarrollo tecnológico ha requerido de la implementación de diversas alternativas de enseñanza. Desarrollar un modelo educativo quirúrgico por técnica laparoscopia para el correcto ensayo de suturas y nudos en modelo experimental.

Objetivo: Se realizó la búsqueda de un modelo de un animal de menor costo y de mayor grado de dificultad. Efectuar ensayo de distintos procedimientos mínimamente invasivos mediante el ensayo de nudos y suturas en modelo experimental novedoso.

Métodos: Se utilizó un equipo de laparoscopia consistente en un insuflador, co2, grado medico, videocámara, monitor, fuente de luz, equipo básico (aguja de Veres, dos trocares de 10 mm, dos de 5 mm, pinzas de retención, extracción, allis, disección, portaagujas. También se requiere de mínimamente 20 conejos vivos. Se utilizaría como anestesia Ketamina a dosis de 10 mg/kg IM, atropina 0,01 mg/kg IM.

Resultados: Se Realizaron un total de 15 sesiones con grupos de dos residentes los cuales practicaron distintos ejercicios de entrenamiento tales como Sutura intracorporea, ligadura intracorporea, apendicetomía lap funduplicatura gástrica, colecistectomía laparoscópica. Se tomo como parámetro un tiempo base de 60 a 89 minutos. Los animales de experimentación con buena

tolerancia anestésica y adecuando neumoperitoneo, aproximadamente un 80% fallecieron en el intraoperatorio. La evaluación del Proyecto por los residentes fue de muy bueno o excelente según sus criterios.

Conclusión: El Modelo de Conejo adulto permite adiestrar en Cirugía laparoscópica avanzada.

Así mismo se evidenció el bajo costo y la accesibilidad para el adecuando entrenamiento en el proceso de formación dentro de la residencia quirúrgica.

Satisfacción de las expectativas de los residentes sirviendo como una buena herramienta en la enseñanza de laparoscopia.

EL INTERNET Y LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA (SELECCIÓN CORRECTA DE LA INFORMACIÓN MÉDICA)

Drs. J. Grageda R, J. Edo Contreras P, C. Carvajal H CEICIL (Centro de Entrenamiento en Laparoscópica).

Introducción: Sabemos que laparoscópica es uno de los avances mas importantes en la cirugía contemporánea. Así como también hemos visto el uso y diseminación informática que lleva el Internet al campo médico llegando a ser una herramienta de trabajo imprescindible.

Objetivo: Es proporcionar una orientación completa que facilite la adquisición y el manejo de la información disponible en Internet sobre la cirugía laparoscópica, tanto en las paginas www, como ellos portales web especializados.

Actualmente el impacto de la tecnología informática en la practica clínica diaria, nos conduce al manejo de la evidencia científica, la información clínica y en consecuencia, en la forma de abordar el tratamiento de las enfermedades, lo que permitirá la globalización de la asistencia médica.

Métodos: Se realizó una investigación informática aplicada a la cirugía laparoscópica, para entender los conceptos globales de la diversificación de recursos que utilizamos en la búsqueda de la información, así como los distintos formatos actuales que se necesitan.

Con excepción de la réplicas electrónicas de las revistas cuyos contenidos se basan en el sistema de evaluación tipo peer review, la calidad del páginas Web de contenido medico es difícil de estandarizar. Si bien existen distintas iniciativas de estandarizar los criterios que aseguren niveles de calidad a nivel deontológico, científico y técnico.

Conclusión: La Internet presenta campos de aplicaciones que se hacen especialmente relevantes en el área de la cirugía laparoscópica.

La posibilidad de intercambiar la información, permite el desarrollo de herramientas de formación desde sitios remotos en múltiples formatos, siendo especialmente interesante la presentación de contenidos a través de portales especializados y distribuidos a través de la WWW. Aun siendo una herramienta prometedor y útil en el mundo de la cirugía laparoscópica, todavía es un área que debe desarrollarse con el fin de alcanzar los estándares de calidad que requiere la transmisión del conocimiento científico.

Actualmente no existe en Chile ningún organismo que se dedique a ,la acreditación de las páginas médicas «Web médica acreditadas», como así sucede en países europeos y norteamericanos.

APENDICECTOMIA LAPAROSCÓPICA. USO DE SUTURA MECÁNICA

L. Gutiérrez, L. Aguilera, JP. Hidalgo, E. Lanzarini, G. Inostroza, J. Molina, J. Lasen, J. Zúñiga, F. López. Departamento de Cirugía, Anestesia y Servicio de Emergencia. Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: La apendicectomía laparoscópica en la actualidad constituye una técnica segura, efectiva y reproducible en pacientes con apendicitis aguda.

Se presenta el video de la paciente K.A.A de 25 años, quien ingresa el 10 Julio de 2008 al Servicio de Emergencia del HCUCH con el diagnóstico de apendicitis aguda, realizándose una apendicectomía laparoscópica con el uso de sutura mecánica. La técnica quirúrgica contempla el uso de 3 trócares: uno umbilical de 10 mm, otro en flanco derecho de 12 mm y uno de 10 mm en fosa iliaca izquierda. En este caso se prefiere el uso de óptica de 30°. Se efectúa laparoscopia diagnóstica de la cavidad abdominal confirmando el diagnóstico de apendicitis aguda. Se explora dirigidamente fosa iliaca derecha traccionando el apéndice cecal con pinza EndoClinch consiguiendo una adecuada visualización del apéndice y su meso. Posteriormente se secciona la base apendicular y su meso con sutura mecánica linear secuencial. La pieza operatoria se exterioriza a través del trócar de 12 mm sin incidentes. Se revisa la hemostasia de la línea de sutura la cual es efectiva. Se realiza exploración laparoscópica de excavación pélvica efectuando el aseo peritoneal correspondiente. El retiro de los trócares es por visualización directa sin hemostasia.

Se discute los alcances y limitaciones de la técnica y su aplicación en centros quirúrgicos de baja, mediana y alta complejidad.

MANEJO LAPAROSCÓPICO DEL ILEO BILIAR

Drs. Carlos Cárcamo I; Juan Díaz B; Andrés Steuer H. Unidad de Emergencia. Hospital Regional Valdivia Instituto de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile

Paciente mujer de 64 años. Consulta en Unidad de Emergencia del Hospital Regional Valdivia el 26 de febrero de 2008 con cuadro clínico sugerente de obstrucción intestinal. Se solicita radiografía de abdomen de simple que muestra niveles hidroaereos y aerobilia. Se plantea diagnóstico de ileo biliar y se decide intervención quirúrgica de urgencia por vía laparoscópica.

Destaca a la exploración asas del intestino delgado dilatas, encontrándose a nivel del ileon cálculo biliar gigante causal. Se practica enterolitotomía realizando enterorrafia continua. Se explora dirigidamente la zona vesicular identificando vesicula de aspecto turnoral con metástasis hepáticas vecinas. Se toma biopsia de las lesiones. Evolucionan sin complicaciones siendo dada de alta al 50 día. Control ambulatorio confirma la presencia de un adenocarcinoma de origen vesicular.

ESPLENECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA EN EL TRATAMIENTO DEL QUISTE ESPLÉNICO
PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO
Drs. C. Farías, C. Ovalle, G. Arriagada
Servicio de Cirugía,
Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile

Los quistes esplénicos congénitos son poco frecuentes, se diagnostican principalmente en edades tempranas y son generalmente un hallazgo. Su tratamiento es quirúrgico siendo la esplenectomía parcial laparoscópica un abordaje innovador que ofrece una completa mejoría con conservación del parénquima esplénico. Se presenta un caso clínico de una paciente de 18 años, la cual presenta un quiste esplénico de 10 cm., como hallazgo casual en una ECO abdominal, confirmado con TAC. Estudio de laboratorio descarta el origen parasitario. Se realiza esplenectomía parcial laparoscópica sin incidentes, evolución favorable y alta a las 48 horas. Biopsia informa quiste esplénico Epidermoide. Posteriormente se efectúa un seguimiento clínico y por imágenes comprobándose una buena evolución y sin recidiva a corto plazo.

Palabras Claves: Quiste esplénico, Esplenectomía Parcial, Quiste Epidermoide.

RESECCIÓN GÁSTRICA LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ENDOSCOPIA INTRA OPERATORIA. UNA APROXIMACIÓN A NOTES EN CÁNCER GÁSTRICO
Drs. C. Martínez, A. Calvo, E. Viñuela, H. Richter, A. Díaz.
Servicio de Cirugía Hospital Dr. Sótero del Río. UDA de Cirugía.
Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago

Se presenta una técnica de resección gástrica laparoscópica, asistida por endoscopia intraoperatoria en cáncer gástrico incipiente, evitando de este modo la necesidad de una mini laparotomía para la extracción de la pieza operatoria. Paciente de sexo femenino de 64 años, a quien en junio del 2006 se le realiza EDA de rutina que informa de una lesión neoplásica del antro gástrico de aspecto incipiente ubicada en curvatura mayor. La biopsia endoscópica confirma un adenocarcinoma bien diferenciado intramucoso. Se realiza mucosectomía endoscópica en julio del 2006, reseccándose espécimen de 10 mm de diámetro. La biopsia diferida confirma compromiso hasta la muscular de la mucosa y bordes comprometidos por tumor. El seguimiento endoscópico resulta positivo para nuevos focos de carcinoma cercanos a la lesión original. Se decide realizar resección laparoscópica de la lesión en noviembre del 2007. Se realiza marcación endoscópica intraoperatoria y resección de pared total con ayuda de bisturí armónico. La pieza operatoria protegida en bolsa, se extrae con ayuda de endoscopio a través de la gastrotomía. El cierre del estómago se realiza en dos planos sobre sonda de calibración 38 French. La biopsia definitiva informa de segmento de pared gástrica de espesor total de 80 por 70 mm y presencia de un adenocarcinoma intramucoso bien diferenciado con bordes quirúrgicos alejados de la muestra.

La paciente evoluciona favorablemente, reiniciando alimentación al tercer día. Es dada de alta en buenas condiciones generales. Su tolerancia oral es normal y endoscopías de control descartaron recidiva en zona de resección.

HERNIOPLASTÍA HIATAL CON MALLA POR HERNIA GIGANTE
Drs. Carlos Cárcamo 1; Aliro Venturelli L; Juan Díaz B.
Instituto de Cirugía. Facultad de Medicina.
Universidad Austral de Chile

Paciente mujer, 84 años. Portadora de hernia hiatal gigante que se había manejado en forma conservadora. Presenta episodio de dolor torácico intenso que motiva consulta en la que se descarta causa cardiaca, destacando en Rx de tórax la presencia de una gran hernia hiatal. Se completa estudio con endoscopia digestiva alta y Rx EED que apoyan el diagnóstico. Completa estudio preoperatorio de rigor e ingresa para manejo laparoscópico de su patología el 16 de junio de 2008. Destaca a la exploración ascenso de todo el estómago al mediastino quedando el píloro a nivel hiatal. Además existe ascenso de gran parte del momento mayor. Se descienden ambos órganos y se realiza disección y resección del saco herniario. Luego se cierra el defecto hiatal con sutura continua de polipropileno 2/0. Se instala malla mixta sobre la reparación que se fija con Tackers. Finalmente se confecciona funduplicatura 360°. Evoluciona en buenas condiciones, con control radiológico satisfactorio al 2° día postoperatorio. Es dada de alta, sin disfagia y con buena tolerancia oral al 5° día.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO LAPAROSCÓPICO DE LAS HERNIAS HIATALES. (VIDEO)
I. Braghetto¹, O. Korn¹, H. Valladares¹, M. Musle¹, A. Debandi¹, L. Brunet².
1. Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago.
2. Departamento de Anestesia, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago.

Se muestran detalles del abordaje laparoscópico para el tratamiento quirúrgico de hernias hiatales axiales tipo I grandes, y hernias complejas tipo IV mostrando las etapas fundamentales de la técnica: Disección de saco, Reducción de hernia, Esófago intrabdominal, Hiatooplastia, Malla cuando es necesario, Cirugía antirreflujo y Gastropexia.

Conclusiones:

- * Abordaje laparoscópico factible, seguro ventajas y desventajas.
- * Escasas complicaciones intra y postoperatorias (evitar tracciones, desgarros, sangramiento, perforación).
- * Experiencias quirúrgica.
- * Uso adecuado del instrumental.
- * Buenos resultados clínicos y funcionales.

GIST: RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA POR GASTROTOMÍA

Drs. C. Martínez, E. Viñuela, A. Díaz.

Servicio de Cirugía Hospital Dr. Sótero del Río. UDA de Cirugía. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago

Los tumores del estroma gastrointestinal derivados de las células intersticiales de cajal ubicadas en los plexos mientéricos, representan un tipo infrecuente de tumor de origen mesenquimático y se estima su frecuencia en un 0,2% de los tumores gastrointestinales. Cerca del 95% expresa el receptor c-kit o CD 117.

Afecta a hombre y mujeres en igual proporción entre la quinta y sexta década de la vida.

Su presentación clínica suele ser asintomática o como dolor abdominal, hemorragia digestiva, masa palpable, vómitos, náuseas y anemia.

Se ubican preferentemente en el estómago en un 50% de los casos y su potencial maligno se relaciona con su tamaño y el grado de actividad mitótica.

El tratamiento de la enfermedad localizada consiste en la resección quirúrgica con margen negativo y la linfadenectomía no está indicada.

Se presenta el caso de un hombre de 55 años que ingresa a urgencias con diagnóstico de HDA. La endoscopia digestiva alta confirma un tumor submucoso ulcerado de 3 cm. de diámetro ubicado en cuerpo alto del estómago por cara posterior. La biopsia endoscópica muestra la presencia de células fusiformes. El estudio de imágenes descarta enfermedad diseminada. Se realiza resección del tumor vía laparoscópica, realizando una gastrotomía anterior y utilizando engrapadora ENDO GIA 60 azul a la base. La pieza operatoria se extrae por ampliación de sitio de trocar y la gastrotomía se cierra con doble plano de vicry. La evolución post operatoria es favorable con inicio de régimen oral a las 24 hrs. El paciente es dado de alta al tercer día.

La biopsia y la inmunohistoquímica confirmaron el diagnóstico de GIST con imágenes de resección negativos. El seguimiento a 24 meses descartó recidiva loco regional.

ESOFAGUECTOMÍA SUBTOTAL ONCOLÓGICA POR ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO

Drs. C. Gamboa, A. Escalona, L. Clavero, N. Jarufe.

Departamento de Cirugía Digestiva.

Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La esofaguectomía mínimamente invasiva aparece como una técnica ventajosa en el tratamiento de los tumores esofágicos, al reducir la morbilidad de la toracotomía y permitir mejor visualización y disección del mediastino; al contrario de lo que ocurre en el procedimiento transhiatal.

Paciente y Método: Paciente de sexo masculino, de 78 años de edad, con antecedentes de DM tipo 2 e HTA. Antecedente quirúrgico: prostatectomía radical y apendicectomía. Tres meses previo a consultar presenta disfagia a líquidos y sólidos. Se realiza endoscopia digestiva alta que informa lesión tumoral ulcerada en 1/3 medio de esófago. Biopsia informa carcinoma escamoso. Endosonografía: tumor invade hasta la serosa sin imágenes de adenopatías de aspecto neoplásicas, al igual que TAC de tórax.

Estudio de diseminación negativo para metástasis. Sin contraindicación quirúrgica.

Técnica Quirúrgica: Se realiza esofaguectomía por abordaje toracoscópico, laparoscópico y cervicotomía izquierda. La disección se inicia por vía torácica con el paciente en decúbito lateral izquierdo. Se realiza esofaguectomía y linfadenectomía en bloque, luego el tiempo abdominal en decúbito supino, realizando disección transhiatal del esófago, liberación del estómago preservando arteria pilórica, gastroepiploica derecha y la arcada de ésta. Amplia maniobra de Kocher y confección del tubo gástrico, además de realizar colecistectomía y yeyunostomía de alimentación. Posteriormente cervicotomía izquierda, extracción de pieza operatoria y ascenso del tubo gástrico para realizar anastomosis esófago-gástrica manual. El paciente evoluciona satisfactoriamente sin complicaciones y es dado de alta al 18° día alimentándose por boca. La biopsia es informada como carcinoma escamoso del 1/3 medio esofágico de 4,1x2,3 cms., que invade hasta la muscular propia sin sobrepasarla, bordes de sección alejados del tumor y catorce ganglios linfáticos sin evidencia de neoplasia.

Conclusión: La esofaguectomía por abordaje mínimamente invasivo para cáncer esofágico es una técnica factible de realizar, que cumple los criterios oncológicos y con menor morbilidad que la técnica abierta.

CALIBRACIÓN CARDIAL + GASTROPEXIA POSTERIOR + CIERRE DE PILARES + GASTRECTOMÍA SUBTOTAL DISTAL + VAGOTOMÍA SELECTIVA + GASTROYEYUNOSTOMIA EN V DE ROUX ASA LARGA, EN PACIENTES CON ESÓFAGO DE BARRETT Y OBESIDAD TIPO 1.

Drs. I. Braghetto¹, O. Korn¹, H. Valladares¹, L. Gutierrez¹, L. Brunet².

¹: Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago.

²: Departamento de Anestesia, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago.

Los pacientes con Esófago de Barrett operados con funduplicatura clásica (Nissen o Calibración Cardial) no presentan buenos resultados al seguimiento a largo plazo, razón por la cual nuestro grupo ha sugerido el empleo de la técnica de supresión ácida y derivación biliar adicionado al procedimiento antirreflujo para reducir la recurrencia o progresión de la enfermedad. Muchos de estos pacientes además presentan diverso grado de obesidad. En pacientes con Esófago de Barrett confirmado y obesidad mórbida se ha sugerido el Bypass gástrico como técnica quirúrgica que cumple con el doble objetivo de tratamiento. En este video se presenta la técnica quirúrgica empleada para el tratamiento de pacientes con Esófago de Barrett y obesidad con IMC <: 35, sin patología asociada. Esta técnica ha sido indicada en 6 pacientes sin complicaciones y buenos resultados clínicos con regresión sintomática y con disminución del IMC progresivo.

TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO CON DERIVACIÓN DIGESTIVA PARA PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO

Drs. Nicolás Jarufe, Camilo Boza, Alex Escalona, Ricardo Funke, J Francisco Guerra
Departamento de Cirugía Digestiva. División de Cirugía.
Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Las complicaciones de la pancreatitis aguda revisten un desafío terapéutico. El tratamiento del pseudoquiste pancreático puede ser abordado de distintas maneras que incluyen observación clínica, endoscopia terapéutica, tratamiento percutáneo o quirúrgico. Este último tiene la ventaja de derivar en forma permanente el quiste al tubo digestivo y por ende evitar recurrencias, además de limpiarlo completamente de tejido necrótico residual.

El presente video muestra un abordaje laparoscópico de un pseudoquiste en un paciente de 47 años de edad con antecedente de HIV (+) quien tuvo una pancreatitis aguda grave secundario a hipertrigliceridemia por uso de Varunabir (ritonavir) como tratamiento antiviral. Diez meses posterior al alta desarrolló un cuadro de dolor abdominal, retención gástrica e ictericia secundaria a gran pseudoquiste predominantemente de la cabeza del páncreas. Se intentó tratamiento endoscópico sin resultados por lo que se realizó cirugía. Esta consistió en drenaje y necrosectomía de la cavidad del pseudoquiste junto con una derivación a un asa de yeyuno en y de Roux todo por abordaje laparoscópico. Su evolución fue sin complicaciones y mejoría total de su sintomatología. La laparoscopia ofrece beneficios en el tratamiento de las complicaciones post-pancreatitis, al ser un procedimiento poco invasivo pero que a su vez permite una resolución radical y definitiva de este tipo de patologías.

MANEJO LAPAROSCÓPICO DE COLEDOCOLITIASIS GIGANTE

Drs. Carlos Cárcamo I; Aliro Venturelli L; Marcelo Zamorano D.
Subdepartamento de Cirugía. Hospital Regional Valdivia.
Instituto de Cirugía. Facultad de Medicina.
Universidad Austral de Chile

Paciente varón, 64 años. Presenta episodio de colangitis aguda por lo que se deriva a Unidad de Emergencia del Hospital Regional Valdivia el 12 de diciembre de 2007. Se maneja con tratamiento antibiótico y se solicita Ecografía abdominal que muestra la presencia de colelitiasis múltiple y coledocolitiasis. El 14 de diciembre se somete a colangiografía endoscópica retrógrada confirmando la presencia de un cálculo coledociano gigante de 35 mm. de diámetro mayor. Se realiza papilotomía e instalan 2 endoprotesis biliares de teflón de 7 F. Evolucionan en forma satisfactoria y es citado a rehospitalización para resolución laparoscópica de su patología.

El 29 de enero de 2008 se efectúa coledocotomía, extracción del cálculo y coledocorráfia primaria. Además se practica la colecistectomía de rigor. Evolucionan sin incidentes siendo dado de alta al 20 día postoperatorio.

CIRUGÍA DE SEPARACIÓN DE GEMELOS ONFALÓPAGOS CON AMPLIA FUSIÓN Y SHUNT INTRAHEPÁTICO

Drs. A. Ebensperger¹, C. Gamboa², R. Yáñez², A. Hachim¹, A. Zavala¹, J. Martínez².
Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Dr. Sótero del Río¹.
Departamento de Cirugía Digestiva,
Pontificia Universidad Católica de Chile²

Introducción: Por cada 100.000 partos nos encontramos con un caso de siameses, con una sobrevida de sólo 10 a 15%, de estos el 10% son onfalópagos, es decir, siameses que están unidos por el abdomen y tienen en común algunas estructuras anatómicas, como por ejemplo el hígado, lo que hace más compleja la tarea de separación quirúrgica.

Paciente y Método: Se presenta el caso de unos siameses onfalópagos portadores de una extensa unión hepática, con gran shunt intrahepático, que ocasiona transfusión gemelo-gemelar, donde uno de ellos manifiesta insuficiencia cardíaca congestiva e hipertensión arterial, mientras el otro presenta retraso del crecimiento y oligoanuria, conformando así un síndrome de transfusión gemelar extrauterina.

Posterior al nacimiento desarrollan las alteraciones hemodinámicas y sistémicas descritas, con mala respuesta al tratamiento médico ya que comparten el lecho vascular y el efecto de las drogas resulta errático. Se realiza planificación imagenológica preoperatoria con Resonancia Nuclear Magnética, reconstituyendo tridimensionalmente la anatomía hepática, observándose gran shunt transhepático de 5 mm. y se descarta comunicación del tubo digestivo.

Técnica Quirúrgica: Se coloca expansores de piel al cuarto mes de vida sin inconvenientes, y al sexto mes se lleva a cabo la cirugía de separación de los onfalópagos, apoyado con ecografía intraoperatoria se realiza la separación hepática, requiriendo colecistectomía uno de los gemelos por encontrarse ésta en la línea de sección; se realiza clamp del shunt, se descarta repercusión sistémica mediante ecocardiograma transesofágico intraoperatorio de ambos gemelos, y luego el vaso comunicante es seccionado. No presentan complicaciones durante el intraoperatorio y posteriormente un gemelo desarrolla fistula biliar que se resuelve con tratamiento médico.

Conclusión: Ambos se encuentran en buenas condiciones generales y presentan normalización de las pruebas hepáticas hasta la fecha, lo que convierte la cirugía en una experiencia exitosa otorgando un buen pronóstico a los gemelos.

SIGMOIDECTOMÍA LAPAROSCÓPICA Y ANASTOMOSIS PRIMARIA EN DIVERTICULITIS AGUDA COMPLICADA HINCHEY I

Drs. G. Pinedo, G. Caselli, M.E. Molina, F. Bellolio, A. Zúñiga
Unidad de Cirugía Colorrectal, Departamento de Cirugía Digestiva,
Pontificia Universidad Católica de Chile

La enfermedad diverticular es muy frecuente en el mundo occidental, causando gran impacto socioeconómico. Cerca de 2% de estos pacientes desarrollan en algún momento inflamación sintomática.

Históricamente el manejo de los pacientes portadores de diverticulitis aguda complicada con absceso pericólicos ha sido el drenaje percutáneo por CT, posterior a lo cual la patología de base se resuelve electivamente. Presentamos un caso de una paciente de 43 años de edad, con historia de 2 meses de dolor abdominal intermitente asociado a cuadro febril. El TAC de ingreso muestra colección pericólica de 4 cm. en relación al colon sigmoidees. Se realiza intento de drenaje percutáneo frustrado. Por evolución clínica se decide realizar drenaje de absceso y sigmoidectomía por vía laparoscópica, con buena evolución clínica postoperatoria.

NOVEDOSA TÉCNICA QUIRÚRGICA SIN SECCIÓN ESFINTERIANA PARA LA FISTULA PERIANAL COMPLEJA.

Drs. G. Pinedo, G. Caselli, M.E. Molina, F. Bellolio, A. Zúñiga

Estudios epidemiológicos señalan que la incidencia de fistulas perianales es de aproximadamente 10 por cada 100.000 habitantes. El objetivo del tratamiento de la fistula es eliminar el trayecto, preservando la función anal y la continencia fecal. Mostramos una novedosa técnica quirúrgica para el tratamiento de la fistula perianal compleja transesfinteriana que consiste en una fistulotomía parcial con conservación de esfínter externo, resección de cripta patológica, curetaje del trayecto fistuloso y colocación de sedal suelto. Se presenta el video de la técnica quirúrgica.

COLONOSCOPIA CON CO2 Y LAPAROSCOPIA PARA LA EXTRACCIÓN DE UN CUERPO EXTRAÑO DEL COLON.

Drs. G. Pinedo¹, A.J. Zárate¹, J.F. Miquel².

¹Unidad de Coloproctología. Departamento de Cirugía Digestiva.

² Departamento de Gastroenterología.

Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Los cuerpos extraños en el colon son causa de consulta en urgencia y las alternativas de extracción son variadas. Estas dependen del tipo de cuerpo extraño y el equipo quirúrgico. Se presenta un caso de un dispositivo intrauterino migrado al colon, que no fue posible su extracción por vía colonoscópica pura por impactación de este a la pared colónica.

Se realiza su extracción mediante un abordaje combinado en pabellón de colonoscopia con CO2. asistido por laparoscopia

Pasos en video:

- 1.- Instalación de trócares.
- 2.- Identificación del cuerpo extraño en el colon mediante laparoscopia.
- 3.- Liberación de adherencias del epiplón a la zona del cuerpo extraño.
- 4.- Localización del cuerpo extraño mediante colonoscopia con CO2.
- 5.- Captura del cuerpo extraño mediante asa endoscópica.
- 6.- Extracción del cuerpo extraño mediante asa endoscópica, asistido mediante pinzas de laparoscopia.
- 7.- Salida del cuerpo extraño.
- 8.- Lavado intraabdominal mediante laparoscopia.

- 9.- Prueba neumática (para evidenciar posible filtración)
- 10.- Instalación de drenaje.

COLPOPROMONTO FIJACIÓN VENTRAL POR VÍA LAPAROSCÓPICA PARA EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO RECTAL MÁS ENTERO CELE.

Drs. G. Pinedo, A.J. Zárate.

Unidad de Coloproctología. Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Las diversas alternativas para el tratamiento del prolapso rectal, pueden ser realizadas actualmente mediante técnicas de cirugía mínimamente invasivas. El tratamiento es tradicionalmente con disección posterior y fijación al promontorio (con o sin malla). Existen reportes con fijación y disección sólo por vía anterior para ahorrar tiempo, tratar enterocele asociado y evitar las complicaciones de la disección posterior (constipación, lesión nerviosa, etc.)

Se presenta el caso de una paciente en la cual se fija el recto y la vagina mediante una malla al promontorio por vía anterior en forma totalmente laparoscópica para tratar prolapso rectal asociado a enterocele.

Pasos en video: (Muestra de defecografía por resonancia)

- 1.- Instalación de trócares.
- 2.- Disección del recto por vía anterior en el plano recto vaginal.
- 3.- Desperitonización vaginal.
- 4.- Medición de malla e introducción de la misma.
- 5.- Colocación de puntos desde el recto a la malla.
- 6.- Colocación de puntos desde la vagina a la malla.
- 7.- Instalación de Tacks (Protack) para fijar la malla al promontorio.
- 8.- Cierre de peritoneo sobre la malla
- 9.- Retiro de trócares.

RETIRO DE BANDA Y CONVERSIÓN A BYPASS LAPAROSCÓPICO

Drs. J. Widerstrom, M. Danilla

(Unidad de Cirugía Bariátrica. Clínica Iquique)

Introducción: La Banda gástrica ajustable laparoscópica como técnica restrictiva ha perdido adeptos en nuestro país desde que se iniciara a comienzos de los años 2000, por la inadecuada adaptación de los pacientes, las complicaciones que se vieron en su evolución de cuerpo extraño y los malos resultados en términos de baja de peso, asociado a la aparición en los últimos años, de la gastrectomía tubulizada que ha terminado por reemplazarla como método restrictivo. El retiro de la banda y la conversión a otra técnica Bypass o gastrectomía tubulizada aparece como una opción para aquellos pacientes que tuvieron fracaso en su resultado.

Paciente y Método: Caso clínico, paciente sexo femenino, 46 años, con obesidad grado II, de 8 años evolución, IMC de 38 asociada a hipertensión arterial. Antecedente de banda gástrica el año 2003 con mala adhesividad al tratamiento, pérdida de solo el 29 % del exceso de peso el primer año sin mejoría de la hipertensión

arterial y recuperación del peso inicial. En desición compartida con la paciente se decide retiro de la banda y conversión a Bypass en un mismo tiempo quirúrgico con técnica laparoscópica.

Resultado: Procedimiento Laparoscópico sin incidentes con tiempo quirúrgico de 180 min., evolución postoperatoria habitual con alta al tercer día, baja de peso de 29 Kg. con IMC de 27 a los 10 meses y mejoría de la HTA, sin requerimiento farmacológico.

Conclusión: El retiro de la banda y conversión a otra técnica ya sea restrictiva o malabsortiva por videolaparoscópica es posible como cirugía revisional en nuestro grupo quirúrgico con morbilidad habitual y resultados favorables en término de baja de peso y satisfacción del paciente.

GASTRECTOMÍA SUBTOTAL TUBULIZADA Y HERNIA HIATAL

Drs. J. Widerstrom, M. Danilla

(Unidad de Cirugía Bariátrica, Clínica Iquique)

Introducción: La Gastrectomía subtotal tubulizada tiene en la actualidad la mayor elección como técnica restrictiva, tanto en los cirujanos bariátricos, como en los pacientes que la solicitan. Esta excelente técnica sin embargo no se recomienda en pacientes portadores de reflujo gastroesofágico por tubulizar el estomago y eliminar reparos anatómicos antireflujo como el ángulo de His y fondo gástrico. Por otro lado, estudios recientes de vaciamiento gástrico con marcadores isotópicos muestran que estaría aumentado en pacientes con esta técnica, evitando la posibilidad de reflujo.

Paciente y Método: Caso clínico, mujer de 32 años historia de diez años de evolución de obesidad grado 1, IMC de 33 asociada a hipertrigliceridemia, hígado graso y resistencia insulínica, con múltiples intentos de tratamiento medico fracasados y portadora de Hernia hiatal y reflujo gastroesofágico sintomático, endoscopia: esofagitis tipo A de LA y gastritis crónica activa mas helicobacter + que se trata triasociado. Por IMC y hábito alimentario se efectúa por vía laparoscópica Gastrectomía subtotal tubulizada, reducción de la hernia, recuperación de esófago abdominal y calibración cardial.

Resultado: Tiempo quirúrgico y evolución postoperatoria habitual con hidratación oral a las 24 hrs. y alta al tercer día. Control a los 6 meses IMC de 26, normalización de triglicéridos e insulina, asintomática de reflujo y estudio endoscopico normal.

Conclusión: En pacientes con IMC bajo 35 no candidatos a técnicas malabsortivas y portadores de reflujo con hernia hiatal es posible efectuar la reparación de la hernia y complementar con una técnica restrictiva como la Gastrectomía subtotal tubulizada con buenos resultados en términos de mejoría del reflujo y baja de peso.

FÍSTULA EN GASTRECTOMÍA EN MANGA POR INADECUADA ELECCIÓN DE STAPLER

Drs. J. Widerstrom, M. Danilla

(Unidad de Cirugía Bariátrica, Clínica Iquique)

Introducción: La Gastrectomía en manga requiere

la formación de un tubo gástrico adyacente a la curvatura menor, con grapadoras lineales mecánicas. El desarrollo técnico de estas últimas permite su aplicación en diferentes tejidos de acuerdo al grosor de la pared, así se dispone de cargas que van entre los 2.0 y 4.8 (0.75 Y 2.0 mm de compresión de tejido). La utilización correcta de ellas a lo largo de la sección gástrica, es fundamental para el resultado hermético de ésta, de acuerdo al gradiente de grosor del estómago (mayor en el antro y menor en el fondo). Presentamos un caso clínico de fistula en la línea de grapas por inadecuada elección del stapler.

Paciente y Método: Mujer, 31 años IMC 39, obesidad grado II, 10 años evolución, asociada a dislipidemia mixta e insulinorresistencia.

Técnica: gastrectomía en manga utilizando endogía universal carga 60-3.5 (azul) en región antral. En el intraoperatorio se evidencia cierre incompleto de la carga, se refuerza con sutura continua invaginante. Evolución postoperatoria inadecuada, taquicardia, dolor y fiebre, TAC y transito evidencian fuga en tercio inferior. Reintervención laparoscópica a las 48 hrs. identificando región fistulizada, reparación con sutura mecánica lineal 45-4.8 (verde), refuerzo con puntos separados de poliglactinico y aseo peritoneal. Tratamiento en UTI, antibioterapia tercera línea y apoyo nutricional, alta a los 14 días, evolución posterior satisfactoria, sin estenosis e IMC 28 a los 12 meses.

Conclusión: En el diseño de la gastrectomía tubulizada es importante considerar la gradiente de espesor de la pared gástrica, utilizando grapas de mayor grosor de tejido (4.8 verdes) en la región antral y continuar con cargas para grosor mediano (3.5 azules) en la región del cuerpo y fondo, evitando con esto la posibilidad de cierre incompleto de la grapa con dehiscencia y resultado de fístula.

GASTRECTOMÍA VERTICAL TUBULAR VIDEOLAPAROSCÓPICA, TÉCNICA QUIRÚRGICA.

Drs. Musleh M., Prof. Braghetto I., Valladares H. Gutiérrez, L., Korn W., Lanzarini, E., Burgos A., Navarrete A.

Departamento Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile

La Gastrectomía Vertical Tubular Videolaparoscópica es una técnica que surgió como una alternativa dentro del espectro de tratamiento quirúrgico de la Obesidad. Desde su introducción ha sufrido algunas variaciones en cuanto a la técnica quirúrgica.

En el presente video se muestra la técnica empleada por el equipo Digestivo Esófago-Gástrico del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Comienza con neumoperitoneo cerrado con aguja de Verres, 5 trócares dispuestos en el hemiabdomen superior: 10 mm para la óptica supraumbilical, 5 mm retractor hepático subxifoideo, 15 mm en HD, 12 mm, 10 mm en HI.

Se utiliza una pinza con gaza para las veces de retractor hepático.

Comienza la disección esqueletizando la curvatura mayor gástrica con Ligasure hasta liberar el angulo de Hiz. Luego se esqueletiza hasta 2 cm antes de llegar al píloro. Se introduce sonda de calibración 32 F, que se avanza hasta el duodeno, sobre este se realiza gastrectomía vertical con EndoGía 60 inicialmente cargas verdes (2) partiendo

a 2-3 cm del píloro. Luego se continúa con EndoGia 60 azul, hasta completar la gastrectomía. Se revisa la hemostasia y se realiza sutura de refuerzo puntual en los sitios de encuentro de sutura mecánica, con vicryl 3-0. Se comprueba hermeticidad instalando azul de metileno por sonda gástrica (60 cc). Se extrae la pieza por el orificio del trócar de 15 mm en forma íntegra y finalmente se deja drenaje tubular hacia la curvatura mayor gástrica. El procedimiento dura aproximadamente 90 minutos.

GASTRECTOMÍA EN MANGA. NUESTRA TÉCNICA

Drs. JE. Contreras, Dra. D. Villao, J. Bravo, L. Revello, A. Maldonado, A. Readí, C. Carvajal.
Hospital del Salvador. Unidad de Cirugía Laparoscópica Avanzada y Bariátrica Departamento de Cirugía - Sede Oriente.
Universidad de Chile.

Resumen: En este video se demuestra la técnica realizada por nuestro equipo quirúrgico con 5 trocares.

FRACASO DE BANDA GÁSTRICA Y CONVERSIÓN A GASTRECTOMÍA EN MANGA

Drs. J. Bravo, Dra D. Villao, JE. Contreras, A. Maldonado, L. Revello, A. Readí, C. Carvajal.
Hospital del Salvador. Unidad de Cirugía Laparoscópica Avanzada y Bariátrica Departamento de Cirugía - Sede Oriente.
Universidad de Chile.

Resumen: En este video se demuestra el retiro de una banda gástrica ya que la paciente no logró su objetivo de bajar de peso, no hay deslizamiento de esta. Se procede a retirar la banda y luego confeccionar una Gastrectomía en manga laparoscópica en un mismo tiempo quirúrgico.

BYPASS DUODENO YEYUNAL VÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES NO OBESOS CON DIABETES MELLITUS 2

Drs. Enrique Lanzarini, Attila Csendes, Luis Gutiérrez, Fernando Maluenda, Italo Braghetto, Owen Korn, Ana M. Burgos, J.C. Molina, Almino Ramos
Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: La Diabetes Mellitus 2 es una de las enfermedades que tienen mayor trascendencia a nivel nacional y mundial, tanto por la alta prevalencia y crecimiento, como por los costos asociados al tratamiento y sus complicaciones. Se ha observado que los procedimientos quirúrgicos habituales para el tratamiento de la obesidad mórbida, especialmente la derivación biliopancreática y el bypass gástrico, se relacionan con normalizaciones precoces de la glicemia y una alta tasa de remisión de la enfermedad. El cambio anatómico-funcional producido al excluir el segmento proximal del intestino y la estimulación del distal explicaría la precocidad de este fenómeno, a través de un aumento en la disponibilidad de incretinas.

Técnica Quirúrgica: Utilizando técnica laparoscópica, con el paciente en posición francesa y neumoperitoneo a 15 mmHg, se insertan 5 trocares, similar a técnica antirreflujo. Disección de todo el perímetro duodenal 2 a 3 cms post-píloro, respetando arteria gastroduodenal, y sección con sutura mecánica. Se

identifica ángulo de Treitz y se asciende asa yeyunal (asa biliopancreática) antecólica de 2 metros, en sentido anti-horario. Gastro-yeyuno anastomosis prepilórica con sutura mecánica y maxon. Ascenso de asa yeyunal (asa alimentaria) a 70 cms. de gastro-yeyuno anastomosis, en sentido horario, y entero-entero anastomosis con sutura mecánica y maxon. Prueba de azul de metileno de ambas anastomosis. Sección con sutura mecánica entre anastomosis quedando conformado el By Pass Duodeno Yeyunal en Y de Roux. Drenaje de silicona a gastroyeyuno anastomosis.

CONVERSIÓN LAPAROSCÓPICA DE BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE A BYPASS GÁSTRICO EN UN SOLO TIEMPO.

D. Awruch; A. Escalona; G. Perez; C. Boza; L. Ibañez
Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina.
Pontificia Universidad Católica de Chile.

La cirugía revisional se ha vuelto más común debido al incremento en la cirugía bariátrica. La baja de peso inadecuada es una de las indicaciones de cirugía revisional posterior a banda gástrica ajustable. En este video se presenta la conversión de banda gástrica ajustable a bypass gástrico laparoscópico. Una mujer de 35 años con IMC 35 k/m² y comorbilidades fue sometida a banda gástrica ajustable. Después de 2 años, no alcanzó los objetivos terapéuticos, manteniendo un IMC de 35 y con una calidad de vida inaceptable y se convirtió laparoscópicamente a bypass gástrico. El tiempo operatorio fue de 135 min y la paciente fue dada de alta al 4 día postoperatorio. Luego de un año de seguimiento, su IMC bajo a 25 con resolución completa de las comorbilidades. La conversión de banda gástrica ajustable a bypass gástrico laparoscópico en un solo tiempo, es un procedimiento realizable y es una excelente alternativa para pacientes con inadecuada baja de peso.

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO CON ENDOPROTESIS DE FILTRACIÓN POST BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO

D. Awruch; R. Yañez; A. Escalona; 1. Fernandez; F. Pimentel
Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina.
Pontificia Universidad Católica de Chile.

La cirugía bariátrica se ha ido incrementado en los últimos años. Las complicaciones graves se han hecho presentes en la era laparoscópica y la filtración en bypass gástrico laparoscópico es una de las más importantes. El tratamiento actual consiste en cirugía, nutrición enteral y reposo digestivo. El caso presentado corresponde a una paciente sometida a bypass gástrico laparoscópico que se presentó con una filtración de la bolsa gástrica que requirió reintervención laparoscópica para sutura, aseo y drenaje. A las 48 horas la paciente seguía en mal estado general por lo que se decidió realizar un nuevo estudio contrastado para evidenciar la permanencia de la filtración.

Un abordaje mínimamente invasivo endoscópico fue realizado y una prótesis flexible recubierta fue colocada. El estudio contrastado a las 24 hrs. reveló ausencia de filtración. La paciente mejoró su cuadro general y fue dada de alta a los 6 días en buen estado general y tolerando dieta amplia. El video muestra la colocación endoscópica de una endoprotesis para tratamiento de filtraciones post bypass gástrico laparoscópico. El tratamiento mínimamente invasivo con este tipo de técnicas permite un nuevo enfoque de manejo de este tipo de complicaciones severas.

OCCLUSIÓN INTESTINAL: COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE DE BANDAGÁSTRICA AJUSTABLE.

D. Awruch; G. Perez; A. Escalona; C. Boza; L. Ibañez
Departamento de Cirugía Digestiva, Facultad de Medicina,
Pontificia Universidad Católica de Chile.

La cirugía bariátrica ha ido incrementándose en los últimos tiempos. La colocación de banda gástrica

ajustable en un procedimiento que se realiza ampliamente en los centros de cirugía bariátrica a nivel mundial. Las complicaciones de este procedimiento no son frecuentemente tratadas por vía laparoscópica. Este es el caso de una mujer de 37 años que fué sometida a colocación de banda gástrica ajustable hace 4 años. Consultó al servicio de emergencia por cuadro de dolor abdominal, náusea y vómitos. Se realizó tomografía computada de abdomen que reveló la presencia de un íleo mecánico. Se decidió un abordaje laparoscópico y se constató un loop del conector de la banda que atrapaba el intestino delgado sin posibilidad de reducido. Se procedió al corte del conector y así a la liberación del intestino atrapado. La banda gástrica fue retirada debido a que los objetivos de baja de peso no fueron alcanzados. El video muestra el tratamiento laparoscópico de una complicación poco frecuente de banda gástrica ajustable.