



**LXXXIII CONGRESO CHILENO E INTERNACIONAL
DE CIRUGIA**

XLII JORNADAS CHILENAS DE COLOPROCTOLOGIA

VIII JORNADAS CHILENAS DE CIRUGIA PLASTICA

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

PUCON – 21 AL 24 DE NOVIEMBRE DE 2010.

SEDE: GRAN HOTEL PUCON

DIRECTORIO DE LA SOCIEDAD DE CIRUJANOS DE CHILE

Presidenta:

Dra. Jamile Camacho N.

Vice-Presidente:

Dr. Carlos Benavides C.

Secretario General:

Dr. Jorge Piérart P.-

Tesorero:

Dr. Mauricio Camus A.

Past-President:

Dr. Guillermo Bannura C.

DIRECTORES:

Dr. Marco Bustamante Z.

Dr. Franco Innocenti C.

Dr. Jorge Martínez C.

Dra. Anamaría Pacheco F.

Dr. Jaime Rappoport S.

Dra. Verónica Silva O.

Dr. Enrique Waugh C.

Secretarias Sociedad de Cirujanos de Chile:

Srta. Margarita Ferrer S.

Sra. Paula Estrada A.

COMITÉ PLANIFICADOR DEL CONGRESO:

Presidente
Dra. Jamile Camacho N.

Dr. Carlos Benavides C.
Dr. Camilo Boza W.
Dr. Mario Ferrario B.
Dr. Anamaría Pacheco F.
Dr. Viviana Pineda N.
Dr. Ricardo Rossi F.
Dr. Enrique Waugh C.

Dr. Alberto Castillo N., M.S.C.Ch.
Presidente Capítulo II Región

Dr. Osvaldo Iribarren B., M.S.C.Ch.
Presidente Capítulo IV Región

Dr. Eduardo Labarca M., M.S.C.Ch.
Presidente Capítulo V Región.

Dr. Franco Innocenti C., M.S.C.Ch.
Presidente Capítulo VIII Región

Dr. Luis Burgos San Juan, M.S.C.Ch.
Presidente Capítulo IX Región

Dr. Pedro Pablo Pinto G., M.S.C.Ch.
Presidente Capítulos XIV, X y XI Regiones

Dr. Alejo Chávez A., M.S.C.Ch.
Presidente del Departamento de Cirugía Vascular

Dr. Felipe Bannura Y., M.S.C.Ch.
Presidente del Departamento de Cirugía Torácica

Dr. Alejandro Torres A., M.S.C.Ch.
Presidente del Departamento de Trauma

COMITÉ PLANIFICADOR DEL CONGRESO:

Dr. Gustavo Pérez B., M.S.C.Ch.
Presidente del Departamento de Cirugía Bariátrica y Metabólica

Dr. Hernán Guzmán C., M.S.C.Ch.
Presidente Departamento de Hernias

Dr. Carlos Benavides C., M.S.C.Ch.
Presidente Departamento de Hígado, Vías Biliares y Páncreas.

Dra. María Eugenia Bravo M., M.S.C.Ch.
Presidenta Departamento de Mama

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

Dr. Patricio Larrachea H., M.S.C.Ch.
Presidente Sociedad Chilena de Coloproctología

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

Dr. Patricio Leniz M.
Presidente de la Sociedad Chilena de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética.

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

INDICE

LXXXIII CONGRESO CHILENO E INTERNACIONAL DE CIRUGIA
XLII JORNADAS CHILENAS DE COLOPROCTOLOGIA
VIII JORNADAS CHILENAS DE CIRUGIA PLASTICA

Resúmenes de Trabajos

Seccional: Cirugía Bariátrica y Metabólica	1
Seccional: Cirugía De Cabeza , Cuello Y Plástica Maxilo-facial	13
Seccional: Cirugía General	17
Seccional: Cirugía Plástica y Reparadora	27
Seccional: Cirugía Torácica	39
Seccional: Cirugía Vascul ar	45
Seccional: Coloproctología	57
Seccional: Digestivo	75
Seccional: Hernias	91
Seccional: Hígado, Vías Biliares y P ancreas	103
Seccional: Mama	115
Seccional: Oncología	123
Seccional: Trauma	127
Seccional: Jornada de Residentes	131
Seccional: Videos	137
Seccional: Poster	145

Seccional: CIRUGÍA BARIÁTRICA Y METABOLICA

FACTOR PRONÓSTICO DE BAJA DE PESO EN PACIENTES OPERADOS DE GASTRECTOMÍA SUBTOTAL VERTICAL EN MANGA LAPAROSCÓPICA.

Drs. J. Amat, C. Gamboa, S. Terrazas, W. Medina, M. Vargas

Equipo de Cirugía Bariátrica. Clínica Dávila.

Introducción: La Gastrectomía Subtotal Vertical en Manga Laparoscópica (GSVML) es una técnica nueva de cirugía bariátrica, que se realiza en la actualidad de manera frecuente en nuestro medio. El objetivo de este trabajo es dar a conocer los resultados peri-operatorios y la baja de peso de la GSVML, comparando por grupo etáreo y género la evolución del peso.

Material y Método: Se analizó los pacientes sometidos a GSVML por el autor, entre noviembre 2006 y mayo 2010. Se registró las variables demográficas y peri-operatorias, las complicaciones y la evolución del índice de masa corporal (IMC). Se comparó el IMC por género y edad, se agrupó en aquellos pacientes menores de 40 años (Grupo I) y otro grupo igual o mayor de 40 años. (Grupo II). El análisis estadístico se realizó en programa SPSS 16.0 utilizando prueba t-student o prueba no paramétrica según distribución de la variables. **Resultados:** En el periodo descrito se operaron 351 pacientes, de los cuales el 84,3% (296) fue de género femenino y 15,6% (51) masculino. La edad promedio fue de 34,3±9,8 años. El IMC preoperatorio fue de 95,6±11,4 kg y 36,5±2,7 (rango 29-46,2) kg/m², respectivamente. Las comorbilidades metabólicas más comunes fueron resistencia a insulina 68,4%, dislipidemia 43,8%, hipertensión arterial 22,0%, hígado graso 47,2%. No hubo conversión a cirugía abierta y la estadía hospitalaria fue de 4,2±1,0 días. No hubo mortalidad en esta serie. Se presentaron 4,7% (14) complicaciones precoces; 4 estenosis antrales, 3 hemoperitoneo, 2 fistulas y una colección intraabdominal. Dos pacientes tuvieron que ser reoperados por hemoperitoneo durante los primeros 30 días del post-operatorio. Al evaluar por género Femenino y Masculino el IMC preoperatorio fue 36,3±2,7 y 37,2±2,5 (p=0,060), mes 6 27,4±2,8 y 27,4±3,2 (p=0,940) y al mes 12 25,9±3,1 y 27,1±3,3 (p=0,454). Sin embargo, el número de pacientes hombres con seguimiento al mes 12 es muy pequeño comparado con las mujeres (4 vs 78). El IMC preoperatorio para el Grupo I y II fue: 36,4±2,7 y 36,7±2,7 (p=0,491), al mes 6: 27,0±2,8 y 28,0±3,0 (p=0,070) y al mes 12: 25,4±2,9 y 27,0±3,2 (p=0,026), respectivamente. Tres pacientes evolucionaron con Reflujo Gastroesofágico como complicación tardía.

Conclusión: La baja de peso en el corto plazo post Gastrectomía en Manga es muy buena, sin embargo, impresiona que ésta es mejor en los pacientes

menores de 40 años. Es necesario confirmar esta observación en el seguimiento a largo plazo.

RESULTADOS QUIRÚRGICOS Y SEGUIMIENTO A MEDIANO PLAZO DE GASTRECTOMÍA EN MANGA LAPAROSCÓPICA

Drs. C. Ovalle^{1,2}, C. Farías^{1,2}, J.I. Fernández¹, J. de la Maza^{1,2}, C. Cabrera^{1,2}, K. Kosiel¹, A.M. Molina¹, A. Morales¹, Psic. S. Chahuan¹, P. Ulloa¹, E. Figueroa¹, Nut. A. Reyes¹, C. Bassoi¹, G. Vera¹, E.U.

X. Rey Centro Integral de Nutrición y Obesidad, Clínica Tabancura. Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile.

Introducción: La gastrectomía en manga (GM) ha sido probada como parte de procedimientos bariátricos en dos tiempos, en pacientes de alto riesgo. Los últimos años se han obtenido resultados promisorios como procedimiento primario, a corto y mediano plazo. **Objetivos:** Realizar un análisis retrospectivo de los resultados a mediano plazo de todos los pacientes sometidos a GM por nuestro equipo. **Materiales y Métodos:** Se incluyeron todos los pacientes sometidos a GM desde el julio del 2006, hasta junio del 2010; correspondiendo a 516 pacientes, un 80% a mujeres y 20% a hombres, con edad promedio de 38,5 años e IMC promedio de 36,5 Kg/m². Mediante una base de datos electrónica, se analizaron los datos demográficos, comorbilidades, tiempo operatorio, conversión, reoperaciones, morbilidad, mortalidad, baja de peso y resolución de comorbilidades. **Resultados:** El tiempo operatorio promedio fue de 55,3 min(40- 100min.). No hubo necesidad de conversión a técnica abierta. Se registró un 1,7% de complicaciones precoces y un 4,8% de complicaciones tardías; siendo las más frecuentes anemia, reflujo gastroesofágico y colelitiasis. Un 1,2% debió ser reoperado. Se produjo filtración en un 0,9% de los pacientes. No hubo mortalidad en esta serie. El porcentaje de baja de exceso de peso a los 12, 24 y 36 meses postoperatorios, fue de 97%, 88% y 86%, respectivamente. **Conclusiones:** La GM como procedimiento bariátrico primario, resulta una técnica con un abaja tasa de complicaciones y buenos resultados en cuanto a baja de peso a mediano plazo.

COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS A MEDIANO PLAZO DE LA GASTRECTOMÍA VERTICAL TUBULAR LAPAROSCÓPICA ENTRE UN SERVICIO DE SALUD PÚBLICO Y UNO PRIVADO.

Drs. J. Contreras, J. Bravo, J. Lobos, D. Villao, J. Nuñez, C. Maldonado, C. Díaz-Valdés, A. Zamorano, C. Carvajal.

Departamento de Cirugía, Hospital Del Salvador. Unidad de Cirugía Bariátrica, Clínica Santa María.

Introducción: La gastrectomía vertical tubular laparoscópica (GVTL) es cada vez más realizada en nuestro país, tanto a nivel privado como público de salud, como procedimiento para manejo de la obesidad. Los resultados respecto a la baja de peso y control de comorbilidades es multifactorial tanto dependientes de la cirugía como otros factores relacionados con el paciente y su entorno. **Objetivo:** Comparar los resultados a mediano plazo obtenidos por un mismo equipo quirúrgico en GVTL realizadas en un servicio público y otro privado de salud.

Materiales Y Métodos: Estudio prospectivo no controlado entre diciembre de 2006 a diciembre de 2009 realizado en el Hospital Del Salvador (HDS) y Clínica Santa María (CSM), incluye 436 pacientes sometidos a GVTL por el mismo equipo y bajo los mismos estándares de técnica quirúrgica, evaluación preoperatoria y manejo postoperatorio. Análisis estadístico obtenido mediante Prueba T y de Fisher. **Resultados:** Se realizaron 436 GVTL, 21% en HDS y 79% en CSM ($p < 0,001$). Al inicio destacan diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto al sexo de los pacientes ($p < 0,001$), IMC inicial $45,84 \pm 3,39 \text{ Kg/m}^2$ versus $38,82 \pm 4,96 \text{ Kg/m}^2$ respectivamente ($p < 0,001$) y prevalencia de algunas comorbilidades, especialmente la Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) presente en 19,35% de los pacientes de HDS versus un 5,54% de CSM ($p < 0,001$). No se evidenció diferencias respecto a tiempo quirúrgico ni estadía hospitalaria. Se obtuvo un porcentaje de pérdida del exceso de peso (%PEP) en HDS de $26 \pm 14\%$ al mes, $44 \pm 16\%$ a los 3 meses, $59 \pm 21\%$ a los 6 meses, $66 \pm 20\%$ a los 9 meses, $66 \pm 18\%$ a los 12 meses y $61 \pm 26\%$ a los 24 meses versus %PEP de CSM $33 \pm 13\%$, $57 \pm 19\%$, $74 \pm 25\%$, $84 \pm 32\%$, $89 \pm 30\%$ y $81 \pm 37\%$ en los meses respectivos. ($p < 0,001$). Complicaciones precoces se obtuvo un 3,23% en HDS y un 4,96% en CSM ($p = 0,58$). No existió mortalidad en ambos grupos. En relación a la DM2, obtuvimos mejoría y/o resolución en 83,33% de los pacientes público y en 89,47% de los privados ($p = 0,65$).

Conclusión: Se aprecia una importante diferencia en el número de cirugías que es capaz de realizar un servicio privado respecto a uno público en un mismo tiempo. Durante el seguimiento, los pacientes privados presentaron un %PEP significativamente mayor que los públicos. La morbimortalidad de ambos grupos plantea la seguridad de la técnica realizada por equipos entrenados y bajo evaluaciones y seguimiento multidisciplinario.

REDUCCIÓN DE PESO, COMORBILIDADES Y COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS CON GASTRECTOMÍA SUBTOTAL TUBULAR VERTICAL.

Drs. Riffó A. Díaz E. Papapietro K. Adjemian D. Cseneds A. Braghetto I Díaz JC.

Centro Integral de Tratamiento de la Obesidad y Enfermedades Metabólicas del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Introducción: La población chilena está envejeciendo. En adultos mayores, la prevalencia de obesidad es 29%, Diabetes 2 (DM2) 15,2%, HTA 78,8%, Hipercolesterolemia 52%. Es interesante conocer resultados de un tratamiento quirúrgico para la obesidad en los pacientes de mayor edad. **Objetivo:** Evaluar el resultado de la Gastrectomía Subtotal Tubular Vertical (GSTV) en mayores de 60 años, con énfasis en el peso, comorbilidades y complicaciones postoperatorias.

Metodología: Evaluación prospectiva de 21 pacientes con GSTV realizada en el HCUCH entre los años 2005 y 2009. Desde el preoperatorio, se realizó evaluación de IMC e indicadores de comorbilidades metabólicas. También se registró complicaciones quirúrgicas precoces y mortalidad.

Resultados: La muestra se compone de 15 Mujeres y 6 Hombres con mediana de edad de 62 años (60 - 69). Seguimiento promedio 24,2 meses.

IMC preoperatorio	MC 1 año postoperatorio	IMC >2 años postoperatorio
36,7 ± 4,2 (30,9-47,1)	27,49 ± 1,4 (25,3-29,7)	28,5 ± 3,5 (21,3-36,3)
Comorbilidades Preop		Mejoría o Remisión Postop
DM2 55% (11/21)	63,6% (7/11)	
HTA 65% (13/21)	61,5% (8/13)	
DISLIP 76% (16/21)	18,7% (3/16)	

El 65% tenía 2 o más comorbilidades concomitantes. Complicaciones quirúrgicas precoces se presentaron en 3 pacientes (14,2%): hemoperitoneo, fistula y TEP. Hubo 2 estenosis en la evolución tardía (9,5%). No hubo mortalidad.

Conclusiones: La GSTV en mayores de 60 años es un tratamiento efectivo para la obesidad severa. Logra mejoría en más del 60% de DM2 e HTA, sin embargo, es menos eficaz en Dislipidemia. Encontramos mayor prevalencia de complicaciones quirúrgicas comparado con los grupos etáreos menores de nuestro centro.

GASTRECTOMIA SUBTOTAL EN MANGA LAPAROSCÓPICA COMO TÉCNICA PRIMARIA DE CIRUGÍA BARIÁTRICA. RESULTADOS EN 1000 PACIENTES CONSECUTIVOS.

Drs. J. Salinas, C. Gamboa, G. Viscido, N. Salgado, R. Funke, F. Pimentel, A. Raddatz, G. Pérez, F. Crovari, A. Escalona, A. Vega, L. Ibáñez C. Boza. Departamento de Cirugía Digestiva, División de Cirugía. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile

Introducción: La gastrectomía en manga laparoscópica (GML) se ha convertido en una alternativa de cirugía bariátrica como un procedimiento primario. El objetivo de este estudio fue describir los resultados de esta técnica en 1000 pacientes consecutivos.

Material Y Métodos: Se realizó una revisión de nuestra base de datos electrónica prospectiva, de los pacientes sometidos a GML de agosto 2005 a diciembre 2009. Fueron evaluados los datos demográficos, los resultados quirúrgicos, complicaciones, porcentaje de pérdida de exceso de peso (% PEP) y comorbilidades.

Los resultados fueron expresados en promedio y desviación estándar.

El promedio de edad preoperatorio fue de $36,9 \pm 11$ años, con un 77% de pacientes de género femenino. El índice de masa corporal preoperatorio promedio fue de $37,2 \pm 4,6$ kg/m² (rango 30,5-56,0). El tiempo operatorio promedio fue de 77 ± 31 minutos (rango 40 a 200). Hubo una conversión a cirugía abierta por sangrado esplénico. La estadía hospitalaria fue de $3,0 \pm 2,1$ días (rango 2-77) y el tiempo de realimentación oral fue de $1,2 \pm 0,4$ días. Las complicaciones postoperatorias precoces ocurrieron en 33 pacientes (3,3%). La complicación más frecuente fue la trombosis portomesentérica (1%) y la fuga de la línea de sutura gástrica (0,7%). Siete pacientes requirieron reoperación precoz, debido a filtración, hemoperitoneo y estenosis antral. La tasa de reingreso hospitalario fue de 2,5%. La resolución de las comorbilidades fueron: hipertensión (62,5%), diabetes tipo 2 (91%), resistencia a la insulina (93,1%), dislipidemia (84,8%). El porcentaje de pérdida del exceso de peso en los pacientes a los 6, 12 y 24 meses fue del 89%, 88% y 85% respectivamente.

Conclusión: La GML se ha convertido en un procedimiento primario de cirugía bariátrica aceptable, con baja morbilidad, buena resolución de comorbilidades y muy buena baja de peso en el seguimiento a mediano plazo.

BAJA PONDERAL Y MEJORÍA DE COMORBILIDADES POST GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA SIN SUTURA DE REFUERZO. ¿RESULTADOS COMPARABLES A LA TÉCNICA ESTÁNDAR?

Dr. Fernando Maluenda G, Cristián Cavalla C, Juan León R, Ivan Turu K, Jennifer Humphreys M, Karen Salvo K, Claudio Mizón, Carolina Gonzalez, Nut. María José Concha, Nut. Patricia Rodriguez B.

Introducción: La Gastrectomía Vertical Laparoscópica (GVL) ha demostrado ser una técnica eficiente para producir bajas de peso al corto plazo, en pacientes con distintos niveles de obesidad. Los resultados conocidos de la técnica, están referidos a pacientes sometidos a gastrectomía con sutura de refuerzo.

Objetivos: Evaluación y análisis de baja de peso y mejoría de las comorbilidades en pacientes sometidos a GVL, intervenidos con técnica sin sutura de refuerzo ni drenaje, a través de un seguimiento a 12 meses.

Pacientes y Método: Análisis descriptivo de 300 pacientes sometidos a GVL sin sutura de refuerzo

ni drenaje, Edad promedio: 40,5 años (rango 19 a 67), 61% de los pacientes tenían entre 30 y 49 años. Ciento sesenta y tres pacientes son mujeres (59%). El IMC promedio fue 36,7 Kg/m² de superficie corporal (rango 30,1 a 67), 34% tenían IMC entre 30,1 a 34,9 un 53,1 % entre 35 a 39,9 y un 11,7% entre 40 y 49,9. Hubo 3 pacientes sometidos a GVL con IMC de más de 50. Seguimiento de baja ponderal hasta un año postoperatorio.

Resultados: La baja ponderal expresada como porcentaje de pérdida del exceso de peso, a 1, 3, 6 y 12 meses fue 36.6%, 63.3%, 83.2% y 93,6%. Hubo mejoría de la mayoría de las comorbilidades asociadas al peso, en distinta magnitud. **Conclusiones:** La efectividad de la intervención con resultados a un año es adecuada, siendo capaz de eliminar casi todo el exceso de peso de los pacientes y mejorar la mayoría de sus comorbilidades. Queda pendiente evaluar resultados a largo plazo, después de los 2 años.

GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA TRANSUMBILICAL.

Drs. Fernando Maluenda G, Juan León R, Iván Turu K, Cristián Cavalla C, Jennifer Humphreys M, Carolina González y Claudio Cortés.
Dpto. de Cirugía. Clínica Alemana de Santiago.

Introducción: La cirugía laparoscópica ha estado orientada los últimos años a buscar otras alternativas mínimamente invasivas de acceso abdominal. La transumbilical es una vía que ha comenzado a ser aplicada clínicamente, con o sin dispositivos de acceso único. Hemos comenzado a realizar la gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) por vía transumbilical, en ciertos casos seleccionados. **Objetivo:** Evaluar la factibilidad de realizar la GVL por vía transumbilical, utilizando un dispositivo de acceso único y el resto del instrumental laparoscópico tradicional.

Método: Protocolo prospectivo aplicado a pacientes que cumplan con criterios de inclusión como: ser candidato a GVL, tener IMC igual o menor a 36 Kg./m², distancia entre apéndice xifoides y ombligo menor a 22 cm. El peso promedio de las pacientes operadas fue de 90,5 Kg., (82,5 -98), IMC promedio de 33,8 Kg./m² (32,5 - 35,3). Se describe la técnica de inserción del dispositivo, de la gastrectomía y del manejo postoperatorio.

Resultados: Se logró realizar GVL en las 6 pacientes en las que se intentó. El tiempo operatorio promedio fue de 127 min. (90 a 170 min.), en las dos primeras pacientes se requirió el uso de un trocar adicional de 5 mm.. En todas las pacientes la radiografía baritada de esófago, estómago y duodeno mostró buen paso a distal y ausencia de estenosis, fondo residual o filtraciones. No hubo morbilidad en este grupo. **Conclusiones:** La GVL es factible de realizar en pacientes portadores de obesidad menor a 36 Kg./m² de superficie corporal, usando un dispositivo de acceso único e instrumental laparoscópico tradicional.

GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA SIN SUTURA DE REFUERZO NI DRENAJE. RESULTADOS QUIRÚRGICOS Y MORBILIDAD PERIOPERATORIA.

Drs. Fernando Maluenda G, Juan Leon R, Ivan Turu K, Cristian Cavalla C. y Claudio Cortés.
Dpto. de Cirugía, Clínica Alemana. Dpto. de Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: La gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) es una nueva forma de realizar una gastrectomía, en que extirpando un 85% del órgano, no se requiere anastomosis.

Hipótesis: la no utilización de drenaje post GVL y la aplicación de sutura mecánica, sin sutura de refuerzo a mano, es igualmente segura que la técnica estándar.

Objetivo: Cuantificar la presencia de complicaciones postoperatorias mediante seguimiento clínico y radiológico post GVL, hasta los 30 días del periodo postoperatorio.

Pacientes y Método: En 300 pacientes consecutivos sometidos a GVL, no se utilizó drenaje intrabdominal. En los primeros 34 pacientes se utilizó sutura continua de refuerzo con PDS y en los últimos 266 pacientes no se ha usado sutura de refuerzo ni drenaje y constituye el grupo que se analiza en este estudio. El IMC promedio fue de 36,7 Kg/m² de superficie corporal (rango 30,1 – 67,6). A través de 5 trocares (en el 42% de los pacientes se uso solo 4), se inicia la gastrectomía desde 2 a 3 cm. proximal al píloro, usando un sellador vascular desde distal hacia proximal y se aplica sutura mecánica. Se utilizan 2 cargas de 4,1 mm. (verdes) iniciales y luego se continua mediante la aplicación de entre 4 a 5 cargas de 3,5 mm. (azules), hasta llegar al ángulo de His visualizando y esqueletizando el pilar izquierdo. En todos los pacientes se tomó una biopsia hepática en cuña del segmento III al comenzar la intervención. A las 48 hrs., (desde este año a las 24 hrs.) a todos los pacientes se les realizó una radiografía contrastada de esófago y estómago con sulfato de bario diluido. Dados de alta a las 72 hrs. y con control clínico ambulatorio al 10° y 30° día

Resultados: En todos los casos la radiografía mostró ausencia de filtraciones. Hubo manifestaciones clínicas de hemoperitoneo al 2° y 3° día en 3 pacientes en que no se realizó sutura (1,1%), por lo que ellos debieron ser reoperados. Dos pacientes presentaron trombosis portal, (una parcial y otra total) al 9° día postoperatorio (0,7%). Un paciente (0,3%) presentó una hemorragia digestiva alta por Sind. de Mallory Weiss, que se manejó médicamente. Un paciente (0,3%) presentó un Hematoma Perigástrico al mes de operado y se resolvió con terapia médica. Un 58% de los pacientes mostraron evidencia de esteatosis y/o esteatohepatitis en la biopsia de hígado y el 74% tenía presentó gastritis crónica en la biopsia de estómago resecado.

Conclusión: Esta experiencia quirúrgica plantea la posibilidad que la GVL sin drenaje y sin sutura de refuerzo, puede ser una opción técnica que no presenta filtraciones, pero que no exime del riesgo de sangrado postoperatorio. Es factible proponerla como una opción técnica en grupos con experiencia en cirugía digestiva laparoscópica.

GASTRECTOMIA EN MANGA CON BYPASS ENTERAL (GMBE) PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD MÓRBIDA: RESULTADOS A 6 AÑOS DE SEGUIMIENTO PROSPECTIVO

Dr. M. Alamo, Dr. M. Sepúlveda, Dr. J. Gellona, Dr. C. Astorga, Dr. P. Brante, Dr. C. Sepúlveda, Int. A. Carrasco
Hospital Dipreca, Universidad Diego Portales

Introducción: El objetivo de este trabajo es reportar los resultados en términos de baja de peso, Índice de Masa Corporal (IMC) y resolución de comorbilidades con la GMBE, una técnica quirúrgica restrictiva y malabsortiva para el tratamiento de la obesidad mórbida.

Pacientes Y Métodos: Serie de casos prospectiva. Se incluyeron pacientes con un IMC > 40 kg/m² ó > 35 kg/m² con comorbilidades a los que se les realizó una GMBE entre Febrero de 2004 y Mayo de 2010 por vía laparoscópica o laparotomía en el Hospital Dipreca de Santiago de Chile. Se midieron IMC y Porcentaje Baja de Exceso de Peso (%BEP) y resolución parcial o completa de comorbilidades. A la Gastrectomía en Manga se le agrega un Bypass del yeyuno, anastomosándolo con el ileon a 300 cms del Treitz aproximadamente, asegurando al menos 200 cms de intestino absorbivo. **Resultados:** La serie se compone de 221 pacientes, con una edad media de 41.13±12.1 años y un 71% de mujeres (157 casos). El peso preoperatorio e IMC fue de 106±17 Kg y 38.9±4.9 respectivamente. El tiempo operatorio fue de 135 ± 26,7 min. El IMC y %BEP a los 12, 24, 36, 48 y 60 meses fue de 27±3, 28±2, 28±8, 23±9 y 69.6, 69.5, 64.7, 64.5, 69.4% respectivamente. Resolución de comorbilidades fue observada en un 89,5% de los casos. La morbilidad general fue de 9.9% (1.3% médico, 5.4% quirúrgico y 3.3% ambos grupos). 8.1% de la morbilidad se presentó como tardía. La mortalidad global fue de 1,3%.

Conclusión: GMBE es una técnica efectiva en términos de baja de peso, reducción del IMC y mejoría de comorbilidades.

COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS PRECOCES EN GASTRECTOMÍA EN MANGA LAPAROSCÓPICA

Drs. G. Viscido, R. Funke., EU A. Vega, EU D. Turiel, F. Crovari, A. Escalona, A. Raddatz, F. Pimentel, A. Sharp, C. Boza, G. Perez.

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

Introducción: la gastrectomía en manga laparoscópica es una alternativa quirúrgica novedosa como tratamiento primario de la obesidad. El objetivo de este estudio es analizar la frecuencia, tratamiento y resultado de las complicaciones quirúrgicas en 1000 pacientes con esta técnica en nuestra institución. **Métodos:** análisis retrospectivo de todos los pacientes sometidos a gastrectomía en manga laparoscópica desde de agosto de 2005 a diciembre de 2009.

Resultados: en total se realizaron 1000 gastrectomías en manga laparoscópicas. El 77% de los pacientes fueron de sexo femenino; la edad promedio fue de 38 ± 12 años y el IMC preoperatorio fue de $38,5 \text{ kg/m}^2$ (rango 31-56). Se observó insulinoresistencia en 48% de los pacientes, dislipidemia en el 26,6%, hipertensión arterial en 22%, hígado graso en 13,6% y en el 3% diabetes tipo II. El tiempo operatorio promedio fue de 77 minutos (rango 40-200 minutos) con una estadía hospitalaria de 3 días (rango 2-77 días). No hubo mortalidad. Un caso debió ser convertido a cirugía abierta por sangrado esplénico (0,1%). Se observaron en total 30 pacientes con complicaciones postoperatorias (3%). De ellas, la trombosis del eje porto-mesentérico fue la más frecuente presentándose en 10 casos, todos fueron tratados exitosamente con anticoagulación. Siete pacientes presentaron filtración gástrica, seis de ellos fueron reoperados por laparoscopia complementándose con la instalación de una prótesis endoscópica; el paciente restante fue manejado con drenaje percutáneo más prótesis. Tres pacientes presentaron hemoperitoneo; 1 caso requirió de re-exploración laparoscópica y dos casos fueron manejados exitosamente con observación clínica. Conclusión: nuestros resultados demuestran que la gastrectomía en manga laparoscópica es una técnica segura con corta estancia hospitalaria, bajo porcentaje de complicaciones y reoperaciones. No hubo mortalidad en esta serie de pacientes.

SEGUIMIENTO NUTRICIONAL DE PACIENTES CON GASTRECTOMÍA SUBTOTAL TUBULAR VERTICAL CON IMC <35 KG/M² EN EL TRANCURSO DE DOS AÑOS

Drs. D.Adjemian, E.Diaz, A.Riffo, K.Papapietro, A.Csendes, I. Braghetto, JC Diaz

Centro Integral de Tratamiento de Obesidad y Enfermedades metabólicas. Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción. La Gastrectomía Subtotal Tubular Vertical (GSTV) ha aumentado su indicación en los últimos años. Ésta es una técnica de desarrollo reciente y aún sin seguimiento a largo plazo. **Objetivo.** Analizar la situación nutricional de pacientes con GSTV dos años después de su cirugía.

Materiales y Métodos. Se siguió una cohorte de 60 pacientes con IMC menor a 35 kg/m^2 sometidos a GSTV en el Hospital Clínico Universidad de Chile entre los años 2006-2008. Se realizó un control preoperatorio y posterior a su cirugía, se evaluaron cada 3 meses durante el primer año y luego anual. Análisis estadístico por ANOVA de una vía seguido de un T-test corregido con Bonferroni. **Resultados.** Promedio de edad precirugía 40 años, 87% mujeres y 13% hombres. La evolución del IMC se muestra en tabla 1. A partir del 3° mes existe disminución significativa de éste con respecto al preoperatorio ($p < 0,001$) y en todos los controles posteriores con respecto al 3° mes ($p < 0,001$). Desde el 6° mes y hasta los 2 años el IMC promedio se mantuvo en rango normal. Se observa que sólo el 50% de los pacientes acuden a control médico al 3° mes postoperatorio y a los 2 años disminuye a 30%.

Además, 22% nunca acudió a control. Después del primer año, el 37% de los pacientes reganaron peso.

TABLA 1.

	Pre-cirugía	3 meses	6 meses	1 año	2 años
Número	60	29	29	22	21
IMC (rango)	media 33,1 (29-34)	27,1(21-30)	24,5 (20-29)	23,4 (20-28)	24,6 (20-30)

Conclusión. En este grupo de obesos grado I la GSTV disminuyó el IMC hasta valores normales en los primeros meses postoperatorios, pero con un importante porcentaje de ellos con reganancia de peso posteriormente. Esto podría explicarse por la muy baja adherencia a controles médicos. Se estima necesario informar adecuadamente a estos pacientes en la evaluación preoperatoria.

RESULTADOS DE GASTRECTOMÍA EN MANGA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES CON OBESIDAD GRADO I.

Drs. C. Ovalle^{1,2}, C. Farías^{1,2}, J.I. Fernández¹, J. de la Maza^{1,2}, C. Cabrera^{1,2}, K. Kosiel¹, A.M. Molina¹, A. Morales¹, Psic. S. Chahuan¹, P. Ulloa¹, E. Figueroa¹, Nut .A. Reyes¹, C. Basso¹, G. Vera¹, E.U. X. Rey¹

Centro Integral de Nutrición y Obesidad, Clínica Tabancura¹.

Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile².

Introducción: La gastrectomía en manga (GM) se ha masificado durante los últimos 6 años como procedimiento bariátrico primario, con resultados promisorios y una baja tasa de complicaciones. La disminución del riesgo quirúrgico pudiera justificar intervenciones en pacientes con $\text{IMC} < 35 \text{ Kg/m}^2$, si se logran resultados satisfactorios. **Objetivos:** Realizar un análisis retrospectivo de los resultados quirúrgicos y seguimiento a corto plazo de pacientes con obesidad grado I, sometidos a GM. **Materiales y Métodos:** Se incluyeron todos los pacientes sometidos a GM, con obesidad grado I. Esto corresponde a 170 pacientes, un 90% a mujeres y 10% a hombres, con edad promedio de 38,7 años e IMC promedio de $32,8 \text{ Kg/m}^2$. Mediante una base de datos electrónica prospectiva, se analizaron los datos demográficos, comorbilidades, tiempo operatorio, conversión, reoperaciones, morbimortalidad, baja de peso y resolución de comorbilidades. **Resultados:** El tiempo operatorio promedio fue de 54 min. (40–90min.). No hubo necesidad de conversión a técnica abierta. Se registró un 2,9% de complicaciones precoces y un 3,5% de complicaciones tardías. Dos pacientes (1,2%) debieron ser reoperados. No hubo mortalidad. El porcentaje de baja de exceso de peso a los 3, 6 y 12 meses postoperatorios, fue de 80%, 104% y 112%, respectivamente. Al año postoperatorio, el IMC promedio fue de $24,1 \text{ Kg/m}^2$, el 65% de los pacientes alcanzó un IMC normal y el 96% dejó de ser obeso. **Conclusiones:** La GM como procedimiento bariátrico primario, resulta una técnica con una baja tasa de complicaciones y buenos resultados en cuanto a baja de peso a mediano plazo.

GASTRECTOMÍA EN MANGA CON BYPASS ENTERAL PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON IMC <35 Y COMORBILIDADES

Dr. M. Alamo, Dr. M. Sepúlveda, Dr. J. Gellona, Dr. C. Astorga, Dr. P. Brante, Dr. C. Sepúlveda, Int. A. Carrasco
Hospital Dipreca, Universidad Diego Portales

Introducción: La cirugía bariátrica ha demostrado ser beneficiosa en el tratamiento de las comorbilidades, y que no necesariamente puede ser atribuido a la baja de peso. El objetivo del trabajo es presentar los resultados a mediano plazo de la Gastrectomía en Manga con Bypass Enteral (GMBE) en pacientes con IMC <35 y comorbilidades.

Pacientes Y Métodos: 21 pacientes operados con la técnica GMBE laparoscópica con Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2) y/o Resistencia a la Insulina (RI) en forma retrospectiva de una base de datos del Servicio de Cirugía del Hospital Dipreca de Santiago. Todos los pacientes tenían un IMC <35. A la Gastrectomía en Manga se le agrega un Bypass del yeyuno a 20 cms del Treitz, de 300 cms de longitud, anastomosándolo en el ileon, asegurando al menos 200 cms de intestino absorbivo.

Resultados: 21 pacientes, 13 mujeres, con mediana de edad de 39,5 (23 -65) años. Las patologías asociadas más frecuentes fueron: Dislipidemia (n =11), Resistencia a la insulina (n = 9), DMT2 (n = 8), HTA (n =6). En 19 pacientes el abordaje fue laparoscópico, el tiempo quirúrgico fue de 120 (100 – 160) minutos, la mediana de estadía postoperatoria fue de 2 (2 -3) días. El peso preoperatorio medio fue de 88 kg (64 – 117) y el IMC de 32 (25 – 34,4). Con un seguimiento promedio de 8 (1-18) meses, el IMC a los 3, 6, 12 y 18 meses fue de 26,5; 24,3; 23,7 y 23, 8 respectivamente, El porcentaje de baja de exceso de peso alcanzó al 76,5%. La mejoría de comorbilidades alcanzó al 80%. No hubo complicaciones ni mortalidad en esta serie.

Conclusión: La GMBE es una técnica efectiva en la resolución de DMT2 y RI en pacientes con IMC <35, además, de ser simple técnicamente, por lo que recomendamos su uso en diabéticos no obesos.

EFFECTO DEL EJERCICIO FÍSICO EN LA COMPOSICIÓN CORPORAL POSTERIOR A CIRUGÍA BARIÁTRICA

Drs. P. Becerra, J. Pino, M. J. Ríos, A. Palacio, M. Salinas, M. Olivares, G. Pérez.
Departamento de Cirugía Digestiva, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: Posterior a la cirugía bariátrica el Ejercicio Físico se ha indicado dentro del enfrentamiento multidisciplinario para evitar pérdida exagerada de masa magra. Sin embargo, no está claro el efecto cuantitativo del EF. Nuestro objetivo fue medir a corto plazo el efecto de un Programa de Ejercicio Físico (PEF) en la composición corporal post cirugía bariátrica.

Materiales y Métodos: Estudio observacional que incluyó 122 pacientes operados entre enero y diciembre del 2009 evaluados con Bioimpedanciometría

basal, a los 3 y a los 6 meses postoperatorios. Los pacientes fueron divididos en dos grupos según la realización de PEF (PEF+ v/s PEF-).

Resultados: Los grupos PEF+ (64 pacientes) y PEF- (58 pacientes) no presentaron diferencias en sexo, edad ni en tipo de operación realizada. Las características basales de IMC y composición corporal tampoco mostraron diferencias. En el seguimiento a 3 y 6 meses no hubo diferencias en cuanto al porcentaje de pérdida de exceso de peso entre ambos grupos, sin embargo, el grupo PEF+ presentó una pérdida de masa magra significativamente menor que el grupo PEF- (2.27 y 6.2 v/s 8.35 y 30.8 kg respectivamente (p<0,001)).

Conclusiones: El Ejercicio Físico puede constituir una buena medida para preservar masa magra en el corto plazo post cirugía bariátrica contribuyendo en una mejor calidad de baja de peso.

BAJA DE PESO Y MEJORÍA DE ENFERMEDADES ASOCIADAS CON UN AÑO DE IMPLANTE DE DISPOSITIVO ENDOSCÓPICO PARA BYPASS DUODENOYEUINAL

Drs. P. Becerra, M. Slako, D. Turiel, F. Pimentel, A. Sharp, L. Ibáñez, C. Bambs, S. Guzmán, A. Escalona.

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

Introducción: El dispositivo para bypass duodenoyeyunal (EndoBarrier™) es un implante endoscópico que reproduce el componente de bypass intestinal del bypass gástrico. Estudios reportados han demostrado promisorias mejorías en diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y baja de peso hasta por 6 meses. El presente reporte describe la pérdida de peso y cambios metabólicos en pacientes obesos que fueron implantados durante un año. **Métodos:** El dispositivo fue implantado endoscópicamente en 39 de 42 sujetos (peso: 109.2±17.6kg; IMC: 43.8±5.8kg/m²; edad: 34.8±10 años; 79.5% mujeres). Tres sujetos no se implantaron por anatomía desfavorable. El tiempo promedio de implante fue de 23±11 min. Hubo 15 retiros endoscópico precoces debidos a desplazamiento del dispositivo (8), obstrucción del dispositivo (3), dolor abdominal (2), colecistitis aguda (1) y solicitud del paciente (1). El peso y mejoría metabólica fue analizada en los 24 pacientes que completaron el protocolo de implante por un año.

Resultados: La pérdida de peso observada al año fue de 22.3±10.5kg equivalente a 46.319.4% del exceso de peso (p<0.001). La mejoría metabólica incluyó disminución del perímetro de cintura de 20.6±8.1cm (p<0.0001), presión arterial sistólica 8.6±15mmHg, (p<0.01), colesterol LDL de 25.9±24.5mg/dl (p<0,0001), triglicéridos 45.1±65.1mg/dl (p=0.007) sin cambios en el colesterol HDL 0.6±7.3mg/dl (p=0.7). La HbA1c bajó de 7.9±2 a 6.5±1.6 (p=0,05) en 6 sujetos con DM2.

Conclusiones: El dispositivo EndoBarrier™ mantiene un efecto en la pérdida de peso y mejoría de función metabólica durante un año. Esto sugiere que este nuevo dispositivo puede ser un candidato para el tratamiento primario de DM2 y obesidad mórbida..

CONTROL GLICÉMICO POST BYPASS GÁSTRICO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 E ÍNDICE DE MASA CORPORAL MENOR 35 KG/M².

Drs. M. Slako, N. Salgado, P. Becerra, S. Guzman, C. Boza, G. Perez, F. Crovari, A. Raddatz, R. Funke D. Turiel, A. Escalona.

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

Introducción: El Bypass Gástrico (BPG) favorece un precoz y mantenido control glicémico en pacientes con obesidad mórbida y diabetes tipo 2 (DM2). El objetivo de este estudio es evaluar el efecto del BPG en el control metabólico en pacientes con DM2 e índice de masa corporal (IMC) menor a 35. Pacientes y Métodos: Se revisó en forma retrospectiva el registro y evolución postoperatoria de pacientes diabéticos con mal control metabólico (HbA1c >7%), IMC entre 30 a 35 kg/m² sometidos a BPG entre Septiembre de 2003 a Mayo de 2009, analizándose aquellos pacientes con seguimiento entre 3 y 12 meses. Se evaluó sus características epidemiológicas, Glicemia, hemoglobina glicosilada y tratamiento de su diabetes en el preoperatorio comparándolos con los resultados al seguimiento. Resultados: fueron operados 42 pacientes, de los cuales 33 presentaban seguimiento entre 3 y 12 meses (78% de seguimiento), con una mediana de seguimiento de 8,8 meses (3 -12). La distribución por sexos es de 24 mujeres y 9 hombres. La mediana de edad e IMC fue de 48 (28 – 66) años y 33.5 kg/m² (30,3 – 35) respectivamente. Antes de la cirugía, 30 pacientes estaban en tratamiento con hipoglicemiantes orales y 6 eran insulino-requiere. La mediana de HbA1c preoperatoria fue de 8,3 %

(rango 7–15,1). De los 42 pacientes hubo 4 complicaciones (9,5%), y ninguna mortalidad. La mediana de IMC a los 3, 6 y 12 meses fue de 27,7; 26,6; 26,1 respectivamente. La glicemia en ayunas a los 3, 6 y 12 meses fue de 106,3; 91,6; y 89,4 mg/dl ($p < 0,01$). De los 33 pacientes con seguimiento, 24 habían suspendido tratamiento y 9 han disminuido sus hipoglicemiantes al año de seguimiento. La HbA1c a los 3, 6 y 12 meses fue de 6,3; 6,0 y 6,1% ($p < 0,001$).

Conclusión: En pacientes con obesidad leve y DM2 con mal control metabólico sometidos a BPG se observa una mejoría significativa en los niveles de HbA1c a corto plazo. Estos resultados sugieren que el BPG podría ser una buena alternativa para lograr control glicémico en pacientes con obesidad leve y DM2, hallazgos que deben ser evaluados en estudios prospectivos, controlados con mayor seguimiento

REMISIÓN DEL SÍNDROME METABÓLICO POST CIRUGÍA BARIÁTRICA EN PACIENTES CON IMC < 35 KG/M².

Drs. N. Salgado, C. Chahuán, G. Pérez, F. Crovari, R. Funke, A. Raddatz, L. Ibañez, C. Boza.
Departamento de Cirugía Digestiva. División de Cirugía. P. Universidad Católica de Chile

Introducción: El síndrome metabólico (SM) es un factor de riesgo para morbilidad y mortalidad cardiovascular. Un porcentaje importante de la población obesa tiene SM. Es de interés actual, estudiar la remisión del SM en los pacientes operados de cirugía bariátrica con índice de masa corporal (IMC) menor a 35 kg/m².

Objetivo: Describir resultados post Cirugía Bariátrica y determinar la remisión del SM en pacientes con IMC < 35 kg/m².

Materiales Y Métodos: Cohorte no concurrente antes y después, de pacientes con SM según criterios del III Panel de Tratamiento para Adultos (ATP III), con IMC < 35 que fueron operados entre septiembre 2003 a julio 2010 de bypass gástrico o gastrectomía en manga. Se compararon los registro pre y postoperatorios de las variables: circunferencia de cintura (cc), triglicéridos, lipoproteínas de alta densidad (HDL), presión arterial y glicemia en ayunas. Se aplicaron pruebas de normalidad y asociación entre las variables.

Resultados: Un total de 169 pacientes con SM fueron operados, 53 de éstos tuvieron un seguimiento entre 12 y 24 meses, promedio de 17 ± 5 posterior a cirugía bariátrica, 33 mujeres (62%) con una media de edad de 48 ± 9 años y mediana de IMC de 32,78 (28,7-34,96) kg/m², el 87% pacientes se realizó bypass gástrico. Los promedios preoperatorios de cc en hombres fue de $106,65 \pm 8,34$ cm y en mujeres $105,4 \pm 9,22$ cm; triglicéridos: $220,35 \pm 125,38$ mg/dl; HDL hombres: 38 ± 7 mg/dl y mujeres $41,90 \pm 8,77$; presencia de hipertensión arterial (HTA) 75,5% de los pacientes y glicemia en ayunas $142,2 \pm 45,51$ mg/dl. El control postoperatorio de las mismas variables fue el siguiente: cc hombres: $88 \pm 8,77$ cm. y mujeres $82,41 \pm 7,30$ cm.; triglicéridos: $120,05 \pm 60,09$ mg/dl; HDL hombres: $47,2 \pm 22$ y mujeres $54,93 \pm 11,09$ mg/dl, presencia de HTA 25%, glicemia en ayunas $98,03 \pm 24,75$ mg/dl. En todas las variables analizadas se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Una remisión del SM en el 70% de los pacientes fue observado después de cirugía bariátrica.

Conclusiones: La cirugía bariátrica está asociada a una mejoría en un gran porcentaje de pacientes con SM y podría explicar la reducción de sus alteraciones patológicas en los pacientes con IMC menor a 35 kg/m².

CAMBIOS EN LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA ASOCIADOS A BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX (BPGYR): EXPERIENCIA 2000-2010 EN HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE.

Drs. G. Montesinos¹, K. Papapietro¹, A. Riffo¹, E. Díaz¹, E. Lanzarini¹, C. Paulsen¹, F. Papic¹, P. Cuevas¹, S. López¹, I. Berrocal², G. Castro², T. Massardo²

¹Departamento de Cirugía; ²Sección Medicina Nuclear del Dpto. Medicina. Hospital Clínico Universidad de Chile (HCUCH).

Introducción: El bypass gástrico en Y de Roux (BPGYR) sigue siendo el gold standard en cirugía bariátrica, presentando efectos conocidos sobre la resorción ósea. Se conoce que el exceso de peso está asociado a mayor DMO, variable según origen étnico. En el año siguiente a un BPGYR hay pérdida de DMO, más acelerada en caderas, con relativa estabilización posterior, concordante con la mayor tasa de pérdida de peso. El objetivo de este estudio fue determinar densidad de masa ósea mineral (DMO) en nuestra población con BPGYR post máxima reducción de peso.

Materiales y método: Estudio retrospectivo desde año 2000 en mujeres con BPGYR y seguimiento de DMO en el HCUCH. En todas se realizó evaluación postoperatoria y suplementación con calcio y Vitamina D. Se controló con densitometría ósea de doble haz desde 1 año postoperatorio. Se incluyeron 119 mujeres (edad promedio 43±12 a (mediana:43, rango:15-69). El período entre cirugía y control fue 27±20 meses. Además, se evaluó seguimiento seriado en 18 de ellas (46±12 años) con el mismo equipo (Lunar DPX-L), a los 14±7 y 47±18 meses post cirugía. El diagnóstico de osteoporosis y osteopenia fue definido según criterios OMS usando T-score para población de 20 a 40 años.

Resultados: De las pacientes incluidas, el IMC preoperatorio fue 42,2±5, con un mínimo alcanzado de 27±4 (p<0.0001). La DMO en columna lumbar (CL) fue 1,193±0,18gr/cm² y en cadera izquierda (CI) 0,978±0,15gr/cm². Las pacientes >50 años tuvieron DMO disminuida (T-score < -1) en 51% en CL y en 39% en CI, alcanzando grado de osteoporosis en 33% y 13%, respectivamente. La edad se asoció inversamente a la DMO en CI y CL (r:-0.35; p<0.0001 y r:-0.31; p<0.0006). El IMC inicial se asoció positivamente a DMO de CL (r:0.19; p=0.03) y de CI (r:0.17; p=0.06). El exceso de peso también se asoció al T-score (r:0.2; p=0.02 y r:0.22; p=0.01, respectivamente) y a DMO de CL (r:0.18; p=0.04).

En el seguimiento seriado el peso se mantuvo estable (77±14 vs 74±27 kg, p=ns), mientras que la DMO se redujo en el control más alejado (CL y CI: p=0.02; cadera derecha: p=0.001).

Conclusiones: Después del BPGYR la DMO disminuye progresivamente a pesar del alto peso inicial y suplementación postoperatoria. Para optimizar el manejo, consideramos importante contar con estudio de DMO preoperatorio y control seriado en ambas caderas, pues los factores de riesgo individuales son variables.

RESULTADOS DE LA GASTRECTOMÍA EN MANGA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES DIABÉTICOS CON IMC MENOR A 35 KG/M²

Drs. N. Salgado, G. Inostroza, F. Moisan, A. Donoso, G. Pérez, F. Crovari, R. Funke, A. Raddatz, Luis Ibañez, C. Boza.

Departamento de Cirugía Digestiva, División de Cirugía, Escuela de Medicina, Universidad Católica Santiago Chile

Introducción: Es bien conocida la relación entre obesidad y Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2), así como el efecto de la cirugía bariátrica en el control metabólico de estos pacientes. Existen pocos reportes evaluando la utilidad de la Gastrectomía en Manga Laparoscópica (GML) en pacientes con IMC menor a 35 kg/m² y diabéticos.

Objetivo: Estudiar el efecto de la GML en pacientes diabéticos con IMC menor a 35 kg/m² en términos de su control glicémico y remisión de diabetes. **Material Y Método:** Cohorte no concurrente de pacientes con diagnóstico de DMT2, con un IMC < a 35 kg/m², operados de GML entre mayo 2006 y julio 2009. Se compararon los valores pre y postoperatorios de IMC, glicemia y hemoglobina glicosilada (HbA1c) además del uso de hipoglicemiantes orales. Se midieron los datos del 6^{to} y 12^{do} mes postoperatorio. Se realizó un análisis univariado utilizando un test de rangos con signos de Wilcoxon para medición de las variables en estudio.

Resultados: Se analizaron un total de 13 pacientes con un promedio de seguimiento de 10,5 meses postoperatorio, 60% varones y una mediana de edad de 50 años (21-59). La mediana del IMC preoperatorio fue de 33,37 kg/m² con un rango entre 30,37 a

34,64, la de glicemia fue de 150 mg/dl (117-336) y la de HbA1c 7,6% (6,3 - 10,9). Las mediciones de IMC a los 6 y 12 meses postoperatorios fueron de 27,50 (27-26,93) y 27,7 (21,83-29,96) kg/m² respectivamente; las medianas de glicemias fueron de 91,8 (82-100) y 87 (79-109) mg/dl a 6 y 12 meses. La HbA1c fue de 5,55 (5,3-5,8) y 5,8 (4,9-6,5) % en este mismo periodo. La diferencia fue estadísticamente significativa (p<0,05) al comparar las variables de estudios. El tiempo promedio entre el diagnóstico de diabetes y la cirugía fue de 2,6 años. El porcentaje de pérdida del exceso de peso al año fue 68,07% (48,54-142,33). Ningún paciente requirió medicamentos hipoglicemiantes orales postquirúrgicos al 12do mes de control postoperatorio.

Conclusiones: La GML se asoció a la remisión de la DMT2 en esta cohorte de pacientes en términos de normalización de los valores de glicemia, HbA1c y ausencia de medicación hipoglicemiante oral postoperatoria.

MORBIMORTALIDAD POSTOPERATORIA Y RESOLUCION DE COMORBILIDADES EN HIPER-HIPEROBESOS

Drs. E. Lanzarini, A. Marambio, L. Fernández, J. Lasnibat, M. Musleh, J. C. Díaz, G. Watkins, I. Braghetto, A. Csendes

Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: El tratamiento quirúrgico de los pacientes con IMC>60 constituye un verdadero desafío dado la mayor prevalencia de comorbilidades, dificultades técnicas y requerimientos de cuidados postoperatorios especiales, lo que puede llevar a un mayor número de complicaciones y mortalidad.

Objetivo: Describir una serie de pacientes con IMC>60 que son sometidos a tratamiento quirúrgico y sus resultados a corto y mediano plazo. **Material y Método:** Se revisaron retrospectivamente las fichas de los pacientes operados de cirugía bariátrica los últimos 10 años que presentaron un IMC>60. Se analizaron las características clínicas, tratamiento y morbimortalidad perioperatoria. **Resultados:** Durante este período se operaron 11 pacientes, 6 mujeres y 5 hombres. El promedio de edad fue 36,7±9,8 años (23-54), mientras que el IMC promedio fue de 63,2 (60-67,4). Cinco pacientes tenían hipertensión, 2 diabetes mellitus tipo 2, 1 dislipidemia, 1 apnea del sueño y 2 artrosis. A todos los pacientes se les realizó un bypass gástrico, con técnica abierta en 9 de ellos. En 6 pacientes se resecó el estómago remanente. Se realizó un control de anastomosis al cuarto día postoperatorio no evidenciándose filtración. Tres pacientes (27,2%) presentaron algún tipo de complicación durante el período postoperatorio, dos pacientes un síndrome febril y el tercero una fístula de la GYA. Dos de estos pacientes (18%) finalmente fallecieron a causa de las complicaciones. La estadía hospitalaria promedio fue 7,6 días (5-12, mediana 7). A los 12 meses los pacientes presentaban un descenso significativo del peso (p=0,04), con un IMC promedio de 41,3 y una normalización de los niveles de glicemia en ayuna, colesterol y triglicéridos. **Conclusiones:** En nuestra experiencia los hiperobesos son una población especial ya que presentan un mayor porcentaje de complicaciones postoperatorias y finalmente mortalidad. A pesar de que presentan buenos resultados ponderales y metabólicos durante el seguimiento, se deben hacer los todos esfuerzos para lograr una baja de peso significativa en el preoperatorio.

HIPEROBESIDAD v/s OBESIDAD MORBIDA: ESTUDIO COMPARATIVO

Drs. E. Lanzarini, A. Marambio, L. Fernández, J. Lasnibat, E. Díaz, A. Rizzo, K. Papapietro, M. Musleh, J.C. Díaz, I. Braghetto, A. Csendes
Departamento de Cirugía. Unidad de Nutrición. Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: La cirugía bariátrica es efectiva y segura en el tratamiento de los obesos con IMC>40, sin embargo, a mayor peso preoperatorio aumenta la morbimortalidad. Gracias a la experiencia acumulada en el tiempo, se ha logrado someter a esta cirugía a pacientes con IMC cada vez mayores. **Objetivo:** Describir y comparar los resultados perioperatorios y a mediano plazo entre pacientes hiperobesos y obesos mórbidos sometidos a bypass gástrico.

Material y Método: Estudio prospectivo que incluye a todos los pacientes con IMC>50 y <60 operados de cirugía bariátrica los últimos 10 años. Se analizaron las características clínicas, morbimortalidad perioperatoria y resolución de comorbilidades. Se compararon los resultados con un grupo de obesos mórbidos (IMC>40 y <50) pareados por edad y sexo.

Resultados: Durante este período se operaron 146 hiperobesos, que fueron pareados y comparados con 165 obesos mórbidos. El 66,8% (208) fueron mujeres y el promedio de edad del grupo total fue 39,9±12,4 años (15-73), sin encontrar diferencias significativas entre ambos grupos por sexo y edad. El IMC promedio fue de 53 y 44,4 respectivamente. El 21,5% (57) tenía diabetes mellitus tipo 2, el 39,5% (106) hipertensión arterial, el 31% (83) dislipidemia y el 8,4% (21) artrosis, sin encontrar diferencias significativas por grupo a excepción de una mayor prevalencia de dislipidemia en los obesos mórbidos (p=0,001). A todos los pacientes se les realizó un bypass gástrico. Un 10,4% presentaron complicaciones quirúrgicas durante el postoperatorio, no existiendo diferencias entre ambos grupos (p=0,24). A los 12 meses todos los pacientes presentaban un descenso significativo del peso, con un IMC promedio de 33,6 y 28,4 respectivamente, sin embargo, los hiperobesos presentaban un descenso más acentuado (baja promedio 50,8 vs 41,2; p=0,001). Los niveles de glicemia en ayunas, colesterol y triglicéridos también presentaron un descenso significativo (p<0,001 para cada uno) sin lograr diferencia entre ambos grupos. La presencia de complicaciones en el postoperatorio estuvo estrechamente relacionada a la presencia de un mayor peso preoperatorio (p=0,005). Un paciente hiperobeso falleció a causa de complicaciones quirúrgicas. No hubo mortalidad en el grupo de obesos mórbidos. **Conclusiones:** El bypass gástrico es efectivo en la baja de peso y resolución de comorbilidades tanto en obesos mórbidos como en hiperobesos, sin presentar diferencias significativas en las complicaciones quirúrgicas y mortalidad.

"REFLUJO GASTROESOFAGICO PATOLOGICO Y OBESIDAD MODERADA: ESTUDIO PROSPECTIVO COMPARATIVO NO ALEATORIO DE DOS TECNICAS QUIRURGICAS"

Drs. L. Gutiérrez, I. Braghetto, E. Lanzarini, O. Korn, J.C. Molina, H. Valladares, J. Zúñiga, D. Oksemberg, A. Henríquez
Departamento de Cirugía, Anestesia y Servicio de Gastroenterología. Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: El paciente obeso es propenso a desarrollar reflujo gastroesofágico (RGE) patológico. La gastrectomía subtotal vertical laparoscópica (GSTVL) es un procedimiento quirúrgico efectivo y reproducible en lograr significativa pérdida de peso, pero falla en corregir un RGE patológico. De hecho hay evidencia que un paciente con RGE agrava su sintomatología en el postoperatorio. En contrapartida la gastrectomía subtotal con Y de Roux laparoscópica (GSTYRL) es el mejor procedimiento en controlar el RGE pero requiere equipos quirúrgicos altamente entrenados.

Objetivo: demostrar los resultados de un grupo de pacientes sometidos a GSTVL más funduplicatura y otro grupo sometido a GSTYRL

Método. Dos grupos de 12 pacientes obesos moderados, cada uno con IMC entre 31 a 34 y portadores de RGE patológico demostrado fueron

sometidos a GSTVL mas fundoplicatura y el otro a GSTYRL entre Enero de 2005 y Junio de 2010. La edad media fue 46 +/- 20 a 65 años. El IMC promedio fue 32,9 +/- 29,6 a 36 kg/ m². En ambos grupos los pacientes presentaron comorbilidades. Resultados: El tiempo operatorio promedio del primer grupo fue 150 +/- 25 minutos y de 180 +/- 30 minutos en el otro grupo, sin diferencia estadística significativa (ns). En ningún grupo hubo complicaciones intraoperatorias o conversión a cirugía abierta. La estadía hospitalaria fue 5 +/- 1 día en el primer grupo y de 7 +/- 2 días en el segundo (ns). En el segundo grupo una paciente presentó hemoperitoneo post operatorio por sangrado del bazo, que se manejó con embolización selectiva. Todos los pacientes tuvieron control radiológico de su anastomosis sin evidencias de filtración. Existe seguimiento clínico y de laboratorio a 36 meses en nueve pacientes del primer grupo y siete del segundo. El IMC fue 27.0 +/- 1,2 kg/ m² en el primer grupo y de 24 +/- 1.5 kg/ m² en el segundo grupo (ns). EDA, manometría y pH metría de 24 horas no demostraron presencia de RGE patológico. La mayoría de las comorbilidades están resueltas a los 36 meses en ambos grupos. Tres pacientes no han completado los 36 meses de seguimiento en el primer grupo y cinco en el segundo, pero están clínicamente sin complicaciones.

Conclusiones: "Ambas técnicas pueden ser aceptables para pacientes obesos moderados con RGE patológico, pero la GSTYRL requiere una curva de aprendizaje mayor.

"Si bien aparentemente existe mejor control con GSTYRL, no hay una diferencia estadísticamente significativa.

EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN BYPASS GÁSTRICO EN HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO.

Dr. A. Navarrete.¹, Dr. H. Ríos.¹, Dr. L. Suarez.¹, Dr. S. Rosas.¹, Dr. R. Sepúlveda.¹, Alfonso Navia².

1.- Servicio Cirugía Hospital Militar. 2.- Alumno Universidad de los Andes

Introducción: El Bypass Gástrico es una de las técnicas quirúrgicas más utilizadas en la cirugía bariátrica principalmente por sus buenos resultados tanto en el control de obesidad mórbida como en la resolución de las comorbilidades asociadas como HTA, DM2, Dislipidemia, SAHOS entre otras. Además, de esto es la técnica que posee un mayor seguimiento a largo plazo lo que determina un exhaustivo conocimiento de sus resultados y sus complicaciones. Objetivo: Dar a conocer la experiencia de nuestro centro en Bypass Gástrico. Materiales y Métodos: Se procedió a la revisión retrospectiva de todas las fichas de pacientes entre los años 2000 – 2010 a los cuales se les realizó un Bypass Gástrico abierto o laparoscópico. Resultados: Se obtuvo un registro total de 240 pacientes. El promedio de edad de nuestra serie fue de 40.4 años (rango 17-62) con una distribución por sexo de 180 mujeres (75%) y 60 hombres (25%). El promedio de IMC fue de 41.3 m²/kg que se distribuyeron de

la siguiente forma; el 41.6% con IMC 40-45, el 32.5% entre 35-40, el 16.2% con IMC >45 y el 9.5% con un IMC <35. Las comorbilidades más comunes en nuestros pacientes fueron: HTA 37.8% insulinorresistencia 42.9%, dislipidemia 36.6%, SAHOS 28.3%, DM2 12.1% e hígado graso en un 52.2%. En el 89.5% se realizó un bypass gástrico con técnica abierta y en el restante 10.5% con técnica laparoscópica. El tiempo operatorio promedio fue de 151 minutos (160 min abierta, 213 min laparoscópico en promedio). La tasa de conversión fue de un 12% dado principalmente por adherencias de cirugías previas. La presencia de coleditiasis concomitantes fue de un 7% todas solucionadas en la misma cirugía. La tasa de complicaciones quirúrgicas fue de un 6.5% dentro de las cuales las más frecuentes fueron la estenosis de la boca anastomótica (9 casos), la dehiscencia de la anastomosis (3 casos), esplenectomía por hemorragia esplénica (2 casos) y perforación víscera hueca (1 caso). Las complicaciones médicas fueron un total de 5.4% dado principalmente por infecciones urinarias y respiratorias y trombosis venosas profundas. El promedio de estadía hospitalaria fue de 7.5 con un rango de 4-55. La tasa de mortalidad de nuestra serie fue de un 0.8% (2 casos). Conclusión: Los resultados obtenidos son similares a los que se describen en las distintas series tanto nacionales como internacionales. Es vital tener y conocer el seguimiento a largo plazo de nuestros pacientes para poder compararnos con los resultados internacionales.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA DIABETES TIPO 2 EN PACIENTES CON IMC < 35: SEGUIMIENTO A 2 AÑOS

Drs. E Lanzarini, A Csendes, L Gutiérrez, H Lembach, J Molina, K Papapietro, I Braghetto, A Burgos, M Musleh, V Araya

Departamento de Cirugía. Unidad de Nutrición. Departamento de Endocrinología. Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: El manejo quirúrgico de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) en pacientes con IMC < 35, también llamada cirugía metabólica, se encuentra en etapa de protocolo en grupos quirúrgicos nacionales y extranjeros. Se han propuesto múltiples procedimientos y existe creciente interés en los resultados del seguimiento de estos pacientes en términos de control metabólico a largo plazo y complicaciones.

·Objetivo: Reportar los resultados metabólicos del bypass gástrico modificado como tratamiento de la DM2 en pacientes con IMC < 35, con seguimiento hasta 24 meses.

·Material y Método: Protocolo prospectivo que incluye pacientes con DM2 con IMC < 35, sometidos a by pass gástrico modificado, con asa biliar-pancreática de 2mt y asa alimentaria de 1mt, desde Agosto del año 2008 hasta Agosto del 2010.

·Resultados: Serie prospectiva compuesta por 40 pacientes con DM2, 18 hombres y 22 mujeres, con una edad promedio de 50,6 años, e IMC promedio

de 31,5 (rango: 25 a 34). El tiempo promedio de evolución de la DM2 fue de 5,7 años. En el preoperatorio la glicemia promedio fue de 159 mg/dl, la hemoglobina glicosilada fue de 8,15%, todos usaban hipoglicemiantes orales, 11 de ellos 2 fármacos, y 4 pacientes usaban insulina. El promedio de seguimiento postoperatorio es de 16 meses. En el Post operatorio la glicemia promedio a 24 meses descendió a 83mg/dl, hemoglobina glicosilada promedio disminuyó a 5,2%, y el IMC promedio se estabilizó en 24,2. Actualmente el 95% de los pacientes cumple con criterios de remisión para DM2, el 5% mejoría y ningún paciente se encuentra igual o peor. Sólo 1 paciente presentó una complicación postoperatoria (hemoperitoneo). Conclusión: En pacientes con IMC < 35 el bypass gástrico modificado es un procedimiento seguro y efectivo en el control metabólico de la DM2, con una baja de peso hasta niveles normales, resultados que se mantienen a 24 meses de seguimiento.

TITULO: BYPASS GASTRICO LAPAROSCÓPICO EN Y-DE-ROUX VS GASTRECTOMÍA EN MANGA LAPAROSCÓPICA. ESTUDIO DE CASO Y CONTROL CON SEGUIMIENTO A 3 AÑOS.

Drs. C. Gamboa, J. Salinas, A. Vega, N. Salgado, F. Pimentel, G. Pérez, R. Funke, A. Raddatz, A. Escalona, F. Crovari, P. Achurra, F. Maluenda, I. Eugenin, L. Ibáñez, C. Boza.

Departamento de Cirugía Digestiva, División de Cirugía. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.

Introducción: Pocos estudios han comparado la eficacia de la gastrectomía en manga laparoscópica (GML) con el bypass gástrico laparoscópico (BGLYR). Se realizó un estudio de casos y controles

para evaluar los resultados quirúrgicos, progresión de peso y resolución de las comorbilidades. Material y métodos: De enero 2006 a septiembre 2009 se operaron 811 pacientes de GML como cirugía primaria, los cuales fueron pareados por edad, género e índice de masa corporal (IMC) preoperatorio con 786 pacientes sometidos a BGLYR. Se analizaron las variables perioperatorias, tasa de complicaciones, mortalidad, pérdida de exceso de peso (PEP) después de 1, 2 y 3 años y resolución de comorbilidades. Se utilizó el programa SPSS 16.0 para el análisis estadístico, prueba t-student y no paramétrica para variables continuas y chi2 o test exacto de Fisher para variables categóricas. Resultados: La edad promedio de BGLYR y GML fue de 37,0±10,3 y 36,4±11,7 años, respectivamente (p=ns). La mayoría de los pacientes eran mujeres BGLYR 76,6% vs GML 76,2%, (p=ns). El IMC preoperatorio fue similar en ambos grupos BGLYR 38,0±3,2 vs GML 37,9±4,6 (p=ns). El tiempo operatorio promedio fue mayor en el BGLYR 106,2±33,2 vs 76,6±28,0 min, (p<0,001) y la estadía hospitalaria fue mayor en BGLYR 3,4±4,4 vs 2,8±0,8 (p<0,001). Se observaron complicaciones precoces en 7,1% en BGLYR y 2,9 % de GML (p<0,001), la tasa de filtración fue 0,7% para BGLYR y 0,5% para GML (p=ns). El %PEP para BGLYR vs GML a 1 año fue de 97,2±24,3 vs 86,4±26,4 (p<0,001), a dos años fue de 94,6±30,2 vs 84,1±28,3 (p<0,001) y a 3 años fue de 93,1± 25,0 vs 86,8±27,1 (p=ns). El Colesterol total en el primer año en BGLYR vs GML fue de 169±32,9 vs 193±38,7 (p<0,001), la mejoría o resolución de la diabetes fue similar en ambos grupos (86,6% vs 90,9%).

Conclusión: La GML se ha aceptado como un procedimiento bariátrico primario en el tratamiento de la obesidad con resultados comparables a BGLYR en el seguimiento a mediano plazo.

Seccional: CABEZA Y CUELLO

RECONSTRUCCIÓN DE ESÓFAGO PROXIMAL UTILIZANDO COLGAJO MICROVASCULARIZADO DE YEYUNO
Rocío Las Heras¹, Francisca Fernández², Óscar Cuevas³, Felipe Capdeville³, Marcelo Veloso⁴, Arturo Madrid³

¹Residente de Cirugía General, Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo.

²Interno de Medicina, Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo.

³Cirujano de Cabeza y Cuello, Instituto Nacional del Cáncer, Clínica Alemana de Santiago.

⁴Cirujano de Cabeza y Cuello, Instituto Nacional del Cáncer.

Introducción: La reconstrucción de esófago proximal ha evolucionado drásticamente tras el advenimiento de las técnicas basadas en la microcirugía, constituyéndose rápidamente en la primera opción reconstructiva en los defectos de esófago cervical. Al no existir experiencias publicadas a nivel nacional, nuestro equipo se propuso desarrollar esta técnica y agregarla como procedimiento estándar dentro de nuestras posibilidades de reconstrucción. El objetivo del presente estudio es mostrar nuestros resultados utilizando colgajo libre de yeyuno para reconstruir esófago proximal. **Pacientes y Métodos:** Revisión de fichas clínicas de 18 pacientes, 6 mujeres y 12 hombres, reconstruidos con colgajo microvascularizado de yeyuno en distintos centros por un mismo cirujano. El promedio de edad fue 57 años (44 a 75), la causa del defecto fue neoplásica en 17, todos carcinoma escamoso, y traumática en uno. **Resultados:** Todos fueron sometidos a laringofaringectomía salvo el caso traumático, en el que se preservó la laringe. 11 anastomosis arteriales fueron a la tiroidea superior y 7 a la carótida externa. Las anastomosis venosas fueron 11 a a yugular interna, 4 al tronco tiroloinguofacial, 2 a la yugular externa y una a la facial. Hubo 6 complicaciones: 3 pérdidas totales, una las primeras 24 hrs y las otras durante la primera semana; 3 evisceraciones; 2 infecciones, uno de los cuales posteriormente se perdió y dos fístulas que se resolvieron espontáneamente. La viabilidad del colgajo fue del 83%. Los pacientes se realimentaron en promedio a los 15 días y se fueron de alta a los 20 días promedio, salvo 2 que fallecieron en el postoperatorio alejado. Se tiene seguimiento completo del grupo con 3 fallecimientos, uno por recidiva tumoral y las otras por causas diferentes. **Conclusión:** El colgajo libre de yeyuno es una excelente alternativa para la reconstrucción de esófago proximal que ofrece baja morbilidad y excelentes resultados funcionales.

CÁNCER INTRAORAL: ESTUDIO DE SOBREVIDA GLOBAL Y POR ESTADIOS. EXPERIENCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER.

P. Bórquez, F. Capdeville, A. Madrid, M. Veloso, M. Cárcamo.

Equipo de Cirugía Oncológica de Cabeza y Cuello. Unidad de Registro Hospitalario. Instituto Nacional del Cáncer.

El cáncer intraoral representa un 1% de la mortalidad por cáncer. Ocurre predominantemente en hombres aunque la frecuencia en mujeres se ha incrementado en los últimos 20 años debido al creciente consumo de tabaco en este grupo. Son cuadros complejos que requieren un manejo integrado de múltiples especialistas. El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia del Instituto Nacional del Cáncer (INC) en el manejo de una cohorte de 137 casos tratados y seguidos en esta institución entre 1989 y 2004. La población tratada corresponde predominantemente a hombres (71.5%) con edad promedio de 61 años. Las principales ubicaciones del tumor primario fueron en lengua y piso de boca. En un 85% de los casos se trató de una carcinoma epidermoide, y en un 74% los casos eran tumores avanzados (T3 y T4). La sobrevida global fue de 57% a 5 años. Por estadios la sobrevida fue de 86% en etapa I, 67% en etapa II, 52% en etapa III y 51% en etapa IV. Estos resultados son comparables con otros centros oncológicos del extranjero y son reflejo del manejo multidisciplinario de los pacientes.

RECONSTRUCCIÓN FARINGOESOFÁGICA CON SEGUNDO COLGAJO LIBRE EN PACIENTE COMPLICADO UTILIZANDO COLGAJO YEYUNOMESENTÉRICO: REPORTE DE UN CASO.

Rocío Las Heras¹, Francisca Fernández², Felipe Capdeville³, Arturo Madrid³.

¹Residente de Cirugía Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo

²Interna de Medicina, Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo

³Departamento de Cirugía de Cabeza y Cuello, Clínica Alemana de Santiago, Instituto Nacional del Cáncer.

Introducción: De los múltiples métodos de reconstrucción faringoesofágica disponibles, el colgajo libre de yeyuno se ha convertido en el procedimiento de elección. Por otra parte, se ha descrito el uso de colgajos que aportan tejido vital e irrigación a terrenos irradiados y/o infectados, como el colgajo libre de omento. **Método:** Se presenta un caso clínico en que se utiliza un segundo colgajo libre de yeyuno para rescatar la falla de uno previo. **Resultado:** Paciente de 46 años derivada por un cáncer de seno piriforme avanzado, con extensión superior hasta la rinofaringe e inferior hasta el esófago cervical, estadiado como T4 N1 M0. Fue

sometida a una laringofaringectomía radical circular, vaciamiento cervical radical modificado bilateral y reconstrucción con un colgajo libre de yeyuno. Se evidenció una palidez inusual en la mucosa del obstrucción ateromatosa arterial, fístulas anastomóticas e infección cervical secundaria, por lo que se realizó aseo quirúrgico. A las 48 horas se realiza nuevo colgajo libre de yeyuno junto con mesenterio vascularizado que se utilizó para cubrir la cervicotomía que se dejó abierta y que exponía los grandes vasos del cuello. La paciente evolucionó favorablemente, se controló rápidamente la infección, el nuevo colgajo no presentó complicaciones, la herida cerró por segunda intención y fue dada de alta deglutiendo en forma progresiva. Logró recibir radioterapia dentro de los plazos establecidos. Conclusiones: Este caso muestra una interesante modificación del colgajo libre de yeyuno al agregarle mesenterio, lo que le añade la capacidad de manejar tejido desvitalizado e infectado circundante. Por otra parte, vemos como una exitosa alternativa a la pérdida de un colgajo, el realizar un nuevo colgajo libre precozmente.

SÍNDROME DE EAGLE. ACTUALIZACIÓN BIBLIOGRÁFICA Y PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Drs. Patricio Cabané¹, Patricio Gac¹, Jaime Carrasco², Alejandra Ledezma³, Alejandro Ferreira⁴, Daniela Ibacache³

¹Equipo Cirugía Endocrina, Cabeza y Cuello y Oncología General

²Residente Cirugía General, ³Interna Medicina General,

⁴Médico General Capacitante, Hospital Clínico Universidad de Chile.

El síndrome de Eagle (SE) o síndrome estilohioideo es una entidad poco frecuente que corresponde a una elongación de la Apófisis estiloides y a osificación de ligamento estilohioideo^{1,2,3,4}. Nuestro objetivo es realizar una revisión bibliográfica de SE, su frecuencia, etiología, clínica, diagnóstico y tratamiento. Además de describir nuestra experiencia en un caso clínico.

La apófisis estiloides mide normalmente 20-25 mm., siendo responsable del SE un largo superior a 30 mm⁶. Un 4% de la población general presenta elongación del estilohioideo. De estos solo un 4% genera síntomas^{7,5}, que son secundarios a la compresión de los pares craneanos V, VII, IX y X. Generalmente es una condición adquirida secundaria a trauma o cirugías, variante anatómica, infecciones, menopausia precoz, tendinitis y a calcificación de ligamento estilohioideo. También se describe que corresponde a persistencia de cartílago embriológico de segundo arco branquial con potencial de crecimiento e inmadurez ósea⁹. Más frecuente en mayores de 40 años y similar proporción en mujeres que hombres.¹⁰

El diagnóstico diferencial es con procesos inflamatorios o neoplásicos cervicales, orofaríngeos y glandulares, Cuerpo extraño faríngeo, Disfunción temporomandibular, Neuralgia: V- IX, Arteritis de la arteria temporal y Patología dental y protésica,

enfermedades psicosomáticas.

El diagnóstico se confirmaba radiológicamente. La AngioTC de cuello puede ser efectivo para la colgajo mediante nasofibrolaringoscopia a las 24 horas y a las 48 horas se decidió explorar en pabellón. Se encontró necrosis del colgajo por descripción prequirúrgica de la lesión^{16,17}. El Gold Standard esta determinado por la TC 3D^{18,19}.

El tratamiento de elección es de resorte quirúrgico mediante abordaje cervical o intraoral²⁰. Caso clínico: Paciente de 35 años, con historia de 5 meses de evolución de dolor cervical que se acentuaba ante movimientos de flexoextensión principalmente a derecha y apertura bucal, asociado a disfagia y evidenciando aumento de volumen cervical derecho profundo. Durante el último año presenta cefalea intensa. Al examen físico se palpa aumento de volumen cervical derecho, de consistencia aumentada, no móvil e indoloro. Se realiza TC cervical que destaca diagnóstico preciso de Sd. Eagle, asociado a cuadro clínico progresivo y su repercusión para actividades del paciente. Se realiza tratamiento quirúrgico: Estilohioidectomía Bilateral vía cervical. Conclusiones: El Sd. de Eagle presenta una baja incidencia, pero debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial en cuadros clínicos de dolor faríngeo y cervicofacial. En pacientes sintomáticos el manejo es principalmente quirúrgico. Considerándose en casos complejos como el presentado, un abordaje cervical por cirujano experimentado con óptimos resultados.

MELANOMA MUCOSO EN CABEZA Y CUELLO. SERIE DE CASOS.

D. Cohn, M. Lavín, L. Marín, N. Ávalos, M. Faraggi, J. Plasser, M. Barría.

Instituto Clínico Oncológico Fundación Arturo López Pérez.

Introducción: Los melanomas de origen mucoso corresponden según distintas series al 0,8–3,7% de todos los melanomas. Más del 50 % de éstos se originan en mucosas del área de cabeza y cuello y pueden originarse tanto en la mucosa respiratoria como en la oral.

La cirugía radical sobre el primario con márgenes negativos produce los mejores resultados terapéuticos a lo que se ha asociado la radioterapia postoperatoria. A pesar de esto el pronóstico de la enfermedad es malo, provocando alta mortalidad. Nuestro planteamiento como institución ha sido realizar cirugía resectiva amplia realizando tratamiento complementario lo más precoz posible y no incurrir en procesos reconstructivos complejos hasta evaluar la evolución de la enfermedad.

Material y Método: Entre diciembre del 2008 y Abril del 2010 se han tratado 4 pacientes con melanoma de origen mucoso en nuestra Institución. Los orígenes fueron en 2 casos etmoidal, 1 de mucosa de paladar duro y 1 de gingiva superior. Los pacientes fueron sometidos a resecciones amplias más disecciones cervicales cuando fueron N+. No se realizaron reconstrucciones quirúrgicas,

rehabilitándose sólo en forma protésica. Se realizó tratamiento adyuvante con radioterapia en todos los casos y se asoció braquiterapia en uno de ellos. Resultados: De los 2 pacientes con melanoma de senos paranasales, uno presentó una extensa recidiva local a los 2 meses falleciendo un mes después. El segundo paciente tiene diseminación sistémica y actualmente está en terapia paliativa. De los pacientes con melanoma de paladar, el primero presentó recidiva local y metástasis cerebrales a los 2 meses del diagnóstico, falleciendo a los 4 meses. El segundo paciente fue tratado hace 4 meses, y no tiene evidencia de recidiva hasta la fecha.

Discusión: El melanoma mucoso es una enfermedad poco frecuente y agresiva. Según lo descrito en la literatura internacional la sobrevida es pobre, no sobrepasando el 60% a dos años. Los objetivos del tratamiento se basan en realizar la cirugía oncológicamente más adecuada y recibir oportunamente radioterapia. En nuestra institución preferimos no realizar reconstrucciones complejas que puedan retrasar los tratamientos complementarios ni excesivamente costosas hasta evaluar la evolución.

EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE LABIO EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER

Drs. Marcelo Veloso O., R. Montes F, F. Capdeville F, A. Madrid M. L. Zanolli
Instituto Nacional del Cáncer

Introducción: El cáncer de labio esta considerado dentro de los cánceres de la cavidad oral, sin embargo tiene un comportamiento bioncológico diferente de él. El objetivo de presente trabajo es revisar los resultados del tratamiento del cáncer de labio en los pacientes ingresados a este centro.

Materiales y método: Estudio retrospectivo de los pacientes tratados por cáncer de labio desde el año 2000 a la fecha.

Resultados: Se obtienen las curvas de sobrevida por estadio de la enfermedad y por tipo de tratamiento realizado.

Conclusiones: Se propone un esquema de tratamiento en relación a los parámetros encontrados.

METÁSTASIS CERVICALES DE CARCINOMA BASOCELULAR FACIAL

Drs. Marcelo Veloso O., R. Montes F, F. Capdeville F, A. Madrid M. L. Zanolli
Instituto Nacional del Cáncer

Introducción: El cáncer de piel basocelular es el cáncer cutáneo más frecuente con un potencial metastásico linfonodal muy bajo. Se presenta nuestra casuística de 4 pacientes tratados en este hospital con metástasis cervicales de un cáncer de piel facial.

Materiales y método: Estudio retrospectivo de los pacientes tratados por cáncer basocelular facial con metástasis cervicales.

Resultados: Se presenta el tratamiento realizado y la evolución de los pacientes tratados.

Conclusiones: El cáncer basocelular metastásico corresponde a un tipo de tumor agresivo cuyo tratamiento debe ser radical para asegurar un buen resultado

MELANOMA DE MUCOSAS DE CABEZA Y CUELLO. EXPERIENCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER.

Drs. R. Montes¹, N. Hunt, V. Abiuso, M. Veloso¹, A. Madrid¹, L. Zanolli¹, F. Capdeville¹.
¹ Instituto Nacional del Cáncer

Introducción Los melanomas de mucosa comprenden alrededor del 1% de todos los melanomas malignos. Se caracterizan por ser neoplasias de origen neuroendocrino, infrecuentes y agresivas. Esto último, mas lo impreciso de sus síntomas y signos, hace que la mayoría de los casos sean diagnosticados en etapas avanzadas de la enfermedad. La edad de presentación de los melanomas de cabeza y cuello se sitúa preferentemente entre los 60 y 80 años. Dado el avanzado estadio en el que se presentan los pacientes al momento de diagnóstico, es frecuente observar metástasis regionales y/o a distancia. La cirugía es el tratamiento de elección. El rol que tienen la terapias adyuvantes en esta patología es controversial. El objetivo de nuestro trabajo es mostrar la experiencia del equipo de cabeza y cuello del Instituto Nacional del Cáncer en el tratamiento de estos pacientes durante estos los últimos 5 años. Material y Método: Se revisaron las fichas de los pacientes derivados y tratados de manera consecutiva en nuestra institución (centro de derivación terciaria) con el diagnóstico histológico de melanoma de cabeza y cuello durante enero del 2005 hasta julio del 2010. Se confeccionó una plantilla tipo donde se ingresaron los datos necesarios para el análisis. Se excluyeron para este análisis los pacientes tratados previamente en otra institución, pacientes con segundos primarios o los casos que no logró recopilar la información clínica necesaria para este estudio. El análisis se realizó en base al cálculo estadístico descriptivo. Resultados: Durante el periodo estudiado se derivaron para ser tratados por nuestro equipo 10 pacientes con el diagnóstico de melanoma de cabeza y cuello. Un paciente fue excluido del estudio por no disponer de los antecedentes clínicos suficientes para su análisis. Del total de 9 pacientes 8 fueron mujeres. La edad promedio del grupo fue de 65 años (47 a 81 años). La ubicación mas frecuente fue la fosa nasal (3) y la región nasosinusal (3), seguidas de la maxilar (1), la cavidad oral (1) y la rinofaringe (1). La sintomatología referida por los pacientes fue la obstrucción nasal, epistaxis, aumento de volumen nasal y/o de mejilla, dolor facial, cefalea y epifora. Se realizó la etapificación en base a los hallazgos clínicos, de laboratorio e imágenes (TAC y cintigrama oseo). Se realizó PET cuando se contó con el recurso (2 pacientes). 3 pacientes (33,3%) se encontraban en Etapa I y 6 pacientes (66,6%) en Etapa II. 7 pacientes (77,7%) recibieron cirugía, 1 radioterapia exclusiva y uno se derivó a cuidados paliativos al ingreso. La radioterapia adyuvante se utilizó en 5 pacientes (55,5%). 5 pacientes han fallecido (55,5%). La sobrevida media de éste grupo (fallecidos) fue

de 46 meses (3 a 89 meses). 4 pacientes permanecen en control con un seguimiento promedio de 31 meses (4 a 64 meses).

Discusión: Las características de nuestro grupo son similares a lo reportado en la literatura, excepto en la mayor proporción de pacientes mujeres y una aparente mejor sobrevida a lo descrito, sin poder atribuirse esto, en este trabajo, al enfrentamiento terapéutico de nuestro equipo. La cirugía continúa siendo la principal arma terapéutica. Dada la baja incidencia de esta enfermedad es necesario realizar trabajos multicéntricos que evalúe el resultado de los diferentes tratamientos utilizados.

"PREVALENCIA DEL VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH) GENOTIPO 16 EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE CAVIDAD ORAL DETECTADO MEDIANTE REACCIÓN DE POLIMERASA EN CADENA (PCR) EN TIEMPO EN REAL".

Drs. R. Montes¹, G. Pennacchiotti², M. Martínez³, M. Cárcamo³, M. Veloso³, A. Madrid³, L. Zanolli¹, F. Capdeville¹.

¹ Instituto Nacional del Cáncer

² Facultad de Odontología, Universidad de Chile

³ Departamento de Virología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Introducción: El carcinoma de células escamosas de cavidad oral (CECO) es la sexta neoplasia maligna más frecuente a nivel mundial. Diversos estudios muestran un aumento en su incidencia, especialmente en pacientes jóvenes sin factores de riesgo clásicos. En la actualidad existe evidencia suficiente que demuestra que el VPH-16 es un factor de riesgo y pronóstico independiente en el cáncer orofaríngeo. Sin embargo, los estudios respecto a la asociación al VPH-16 y el CECO son contradictorios. En Chile no existen estudios respecto a este tema. El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia del VPH-16 en pacientes con diagnóstico de CECO, atendidos en el Instituto Nacional del Cáncer (INC)

mediante PCR en tiempo real en muestras tumorales frescas. En este comunicado se muestran los resultados preliminares de nuestro estudio. Material y Método: Estudio de corte transversal. Se calculó el N para una potencia estadística de un 80%. Los criterios de inclusión fueron pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico histológico de CECO, que no hubiesen recibido ningún tratamiento oncológico previo, local ni sistémico, con condiciones físicas y mentales clínicamente normales. Todos los pacientes firmaron el consentimiento informado previamente aprobado por el comité de ética del área. Las muestras consistieron en biopsias frescas y citología exfoliativa de lesiones con diagnóstico clínico y anatomopatológico de CECO de pacientes atendidos en el Instituto Nacional del Cáncer. Ellas fueron procesadas en el Departamento de Virología de la Facultad de Medicina de la U de Chile, a través de PCR en tiempo real, para determinar la presencia de VPH-16. Además se realizó PCR de B- Globina para detectar presencia e integridad de DNA y PCR para VPH genérico para determinar presencia de éste con primers específicos GP5+, GP6+, estandarizando la cantidad de DNA de las muestras en espectrofotómetro. A las muestras positivas para VPH se realizó Reverse line blot para determinar el genotipo.

Resultados: Hasta la fecha se han analizado las muestras de 10 pacientes, de los cuales 2 pacientes (20%) han sido positivos para VPH. Sin embargo, todas las muestras de los pacientes han sido negativas para VPH -16. No se ha visto coincidencia entre los resultados del estudio virológico de la biopsia y el cepillado.

Discusión: Los resultados preliminares de este estudio sugieren que en nuestra población estudiada, el VPH-16 aparentemente no tiene una asociación directa con el cáncer CECO. La positividad en dos casos para VPH genérico sugiere estudiar otros genotipos que puedan estar involucrados en la génesis del carcinoma de CECO, así como también, introducir la utilización de nuevas técnicas y métodos de detección de los diversos genotipos del VPH.

Seccional: CIRUGÍA GENERAL

MORTALIDAD ASOCIADA A LAPAROTOMÍA EXPLORADORA EN CIRUGÍA GENERAL. EXPERIENCIA DE UN CENTRO CON 598 CASOS

Drs. R. Rebolledo¹, J.P. Cisternas¹, C. Padilla^{1,3}, J.M Barra^{1,3}, C. Muñoz².

¹Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina Oriente. Universidad de Chile.

²Servicio de Cirugía General y Urgencia del Hospital Dr. Luis Tisné.

³Facultad de Medicina. Universidad Católica del Maule.

Introducción: Las patologías intraabdominales se pueden diagnosticar con exámenes no invasivos, algunas requieren cirugía para su estudio y obtener un diagnóstico preciso. La laparotomía exploradora se realiza para examinar la cavidad abdominal y tratar sus problemas. Esta indicado realizar una laparotomía exploradora en pacientes que se sospeche abdomen agudo corregible quirúrgicamente, pero su indicación como estudio en pacientes estables no es tan evidente. Esta vía de abordaje suele presentar un gran desafío, pues, si bien entrega información fundamental en el diagnóstico y tratamiento, es una conducta agresiva y no está exenta de complicaciones ni mortalidad.

Objetivo: Estudiar las causas de muerte de los pacientes sometidos a laparotomías exploradoras y establecer su posible asociación al acto quirúrgico. **Métodos:** Se estudiaron de manera retrospectiva a todos los pacientes sometidos a laparotomía exploradora en los servicios de urgencia y cirugía del Hospital Luis Tisné desde Septiembre del 2006 hasta Mayo del 2010. Se recopilaron sus protocolos quirúrgicos y certificados de defunción. Registrando variables: edad, sexo, fecha cirugía, diagnósticos pre-postoperatorios, supervivencia, causa y fecha muerte. En el análisis estadístico se realizaron tablas de contingencia, curvas de supervivencia global y específica asociada al procedimiento quirúrgico usando Kaplan-Meier y log rank test.

Resultados: Se recolectaron 632 protocolos, analizando 598 cirugías en 543 pacientes. Siendo 284 hombres y 259 mujeres (1.1:1). Edad promedio 45.2 +/- 9.6ds. Las etiologías: Procesos inflamatorio/infecciosos: 211 casos (35.3%), obstrucción intestinal: 126 (21.1%), trauma: 113 (18.9%), complicación de cirugías previas: 82 (13.7%), neoplasias: 53 (8.9%), otras: 13 (2.2%). La supervivencia global al año fue de 78.6% y a los 4 años 74.3%, específica al año fue de 85.2% y a los 4 años 84.9%. La supervivencia a largo plazo según etiologías fue: Trauma: global 94.3% y específica 95.2% (p=0,7621), infeccioso: global 82.6% y específica 88.8% (p=0,2153), Obstrucciones: global 68.3%, y específica 80.0% (p=0,1791), Complicaciones Quirúrgicas: global 56.3% y específicas 78.2% (p=0,4306), Neoplasia: global

21.1% y específica 82.9% (P<0.0001), Otras: global 61.3% y específica 81.8% (p=0,6481). **Conclusiones:** Las etiologías más frecuentes de laparotomía exploradora fueron los procesos inflamatorios/infecciosos. Los pacientes operados por etiologías traumáticas tuvieron la mejor supervivencia, mientras que los operados por neoplasias tuvieron la peor supervivencia. Aparentemente la etiología condiciona la supervivencia global. La existencia de asociación entre muerte y procedimiento quirúrgico varía según la etiología y tiende a variar la supervivencia.

UTILIDAD DE LA CIRUGÍA DE CONTROL DE DAÑOS EN PACIENTES QUE INGRESAN A UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POR CIRUGÍA DE URGENCIA ABDOMINAL.

Drs. E. Labarca^{1,2,3}, C. Puebla¹, L. Chassin-Trubert², M.T. Caballero¹, A.M. Donoso¹, W. Gallardo¹, R. Huidobro¹, B. Sánchez¹.

¹UCI, ² Cirugía, ³ MSCHC

Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar

Introducción: Los pacientes que ingresan a UCI luego de ser sometidos a cirugía de urgencia representan una población con mayor morbi-mortalidad. La cirugía de control de daños (CCD), desarrollada inicialmente para el manejo de trauma cerrado abdominal, se ha extendido a otro tipo de intervenciones de urgencia, sin embargo, su utilidad en un contexto más amplio no ha sido claramente demostrada.

Objetivos: Evaluar la utilidad de la CCD en pacientes ingresados UCI luego de realizarse una cirugía de urgencia abdominal en una amplia gama de diagnósticos.

Metodología: Se realizó análisis retrospectivo de una base de datos recolectada prospectivamente, que incluyó a todos los pacientes ingresados a la UCI general del hospital naval Almirante Nef de Viña del Mar, entre Julio 2004 y Junio 2008, tras haber sido efectuada una cirugía de urgencia abdominal. Se analizaron características generales de la población, así como el motivo de la intervención, el tipo de intervención realizada, la evolución posterior, incluyendo mortalidad y días UCI de los sobrevivientes.

Se analizó el tipo de cirugía efectuada, clasificándola como control de daños o no. Al no ser un estudio randomizado, se evaluó que factores influyeron en la decisión de realizar una CCD. Se analizaron todas las variables que se asociaron con mortalidad, con especial énfasis en la CCD, realizándose además un análisis multivariado. Se utilizaron Fisher, Chi-cuadrado, Mann-Whitney, regresión logística según fuera necesario. Se usó un alfa de 0,05. **Resultados:** Se analizaron 183 pacientes, 70 años de mediana, 53% hombres, APACHE II con una

mediana de 19, con mortalidad intra UCI de 25,7%. La CCD se efectuó en 33,7% de los casos. La CCD se realizó más frecuentemente en pacientes no diabéticos o sin cardiopatía, pacientes con EPOC y APACHE II mayor. La CCD no modificó la mortalidad, incluso luego de corregirse por las variables asociadas a mortalidad en el análisis multivariado (shock, APACHE II y falla renal en UCI). La CCD se asoció a mayor número de cirugías ($p=0,001$) y a mayor estadía en UCI ($p=0,002$), como también a mayor necesidad de ventilación mecánica ($p=0,018$).

Conclusiones: No encontramos mayor beneficio de la CCD en un amplio rango de indicaciones en pacientes que son ingresados a UCI por cirugía de urgencia abdominal. Estos resultados deberían controlarse a través de un estudio randomizado.

OPTIMIZANDO EL USO DEL TIEMPO QUIRÚRGICO. ¿MÁS CIRUGÍAS EN EL MISMO TIEMPO?

Drs. E. Sanhueza, P. Arroyo, P. Wagner, A. León, J. Dagnino.

Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: Cirugía es una de las especialidades de mayor impacto en el gasto en salud constituyendo, tanto para el sistema público como privado, un importante centro de costos, ingresos e inversiones. Entre estas últimas, la infraestructura es clave por su costosa implementación y mantención. Además define restricciones de capacidad operativa, siendo motivo de numerosos estudios que buscan aplicar técnicas de gestión de operaciones al área de la salud.

Objetivos: El presente estudio busca presentar una serie de técnicas desarrolladas en la literatura (tanto médica como de ingeniería) y aplicarlas a un escenario local real.

Materiales: Se cuenta con un registro de 4 años de procedimientos electivos de especialidades y subespecialidades quirúrgicas de un Hospital Universitario (que utiliza 12 pabellones y asignación de períodos en bloque fijo, es decir, intervalos de tiempo asignado a disposición de cada especialidad), y la duración de cada uno de ellos.

Métodos: La base de datos fue revisada; se analizó su coherencia y se removieron los registros mal consignados o incompletos, tanto en forma general como segmentada por especialidad. Luego se seleccionó, al azar, intervalos de 2, 3 y 4 semanas de procedimientos y se calculó el exceso (y déficit) de utilización del tiempo disponible semanal, por tratarse de indicadores reconocidos en la literatura por su relevancia. Los procedimientos seleccionados fueron luego distribuidos de acuerdo a algoritmos de bin-packing (una técnica de gestión de operaciones) y comparados con el desempeño real obtenido en los indicadores antes señalados. Resultados: El uso de estas técnicas mejora la utilización del tiempo quirúrgico en al menos un 3%, al disminuir tanto el tiempo no utilizado (pero disponible) como el sobre-tiempo. Este valor es dependiente de la prioridad asignada cada indicador

y del algoritmo de asignación utilizado. Discusión: Las técnicas estudiadas son de fácil implementación y pueden tener un impacto sustantivo en la eficiencia de la planificación de la tabla quirúrgica. Si bien un 3% puede parecer menor, su incidencia en los costos e ingresos es relevante en función de la factibilidad de aumentar el número de procedimientos sin alterar el tiempo total utilizado. Puede además resultar en incrementos en la satisfacción de médicos, residentes y pacientes. Su utilidad dependerá de la calidad del registro de los datos y el horizonte de planificación deseado. Dada la variabilidad de los tiempos quirúrgicos reales, se requiere mayor estudio para el paso (clave) de incorporar la incertidumbre a estos análisis.

HIDATIDOSIS: DIAGNÓSTICO DE SALUD EN LA REGIÓN DE AYSÉN

Drs. Carlos Loyola, Rodrigo Legue, José Valbuena, Gonzalo Masía, Rafael Ramírez, David Sanhueza.
Universidad del Desarrollo, Universidad de Chile.

Introducción: La Región de Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo, presenta un 16% de ruralidad y un 9,2% de pobreza, es fuente importante de actividades como acuicultura, ganadería, agricultura, minería y turismo. La ganadería bovina, principal actividad económica en la Región, constituye una fuente sustancial de diversas zoonosis endémicas como la Hidatidosis, la cual presenta las tasas de incidencia más altas del país.

Objetivo: Describir la situación epidemiológica de la Hidatidosis en la Región, elaborar estrategias de intervención y control en función de la información obtenida.

Materiales y Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se utilizaron registros epidemiológicos del Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS), para la Región de Aysén entre los años 1981 y 2009. Se realizó un análisis descriptivo de éstos y una revisión bibliográfica sobre el tema.

Resultados: La incidencia entre los años 1981 y 2009 ha sido variable con tasas entre 19,9 y 80,7/100.000 habitantes, la que en los últimos años ha disminuido y se ha estabilizado alrededor de los 30/100.000 habitantes, que corresponde a una tasa 22 veces mayor que la nacional. Las comunas con mayor incidencia durante el año 2009 fueron las comunas de Cochrane, Cisnes y Río Ibáñez con tasas de 106,5, 92,1 y 46,1/100.000 habitantes respectivamente, mayor que el promedio regional (28,9/100.000 hab.). La mayor parte de los casos notificados corresponden a las provincias de Coyhaique y Puerto Aysén, las cuales representan el 73% de todas las notificaciones de la región. La incidencia ha experimentado una disminución en la población de 20 a 64 años. Un aumento en los grupos de 10 a 19 años y 65 y más. La incidencia según género se ha mantenido estable con una leve alza en mujeres durante el año 2009.

Discusión: Se postula que las cifras de incidencia se explican por mejor acceso a métodos diagnósticos y por la cancelación del programa de antiparasitario

canino implementado por el SAG hasta el 2001. La alta incidencia en las comunas de Cochrane, Cisnes y Río Ibáñez se explican por el tamaño poblacional. Conclusiones: La Hidatidosis constituye una zoonosis endémica no controlada en la región, causa importante de morbilidad con costos económicos significativos no cuantificados. Faltan estudios estadísticos que analicen los costos financieros reales asociados a la patología. Es necesario mantener programas de educación en la población y restablecer el enfoque intersectorial.

Palabras Claves: Hidatidosis, Aysén.

ABSCESO RETROPERITONEAL Y APENDICITIS, ACERCA DE UN CASO CLÍNICO.

Drs. O. Orellana, J.P. Hurtado

Hospital San Juan de Dios. Departamento de Cirugía, Universidad de Chile.

Introducción: La apendicitis aguda retrocecal es un cuadro de relativa frecuencia. Su relación con el retroperitoneo, cavidad virtual con mala respuesta a toxas infecciosas, permite su diseminación y compromiso de estructuras distantes como la cavidad pleural. La asociación de apendicitis y empiema es una concomitancia rara, pero al existir un sustrato anatómico que lo permite, cambia diametralmente la morbilidad y el pronóstico del cuadro. Objetivos: Describir el caso clínico de un paciente diagnosticado y manejado en nuestro servicio, así como revisión y discusión de la bibliografía disponible.

Materiales y Métodos: Reporte de 1 caso, análisis de antecedentes clínicos y revisión bibliográfica. Resumen: Sexo femenino 15 años consulta al servicio de urgencia por dolor abdominal y lumbar derecho permanente y progresivo de 4 días de evolución, policonsultas en SAPU interpretado como Pielonefritis Aguda, ingresando ese mismo día con diagnóstico de apendicitis aguda.

Se opera 6 hrs después del ingreso, con laparotomía de MacBurney que se convierte a media infraumbilical al comprobar plastrón que compromete pared abdominal. Se practica apendicetomía, aseo peritoneal y drenaje tubular en un apéndice perforado y necrótico en la base, adherido al ciego con un gran coprolito. Anatomía Patológica muestra apendicitis y periapendicitis aguda purulenta. Buena evolución postoperatoria, con antibióticos ev, a los siete días se indica alta con antibióticos orales. Controles postoperatorios normales. Paciente reingresa tres meses después con historia de fiebre intermitente de 1 mes de evolución hasta 40 grados, ingresa con leucocitosis $35.000/\text{mm}^3$ y PCR $>300\text{ mg/dl}$. TAC Abdomen numerosas colecciones tabicadas en retroperitoneo, perirenal derecha, subdiafragmática y pleural derecha tabicada. Se lleva a pabellón se vacía colección perirrenal de 300cc y coprolitos en relación al Psoas. Requiere vasoactivos y ventilación mecánica en el postoperatorio. 1 mes después evoluciona favorablemente siendo dada de alta.

Discusión: La apendicitis de localización retrocecal y retroperitoneal, variante anatómica presente en no más de 3% de la población, por lo que el cuadro de

apendicitis es atípico. Evidente mala evolución con probable foco en coprolitos residuales de apendicetomía previa que llevó una grave afección retroperitoneal.

Conclusión: El absceso retroperitoneal constituye una infección grave que pone en riesgo la vida del paciente si no se procede al drenaje oportuno. Es infrecuente y se presenta como fiebre de curso insidioso, otros síntomas inespecíficos, y dolor a la palpación abdominal o lumbar del lado afectado siendo el retraso en la consulta y diagnóstico oportuno condicionantes de aumento de la morbimortalidad.

ABDOMEN AGUDO POR QUISTE MESOTELIAL GIGANTE, PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Drs. J. Reyes, W. Vásquez, F. Gatica, D. Espínola, P. Herrera, D. Gutiérrez, F. Fajardo, M. Garrido.
Hospital Barros Luco-Trudeau

Introducción: El diagnóstico de abdomen agudo, representa un desafío para el cirujano general que labora en la urgencia, requiriendo del conocimiento de múltiples cuadros clínicos capaces de producirlo. En ocasiones no se concluye ninguna hipótesis diagnóstica, debiendo recurrir a exámenes de laboratorio e imagenología como complemento, que evidencian cuadros clínicos insospechados.

El objetivo de esta comunicación es presentar un caso clínico de abdomen agudo, de diagnóstico insospechado, dada su baja frecuencia de presentación y mostrar la importancia de la imagenología en su diagnóstico y enfrentamiento quirúrgico.

Material y método: Se revisó la ficha clínica del paciente desde su ingreso hasta el primer control postoperatorio, constatando antecedentes y evolución clínica, resultados de biopsia micro y macroscópica e imagenología, adquiriendo además imágenes de tomografía computada y pieza de biopsia. Caso Clínico: Paciente de 18 años, sexo masculino, sin antecedentes mórbidos, consulta por cuadro de dolor abdominal difuso de 48 hrs. de evolución, que aumenta progresivamente de intensidad sin asociarse a otros síntomas, al ingreso se encuentra quejumbroso, afebril, normotenso, con tendencia a la taquicardia. Al examen físico destaca un abdomen distendido, tenso, sensible en forma difusa con blumberg positivo. Exámenes de laboratorio destaca PCR: 185.

No se evidencia diagnóstico claro, por lo que se decide realizar TAC de abdomen y pelvis con contraste, evidenciando gran lesión quística, multilobulada, que ocupa gran parte de la cavidad abdominal, rechazando vísceras y órganos macizos. Se decide su intervención quirúrgica, realizando una laparotomía supra e infraumbilical amplia, reseca la totalidad del quiste cuya base se insertaba en la vecindad del páncreas. Se envía pieza a biopsia diferida.

Paciente evoluciona favorablemente, dándose de alta al tercer día postoperatorio. Acude a control al mes de operado, encontrándose en buenas condiciones.

Biopsia diferida informa Quiste Mesotelial de $21 \times 16 \times 6,5\text{ cm}$.

Conclusión: El abdomen agudo es un cuadro de difícil diagnóstico etiológico, cuyos hallazgos operatorios siguen sorprendiendo al cirujano general. El apoyo de la imagenología nos da una herramienta valiosa ante la duda diagnóstica y nos permite realizar un adecuado enfrentamiento quirúrgico de cada patología.

EXPERIENCIA EN EL MANEJO QUIRÚRGICO DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIA DEL HOSPITAL EL PINO

Drs. L. Aguilera, V. Parada, R. Stock. Alumnos. D. Gamboa, J. Gallegos, F. Cortes, C. Inostroza
Servicio de Urgencia, Hospital El Pino. Facultad de Medicina Universidad Andrés Bello.

Introducción: La obstrucción intestinal corresponde a una patología de consulta habitual en los servicios de urgencia. Existen múltiples etiologías y sus manifestaciones clínicas son características. Hasta un 10% de las cirugías de urgencia son por esta causa. El manejo quirúrgico oportuno y los cuidados postoperatorios son fundamentales en la adecuada evolución de los pacientes.

Objetivos: Analizar la experiencia en el manejo quirúrgico y el perfil clínico de los pacientes con obstrucción intestinal, en un periodo de 2 años en el servicio de urgencia del Hospital El Pino. **Paciente y Método:** Estudio retrospectivo descriptivo. Se revisaron los antecedentes clínicos en el período 2008-2010 de pacientes con diagnóstico de obstrucción intestinal de resolución quirúrgica, en el Servicio de Urgencia del Hospital El Pino. Los datos fueron registrados en una planilla Excel, posteriormente analizados.

Resultados: Un total de 42 pacientes fueron operados por obstrucción intestinal, en el periodo 2008-2010. El 33 (78,5%) fueron hombres. La edad promedio fue de 60,7 años [22-96]. El 78% presentaba cirugías previas. El tiempo promedio previo a la cirugía desde el inicio de los síntomas fue de 8 días. La clínica más frecuente fue: dolor (100%), vómitos (76%) y distensión abdominal (76%). Un 64% correspondió a obstrucción intestinal alta. El principal método de apoyo diagnóstico fue la radiografía de abdomen simple. Las causas más frecuentes fueron: bridas y adherencias (38%), patología tumoral (14,2%), hernias (11%), vólvulos (11%), y otros (14%). El tiempo operatorio promedio fue 87 minutos. Se utilizaron antibióticos en un 85,7% de los pacientes, siendo la principal combinación ceftriaxona-metronidazol. Se usó sonda nasogástrica postoperatoria en un 92% con un promedio de 3 días. Diez pacientes (23,8%) requirieron manejo en cuidados intensivos. Seis pacientes (14,2%) presentaron complicaciones quirúrgicas que requirieron reintervención, siendo las más frecuentes peritonitis y evisceración. Tres pacientes fallecieron (7%), con diagnósticos de neumonía intrahospitalaria, shock séptico; y seminoma retroperitoneal extenso (patología de base). El promedio de estadía hospitalaria fue 9,8 días [4-56].

Conclusión: En el presente estudio se describe la realidad promedio de los hospitales públicos chilenos. Llama la atención la gran frecuencia de esta patología en el sexo masculino y el desplazamiento del promedio de edad hacia segmentos más longevos. Las causas de obstrucción intestinal reportadas corresponden a las mencionadas en las publicaciones nacionales. La mortalidad continua siendo alta. La resolución quirúrgica oportuna y el adecuado soporte en unidades especializadas son los pilares de un resultado favorable.

NUEVA TÉCNICA DE RENDEZVOUS ENDOSCÓPICO-LAPAROSCÓPICO PARA LA RESOLUCIÓN DE COLECISTOCOLEDOCOLITIASIS EN EL MISMO ACTO OPERATORIO.

Drs. J.C. Ayala, A. Pérez Castilla, C. Trujillo, E. Rivas Z., E. Rivas B., R. Fernández, E. Marmentini, J.P. Castro.

Unidad de Endoscopia y Cirugía Digestiva. Clínica Indisa. Santiago.

Introducción: La colédocolitiasis (CLT) coexistente con la colelitiasis ha planteado el desafío de ubicar el tiempo adecuado para su resolución: pre, intra o postoperatoria. La decisión dependerá del momento del diagnóstico, disponibilidad de recursos de la institución de salud y de las condiciones del paciente. Lo ideal sería lograr la solución de ambas patologías con el menor costo, mayor tasa de éxito y menor número de complicaciones posibles. Muchas técnicas tanto endoscópicas como laparoscópicas se han planteado con diferentes tasas de éxito y complicaciones para la resolución de tales patologías. La Colangiografía Endoscópica Retrógrada mediante técnica de Rendezvous o acceso controlado a la vía biliar sobre una guía de 480 cm. previamente instalada desde el cístico durante la Colectomía Laparoscópica ha sido aceptada como una maniobra alternativa bastante segura pero aún presenta complicaciones como también consumo de tiempo, independiente de las modificaciones planteadas en la literatura universal. Nuestro objetivo es el presentar una nueva Técnica de Rendezvous Endoscópico-Laparoscópico (TREL) que sea tan segura o más que las existentes descritas actualmente pero que al mismo tiempo presente ventajas técnicas y menor consumo de tiempo operatorio.

Métodos: En 36 pacientes con indicación pre o intraoperatoria de exploración de vía biliar se instala una guía tipo Fusión Loop Tip Wire 0.035" (FLTW) (Cook Medical) desde el cístico hasta el duodeno, la cual posee una punta flexible terminada en asa, el endoscopista usando un esfinterótomo, instala una guía corriente a través del asa de FLTW a manera de un "hilo por el ojo de una aguja", inmediatamente el cirujano tracciona la FLTW desde el cístico obligando a la guía del esfinterótomo del endoscopista a ingresar al colédoco, asegurando el acceso de forma rápida, segura y efectiva. Solucionada la CLT, el cirujano culmina la colectomía laparoscópica. **Resultados:** Del 28-04-09 al 27-07-10, se realizan 36 casos (M:25, H:11) edad promedio 51 años (19-83), CLT resuelta en el 100%, sin complicaciones

endoscópicas o laparoscópicas, acceso a la vía biliar al primer intento (10 segundos), tramo de guía usada menor de 5 cm., sin interferencia de asas distendidas para culminar el tiempo laparoscópico y alta postoperatoria en 1,5 días.

Conclusiones: La FLTW permite plantear la TREL más corta descrita en la literatura, 100% efectiva, sin complicaciones de canulación retrógrada de la vía biliar ni problemas al paso a través del cístico, menor tiempo operatorio, resolución en el mismo acto de dos patologías y menor tiempo de hospitalización.

INICIATIVA MINCIR PARA EL REPORTE DE ESTUDIOS OBSERVACIONALES DESCRIPTIVOS.

Drs. C. Manterola, V. Pineda, E.U. Paula Astudillo, Grupo MINCIR.

Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera.

Introducción: Los estudios observacionales descriptivos (EOD) constituyen el 70%-90% de los artículos publicados en las revistas científicas del ámbito de la cirugía. A pesar de ello, no existen instrumentos para guiar a los escritores ni a los revisores con este tipo de publicaciones. El objetivo de este estudio es diseñar y construir un sistema de chequeo para el reporte de resultados con EOD. **Material y método:** Estudio bietápico con metodología cualitativa. En la primera etapa se diseñó una propuesta mediante recopilación de ítems y dominios a partir de revisión de literatura. En la segunda, se construyó el instrumento, aplicando reducción de ítems y dominios a través de un panel de expertos (PE), a quienes se aplicó un cuestionario semiestructurado compuesto por 18 ítems; a los que los expertos podían agregar otros según su experiencia. Así, se generó validación de contenido (fachada y muestreo). El PE estuvo compuesto por 4 epidemiólogos clínicos, 3 estadísticos; 4 académicos clínicos y miembros de paneles de revisores de revistas biomédicas y 3 editores de revistas biomédicas (N=14). La mediana de edad de éstos fue 47 años (38-65). Nueve son de género masculino (75%) y tres de centros extranjeros (25%). La recolección de datos se desarrolló utilizando técnica Delphi, la que se aplicó en fases (selección de expertos, formulación de pregunta de investigación y estructuración del cuestionario). Se realizó análisis exploratorio de los datos y se aplicó estadística descriptiva con cálculo de porcentajes, medianas y valores extremos.

Resultados: Los ítems generados en la primera etapa (N=18), se agruparon inicialmente en cinco dominios: título, introducción, metodología, resultados y discusión. Al aplicar el cuestionario al PE, se generó una reducción de ítems y dominios. Los ítems y dominios incorporados al instrumento final fueron aquellos en los que se logró más de un 85% de acuerdo entre los participantes (12 de 14). A éstos, se adicionaron aquellos propuestos por los integrantes del PE. De este modo, se construyó un instrumento que quedó compuesto por 19 ítems (problema en

estudio, objetivos, diseño del estudio, lugar donde se desarrolló la investigación, características de los participantes, muestreo, variables, seguimiento, estadísticas, ética, análisis de grupos y subgrupos, novedad de la propuesta, comentarios de los resultados, limitaciones del estudio y conclusiones), agrupados en 4 dominios: Introducción, metodología, resultados y discusión.

Conclusión: Se diseñó y construyó una herramienta que permite reportar resultados utilizando EOD.

LAPAROSTOMIA CONTENIDA EN HOSPITAL LAS HIGUERAS DE TALCAHUANO

Drs. R. Baier C., E. Chacón G., J. Gundelach M., R. Valladares V., F. Bravo C., M. Sumba
Servicio de Cirugía - Hospital Higuera Talcahuano.
Facultad de Medicina - Universidad de Concepción.

Introducción: La laparostomía es un procedimiento quirúrgico utilizado, especialmente para el manejo de la sepsis intraabdominal. El objetivo es caracterizar a los pacientes sometidos a laparostomía, según indicaciones, tipo de elementos utilizados, entre otras variables.

Material y Método: Se realizó un estudio retrospectivo a 52 fichas de pacientes sometidos a laparostomía contenida durante el periodo 2004 a 2008 se agruparon los datos según variables definidas y se realizaron cálculos de tendencia central. **Resultados:** De los 52 casos revisados el 53,8% (n:28) correspondió al sexo femenino, la edad promedio fue de 52,7 +/- 23,1 años. Las principales indicaciones fueron: Peritonitis Fecaloidea 23,1% (n:12) seguida de Sepsis Grave de origen Abdominal 19,2%, Isquemia Mesentérica 13,5% entre otras. El trauma abdominal ocupó el quinto lugar con 9,6%. En el 76% se utilizó moltopren, bolsa de Bogota 26,9% y Ventrofil en el 19,2%. Se realizaron un promedio de 3 aseos quirúrgicos por paciente. El tiempo promedio de laparostomía fue de 9,4 días con un rango de 2 a 127 días.

Se realizaron 56 procedimientos asociados, el 28,8 % correspondió a la instalación de drenes, colectomías 19,2%, colostomía tipo Hartman 17,3%, apendicectomía 13,5% y resección de intestino delgado 9,6%. El 98% de los pacientes recibió antibióticos de amplio espectro y el 42% nutrición parenteral total.

Las principales complicaciones fueron sepsis 90,4%, shock séptico 23,1% (mortalidad del 83%), neumonía 7,7%, y trombosis venosa profunda 5,8%. La mortalidad global fue de 25%, el 77% correspondió a shock Séptico y FMO. Los pacientes con peritonitis fecaloidea presentaron una mortalidad del 42%.

Conclusión: En nuestra experiencia la principal indicación de laparostomía contenida fue la peritonitis fecaloidea, los principales elementos utilizados fueron moltopren y bolsa de bogota. La mortalidad global fue de un 25% principalmente por FMO.

PSEUDOMIXOMA PERITONEAL, CASO CLINICO Y REVISION DE LA LITERATURA.

Drs. F. Patiño, D. Coronel, H. Guzmán, R. Romero, M. Sepúlveda, J. Hermosilla, M. Álamo
Servicio de Cirugía Hospital Dipreca, Equipo Coloproctología.

Introducción: Pseudomixoma peritoneal (PMP) es una patología infrecuente caracterizada por gran cantidad de depósitos mucinoso en la cavidad peritoneal, además de implantes viscerales y omentales. Se encuentra en 2/10.000 laparotomías principalmente en mujeres, en relación 3:1. Se presenta habitualmente como distensión abdominal. La mayoría de los casos se debe a ruptura de un tumor mucinoso intraperitoneal, principalmente de origen apendicular u ovárico. No existe consenso acerca de la clasificación, mientras algunos lo subdividen en Adenomucinososis peritoneal diseminada; Carcinomatosis peritoneal mucinosa y Carcinomatosis peritoneal mucinosa intermedia, otros los catalogan simplemente como de alto y bajo grado. El tratamiento de elección es la cirugía. Actualmente se plantea la adyuvancia con quimioterapia. De esta última destaca la quimioterapia hipertérmica intraperitoneal con algunos resultados alentadores.

Objetivos: reportar un caso de PMP secundario a un adenocarcinoma mucinoso apendicular, con 13 años de seguimiento.

Caso Clínico: Paciente de sexo masculino de 27 años, que consultó en 1997 por dolor y aumento de volumen progresivo abdominal. Laparotomía exploradora de urgencia reveló tumor apendicular perforado, abundante contenido mucinoso libre y múltiples nódulos mucinosos diseminados en peritoneo, epiplón, hígado, bazo, estómago, mesenterio, mesocolon y fondo de saco rectovesical. Se realizó Hemicolecotomía derecha con ileotransverso anastomosis, omentectomía y vaciamiento de contenido mucinoso. Dado los hallazgos intraoperatorios asociado a CEA de 59 ng/ml, se decidió adyuvancia con quimioterapia, completando 6 ciclos de 5-FU, leucovorina, oxaliplatino. Con recidivas frecuentes en la evolución de su enfermedad, requirió múltiples aseos quirúrgicos para citoreducción, extirpando hasta 12 kg de material mucinoso.

Discusión: el PMP es una entidad poco frecuente generalmente secundaria a un adenoma o adenocarcinoma apendicular perforado, tal como en nuestro caso. Un 23% de los casos se presenta como aumento de volumen progresivo abdominal. En 27% de los pacientes el diagnóstico es un hallazgo en el intraoperatorio de una apendicectomía. El examen imagenológico de elección es la Tomografía Computarizada. Se pueden elevar los marcadores CEA y CA19-9, en un 75 y 58% de los pacientes respectivamente. La cirugía es el tratamiento de elección, sin embargo con una alta tasa de recidivas. Las tasas de sobrevida son 37% y 62% a 5 años para los PMP de bajo y alto grado respectivamente, siendo la obstrucción intestinal y la caquexia las principales causas de fallecimiento.

COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA AMBULATORIA. EVALUACION DE RESULTADOS PERIODO 2007-2009 EN SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL CLINICO REGIONAL DE CONCEPCION.

Drs. O. Torres, R. Durán, V. Ortiz, C. Salas, F. Figueroa, H. Molina, J. Acuña
Enf. C. Alegría, Als: D. Arévalo, D. Barra, P. Galindo.

Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Regional Concepción. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina Universidad de Concepción.

Introducción: La patología vesicular tiene una alta prevalencia en nuestra población, estimándose que en Chile fallecen anualmente cerca de 700 personas por complicaciones de coledolitiasis. La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) permite paliar el grave déficit de camas en instituciones públicas y permite al paciente realizar una recuperación segura en su entorno familiar y con bajo riesgo de complicaciones. Revisamos nuestra experiencia a 32 meses de iniciado el programa.

Material y Metodos: Estudio prospectivo, descriptivo, no aleatorizado. Se realiza seguimiento de pacientes ingresados a CMA con indicación de Colecistectomía en periodo Abril 2007-Diciembre 2009. Se establecen criterios de inclusión y exclusión al programa, características del grupo seleccionado, criterios de alta, control y seguimiento según protocolo de organización. Se analizan cirugías programadas, realizadas, suspensiones y morbimortalidad de la serie.

Resultados: Fueron seleccionados 874 pacientes, de los cuales 810 (92,7%) fueron intervenidos en el Programa CMA, el promedio de edad de los pacientes es 42+/-10,7 años. El 87,9% de la población intervenida fueron mujeres (n = 712) con un promedio de edad 41,6+/-10,5 años. El 12,1% fueron hombres (n=98) con promedio de edad 44,6+/-11,45 años. El total de cirugías suspendidas fue 64 (7,3%), los principales motivos fueron: No presentación de paciente (28,1%), Movilizaciones sindicales (20,3%), cuadro respiratorio agudo (17,2%). Las complicaciones que impiden alta se observan en 50/810 pacientes (6,2%), las cuales corresponden a: 12 pacientes con hiperemesis (1,5%), 10 pacientes con cirugía más compleja que la programada (1,2%), uso de drenes en 8 pacientes (1%) y colecistectomías convertidas en 9 pacientes (1,1%). Reingresan 6 pacientes (0,9%), distribuidos en: 2 por dolor, 2 por ictericia resuelta por CPRE y 2 por dolor abdominal asociado a bilioma, ambos explorados por videolaparoscopia y dados de alta al día 5 y 6 respectivamente. Se observa baja morbilidad sin mortalidad en la serie.

Conclusiones: La colecistectomía videolaparoscópica inserta en Programa CMA es una opción segura, que al contar con riguroso método de selección y personal capacitado, permite optimizar uso de pabellones, disminuir listas de espera y ofrece a los pacientes una recuperación con bajos índices de complicaciones.

COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA EN HOSPITAL DE CAMPAÑA. EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL CLINICO REGIONAL DE CONCEPCION EN SITUACION DE EMERGENCIA.

Drs. H. Molina, V. Ortiz, C. Salas, R. Alvarez U., F. Figueroa, J. Torres, C. Alegria, Als D. Arevalo, D. Barra, P. Galindo.

Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Regional de Concepción (HCRC).

Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina Universidad de Concepción.

Introducción. Un Hospital de Campaña (HC) es una unidad médica móvil, diseñada para atender de manera provisoria a los heridos en el lugar, antes de que se pueda transportarlos con seguridad a instalaciones de hospital fijo. Los HC en situaciones de conflicto deben estar lo más cerca posible del lugar de batalla y poseer un equipamiento médico fácilmente transportable. Ante situación de emergencia vivida en Concepción producto del terremoto del 27 de Febrero (T27F) se habilita HC que funciona con Sala de Preparación, Pabellón y cuidados post-operatorios. Se destina la unidad para realizar cirugía laparoscópica de colelitiasis. Revisamos nuestra experiencia.

Material y métodos. Estudio prospectivo, descriptivo, no aleatorizado. Se analizan todos los pacientes operados en HC en primeros 80 días de funcionamiento. Esta serie es dividida en tres grupos de pacientes que cumplen requisitos de selección para ser intervenidos en HC: Grupo A, Hospitalizados que ingresan con diagnóstico de Colecistitis aguda con menos de una semana de evolución. Grupo B: Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) y Grupo C: Cirugía de un día (CUD). Se establecen criterios selección de pacientes, características de grupos, tiempos quirúrgicos y morbimortalidad de la serie.

Resultados: Fueron intervenidos 265 pacientes con edad promedio 44,4+/-15,1 años, de los cuales el 74% fueron mujeres. Grupo A: 160 pacientes, edad promedio 44,9+/-15,21 años, de los cuales el 70% fueron mujeres y con tiempo operatorio promedio 42,9 minutos. Grupo B: 86 pacientes, edad promedio 40,5+/-13,15 años, de los cuales el 80,3% fueron mujeres, con tiempo quirúrgico 35 minutos promedio. Grupo C: 19 pacientes, con edad promedio 57,1+/-15,53 años, de los cuales el 79% fueron mujeres y tiempo quirúrgico promedio 48,1 minutos. Se observa mayor frecuencia de colecistectomías videolaparoscópicas convertidas en grupo C, el que presenta además mayor edad y tiempos quirúrgicos promedio, todos ASA II.

Conclusiones: La cirugía en HC es una opción segura para resolver esta patología prevalente y paliar transitoriamente el déficit de pabellones quirúrgicos ante situación de catástrofe producida por el T27F. En esta serie se observa muy baja morbilidad. No se observa mortalidad.

CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA EN PERIODO DE CATASTROFE. ESTUDIO COMPARATIVO DE RESULTADOS ENTRE GRUPO HISTORICO Y A 120 DIAS DEL TERREMOTO EN CONCEPCION.

Drs. H. Molina, V. Ortiz, R. Durán, C. Salas, R. Alvarez U., F. Figueroa, R. Funke A, O. Torres Enf: C. Alegria. Als. D. Arevalo, D. Barra, P. Galindo.

Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Regional de Concepción.

Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina Universidad de Concepción.

Introducción: La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en el Hospital Clínico Regional de Concepción (HCRC) ha mostrado ser una opción segura para la resolución de patología quirúrgica prevalente de la población de Concepción, realizando recuperación en su entorno familiar, con bajo riesgo de complicaciones. Con posterioridad al Terremoto del 27 de Febrero (T27F) de 2010 y ante la drástica reducción del número de camas hospitalarias y pabellones quirúrgicos, comparamos nuestros resultados históricos con la experiencia a 120 días del T27F. **Material y Métodos:** Estudio prospectivo, comparativo, descriptivo, no aleatorizado. Se comparan resultados obtenidos en dos grupos de pacientes. Grupo A: Pacientes ingresados a CMA entre abril 2006-Junio 2009. Grupo B: Pacientes ingresados a CMA e intervenidos con posterioridad al T27F. Se establecen criterios de inclusión y exclusión al programa, criterios de alta, control y seguimiento según protocolo organizacional. Se analizan resultados: cirugías programadas, realizadas y morbimortalidad de ambos grupos.

Resultados: Los pacientes seleccionados para CMA fueron: Grupo A: 2.720 pacientes. Grupo B: 320 pacientes. Fueron intervenidos 2.486 pacientes (91,4%) del Grupo A: y 295 (92,2%) Grupo B. El promedio de edad de los pacientes es Grupo A: 42,9+/-12,6 y Grupo B: 41,7+/-14,8. El 73,9% de la población intervenida fueron mujeres (n = 1.830) con edad promedio 43,7+/-11,8 en Grupo A y 61,7% mujeres (n = 182) con edad promedio 41,1+/-13,7 en Grupo B. Las cirugías realizadas son similares en ambos grupos: Colecistectomías VL (28,7% v/s 30,1%), Hernioplastias (18,6% v/s 17%), Mastectomías Parciales (16% v/s 8,5%). El total de cirugías suspendidas fue Grupo A: 234 (8,6%) y Grupo B: 25 (7,8%), los principales motivos fueron: Grupo A: No presentación de paciente (26,5%), Movilizaciones sindicales (12,4%), cuadro respiratorio agudo (9,4%). Grupo B: No presentación de paciente (60%), Patología Crónica descompensada (16%), Falta Cama en sala recuperación (12%). Las complicaciones que impiden alta en Grupo A son 68 (2,61%), las cuales corresponden a cirugía más compleja de lo esperado (0,6%), hiperemesis (0,6%) y del Grupo B 15 pacientes (5,1%), destacando: cirugía más compleja de lo esperado (2,4%), hiperemesis (0,7%). Reingresan 8 pacientes del Grupo A (0,3%) por dolor intenso, Hematoma herida operatoria e Ictericia. No hubo reingresos en Grupo B. No se

observa mortalidad en ambos grupos.
Conclusiones: La CMA es una opción segura y permite enfrentar situaciones de catástrofe como la del T27F, optimizando recursos físicos y humanos para resolver la patología quirúrgica prevalente con muy baja morbilidad.

NEOPLASIAS EN LINFOADENECTOMÍAS SUPERFICIALES EN 100 PACIENTES DEL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE ENTRE LOS AÑOS 2005-2008
Drs. P. Cabané; A. Ledezma; D. Ibacache; P. Gac; F. Rodríguez; D. Roizblatt; L. Moyano.
Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: Las Linfadenopatías cervicales son causa frecuente de consultas, pudiendo ser señal de patología maligna, al presentar: diámetro >2cm, edad >40 años, antecedentes de cáncer, crecimiento progresivo en 2 semanas, localización supraclavicular, consistencia firme, no dolorosa y adherencia a planos profundos.

La prevalencia de malignidad en linfadenopatía cervical publicada es 40%-60%, siendo frecuentes: Linfoma No Hodgking(LNH), Linfoma de Hodgking(LH), Metástasis(M) y cáncer de piel. Objetivos: Conocer las distintas etiologías de las linfadenopatías cervicales malignas, así como características demográficas y clínicas al momento de la presentación en los casos revisados. Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo. Revisión de fichas clínicas en Hospital Clínico Universidad de Chile entre año 2005 a 2008. Se incluyeron pacientes con biopsia excisional con las siguientes características: Edad > 6 años; tamaño >2 cm; consistencia gomosa o pétreo; aumento de tamaño en dos semanas o persistente en 4-6 semanas, sospecha infecciosa sin respuesta a antibióticos, imagenología anormal, -signos y síntomas sistémicos, sin clínica otorrinolaringológica.

Resultados:

N= 100 pacientes.

Edad promedio: 46 años. (6-87)

Sexo femenino: 53. Masculino: 47.

53% de malignidad en los 100 casos y 47% de linfadenopatías benignas.

Patología maligna más frecuente fue LNH 21%, M 19% y LH 12%.

Las etiologías más frecuentes en casos benignos: Linfadenitis reactiva 32%, infecciosa 4%, y lipoma 4%, con otras causas en menos del 1% de los casos. En >40 años la prevalencia de malignidad fue 60%. Pacientes con cáncer previo tuvieron diagnóstico maligno en 82%.

Los síntomas y signos más relacionados a malignidad fueron: aumento de volumen, sudoración nocturna y baja de peso.

En cuanto a la localización supraclavicular esta se asocia a malignidad en un 83%.

Conclusiones: La etiología maligna en linfadenopatías cervicales es un porcentaje a considerar del total, relacionándose mayormente a edades avanzadas y localización supraclavicular. El antecedente de cáncer también debe hacer pensar en malignidad.

NEOSAXITOXINA PARA EL MANEJO DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA. ENSAYO CLINICO CONTROLADO EN 250 PACIENTES.

Drs. Alberto J. Rodríguez-Navarro, Gonzalo Wiedmaier, Andres Mercado, Veronica Iglesias.
Servicio Cirugía Hospital Padre Hurtado
Facultad de Medicina Universidad de Chile

Introducción: Neosaxitoxina es un nuevo anestésico local de larga duración, evidenciando más de 24 horas de su efecto analgésico (Rodríguez-Navarro et al. *Anesthesiology*, 2007;106:339-45). Recientemente demostramos la superioridad de neosaxitoxina sobre bupivacaína para el tratamiento del dolor postoperatorio en un ensayo clínico controlado de menor tamaño (Rodríguez-Navarro et al. *Regional Anesthesia and Pain Management*, 2010 en prensa)

Objetivo: El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad y la seguridad de neosaxitoxina para el manejo de dolor postoperatorio en modelo de colecistectomía laparoscópica (CL) en un número importante de pacientes.

Métodos: Se contó con la aprobación y la supervisión del comité de ética y se obtuvo consentimiento informado de todos los participantes. Se realizó un ensayo clínico controlado, entre neosaxitoxina (100 microgramos) versus bupivacaína (50 miligramos) en pacientes sometidos a CL. Las soluciones fueron inyectadas en las zonas de introducción de los puertos de trabajo. El dolor incisional fue evaluado en reposo y en movimiento, con una escala estandarizada y validada, a las 2,6,12,24 horas y posteriormente diario durante los 5 primeros días postoperatorios. Resultados: 270 pacientes fueron evaluados, siendo 250 incluidos en este ensayo. 125 recibieron neosaxitoxina y 125 bupivacaína. El grupo de neosaxitoxina mostró menor dolor incisional en el periodo de evaluación entre las 6 y las 24 horas. El tiempo de recuperación fue en promedio 2 días menor en el grupo de neosaxitoxina. No se observaron efectos adversos de Neosaxitoxina. Conclusión: Este estudio confirma que neosaxitoxina es superior a bupivacaína para el manejo del dolor en CL en el periodo entre las 6 y las 24 horas. Este mejor manejo del dolor condiciona una recuperación precoz. El perfil de seguridad de neosaxitoxina es preliminarmente alto. Neosaxitoxina será un compuesto que jugara un rol importante el manejo del dolor postoperatorio en un futuro cercano. FONDECYT 11080242.

UNA VÍCTIMA INDIRECTA DEL TERREMOTO: LAS HERIDAS CRÓNICAS. INFORME DE UN OPERATIVO SOLIDARIO EN CONCEPCIÓN.

Drs. C. Salas, R. Julio, R. Rebolledo, S. Valenzuela, E.U. I. Aburto, E.U. L. Araya,
Fundación Instituto Nacional de Heridas.

Introducción: En febrero del 2010 ocurrió un terremoto en la zona centro sur de Chile generando

la pérdida de la red asistencial de manera parcial . Dada esta situación la atención se centra en el manejo de pacientes directamente afectados por el terremoto en desmedro de los pacientes que se atienden por heridas crónicas. Dicha problemática es detectada en el CESFAM Victor Manuel Fernandez (VMF) de Concepción junto con el departamento de Enfermería de la Universidad de Concepción y la Fundación Instituto Nacional de Heridas (FINH) se organiza un operativo de salud enfocado al manejo de heridas. Objetivo: describir la organización y los resultados del análisis de un operativo multidisciplinario de salud considerando la situación de los pacientes portadores de heridas crónicas en el contexto de una situación de catastrofe. Material y metodos: Planificación: calculo de costos del operativo y convocatoria a empresas para aportes en insumos . Se confecciona protocolo y encuesta de evaluación de pacientes. Se analiza las bases de datos de las atenciones realizadas durante el operativo.

Resultados: 10 comunas aportaron un total de 344 pacientes, 174 hombres y 170 mujeres. Un 54,6% mayor de 65 años, 44,8% entre 45 y 64 años y 0,6%

entre 25 y 44 años. Se completaron 804 atenciones, 61% más de lo programado. Un 80,5% de los pacientes atendidos fue por úlceras venosas y pie diabético. Existía una cobertura GES de solo 3,4% en los pacientes con pie DM. El 43,6% llevaba menos de un año de evolución, el 21,8% entre 1 a 5 años, y el 15,7% más de 20 años de evolución. El 54% de los pacientes con ulcera tipo 4, el 33,3% ulcera tipo 3 y el 12,7% úlceras tipo 2. Los pacientes con pie DM presentaron 37,5% úlcera W3 infectado, 21,6% úlcera W2 y W3 no infectada y 17,1% ulcera W4, con absceso localizado y solo 2,27% úlceras W5 con infección localizada de todo el pie. Se capacitaron a 57 profesionales, 46 en curso formal teórico-práctico y 11 en capacitación informal práctica.

Conclusiones: En el contexto del terremoto se reagudizaron los problemas de salud, básicamente por un difícil acceso a los sitios de atención, carencia de insumos, un 97% de pacientes sin cobertura GES, centros de salud devastados y una situación de seguridad límite. Por otro lado destaca la necesidad de una capacitación adecuada y actualizada de las heridas y úlceras.

Seccional: CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA

RESULTADOS PACIENTES ATENDIDOS POR QUEMADURAS ELECTRICAS EN HUAP
V. Peña, A. Pinto, C. Albornoz, J. Villegas.
Servicio de Quemados, Hospital de Urgencia de la Asistencia Pública (HUAP)

Introducción: Las lesiones por quemaduras eléctricas siguen siendo un grave problema en la actualidad. El objetivo del trabajo es revisar el perfil y desenlaces de los pacientes ingresados con quemaduras eléctricas a nuestro servicio.

Material y método: Estudio retrospectivo descriptivo que incluyó 59 pacientes ingresados al Servicio de Quemados del HUAP con quemaduras eléctricas desde Enero del 2006 a Junio del 2010. Fueron clasificados por etiología. Se evaluó además tratamiento recibido, presencia o no de complicaciones, letalidad y mortalidad. **Resultados:** Durante este período se atendieron 864 pacientes en el Servicio de Quemados HUAP, de los cuales 59(6,8%) presentaban quemaduras eléctricas. La edad promedio fue de 31 años (rango: 16-69 años), 97.1% de sexo masculino. En un 69% de los casos la quemadura fue por alta tensión, un 11,8% fue por baja tensión, pero en el 18,6% el mecanismo y voltaje no fue registrado en la ficha clínica.

Se practicaron en estos pacientes un total de 216 intervenciones, promedio 5 cirugías por paciente (rango:1-13). Un 11,8% de los pacientes requirieron fasciotomías y 27,1% de los requirieron amputaciones. Llama la atención que el 36% de los pacientes que requirieron cirugías descompresivas o amputación estaban catalogados como quemaduras de riesgo moderado, según la clasificación de Garcés modificada.

La estadía hospitalaria promedio fue de 28,5 días (rango de 1 a 103 días).

Letalidad 10,16% (6/59), mortalidad 0.7% (6/864).

Conclusiones: Las lesiones por quemaduras eléctricas siguen siendo un grave problema en la actualidad, afectando frecuentemente a hombres en edad laboral, con impacto socio-económico por secuelas físicas y psicológicas, lo que muestra la necesidad de mejorar las normas de prevención.

La extensión de superficie corporal quemada, y el grupo de gravedad, no se relaciona con la real gravedad de estas lesiones, siendo las quemaduras eléctricas un factor de gravedad en sí mismo.

TATUAJE DEL COMPLEJO AREOLA PEZÓN
Dr. Gonzalo Gómez Corona
Departamento De Cirugía Plástica Del Hospital Eduardo Pereira

El tatuaje del Complejo Areola Pezón (CAP) ha ganado popularidad, ya que permite una buena ilusión óptica y se ha impuesto como una alternativa para la reconstrucción del CAP. El objetivo del estudio es presentar la experiencia inicial en el tatuaje del complejo areola pezón en el Hospital Eduardo Pereira.

Se realizó un estudio descriptivo de 25 pacientes con tatuaje de CAP desde Marzo a Junio del año 2010 en el Departamento de Cirugía Plástica del Hospital Eduardo Pereira de Valparaíso. Se realizó un control a los 7 y 30 días posterior al tatuaje. Los datos fueron incorporados a una planilla Excel y se utilizó estadística descriptiva. Se definió despigmentación o hiperpigmentación del tatuaje cuando se objetivo, tanto por el autor como por la paciente, una decoloración o sobrecoloración del tatuaje respectivamente.

El promedio de edad fue 47.6 años. El tiempo promedio de tatuaje fue 63.6 minutos (rango 40-120 minutos). En 4 pacientes se requirió anestesia local y no hubo incidentes durante el procedimiento del tatuaje. Hubo 1 sola complicación (necrosis parcial del pezón) y fue en 1 de las reconstrucciones del CAP y tatuaje en un solo tiempo. Al mes de tatuaje se despigmentaron 5 CAP y se hiperpigmentó 1 CAP, debiendo corregir el tatuaje.

El tatuaje del CAM es una técnica reproducible, rápida, con baja morbilidad y técnicamente sencilla, pero no siempre fácil ya que para evitar la decoloración natural del tatuaje, se requiere entrenamiento (curso de tatuaje), experiencia y perfeccionamiento sobre todo en el uso de tintas para dar la simetría de color y en el grado de profundidad del tatuaje para lograr resultados definitivos. PALABRAS CLAVES: reconstrucción mamaria, reconstrucción areola pezón, tatuaje.

CONGELACIÓN DE TEJIDO LIPOASPIRADO (TLA) PARA LIPOTRANSFERENCIA DIFERIDA: ESTUDIO IN VITRO Y EXPERIENCIA INICIAL EN PACIENTES

E. González^{1,5}, J. Alfaro², G. Pantoja³, C. Sciaraffia³, R. Tuane⁴, D. Vantman^{1,4}, P. Caviedes^{1,5}.

¹Inbiocell Ltda.; ²Laboratorio de Terapia Celular, Banco de Sangre, ³Cirujano Plástico, ⁴Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Clínico José Joaquín Aguirre; ⁵Laboratorio de Terapia Celular, Programa de Farmacología, ICBM, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Introducción: La principal ventaja de las plastias de aumento mediante lipotransferencia inmediata radica en la utilización de tejido autólogo, sin embargo la retención de volumen es variable, esto hace que el procedimiento tenga un éxito impredecible y que en muchas ocasiones sea necesario repetirlo. Por esta razón resulta atractivo poder contar con un medio de almacenamiento de TLA que permita utilizarlo en tiempo diferido como material de relleno. Existe experiencia internacional al respecto, sin embargo se desconoce cuál es el medio de congelación ideal (no tóxico y que mantenga vitalidad).

Hipótesis: El uso de InbiocellCPM2 como medio de criopreservación permite obtener mayores tasas de viabilidad tisular que con los medios InbiocellCPM1 y estándar de criopreservación, esto permitiría realizar lipotransferencia autóloga diferida en forma segura para los pacientes.

Método: Se congeló TLA de una paciente de 42 años sana. Se realizaron en promedio 14 mediciones por punto en tres condiciones diferentes A: DMEMF12(70%)+SFB(20%)+DMSO(10%); B: InbiocellCPM1; C: InbiocellCPM2. Se utilizó descenso controlado de temperatura (1°C/min) hasta -80°C y almacenamiento en nitrógeno líquido (-196°C). Se descongela muestra en 1-2 min a 37°C y se midió viabilidad tisular en tres puntos (161, 220 y 256 días post toma de muestra) mediante el ensayo de MTT (5mg/ml): 4h de incubación a 37°C en DMEMF12 sin rojo fenol, dilución de cristales de formazán en DMSO, lectura de absorbancia a 540nm, normalización de datos por peso húmedo de tejido, control negativo sin agentes criopreservantes. Control de contaminación con cultivo microbiológico corriente. Análisis estadístico mediante t de Student (p 0.05).

Resultados: Se observó mayor vitalidad tisular con la condición C aunque esta diferencia fue significativa sólo a los 161 días (~80% v/s ~60%). Se realizó lipotransferencia diferida con TLA congelado en InbiocellCPM2 en 4 pacientes sin complicaciones inmediatas y con resultado estético satisfactorio a los 2 meses.

Discusión: El ensayo MTT consiste en la reducción de éste por parte de una enzima mitocondrial a formazán, esto permite un viraje de color amarillo a violeta cuya absorbancia es medible a 540nm y que es proporcional a la cantidad de células vitales con sus mitocondrias indemnes. Es fundamental que no haya contaminación, se solubilice la muestra en forma homogénea y se analice la misma cantidad de tejido.

Conclusión: El medio de congelación InbiocellCPM2 es una buena alternativa para congelar TLA. Bajo las condiciones utilizadas la lipotransferencia diferida con TLA criopreservado es segura.

LA INDUCCIÓN Y MANTENCIÓN DE TERAPIA INMUNOSUPRESORA CON TACROLIMUS COMO MONOTERAPIA, DISMINUYE LA INCIDENCIA E INTENSIDAD DEL RECHAZO AGUDO EN UN MODELO ANIMAL DE TRASPLANTE DE TEJIDOS COMPUESTOS.

A. Ramírez¹, R. Contreras², J. Cartes¹, C. Martínez¹, V. Alvarado³, J. Martínez⁴, M. Iruretagoyena⁵

¹ Residentes de Cirugía General. ² Sección de Cirugía Plástica. ³ Laboratorio de Cirugía Experimental, Centro de Investigaciones Médicas, División de Cirugía. ⁴ Programa de Trasplante, Departamento de Cirugía Digestiva. ⁵ Departamento de Reumatología. Facultad de Medicina, P. Universidad Católica de Chile.

Introducción: El trasplante de tejidos compuestos (TTC) involucra el transplante de tejidos complejos que pueden contener piel, músculo, nervios, vasos sanguíneos, tendones, huesos, y células inmunes. Uno de los principales problemas del TTC, es la alta inmunogenicidad de la piel y el rechazo subsecuente. **Objetivo:** Ensayar una monoterapia inmunosupresora con Tacrolimus (FK-506) como mantención del implante en un modelo de trasplante de tejidos compuestos: el alotrasplante de extremidad posterior de la rata.

Animales y Métodos: Dado su alto mismatch antigénico se utilizaron ratas Brown Norway (BN) como animales donantes y ratas Lewis (LW) como receptoras. Edad: 9-16 semanas. Peso 187-330 g. Como anestésico se utilizó una mezcla de ketamina (70 mg/Kg) + xilazina (3 mg/Kg) como inductor, y bolos de ketamina (23 mg/Kg) como mantención, ambos intraperitoneal. Grupos experimentales: Grupo 1: no recibe Tacrolimus. Grupo 2: Dosis única de Tacrolimus (*gentileza de Laboratorios Recalcine S.A.*) (10 mg/Kg) pre-operatoria, vía oral. Grupo 3: dosis pre-operatoria de Tacrolimus (10 mg/Kg) más mantención diaria (6 mg/Kg/di) desde el día 1 post operatorio, vía oral. La intensidad del rechazo se evaluó macroscópicamente con una escala visual: Grado (G) 0: sin rechazo; GI: sospecha de rechazo; GII: rechazo leve; GIII: rechazo moderado; GIV: rechazo grave. En caso de rechazo G I a IV se realizó una biopsia de piel para confirmar el diagnóstico. **Resultados:** Se logró realizar 19 trasplantes (83%) de 23 intentos. De estos, 4 (21%) fallecieron en el post operatorio inmediato y 2 a las 24 hrs. Los 13 animales restantes fueron separados en los 3 grupos experimentales (Tabla 1).

Dosis de Tacrolimus	Aparición de rechazo (día post operatorio)	Seguimiento (días)	Grado de rechazo al final del seguimiento
Grupo 1; (N= 2)	1, 1	5, 7*	III, IV
Grupo 2; (N=4)	3, 2, 2, 2	21, 13*, 11*, 11*	IV, III, III, III
Grupo 3; (N=6)	2, 3, 3, 3, 3, 3 (p)	3, 10, 9, 9, 6, 6, 5	III, 0, 0, 0, 0, 0 (p)

Tabla 1.- Cada número corresponde a un animal, ordenados de forma correlativa. Los animales en negrita continúan en evaluación al envío del resumen. * Animales que presentaron autofagia mayor que fueron sacrificados de acuerdo a protocolo de ética animal. # : Animales fallecidos. (p): p<0,05 respecto a grupo 2.

Conclusión: en este modelo de TTC, la monoterapia con Tacrolimus disminuye la incidencia y la intensidad de rechazo agudo del implante.

TITULO: EFECTOS DE LA LIPOSUCCIÓN EN FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR. REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META-ANÁLISIS.

Drs. S. Danilla¹, C. Longton², P. Andrades¹, G. Cavada³; K. Valenzuela⁴, S. Benitez¹, C. Erazo¹, JC. Molina¹, S. Sepulveda¹.

¹ Departamento de Cirugía Unidad de Cirugía Plástica, Hospital J. J. Aguirre, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

² Departamento de Cirugía, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

³ Departamento de Bioestadística y Demografía, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

⁴ Departamento de Postgrado, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Objetivo: determinar si la liposucción disminuye la incidencia de enfermedades metabólicas o cardiovasculares o sus marcadores conocidos. **Métodos:** Revisión sistemática y meta-análisis. Con una estrategia de búsqueda predefinida de máxima sensibilidad, se buscaron estudios clínicos aleatorios o cohortes en que participaran humanos de cualquier sexo y la intervención fuera la lipectomía asistida por succión, LASER o ultrasonido. Las medidas de resultado fueron extraídas en forma emergente en una base de datos prediseñada. Los datos se analizaron con modelos mixtos multivariantes controlando los efectos fijos y aleatorios ajustando por IMC, tiempo y precisión del estudio. **Resultados:** Se encontraron 15 estudios que involucraron 308 pacientes. La mediana de seguimiento fue de 3 meses (Rango 0.5 a 10.5). Diez (66.6%) usaron lipectomía asistida por succión, 3 (20%) ultrasónica y 2 (13.3%) no descrita. El volumen de grasa aspirado fue de 6138±4732 mL (Rango 2063 a 16300 mL). Se encontraron los siguientes marcadores: PCR, IL-6, TNF-alfa, Adiponectina, HOMA, Colesterol (total, HDL, LDL), triglicéridos y ácidos grasos libres los cuales no presentaron variaciones significativas. Leptina e Insulina plasmática y presión arterial diastólica presentaron variaciones significativas asociados a la magnitud de la lipectomía.

Conclusiones: Existe escasa evidencia para recomendar la succión de grasa para disminuir los factores de riesgo cardiovascular o sus marcadores metabólicos. Los efectos de la remoción de grasa se confunden por los de la baja de peso en los pacientes estudiados en las distintas series. La succión de grasa parece disminuir la insulina plasmática y los niveles de leptina.

Se necesita un estudio prospectivo aleatorio con participantes sanos o portadores de enfermedades metabólicas en que ambas ramas reciban tratamiento activo para disminuir de peso y una de ellas sea aleatorizada a lipectomía y se mida la incidencia de enfermedades metabólicas o cardiovasculares en ambas ramas con un periodo de seguimiento adecuado.

IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE TRANSPLANTE DE TEJIDOS COMPUESTOS: EL ALOTRASPLANTE DE EXTREMIDAD POSTERIOR DE LA RATA.

Drs. A. Ramírez¹, R. Contreras², J. Cartes¹, M. Martínez³, C. Martínez⁴, V. Alvarado⁴, M. Iruretagoyena⁵, J. Martínez⁶.

¹ Residente de Cirugía General. ² Sección de Cirugía Plástica. ³ Interna de Medicina. ⁴ Laboratorio de Cirugía Experimental, Centro de Investigaciones Médicas, División de Cirugía. ⁵ Departamento de Reumatología. ⁶ Programa de Trasplantes, Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina, P. Universidad Católica de Chile.

Introducción: El trasplante de tejidos compuestos (TTC) involucra el trasplante de tejidos complejos que pueden contener piel, músculo, nervios, vasos sanguíneos, tendones, huesos, y células inmunes. Se estima que en Estados Unidos cada año cerca de 7 millones de personas se podrían beneficiar de un TTC, luego de la pérdida de tejidos por accidentes, cirugías oncológicas, o malformaciones congénitas. **Objetivo:** Montar un modelo de trasplante de tejidos compuesto, el alotrasplante ortotópico de extremidad posterior de la rata.

Animales y Métodos: Dado su alto mismatch antigénico se utilizaron como donantes ratas Brown Norway (BN) y como receptoras ratas Lewis (LW). Edad: 9-16 semanas. Peso 187-330 g. Como anestésico se utilizó una mezcla de ketamina (70 mg/Kg) + xilazina (3 mg/Kg) como inductor y bolos de ketamina (23 mg/Kg) como mantención, ambos intraperitoneal. La duración de las etapas se expresan en promedios ± desviación estándar.

Resultados: Se logró realizar 19 trasplantes (83%) de 23 intentos. Tres animales (13%) fallecieron en el intraoperatorio por falla ventilatoria. Un animal fue sacrificado por problemas quirúrgicos. La procura de ambas extremidades posteriores en las ratas BN se realizó en un tiempo quirúrgico (42 ± 9 min). La amputación del receptor se realizó en un tiempo de 33 ± 7 min. El implante de la extremidad se realizó en 185 ± 27 min., según la técnica siguiente: (1) Osteosíntesis con una aguja 21g intramedular + cerclaje con alambre de 0,4 mm, (13 ± 6 min). (2) Neurografía del nervio ciático con 2 puntos de Nylon 10-0 (7 ± 5 min). (3) Afrontamiento muscular con sutura interrumpida de Prolene 5.0 (17 ± 4 min). (4) Anastómosis venosa femoral termino-terminal con sutura interrumpida de Nylon 10-0, con técnica de triangulación (40 ± 13 min). (5) Anastómosis de arteria femoral termino-terminal con sutura interrumpida de Nylon 10-0 (37 ± 13 min). La permeabilidad inmediata de las anastómosis fue de un 100 %. Los tiempos de isquemia fría y caliente fueron 177 ± 100 min. y 168 ± 23 min respectivamente.

Conclusión: El modelo de alotrasplante de extremidad posterior de la rata es un modelo factible y reproducible en nuestro medio. Este modelo permite un adecuado entrenamiento microquirúrgico y el estudio de las terapias inmunosupresoras o inductoras de tolerancia en TTC.

ENDOSCOPIA VERSUS TAC EN EL DIAGNÓSTICO DEL TABIQUE NASAL: ANÁLISIS DE RENDIMIENTO Y COSTO-EFECTIVIDAD

Drs. P. Andrades, C. Rozas, C. Borel, R. Hernández, R. Villalobos.

Hospital Clínico de la Universidad de Chile

Introducción: El Tabique Nasal se ha convertido en el eje central del manejo de pacientes con trauma nasal. Una desviación septal crónica o una lesión septal aguda son factores que incrementan las complicaciones en pacientes con fractura de Huesos Propios de la Nariz. Por este motivo la evaluación preoperatoria del Tabique Nasal es fundamental en este grupo de pacientes.

El objetivo del presente trabajo fue evaluar la concordancia, exactitud y costo-efectividad de la Tomografía Axial Computarizada (TAC) y la Endoscopia en la evaluación del Tabique Nasal. **Material y métodos:** Se diseñó un estudio retrospectivo en el cual se revisaron todos los pacientes consecutivos a los que se les realizó algún tipo de cirugía nasoseptal entre Enero y Diciembre del 2010. A todos los pacientes se les realizó una evaluación preoperatoria clínica, endoscópica y radiológica. La desviación septal se describió según la clasificación de Guyuron modificada en: A (desviación localizada), B (desviación con una concavidad), y C (desviación compleja con varias concavidades). Se evaluó la concordancia diagnóstica caso a caso entre Endoscopia y TAC, y se calculó la sensibilidad y especificidad para cada método y cada tipo de desviación, utilizando los hallazgos quirúrgicos como gold standard. Además se confeccionó una tabla de evaluación de proyecto para analizar la costo efectividad y comparar los costos asociados a la realización de un TAC v/s una Endoscopia nasal.

Resultados: Un total de 29 pacientes completan los requisitos para el estudio. La edad promedio fue 34.5 años, con 6 mujeres y 23 hombres. Los diagnósticos fueron: Fractura Nasal + Septodesviación n=12, Fractura Nasoseptal n=14, y Secuela trauma nasal n=4. La concordancia entre los estudios fue: TAC y Cirugía 90%, Endoscopia y Cirugía 94%, TAC y Endoscopia 90%. La sensibilidad y especificidad global para TAC y Endoscopia fue de 89% - 92% y 94% - 98% respectivamente.

A pesar de que el proyecto con Endoscopia nasal requiere como inversión inicial mayor, el diferencial de costos nos muestra que el ahorro mensual con el proyecto de endoscopia lograría recuperar la inversión luego de 20 meses. Aplicando entonces una tasa de descuento anual del 10%, obtenemos un VAN a los 24 meses de 880.946 pesos, lo que hace nuestro proyecto viable y rentable.

Conclusión: La concordancia y exactitud del TAC y la Endoscopia son elevados y muy similares. Sin embargo, la realización de una endoscopia en la misma consulta inicial, en el mismo lugar físico y por el mismo profesional disminuye los costos, la necesidad de radiación, mejora la gestión de operaciones y entrega al paciente una mejor experiencia de salud, logrando así pacientes más satisfechos y agregándole valor al servicio.

PANCREATODUODENECTOMIA ASPECTOS TECNICOS

Drs. JC Díaz, J. Castillo, A. Sauré, H. Lembach. Departamento Cirugía Digestiva - Hígado, Páncreas y vías biliares. Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción. El reto quirúrgico de la pancreatoduodenectomía ha entusiasmado y seguirá inquietando a todas las generaciones de cirujanos. Con la llegada de más y mejores tecnologías imagenológicas creemos que los hallazgos de lesiones susceptibles de pancreatoduodenectomía irán en aumento, en nuestro centro hemos reglado la técnica de esta cirugía para poder disminuir nuestra tasa de complicaciones y mortalidad.

Objetivo. Dar a conocer y describir la técnica de pancreatoduodenectomía que realizamos en nuestro equipo del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Materiales y Métodos. Filmamos un video de una pancreatoduodenectomía por tumor periampular sin preservación de píloro y con anastomosis pancreatogástrica.

Resultados. En nuestro centro tenemos registradas adecuadamente 153 pancreatoduodenectomías por cáncer desde el año 1995, logrando en las últimas 98 cirugías de este tipo reglar mucho más esta cirugía logrando una mortalidad de 3,9% para los cirujanos con mayor experiencia en esta intervención. **Discusión.** Si bien en la literatura la técnica que con mayor frecuencia se realiza en relación a la reconstrucción es la pancreatoyeyunoanastomosis, a diferencia de nosotros quienes nos hemos acostumbrado a la reconstrucción hacia el estómago. Además realizamos resección pilórica en la mayoría de nuestras intervenciones, todo basado que efectivamente no existen diferencias demostradas en la técnica, pero hemos logrado mantener en rangos aceptables nuestra morbimortalidad comparables con el ámbito nacional como internacional.

RESULTADOS OBTENIDOS EN EL TRATAMIENTO DE GRANDES QUEMADOS EN UNA CLÍNICA PRIVADA (INDISA).

¹ S. Villegas, ²⁻³ J. Villegas, ² V. Peña, ² C. Albornoz
1. Unidad de Cirugía Plástica y Quemados, Servicio de Cirugía Infantil, Hospital Exequiel González Cortés; 2. Servicio de Quemados, Hospital de Urgencia de la Asistencia Pública (HUAP); 3. Cirugía Plástica, Reconstructiva y Quemados, Clínica Indisa.

Introducción: La entrada en vigencia de la Garantía para el tratamiento de Grandes Quemados generó un aumento sustantivo de la demanda que excedió las capacidades del Servicio del HUAP. Es así que desde el 2007 a la fecha la Clínica Indisa fue la alternativa de derivación de los pacientes Grandes Quemados de este Servicio.

Como consecuencia de esta situación, adicionalmente en la Clínica Indisa se comenzaron a tratar pacientes Grandes Quemados con Seguros de Salud Privado tanto Adulto como Pediátrico.

El objetivo de este trabajo es evaluar los resultados del tratamiento de los pacientes Grandes Quemados durante este período.

Material y Método: Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo que incluyó 92 pacientes considerados Grandes Quemados según la clasificación del GES, entre Julio del 2007 a Julio del 2010. Se excluyeron 4 pacientes con quemaduras eléctricas por alta tensión, ya que esta etiología es un factor de riesgo de mortalidad por sí misma.

Se aplicó el Protocolo de Tratamiento Quirúrgico basado en las guías del Minsal y el de la Unidad de paciente crítico de Clínica Indisa para el manejo clínico, constituyendo una Unidad Funcional Clínico Quirúrgica.

Se obtuvieron estadísticas descriptivas y se realizó regresión logística para obtener las probabilidades de 50% de mortalidad para SCQ y edad, y para analizar diferencias según sexo e injuria inhalatoria. Resultados: De los pacientes estudiados 58 fueron hombres (66%) y 30 mujeres (34%), con una media de edad de 46.6 años, con 2 pacientes pediátricos. El promedio de Superficie corporal Quemada fue de 33.56%. La etiología más frecuente fue el fuego con un 93%. El 47.7% presentó injuria inhalatoria. Se realizaron 392 intervenciones quirúrgicas. El 36.3% de los pacientes tuvo un índice de gravedad crítico, con una mortalidad de 25%. En los pacientes estudiados, con 47% de SCQ está el 50% de sobrevivida. Sobre los 50 años la sobrevivida es sólo de un 50% independiente de la SCQ.

Existe una tendencia global y en el análisis por subgrupo de mayor mortalidad en el sexo femenino, no siendo estadísticamente significativa (graves $p=0,19$, crítico $p=0,3$, letal $p=0,229$). La injuria inhalatoria es un factor de riesgo de mortalidad, con 200% de exceso de riesgo (OR=3 $p=0,02$ IC 95% 1,1-7,55)

Al analizar la mortalidad por grupo por año, se observa que los graves disminuyeron de 25% en el 2007 a 0% del 2008-2010, y los letales de 100% a 70%. La mortalidad global fue de 32.9%. Conclusiones: Esta primera experiencia en el Tratamiento de Pacientes Grandes Quemados en una Clínica privada (Indisa), demuestra que es factible instaurar una Unidad Funcional Clínico Quirúrgica logrando resultados comparables con otros centros que además muestran mejoría en el transcurso de los años.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO AGRESIVO DE HIDROADENITIS SUPURATIVA CRÓNICA O ENFERMEDAD DE VERNEUIL, MEDIANTE COBERTURA CUTÁNEA INMEDIATA. EXPERIENCIA PERSONAL.

Drs. P. Stevens, R. Baier; Enf. L. Morales Servicios de Cirugía - Equipo de Cirugía Plástica. Hospital Higuerras de Talcahuano y Hospital Clínico Regional de Concepción. Cátedra de Cirugía Universidad de Concepción.

Introducción: La Hidroadenitis Supurativa Crónica (HSC) o enfermedad de Verneuil es una inflamación crónica, de origen desconocido, de las glándulas

sudoríparas, principalmente de la región axilar. Su desconocimiento posterga el tratamiento adecuado, provocando la cronicidad del cuadro. Se debe sospechar ante cualquier cuadro supurativo que afecte las áreas concentradas de glándulas sudoríparas, con presencia de induraciones, abscesos, fístulas cutáneas y cicatriz deformante; el manejo conservador no previene las recurrencias. Su característica fundamental, es la mala respuesta al tratamiento antibiótico, a pesar de los cultivos y antibiogramas. En la práctica, los episodios agudos se resuelven en los Servicios de Urgencia, indicándose prolongados tratamientos antibióticos; algunos reciben tratamiento con retinoides, que ocasionan muchas complicaciones generales, destacándose la disminución de la respuesta inmune y retraso severo de la cicatrización. El objetivo es plantear y difundir una conducta quirúrgica agresiva inicial, mediante el uso de diferentes recursos de cobertura cutáneas, como una manera eficiente de disminuir la gravedad de la enfermedad y evitar las recurrencias; mejorando la calidad de vida de los afectados.

Material y Método: Se presenta una experiencia personal en 5 pacientes, con tratamiento crónico con retinoides, portadores de HSC, con episodios de abscedación y drenajes quirúrgicos; atendidos en la Unidad de Cirugía Plástica de los Hospitales Higuerras de Talcahuano y Clínico Regional de Concepción, sometidos a diferentes técnicas de cobertura cutánea inmediata, tras la resección en bloque de la región afectada; no se indicó tratamiento antibiótico en el postoperatorio y se mantuvo la terapia con retinoides. Resultados: Se incluyeron 3 del Hospital Higuerras y 2 del Hospital Regional de Concepción; la edad promedio fue 47.6 años (rango 42-57); sin morbilidad asociada; todos fumadores, con IMC sobrepeso; 80 % mujeres. Con 3.4 años de evolución previa (rango 2-6); un promedio de 3.2 drenajes de procesos supurados (rango 2-6). El 100 % tenía más de una zona afectada; la ubicación mas afectada con HSC fue 60 % axilar, 20 % glútea y 20 % inguinal; la ubicación bilateral fue de 80 %. Se efectuaron un total 10 intervenciones (20 % injerto dermoepidérmico, 70 % de colgajos fasciocutáneos, 10 % cierre primario). El promedio de hospitalización fue de 37,2 días (rango 2-100). El 100 % de las complicaciones se presentaron en ubicación no axilar y fueron dehiscencias (20 %), pérdida parcial del injerto (20 %), infección menor de la herida operatoria (25 %); sin embargo en todos se logró completa curación de la zona intervenida. Las intervenciones complementarias fueron injerto dermoepidérmico residual y resutura de dehiscencias parciales. En 3 años de seguimiento, no hubo recidiva local de la enfermedad. Conclusiones: - La escisión total de la lesión, con cobertura cutánea inmediata, resultó ser un excelente tratamiento de la HSC, evitando la recidiva local y mejorando la calidad de vida de los pacientes.

El manejo de HCS inguinal y glútea fue mas complejo.

RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS DE COLUMNA DORSOLUMBAR CON COLGAJO DE MÚSCULO LATISSIMUS DORSI “EN REVERSA”

Drs. R. Cabello^{1, 2}, M. Fontbona¹, J. Galindo³, J.P. Sorolla¹, B. Dagnino¹

1. Equipo Cirugía Plástica, Hospital Militar de Santiago.
2. Equipo Cirugía Plástica, Clínica Alemana de Santiago.
3. Becado Cirugía General, Universidad de Los Andes. Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Militar de Santiago. Servicio de Cirugía Plástica, Clínica Alemana de Santiago.

Introducción: La reparación de lesiones de columna dorsolumbar representa un problema de difícil resolución. Estos defectos son en general secundarios a intervenciones quirúrgicas, por lo que pueden presentar gran tamaño, profundidad, irregularidad de contornos, y en algunos casos exposición de duramadre, de material de osteosíntesis e infección asociada de la herida. Una opción terapéutica es la utilización del colgajo de músculo latissimus dorsi basado en sus pedículos secundarios (“en reversa”), ya que presenta una fuente de tejido resistente y de buena irrigación.

Objetivo: Presentar y analizar la utilización del colgajo de latissimus dorsi basado en sus pedículos secundarios para el cierre de defectos de columna dorsolumbar realizados en el Hospital Militar de Santiago y la Clínica Alemana de Santiago. **Pacientes y Método:** Se presentan cinco pacientes, cuatro hombres y una mujer, entre 56 y 90 años, operados entre los años 2006 y 2009. Todos presentaban lesiones postquirúrgicas complejas de columna dorsolumbar, en tres casos secundarias a patología neoplásica y en los dos restantes secundarias a patología traumatológica. Los cinco pacientes presentaron infección local, en tratamiento antibiótico de amplio espectro y con varios aseos quirúrgicos previos. **Técnica Quirúrgica:** Se diseña el colgajo del músculo latissimus dorsi, con irrigación a través de arterias perforantes paravertebrales, las que se seleccionan utilizando ultrasonido preoperatorio. Se secciona el pedículo toracodorsal y se rota el colgajo hasta cubrir completamente el defecto, sin tensión. Se dejan drenajes en el sitio quirúrgico.

Resultados: En un caso hubo dehiscencia de la herida operatoria, la que se manejó con sistema cerrado de presión negativa, lográndose el cierre por segunda intención. Dos pacientes presentaron seromas, uno de la zona dadora y el otro del colgajo, los que fueron tratados con punciones repetidas. No se presentó infección del sitio quirúrgico en ninguno de los casos. La estadía postoperatoria fue de 19 a 31 días. La cicatrización y el resultado funcional y cosmético fue satisfactorio en los cinco pacientes. **Conclusiones:** La utilización del colgajo de músculo latissimus dorsi “en reversa” representa una excelente alternativa para la cobertura de lesiones de columna dorsolumbar, las que por su origen, localización y complicaciones asociadas, tienden a ser muy complejas en su manejo. Los cinco pacientes presentados evolucionaron de forma satisfactoria, con baja morbilidad derivada del procedimiento, y

un muy buen resultado cosmético y funcional. Nuestro grupo presenta una serie exitosa de casos en una técnica quirúrgica en la que existen pocos reportes de pacientes.

CAMBIOS EN LA MORTALIDAD DE PACIENTES GRAN QUEMADO EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS EN HOSPITAL DE ASISTENCIA PÚBLICA ALEJANDRO DEL RÍO (HUAP).

Drs. C. Albornoz, J. Villegas, V. Peña, I. Bravo, S. Whittle, G. Irusta.

Centro de Referencia Nacional para el Gran Quemado, Hospital de Asistencia Pública Alejandro del Río.

Introducción: Los pacientes Gran Quemados tienen una alta mortalidad y morbilidad. En Chile mueren anualmente alrededor de 500 pacientes por quemaduras y hay 6345 egresos hospitalarios (2007, Minsal). De estos, 130 son tratados en el Centro Nacional de Quemados (HUAP) desde el año 2007. En los últimos 10 años se han producido cambios tanto internos (ingreso de intensivistas, intervención del protocolo quirúrgico) como externos (implementación del plan GES y organización como Centro de Referencia nacional) que han determinado cambios en la mortalidad de los pacientes quemados. El objetivo es analizar la mortalidad de pacientes quemados en los últimos 10 años.

Material y Métodos: Estudio ecológico de series de tiempo. Análisis de mortalidad global y por grupos de gravedad de Garcés.

Se obtuvieron los datos de mortalidad de los registros del Servicio entre 2000 y 2005 y de la base de datos de pacientes Quemados entre 2006-2010. Se realizó análisis de tendencias con prueba de autocorrelación de Prais-Winsten.

Resultados: La regresión para mortalidad global muestra que hay una tendencia a la disminución en el período estudiado $t=-4,36$ $p=0,000$ IC 95% -5,-3,01

La mortalidad global en el año 2000 era de 61% y llegó a su máximo el 2002 con 72%, posteriormente se estabilizó en 60% hasta el 2004. El 2005 se intervino el protocolo quirúrgico, reduciendo la mortalidad global en 8%. Desde ese cambio, la mortalidad tendió progresivamente a la baja hasta ser de 35% el año 2009.

Al analizar la mortalidad por grupo de gravedad, se encontró disminución estadísticamente significativa en todos los grupos, siendo mayor esta disminución en el grupo de críticos ($t=-5,5$ $p<0,05$ IC 95% -7,8,-3,2), seguidos por el grupo de sobrevida excepcional $-4,7$ $p<0,05$ IC 95% -6,4,-3 y graves $t=-2,5$ $p<0,05$ IC 95% -5,7,-3,.

Conclusión: Las políticas adoptadas tanto internamente como externamente han contribuido a mejorar los niveles de mortalidad en forma significativa en los pacientes Gran Quemados tanto en forma global como por grupos de gravedad, tendencia que ha mantenido su disminución en el tiempo.

USO DEL COLGAJO AMPLIADO DE ARTERIA EPIGÁSTRICA INFERIOR EN RECONSTRUCCIONES COMPLEJAS INGUINALES, PÉLVICAS Y DE EXTREMIDAD INFERIOR.

Drs. R. Cabello, B. Dagnino, M. Fontbona, J. P. Sorolla, F. Parada, G. Mangelsdorff, E. Torres, J. Lombardi.
Hospital Militar de Santiago.

Introducción: Descrito por Taylor en 1993, el Colgajo Ampliado de Arteria Epigástrica Inferior es un largo colgajo miocutáneo en isla, basado en el eje vascular epigástrico inferior y el músculo recto del abdomen, que, según sus autores, puede elevarse desde la ingle hasta la axila. Su extensa isla cutánea y amplio arco de rotación lo hacen útil en reconstrucciones complejas de tronco, ingle y extremidad inferior. **Material y Método:** se presentan cinco casos clínicos de pacientes con defectos complejos inguinales, de extremidad inferior y pelvis, reconstruidos con este método.

Resultados: Se operaron: un paciente con un defecto inguinal complejo post resección oncológica, una paciente con desarticulación antigua de cadera, exostosis y cicatriz local inestable que impedía el uso de prótesis, un paciente parapléjico de larga data con una úlcera por presión en que se habían utilizado todas las alternativas de colgajos locales y presentaba extensa cavidad asociada a su úlcera, una paciente con resección oncológica femoral en tercio medio de muslo, que evolucionó con osteomielitis y fasciitis local, una vez desarticulada se reutilizó el mismo colgajo para cobertura pélvica, y por último una paciente con prótesis y cicatriz inestable de cadera con luxación recidivante y pobre cobertura trocánterea.

Todos los pacientes obtuvieron cobertura adecuada de los defectos reconstruidos. No hubo sufrimientos, pérdida total ni parcial de ningún colgajo. Dos pacientes presentaron congestión venosa por compresión del pedículo por la masa muscular rotada: una en el post operatorio inmediato, que se resolvió con sección del músculo, y el otro en el intraoperatorio al tunelizar el músculo para llegar a región trocánterea, que se resolvió seccionando la piel e injertando sobre el pedículo. La paciente que presentó osteomielitis y pérdida de la extremidad recibió cobertura pélvica adecuada con el mismo colgajo elevado para cubrir su defecto previo de muslo en forma satisfactoria. **Conclusión:** el colgajo ampliado de arteria epigástrica inferior es un recurso valioso en reconstrucciones complejas de tronco, extremidad inferior, ingle y pelvis gracias a su gran arco de rotación. Es seguro desde el punto de vista vascular, proporciona gran cantidad de piel y músculo para reconstrucciones tridimensionales.

Constituye una excelente alternativa en defectos complejos de estas áreas en que no se cuenta con colgajos locales o regionales y en aquellos casos en que la microcirugía presenta contraindicaciones.

RECONSTRUCCIÓN DEL TERCIO DISTAL DE LA PIERNA CON COLGAJO LIBRE DE MÚSCULO GRACILIS. REVISIÓN CLÍNICA DE UNA SERIE DE CASOS.

Drs. A. Conejero¹, B. Dagnino^{1,2}, N. Pereira³

1. Departamento de Cirugía Plástica Clínica Las Condes,
2. Servicio de Cirugía Plástica Hospital Militar de Santiago,
3. Departamento de Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: En los defectos de cobertura de la pierna con exposición ósea o articular, la transferencia de tejidos libres es frecuentemente la única opción viable. Éstos se utilizan en el rescate de extremidades inferiores en riesgo por trauma, infección, ulceración, quemaduras y tumores. El colgajo libre de músculo gracilis se describe en la literatura como una excelente alternativa. El objetivo de nuestro trabajo es describir las características de los pacientes y resultados de la utilización del colgajo libre de músculo gracilis en la reconstrucción del tercio distal de la pierna. **Materiales y Método:** Diseño retrospectivo, observacional. Revisión de archivo clínico y fotográfico de 9 pacientes operados por los autores entre los años 2007-2010.

Resultados: Se operaron 5 hombres y 4 mujeres con un promedio de edad de 38 años y un seguimiento promedio de 13 meses (rango 4-34 meses). El motivo del defecto de cobertura que motivó la cirugía (de hasta de 20 x 6 cm) se debió a fractura expuesta (tipo III de Gustilo) por traumatismos de alta energía como accidente de tránsito (4), caída de altura (2) y atrición post-terremoto (1), así como osteomielitis (1) y úlcera crónica (1). En todos los pacientes se realizó un estudio con AngioTAC previo a la cirugía para determinar la anatomía vascular de los vasos receptores, los cuales fueron tibial anterior, tibial posterior o peroneos a través de anastomosis termino-terminal o termino-lateral, individualizada en cada caso, mediante técnica de microcirugía estándar. Se realizó cobertura del colgajo en todos los casos con injerto dermo-epidérmico. El período postoperatorio se evaluó clínicamente y a través de estudio doppler. No hubo complicaciones menores ni mayores relacionadas con la cirugía, durante la hospitalización ni en controles sucesivos. No se presentó sufrimiento, pérdida parcial ni total del colgajo en ninguno de los pacientes con resultado funcional y estético excelentes.

Conclusiones: El colgajo libre de músculo gracilis es una muy buena alternativa para la reconstrucción distal de pierna con defectos de cobertura en fracturas expuestas y osteomielitis o úlceras crónicas. Tras el seguimiento, todos nuestros pacientes lograron una cobertura completa y estable en el tiempo. Los resultados estéticos y funcionales del sitio dador, así como las características de la reconstrucción con el colgajo de gracilis son excelentes.

TRATAMIENTO DE SÍNDROME PARRY-ROMBERG GRAVE CON COLGAJO LIBRE DE EPIPLÓN

Drs. M. A. García-Huidobro¹, E. Torres^{1,2}, F. Deichler², P. Vidal¹

¹ Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. ² Equipo de Cirugía Plástica, Hospital Dr. Sótero del Río

Introducción: El Síndrome Parry-Romberg es una atrofia hemifacial progresiva, que se inicia en la infancia o adolescencia, cuya etiología no ha sido aclarada. Compromete piel, tejido subcutáneo, y en los casos más graves también tejido muscular y óseo. Genera consecuencias estéticas, funcionales y psicosociales importantes. El objetivo principal del tratamiento es mejorar la simetría y armonía facial. Dentro de las alternativas terapéuticas para los casos graves, se encuentra el colgajo libre de epiplón. Este colgajo tiene como ventajas un pedículo vascular de dimensiones favorables para microcirugía y un tejido moldeable, con un patrón vascular que permite dividirlo hacia distintas zonas de la cara. **Objetivo:** Presentar dos casos de Síndrome Parry-Romberg grave, tratados con colgajo libre de epiplón en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Casos Clínicos: Caso 1: Mujer de 28 años con hemiatrofia facial izquierda que comenzó a los 16 años. Se trató con colgajo libre de epiplón, obtenido por vía laparoscópica. Se hizo microanastomosis de vasos gastroepiploicos con arteria facial y vena yugular externa. Sin complicaciones perioperatorias. Se realizó una revisión con injerto dermograsso cinco meses posterior al colgajo de epiplón.

Caso 2: Mujer de 33 años con hemiatrofia facial derecha que se inició en la adolescencia. Se realizó colgajo libre de epiplón obtenido por vía laparoscópica. Se hizo microanastomosis de vasos gastroepiploicos con arteria facial transversa y vena yugular externa. Sin incidentes intraoperatorios. Presentó paresia facial postoperatoria transitoria. **Conclusión y discusión:** El colgajo libre de epiplón es una alternativa en el tratamiento de pacientes con Síndrome Parry-Romberg que presentan grandes defectos. Sus características anatómicas son adecuadas para microcirugía y para distribuir su tejido graso a diversas zonas faciales afectadas. Es una técnica segura y reproducible, que permite obtener resultados satisfactorios.

ANASTOMOSIS MICROQUIRÚRGICA DE LA ARTERIA HEPÁTICA EN TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO CON DONANTE VIVO: EXPERIENCIA INICIAL EN EL HOSPITAL CLÍNICO PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

Drs. M. A. García-Huidobro¹, R. Contreras¹, R. Prado¹, P. Vidal¹, N. Quezada², J.C. Patillo³, N. Jarufe³, J. Martínez³

¹Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva. ²Residente Cirugía General. ³Programa Trasplante Hepático. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: El trasplante hepático es la mejor alternativa terapéutica en algunas enfermedades hepáticas graves en niños. Sus resultados han mejorado gracias a diversos avances médicos y quirúrgicos. Sin embargo, una de las dificultades de esta cirugía es la mayor frecuencia de trombosis de la arteria hepática (TAH) que en adultos, debido al pequeño lumen de este vaso. La TAH es una causa importante de pérdida del injerto y disminuye la sobrevida incluso en niños retrasplantados. El uso de técnicas microquirúrgicas en la anastomosis arterial ha logrado disminuir la frecuencia de TAH. **Objetivo:** Presentar la experiencia inicial en trasplante hepático pediátrico con donante vivo realizando la anastomosis de la arteria hepática con técnica microquirúrgica en el Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile.

Materiales y Métodos: Revisión retrospectiva de los cinco primeros casos de trasplante hepático pediátrico con donante vivo, en los que la anastomosis de la arteria hepática fue realizada por el Equipo de Cirugía Plástica con técnica microquirúrgica. Se describe características clínicas de los pacientes, diagnóstico, procedimiento quirúrgico, complicaciones perioperatorias, seguimiento.

Resultados: De cinco casos, tres son mujeres. La mediana de edad fue 17 meses (rango 14 - 72). Los diagnósticos fueron: atresia de vía biliar en dos casos, Síndrome Alagille, falla hepática aguda y hepatoblastoma en los otros. En todos los pacientes se realizó trasplante hepático donante vivo de los segmentos II y III. Durante la cirugía realizada por el equipo de trasplante hepático-pediátrico, la anastomosis de la arteria hepática fue hecha por el equipo de Cirugía Plástica, con técnica microquirúrgica, en forma terminoterminal, sutura discontinua de nylon 9-0 o 10-0. El flujo de la arteria fue monitorizado con doppler intra y postoperatorio, además angioresonancia en caso de sospecha de TAH. No hubo ningún caso de TAH. Las complicaciones postoperatorias quirúrgicas fueron: fístula biliodigestiva, estenosis portal, ileo mecánico y disfunción del injerto por trombosis portal, con fallecimiento del paciente. Los otros cuatro pacientes se encuentran en buenas condiciones, con mediana de sobrevida de 11 meses (rango 5 - 14). **Discusión y Conclusiones**

La reconstrucción arterial en el trasplante hepático es una etapa relevante, cuyo éxito es determinante en la sobrevida del injerto y del paciente. El desarrollo de la Cirugía Plástica microvascular ha llegado a tasas de éxito en la transferencia de tejidos que superan el 98%. El aporte de la microcirugía en este campo puede reducir la TAH y así mejorar los resultados de trasplantes hepáticos pediátricos.

EXPERIENCIA EN RECONSTRUCCION CON COLGAJO RADIAL

Drs. P. Andrades, ME. Calderón, S. Danilla, S. Benítez, C. Erazo, S. Sepúlveda

Hospital Clínico de la Universidad de Chile

Introducción: El Colgajo Radial fue realizado por primera vez el 29 de Marzo de 1979, como colgajo

libre para cobertura de mano, en el Departamento de Cirugía del Hospital General Shenyang en China. La primera publicación acerca de este colgajo apareció en 1981 en la literatura China y por este motivo demoró su aceptación en occidente. Sin embargo, desde su introducción ha demostrado ser un colgajo muy versátil que permite incorporar piel, hueso, tendones, nervio y músculo para reparar lesiones complejas, con flujo directo, retrógrado o en forma libre.

Es por ésta razón que en el presente trabajo, mostramos la experiencia adquirida por el equipo de Cirugía Plástica y Reconstructiva del HCUCH en la utilización del colgajo radial como alternativa de cobertura frente a diversos tipos de pacientes. Material y métodos: Estudio longitudinal, descriptivo y de seguimiento en el que se presentan 10 casos de pacientes operados por el equipo de Cirugía Plástica y Reconstructiva del HCUCH entre el periodo 2005-2010. Pacientes con los siguientes diagnósticos y reconstrucciones realizadas en base a Colgajo Radial:

Sexo	Edad	Diagnóstico	Cirugía
F	58	Fasciitis Necrotizante mano y antebrazo der.	Colgajo radial libre
M	42	Atrición mano der.	Colgajo radial libre
M	59	Malformación vascular índice der.	Colgajo radial pedículo distal
M	55	Fasciitis Necrotizante dorso de mano	Colgajo radial pedículo distal
F	43	Fasciitis Necrotizante mano y antebrazo izq.	Colgajo radial pedículo distal
F	58	Ca Escamoso intraoral	Colgajo radial libre
M	63	Fx. Expuesta de 2do y 3er Metacarpiano	Colgajo radial pedículo distal
M	20	Defecto dorso de mano	Colgajo radial pedículo distal
M	65	Fistula Cráneo-oftalmo-naso-cutánea	Colgajo radial libre
F	65	Ca Escamoso intraoral y mandibular	Colgajo radial libre osteocutáneo

Resultados: No se presentaron pérdidas parciales o totales de colgajo. Debieron realizarse IDE complementarios en un segundo tiempo en 5/10 pacientes. Posterior al alta, ninguno de ellos presentó complicaciones significativas ni requerimiento de un nuevo procedimiento quirúrgico.

Conclusión: Después de 30 años desde su creación, el Colgajo Radial sigue siendo una de las alternativas de cobertura mas multifacéticas disponibles. A pesar de que su principal problema es la zona dadora, ha podido resistir el paso del tiempo y se ha posicionado como una de las mejores opciones para la reconstrucción de cabeza y cuello, y extremidad superior.

NUESTRA EXPERIENCIA EN RECONSTRUCCION MAMARIA: 67 PACIENTES.

Drs. Juan Montedónico,¹ Gonzalo Gómez¹., Erick Aliaga¹., Yocelyn Palta²., Susana Canales²., Susan Retamal².

1.- Departamento De Cirugía Plástica Del Hospital Eduardo Pereira-Valparaíso-Chile

2.- Internas De Cirugía De La Universidad De Valparaíso

En los últimos 20 años, hemos visto un gran avance de la cirugía reconstructiva de mama posterior a la mastectomía por cáncer. La selección del procedimiento adecuado depende de múltiples factores siendo uno de ellos la experiencia y capacidad técnica del centro donde se va a realizar la reconstrucción.

El objetivo del estudio es presentar la experiencia, resultados, y complicaciones de las técnicas de reconstrucción mamaria del departamento de cirugía plástica del Hospital Eduardo Pereira.

Se realizó un estudio retrospectivo de 67 reconstrucciones mamarias. Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva simple.

Las técnicas reconstructivas utilizadas por el equipo de Cirugía Plástica fueron: dorsal ancho pediculado con sus 3 variantes, expansor y prótesis, prótesis sola y colgajo solo, colgajo TRAM y Reconstrucciones Parciales. La reconstrucción del complejo aréola-pezones se hizo un colgajo random Star Flap para el pezón y tatuaje para la aréola. Como complicación mayor se definió toda morbilidad postoperatoria a consecuencia de la reconstrucción mamaria y que requirió tratamiento antibiótico endovenoso, hospitalización y/o cirugía.

Se realizaron 67 reconstrucciones mamarias, siendo 62 de ellas en los últimos 30 meses y se aumento en un 100% el numero de procedimientos en el ultimo año. El promedio de edad fue 48,7 años y solo 5 reconstrucciones fueron inmediatas. El tiempo de espera por la reconstrucción fue de 46 meses. La cirugía más frecuente fue el colgajo dorsal ancho 73% y luego el TRAM 16%. Hubo un 19.4% de complicaciones mayores (n=13) En solo 1 caso hubo pérdida parcial del colgajo. La reconstrucción del pezón se ha concluido en 30 pacientes y el tatuaje de la aréola se ha realizado en 25 pacientes.

Hoy en día, dado que existen distintas realidades asistenciales, distintas experiencias o capacidades quirúrgicas y distintas técnicas de reconstrucción mamaria, creemos necesario consolidar equipos de Cirugía Plástica para poder ofrecer diferentes alternativas de reconstrucción mamaria, que sean apropiadas según cada paciente, con resultados comprobados y que tengan una morbilidad esperable. PALABRAS CLAVES: Cáncer de mama, reconstrucción mamaria.

ABDOMINOPLASTÍA EN FLOR DE LIS EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA"

Drs. M. Zamorano; C. Salem; E. Castillo. Ints. I. Figueroa; D. López; M. Gutierrez.

Universidad Austral de Chile; Hospital Clínico Regional de Valdivia. Hospital Regional de Antofagasta. Facultad de Medicina, Universidad de Antofagasta.

La obesidad mórbida es una epidemia actual, tomando un papel fundamental la cirugía bariátrica. Los pacientes posterior a esta cirugía presentan una pérdida entre un 40 y 60% de su peso original, necesitando la realización de cirugía plástica para la corrección de los defectos resultantes. En la región abdominal es preferida por diversos autores dada su seguridad, bajo índice de complicaciones, y mayor posibilidad de extraer mayor cantidad de tejido sobrante con un resultado más favorable en el contorno corporal la Abdominoplastía en Flor de Lis, sin embargo es cuestionada por otros autores. Por lo que nuestro objetivo es analizar los resultados y complicaciones de los pacientes sometidos a

Abdominoplastia en Flor de Lis posterior a cirugía bariátrica. Realizamos un método prospectivo, observacional desde enero del año 2008 a enero del año 2010. Incluyendo a todos los pacientes sometidos a esta cirugía posterior a cirugía bariátrica siendo esta clásica o laparoscópica, dependiendo de las cicatrices quirúrgicas previas y tejido dermograso sobrante del contorno corporal. Se incluyeron un total de 20 pacientes, siendo cuatro del sexo masculino. La edad fluctuó de 25 a los 64 años. Cinco pacientes presentaban hábito tabáquico. La pérdida de peso varió de 23 a 58 kg. El índice de masa corporal en el momento de ser sometido a la Abdominoplastia fue de 25 a 32. En cuanto a las complicaciones se presentaron en un 15% de nuestros pacientes, dados por dehiscencia de herida operatoria y seroma. Dos pacientes a mediano plazo evidenciaron cicatriz hipertrófica. El grado de satisfacción fue alto catalogada como buena o excelente por el 100% de los pacientes, en la intención de cambio resaltó la cicatriz quirúrgica y el abultamiento en la región epigástrica. La Abdominoplastia en Flor de Lis es una opción factible para los pacientes sometidos a cirugía bariátrica principalmente en pacientes con cicatriz vertical previa. El porcentaje de complicaciones en nuestros pacientes es similar a otras series, no hemos tenido complicaciones mayores, considerándola como una técnica segura. Según otros estudios y el nuestro los resultados son favorables, no solamente en la pérdida del abdomen en delantal sino también en la mejora considerable del contorno corporal, principalmente a nivel de la cintura y en la región anterior del abdomen, sin embargo faltan estudios con diseños metodológicos adecuados para objetivar esta afirmación. El grado de satisfacción es alto incluso mayor que en abdominoplastias "habituales", creemos que se debe a la deformación mayor previa en estos pacientes. El mayor tamaño de la cicatriz como el abultamiento en la región epigástrica se pudiese mejorar al delimitar mejor la resección lateral y vertical, primordialmente en los pacientes con mayor tejido sobrante.

Podemos concluir que la Abdominoplastia en Flor de Lis es una técnica reproducible, con bajo índice de complicaciones y un alto grado de satisfacción en nuestros pacientes.

COMPARACIÓN DE LA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA INMEDIATA VERSUS DIFERIDA CON TRAM PEDICULADO EN PACIENTES QUE RECIBIERON RADIOTERAPIA POST-MASTECTOMÍA.

Drs. G. Ibañez¹, M. Ibañez², N. Pereira³. Ints. C. Mandiola³, R. Andino³

1. Unidad Patología Mamaria Hospital San José, 2. Unidad de Cirugía Plástica Clínica Dávila, 3. Departamento de Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: La radioterapia post-mastectomía en cáncer mamario es habitual. Aunque su efecto negativo en el resultado estético de reconstrucciones mamarias con implantes ha sido muy estudiado, su aplicación en pacientes sometidas a TRAM permanece incierto. El TRAM inmediato post-mastectomía ha demostrado mejores resultados estéticos que su realización diferida, por lo que es necesario definir los efectos de la radioterapia sobre este tipo de reconstrucción. El objetivo de nuestro trabajo es comparar el efecto de la radioterapia adyuvante post-mastectomía en mamas reconstruidas con TRAM pediculados en forma inmediata vs diferida, analizando resultado estético y complicaciones locales.

Materiales y Método: Diseño retrospectivo, comparativo (significancia $p < 0,05$). Se revisaron historias clínicas de 75 pacientes en que se realizó reconstrucción mamaria entre los años 2004-2009, seleccionándose aquellas sometidas a mastectomía por cáncer de mama, reconstrucción con TRAM y radioterapia adyuvante. Un total de 23 pacientes se distribuyeron en aquellas sometidas a reconstrucción con TRAM inmediato ($n = 12$), y en casos con reconstrucción con TRAM diferido post-radioterapia ($n = 11$). Se compararon resultados estéticos y complicaciones locales en ambos grupos, durante un tiempo promedio post-TRAM de 31 meses. El resultado estético fue evaluado subjetivamente por el cirujano, catalogándolo como: excelente, muy bueno, bueno, regular e inaceptable.

Resultados: El promedio general de edad fue 44 ± 6 años, sin diferencias entre pacientes con TRAM inmediato vs diferido ($p = 0,3$), ni en el estadio clínico ($p = 0,56$). Los casos de TRAM diferido presentaron un tiempo promedio de 42 ± 39 meses entre mastectomía y reconstrucción. Respecto al resultado estético, de los TRAM inmediatos el 50% fue catalogado como excelente, un 20% muy bueno, un 20% bueno y un 10 regular, sin pacientes con resultado inaceptable. En los casos de TRAM diferido, en el 64% el resultado fue excelente, en el 18% muy bueno y en el 18% bueno, sin resultados regular o inaceptable. No se observaron diferencias entre ambos grupos ($p = 0,51$). Finalmente, no se observan diferencias en las complicaciones locales entre ambos grupos ($p = 0,53$), observándose en 7 pacientes de TRAM inmediato y 5 diferidos, siendo las más frecuentes: necrosis grasa, sufrimiento y necrosis menor del colgajo neomama.

Conclusiones: Aunque la población estudiada es insuficiente para obtener conclusiones extrapolables, los resultados obtenidos son comparables a los de otros estudios que no muestran efecto deletéreo de la radioterapia sobre reconstrucciones con TRAM inmediato. Más estudios son necesarios para poder recomendarla como tratamiento de elección.

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON COLGAJO TRAM PEDICULADO. REVISIÓN CLÍNICA DE CINCUENTA CASOS CONSECUTIVOS

Drs. G. Ibañez¹, M. Ibañez², N. Pereira³. Ints. C. Mandiola³, R. Andino³, C. Galleguillos³
1. Unidad Patología Mamaria Hospital San José, 2. Unidad de Cirugía Plástica Clínica Dávila, 3. Departamento de Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: Se realiza mastectomía total cada vez que no se pueda practicar una cirugía conservadora. La mastectomía total es una cirugía que produce un impacto psicológico importante en las pacientes. El colgajo miocutáneo de recto abdominal con isla transversal de piel infraumbilical (TRAM) pediculado es ampliamente utilizado para la reconstrucción mamaria, sin embargo no está exento de complicaciones. Entre el 2004 y 2010 los autores (G.I., M.I.) realizaron reconstrucción mamaria post-mastectomía total en 52 pacientes con colgajos TRAM pediculados. El objetivo de nuestro trabajo es describir la demografía, resultados y complicaciones de las pacientes operadas por cáncer de mama y reconstruidas con colgajo TRAM. **Materiales y Método:** Diseño retrospectivo, observacional. Se revisaron las historias clínicas de las 52 pacientes operadas por los autores entre el año 2004-2010. Se excluyeron 4 casos por datos incompletos.

Resultados: En las 48 pacientes estudiadas se realizaron 50 colgajos TRAM. El promedio de edad al momento de la reconstrucción fue 44,7 años. La comorbilidad más frecuente fue el tabaquismo (27%) y el 68,7% tenía al menos un factor de riesgo para desarrollar cáncer de mama. El 67% estaba en estadio clínico IIA y IIB, siendo el 68% de tipo ductal infiltrante. En cuanto al momento de la reconstrucción, un 74% (37) se realizó de manera inmediata postmastectomía y un 26% (13) fue diferido en un promedio de 42,7 meses. Se utilizó en un 78% (39) TRAM ipsilateral, 18% (9) contralateral y 4% (2) bilateral. Sólo se observaron complicaciones menores, como la necrosis grasa en 26% (13), sufrimiento del colgajo mamario 16% (8) y necrosis parcial del colgajo abdominal 14% (7). El resultado estético evaluado por la satisfacción del cirujano fue excelente en un 50% (25), muy bueno en 12% (6), bueno en 28% (14) y regular en 10% (5). El momento de la reconstrucción y la lateralidad no influyeron en las complicaciones ni en el resultado estético ($p > 0,05$), y a pesar que el tabaquismo no influyó negativamente desde el punto de vista estadístico en ninguna de las dos variables estudiadas ($p > 0,05$), los datos muestran una tendencia de mejores resultados estéticos en el grupo sin esa comorbilidad ($p = 0,057$).

Conclusiones: El colgajo TRAM pediculado es una excelente alternativa de reconstrucción en pacientes sometidos a mastectomía total. Esta técnica no está exenta de complicaciones, las cuales presentan una tendencia en pacientes fumadoras, sin influir en ellas el momento de la reconstrucción ni la lateralidad del colgajo.

EFFECTO DE INSULINA EXÓGENA EN LA NEOANGEOGÉNESIS DE COLGAJOS CUTÁNEOS RETARDADOS

Drs. F. León¹, R. Contreras¹, M. Sylvester¹, C. Bolados², S. Gonzalez², P. Vidal¹

¹ Sección Cirugía Plástica y Reparadora. División de Cirugía. Pontificia Universidad Católica de Chile
² Departamento de Anatomía Patológica. Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: El retardo de un colgajo se realiza para mejorar la sobrevida distal del mismo y mejorar su irrigación. La insulina, por su parte, es una hormona muy versátil que también participa como mediador de fenómenos de crecimiento endotelial, entre otros.

Hipótesis: La insulina exógena aumenta la cantidad de vasos de neoformación en colgajos cutáneos retardados.

Materiales y métodos: Estudio experimental en dos grupos de ratas Sprague-Dowley tratadas con insulina (grupo A) y control (grupo B). Se retardó colgajo cutáneo rectangular dorsal (proporción 1:2). Los días 0 a 6 postoperatorio se administraron insulina lenta subcutánea en dosis de 0,5U/100 grs y suero fisiológico a los grupos A y B, respectivamente. Se realizaron biopsias cutáneas del colgajo retardado los días 0, 7 y 14 postoperatorio. Se evaluó peso, glicemia (días 0, 2, 5 y 7), dehiscencia o infección de herida operatoria, mortalidad y densidad capilar (capilares/mm²) según técnica H&E. Se propone como satisfactoria una diferencia promedio de 4 capilares/mm² entre los grupos (potencia 80%, nivel de significancia de 0,05%), con lo que se calculó un tamaño muestral de 11 ratas por grupo. **Resultados:** En el día 0, el promedio de peso y glicemia de las ratas fue de 280 ± 3 y 128 ± 6 , respectivamente. No hubo diferencia entre los grupos. El peso del grupo A fue mayor al grupo B los días 2 ($p=0,04$) y 7 ($p=0,038$) postoperatorio. Las glicemias del grupo A los días 2 y 5 fueron significativamente menores que el grupo B. El día 7 postoperatorio, una rata (12,5%) del grupo A y 6 ratas (54,5%) del grupo B presentaron dehiscencia o infección de la herida operatoria. La mortalidad fue de 18% (4 ratas). La densidad capilar promedio de la biopsia del día 0 fue de $2,6 \pm 0,1$ capilares/mm². No hubo diferencia entre los grupos. La diferencia promedio del número de capilares fue significativa entre los días 0 y 7 postoperatorio (grupo A: 4 cap/mm² vs grupo B: 0,8 cap/mm²; $p=0,003$), y entre los días 0 y 14 ($p=0,001$) En los días 7 a 14 no hubo diferencias significativas en el número de vasos por grupo.

Conclusiones: La insulina exógena participa en la neoangiogénesis de colgajos cutáneos retardados en la rata.

Discusión: La insulina exógena podría ser importante en la preparación de colgajos musculocutáneos y fasciocutáneos en zonas corporales críticas. Se mantiene la línea de investigación para determinar las características de estos vasos de neoformación.

Seccional: CIRUGÍA TORÁCICA

FACTORES PRONOSTICOS EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS HERNIAS TRAUMATICAS DEL DIAFRAGMA.

Dr. Antonio Baquerizo M.

Unidad de Cirugía Torácica Departamento de cirugía Universidad de La Frontera . Clínica Alemana de Temuco.

Introducción: Las lesiones traumáticas del diafragma se presentan en el 1.6% de los traumas toracoabdominales cerrados y en el 8.8% de los abiertos. El diagnóstico es difícil y puede pasar inadvertido en la etapa aguda del trauma. El propósito del presente trabajo es analizar los factores que condicionan la oportunidad, morbilidad y mortalidad del tratamiento quirúrgico. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de 69 pacientes con diagnóstico de hernia diafragmática entre 1980 y 2009 que corresponde al 3.2% de 2.145 pacientes atendidos por traumatismo toracoabdominal en ese periodo, siendo secundario a trauma abierto en 36(52.1) y a trauma cerrado 33 (47.9)

Definimos etapa aguda cuando el diagnóstico y tratamiento se realizó al momento del trauma y etapa crónica cuando se efectuó después de un mes.

Se analizan las patologías concomitantes, las vías de abordaje quirúrgico, las lesiones encontradas, la morbilidad y mortalidad en ambos grupos evaluando los resultados mediante Fisher's exact. **Resultados:** Hombres: 60 (86.9%) y 9 (13.1%) mujeres. El 65.2% menores de 40 años. Compromete el hemidiafragma izquierdo en 60 (86.9) y el derecho en 9 (13.1). El 100% de traumas abiertos son por arma blanca. Se intervinieron en etapa aguda 33 (47.8) cuyas patologías concomitantes fueron: Abdomen agudo 11, hemotorax 7, fracturas costales 3, pelvis 1 y raquimedular 1. Vías de abordaje: Laparotomía 19(57.5), Videotoroscopia 9(27.3) y Toracotomía 5(15.2). El tiempo promedio entre el ingreso y la cirugía: 2.2 días. Lesiones encontradas Epiplocele 10, Perforación gástrica 6, herida diafragmática 4, enterocele 4, hemoperitoneo 3, vólvulo gástrico 3, perforación colón 2 y empiema 1. Morbilidad: atelectasias 3 (9.0) y mortalidad 0. Etapa crónica: 36 (52.2). Tiempo promedio diagnóstico: 1 año, 8 meses. Vía de abordaje: Toracotomía posterolateral: 18 y Toracotomía más laparotomía 18. Lesiones encontradas: Enterocele 10, perforación gástrica 8, perforación colón 7, necrosis gástrica 6, necrosis colón 5, empiema 4. Morbilidad: 17(47.2) y mortalidad 2 (5.5). La morbilidad es significativamente mayor en la etapa crónica con un valor de 0.001 (Fisher exact), no así la mortalidad en ambas etapas (0.269).

Conclusiones: El diagnóstico en la etapa aguda continua siendo difícil pero mejora en la última

década a un 64.7%. La videotoroscopia ha permitido un diagnóstico y tratamiento oportuno en casos dudosos. La morbilidad es mayor cuando se interviene en forma tardía. La mortalidad es sólo un 5.5%.

HERIDAS CARDIACAS OPERADAS: EXPERIENCIA DE LA UNIDAD DE EMERGENCIA DEL CABL

Drs. C. Álvarez, F. Rojas, B. Sanhueza

Unidad de Emergencia Complejo Asistencial Barros Luco. Departamento de Cirugía USACH, U. de Chile.

Introducción: la herida cardiaca es una de las principales causas de muerte por motivo de violencia urbana y constituye el prototipo de la emergencia máxima. Desde la primera sutura exitosa de Rehn en Alemania, siempre será un desafío quirúrgico. **Objetivos:** reportar la experiencia de la Unidad de Emergencia (UE) de nuestro hospital con los operados por herida cardíaca, entre 2004 y 2009. **Materiales y Métodos:** Se revisaron las fichas de los pacientes operados en la UE del CABL con el diagnóstico de herida cardiaca, entre 2004 y 2009. Se excluyeron todos los que llegaron fallecidos al box de reanimación y los que en el intraoperatorio no se demostró una lesión miocárdica. Se revisaron los controles postoperatorios, la presencia de alguna complicación, o si fallecieron antes de los 30 días posteriores al alta. Para los cálculos estadísticos se empleó la prueba de Fisher considerando como valor significativo un $p < 0.05$.

Resultados: Durante el período estudiado se hospitalizaron 61 pacientes por herida cardiaca, 59 hombres (96,7%) y 2 mujeres (3,3%). La edad promedio fue 32,6 años (17 a 80 años). De los que ingresaron 38 (62,3%) sobrevivieron a la herida, mientras que 23 (37,7%) fallecieron. Los pacientes fueron ingresados a pabellón en un tiempo promedio de 27,4 minutos. De los sobrevivientes 20 (52,6%), ingresaron con signos de taponamiento cardíaco, 24 (63,2%) de tenían sólo shock y 3(8 %) estaban en paro. Se le realizó un examen complementario a 14 pacientes

Respecto al arma utilizada, en 49 (90,7%) de ellos la lesión fue por arma blanca. En 5 (9,6%) recibieron una lesión por arma de fuego, respecto de los 7 restantes no se encontró registro sobre este dato. El abordaje fue registrado en la ficha de 44 pacientes, 43 (97,7%) fueron toracotomías anteriores, 3 (7%) derechas, 35 (81,4%) izquierdas, 4 (9,3%) ampliadas en tipo Clamshell. La cavidad más lesionada fue el VD, 20 casos.

Discusión: la herida cardiaca es un desafío para el cirujano de urgencia y sin lugar a dudas mientras más experiencias tengamos de este trauma, mejores resultados lograremos. La conducta propuesta desde el trabajo de De Genaro de actuar con la mayor

prontitud frente a la menor sospecha de lesión miocárdica, probablemente ha protocolizado y optimizado el manejo. La herida por arma blanca es la más frecuente, ya que el arma de fuego suele causar un traumatismo fatal en el lugar del suceso. Conclusiones: el arma blanca es la principal causa en esta serie, lo que es estadísticamente significativo. La principal manifestación al ingreso fue el shock. El abordaje más usado fue la toracotomía anterior izquierda. La cavidad más lesionada fue el VD.

MEDIASTINITIS AGUDA EN EL HOSPITAL DR. H. H. ARAVENA, TEMUCO.

Drs. V. Fonseca¹, F. Barrientos¹, W. Muñoz¹, R. Vergara², C. Ruiz², C. Ayala², D. Rodríguez²

1. Cirugía de Tórax, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco
2. Escuela de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco

Introducción: La mediastinitis aguda es una patología poco frecuente, pero de alta letalidad. Sus causas son: la perforación esofágica, la secundaria a cirugía torácica, mediastinitis necrotizante descendente (secundaria a infecciones cráneo-cervicales) y la idiopática. La terapia antibiótica y la cirugía precoz han disminuido mortalidad a menos de 20%. **Objetivos:** Describir los casos de mediastinitis tratados durante los últimos 12 años, por el equipo de tórax del servicio de cirugía del hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, serie de casos.

***Criterios de Inclusión:** pacientes diagnosticados de mediastinitis aguda en el Hospital Dr. H. H. Aravena de Temuco, en el período comprendido entre enero de 1997 y junio de 2010.

***Criterios de exclusión:** pacientes con mediastinitis secundaria a cirugía cardiovascular.

Resultados: 18 casos. 14 hombres (78%), 4 mujeres (22%). Mediana edad 46 años (11-79). Dentro de las causas, en primer lugar se ubicó la perforación esofágica (78%), (destacan 5 casos por Sd. Boerhaave, 7 por cuerpo extraño, 2 por instrumentación), mediastinitis necrotizante descendente (17%) e idiopática (5%). La enfermedad presentó, en promedio, una latencia desde el ingreso hospitalario hasta su diagnóstico de 37,2 horas. Dentro de las primeras 24 hrs de evolución, los pacientes presentaron fiebre en un 88,8%, leucocitosis en un 77,7% y aumento de la PCR en un 55,5%. El 100% de los casos fue tratado con cirugía y antibióticos. Dentro de los procedimientos realizados primó la esofagectomía total, aseó quirúrgico y drenaje torácico. Mediana de hospitalización de 31 días. Mortalidad operatoria de 17%.

Conclusiones: La mediastinitis aguda es una entidad patológica de baja frecuencia en nuestro medio, pero continúa siendo una emergencia médico-quirúrgica en la que se requiere un diagnóstico precoz. En nuestro estudio la etiología más frecuente es la perforación esofágica. Se muestra una mortalidad, edad de presentación, distribución de género y tiempo de latencia en el diagnóstico comparables con la

literatura. Fundamental es el tratamiento combinado que incluya antibióticos, soporte vital y cirugía precoz.

MANEJO QUIRÚRGICO DE LOS TRAUMATISMOS TORÁCICOS EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO. EXPERIENCIA INICIAL.

Drs. M. Schiller, M. Parra, J. Ortega, R. Berrios, J. Schiller, A. Mercado, G. Wiedmaier. Int: F. Oppliger; J.F. Allamand; F. Besoain. Servicio de Cirugía, Equipo de Cirugía Torácica, Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo.

Introducción: El Hospital Padre Hurtado atiende a las comunas de San Ramón, La Granja y La Pintana, con una población aproximada de 430.000 habitantes. Frecuentemente consultan pacientes con traumatismos torácicos (TT) y no hay un análisis ni seguimiento de estos pacientes.

Objetivo: Caracterización epidemiológica de los traumatismos torácicos atendidos en el servicio de urgencia (SU) en su primer año de funcionamiento y analizar la evolución de los casos que requirieron de algún procedimiento quirúrgico.

Métodos: Revisión retrospectiva de la base de datos del servicio de urgencia y los protocolos operatorios de los pacientes con trauma de tórax. Se analizaron variables de edad, sexo, tipo de cirugía, lesiones asociadas y reintervenciones.

Resultados: En un año se atendieron 683 traumatismos torácicos que correspondieron a un 1,29% del total de atenciones del SU; 73,35% fueron traumatismos contusos y 26,65% fueron penetrantes. Se realizaron 78 procedimientos quirúrgicos torácicos: 67 fueron pleurostomías, 9 toracotomías, 1 videotoracoscopía y 1 pericardiocentesis bajo TAC. Se realizaron 8 reparaciones diafragmáticas, 3 resecciones pulmonares segmentarias, 2 cirugías de pared torácica y 2 drenajes de hemopericardios. Se intervinieron 3 pacientes electivos con hemotórax traumáticos infectados no tratados inicialmente. La mortalidad global de los traumatismos torácicos intervenidos fue de 6,24%.

Conclusión: Los traumatismos de tórax contusos son los más frecuentes en nuestro medio, sin embargo, los traumatismos penetrantes por arma de fuego tienen una prevalencia mayor que lo descrito por la literatura. Como en todas las series el principal manejo fue con pleurostomías sin requerir de mayores intervenciones. Destaca una baja tasa de mortalidad y reintervenciones en los pacientes operados.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER PULMONAR EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE DURANTE EL PERÍODO 2002 - 2009.

Drs. G. Cardemil¹, J. Salguero¹, JG Fernández¹, F. Lahsen², C. Jarpa², R. Díaz²

1. Departamento Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile. Unidad de Cirugía de Tórax

2. Internos de VII Medicina Universidad de Chile

Introducción: El Cáncer Pulmonar es una enfermedad neoplásica agresiva asociada a alta mortalidad. En Chile, en el año 2006 ocupó el 10° lugar como causa de mortalidad general y el 2° lugar como causa de mortalidad por patología neoplásica en ambos sexos. El tratamiento quirúrgico constituye la principal opción de terapia curativa utilizada en este tipo de cáncer.

Objetivo: Caracterizar la clínica, el manejo quirúrgico y sus resultados, en pacientes con Cáncer Pulmonar operados con intención curativa en el HCUCh durante el período 2002 – 2009.

Materiales y Métodos: Este trabajo corresponde a un estudio descriptivo basado en la revisión retrospectiva de fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de Cáncer Pulmonar ingresados al Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre los años 2002 y 2009. Del total, se seleccionaron aquellos en los que se habían realizado procedimientos quirúrgicos con fines curativos. De éstos últimos, se analizaron las características clínicas, el diagnóstico, el tratamiento, el tipo de cirugía efectuada y la morbimortalidad asociada. **Resultados:** Durante este período ingresaron al Hospital Clínico de la Universidad de Chile 304 pacientes con diagnóstico de Cáncer Pulmonar. De éstos, 50 pacientes fueron operados con intención curativa. El promedio de edad fue de 63,9 años; 57,5% de sexo masculino. El 81,8% tenía antecedente de tabaquismo. La forma de presentación más frecuente fue Tos Crónica (36,3%). En la mayoría, el diagnóstico se basó en la clínica e imagenología. En un 33,3% se confirmó el diagnóstico previo a la cirugía con Biopsia por Fibrobroncoscopia. La ubicación más frecuente del tumor fue el LSI (30%). El 60% tenía ASA 2. El abordaje quirúrgico se realizó por Toracotomía Abierta en un 84,8%. Se realizó Lobectomía en un 81,8%, Tumorectomía en 6% y Neumonectomía en 12,1% de los casos. En cuanto a la histología, se identificó como Adenocarcinoma a un 39,4% de los casos y como Carcinoma Escamoso a un 30,3%. Los estadios más frecuentes fueron IIB y IIIA. El tiempo promedio de hospitalización post cirugía fue de 8,4 días. No se registraron complicaciones intraoperatorias. **Conclusiones:** De los pacientes con Cáncer Pulmonar evaluados en HCUCh, 16,4% se operaron con intención curativa, siendo el abordaje quirúrgico por toracotomía abierta el más utilizado. Al igual que en las demás series publicadas, el tratamiento quirúrgico con intención curativa del cáncer de pulmón como tumor primario se indicó en la mayoría de los casos en pacientes con estadio menor o igual a IIIA.

EFICACIA DE PLEURODESIS POR VIDEO-TORACOSCOPIA EN EL MANEJO SIMTOMATICO DEL DERRAME PLEURAL MALIGNO EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TORAX.

Drs. Daniel Rappoport, Juan Emilio Cheyre, Mauricio Fica, Felipe Bannura, Virginia Linacre, Ints. Felipe Cayupi, Jorge Guzman, Nelson Lobo. Servicio de Cirugía, Instituto Nacional del Tórax, Santiago, Chile.

Introducción: El derrame pleural maligno, se asocia a enfermedades avanzadas, con escasa sobrevida e importante repercusión sintomática. Existen múltiples formas de manejo, desde la simple observación hasta una pleurodesis mediante una intervención quirúrgica, el objetivo de la realización de una pleurodesis consiste en mejorar la calida de vida de estos pacientes, disminuyendo su sintomatología respiratoria.

Objetivo: Determinar la efectividad de la pleurodesis, realizada por Videotoracoscopia (VTC) en el Instituto Nacional de Tórax, identificando los grupos de pacientes que tienen menor probabilidad de éxito, a fin de lograr una mejor planificación de la disponibilidad de pabellón.

Pacientes y Método: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes a los que se les haya realizado pleurodesis por derrame pleural maligno, mediante VTC entre Enero de 2009 y Julio 2010. **Resultados:** Se incluyeron 89 casos, con una edad media de 64,8 (DE: 13,47) años, 57 mujeres (64%) y 32 hombres (35,9%). Los tumores primarios fueron: pulmón 39,3%, mama 24%, pleura 8,9%, ovario 3,3%, gástrico 2,2%, tiroides 2,25% y otros 16,85%. En 19 pacientes (21%) se realizó un vaciamiento previo del derrame con una reexpansión mayor a 75% en el 68% de los casos. En el 100% de los pacientes se realizó pleurodesis química y en todos el agente esclerosante fue talco. El retiro del drenaje fue a los 4,7 días. La reexpansión pulmonar post pleurodesis fue: total en 27%, entre 75-100% en 32% y en un 41% de los pacientes fue menor del 75%. En el subgrupo de pacientes con drenaje previo, la reexpansión pulmonar fue: total 34%, entre 75-100% en 34% y en 18% fue menor al 75%. En cuanto a la recurrencia del derrame esta se presentó en un 31% de los enfermos.

Conclusión: La pleurodesis realizada por VTC, es un procedimiento que ofrece una adecuada reexpansion pulmonar, con disminución de la sintomatología en los pacientes portadores de derrame pleural neoplásico, se identificaron los factores de mal pronóstico en la recidiva del derrame pleural.

TUMOR MEDIASTÍNICO: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y RESULTADOS ALEJADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

Drs. A. Ramírez¹, M. Martínez², M. E. Solovera³, J.M Clavero³.

¹ Residente de Cirugía General. ² Interna de Medicina.

³ Sección de Cirugía de Tórax. División de Cirugía. Facultad de Medicina, P. Universidad Católica de Chile.

Introducción: los tumores mediastínicos comprenden un grupo heterogéneo de enfermedades que compar ten su ubicación anatómica.

Objetivo: reportar las características clínicas y los resultados del tratamiento quirúrgico de los pacientes operados por tumores mediastínicos en nuestra institución.

Pacientes y Métodos: se realizó una revisión retrospectiva de las fichas clínicas, protocolos operatorios, informes de biopsias, y certificados de defunción de todos los pacientes operados por tumor

mediastínico en nuestra institución entre enero de 1992 y septiembre de 2009.

Resultados: durante el periodo de estudio se operaron 134 pacientes por tumor mediastínico. De estos, obtuvimos los datos completos para ser analizados en 100 pacientes. De los pacientes 100 pacientes, 72 fueron sintomáticos (20 tuvieron dolor torácico, 14 disnea, 13 compromiso del estado general, 11 síntomas neuromusculares, 10 tos, 2 infección respiratoria alta, 1 hemoptisis, 1 masa cervical). El diagnóstico se sospechó por una radiografía de tórax en 67 pacientes, realizándose una TAC de tórax en todos los pacientes para confirmar el diagnóstico. La sobrevida global a 5 y 10 años fue respectivamente de 82 y 77 %. La tabla 1 muestra la distribución por ubicación, mortalidad perioperatoria (hasta día 30 post-operatorio), número de complicaciones, y sobrevida alejada.

	N total - %	Mortalidad perioperatoria	Complicaciones N y %	Sobrevida a 5 y 10 años
Mediastino antero-superior	67-67%	2	10-66%	
Timoma	17-25%	0	6-60%	100%-87%
Carcinoma tímico	7-10%	0	0	33%-0%
Teratoma	5-7%	0	0	75%-75%
Linfoma	26-39%	1	2-20%	79%-79%
Disgerminoma	4-6%	0	1-10%	100%-100%
Tumor fibroso				
solitario	1-2%	0	0	100%-100%
Sarcoma	4-6%	0	0	80%-80%
Quieste broncogénico	2-3%	0	1-10%	100%-100%
Adenopatía Cáncer				
pulmonar	1-2%	1	0	0%-
Mediastino medio	24-24%	0	4-27%	
Quieste broncogénico	3-13%	0	1-25%	100%-100%
Sarcoidosis	12-50%	0	1-25%	100%-100%
TBC	2-8%	0	0	100%-
Adenopatías por				
Ca pulmonar	5-21%	0	2-50%	0%-
Metástasis	2-8%	0	0	0%-
Mediastino Posterior	9-9%	0	1-7%	
Tumores neurogénicos	6-67%	0	0	
Sarcoma	1-11%	0	1-100%	0%-
Quieste broncogénico	2-22%	0	0	100%100%

Tabla 1.- Los porcentajes se expresan en relación al total de cada grupo.

Conclusión: el tratamiento quirúrgico de los tumores mediastínicos tiene una baja tasa de complicaciones perioperatorias, y una tasa de mortalidad perioperatoria y sobrevida alejada comparable a lo reportado en la literatura

CARACTERIZACIÓN Y RESULTADOS INMEDIATOS EN PACIENTES CON TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE BOCIO INTRATORÁCICO

Drs. Roberto González L, Claudio Cifuentes V, Andrés Jadue T, Gerardo Mordojovich R, Rafael Prats M, Raimundo Santolaya C, Patricio Rodríguez D. Sección de Cirugía de Tórax, Servicio Médico Quirúrgico Respiratorio, Instituto Nacional del Tórax. Departamento de Cirugía, Campus Oriente, Universidad de Chile.

Introducción: El Bocio Intratorácico (BIT) tiene varias definiciones; una de ellas, y la que nos parece más aplicable, lo considera como tal cuando más del 50% del tiroides se encuentra en el tórax. Bajo esta definición se puede subdividir en cervico-mediastínico (una parte es cervical pero más del 50% es torácico) ó mediastínico propiamente tal (cuando se encuentra completamente torácico).

La cirugía del BIT esta indicada cuando son sintomáticos o existe sospecha de malignidad. Objetivos: Describir características y resultados inmediatos del tratamiento quirúrgico de pacientes con BIT.

Material y método: Revisión retrospectiva, incluyendo pacientes con tratamiento quirúrgico por BIT, se definió BIT cuando más del 50% del tiroides se encuentra en el tórax. Período: octubre 2003 - marzo 2010. Se describe género, edad, comorbilidad, función tiroidea preoperatorio, síntomas y signos, tipo BIT (cervico-mediastínico ó mediastínico), lateralidad, indicación quirúrgica, abordaje, resección, histología, estadía postoperatoria y morbi-mortalidad. Resultados: 33 pacientes, 23 mujeres (relación 2.3: 1), edad promedio 59.1 +/- 14.3 años, mediana: 62.0 años (rango: 30-84). Comorbilidades: 12 hipertensos, 1 diabético, no existían antecedentes familiares de bocio. Función tiroidea preoperatoria: 32 eutiroides, 1 hipertiroides y ningún hipotiroides. Asintomáticos 10 pacientes, síntomas y signos en 23 pacientes: 14 disnea, 7 signos de irritación bronquial, 6 síndrome vena cava superior, 3 disfonía, 2 estridor y 2 disfagia. Tipo BIT: 31 cervico-mediastínicos y 2 mediastínicos. Lateralidad: 17 bilaterales, 10 izquierdos y 6 derechos. Indicación quirúrgica: 17 por síntomas, 10 por sospecha malignidad (incluido aumento de tamaño) y 6 por síntomas más sospecha de malignidad. Vías de abordaje: 24 cervicotomías, 7 cervicotomías más esternotomía y 2 esternotomías. Tipo de resección: 19 tiroidectomía total y 14 tiroidectomía subtotal. Histología: 29 benignos (25 hiperplasia nodular, 3 adenoma más hiperplasia y 1 tejido tiroideo normal), 4 malignos (3 carcinoma papilar y 1 folicular). Estadía postoperatoria: mediana de 4.5 días (rango 2-55). Complicaciones en 12 pacientes: 10 hipoparatiroidismo (9 transitorios y 1 permanente), 5 disfonía (3 tenían disfonía preoperatorio), 2 hematomas cervicales (uno se reexploró), 1 infección herida operatoria y 1 neumonía asociada a ventilación mecánica. Fallece un paciente (neumonía).

Conclusiones: El BIT es más frecuente en mujeres, la mayoría son eutiroides, cervico-mediastínicos y bilaterales. Producen síntomas y signos relacionadas con compresión de estructuras mediastínicas aunque pueden ser asintomáticos. La mayoría pueden ser resecados por cervicotomía exclusiva. La histología es benigna en la mayoría aunque pueden corresponder a neoplasias malignas. La cirugía no esta exenta de morbi-mortalidad.

EMPIEMA PLEURAL EN 343 CASOS CON TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: CARACTERÍSTICAS, RESULTADOS INMEDIATOS Y FACTORES ASOCIADOS A MORBILIDAD Y MORTALIDAD

Drs. Roberto González L, Rafael Prats M, David Lazo P, Andrés Jadue T, Gerardo Mordojovich R, Raimundo Santolaya C, Patricio Rodríguez D. Sección de Cirugía de Tórax, Servicio Médico Quirúrgico Respiratorio, Instituto Nacional del Tórax. Departamento de Cirugía, Campus Oriente, Universidad de Chile.

Introducción: A pesar de avances en tratamiento quirúrgico, antibiótico terapia y soporte vital, el empiema pleural (EP) continúa asociado a morbilidad y mortalidad considerables. Objetivos: Describir características, resultados inmediatos y evaluar factores asociados a morbi-mortalidad de EP tratados quirúrgicamente.

Material y método: Revisión retrospectiva, incluyendo los EP con algún procedimiento quirúrgico. Período: enero 2000 -agosto 2006. Se describe género, edad, procedencia, comorbilidad, etiología, microbiología, gérmenes, procedimientos quirúrgicos, morbilidad, mortalidad. Para evaluar factores asociados a morbi-mortalidad. Se seleccionaron 23 variables, se realizó análisis univariado y multivariado cuya variable dependiente fue morbilidad y mortalidad por separado. Se utilizó programa SPSS 15.0. Se consideró significativo $p < 0.05$.

Resultados: 343 pacientes, 243 (70.8 %) hombres (relación 2.4: 1), edad promedio 51.7 +/- 17.5 años (rango: 15-86). Procedencia: 255 (74.4%) de otros hospitales región metropolitana, 67 (19.6%) de regiones y 20 (5.9%) de nuestro hospital. Comorbilidades: 132 (38.5%) hábito tabáquico, 92 (26.8 %) hipertensos, 60 (17.5%) diabéticos y 37 (10.8%) neoplasia maligna. Etiología: 242 (70,6%) paraneumónico, 41 (12.0%) postoperatorio, 19 (5.5%) postraumático, 10 (2.9%) absceso pulmonar, 10 (2.9%) tuberculoso, 6 (1.7%) neoplásico, 2 (0.6%) neumotórax y 13 (3.8%) desconocido. Se aisló germen en 192 (56.6%) y en líquido pleural en 89 (25.9%). Gérmenes frecuentes: *S. aureus*, *Streptococcus spp* y *P. aeruginosa*. Se realizaron: 251 (73.2%) decorticaciones por toracotomía, 70 (20.4%) pleurotomías, 11 (3.2%) cirugías video-asistidas, 7 (2.1%) decorticaciones con resección pulmonar y 4 (1.2%) fenestraciones. Requirieron UCI 35 (10.2%) y presentaron complicaciones 104 (30.3%), las más frecuentes: recidiva empiema, fuga aérea, infección herida, sepsis extrapleural, hemotórax e insuficiencia respiratoria. Se reoperaron 29 (8.5%). Fallecieron 31 (9.6%), todos por sepsis. De las variables seleccionadas para la morbilidad presentaron significaron estadística en regresión logística: inestabilidad hemodinámica, compromiso de conciencia, identificación de germen, cultivo con: *S. aureus*, *K. pneumoniae*, *A. baumannii* y otros gérmenes, tipo de cirugía, reoperación y necesidad de UCI. De las variables seleccionadas para la mortalidad presentaron significaron estadística en regresión logística: edad > 70 años, comorbilidad neoplásica, fiebre, compromiso de conciencia, etiología, identificación de germen en líquido pleural, cultivo con: *S. aureus*, *A. baumannii* y otro germen y necesidad de UCI.

Conclusiones: El EP es más frecuente en hombres, tiene como causa más frecuente de empiema paraneumónico seguido de los postoperatorios, en la mayoría no se identifican gérmenes en líquido pleural. La toracotomía con decorticación es el procedimiento quirúrgico más frecuente. El EP tiene una considerable morbi-mortalidad. Se identifican variables asociadas a morbilidad y mortalidad.

TUMORES DE MEDIASTINO POSTERIOR: CARACTERIZACIÓN, RESULTADOS INMEDIATOS Y SUPERVIVENCIA EN PACIENTES RESECADOS

Drs. Roberto González L., Juan Pablo Cisternas V., Gerardo Mordojovich R., Raimundo Santolaya C., Rafael Prats M., Patricio Rodríguez D. Sección de Cirugía de Tórax, Servicio Médico Quirúrgico Respiratorio, Instituto Nacional del Tórax. Departamento de Cirugía, Campus Oriente, Universidad de Chile.

Introducción: El mediastino es una región anatómica compleja, muy rica en estructuras especialmente vasculares y linfáticas. Arbitrariamente se divide de varias formas, una de éstas lo clasifica en anterior, medio y posterior. Los tumores de mediastino posterior (TMP) son muy infrecuentes y la mayoría son neurogénicos.

Objetivos: Describir características, resultados inmediatos y supervivencia en pacientes con TMP resecado.

Material y método: Revisión retrospectiva, se incluyó a todos los pacientes con TMP y en quienes se realizó cirugía resectiva. Período: enero 2001-mayo 2010. Se describe género, edad, síntomas y signos, tipo histológico, tamaño, tipos de cirugía, abordaje, resultados, morbilidad, mortalidad y seguimiento. Se utilizó programa SPSS 15.0 para evaluar supervivencia y realizar curva de Kaplan-Meier. Resultados: 28 pacientes, 16 mujeres (relación 1.3:1), edad promedio: 42.8 +/- 16.0 años, mediana: 40 años (rango: 16-74). Los síntomas y signos más frecuentes fueron dolor en 11, disnea en 4, baja de peso en 4 y tos en 4, 12 pacientes eran asintomáticos. Los tipos histológicos fueron: 9 schwannoma, 3 sarcomas, 3 metástasis de células germinales, 2 ganglioneuromas, 2 feocromocitoma, 2 hemangiomas, 2 hiperplasias tiroideas y 5 otros. El tamaño tumoral promedio: 5.12 +/- 3.86 cm, mediana: 4 cm (rango: 0.3-18). Vía de abordaje: 16 toracotomía, 9 cirugía video asistida, esternotomía 1 y abordajes combinados 2 (cervicotomía, toracotomía y esternotomía). En 25 casos se realizó resección completa. Presentaron complicaciones 6 pacientes, uno necesitó reintervención por quilotórax. No hubo mortalidad. El seguimiento promedio 105.3 +/-4.5 meses. Supervivencia: a un año 100%, a 5 años 96.0 +/-3.9 % y a 10 años 87.3 +/-9.1%. Conclusiones: Los TMP son infrecuentes, la mayoría son neurogénicos aunque pueden tener otros orígenes histológicos e incluso ser secundarios. La cirugía generalmente es curativa y tiene baja morbi-mortalidad. La supervivencia a largo plazo en TMP resecados es alta.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HIDATIDOSIS PULMONAR EN 265 CASOS.

Drs. Gerardo Mordojovich R, Raimundo Santolaya C, David Lazo P, J. Gómez B, Roberto González L, Rafael Prats M, Patricio Rodríguez D. Sección de Cirugía de Tórax, Servicio Médico Quirúrgico Respiratorio, Instituto Nacional del Tórax. Departamento de Cirugía, Campus Oriente, Universidad de Chile.

Introducción: La hidatidosis es una zoonosis endémica en Chile. La ubicación más frecuente es hígado y pulmón. El tratamiento ideal es la resección quirúrgica para evitar su rotura y diseminación local. **Objetivo:** Describir características, resultados inmediatos y evaluar variables asociadas a morbi-mortalidad en pacientes tratados quirúrgicamente por hidatidosis pulmonar.

Materiales y Método: Estudio retrospectivo, de todos los pacientes con diagnóstico de hidatidosis pulmonar entre enero 1994 y mayo 2010, tratados quirúrgicamente. Se evaluaron características demográficas, radiológicas, de laboratorio, cirugía y morbi-mortalidad operatoria. Para el análisis de los datos se utilizaron estadísticas descriptivas y análisis paramétrico para variables continuas y categóricas con programa STATA 10.1. **Resultados:** Ingresaron al estudio 265 pacientes. 58% fueron de género masculino. La edad promedio fue 41 años (DS 17 años), mediana 37 (rango 14 - 81 años). El tamaño promedio de los quistes fue 8,5 cm (DS 4,7 cm), mediana 7,8 cm (rango 0,5 - 22 cm). La ubicación más frecuente fue el pulmón derecho en 55% ($p = NS$). 22 (8,3%) pacientes presentaban hidatidosis bilateral y 61 (23%) tenían hidatidosis hepática. Al momento de la cirugía 45,3% de los quistes presentaban algún tipo de complicación. 29 pacientes tenían compromiso pleural. 19 (7,2%) se manifestaron por vómica. La radiografía fue característica en 235 (88,7%). TC de tórax se realizó en 168 pacientes (63,5%). La cirugía más frecuente fue la periquistectomía parcial y capitonaje (84,35%). En 9 pacientes se asoció laparotomía y resección de quistes hepáticos. La morbilidad post-operatoria fue 23,4% (62 pacientes). De los pacientes que presentaron alguna complicación 19 (62%) requirieron cirugía. La mortalidad operatoria fue 1,5% (4 pacientes). En el análisis multivariado no se identificaron variables asociadas a morbilidad ni mortalidad.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico de la hidatidosis pulmonar es más frecuente en pacientes de género masculino en edad media de la vida. Al momento de la cirugía la mayoría de los quistes no presentan complicación, sin embargo esta es frecuente. El tratamiento quirúrgico tiene baja mortalidad y no está exento de complicaciones. En nuestra serie no encontramos variables asociadas a morbi-mortalidad para esta cirugía.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE METÁSTASIS PULMONARES EN PACIENTES CON SARCOMAS DE PARTES BLANDAS

Drs. Roberto González L, Andrés Jadue T, Gerardo Mordojovich R, Raimundo Santolaya C, Rafael Prats M, Patricio Rodríguez D.

Sección de Cirugía de Tórax, Servicio Médico Quirúrgico Respiratorio, Instituto Nacional del Tórax. Departamento de Cirugía, Campus Oriente, Universidad de Chile.

Introducción: Los sarcomas son un grupo diverso de tumores y corresponden aproximadamente al 1% de las neoplasias malignas del adulto. El pulmón es el lugar más frecuente de metástasis (MTT), el 20% de los pacientes con sarcomas presentan MTT pulmonares. La metastasectomía pulmonar es aceptada como enfoque terapéutico en sarcomas de partes blandas (SPB).

Objetivos: Caracterizar, describir resultados inmediatos y variables asociadas a supervivencia en quienes se realizó metastasectomía pulmonar por SPB.

Material y método: Revisión retrospectiva, pacientes con metastasectomía pulmonar por SPB y primario controlado. Período: enero 2004 -diciembre 2009. Se describe género, edad, ubicación de SPB, intervalo libre enfermedad (ILE), número MTT por paciente, Performance Status (PS), lateralidad, tamaño, grado histológico, clasificación grupo de riesgo según registro internacional MTT pulmonares (RIMP), compromiso extrapulmonar, abordaje, resección completa (R0) versus incompleta (R2), número MTT resecadas, morbilidad, mortalidad, seguimiento, remestastasectomía y supervivencia global. Se comparó supervivencias según 9 variables. Se utilizó programa SPSS 15.0. Se consideró significativo $p < 0.05$.

Resultados: 19 pacientes, 10 mujeres (relación 1.1:1), edad promedio: 46.6+/-19.6 años. SPB de extremidades inferiores en 17. ILE mediana: 28 meses (rango: 1-173). Número MTT por paciente: 1 en 7 casos, 2 en 5 y >3 en 7. PS: 0 en 3 pacientes, 1 en 13, 2 en 2 y 3 en 1. MTT unilateral: 10 pacientes. Tamaño MTT mediana: 1.0 cm (rango: 0.5-15.0), 8 tenían MTT >2 cm. Grado de histológico: G I en 2 casos, G II en 12 y G III en 5. Grupo RIMP: 6 pacientes grupo I, 2 grupo II, 5 grupo III y 6 grupo IV. Compromiso extrapulmonar: 2 pacientes. Abordajes: 15 toracotomías, 3 toracotomías bilaterales y 1 cirugía video-asistida. R0: 13 pacientes. MTT resecadas: 1 en 11 casos, 2 en 4 y >3 en 4 (rango: 1-6). Morbilidad: 1 neumonía. No hubo mortalidad. Promedio alta postoperatoria: 5.3+/-2.1 días. Promedio seguimiento: 24.2+/-17.5 meses. Se realizaron 3 remestastasectomías en 3 pacientes. Supervivencia promedio: 35.0+/-6.8 meses. Supervivencia: un año 84.2+/-8.4%, 3 años 38.8+/-12.6% y 5 años 25.9+/-13.5%. Se observó mejoría significativa en la supervivencia cuando la resección es R0, según PS y cuando no existen MTT extrapulmonares.

Conclusiones: La metastasectomía pulmonar en SPB se distribuye en forma similar por géneros y la mayoría tienen MTT múltiples. La resección R0 se obtiene en la mayoría de los casos. La metastasectomía es segura con buenos resultados inmediatos. En nuestra serie se identifican variables asociadas a mejor supervivencia.

Seccional: CIRUGÍA VASCULAR

“TERAPIA ENDOVASCULAR DE LA PATOLOGÍA AÓRTICA, 11 AÑOS DE EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DIPRECA”

Drs. M.Espindola , G.Sepulveda, M.Maureira, C.Encina, J.Seitz, J.Riveros, E.U. C.Oliva. C.Rosas, P.Poblete**
Equipo Cirugía Vascular Hospital Dipreca.
(*)Internas U.Diego Portales.

Introducción: Desde la incorporación de técnicas mínimamente invasivas en el tratamiento de la patología aórtica, se ha experimentado un crecimiento permanente de ellas hasta posicionarse en la actualidad como una opción ampliamente aceptada por la comunidad médica.

Objetivo: Mostrar la experiencia acumulada de terapia endovascular Aórtica en el Hospital DIPRECA durante los últimos 11 años.
Material y Método: Estudio retrospectivo de registros clínicos de pacientes sometidos a tratamiento endovascular aórtico entre octubre de 1999 y julio de 2010. Descripción de características biodemográficas de la población. Proceso diagnóstico, técnica quirúrgica. Procedimientos complementarios, complicaciones y seguimiento. Se utilizó estadística descriptiva y analítica.

Resultados: Se realizaron 133 procedimientos en 114 pacientes. La edad promedio fue 67,4 años ($\pm 10,3$) (82% hombres). El 84% de los pacientes es hipertenso y el 64 % tiene antecedente de tabaquismo. En el 89% de los casos la indicación de tratamiento fue enfermedad aneurismática propiamente tal o degeneración aneurismática de una disección. En el 73,7% (103 procedimientos) de los casos se realizó un procedimiento en el territorio abdominal o iliaco. En 19,5% (26) de las intervenciones se realizó algún procedimiento complementario. Seis pacientes que fueron sometidos a cirugía híbrida de la aorta. El 7,5% (10) de los procedimientos presentó alguna complicación relacionada (endoleak, ateroemolia, fractura o trombosis de endoprótesis). El seguimiento promedio de la serie fue de 20,3 meses.

Discusión: Las formas de presentación han sido semejantes a las descritas tradicionalmente, y los resultados similares a los de la literatura. La planificación terapéutica, favorecida por el análisis de imágenes con software específico, resultó un punto importante en la terapia endovascular. Los casos que requirieron procedimientos complementarios fueron aquellos en los que las características de la patología fue más adversa. La tasa de complicaciones es similar a la publicada.
Conclusion: La experiencia acumulada ha permitido enfrentar un volumen progresivamente mayor de pacientes en variados escenarios clínicos, pudiendo ofrecer una opción terapéutica en casos de mayor

NUEVO CONCEPTO EN LA REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL: ESTUDIO PILOTO DE ENDOPRÓTESIS OVATION™
*Drs. Francisco Valdés E. *, Leopoldo Mariné M. *, Michel Bergoeing R. *, Renato Mertens M. *, Albrecht Krämer Sch *, Roberto Canessa B. ** y EU Jeanette Vergara G. **

Dptos. de Cirugía Vascular y Endovascular* y Anestesia **. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: Las endoprótesis (EP) disponibles para el tratamiento de aneurismas aórticos abdominales (AAA) usan un sistema de introducción 18-25F, y se sustentan esencialmente mediante la fuerza radial generada por stents metálicos que simultáneamente sellan cualquier filtración de sangre hacia el saco del AAA.

Objetivo: El presente estudio evalúa la EP Ovation™, cuyas principales características son un sistema introductor de bajo diámetro y un sistema de fijación independiente del mecanismo de sellado. Esta experiencia es la primera aplicación clínica de Ovation™ a nivel mundial.

Material y Método: Entre Noviembre 2009 y Junio 2010 tratamos 10 pacientes (72 \pm 4 años, 59-84, 1 mujer) portadores de AAA (diámetro 5,1 cm, mediana), usando la EP Ovation™, (TriVascular, Santa Rosa, CA, EEUU), según protocolo inscrito en ClinicalTrials.gov de los EEUU (NCT01082185). Todos los pacientes firmaron el consentimiento informado aprobado por el Comité de Ética institucional. Ovation™ es una EP tri-modular, construida de PTFE y nitinol. Tiene un stent barbado de fijación supra-renal y el sellado del cuello del AAA se obtiene en forma independiente mediante 2 anillos que se llenan con un polímero específico al momento del implante. Las ramas ilíacas tienen diferente diámetro y largo pero con un socket de ensamble universal en el cuerpo de la EP. Su sistema introductor es altamente flexible, calibre 12-14F. La EP se instaló según técnica operatoria estándar, en pabellón híbrido habilitado con angiógrafo Philips Allura (Best, Holanda).

Resultados: Éxito técnico 100%. El tiempo operatorio fue 127 min. y la estadía postoperatoria 45 hrs. (mediana). El cuello aórtico midió 7,0-28,5 mm de largo y el acceso iliaco > 5,3 mm de diámetro. Cinco pacientes han completado > 6 meses de seguimiento y el resto 45-90 días. No hubo eventos adversos serios hasta la fecha de observación, detectándose endofuga tipo II a los 30 días en 5 casos, extinguida en el control de los 6 meses en 2 pacientes. No han ocurrido endoleaks tipo I ni III. No se ha observado migración, ni hubo necesidad de re-intervenciones.
Conclusiones: Los resultados observados con la EP

Ovation™ son altamente satisfactorios, demostrando excelentes propiedades de navegación por vasos pequeños, despliegue preciso y sellado en cuellos muy cortos, cumpliendo con los estándares de eficacia y seguridad, a la fecha de observación. Estos resultados han permitido iniciar un estudio multicéntrico internacional fase II.

SUSTITUCIÓN VALVULAR AÓRTICA EN PACIENTES OCTOGENARIOS, COMPLICACIONES Y SUPERVIVENCIA.

Drs. G.A. Prieto¹, J.P. Droguett², D. García¹, R. Bellot¹, S. Villar¹, F. Vera¹, AP Forteza¹, J.E. Centeno¹, M.J. Lopez¹, E. Perez¹, J.M. Cortina¹

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.
²Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

Introducción: El aumento en la expectativa de vida de la población ha provocado que patologías como la valvulopatía aórtica degenerativa presenten un repunte en su incidencia afectando a pacientes con edades progresivamente mayores que requieren cirugía.

Ojetivo: Describir los resultados en cuanto a morbimortalidad perioperatoria (30 días) y de supervivencia (SV) de pacientes octogenarios tratados con sustitución valvular aórtica con o sin revascularización miocárdica asociada. **Material Y Método:** Serie de casos retrospectiva de pacientes 80 años, tratados con sustitución valvular aórtica con o sin revascularización miocárdica asociada, durante el periodo enero de 2000 y diciembre de 2008, evaluando específicamente la morbimortalidad perioperatoria y los resultados de supervivencia.

Resultados: 77 pacientes octogenarios fueron tratados con sustitución valvular aórtica que en 18 casos (23%) se asoció a revascularización miocárdica. Predominó la población femenina (59,7%) y la edad promedio fue de 81,5 años (rango 8). Características clínicas: Clase funcional NYHA III: 53,3%. HTA: 75,3%, diabetes: 26%, dislipemia: 48,1%, IAM antiguo: 6,5%, IAM reciente: 1,3%, fibrilación auricular (FA): 20,8%, cirugía cardíaca previa: 3,9%, ACVA antiguo: 7,8%, FEVI: 60,3%±14,5%, EUROscore medio: 9,91±4,42, cirugía urgente/emergente: 19,5%/ 1,3%. **Datos operatorios:** Tiempo CEC: 99,7±43,1, tiempo de pinzamiento aórtico: 77,5±28,8, número de válvula implantado: min 19, max 25, número de vasos revascularizados (en los casos con CABG asociada): 1,5 (rango 2), prótesis biológica: 94,8%. **Resultados perioperatorios:** Mortalidad perioperatoria: 1,3%, IAM perioperatorio: 2,6%, ACVA: 5,2%, FA postoperatoria: 42,9%, re-exploración por sangrado 6,5%, infección profunda de herida esternal 2,6%, estancia hospitalaria 12,1±13,1 días, estancia UCI 2,45±3,8 días. **Resultados de seguimiento:** Seguimiento medio 45,5±24,4 meses (3 a 109), seguimiento completo 96,1%, La SV de la serie a 1, 3 y 5 años fue de 93,2%±2,9%, 83%±4,5% y 62,7%±7,2% respectivamente. Durante el seguimiento se presentaron 24 defunciones: la causa fue desconocida

en 10 casos, 4 muertes fueron de origen cardíaco y 1 de ellas secundaria a endocarditis, 2 muertes después de ACVA, 3 por infección/sepsis, 1 secundaria a cáncer y otras causas de fallecimiento de origen no cardíaco en 4 casos.

Conclusión: Esta serie muestra buenos resultados en cuanto a morbi-mortalidad perioperatoria de pacientes octogenarios sometidos a sustitución valvular aórtica, con una curva de supervivencia a 1, 3 y 5 años similar a la reportada por otras series.

TRATAMIENTO DE UN ANEURISMA DE LA AORTA ABDOMINAL SUPRARRENAL CON REVASCULARIZACIÓN VISCERAL EXTRAANATÓMICA Y POSTERIOR COLOCACIÓN DE ENDOPRÓTESIS. CASO CLÍNICO.

Drs. Juan Bombin, Manuel Espíndola, Alejandro Kotlik, Iver Zegarra.

Servicio de Cirugía. Hospital Dr. Eduardo Pereira R. Valparaíso.

Departamento de Cirugía. Escuela de Medicina. Universidad de Valparaíso.

El tratamiento del aneurisma de la aorta abdominal que compromete el segmento suprarrenal y visceral constituye un gran desafío. La cirugía abierta clásica requiere gran experiencia quirúrgica, tiene alta mortalidad y un alto porcentaje de paraplejia en los pacientes sobrevivientes. La reparación colocando una prótesis endovascular tubular en estos casos implica la oclusión de las ramas viscerales con isquemia secundaria. Se comunica el tratamiento de una paciente de 71 años que presentó un aneurisma de la aorta abdominal visceral. Fue operada en forma clásica abierta por un aneurisma aórtico infrarrenal e iliaco común derecho reparado con la colocación de una prótesis aorto bi-iliaca tres años antes. En ese tiempo ya se evidenció un aneurisma visceral cercano a los 5 cms. de diámetro y se dejó en observación, pero cuando alcanzó 6 cms. de diámetro se decidió intervenir. Durante una primera etapa se efectuó una revascularización retrógrada protésica de ambas arterias renales, tronco común mesentérico superior-hepático, y la arteria esplénica desde la antigua prótesis de dacron. En una segunda etapa cuatro meses después se colocó una endoprótesis tubular cubriendo la aorta aneurismática inmediatamente proximal a la salida de la reconstrucción visceral. No se observó déficit neurológico o alteración de la función renal. Luego de un año de seguimiento no hay crecimiento aneurismático o endofugas.

REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS AISLADOS DE LA ARTERIA ILIACA. REVISIÓN CLÍNICA DE UNA SERIE DE CASOS.

N. Pereira¹, J. Robles¹, A. Campos¹, JP. Morenó¹, A. Ferreira¹, M. Maripanguí¹, Inta. L. Pereda¹
1. Departamento de Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: Los aneurismas ilíacos son una entidad

poco común, frecuentemente coexisten con aneurismas de la aorta abdominal. Los aneurismas aislados de la arteria iliaca son aún menos frecuentes y corresponden a menos del 2% de los aneurismas intraabdominales y su incidencia es menos del 0.1% en la población general. El curso natural del aneurisma iliaco es el crecimiento progresivo y la rotura, evento asociado con una mortalidad de hasta 50%. El manejo adecuado aún no ha sido estandarizado; la reparación abierta, tratamiento tradicional, se asocia a una morbi-mortalidad relativamente alta. Así emerge una alternativa mínimamente invasiva, como es la reparación endovascular. El objetivo del trabajo es describir el perfil de los pacientes con aneurismas aislados de la arteria iliaca manejados de manera endovascular en un centro Universitario.

Materiales Y Método: Diseño retrospectivo, observacional. Revisión de archivos estadísticos e historias clínicas de los pacientes operados por aneurismas abdominales entre el año 2005 y 2010. Selección y análisis de pacientes con aneurismas aislados de la arteria iliaca, sus características, indicación de reparación endovascular, evolución postoperatoria, complicaciones y resultados. **Resultados:** Durante el período de estudio se operaron un total de 51 aneurismas aortoiliacos y 3 aneurismas aislados de la arteria iliaca por vía endovascular (5,9%). El 100% corresponde a hombres, con una edad promedio de 72 años (rango 57-85 años). Los 3 aneurismas iliacos corresponden a la arteria iliaca común. 2 casos se reparan electivamente con tamaño de 4 y 4,5 cm de diámetro, ambos asintomáticos. 1 caso sintomático se repara de urgencia. Se presentaron 2 complicaciones precoces: 1 endoleak que requiere de una intervención endovascular secundaria y 1 hematoma inguinal (33% cada una). No hubo mortalidad operatoria y el seguimiento promedio es de 24 meses, todos permeables al estudio ecográfico.

Conclusiones: Comunicamos nuestra experiencia en dicha cirugía. En la última década la literatura retrospectiva ha establecido el manejo endovascular como una alternativa de tratamiento seguro y eficaz. La anatomía pélvica y el potencial alto riesgo de morbi-mortalidad de la reparación abierta convierten a la exclusión endovascular en nuestra aproximación de elección. Es necesaria una mayor casuística y resultados a largo plazo con respecto a este procedimiento para crear un algoritmo prospectivo de tratamiento.

ENDARTERECTOMÍA CAROTÍDEA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ATEROMATOSIS CEREBROVASCULAR EXTRACRANEANA: RESULTADOS Y COMPLICACIONES DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN EL HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO

J. Galindo¹, T. Tabilo², R. Olguín², J. Mariñ², P. León²

¹Becado Cirugía General, Universidad de Los Andes

²Equipo de Cirugía Vascular, Departamento de

Enfermedades Cardiovasculares Hospital Militar de Santiago

³Alumno 4º año de Medicina, Universidad de Los Andes

Servicio de Cirugía y Departamento de Enfermedades Cardiovasculares, Hospital Militar de Santiago. Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes.

Introducción: La endarterectomía carotídea (EAC) es el tratamiento de elección de la estenosis ateromatosa crítica de la arteria carótida interna. Reduce de forma significativa el riesgo de presentar un accidente vascular isquémico en comparación con el manejo médico. Para que el paciente se beneficie es fundamental que el riesgo quirúrgico se encuentre en el rango internacionalmente aceptado para este tipo de procedimiento, con una morbimortalidad (muerte o accidente cerebrovascular) menor a 2,8% en pacientes sintomáticos y menor a 2,9% en asintomáticos. **Objetivo:** Revisar la casuística de EAC del Hospital Militar de Santiago en los últimos 5 años, con especial atención a resultados y complicaciones, comparados con la mejor evidencia disponible.

Pacientes Y Método: Se revisó el registro de cirugías del HOSMIL de los últimos 5 años en busca de pacientes sometidos a EAC. Se recolectaron retrospectivamente datos clínicos, forma de presentación, métodos diagnósticos de imagen, datos de la cirugía, postoperatorio y complicaciones en todos los pacientes. Concomitantemente se realizó búsqueda en las principales bases de datos disponibles, seleccionándose los meta-análisis y estudios clínicos aleatorios más actuales referentes a indicación y complicaciones de EAC. **Resultados:** Entre Enero de 2005 y Abril de 2010 se efectuaron 50 EAC en 43 pacientes (33 hombres; edad promedio 75 años [57-89]). Las comorbilidades asociadas más frecuentes fueron: hipertensión arterial (91,8%), dislipidemia (67,3%), cardiopatía coronaria (44,9%), tabaquismo (44,9%), diabetes mellitus (36,7%), insuficiencia renal crónica (24,5%). En 17 casos (34%) la presentación fue asintomática y en 33 hubo síntomas (66%): 6 amaurosis fugax (12%), 11 accidentes isquémicos transitorios (22%), 13 accidentes cerebrovasculares (26%). Hubo 1 caso de cirugía combinada con revascularización miocárdica. La cirugía fue electiva en 49 casos (98%), y de urgencia en sólo uno. Se usó anestesia general en 48 casos (96%) y local en 2 casos (4%). La mediana de tiempo quirúrgico fue 140 minutos. Se usó shunt en 38 casos (76%) y se efectuó angioplastia con parche en 48 casos (96%), todos los cuales fueron de material sintético. Tiempo promedio de postoperatorio en UCI: 27,5 horas; hospitalización postoperatoria promedio 6 días [2-22]. Sólo un paciente (2%) sufrió un accidente vascular cerebral perioperatorio, con hemiparesia secucler. Hubo tres casos de hematoma cervical. No hubo mortalidad perioperatoria.

Conclusiones: Durante los últimos cinco años en nuestra institución, la EAC ha sido un procedimiento seguro, cuya tasa de complicaciones mayores y

morbimortalidad perioperatoria se encuentra dentro del rango aceptado para el procedimiento (menor a 2,8%).

ENDARTERECTOMÍA CAROTÍDEA: EXPERIENCIA RECIENTE HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE NEF

Drs. L. Chassin-Trubert, E. Labarca^{2,3}, B. Gratacos².
¹Cirugía; ²Cirujano Vascular; ³MSCHC
Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar

Introducción: El infarto cerebral es una de las principales causas de muerte en nuestro país, a lo que se suman los pacientes secueledos que contribuyen a importante carga socioeconómica. La aterosclerosis es la entidad patológica principal responsable de la enfermedad cerebrovascular extracraneal y la endarterectomía carotídea el tratamiento de elección.

Objetivos: Evaluar los resultados de las endarterectomías carotídeas realizadas entre 01 Enero 2000 y 31 Diciembre 2008 en Hospital Naval Almirante Nef (HNAN).

Metodología: Análisis retrospectivo de las historias clínicas de todos los pacientes consecutivos sometidos a endarterectomía carotídea en el HNAN durante período indicado. Se tuvo en cuenta las variables edad, sexo, métodos diagnósticos, manifestaciones clínicas, factores de riesgo, patologías asociadas, porcentaje de obstrucción carotídea, detalles intraoperatorios, presencia de complicaciones y mortalidad. El análisis estadístico se reportó como porcentajes.

Resultados: Se realizaron 72 endarterectomías carotídeas en 66 pacientes, 60 unilaterales y 6 bilaterales. 48 hombres (66%) 24 mujeres (33%) con promedio de edad de 71,7 y 72,8 años respectivamente. 7 endarterectomías fueron realizadas en concomitancia con cirugía de revascularización miocárdica. Todos los pacientes fueron operados con técnica convencional siendo la indicación quirúrgica estenosis carotídea mayor a 75% en los sintomáticos y mayor a 80% para los asintomáticos. Se utilizó en forma sistemática shunt de Javid y parche de poliuretano para reparación de la arteriotomía. No se utilizó drenaje en ninguna de ellas. Dentro de los factores de riesgo presentes se encontró: hipertensión arterial en 65 (90%), dislipidemia en 33 (46%), diabetes mellitus tipo 2 en 32 (44%), tabaquismo en 17 (24%), cardiopatía coronaria en 31 (43%). En cuanto a las manifestaciones clínicas se encontraron 25 pacientes asintomáticos (35%) y 47 sintomáticos (65%) de los cuales 32 (68%) se presentaron como accidente vascular encefálico (AVE), 4 (8%) como crisis isquémica transitoria (CIT), 2 (4, %) como amaurosis fugaz (AF), 1 (2%) con síntomas vertebrobasilares (SV), 1 (2%) con AVE + AF, 5 (11%) como AVE + CIT, 1 (2%) como CIT + AF y 1 (2%) como CIT + SV. Complicaciones tempranas en relación a la cirugía: 3 hematomas cervicales y 4 lesiones transitorias de nervios craneales. Complicaciones tardías 2 reestenosis de la plastia. Reintervención

en 2 pacientes (1 por hematoma a tensión y 1 por reestenosis). No hubo mortalidad temprana en relación a la cirugía, ni accidentes neurológicos mayores.

Conclusiones: La endarterectomía carotídea es un método seguro y probado en nuestro medio.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ATEROSCLEROSIS DE LA BIFURCACION CAROTIDEA.

D. Moyano, C. Zúñiga, P. Díaz, J.C. Silva, A. Chávez, A. Andahur, JP Loyola, I. Torrejón, P. Ibañez, G. Gárate.

Servicio de Cirugía Adultos. Hospital Dr. Gustavo Fricke. Viña del Mar. CHILE.

Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Valparaíso.

Introducción: El infarto cerebral es causa de mortalidad e invalidez. La estenosis de la arteria carótida interna puede provocar infarto cerebral y/o síntomas de insuficiencia cerebrovascular. Mediante la endarterectomía carotídea (EC) se puede prevenir el infarto cerebral y sus secuelas. Para que el procedimiento sea beneficioso, debe tener baja morbimortalidad operatoria y ofrecer sobrevida libre de eventos cerebrovasculares en el mediano y largo plazo.

Objetivo: Comunicar los resultados de una serie contemporánea de pacientes intervenidos de EC.
Material y Método: Serie de casos operados de EC entre enero de 2006 y enero de 2010. Revisión de variables demográficas, indicación operatoria, técnica quirúrgica, complicaciones operatorias y sobrevida.
Resultados: Durante el período de estudio operamos 43 pacientes, la mayoría hombres (n=25, 58 %), con un promedio de edad de 70 años (rango 49 a 85 años). En el 82 % de los pacientes se indicó la cirugía por síntomas cerebrovasculares (accidente vascular o crisis isquémica transitoria). El grado de estenosis se midió sólo con eco-dúplex color en el 72 % de los casos, complementándolo con Angio-TAC en el resto. La mayoría tenían estenosis mayores al 90 % (31 casos, 72 %). En todos los pacientes se utilizó anestesia general y monitorización invasiva de presión arterial. La técnica quirúrgica utilizada fue endarterectomía por eversión (38 pacientes, 88 %) y endarterectomía con utilización de Shunt intraoperatorio y reparación arterial con parche (5 pacientes, 12 %). Todos los pacientes fueron manejados en Unidades de Cuidado Intensivo en el post operatorio. No hubo mortalidad operatoria. Tres pacientes sufren complicaciones (7,0%) : Un edema pulmonar agudo (recuperado), Un hematoma cervical (requirió revisión) y una disfonía por parálisis de nervio laríngeo recurrente. Un paciente (2,3 %) sufre empeoramiento de hemiparesia contralateral al lado operado, lo cual se atribuyó a microembolización intra-operatoria. El seguimiento de los pacientes fue de 6 a 48 meses (promedio 27 meses). Durante el seguimiento 3 pacientes sufren eventos cerebrovasculares (7 %), todos en el hemisferio contralateral al lado operado, resultando con secuelas

moderadas y sin mortalidad.

Discusión: En nuestro hospital realizamos cirugía carotídea en un grupo particularmente grave de pacientes, con un avanzado grado de enfermedad aterosclerótica y síntomas previos. Los resultados quirúrgicos y la sobrevida libre de eventos cerebrovasculares es comparable a la literatura. Se debe insistir en la búsqueda de casos susceptibles de reparación quirúrgica para extender el beneficio de la cirugía una mayor cantidad de pacientes.

“PARAGANGLIOMA DEL CUERPO CAROTIDEO. UNA SERIE DE CASOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA”

Drs. J. Cifuentes, M. Zamorano, B. Valda, M. Sarmiento. Int^o R. Zuaznabar.

Equipo de Cirugía Vascular. Depto. Cirugía, Hospital Regional de Antofagasta. Facultad de Medicina, Universidad de Antofagasta.

Los tumores del cuerpo carotideo son infrecuentes en nuestra población, ubicándose en el triángulo carotideo. Su desarrollo puede llegar a envolver la carótida común y su bifurcación, así como uno o más nervios craneanos. Por tales motivos, es recomendable su resección quirúrgica, siendo esta técnicamente demandante, no estando exenta de complicaciones mayores. Nuestro objetivo es analizar una serie de casos en cuanto al diagnóstico, tratamiento y posterior evolución, en pacientes intervenidos en el Hospital Regional de Antofagasta. Se realizó un método prospectivo incluyendo a todos los pacientes recibidos en nuestro hospital desde Junio del año 2009, con sospecha de tumor del glomus carotideo, se registraron en una ficha clínica teniendo un seguimiento hasta el control en el policlínico de Cirugía Vascular. Existe un total de cuatro pacientes hasta Julio del año 2010, cuya relación sexo femenino : masculino, es de 3:1. Cuya edad fluctúa entre los 41 y 74 años. La principal clínica fue aumento de volumen en la región submandibular. No hubo compromiso de pares craneanos. El estudio incluyó ultrasonografía doppler y angiotomografía computada en todos los pacientes, se realizó resección quirúrgica en el 100%, sin necesidad de shunt ni puentes asociados a la cirugía. El tamaño fluctuó entre los 30 y 40mm de diámetro mayor, en todos se confirmó el diagnóstico con estudio histopatológico, incluyendo inmunohistoquímica. Se presentó un sangrado leve postoperatorio, sin mortalidad asociada, la evolución a mediano plazo fue favorable.

Los paragangliomas del cuerpo carotideo puede ser de origen esporádicos o familiares, siendo el primer tipo el más frecuente, generalmente unilateral y asociado en forma directa a la hipoxia crónica. El diagnóstico se fundamenta en la sospecha y en el examen clínico. Evidenciando una masa submandibular indolora, de crecimiento lento, con el signo de Fontaine. El tratamiento de elección es la cirugía, altamente demandante, dada la compleja zona anatómica involucrada. Esta neoplasia en menos de un 10% puede recidivar localmente o metastizar a ganglios regionales y/o distancia, por lo que se

recomienda su seguimiento postquirúrgico. Podemos concluir que existe una aparente mayor incidencia en nuestra región en el último año, que si bien es un cirugía de alta complejidad, al realizarla cirujanos capacitados se tiene buenos resultados y excelente pronóstico a mediano plazo.

REVASCULARIZACIÓN CEREBRAL EXTRA-INTRACRANEANA CON INJERTO DE ARTERIA RADIAL. REDEFINIENDO LOS ANEURISMAS CEREBRALES INTRATABLES
Drs. R. Julio¹, J. Mura^{2,3}, F. Riquelme², C. Salas¹, D. Rojas-Zalazar^{2,3}

¹Servicio de Cirugía. Departamento de Cirugía Vascular. Hospital del Salvador.

²Servicio de Neurocirugía Adultos. Instituto de Neurocirugía Asenjo.

³Departamento de Ciencias Neurológicas. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

Introducción: La revascularización quirúrgica de pacientes excluidos del manejo endovascular de lesiones aneurismáticas de los vasos intracerebrales se caracterizan por su gran complejidad, dentro de las alternativas están los puentes de bajo flujo (arteria temporal superficial) y los de alto flujo (puente con safena interna y arteria radial). El objetivo es presentar la experiencia conjunta del Equipo de Neurocirugía Vascular del Instituto de Neurocirugía Asenjo con el equipo de Cirugía Vascular Periférica del Hospital del Salvador en el uso de injerto de arteria radial en la revascularización extra-intracraneana de alto flujo (bypass cerebrales). Material y Método: Dentro de la serie prospectiva de 33 bypass cerebrales del INC Asenjo operados desde el año 2005, se analizan 6 pacientes en los cuales se utilizó injerto de arteria radial para la revascularización extra-intracraneana de alto flujo. Las anastomosis fueron de arteria carótida externa (ACE) o de arteria carótida interna cervical (ACI) a la arteria cerebral media (ACM). En todos los pacientes se realizó una evaluación vascular preoperatoria de la arteria radial, sus diámetros y la competencia del arco palmar. Resultados: Se intervinieron 4 mujeres y 2 hombres. La edad promedio fue de 44 años. Los bypass correspondieron a ACE-ACM en 5 casos y 1 caso ACI-ACM. Todos los pacientes corresponden a casos considerados no susceptibles de terapia endovascular, casos que no toleraron el Test de Oclusión con Balón Endovascular y que se consideraron intratables con la terapia neuroquirúrgica habitual. El tiempo promedio de la amastomosis distal fue de 37 minutos. No hubo infartos cerebrales precoces relacionados con la oclusión transitoria de la arteria cerebral media. Los resultados fueron buenos siendo en promedio de GOS 4,2. No hubo mortalidad en la serie. Discusión y Conclusiones: El manejo integral de diversas patologías requiere el uso y el expertizaje en las técnicas de revascularización cerebral. El trabajo en equipo entre especialidades, en este caso la cirugía vascular periférica y la cirugía vascular cerebral permiten abordar pacientes considerados intratables del punto de vista endovascular o

inoperables del punto de vista neuroquirúrgico clásico.

MANEJO DEL TRAUMA VASCULAR MEDIANTE TÉCNICAS ENDOVASCULARES.

Drs. F. Corvalán^{1,2}, J.A. Parrá¹, F. Ibañez¹, E. Schwartz¹, C. Salas¹, W. Bastías¹, R. Julià¹, A. Cam¹, C. Pozo¹, J.C. Herrerá¹, C.G. Lagos¹.

¹Servicio de Cirugía. Unidad de Cirugía Vascular y Endovascular. Hospital del Salvador.

²Cirugía Vascular, Clínica Tabancura.

Introducción: El trauma vascular es una patología con elevada morbilidad y mortalidad. El uso de técnicas endovasculares menos invasivas es una alternativa a la cirugía tradicional

Materiales y métodos: Se describen 14 casos de trauma vascular tratados por vía endovascular entre enero del 2000 a agosto del 2010. Se describen las características clínicas de los pacientes, su tratamiento efectuado y el resultado quirúrgico de dicho tratamiento.

Resultados: Se trataron 14 pacientes con técnicas endovasculares. 12 pacientes fueron de sexo masculino. En cuanto al mecanismo de lesión 4 pacientes se produjo por herida por arma de fuego, 4 por arma blanca, 4 fueron iatrogénicos, 1 por trauma contuso y 1 asociado a fractura. El tiempo de presentación varió entre 24 horas y 9 años. 10 pacientes se presentaron con pseudoaneurisma y 4 con fistula arterio-venosa. En 8 casos se utilizó Stent cubierto para tratar la lesión y en 6 casos se realizó embolización con coils. 14 pacientes se trataron con éxito en forma primaria. En el 100 % de los pacientes se logró tratar la lesión. Solo 1 paciente requirió reintervención endovascular al mes. No hubo complicaciones en esta serie.

Conclusión: El trauma vascular es una patología que, en casos seleccionados puede ser resuelta mediante técnicas endovasculares con excelente resultado.

MANEJO ENDOVASCULAR DEL TRAUMA VASCULAR. REPORTE DE TRES CASOS

Drs. J. Cifuentes, B. Valda, M.C. Sarmiento, M. Zamorano.

Hospital Regional de Antofagasta, Equipo de Cirugía Vascular.

Las lesiones traumáticas de los vasos se asocian a una elevada morbimortalidad, debido a la presencia de lesiones asociadas y las dificultades del acceso quirúrgico. En la literatura la experiencia en el manejo endovascular de lesiones traumáticas es escaso, limitándose a reportes de casos, principalmente por falta de equipos quirúrgicos entrenados y de recursos técnicos en la urgencia. El siguiente trabajo incluye 3 pacientes, dos hombres y una mujer. En un paciente la lesión fue secundaria a herida por arma blanca causando un pseudoaneurisma de la arteria hepática; en el otro paciente la lesión fue provocada por perdigones causando una fistula arteriovenosa renal derecha y en el tercer paciente por iatrogenia durante una cirugía de tórax causando una fistula arteriovenosa

de la arteria mamaria interna izquierda. Las lesiones se corrigieron con embolización con coils, a través de acceso femoral en los tres casos. El seguimiento a corto plazo fue exitoso, sin requerir otros procedimientos posteriores.

El tratamiento endovascular aplicado al trauma vascular es posible con buenos resultados a corto plazo, debido principalmente a la mínima invasividad.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LESIONES ARTERIALES TRAUMATICAS

Drs. P. Ibañez, C. Zúñiga, P. Díaz, J.C. Silva, A. Chávez, G. Gárate, A. Andaur, I. Torrejón, D. Moyano, J.P. Loyola.

Servicio de Cirugía Adultos. Hospital Dr. Gustavo Fricke. Viña del Mar. CHILE.

Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Valparaíso.

Introducción: El traumatismo arterial puede causar la muerte por hemorragia o la pérdida de tejido por isquemia. El reestablecimiento precoz de la perfusión tisular evita secuelas graves.

Objetivo: Comunicar los resultados del tratamiento quirúrgico de pacientes con lesiones arteriales traumáticas en nuestro Hospital.

Material y Método: Serie de casos operados entre enero de 2006 y diciembre de 2009 (48 meses). Revisión de fichas clínicas y seguimiento por vía telefónica. Análisis de datos epidemiológicos, presentación clínica, técnica quirúrgica, complicaciones y mortalidad. Los resultados son expresados como porcentajes.

Resultados: Durante el período operamos 40 pacientes, en su mayoría hombres (n=36, 90 %) con edad promedio de 35 años. El 50 % de los casos presentan lesiones aisladas, siendo las lesiones del aparato locomotor las más frecuentemente asociadas (11 casos, 28 %). El principal segmento afectado fue las extremidades inferiores (26 casos, 65 %), seguido de extremidades superiores (8 casos, 20 %).

Hubo 2 traumas de la aorta abdominal. Los mecanismos de daño fueron sección por objetos cortopunzantes (n=20, 50 %), herida por arma de fuego (n=9, 23 %) y trombosis por atricción directa (n=10, 25 %). La forma de presentación más frecuente fue la hemorragia (n=30, 75 %). En 24 pacientes hubo isquemia aguda (60 %). En 16 casos se realizó reparación arterial mediante anastomosis directa (40 %) y en 13 se confeccionó puente con vena safena invertida (33 %). El resto de los pacientes requirió reparación arterial con parche o interposición de prótesis. En todos los casos hubo participación de cirujano vascular. No hubo mortalidad operatoria. Cuatro pacientes (10 %) presentan síndrome compartamental de extremidad inferior que requirieron fasciotomía, de los cuales solo uno queda con secuela neurológica permanente (2.5 %). El seguimiento promedio ha sido de 24 meses (3 a 51 meses). Un paciente presenta trombosis precoz de puente safeno, el cual se reparó. Todos los pacientes están vivos al término del seguimiento y ninguno requirió amputación de extremidad.

Discusión: El trauma arterial requiere un diagnóstico precoz para evitar secuelas graves y mortalidad. En nuestro hospital se mantiene el mecanismo cortopunzante como el más frecuente en trauma arterial, destacando la agresión por terceros. Es probable que los resultados reflejen la actividad de las unidades de rescate móvil en el traslado oportuno de estos pacientes. Consideramos que la participación de cirujanos entrenados en las unidades de emergencia contribuye a mejorar el pronóstico.

RECUPERACIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS INTRAVASCULARES

Drs. L. González¹, P. Ríos², C. Núñez³.

¹Cirujano General Servicio Cirugía 22-28, Hospital San Pablo Coquimbo Profesor Cirugía Universidad Católica del Norte.

²Cirujano vascular Servicio Cirugía 22-28, Hospital San Pablo Coquimbo Profesor Cirugía Universidad Católica del Norte.

³Interna Medicina Universidad Católica del Norte. Hospital San Pablo Coquimbo.

Con el paso de los años la medicina se ha vuelto cada vez más mínimamente invasiva, y es así como la utilización de técnicas de cateterismo y procedimientos intravasculares con fines diagnósticos y terapéuticos ha aumentado, y de la mano de ellos el embolismo iatrogénico de cuerpos extraños hacia el intravascular e intracardiaco.

Describir una técnica segura y simple de extracción de cuerpos extraños endovasculares en base a dos casos clínicos y compararla con procedimientos reportados en la literatura.

Se presentan dos casos clínicos:

1.- mujer con cáncer de mama cuyo catéter de quimioterapia se fractura, al ser extraído traccionando el reservorio, siendo arrastrado por la corriente venosa hacia vena subclavia y posteriormente a vena cava superior.

2.- varón hospitalizado en UCI el que, mientras se instalaba un catéter venoso central en la vena yugular izquierda, realiza un movimiento brusco provocando la migración de la guía de alambre hacia la vena cava superior.

Se contactó a cirujano para evaluar la posibilidad de rescatar los artefactos perdidos en venas intratorácicas.

En ambos casos se utilizó la misma técnica de extracción que consistió en denudar la vena safena interna, seccionándola y ligándola a distal. En su segmento proximal se insertó un introductor arterial de 14 Fr, a través de cual se pasó una guía de arteriografía.

Posteriormente bajo visión radioscópica (equipo Philips BV 29) se ubicó la guía de arteriografía al lado del cuerpo extraño embolizado, rotándola en múltiples oportunidades hasta envolverlo, para luego traccionar ambos hacia la vena safena, logrando así extraerlos satisfactoriamente.

De esta experiencia podemos concluir, que el método descrito constituye una forma eficaz, de fácil reproducción y de bajo costo para recuperar objetos embolizados en el intravenoso. Esta

metodología no la hemos encontrada descrito en la literatura.

ANGIOPLASTIA INFRAINGUINAL EN ISQUEMIA CRÍTICA DE EEII

Drs. S. Hasbun, R. Tapia E.U. Gabriela Molina, Interna Constanza Osorio

Hospital Regional de Talca

Introducción: El progreso de la cirugía endovascular, específicamente la angioplastia, aporta una nueva herramienta para tratar la enfermedad aterosclerótica.

Hoy día en numerosos centros se enfrenta esta patología con enfoque primariamente endovascular, dejando la cirugía abierta para los casos en que este fracasa. En los últimos años hemos ofrecido angioplastia como primera alternativa a los pacientes con isquemia crítica del territorio infrainguinal. Objetivo: Revisar los resultados de las angioplastias del territorio infrainguinal en pacientes con isquemia crítica de las EEII, evaluando salvataje de la extremidad y morbi mortalidad a Junio 2010. Material y Método: Revisión retrospectiva de las fichas clínicas de los pacientes sometidos a angioplastias entre enero del 2005 y diciembre del 2009. El análisis estadístico va dirigido solo a los pacientes tratados.

Resultados: Se revisaron las angioplastias realizadas a 91 pacientes y 95 extremidades, todos con isquemia crítica. Categoría clínica 4 (25%) y en categoría clínica 5 (75%) de Rutherford.

El promedio de edad fue de 71.8 años, 64% sexo masculino y 70 % diabéticos. Diez pacientes con insuficiencia renal crónica (11%) y de estos 7 en hemodiálisis. Un 33% de las extremidades no tenían vasos de salida.

La media de seguimiento fue 27 meses. Fracaso técnico inicial 29 extremidades (31 %), y de estas 14 fueron a bypass y 15 a amputación mayor. Éxito técnico inicial 66 extremidades. Existieron 9 complicaciones generales (14%) y 10 complicaciones locales (15%).

Mortalidad peri operatoria 1.5%.

Durante el periodo de seguimiento 4 extremidades fueron sometidas a nueva angioplastia del mismo territorio por reaparición de la isquemia, 6 a bypass y 18 amputados.

Al final del seguimiento hay 27 (29,7%) pacientes fallecidos y 64 vivos, del total de los enfermos. Del grupo de las AGP exitosas (66 AGP, 64 pacientes), el 25% estaban fallecidos al final del seguimiento. Tres fallecidos amputados, 13 fallecidos no amputados, 17 vivos amputados y 31 vivos que conservan su extremidad.

Sobrevivida libre de amputación 31 pacientes. A pesar del alto fracaso técnico inicial, los resultados de los pacientes en quienes se realizó la angioplastia están de acuerdo a lo informado en algunas series similares internacionales, y justifican a nuestro juicio un enfrentamiento primariamente endovascular de estos enfermos, apelando al elevado riesgo por las patologías concomitantes que les otorgan un muy

mal pronóstico vital.

De este modo a nuestro juicio sigue siendo recomendable intento de manejo endovascular inicial.

ARTERIOGRAFÍA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA CON CO₂. PRESENTACIÓN DE LA TÉCNICA Y RESULTADOS.

Drs. F. Corvalán^{1,2}, F. Ibañez, J.A. Parrá, E. Schwartz, C. Salas, W. Bastías, R. Julió, A. Camí, C. Pozó, J.C. Herrera, C.G. Lagos, C. Toledo

¹Servicio de Cirugía. Unidad de Cirugía Vasculare y Endovascular. Hospital del Salvador.

²Cirugía Vasculare, Clínica Tabancura.

³T.M. Unidad de Cirugía Vasculare y Endovascular. Hospital del Salvador

Introducción: El uso de medios de contraste utilizado en arteriografías diagnósticas o terapéuticas es un conocido factor de riesgo de alergias o daño renal. El uso de CO₂ ayuda a disminuir o anular la necesidad de medio de contraste. La arteriografía con uso de CO₂ es una alternativa para pacientes con alergia al medio de contraste o daño renal preexistente o aquellos con riesgo de presentar nefropatía por contraste.

Objetivo: Descripción de la técnica de angiografía con CO₂ y sus resultados.

Material y métodos: Se presentan 10 casos de pacientes estudiados con CO₂ entre marzo del 2009 y agosto de 2010. Se describe la técnica de arteriografía con CO₂ y sus resultados. **Resultados:** Se estudiaron 10 pacientes. Seis fueron hombres. En 5 pacientes se estudio riñón transplantado, en 3 aorta y extremidades inferiores y a dos pacientes se les realizó arteriografía renal. La mitad de los procedimientos fueron además terapéuticos. El volumen promedio de CO₂ utilizado fue de 213 ml. Adicionalmente se utilizó medio de contraste en baja cantidad en 7 pacientes (promedio: 22 ml). La creatinina de los pacientes no varió en las mediciones pre y post procedimiento. No hubo complicaciones con el uso de CO₂.

Discusión: La arteriografía con CO₂ es una técnica que logra buenas imágenes anatómicas y reduce en forma importante el volumen total de contraste yodado en los pacientes que se utiliza.

BYPASS ÁXILO-FEMORAL. REVISIÓN CLÍNICA DE UNA SERIE DE CASOS.

Drs. N. Pereira¹, A. Campos¹, A. Ferreira¹, M. Maripanguí¹, J.P. Moreno¹, J. Robles¹, Inta. L. Pereda¹

¹Departamento de Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: El bypass axilo-femoral es una técnica de revascularización extra-anatómica, que se ha transformado en una alternativa a la derivación aorto-femoral clásica en pacientes que presentan isquemia crítica de extremidades inferiores por enfermedad arterial oclusiva aorto-iliaca, con un alto riesgo quirúrgico y expectativa de vida limitada. Lo anterior se debe a que se trata de cirugía menos invasiva, más simple desde el punto de vista técnico y menos

traumatizante. El objetivo de nuestro trabajo es describir, a través de una serie de casos, los pacientes sometidos a cirugía de bypass axilo-femoral, en cuanto a sus antecedentes, indicaciones de cirugía y los resultados postoperatorios.

Materiales Y Método: Diseño retrospectivo, observacional. Búsqueda en archivos estadísticos los procedimientos de bypass extra-anatómicos entre el año 2004 y 2010, seleccionándose los bypass axilo-femoral. Revisión de las historias clínicas de los pacientes encontrados.

Resultados: Durante el período estudiado, se realizaron 194 bypass extra-anatómicos, de los cuales 11 fueron axilo-femoral. De ellos, 8 pacientes fueron de sexo masculino y 3 femenino, 9 fueron sometidos a bypass axilo-bifemoral y 2 a bypass axilo-unifemoral. El promedio de edad fue de 61.8 años (rango 23-81). Todos los pacientes presentaban al menos una patología concomitante de alto riesgo. La indicación quirúrgica estuvo dada en 8 pacientes por enfermedad arterial oclusiva severa aorto-iliaca, 1 por trombosis de la aorta, 1 debido a infección de prótesis aorto-iliaca antigua y 1 paciente por coartación aórtica. En 8 casos fueron sometidos a cirugía electiva y 2 de urgencia. El promedio de días en Unidad de Pacientes Críticos fue de 4.7 días (rango 1-16), con un promedio total de días de estadía postquirúrgica hospitalaria de 10.6 (rango 4-31). Se requirió reintervención quirúrgica en 2 pacientes por complicaciones tempranas y 2 por complicaciones tardías, en uno de los cuales se retiró la prótesis por infección y se procedió a amputar la extremidad isquémica. No se ha reportado mortalidad a la fecha.

Conclusiones: El bypass axilo-femoral representa una excelente alternativa a la derivación aorto-femoral clásica, en pacientes de alto riesgo, isquemia crítica y expectativa de vida limitada, por tratarse de una técnica menos invasiva que las técnicas clásicas de revascularización anatómicas y más simple desde el punto de vista técnico, estando limitada a un grupo de pacientes con resultados excelentes.

SEGUIMIENTO A MEDIANO PLAZO EN AMPUTACIÓN POR PIE DIABÉTICO

Drs. Sergio Valenzuela, Marco Ceroni, Cristián Gallardo, Pablo Carreño, Marcelo Mege, Rolando Piña, Juan Pablo Uribe.

Servicio de Cirugía Vasculare, Hospital San Borja Arriarán. Universidad de Chile Sede Centro.

Introducción: Reportes en la literatura han señalado el mal pronóstico en la sobrevida en pacientes con amputación mayor secundaria a pie diabético complicado. La principal causa de amputación en la actualidad es el pie diabético. **Objetivos:** Conocer la sobrevida y causas de mortalidad en pacientes sometidos a amputaciones mayores y menores por pie diabético complicado a tres años de seguimiento.

Definir si existen grupos con peor pronóstico de sobrevida (osteomielitis residual, nivel de amputación

final).

Materiales y Métodos: Se realizó seguimiento a todos los pacientes sometidos a amputaciones mayores y menores secundarias a pie diabético de origen neuropático, entre julio de 2005 a diciembre de 2006.

Se obtuvieron datos epidemiológicos, nivel de amputación, fecha y causa de muerte obtenida por certificados de defunción del registro civil. Se utilizaron curvas de supervivencia de Kaplan-Meier y test de log-rank, se consideró estadísticamente significativo $p < 0.05$.

Resultados: 87 pacientes, 69 hombres, 18 mujeres. Edad promedio 66.5. 57 amputaciones menores, 30 mayores de las cuales 18 fueron infracondíleas y 12 supracondíleas.

Osteomielitis residual en 36.8% (21/57) de las amputaciones menores y 19.3% (3/30) de las mayores. Supervivencia general 63.84% a los 4 años, en amputaciones menores 70.5% y 50% en amputaciones mayores con $p < 0.05$. En presencia de osteomielitis residual un 63.3% se encontraba vivo, comparado con un 62.9% en ausencia de ésta, $p > 0.5$. La principal causa de muerte fue la cardiovascular con un 43.7% (14/32), seguido por las infecciosas 31.2% (10/32).

Conclusiones: A cuatro años de seguimiento la supervivencia general de pacientes amputados por pie diabético de origen neuropático es de 63%, siendo significativamente menor en pacientes sometidos a amputaciones mayores. La principal causa de mortalidad fue de origen cardiovascular. En pacientes con osteomielitis residual no se observó peor pronóstico de vida.

VARIABLES ASOCIADAS A MORTALIDAD EN PACIENTES OPERADOS DE AMPUTACIÓN NO TRAUMÁTICA DE EXTREMIDADES INFERIORES.

Drs. A. Andaur, M. Marchant, C. Zúñiga, P. Díaz, J.C Silva, A. Chávez, D. Moyano, J.P. Loyola, I. Torrejón, P. Ibañez, G. Gárate.

Servicio de Cirugía Adultos. Hospital Dr. Gustavo Fricke. Viña del Mar. CHILE.

Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Valparaíso.

Introducción: La amputación de extremidad inferior es una alternativa terapéutica utilizada frecuentemente en pacientes afectados por isquemia crítica o por complicaciones infecciosas de pie diabético, entre otras.

Objetivo: Identificar variables asociadas a morbilidad y mortalidad en pacientes a los que se les realiza una amputación de extremidad inferior de causa no traumática.

Material y Método: Serie de casos operados de amputación de extremidades inferiores entre abril de 2008 y marzo de 2009 en nuestro servicio. Descripción de variables demográficas, factores de riesgo cardiovascular, indicación operatoria, técnica quirúrgica, complicaciones y seguimiento. Todos los pacientes fueron controlados en policlínico de cirugía vascular y por vía telefónica. El análisis

estadístico se realizó con software SPSS versión 11.5 (SPSS Inc, Chicago, IL, EEUU), utilizando regresión logística para determinación de riesgo. **Resultados:** Durante el período de estudio se operaron 72 pacientes, 70 % sexo masculino y con edad promedio de 65 años (rango 41 a 91 años). Un 43 % presentó enfermedad arterial oclusiva de extremidades y el 20 % estaba en falla renal crónica. La principal indicación operatoria a nivel supracondíleo fue la isquemia crítica irrevascularizable (71 %). A nivel infracondíleo la operación se realizó en un 67 % a raíz de infección tisular grave. La amputación supracondílea se realizó en un 21 %, de los casos, infracondílea en 12 %, transmetatarsiana 16 % y ortijos en 51 %. La principal complicación operatoria fue la infección de la herida quirúrgica, lo que ocurrió en 22 pacientes (31 %). Cinco pacientes (7 %) fallecen dentro de los primeros 30 días (3 por sepsis y 2 por eventos cardiovasculares). El seguimiento de los pacientes fue entre 3 y 15 meses. El 17 % de los pacientes requirió una nueva amputación dentro de los 3 primeros meses de seguimiento. La sobrevivencia global es de 71 % a 1 año. Las variables asociadas a la mortalidad son la presencia de enfermedad arterial oclusiva (OR 1,87 IC 95 % 0,7-4,9), la insuficiencia renal crónica (OR 1,2 IC 95 % 0,34 - 4,18) y la necesidad de amputación supracondílea (OR 8,45 IC 95 % 2,78 - 25,6).

Discusión: Las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes de esta serie son comparables a lo reportado en la literatura. La presencia de enfermedad oclusiva y enfermedad renal determinan un mayor riesgo, posiblemente asociado a la mayor magnitud de enfermedad aterosclerótica sistémica.

ESTUDIO COMPARATIVO DE PACIENTES CON PIE DIABÉTICO SOMETIDOS A CIRUGÍA DE AMPUTACIÓN DE CAUSA NO TRAUMÁTICA CON Y SIN ESTUDIO VASCULAR PREVIO.

Drs. G. Victoriano, S. Córdova Ortega, A. Espinoza Araya, M. Córdova Ortega.

Hospital Ernesto Torres Galdames, Iquique

Introducción: El pie diabético es una complicación grave de la diabetes mellitus mal controlada.

Objetivo: Evaluar si existe alguna correlación entre la realización de estudio vascular durante la hospitalización previo a cirugía de amputación y el total de días de estadía hospitalaria.

Materiales y método: Estudio analítico descriptivo de corte transversal de pacientes amputados por pie diabético complicado en un periodo de 12 años, con seguimiento retro-prospectivo individual por 5 años. Fueron consideradas las siguientes variables: sexo, edad (de la primera amputación), total de amputaciones, comorbilidades, farmacoterapia, días cama y estudio vascular previo a la primera amputación. Para analizar los datos se dividió el grupo de estudio: grupo con estudio vascular (GCE) y grupo sin estudio vascular (GSE). Se realiza

SCORE IQUIQUE (SCI); SCI-1 para los antecedentes de enfermedad vascular, SCI-2 para factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y SCI-3 para farmacoterapia.

Resultados: El grupo de estudio (N 226) comprendió 154 hombres y 72 mujeres, con edad promedio de 56 años. El GCE abarcó el 28,3% y GSE 71,7%. El total de los días de hospitalización fue 19 para el GCE y de 27 para GSE (p0.04)

Conclusión: No encontramos diferencias significativas entre el número de amputaciones en ambos grupos. Existe correlación en los días de hospitalización en ambos grupos, extendiéndose a 27 días en el GSE con respecto al GCE (19 días).

Discusión: El estudio vascular previo a la conducta quirúrgica de los pacientes con pie diabético complicado parece ser un factor determinante en los días de estadía hospitalaria.

Palabras clave: Diabetes Mellitus, Pie diabético, Amputación.

PREVALENCIA DE LA INTERRUPCIÓN DE VENA CAVA CON FILTRO PERCUTÁNEO

Drs. L. Burgos, D. Inostroza, M.A. Icarte, H. Herrera, H. Arrtex, G. Alcayaga
Universidad de la Frontera, Temuco

Introducción: La trombosis venosa profunda de extremidades inferiores y embolia pulmonar, son una causa importante de morbimortalidad en todo el mundo. En general se establece la indicación de interrupción de la vena cava inferior mediante un filtro, en los casos de contraindicación de anticoagulación o fracaso de ésta ante enfermedad tromboembólica. El objetivo de este estudio es aportar información sobre este procedimiento en la ciudad de Temuco.

Material y método: Se estima la prevalencia sobre los pacientes con enfermedad tromboembólica. Se recoge la información de todos los filtros instalados en el Hospital Hernán Henríquez Aravena en el periodo de enero 2007 a Julio 2010. El diseño del estudio corresponde a un corte transversal. Se confeccionó una base de datos y el reporte de los resultados se realiza en tasa de prevalencia y porcentajes.

Resultados: En período estudiado encontramos 380 casos de trombosis venosa profunda y embolia pulmonar, en el mismo periodo se instalaron 45 filtros de vena cava, lo que da como resultado un prevalencia de 45/380 casos. La principal indicación es por contraindicación de tratamiento anticoagulante (44.4%). En la serie 55.5% corresponde a género femenino y el promedio de edad es de 58,2 años (17-88). No encontramos complicaciones asociadas al procedimiento y tampoco observamos embolia pulmonar posterior al procedimiento.

Conclusión: La prevalencia de instalación de filtro de vena cava en nuestro centro es de 45/380 casos, si se siguen criterios establecidos para la instalación de filtro de vena cava se obtiene que la

morbimortalidad en relación al procedimiento apoyan su uso en pacientes seleccionados.

COSTO EFECTIVIDAD DE DISTINTOS SISTEMAS DE COMPRESIÓN EN ULCERA VENOSA

Dr. C. Salas, Dr. R. Julio, Dr. F. Corvalán, Dr. S Valenzuela, Eu. I. Agurto, Eu. L. Rosales
Fundación Instituto Nacional de Heridas.

Introducción: La prevalencia de úlceras de extremidades inferiores es de alrededor del 1%, de las cuales un 70% son de etiología venosa. Si bien es conocido el efecto terapéutico de la compresión, nos interesó evaluar si existían diferencias en la cicatrización entre distintos tipos de ésta.

Material y Método: 75 pacientes derivados de distintos consultorios de la Región Metropolitana se dividieron en 5 grupos, con el siguiente tipo de compresión: Grupo A: compresión con una capa, grupo B: compresión de 2 capas, grupo C: compresión de 3 capas, grupo D: doble calcetín terapéutico y grupo E: venda elástica tradicional. 20 pacientes de Rancagua fueron catalogados como grupo control y fueron tratados con el sistema de compresión que se realiza tradicionalmente en su consultorio. El punto de término del trabajo fue la cicatrización total o el porcentaje de superficie cicatrizada a los 3 meses de tratamiento. Paralelamente, se llevó una cuenta individual de los gastos en cada paciente así como un detalle de ansiolíticos y analgésicos usados.

Resultados: El 100% de los pacientes fue evaluado con eco doppler venoso, y en todos se demostró insuficiencia venosa superficial. En todos los pacientes se realizó índice tobillo/brazo el cual fue > 0.9 en todos.

Al final del estudio, el porcentaje de cicatrización fue de 67% en el grupo A, 93% en el grupo B, 82% en el grupo C, 74% en el grupo D y 15% en el grupo E. El grupo control presentó un deterioro en el área de la úlcera con un aumento de 30%. El uso de ansiolíticos disminuyó de un 78% al ingreso a un 37% al término del estudio y el uso de analgésicos disminuyó de un 97% al ingreso a un 49% al término del estudio. Al incluir los costos de las curaciones, sistemas compresivos, medicamentos, exámenes, insumos para la prevención y días de licencia, el costo promedio por paciente fue de \$2.390.070 para el tratamiento tradicional, mientras que el costo de tratamiento avanzado fue de \$697.942. Conclusiones: El uso de sistemas avanzados de compresión elásticos en el manejo de la úlcera venosa es más efectivo que el uso de venda elástica. De igual manera existe un ahorro sustancial en el uso de analgésicos y ansiolíticos. Dada las diferencias en el costo de tratamiento entre ambos sistemas, pensamos que debiera existir una política de uso de sistemas compresivos avanzados en nuestro sistema de salud público.

EFFECTIVIDAD Y COSTO DE LA TERAPIA CON OXIGENO TÓPICO LOCALIZADO COMPARADO CON CURACIÓN AVANZADA EN EL MANEJO DE ULCERAS CRÓNICAS DE EXTREMIDADES INFERIORES. *Dr. R. Julio, Dr. C. Salas, Dr. F. Corvalán, , Eu. I. Aburto, Eu. L. Rosales, Dr S. Godorecci* Fundación Instituto Nacional de Heridas.

Introducción: 1% de la población (encuesta Chile 2000) es portador de úlceras crónicas de extremidades inferiores, en su mayoría el manejo es basado en la curación tradicional, pese a esto algunas se perpetúan requiriendo curación avanzada (CA) o terapias complementarias para estimular el cierre de la lesión. El objetivo del estudio es evaluar la terapia con oxígeno tópico localizado (OTL) como terapia complementaria a la CA en cuanto a reducción del área de la lesión y costos asociados en pacientes portadores de pie diabético (PD), úlcera venosa (UV) y úlcera hipertensiva (UH).

Material y método: Estudio prospectivo, randomizado en 45 pacientes: 20 pacientes con úlcera venosa, 20 pacientes con úlcera en pie diabético y 5 pacientes con úlcera hipertensiva.

Criterios de inclusión: Pacientes portadores de úlcera crónica de miembro inferior sometidos a curación por más de un mes sin observar reducción de las dimensiones de la lesión (1 mm² mensual). Criterios de exclusión: Pacientes con isquemia crítica (ITB<0.4, EAO con dolor de reposo y necrosis isquémica del pie). UV de menos de 5 y más de 20

cm de diámetro mayor. La sumatoria de tres o más de las siguientes condiciones: Obesos con IMC>35, IRC (creatinina>2.0 mg%), insuficiencia hepática (Child B,C), enfermedad del colágeno, pacientes con tratamiento corticoide por más de un mes, diabetes mellitus con hb A1c > 10, HTA II (P^o Art > 180/90). Cada grupo fue randomizado en 2 subgrupos: 1.-OTL + CA y 2.- CA (grupo control). Ambos grupos fueron ingresados a terapia con OTL un mes antes de la randomización. Las curaciones se realizaron por enfermera, supervisadas por los autores principales. Las evaluaciones según protocolo fueron realizadas por cirujano vascular y medicina interna a plazos preestablecidos. Se realizó un registro estricto de los costos en cada sesión en ambos grupos.

Resultados: A 3 meses de tratamiento se observó un promedio de cierre de la herida de 98.4% en el grupo con OTL vs 92.2% para CA (P:>0.005) del área total siendo equivalente en cuanto a costo-efectividad comparada con la CA observando tasas de cierre 20% mejor en PD que UV y UH, observando resultados anexos en cuanto a disminución en el consumo de analgésicos, ansiolíticos, presencia de infección y consumo de antibióticos.

Conclusiones: La terapia con OTL es efectiva para el manejo de úlceras complejas siendo mejor en pacientes diabéticos, sin embargo y pese a lo significativo de los resultados se requiere un n mayor para establecer criterios de uso de la técnica.

Seccional: COLOPROCTOLOGÍA

CELULAS TUMORALES CIRCULANTES EN CANCER COLORECTAL. INFORME PRELIMINAR

Drs. V. Albarrán R., N.P. Murray, G. Pérez O., E. Barriga P. (A.E.)

Hospital de Carabineros, Unidad Coloproctología
Unidad Hematología

Objetivo: Se valida una técnica en el estudio de cuantificación de células tumorales circulantes (CTC) en pacientes de cáncer colorectal, comparándolos con individuos sanos. Se pondera como factor pronóstico y como un marcador de persistencia o recidiva de la enfermedad.

Pacientes y Metodo: El universo de población lo forman 33 voluntarios sanos y 21 pacientes con cáncer colorectal ya diagnosticado. En estos se desglosa en 10 casos con examen de CTC sin tratamiento. En 7 casos se efectúa pre y post terapia y en 12 pacientes solo como seguimiento posterior. Se recolectan 8 cc de sangre venosa periférica. Las células mononucleares fueron separadas por centrifugación diferencial, e identificadas utilizando anticuerpos monoclonales contra CQ 8/18 y CEA usando inmunocitoquímica.

Resultados: Los voluntarios sanos fueron negativos para CTC. Los 10 pacientes con cáncer colorectal no tratados presentaron todos CTC positivas, de ellos los que tienen entre 1-5 células aisladas /ml. versus los que tienen células en grupos se relacionan con la etapa del cáncer. En el seguimiento a 24 meses tenemos 12 pacientes, 10 de ellos con CTC negativos y libres de enfermedad y 2 CTC persistentemente positivos, uno con metástasis hepática asociado a CEA elevado y otro con recidiva local no diagnosticada aún y con CEA normal. El control a 30 meses hay 5 pacientes, 4 de ellos sanos con CTC negativo y un caso positivo persistente con recidiva local ahora certificada y operado con CEA normal.

Conclusión: La técnica utilizada para cuantificación de CTC periférica es fiel en detectar a los pacientes de cáncer colorectal no tratado. El número de CTC recolectadas pareciera asociarse con el estadio de la enfermedad y factor pronóstico. En el seguimiento las CTC permitiría detectar persistencia de enfermedad post tratamiento y/o recidiva local o a distancia en forma precoz. Esperamos contar con mayor número de casos y tiempo de control para certificar la tendencia del estudio.

ASEO Y DRENAJE LAPAROSCÓPICO SIN RESECCIÓN EN DIVERTICULITIS AGUDA COMPLICADA HINCHEY II y III. UNA EXPERIENCIA INICIAL.

Drs. G. Caselli, G. Urrejola, G. Inostroza, F. Bellolio, A. Zúñiga, G. Pinedo, M.E. Molina.

Unidad de Coloproctología. Departamento de Cirugía Digestiva. División de Cirugía. Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: El abordaje mínimamente invasivo en el tratamiento de la diverticulitis aguda complicada sigue siendo controvertido. Las opciones terapéuticas más frecuentes son la resección de colon sigmoideas con anastomosis primaria (con o sin una ostomía de protección) y la operación de Hartmann. Los procedimientos laparoscópicos no resectivos reducen la severidad de las complicaciones, así como la estadía hospitalaria y muchas veces evitan la necesidad de una ostomía.

Pacientes y métodos: Serie prospectiva de pacientes que ingresaron a nuestro centro con el diagnóstico de diverticulitis aguda complicada Hinchey II y III (confirmada con TAC de abdomen y pelvis) y que fueron sometidos a un aseo y/o desbridamiento de colecciones e instalación de drenajes por vía laparoscópica. Todos los casos fueron evaluados por Radiología Intervencional, no siendo posible el drenaje percutáneo. Se analizaron parámetros demográficos, clasificación de ASA, hallazgos intraoperatorios, tiempo operatorio, conversión a cirugía abierta, necesidad de ostomía, tiempo de recuperación del reposo digestivo, días de antibioticoterapia, complicaciones y estadía hospitalaria.

Resultados: En un período de 18 meses, seis pacientes fueron sometidos a un aseo e instalación de drenajes por vía laparoscópica. Cuatro de ellos eran de sexo masculino. La clasificación ASA para el grupo estudiado fue de 2 0,7. La edad media fue de 49 14 años y un IMC promedio de 30,3 Kg./mt². Todos los pacientes ingresaron por su primer episodio de diverticulitis aguda. El tamaño de las colecciones drenadas al TAC fue de 6,1 1,4 cm. El tiempo operatorio fue de 55. 28 minutos. No hubo necesidad de ostomía ni de conversión a cirugía abierta. El tiempo de reposo digestivo fue de 2 1 días. Del grupo analizado, dos pacientes presentaron complicaciones; 1 presentó una colección intraabdominal de 3 cm. posterior al alta, requiriendo punción bajo CT; el segundo caso, persistió con fiebre y dolor abdominal, realizando una laparotomía al séptimo día de hospitalización, no requiriendo de una ostomía. La mediana de duración del esquema antibiótico fue de 14.4 días. Los pacientes se mantuvieron en la Unidad de Cuidados Intermedios por 2 1,9 días (con rango entre 0-4 días) y la estadía hospitalaria post-procedimiento fue de 8.4 días (con rango entre 5-15 días).

Conclusiones: El aseo y drenaje por vía laparoscópica en diverticulitis aguda complicada puede ser una alternativa a la cirugía resectiva tradicional (con o sin ostomía) en pacientes seleccionados. Deberán realizarse nuevos estudios con mayor cantidad de pacientes para establecer recomendaciones y que pacientes pudieran verse beneficiados con este tipo de manejo.

NEUROTOXICIDAD EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL TRATADOS CON ESQUEMAS DE QUIMIOTERAPIA EN BASE A OXALIPLATINO

Drs. ¹C. Suazo, ²J.M. Reyes, ³A. López, ³H. Kossler, ³F. Gatica, ¹R. Capona, ¹C. Wainstein, ¹A. Larach, ¹J. Larach, ¹F. López

¹ Unidad de Coloproctología, Clínica Las Condes.

² Unidad de Oncología, Clínica Las Condes.

³ Servicio de Salud Metropolitano Sur, Hospital Barros Luco Trudeau.

Introducción: El año 2000 se reportó el uso de oxaliplatino en pacientes con cáncer colorrectal (CCR), demostrándose el beneficio de esta droga como terapia adyuvante en comparación con 5FU-LV. Sin embargo, el oxaliplatino presenta efectos colaterales importantes, siendo la toxicidad neurológica el que más puede impactar en la calidad de vida del paciente e incluso obligar a la suspensión del tratamiento.

Objetivo: Revisar incidencia, intensidad, efecto y duración de la toxicidad neurológica en pacientes que han recibido oxaliplatino.

Material y método: Revisión de fichas clínicas de pacientes con CCR que recibieron quimioterapia en base a oxaliplatino en dos instituciones de salud de Santiago. Se evaluaron antecedentes de riesgo: diabetes mellitus y etilismo; número de ciclos completados; síntomas, grado y duración de neuropatías.

Resultados: Se evaluaron 34 pacientes que recibieron quimioterapia en base a oxaliplatino.

El promedio de edad fue 58 años. Sexo masculino 59%. 7 pacientes presentaban antecedentes de diabetes mellitus, no registrándose etilismo en la serie. Veinticuatro pacientes (75%) completaron los ciclos de quimioterapia previstos. No hubo suspensiones por toxicidad neurológica. En 10 casos se suspendió la quimioterapia entre los ciclos 6 y 8 por progresión de la enfermedad. En 1 paciente se suspendió la quimioterapia antes del 2do ciclo debido a patología médica grave. Veinticuatro pacientes (75%) presentaron neuropatía, siendo grado 3 o 4 en el 33%. Se presentaron Disestesias en 12 pacientes, 10 de localización palmoplantar, 1 en tórax y 1 en abdomen. Se presentaron Parestesias en 13 pacientes, todas localizadas en extremidades, en 4 casos invalidantes. 1 paciente presentó disestesias faringo-laríngeas, dos pacientes presentaron Laringoespasmos, de los cuales 1 requirió hospitalización. Se describe además 3 pacientes con pérdida del gusto y 8 pacientes con constipación. En un 62,5% de los pacientes los síntomas neurológicos desaparecieron con un intervalo de 1 a 6 meses post finalización de la quimioterapia. En 9 pacientes persisten los síntomas neurológicos con un promedio de 7 meses de seguimiento (intervalo: 1 a 16 meses), correspondiendo todos los casos a neuropatía grado 1 a 2 que no alteran su vida diaria. **Conclusión:** En esta serie, la neuropatía secundaria al uso de Oxaliplatino es un efecto adverso frecuente, produciendo síntomas invalidantes transitorios en un 12% de los casos. No hubo suspensiones debidas a toxicidad neurológica. No observamos neuropatía invalidante persistente en ningún paciente post tratamiento.

MORBI-MORTALIDAD QUIRÚRGICA DE PACIENTES CON CÁNCER DE RECTO INFERIOR LOCALMENTE AVANZADO TRATADOS CON RADIOQUIMIOTERAPIA PREOPERATORIA.

Drs. N. Kerrigan, M. Butte, L. Carmona, M. Mahave, M. Meneses, H. Parada, G. Soto, P. Salman, E. Waugh, H. de la Fuente.

Instituto Oncológico Fundación Arturo López Pérez.

Introducción: el tratamiento multimodal del cáncer de recto localmente avanzado se ha constituido en la práctica terapéutica estándar. **Objetivo:** estudiar la morbilidad quirúrgica de pacientes con cáncer de recto localmente avanzado tratados con radioquimioterapia preoperatoria en FALP. **Pacientes y métodos:** en el periodo 2005-2010, tratamos 94 pacientes con adenocarcinoma cTxN+, cT3N0 y cT4Nx de recto medio e inferior (a <10 cms del margen anal) con radioquimioterapia neoadyuvante, seguida de resección oncológica radical incluyendo el mesorecto hasta el piso pelviano. La etapificación local de la pelvis se realizó mediante TAC/RM y/o endosonografía rectal. El tratamiento neoadyuvante consistió en radioterapia (45 Gray a la pelvis + 5 Gray de sobreimpresión al tumor) fraccionada en 5 semanas asociado a quimioterapia oral (xeloda 800 mg/mt² día por 5 días, por 5 semanas). La morbilidad postoperatoria fue documentada prospectivamente desde la fecha de la cirugía hasta los 30 días posteriores. **Resultados:** edad promedio de la serie fue de 60 años (26-84), el 60,4% hombres. La distancia promedio del tumor desde el margen anal fue de 6 cm. Todas las cirugías fueron realizadas mediante técnica abierta. Las operaciones realizadas fueron: resección anterior baja o ultrabaja más ileostomía de protección (73%), resección abdomino-perineal (23%) y resección baja o ultrabaja sin anastomosis (4%). El promedio de hospitalización fue de 8 días. Mortalidad a 30 días 1,06%. Morbilidad operatoria en el 27,7% de los pacientes. Hubo 14 complicaciones médicas (14,9%), y 12 quirúrgicas (12,8%). Estas correspondieron a: 4 colecciones pélvicas/perineales, 4 filtraciones anastomóticas, 2 íleos mecánicos, 1 retracción de colostomía y 1 isquemia colónica del segmento descendido. De las complicaciones quirúrgicas, 6 pacientes requirieron reoperación (6,4%), realizándose 2 ileostomías transitorias, 1 colostomía definitiva y 3 laparotomías/aseo peritoneal.

Conclusión: La morbi-mortalidad postoperatoria de esta serie nos parece aceptable se ajustan a lo descrito en la literatura. El tratamiento multidisciplinario con radioquimioterapia preoperatoria permite buenos resultados quirúrgicos en pacientes con cáncer de recto localmente avanzado.

ANÁLISIS DE MUTACIONES ACTIVANTES DE LOS GENES DE LA VÍA DEL RECEPTOR DEL FACTOR DE CRECIMIENTO EPIDERMAL (EGFR) EN TUMORES DE PACIENTES CON CÁNCER DE COLON ESPORÁDICO.

Drs. A.J. Zarate, C. Hurtado, A.M. Wielandt, K. Alvarez, E. Pinto, L. Contreras, J. Levican, C. Heine, C. Suazo, U. Kronberg, F. López-Köstner.
Unidad de Coloproctología. Campus Clínica las Condes. Universidad de Chile.
Laboratorio de Oncología y Genética Molecular. Clínica las Condes.
Servicio de Urgencia Clínica las Condes.

Introducción: Los protooncogenes *KRAS*, *BRAF* y *PIK3CA* codifican para proteínas que participan en las vías de señalización de EGFR. Estas han sido involucradas en la carcinogénesis del cáncer de colon (CC) y recientemente en la resistencia a terapias biológicas en casos avanzados de CC.

Hipótesis: En pacientes con CC esporádico, las mutaciones activantes en los genes *KRAS*, *BRAF* y *PIK3CA* están asociadas a un estadio más avanzado.
Objetivos: Determinar la frecuencia de mutaciones somáticas en los genes *KRAS*, *BRAF* y *PIK3CA* en tumores de pacientes con CC esporádico. Correlacionar estas mutaciones con datos clínico-patológicos.

Materiales y métodos: Se incluyeron pacientes con CC esporádico, desde Diciembre 2009 hasta Junio 2010, mediante un protocolo de estudio prospectivo. Se analizaron los datos demográficos, clínicos y anatomopatológicos clásicos. El análisis genético, se realizó amplificando mediante PCR el exón 1 del gen *KRAS*, el exón 15 del gen *BRAF* y los exones 9 y 20 del gen *PIK3CA*, posteriormente estos productos se analizaron mediante SSCP y secuenciación. El análisis de inestabilidad microsatelital (MSI) se realizó mediante los 5 marcadores clásicos.

Resultados: Se analizaron 30 casos, de los cuales el 57% son mujeres con una edad de diagnóstico de cáncer promedio de 59 años. Catorce pacientes (47%) presentaron una o más mutaciones. La frecuencia de mutaciones observada fue: 31% (9/29) en *KRAS* (la más frecuente 13Asp); 13% (3/24) en *BRAF* (codon 600) y 12% (3/25) en *PIK3CA* (exon 20). Un 50% (7/14) de los pacientes en estadios tempranos (I-II) presentó una mutación, comparado con el 41% (7/16) de los pacientes en estadios más avanzados (III-IV). El 30% (3/10) de los pacientes con invasión pT1-2 presentaron mutaciones contra el 55% (11/20) de los pacientes con invasión pT3-4. Respecto a la localización, presentaron mutaciones un 50% de pacientes con tumores en el colon derecho y 45% en el izquierdo.

De los 18 pacientes con invasión pT3, se realizó estudio de MSI a 12. Cinco de seis pacientes que presentaron MSI alto (MSI-H) tenían mutación y de los seis pacientes estables (MSS), sólo uno presentó mutación.

Conclusión: En los pacientes con CC esporádico se observó un porcentaje de mutaciones (47%) en los

protooncogenes similar a lo descrito en la literatura internacional. No observamos un mayor porcentaje de mutaciones en los estadios más avanzados. Sin embargo, se observa un mayor porcentaje de mutaciones en pacientes con mayor grado de invasión del tumor en la pared.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE URGENCIA, DEL CÁNCER DE COLON.

Drs. G. Thonet, F. González Vargas, G. Sepúlveda, A. Ortega, J. Olivares, A. Díaz, M. Russi
Complejo Hospitalario San José - USACH

Introducción: El cáncer de colon es una enfermedad que va en aumento en Chile. Alguna de sus manifestaciones como el dolor abdominal agudo y la obstrucción intestinal, son motivo de consulta en el servicio de urgencia. El objetivo del trabajo es mostrar la experiencia del servicio de urgencia del Complejo Hospitalario San José, sobre esta patología.
Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de fichas médicas, de marzo del año 2001 a marzo del año 2008. Se seleccionaron pacientes con cáncer de colon operados en el servicio de urgencia. Se diseñó una plantilla de análisis que contiene edad, sexo, motivo de consulta, ubicación, tipo de cirugía realizada y si fue curativo o paliativo.
Resultados: Se encontraron 47 casos, (53,1% mujeres y 46,8% hombres), promedio de edad de 63,8 años, (Hombres 58,0 años - Mujeres 67,7 años). En relación al motivo de consulta el 68% presento abdomen agudo y el 31% obstrucción intestinal. A la macroscopia 31 casos fueron estenóticos y 16 ulcerados. Por histología el 98,17% fue adenocarcinoma. El tamaño promedio es 6,3 cm. El 57,4% se ubica en colon izquierdo, el 31,9% en el derecho y el 10,6% en el Transverso. En relación a las cirugías de urgencia el 57,1% fueron paliativas y el 42,8% curativas.

Se realizaron 12 Hemicolecotomías derechas, 5 Hemicolecotomías derechas extendida, 18 Hemicolecotomías izquierdas, 10 Operaciones de Hartmann y 2 colectomías totales.

Se construye una curva de sobrevida de Kaplan Meier, durante los 2 primeros años se observa la mayor caída de la sobrevida. A los 6 meses la sobrevida es de 82%, al año 75%, a los 2 años 65%, y después de 5 años es de 52%. Sobre 5 años la curva de sobrevida comienza a estabilizarse.

Discusión: El cáncer de colon se presenta en igual porcentaje tanto en hombres como en mujeres, es más frecuente en la sexta década. Son principalmente adenocarcinomas, la ubicación más frecuente es en colon izquierdo. Los principales cuadros de consulta en urgencia son dolor abdominal agudo y obstrucción intestinal. Esto concuerda con lo descrito en la literatura.

En relación a la sobrevida la mayor mortalidad se observa dentro de los primeros 24 meses, después del 5° año la curva se estabiliza. La gran mayoría de las cirugías de urgencia, fueron cirugías para tratar el síntoma de consulta, sin márgenes oncológicos, que fueron derivadas en un 2° tiempo para una cirugía definitiva.

CIRUGIA DE URGENCIA EN CANCER DE COLON.

Drs. C. Suazo, F. Gatica, A. López, H. Kosler, Y. Haito, F. Uribe, J. Salamanca.

Equipo de Coloproctología, Hospital Barros Luco Trudeau, Servicio de Salud Metropolitano Sur.

Introducción: La cirugía de urgencia en el cáncer de colon (CC) es muchas veces sinónimo de un diagnóstico tardío o bien de la demora en el tratamiento de un paciente ya diagnosticado y, por lo tanto, puede ser un reflejo de las dificultades a las que se ve enfrentado un servicio de salud con una carga asistencial excesiva. Esto se ve reflejado en la sobrevida de los pacientes, con un aumento de la mortalidad perioperatoria y una disminución de la sobrevida relacionada al cáncer.

Objetivo: Conocer las características y sobrevida de los pacientes con CC intervenidos de urgencia en un Hospital Público.

Material y Método: De la base de cirugía colorrectal se identificaron los pacientes operados por CC entre el año 2002 y mayo del 2010. Se identificó a los pacientes operados de urgencia. Mediante fichas clínicas, protocolo operatorio y biopsias se obtuvo características de los pacientes, cirugía y tumor. El seguimiento se realizó mediante certificado de defunción. La sobrevida a 5 años se estimó según el método de Kaplan-Meier, comparadas con log rank. Para significancia se utilizó el t-test para muestras independientes ($p < 0,05$).

Resultados: En el período se operaron 307 pacientes por CC, 95 urgencias (31%). Hombres: 51 pacientes (54%). Edad promedio 66 años, sin diferencias por sexo ($p > 0,05$). Localización: 48 tumores en colon izquierdo (CI) (51%), 43 en colon derecho (CD) (45%), 4 en colon transversal (4%). Se presentaron obstructivo y/o perforado 68 (72%), 39 en CI (41%), 29 en CD (31%) (χ^2 2,29, $p > 0,05$). Etapa de presentación: 3 etapa I (3%), 35 etapa II (37%), 53 etapa III (56%) y 4 etapa IV (4%). No existen diferencias entre la etapa del tumor y cirugía electiva/urgencia en etapas II y III (χ^2 1,53 y 1,74 respectivamente, $p > 0,05$). Fallecidos: 58 pacientes, 16 en el postoperatorio inmediato (17%), 12 por sepsis (13%). Las sobrevidas global y cáncer específica a 61 meses fueron: 33% y 40% respectivamente, siendo diferencias significativas al comparar con la cirugía electiva (p 0,0009 y p 0,0118 en sobrevida global y cáncer específica). **Conclusión:** En esta serie existe un número importante de pacientes operados de urgencia, con un alto porcentaje de mortalidad postoperatoria. No existen diferencias significativas en las características de los tumores ni su localización. La sobrevida a 5 años es más baja que la reportada en la literatura, lo que se relaciona con la gravedad de estos pacientes.

RESPUESTA PATOLÓGICA TUMORAL EN CÁNCER DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO TRATADO CON RADIOQUIMIOTERAPIA PREOPERATORIA.

Drs. N. Kerrigan, M. Butte, L. Carmona, M. Mahave, M. Meneses, H. Parada, G. Soto, P. Salman, E. Waugh, H. de la Fuente.

Instituto Oncológico Fundación Arturo López Pérez.

Introducción: La intensidad de la respuesta patológica tumoral al tratamiento neoadyuvante con radioquimioterapia se ha asociado a pronóstico y a conservación del esfínter anal en algunos pacientes. **Objetivos:** analizar el grado de respuesta patológica de pacientes con cáncer de recto localmente avanzado tratados en FALP con radioquimioterapia neoadyuvante y su efecto en la re-etapificación patológica postoperatoria (ypTNM). **Pacientes y métodos:** en el período 2005 y 2010, tratamos 94 pacientes con adenocarcinoma cTxN+, cT3N0 y cT4Nx de recto medio e inferior (<10 cms del margen anal) con radioquimioterapia neoadyuvante, seguida de resección oncológica radical incluyendo el mesorecto hasta el piso pelviano. La etapificación local de la pelvis se realizó mediante TAC/RM y/o endosonografía rectal. El tratamiento neoadyuvante consistió en radioterapia (45 Gray a la pelvis + 5 Gray de sobreimpresión al tumor) fraccionada en 5 semanas asociado a quimioterapia oral (xeloda 800 mg/m^2 día por 5 días, por 5 semanas). Las piezas quirúrgicas fueron analizadas por un mismo patólogo y se utilizó el grado de regresión tumoral (TRG) descrita por Dworak. El 38,2% ($n=36$) recibieron quimioterapia postoperatoria. **Resultados:** la cirugía resectiva se realizó, en promedio, 6 semanas después de terminada la radioquimioterapia. La TRG observada fue Grado 4 (respuesta patológica completa) en 18,1% ($n=17$), Grado 3 (>50% de respuesta) en 59,6% ($n=56$), Grado 2 (26-50% de respuesta) en 22,3% ($n=21$) y Grado 1 y 0 (<25% o sin respuesta) ($n=0$). Un 45% de los pacientes etapificados inicialmente como cT3/4 presentaron una regresión tumoral patológica a ypT1/2. No hubo toxicidad grave y todos los pacientes completaron el tratamiento programado. **Conclusión:** Todos los pacientes de la serie presentaron algún grado de regresión tumoral. El tratamiento neoadyuvante es factible y bien tolerado. La TRG >50% (grado 3) fue la respuesta más frecuente. La respuesta patológica completa observada es semejante a la reportada por otras series.

INDICE GANGLIONAR EN PACIENTES CON CANCER DE COLON ESTADIO III INTERVENIDOS CON INTENCION CURATIVA

Drs. Guillermo Bannura, Alejandro Barrera, Carlos Melo, Jaime Contreras.

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

Introducción: El compromiso linfonodal es el factor pronóstico más importante en el cáncer de colon sin metástasis. **Objetivo:** Investigar la relevancia del

índice ganglionar (IG) como factor predictivo de mortalidad temprana en pacientes con linfonodos positivos (LN+). Pacientes y método: Se utilizó curvas ROC para determinar el valor más seguro para predecir mortalidad temprana (antes de 36 meses) en 115 pacientes con LN+ sometidos a cirugía con intención curativa. Se utilizó el método de Kaplan-Meier para la estimación de las curvas de supervivencia que se comparan mediante el test de log-rank. Resultados: El total de ganglios examinados fue 1.872 (promedio 16,2; extremos 3-54). El total de LN+ fue 394 (promedio 3,4, extremos 1-34). El 74% de los pacientes tenían 1 a 3 LN+ (N1) y 26% tenían 4 o más LN+ (N2). El IG fluctuó entre 0,031 y 0,882 (DE: 0,197) con un promedio de 0,237 y una mediana de 0,166. El análisis de la curva ROC seleccionó 0,237 como el mejor valor de corte. La mortalidad temprana de los pacientes con un IG < 0,237 fue inferior a los pacientes con un IG superior. El índice ganglionar muestra la mayor área bajo la curva (0,7843). La razón de disparidad del factor LN + fue 4,045 (95% IC: 1,939 -8,437; p<0.0001). La razón de disparidad para el factor IG fue 23,706 (95% IC: 5,142 - 109,28; p<0.0001). Conclusión: El IG es un factor predictivo más potente de mortalidad temprana que el número de LN + en pacientes estadio III intervenidos con intención curativa.

RELACIÓN GANGLIONAR Y SOBREVIVENCIA EN CÁNCER DE COLÓN

Drs. ¹C. Suazo, ¹F. Gatica, ¹A. Lopez, ¹H. Kosler, ²R. Capona, ¹Y. Haito, ¹F. Uribe, ¹J. Salamanca
¹Equipo de Coloproctología, Hospital Barros Luco Trudeau, Servicio de Salud Metropolitano Sur
²Unidad de Coloproctología, Clínica Las Condes

Introducción: La mortalidad por cáncer de colon (CC) constituye la 5ta causa de muerte por cáncer en nuestro país, con una curva de mortalidad ascendente que se ha duplicado en los últimos 15 años.

Objetivo: Conocer la mortalidad del tratamiento quirúrgico del cáncer de colon en un Hospital Público Docente y observar su relación con la .
Material y Método: Se identificó a todos los pacientes intervenidos por CC entre el año 2002 y mayo de 2010. Se registraron datos demográficos y características del tumor. Se etapificó a los pacientes según el TNM 2002. Se completó el seguimiento alejado de los pacientes mediante certificados de defunción con causa de muerte. El análisis de supervivencia se realizó según el método de Kaplan-Meier. La comparación de curvas se hizo mediante log-rank. El HR se calculó mediante el modelo de regresión de Cox y el OR mediante regresión logística. En ambos modelos la variable predictora fue el porcentaje de ganglios positivos. Resultados: Se operaron 307 pacientes en el período señalado. La supervivencia global de la serie a 60 meses fue 60,5%, con una supervivencia cáncer específica de 59%. En el análisis por etapas, las SG y SCE fueron 72% y 83% respectivamente. En etapa II 61% y 68% respectivamente. En etapa III 38% SG y 47%

SCE. Los pacientes en etapa IV fallecieron todos antes de los 31 meses, con una supervivencia media de 4 meses. Al comparar las curvas de supervivencia se observa diferencias significativas entre todas las etapas (p<0,0001). En los pacientes fallecidos (todo el grupo) la mediana de supervivencia fue 8 meses, definiéndose este valor de corte como muerte temprana. Para la variable muerte temprana el porcentaje de ganglios positivos en la pieza operatoria es un factor predictor significativo, aún mayor que el representado por el número de ganglios. En el modelo de regresión, por cada punto porcentual que aumenta la relación ganglionar, el riesgo de muerte temprana (antes de 8 meses) aumenta un 2%. En forma general, el riesgo de morir en cualquier momento aumenta 1,2% por cada punto que sube el porcentaje de la relación ganglionar. Conclusión: Los resultados de supervivencia en esta experiencia son comparables a los mostrados por otras series. La relación ganglionar se presenta como un predictor importante de mortalidad en este grupo de pacientes.

CÁNCER DE RECTO BAJO. BÚSQUEDA DE FACTORES PREDICTORES EN RESPUESTA CLÍNICA A LA QUIMIOTERAPIA-RADIOTERAPIA PREOPERATORIA.

Drs. G. Bocic¹, R. Villalón¹, M. Abedrapo¹, R. Azolqas¹, J. Llanos¹, M. García¹, A. Marambio¹, J. Silva², Int. P. Acuña¹

¹Unidad de Coloproctología. Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile. ²Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: El uso de quimioterapia y radioterapia preoperatoria (QRPO) en cáncer rectal bajo, cambió su pronóstico. Entre un 8% y un 25% presentan respuesta completa. El objetivo de este trabajo es presentar el manejo de cánceres de recto bajo con QRPO y buscar factores predictores de respuesta clínica.

Material y Métodos: Revisión retrospectiva de cánceres de recto bajo (menos de 8 cms. del margen anal) que cumplieron los criterios de inclusión y fueron manejados por la unidad de coloproctología del departamento de cirugía del Hospital Clínico de Universidad de Chile, entre marzo del 2001 a marzo 2010. Respuesta clínica se consideró como disminución del tamaño tumoral mayor al 50%. Se dividieron en 2 grupos: Grupo A sin respuesta y Grupo B con respuesta. Se analizaron variables clínicas, radiológicas y anatomopatológicas. Los datos fueron analizados utilizando el software computacional SPSS 17.0 (SPSS Inc. Chicago, III) y se aplicó test estadístico de chi cuadrado test de student.

Resultados: Se incluyó un total de 36 pacientes, de los cuales eran 20 hombres (55%). La edad promedio fue de 55,9 años. Grupo A 19 pacientes (52,7%) y grupo B con 17 pacientes (47,3%). En ninguno de los parámetros evaluados en esta experiencia se presentó diferencia estadísticamente significativa. Conclusión: Dentro de los parámetros analizados

ninguno fue predictor de una respuesta clínica a la QRPO. Sin embargo se encontró una tendencia a una menor respuesta clínica en tumores de mayor tamaño, indiferenciados, productores de mucina y en etapa más avanzada.

UTILIDAD DEL ANGIO TAC EN EL ESTUDIO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA MASIVA: CASOS CLÍNICOS.

Drs. J. Larach¹, R. Cápona¹, C. Suazo¹, A. Wash², A. Larach¹, C. Heine¹, C. Wainstein¹.

¹Unidad de Coloproctología de Clínica Las Condes,

²Unidad de Radiología Clínica Las Condes.

Introducción: La localización del sitio de sangrado en la hemorragia digestiva baja masiva (HDB) es perentoria, evitando así la colectomía total "a ciegas", lo que conlleva una muy alta morbilidad, además del riesgo de persistencia de la hemorragia si es que esta proviene de otro sitio. La principal limitante en el estudio de estos cuadros es la escasa disponibilidad de recursos técnicos y humanos en la angiografía y la necesidad de preparación previa para la para la endoscopia.

Objetivo: Mostrar la utilidad del Angiotac en el estudio y toma de decisiones en pacientes con HDB masiva, en base a tres casos clínicos.

Caso 1: Mujer de 80 años, sin antecedentes mórbidos, presentó HDB masiva de etiología no precisada. Se realizó Angiotac de abdomen y pelvis que mostró extravasación de contraste a nivel cecal. Se realizó colonoscopia dirigida logrando control del sangrado con inyectoterapia y clips hemostáticos. Tres horas posterior al procedimiento presentó recidiva del sangramiento por lo que se decidió realizar una hemicolectomía derecha, evolucionando satisfactoriamente en el postoperatorio.

Caso 2: Hombre de 24 años, portador de Enfermedad de Crohn con compromiso ileocecal, hospitalizado por hemorragia digestiva en estudio, periodo durante el cual presentó HDB masiva de origen no precisado. Se realizó Angiotac de abdomen que mostró sitio de sangrado a 120 cms. de la válvula ileocecal. Se realizó enteroscopia con marcación del sitio de sangrado, realizando una resección ileocecal. El paciente evolucionó favorablemente en el postoperatorio.

Caso 3: Hombre, 48 años, operado en junio 2010 por cáncer sigmoideo. En el postoperatorio el paciente evolucionó con episodio de HDB masiva, logrando ser estabilizado con medidas conservadoras. Angiotac demostró sangrado activo a nivel de la anastomosis y signos de dehiscencia de la anastomosis, motivo por el cual fue reintervenido, motivo que obligó a realizar un procedimiento tipo Hartmann.

Conclusión: El Angiotac es una herramienta útil en el estudio de la HDB masiva. Es un procedimiento ampliamente disponible, rápido, no invasivo, que no requiere preparación previa y que tiene una buena sensibilidad en la detección de la HDB (flujos de hasta 0,3ml/min.). Su uso permite la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas. Debido a estas razones planteamos su uso como primer escalón en un algoritmo diagnóstico y terapéutico de HDB masiva.

PREVALENCIA DE PATOLOGÍA ANO-RECTAL EN PACIENTES PORTADORES DE VIH-SIDA

Drs. César Muñoz^{1,2}, Juan Andrés Mansilla², Carolina Chaiñ¹, Claudia Heide¹, María José Leal¹.

¹Departamento de Cirugía y Traumatología. Universidad de La Frontera. Temuco.

²Servicio de cirugía. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco.

³Unidad de infectología. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco.

Introducción: La patología ano-rectal es la patología quirúrgica más frecuente en pacientes portadores de VIH-SIDA y su etiología es multifactorial. En la actualidad, el diagnóstico así como el acceso a terapia antirretroviral (TARV) ha permitido aumentar las expectativas de vida de los pacientes portadores de VIH-SIDA. Esta situación hace necesario conocer si existe algún cambio en la epidemiología de la enfermedad en nuestro país respecto a patologías de resorte quirúrgico. Nuestro objetivo es determinar la prevalencia y las características clínicas de la patología ano-rectal en pacientes portadores de VIH-SIDA en control clínico en una unidad especializada.

Materiales y Método: Diseño de estudio: Estudio de prevalencia o corte transversal.

Lugar y tiempo: Unidad de infectología del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco durante el mes de Junio del 2010.

Criterios de inclusión: Pacientes en control clínico por VIH-SIDA que sean portadores de patología ano-rectal.

Variable de interés: Presencia de patología ano-rectal. Dicotómica (Ausente/Presente).

Medidas: Evaluación clínica de los pacientes determinando variables biodemográficas, tipo de patología ano-rectal, etapa clínica de la enfermedad, estado inmune (Recuento de CD4), carga viral, uso de TARV.

Análisis estadístico: Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión en el programa estadístico STATA 9.0.

Resultados: En el periodo de estudio se encuentran en control clínico 384 pacientes portadores de VIH-SIDA. Cincuenta pacientes (13%) presentaron algún tipo de patología ano-rectal. Cuarenta y ocho (96%) corresponden a sexo masculino. El promedio de edad es de 37.95 años. Los condilomas perianales es la patología ano-rectal más frecuente (92%), seguido por la patología hemorroidal (8%). Doce pacientes (24%) presentó más de un tipo de patología ano-rectal. Treinta y dos pacientes (64%) portadores de patología ano-rectal se encuentran en TARV.

Conclusión: La patología ano-rectal es frecuente en los pacientes portadores de VIH-SIDA y se presenta principalmente en el sexo masculino. La condilomatosis perianal es la afección más frecuente en estos pacientes y su prevalencia en nuestra población es mayor a lo reportado por estudios nacionales anteriores. Este cambio epidemiológico podría explicarse por las mayores expectativas de vida de los enfermos en la actualidad.

COLONOSCOPIA EN OCTOGENARIOS: HALLAZGOS, MORBIMORTALIDAD Y CONDUCTA QUIRÚRGICA.

Drs. M. Fernández, F. Montoya, P. Macaya, I. Jacobovsky, P. Balbontín, L. Espíndola, A. Larach, A. Marín, J. Vergara.

Equipo de Coloproctología, Servicio de Cirugía Hospital Militar de Santiago. Facultades de Medicina Universidad de Valparaíso y Universidad de los Andes.

Introducción: la colonoscopia es un método eficaz y seguro en el diagnóstico y seguimiento de la mayoría de las patologías colorrectales. Existe controversia acerca del real riesgo y potencial beneficio de realizar este procedimiento en pacientes ancianos. **Objetivos:** describir los hallazgos colonoscópicos, histopatológicos, morbilidad y tratamiento quirúrgico en pacientes mayores de 80 años sometidos a colonoscopia. **Material y método:** estudio descriptivo retrospectivo de pacientes mayores de 80 años derivados a la Unidad de Coloproctología del Hospital Militar de Santiago con indicación de colonoscopia durante los años 2005 y 2009. **Resultados:** se analizaron los informes de 2.308 colonoscopias, de las cuales 243 (10.5%) correspondían a pacientes mayores de 80 años. De este grupo el 58.4% eran mujeres, la edad promedio fue de 84.1 años (80-97 años) y las comorbilidades más comunes fueron hipertensión arterial (58%), diabetes mellitus (18.5%), hipotiroidismo (13.2%) e insuficiencia renal crónica (11.1%). Las principales indicaciones fueron hemorragia digestiva baja (34.2%), control o diagnóstico de neoplasia (26.3%) y síndrome anémico (9.5%). La preparación fue adecuada en el 85.6%, con inspección normal en la mayoría de los pacientes (82.7%) y sospecha de neoplasia al tacto rectal en el 3.7% de los casos. En el 69.5% el examen fue completo. Los hallazgos colonoscópicos más frecuentes fueron divertículos (61.7%), pólipos (27.6%) y neoplasias (10.3%). Se tomó biopsia en el 33.7% de los pacientes, con diagnóstico de adenocarcinoma en el 24.4% de éstas. La morbilidad fue de 2.8% (hipocalemia 1.2%, deshidratación 0.8%, hipernatremia 0.4% y sepsis abdominal 0.4%); no hay casos de perforación, sangrado ni mortalidad en esta serie. De las 243 colonoscopias realizadas en pacientes octogenarios, 22 (9.1%) derivaron en una conducta quirúrgica; la cirugía más frecuente fue la resección parcial de colon o recto (18 casos) el diagnóstico postoperatorio fue cáncer colorrectal en el 6.5% (16 pacientes). No hay mortalidad intrahospitalaria en el grupo de pacientes operados. **Conclusión:** la colonoscopia es un procedimiento seguro en pacientes mayores de 80 años, permite el diagnóstico y posterior tratamiento quirúrgico de la patología colorrectal con baja morbilidad en la mayoría de los casos estudiados.

RESULTADOS A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA FÍSTULA ANORRECTAL SEGÚN LA COMPLEJIDAD Y LA TÉCNICA OPERATORIA".

Drs. N. Márquez, G. Bannura, A. González, R. Tordecilla, C. Piga, C. Melo, A. Barrera. Servicio y Departamento de Cirugía, Hospital Clínico San Borja Arriarán. Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Introducción: El tratamiento quirúrgico de la fistula anorrectal (FAR) continúa siendo un tema de debate, existiendo distintas alternativas. **Objetivo:** Mostrar los resultados a largo plazo en cuanto a la recidiva y los trastornos de la continencia en un grupo no seleccionado de pacientes operados por una FAR. **Pacientes y Métodos:** se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes operados por FAR que aceptaron responder un cuestionario ad hoc. Se define recidiva como la aparición de un nuevo absceso-fístula en la zona afectada y/o la necesidad de una nueva intervención. Los trastornos de la continencia fueron evaluados según el puntaje de Wexner. Se utilizó la clasificación de Parks, agregando las fistulas fisurarias. Se empleó el programa Stata 11.0 para analizar los datos. **Resultados:** de un total de 217 intervenidos por una FAR en el periodo, se incluyen 81 pacientes, 75% de ellos varones, con un promedio etario global de 50.2 ± 13 años. El tipo más frecuente de fistula fue la tipo I con 46.9%, seguida por la tipo II con un 42%. La fistulotomía se empleó en el 32%, la fistulectomía en el 30% y el sedal cortante en el 35.8%. La mediana de seguimiento fue de 81 meses (extremos 21-131). El puntaje de Wexner fue 0 en el 81.5% de los pacientes. La recidiva global fue 6.2%. No hubo asociación entre el puntaje de Wexner y la edad, el género, la patología anorrectal operada, el tipo de fistula o la técnica empleada. Hubo asociación entre la recidiva y el tipo de fistula ($p=0.022$). **Conclusiones:** En esta serie las mujeres no tienen un mayor riesgo de incontinencia ni de recidiva. La técnica del sedal cortante se muestra como una buena alternativa en pacientes con fistulas complejas con aceptables índices de trastornos de la continencia. El tipo de fistula constituye factor predictivo de recidiva. El seguimiento mínimo debe superar los 5 años.

MANEJO DE LA ENFERMEDAD PILONIDAL. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO CON TÉCNICA DE DESTACHAMIENTO, CURETAJE Y MARSUPIALIZACIÓN

Drs. J. Galindo¹, J. Irarrázaval¹, L. Espíndola², A. Larach², A. Marín², J.I. Vergara³

¹Becado Cirugía General, Universidad de Los Andes. ²Equipo Coloproctología, Servicio de Cirugía, Hospital Militar de Santiago. ³Ex Jefe de Servicio de Cirugía, Hospital Militar de Santiago.

Servicio de Cirugía, Hospital Militar de Santiago. Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes

Introducción: La enfermedad del seno pilonidal es una patología que se desarrolla en los folículos

pilosos del área sacro coccígea. La incidencia reportada es de 26 por 10000 habitantes. Afecta principalmente a adultos jóvenes. Es causa importante de morbilidad (abscesos, supuración crónica, dolor). Existen numerosas técnicas quirúrgicas para su manejo. Todas tienen por objetivo erradicar el seno pilonidal, curación local y prevención de la recurrencia. No existe consenso sobre cuál es la técnica óptima para su manejo.

Objetivos: Mostrar la experiencia clínica y la satisfacción de los pacientes operados con técnica de Marsupialización en los últimos 10 años por el equipo de Coloproctología del Servicio de Cirugía del Hospital Militar de Santiago.

Pacientes y Método: Revisión retrospectiva de los registros clínicos en pacientes operados de quiste pilonidal en forma electiva con técnica de Marsupialización, entre los años 2000 y 2009, incluyendo encuesta de satisfacción. Técnica Quirúrgica: Bajo anestesia regional, se ubica al paciente en posición de "navaja sevillana". Exposición del área operatoria con cintas ancladas a la mesa quirúrgica. Identificación del seno pilonidal con estiletes y destechamiento sobre éste. Curetaje de la base del seno sin lesionar la cápsula y marsupialización con material reabsorbible a piel. Resultados: Se incluyó un total de 81 pacientes, 56 hombres y 25 mujeres. Edad promedio de 20,5 años, con un rango entre 14 y 48 años. Todos los pacientes, excepto uno, fueron operados de forma primaria. Un 58% fue sometido a algún tipo de drenaje de urgencia en los meses previos a la intervención. Al momento de la cirugía, no había ningún proceso inflamatorio agudo en la zona operatoria. La estadía hospitalaria en promedio fue de un día. No se registraron complicaciones postoperatorias. Todos los pacientes fueron manejados con curaciones de forma ambulatoria. El tiempo promedio de alta de curaciones fue de 39 días. El porcentaje de recidiva fue de 4,76% (4 pacientes), con un rango de tiempo entre 1 y 9 años. Se describe una buena tolerancia con esta técnica.

Discusión: El cierre por segunda intención en el manejo de la enfermedad pilonidal es una técnica quirúrgica simple y reproducible, con una corta estadía hospitalaria y baja morbilidad. En estudios internacionales el porcentaje de recurrencia llega a un 4,5%, lo que se correlaciona con nuestra serie. Aún cuando se describe mayor tiempo de cicatrización que con otras técnicas, los pacientes pueden desarrollar sus actividades habituales en pocos días, con curaciones ambulatorias.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA CRISIS GRAVE DE COLITIS ULCEROSA: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS EN LA ÚLTIMA DÉCADA.

Drs. G. Inostroza¹, G. Casell¹, G. Urrejola¹, M. Slako², Dra. M. E. Molina², Dr. F. Bellolio², Dr. J. Reyes², EU. X. Meneses², T. Zamora², Dr. A. Zúñiga², Dr. G. Pinedo²

¹ Unidad de Coloproctología del Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile. ² Interno de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

En nuestra institución la morbilidad y mortalidad del tratamiento quirúrgico de la crisis grave (CG) de colitis ulcerosa (CU) comunicada hasta el año 2000 fue 45% y 1,3% respectivamente. Al inicio de esta década, se introdujeron la colectomía laparoscópica y nuevas drogas en el tratamiento de la CG de CU que podrían influir sobre los resultados del tratamiento quirúrgico.

Objetivo: Analizar los resultados del tratamiento quirúrgico de la CG de CU durante los últimos 10 años.

Material y método: revisión retrospectiva de registros clínicos de los pacientes con diagnóstico de CU a quienes se les practicó una colectomía total con ileostomía terminal durante el curso de una CG de CU en el periodo 2000-2010. Se consignó: sexo, edad, días de Tratamiento Médico Intensivo (TMI), vía de abordaje, estadía postoperatoria, complicaciones y mortalidad. Para el análisis estadístico se utilizó χ^2 .

Resultados: En el periodo fueron operados 66 pacientes por CU. 28 (42,4%) fueron intervenidos durante una CG y forman la serie que se analiza. Edad promedio fue 38,8 años. La indicación quirúrgica fue el fracaso al TMI en 27 pacientes. Uno fue intervenido de emergencia (perforación). Trece pacientes (46,4%) se operaron con menos de 10 días TMI y 15 (53,6%) con más de 10 días. En 21 pacientes se utilizó el abordaje laparoscópico. Una o más complicaciones se observaron en 9 pacientes (32,3%) y 6 de ellos fueron operados después de 10 días de TMI. Las complicaciones más frecuentes fueron: fiebre sin foco (28,6%), Ileo prolongado (14%) e Infección de herida operatoria (14%). La estadía postoperatoria x 9,34 días, 5,6 días para el grupo laparoscópico y 19 para el abierto. Se observó menor morbilidad en los pacientes operados por vía laparoscópica (24% versus 57%). No hubo mortalidad. A todos los pacientes con más de 6 meses desde la intervención se les ha reconstituido la continuidad del tubo digestivo (reservorio ileal en el 78,9% de los casos). Conclusiones: En este estudio la introducción de la colectomía laparoscópica y nuevas terapias médicas no han modificado significativamente las cifras de morbilidad y mortalidad del tratamiento quirúrgico de la CG de CU comparado a nuestro control histórico.

Se observa un efecto favorable en la morbilidad de los pacientes intervenidos por laparoscopia y en aquellos intervenidos con menos de 10 días de tratamiento, pero el tamaño de la muestra no permite análisis estadístico.

PROTOCOLO DE MANEJO Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON INERCIA COLONICA. RESULTADOS.
Drs. Gunther Bocic A.¹, Ricardo Villalón C.¹, Mario Abedrappo M.¹, Rodrigo Azolas M.¹, José Luis Llanos C.¹, Francisco Papic¹, Ramón Díaz¹, Int. Pablo Acuña E.¹, Juan Jorge Silva S.²

¹Unidad de Coloproctología. Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile. ²Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: La constipación afecta entre 2% y 30% de la población. La inercia colónica (IC) corresponde a la con tránsito lento. La colectomía total más ileorrectoanastomosis (CT+IRA) ha demostrado los mejores resultados en su tratamiento. El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia y resultados del manejo multidisciplinario de la IC. **Material y Métodos:** Se reclutaron pacientes con diagnóstico de IC entre enero 2002 y diciembre 2009. Todos con fracaso de manejo médico, evaluación psiquiátrica y estudio complementario que permite confirmar el diagnóstico de IC. Las variables fueron procesadas en programa estadístico Stata 10.0 analizando variables clínicas, variables quirúrgicas y variables postoperatorio. **Resultados:** Total de 24 pacientes, todas mujeres. Edad promedio 42 años. Comorbilidad en el 41,7%. A todas se realizó CT+IRA, el 50% laparoscópica, tiempo promedio de 180 minutos, realimentación entre el 1º y 5º día, Primera deposición entre 1º y 4º día, tiempo de hospitalización promedio de 8.9 días. La única diferencia estadísticamente significativa entre grupo laparoscópico y por laparotomía es el tiempo quirúrgico (224±55 vs 137±21 minutos p=0.0001). La Morbilidad fue de 33.3% , la más importante una dehiscencia de anastomosis. Sólo una reoperación tardía por obstrucción intestinal por brida. El estudio histopatológico no demostró en ningún caso alteración de los plexos nervioso. El número de deposiciones promedio a los 6 meses fue de 3,2 veces/día y 0,4 veces/noche. Las heces son consistentes en el 50%. Sin mortalidad en la serie. **Conclusión:** Para obtener buenos resultados como los descritos en esta serie, es fundamental un estudio completo que cuente con evaluación psiquiátrica, funcional y anatómica. Esto lleva a una selección rigurosa de pacientes que deben ser manejado por un equipo quirúrgico con experiencia.

RESULTADOS FUNCIONALES DEL RESERVORIO ILEAL”

Drs. Guillermo Bannura C., Alejandro Barrera E., Carlos Melo L., Jaime Contreras P., Nicolás Márquez A.

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

Introducción: La proctocolectomía con reservorio ileal y anastomosis reservorio-anal (RIARA) es el tratamiento quirúrgico de elección en la colitis ulcerosa grave y las poliposis.

Objetivo: evaluar resultados funcionales de la RIARA.

Pacientes y método: evaluación retrospectiva de todos los pacientes intervenidos por una RIARA en forma consecutiva. Los resultados funcionales se evaluaron mediante entrevista según el escore de Öresland.

Resultados: En un periodo de 10 años se intervinieron 35 pacientes, 26 por colitis ulcerosa (CU) (edad promedio 36,8; extremos 19-67) y 9 por poliposis adenomatosa familiar (PAF) (edad promedio 38,8; extremos 18-54). La morbilidad global de la RIARA alcanza al 20% y las complicaciones tardías se elevan al 17%. Se reopera un paciente por una colección pelviana sin falla anastomótica. La morbilidad específica de la RIARA fue 5,6%. Las complicaciones tardías específicas de la técnica se presentaron exclusivamente en el grupo CU (6/30=20%) y la falla del reservorio alcanza al 5,7% (2 casos). El puntaje global de Öresland fue 3,2, sin diferencias entre ambos grupos. Hubo 17 de 22 (77%) pacientes con un puntaje satisfactorio o aceptable en el grupo CU y 7 de 8 (88%) en el grupo PAF. El promedio de evacuaciones en 24 horas fue 4,4 (extremos 1-15) en la serie global, sin diferencias entre ambos grupos. El 70% de los pacientes tiene al menos una evacuación nocturna y el 33% refiere ensuciamiento nocturno. El 20% de la serie global tiene resultados deficientes (5 del grupo CU y 1 del grupo PAF).

Conclusión: El 80% de los pacientes sometidos a una RIARA tienen un escore menor de 7 en la escala de Öresland, lo que equivale a una calidad de vida similar a la población general. Aunque los resultados funcionales de la RIARA no son perfectos, la calidad de vida y la satisfacción del paciente son satisfactorias.

MANEJO DE LAS DEHISCENCIA DE LA ANASTOMOSIS DE COLON Y RECTO CON ILEOSTOMIA EN ASA. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO.

Drs. J. Irarrázaval¹, J. Galindo¹, L. Espíndola², A. Larach², A. Marín², J.I. Vergara³

1. Becado Cirugía General, Universidad de Los Andes. 2. Equipo Coloproctología, Servicio de Cirugía, Hospital Militar de Santiago. 3. Ex Jefe de Servicio de Cirugía, Hospital Militar de Santiago (QEPD).

Servicio de Cirugía, Hospital Militar de Santiago. Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes

Introducción: La dehiscencia de anastomosis tanto colónicas como rectales siguen siendo una complicación temida de la cirugía colorrectal, presentando cifras de morbimortalidad importantes. Los factores de riesgo descritos para esta complicación son el sitio donde se realiza la anastomosis, el tiempo operatorio y las comorbilidades del paciente, entre otros. Una técnica utilizada para el manejo de la dehiscencia anastomótica es la desfuncionalización del segmento afectado por medio de una ostomía y drenajes, con la reconstitución del tránsito en un segundo tiempo. **Objetivos:** Mostrar la experiencia clínica en el manejo de las dehiscencias de anastomosis en cirugías de colon y recto manejadas con ileostomía en asa en

los últimos 10 años por el Equipo de Coloproctología del Servicio de Cirugía del Hospital Militar de Santiago.

Materiales y Métodos: Revisión de la base de datos y de los registros clínicos de pacientes sometidos a resección colónica o rectal (sin ostomía de protección) que presentaron dehiscencia de la anastomosis primaria y fueron manejados con ileostomía en asa entre los años 2000 a 2010. **Resultados:** Se evaluaron 450 cirugías de colon y recto con anastomosis primaria entre los años 2000 y 2010. Los procedimientos más frecuentes fueron sigmoidectomías (34%) y hemicolectomías derechas (24%). Se presentó dehiscencia de la anastomosis, manejada con ileostomía, en un 5,5%. La edad promedio fue de 66,9 años (rango: 36 – 89). 11 pacientes de sexo masculino. La mortalidad fue de un 8% a 30 días. La moda del ASA fue II. La mediana de tiempo de hospitalización fue de 22 días (rango: 12 – 120). La mediana de tiempo de cierre de ileostomía fue de 98,5 días (rango: 63 – 197). No se evidenció estenosis de la anastomosis primaria en el estudio previo a la reconstitución del tránsito. **Conclusiones:** El manejo de las dehiscencias anastomóticas en cirugía de colon y recto sigue siendo un desafío para el equipo quirúrgico. Nuestra serie muestra que esta complicación puede ser manejada con una reparación de la dehiscencia asociado a una ileostomía en asa de forma adecuada, facilitando además la reconstitución del tránsito en el corto a mediano plazo.

QUISTE PILONIDAL ABSCEDADO: TRATAMIENTO DEFINITIVO EN UN SOLO TIEMPO DURANTE EL EPISODIO AGUDO, RESULTADOS A CORTO PLAZO

Drs. G. Inostroza L.¹, M. J. Yussem², E. García M.¹, P. Mariangel P.¹, P. Yussem³, A. Salazar U.⁴
¹Cirujano, Servicio de Cirugía Hospital de Los Ángeles. ²Médico cirujano, Servicio de Urgencia Hospital de Los Ángeles. ³Interna Universidad San Sebastián. ⁴Interna Universidad de Concepción.

La enfermedad Pilonidal Sacrococcigena (EPSC) es una enfermedad inflamatoria crónica que cursa con periodos intercurrentes de abscedación. La conducta habitual es el manejo en dos tiempos, caracterizado por drenaje y manejo diferido mediante diferentes técnicas.

Objetivo: Mostrar los resultados del tratamiento definitivo en un tiempo en la EPSC abscedada mediante la técnica de Mc Fee.

Materiales y métodos: Estudio transversal con recolección prospectiva de datos. 20 pacientes con EPSC abscedada en el Hospital de Los Ángeles, entre abril 2009 - abril 2010, sometidos a técnica de Mc Fee como tratamiento definitivo. Seguimiento promedio de 197 días.

Resultados: Del total 20 pacientes, 11 con sexo femenino. Edad promedio 28,2 años. IMC 27,5. La hospitalización promedio fue de 1,7 días. El tiempo promedio de caminata sin dolor 6,6 días. El dolor postoperatorio fue bajo en la mayoría de los sujetos. El tiempo de curación total 34,9 días promedio.

La satisfacción con la cicatriz alta en 90%. **Discusión y conclusión:** En este trabajo la técnica de Mc Fee se presenta como una alternativa para el tratamiento definitivo en un solo tiempo mostrando resultados satisfactorios en todos los ámbitos como son dolor, recuperación posoperatoria, complicaciones y resultado estético. El seguimiento debe prolongarse para determinar la existencia de recidivas.

MUCOSECTOMÍA CIRCUNFERENCIAL GRAPADA (TÉCNICA DE LONGO) EN ENFERMEDAD HEMORROIDAL. UTILIZACIÓN DE UN NUEVO STAPLER DST EEA 33 MM.

Drs. M. Abedrappo¹, R. Villalón C.¹, M. García¹, J. Miranda², R. Azolas¹, G. Bocic¹, D. Espínola, J. Llanos¹, I. Gallegos³, A. Marambio¹

¹Unidad de Coloproctología. Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile. ²Departamento de Medicina Interna. Hospital Clínico Universidad de Chile.

³Departamento Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: La enfermedad hemorroidal interna grado III, IV y la II refractaria, requieren de cirugía para su tratamiento. La Técnica de Longo ha demostrado ser una alternativa quirúrgica adecuada en estos pacientes. El objetivo del trabajo es comparar los resultados del uso de un nuevo stapler con los de uno tradicional.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes operados con técnica de Longo entre enero 2001 y marzo 2010 en la unidad de coloproctología del Hospital Clínico Universidad de Chile. Grupo 1 (G1) operados con nuevo stapler (EEA 33 mm DST Series) y Grupo 2 (G2) con stapler PPH Ethicon USA. Las variables fueron procesados en programa estadístico Stata 10.0 analizando variables clínicas (edad, sexo, IMC, comorbilidades, clínica de presentación, estudio preoperatorio), variables quirúrgicas (uso de antibióticoprofilaxis, cirugía asociada, EVA al 1º y 7º día postcirugía, días de hospitalización, tipo anestesia, tiempo cirugía, Complicaciones inmediatas y tardías), Variable anatomopatológica (Presencia de musculatura), variables postoperatorio (recidiva enfermedad, satisfacción y recomedación del procedimiento) **Resultados:** Durante periodo de estudio se encontraron un total de 50 pacientes, G1 44% (n=22) y G2 66% (n=28). Edad promedio 53.3 ± 12.2 años (p=ns por sexo). Al analizar los grupos estudio, se evidencia diferencias estadísticamente significativas en Co-morbilidad (63% vs 25% p=0,007), tiempo cirugía (34.5±7.8 vs 42.1±9.7 min p=0,006), EVA primer día (3.1±2.1 vs 1.8±0.6 p=0,009), el resto de las variables analizadas no presenta diferencia estadísticamente significativas entre los grupos estudiados.

Conclusión: El nuevo stapler EEA 33 mm DST Series utilizado para la técnica de Longo en enfermedad hemorroidal presenta seguridad, bajas complicaciones, requiere menos tiempo quirúrgico y es bien evaluado por los pacientes.

ESTIMULACIÓN Y REGISTRO DE LA MOTILIDAD COLÓNICA EN CERDOS: DISEÑO DE UN MODELO EXPERIMENTAL

Drs. G. Urrejola, J. Landerretche, G. Inostroza, F. Altermatt, P. Pino, G. Caselli, F. Bellolio, A. Zúñiga, M.E. Molina, G. Pinedo.

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

Introducción: La inercia colónica está poco entendida desde el punto de vista fisiopatológico molecular. Existe evidencia científica de que la estimulación eléctrica del colon puede aumentar la actividad eléctrica espontánea.

Objetivo: Presentar un modelo experimental en porcinos de registro y estimulación de la actividad eléctrica colónica.

Hipótesis: La estimulación externa del colon mediante un fuente marcapasos genera una respuesta eléctrica medible, que es mayor a la actividad eléctrica espontánea.

Material y método: Para el diseño del modelo se emplearon 4 cerdos de 20kg de peso. Se les realizó preparación intestinal mecánica, y fueron sometidos a anestasia general sin uso de bloqueo neuromuscular.

Se expuso el ciego, transverso y sigmoides, instalando dos electrodos de registro y dos electrodos estimuladores, con una separación de 3cm. Se procedió a la estimulación eléctrica del colon con parámetros variables: ancho de pulso de 100-300ms, una frecuencia de 1-5Hz y una intensidad de 0-15mA. Parámetros de estimulación: 300ms de ancho de pulso, frecuencia de 2Hz, intensidad de 50mA. La respuesta eléctrica del colon fué medida mediante un electromiógrafo. Se registró la respuesta con los distintos parámetros eléctricos y se procedió al sacrificio del animal. El estudio fué aprobado por el comité de ética animal institucional. Resultados: La motilidad colónica espontánea se perdió después de 15 minutos de exposición visceral amplia. Al tener exposición mínima, la motilidad espontánea se mantuvo durante todo el experimento.

El sitio donde se obtuvieron los registros con mayor actividad espontánea fué el ciego. Los parámetros que produjeron el cambio mas significativo en la actividad eléctrica fueron un ancho de pulso de 300ms, con una frecuencia de 2Hz y una intensidad de 15mA.

Conclusión: Desarrollamos un modelo experimental donde fué posible medir la actividad eléctrica espontánea del colon en cerdos de experimentación, y modificar esta actividad espontánea mediante la estimulación eléctrica externa. Describimos la técnica de exposición, el mejor lugar de estimulación y registro y los parámetros que produjeron los cambios más significativos a nivel de la actividad eléctrica colónica.

ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO DE CONVERSIÓN EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA COLORRECTAL: UN MODELO PREDICTIVO EN 582 PACIENTES.

Drs. G. Inostroza¹, F. Moisan¹, G. Caselli¹, G. Urrejola¹, Dra. M. E. Molina¹, Dr. A. Zúñiga¹, Dr. J. Reyes¹, Dr. F. Bellolio¹, EU. X. Meneses¹, M. Martínez², Dr. J. Cerda³, Dr. G. Pinedo¹

¹Unidad de Coloproctología del Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile.

² Interna Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. ³ Departamento de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica de Chile

Desde el año 1991 la cirugía colorrectal laparoscópica se ha incrementado progresivamente. Este es un procedimiento complejo, que requiere una larga curva de aprendizaje y en un número significativo de casos es necesario convertir a cirugía tradicional abierta.

Objetivo: Identificar los factores de riesgo para la conversión en la cirugía laparoscópica colorrectal. **Material y método:** Se revisó la base de datos prospectiva de cirugía laparoscópica colorrectal, desde 1998 a 2010. La conversión fue definida como una laparotomía no programada en el procedimiento quirúrgico. Se analizaron las variables dependientes del paciente (sexo, edad, ASA, IMC, la presencia de cirugía abdominal previa), del procedimiento (electivo/urgencia, patología benigna/maligna, tipo de resección) o del cirujano (número de procedimientos laparoscópicos previos). Se realizó un análisis uni y multivariado. Para determinar las variables predictivas de conversión, la totalidad de estas fueron incluidas en un modelo de regresión logística. Se utilizó el programa SPSS v 15.0. Resultados: la serie en estudio está compuesta por 582 pacientes (hombres: 45%, edad promedio: 56,3 años) Tasa de conversión global 7,1%. El modelo de regresión logística seleccionó cuatro variables como predictivas de conversión: IMC > 25 kg/m² (OR 4,88; IC95% 2,40-9,92), cirugía de urgencia (OR 2,95; IC95% 0,99-8,84), cirugía por cáncer (OR 2,12; IC95% 1,11-4,29) y sexo masculino (OR 2,30; IC95% 1,14-4,65). No fueron factores predictivos de conversión: la edad, comorbilidades del paciente, la curva de aprendizaje, tipo de procedimiento, ni cirugía abdominal previa. La calibración del modelo fue satisfactoria (valor-p prueba de Hosmer y Lemeshow = 0,656), al igual que su capacidad de discriminación (área bajo la curva ROC = 0,766; IC95% 0,691-0,841). Conclusiones: En este estudio el IMC sobre 25kg/m², el sexo masculino, las intervenciones de urgencia y las resecciones por cáncer son factores predictivos independientes de conversión.

Este modelo predictivo mostró una calibración satisfactoria asociada a una capacidad de discriminación acertada para el evento en estudio.

MANEJO ACTUAL DE LAS LESIONES TRAUMÁTICAS DE COLON. EXPERIENCIA HOSPITAL BASE VALDIVIA.

Drs. E. Celedón, E. Castillo, M. Millán, A. Murúa A., F. Imigo, C. Vera, F. Rebolledo, C. Zárate, A. León, J. Gómez, G. Martínez, F. Silva, J. Lavandero, R. Avendaño, A. Venturelli, C. Cárcamo, C. Banse, A. Steuer, C. Kushel, J. Díaz.

Sub Departamento de Cirugía. Hospital Regional de Valdivia. Instituto de Cirugía.

Introducción: Las lesiones traumáticas penetrantes de colon constituyen un gran desafío para los cirujanos tanto en el diagnóstico como en el manejo, siendo el reto más importante identificar elementos clínicos que ayuden a definir la mejor conducta terapéutica.

Objetivo: Dar a conocer el manejo actual de las lesiones traumáticas penetrantes de colon y mostrar nuestra experiencia en el Hospital Base de Valdivia en los últimos 5 años.

Materiales y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo, descriptivo, de los pacientes que fueron tratados en el Hospital Clínico Regional de Valdivia entre el 2003 y 2008 con diagnóstico de trauma abdominal penetrante de colon, cumpliendo 15 pacientes los criterios de inclusión. Las variables analizadas incluyen: mecanismo lesional, hemodinamia y estado étlico al ingreso, técnica quirúrgica utilizada y complicaciones. **Resultados:** El 80 % de los pacientes fueron varones, con rango etario entre los 19 y 40 años. Los 15 casos fueron catalogados al ingreso como hemodinámicamente estables. De ellos el 54% ingresó al servicio de urgencia dentro de las primeras 3 horas. La ingesta étlica estuvo presente en 7 casos equivalente al 46%. El mecanismo lesional correspondió en 12 pacientes a lesiones por arma blanca, otros 2 secundarias a armas de fuego y 1 caso a trauma de tipo contuso. Respecto al tipo de tratamiento quirúrgico realizado, en 13 pacientes se hizo sutura primaria (87%), en 1 se hizo operación de Hartman (6,5%) y en 1 ileostomía y fistula mucosa (6,5%). Respecto a las complicaciones quirúrgicas, estuvieron presentes en 20 % de los sujetos estudiados, las cuales incluyeron: infección de herida operatoria, absceso residual y filtración secundaria a dehiscencia de sutura. No hubo relación entre el mecanismo del trauma y la técnica quirúrgica utilizada, así como tampoco la hubo con el índice de complicaciones. **Conclusiones:** En esta serie la mayoría de las lesiones penetrantes de colon fueron por arma blanca. La exploración quirúrgica fue en general precoz, lo que permitió realizar sutura primaria en la mayoría de los casos. Sin embargo recomendamos cautela en aquellas ocasiones en las que se encuentra contaminación importante y cirugías más tardías. El índice de complicaciones es similar a la de otras publicaciones.

La casuística actual es baja para obtener conclusiones definitivas.

LIGADURA INTERESFINTERIANA DEL TRAYECTO FISTULOSO ANORRECTAL. CASO CLÍNICO.

Drs. A. Larach, J. Larach, A. Sanguineti, F. Pizarro, A.J. Zarate.

Unidad de Coloproctología. Clínica las Condes. Unidad de Anestesiología. Clínica las Condes. Programa de capacitación en cirugía general. Campus Clínica las Condes. Universidad de Chile. Servicio de urgencia. Clínica las Condes.

Introducción: Las técnicas utilizadas actualmente, como la fistulotomía y el sedal tienen el riesgo de dañar el esfínter anal externo (EAE), lo cual puede llevar a problemas de incontinencia fecal, este problema es aun más complejo en las mujeres de edad fértil. La ligadura interesfinteriana (LIFT), que es una nueva técnica para el tratamiento de fistulas complejas, en teoría, no provocaría incontinencia. **Objetivo:** Describir la técnica de LIFT con preservación completa del EAE, para el tratamiento de fístula anal compleja.

Materiales y métodos: Paciente de 38 años, sexo femenino, sin antecedentes médicos. Historia de malestar anal de 8 meses de evolución. Se estudia con resonancia magnética, la cual evidencia una fístula anorrectal (FA) transesfinteriana anterior, alta, sin trayectos fistulosos secundarios. **Cirugía:** A nivel del orificio externo, se identifica una cavidad inflamatoria la cual se abre y luego se reseca el tejido inflamatorio. Se introduce un estilete por el orificio externo y se sigue hasta alcanzar una cripta anterior derecha. Se mantiene conducido el trayecto fistuloso con teflón. Se disecciona el espacio interesfintérico, se evidencia el trayecto fistuloso, el cual se aísla, liga en 2 partes y secciona entre ligaduras.

Se cierra parcialmente la piel a puntos separados. **Discusión:** Con esta técnica se evita la sección del EAE, con lo cual se logra una indemnidad del aparato esfinteriano. Mediante este caso clínico se muestra la factibilidad de su realización. Esta técnica podría ser una buena alternativa, especialmente, en el caso de mujeres con fístulas anales transesfinteriana anteriores.

PROGRAMA DE PROCTOLOGIA AMBULATORIA: EXPERIENCIA EN HOSPITAL VICTOR RIOS RUIZ DE LOS ANGELES

Dr. G. Inostroza¹, Dr. E. García¹, Dra. M. Yussef², Dr. F. Gaete¹

¹Cirujano, Servicio de Cirugía Hospital de Los Ángeles.

²Médico cirujano, Servicio de Urgencia Hospital de Los Ángeles.

Los motivos esenciales de la cirugía ambulatoria y su desarrollo fueron los aspectos socio económicos, con una especial atención a los ingresos y estancias hospitalarias. En nuestro medio se agrega la alta demanda asociado a largas listas de espera de difícil resolución.

Objetivo: mostrar la experiencia del programa de cirugía proctológica ambulatoria en el Hospital Victor Rios Ruiz (HVRR) de Los Angeles.

Material y métodos: Estudio descriptivo. Se recopilaron los datos prospectivos de aquellos pacientes intervenidos durante el programa de cirugía proctológica ambulatoria, desde septiembre 2009 a mayo 2010. Todos los pacientes fueron ingresados 1 hora previa a la intervención, la cual se realizó bajo anestesia regional. Fueron dados de alta al recuperar capacidad motora. Todos los pacientes se controlaron telefónicamente a las 24 hrs P.O. y presencial a la semana. Se analizaron las variables epidemiológicas, el tiempo en lista de espera, la indicación de la intervención, los resultados a corto plazo y la satisfacción de los pacientes. Resultados: la serie esta compuesta por 40 pacientes, edad promedio: 34 años \pm 13 años, 60% varones. Tiempo en lista de espera: 2,3 \pm 1,1 años. Ruralidad: 60%. Indicaciones: 20 quistes pilonidales (50%), 15 fistulas perianales (37,5%), 5 hemorroides (12,5%).

No hubo complicaciones. 4 pacientes (10%) consultaron en el servicio de urgencia por dolor perianal intenso que no cedió a los AINES. La satisfacción general fue de un 90% y 95% recomendaría la intervención.

Conclusiones: el programa de cirugía proctológica ambulatoria es factible de realizar en forma segura, con baja tasa de complicaciones y altos índices de satisfacción.

Este nuestra experiencia, este programa viene a dar solución quirúrgica a pacientes incluidos en listas de espera por un periodo prolongado.

CALIDAD DE LA PIEZA OPERATORIA EN CIRUGIA DE URGENCIA DEL CANCER DE COLON

Drs. C. Suazo, F. Gatica, A. Lopez, H. Kossler, F. Uribe, Y. Haito, J. Salamanca.

Hospital Barros Luco Trudeau, Servicio de Salud Metropolitano Sur.

Introducción: Una forma de evaluar la calidad de la pieza operatoria en cirugía del cáncer de colon (CC) es mediante el recuento ganglionar (RG), ya que, de su positividad y número (entre otros parámetros) dependerá la decisión de terapia adyuvante. Si bien en los pacientes operados de urgencia, ya sea por obstrucción y/o perforación, actualmente se recomienda quimioterapia adyuvante independientemente de la etapa TNM, si influirá el RG en la correcta etapificación de los pacientes y en la terapia específica de coadyuvancia, lo que implica agregar un mayor riesgo de morbilidad al tratamiento con la adición de oxaliplatino. En la literatura se reporta una proporción de piezas operatorias con más de 12 ganglios en el 75% de los pacientes.

Objetivo: Determinar la calidad de la pieza operatoria mediante el número de ganglios resecados en cirugía de urgencia de CC y compararlo con el RG en cirugía electiva.

Material y Métodos: Se revisó en forma retrospectiva la base de datos de cirugía colorrectal identificando a los pacientes operados por CC entre enero del año 2002 y mayo del 2010. Mediante la obtención del protocolo operatorio y el informe de biopsia se

identificó a los pacientes intervenidos de urgencia y electivos, registrando el RG absoluto informado por el patólogo. Se consideró adecuado un recuento absoluto de 12 o más ganglios. Se excluyó aquellos casos sin informe o con información incompleta. Análisis estadístico mediante programa SPSS 17.0, prueba Chi-cuadrado y p significativo <0.05. Resultados: Se identificó 307 pacientes que cumplían con los requisitos de inclusión. Un 47% hombres. Edad promedio 65 años (sin diferencias por sexo). Se operaron 95 pacientes de urgencia (obstrucción, perforación, abdomen agudo). El RG promedio en los pacientes intervenidos de urgencia fue 17,4 ganglios (intervalo 1 a 85), con 25 pacientes (26%) con un RG menor a 12 en la pieza operatoria. En los pacientes operados en forma electiva el RG promedio fue 17,3 ganglios (intervalo: 1 a 59) con 52 pacientes (25%) con un RG menor a 12 ganglios. Al comparar ambos grupos no existe diferencias significativas en el recuento de ganglios de la pieza operatoria (p>0,05).

Conclusión: La calidad de la pieza operatoria en cirugía de urgencia de CC, medida en base al RG por el anatomopatólogo, es adecuada de acuerdo a lo reportado en la literatura. No existen diferencias al comparar los resultados en cirugía de urgencia y electiva en este centro.

TRATAMIENTO DE LA RECTITIS ACTINICA CON FORMALINA TOPICA: EXPERIENCIA EN HOSPITAL DE LOS ANGELES

Drs. G. Inostroza¹, E. Garcia¹, Dra. M. Yussen², Dr. F. Gaete¹

¹Cirujano, Servicio de Cirugía Hospital de Los Ángeles.

²Médico cirujano, Servicio de Urgencia Hospital de Los Angeles.

La rectitis actínica es una complicación descrita hasta en un 75% de pacientes que han recibido radioterapia como tratamiento del Ca CU, de las cuales aproximadamente un 5% pueden progresar hacia un cuadro crónico complicado con telangiectasias y hemorragia. El tratamiento tópico con formalina se ha mostrado seguro y eficaz en estas enfermas.

Material y método: Estudio descriptivo. Se analiza 6 pacientes (edad X 66,5 años rango 51-82) con rectitis actínica post radioterapia por Ca Cu. Periodo post radioterapia 1,2 años promedio. Todas las pacientes presentaban rectorragia persistente (más de 1-2 veces diarias) y mala respuesta a otras medidas terapéuticas. Se inicio tratamiento con formalina tópica al 4%, en tocamientos bisemanales bajo sedación, ambulatorias. Se definió éxito a la ausencia de rectorragia. Se consigno la presencia de efectos o reacciones adversas.

Resultados: Tras 6 sesiones 5 pacientes presentaban rectorragia ocasional (1 vez por semana). Una paciente presentaba rectorragia cada 3 días. Tras 8 sesiones en 5 pacientes (83%) se alcanzo el éxito del tratamiento. No hubo efectos adversos al tratamiento.

Conclusiones: El tratamiento tópico con formalina resulta ser muy efectivo en la resolución de retitis actínica, logrando la remisión de la rectorragia en la mayor parte de los pacientes y logrando al menos su disminución en todas las pacientes. Es un tratamiento seguro que no presentó complicaciones.

MANEJO DEL CÁNCER DE RECTO DE TERCIO INFERIOR CON PRESERVACIÓN ESFINTERIANA Y ANASTOMOSIS COLOANAL "DIFERIDA". SIN OSTOMÍA DE PROTECCIÓN. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DR. SÓTERO DEL RÍO

Drs. D. Pulgar, J. Reyes, I. García-Huidobro, M. Sanhueza, G. Carvajal, R. Kusanovich.
Servicio de Cirugía Hospital Dr. Sótero del Río - SSMSO
Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: El tratamiento del adenocarcinoma del tercio inferior del recto ha variado a lo largo de los últimos decenios. Actualmente la cirugía preservadora de esfínter es una alternativa válida para su manejo. Las anastomosis colo-rectales bajas y colo-anales presentan un elevado riesgo de dehiscencia, por lo que se asocian frecuentemente al uso de ostomías derivativas. Las ostomías aunque tengan un carácter transitorio representan un problema importante para los pacientes y su reconstitución no está exenta de morbilidad. Objetivo: El objetivo de este estudio es reportar los resultados de una serie de pacientes con cáncer de recto de tercio inferior tratados con resección anterior baja, disección interesfinteriana y anastomosis coloanal "diferida" (RAUBIE-CAD), sin utilización de ostomía de protección.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo, descriptivo de una serie de pacientes con adenocarcinoma del tercio inferior del recto sometidos a radioterapia preoperatoria, seguida de RAUBIE-CAD entre junio de 2003 y julio del 2010. La técnica quirúrgica consta de dos etapas: un tiempo anal con disección Interesfintérica y una resección anterior baja. La pieza quirúrgica se exterioriza a través del ano, creando un prolapso de colon de 10 a 15 cm, que se secciona la tercera semana postoperatoria. No se confeccionó ostomía de protección. Se analizaron características de los pacientes, de la cirugía, complicaciones quirúrgicas y resultados funcionales mediante escala de Wexner y encuesta de calidad de vida (Rockwood). Resultados: En el período descrito se operaron a 22 pacientes, la edad promedio fue de 59,8 años (i: 39-76) correspondiendo al sexo femenino el 42% de los pacientes. El tiempo operatorio fue 319 minutos promedio (i: 240-420). Una o más complicaciones postoperatorias se observaron en 6 pacientes (27%), requiriendo re operación 2 de ellos. Se realizó la resección del muñón rectal en promedio a las 3 semanas, con una duración de dicha intervención de 20 minutos. El seguimiento promedio en esta serie es de 31 meses (i: 76-1). Los resultados funcionales a largo plazo sugieren satisfacción de los pacientes con el procedimiento.

Conclusión: En el tratamiento del adenocarcinoma del tercio inferior del recto, cuando es posible preservar el esfínter anal, la RAUBIE-CAD representa una alternativa terapéutica segura, reproducible y de bajo costo, con baja morbilidad y buenos resultados oncológicos a mediano plazo, sin necesidad de realizar ostomías de protección. La proponemos como una alternativa válida en un grupo de pacientes seleccionados.

PALABRAS CLAVES: Cáncer de recto, ostomía, anastomosis colo-anal.

RESULTADOS ONCOLÓGICOS Y FUNCIONALES A LARGO PLAZO EN PACIENTES SOMETIDOS A RESECCIÓN ANTERIOR ULTRABAJA INTERESFINTÉRICA POR CÁNCER DE RECTO.

Drs. F. López-Köstner, A.J. Zarate, A. Sanguinetti, U. Kronberg, E. Pinto, R. Capona, C. Wainstein.
Unidad de Coloproctología. Campus Clínica las Condes. Universidad de Chile.
Servicio de Urgencia. Clínica las Condes.

Introducción: La resección anterior ultrabaja interesfintérica (RAUBIE) permite la preservación del esfínter anal en pacientes con cáncer de recto (CR) en los últimos 5 cm. del margen anal que tradicionalmente son candidatos a resección abdominoperineal. Los resultados a largo plazo han sido variables en la literatura en términos oncológicos y de función evacuatoria.

Objetivo: Analizar los resultados oncológicos y funcionales a largo plazo en pacientes sometidos a una RAUBIE. Hipótesis: Los pacientes sometidos a una RAUBIE poseen resultados oncológicos y funcionales satisfactorios a largo plazo. Material y método: Inclusión protocolizada prospectiva y consecutiva de pacientes operados desde 1998 hasta el 2010. El protocolo preoperatorio incluyó endosonografía rectal y quimiorradioterapia neoadyuvante en casos seleccionados. En los pacientes con seguimiento mayor de 12 meses se evaluó la función evacuatoria mediante una encuesta estandarizada que incluyó un cuestionario de incontinencia (0 = Continencia total y 20 = Incontinencia total). Se comparó parámetros previo y posterior a los 24 meses desde el cierre de la ileostomía. Análisis estadístico: test T de Student y Mann Whitney. Análisis de sobrevida mediante método Kaplan Meier. Se consideró significativo un valor $p < 0,05$.

Resultados: Se analizan 35 pacientes. Edad promedio 58 años (i: 39-85), 31% sexo femenino. Estadificación anatomopatológica pT0, pT1, pT2, pT3, en 3, 1, 19 y 12 pacientes, respectivamente; pN0 y pN(+) en 26 y 9 pacientes, respectivamente. Los márgenes quirúrgicos fueron negativos en todos los casos. Una o más complicaciones se observaron en 7 pacientes (20%), dos de ellos debieron ser reoperados. No hubo mortalidad operatoria. El seguimiento promedio fue de 56 meses (100% de los pacientes), 8 pacientes (22%) han presentado

recidiva tumoral (4 local y distancia, 1 local exclusiva y 3 distancia exclusiva). De este modo las tasas actuariales a 5 años de recidiva local y sobrevida global fueron de 15% y 77% respectivamente. Hay 26 pacientes vivos con seguimiento mayor a 12 meses, (49 meses promedio desde la cirugía). Todos los pacientes prefieren su condición general posterior a los 24 meses en comparación a tener una ostomía.

	< 24 meses	> 24 meses	Valor p
Puntaje incontinencia	9,4	7,4	0,1
Incontinencia a sólidos o líquidos	39%	9%	0,01
Evacuaciones/día	4,2	2,5	<0,001
Uso de antidiarreicos	64%	24%	0,004

Conclusión: La RAUBIE es una técnica segura para los pacientes con cáncer de recto bajo. Los resultados funcionales evacuatorios no son óptimos, pero se observa una mejoría significativa después de los 24 meses.

IMPACTO DEL RECUENTO LINFONODAL TOTAL EN LA SOBREVIDA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER DE COLON ETAPA II
Dr. G. Inostroza¹, Dr. F. Moisar¹, G. Palominos², Dr. G. Caselli¹, Dr. G. Uirejola¹, Dra. M. E. Molina¹, Dr. F. Bellolío¹, Dr. J. Reyes¹, EU. X. Meneses¹, M. B. Martínez², Dr. A. Zuñiga¹, Dr. G. Pinedo¹
¹Unidad de Coloproctología del Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile, ² Interno Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile

Existe evidencia que el recuento linfonodal total (RLT) tiene relación con la sobrevida en el cáncer de mama y gástrico. Algunos estudios han mostrado la asociación entre el RLT y la sobrevida en el cáncer de colon (CC), pero los resultados son contradictorios. Los pacientes con CC etapa II son un buen modelo para estudiar el impacto del RLT en la sobrevida porque comprende solo individuos N0. Hipótesis: Un mayor RLT mejora la sobrevida de los pacientes con CC etapa II.

Objetivo: Determinar el valor del RLT como factor pronóstico en la sobrevida del CC etapa II.
Material y método: Se analizaron todos los pacientes con CC (adenocarcinoma) estadio II, operados con intención curativa en el Hospital Clínico de la Universidad Católica entre los años 1997 a 2005. Se excluyeron las cirugías de urgencia. Se revisaron los informes de anatomía patológica para cada uno. Se completó el seguimiento a 10 años mediante la revisión de fichas clínicas y del servicio de registro civil. Se categorizó a los pacientes de acuerdo al RLT: 18 ó menos linfonodos (grupo A) y más de 18 linfonodos (grupo B) en la pieza operatoria. Se analizó la sobrevida específica por cáncer (SEC) a 5 y 10 años. Se utilizó el método de Kaplan Meier para estimar sobrevida y se evaluó con test log-rank. Los potenciales factores pronósticos (edad, sexo, T, tamaño tumoral, grado diferenciación, localización e invasión linfovascular) fueron incluidos en un modelo proporcional de Cox para calcular su Hazard Ratio (HR). Se consideró estadísticamente significativo $p < 0,05$. Se utilizó el programa SPSS v 18.0.

Resultados: La serie consta de 158 pacientes (edad promedio $69 \pm 12,7$ años, 50,6% hombres), en el grupo A: 73 pacientes, grupo B: 85 pacientes. El promedio de linfonodos fue $24,39 \pm 17,2$. El seguimiento promedio $82,5 \pm 38,2$ meses. La SEC fue de 79,2% y 91,2% a los 5 años los grupos A y B respectivamente (log rank $p = 0,025$, HR ajustado 2,1 IC 95% 1,2-3,8). A los 10 años la SEC fue de 75,3% y 89,4% para los grupos A y B respectivamente (log rank $p = 0,017$, HR ajustado 2,15 IC 95% 1,3- 3,6). La edad del paciente, el tamaño tumoral y el RLT menor a 18 fueron factores factores independientes de menor sobrevida. **Conclusiones:** El RLT es un factor pronóstico de SEC en CC etapa II, independiente del T, tamaño, diferenciación y localización tumoral.

PROTEÍNA C REACTIVA (PCR), PROCALCITONINA (PCT) Y LEUCOCITOSIS COMO PREDICTORES DE COMPLICACIÓN EN CIRUGÍA DE COLON

Drs. D. Roizblatt, M. Abedrapo, E. Tobar, C. Concha, M. Poblete, P. Ayach, G. Bocic, R. Azolas, J.L. Llanos, R. Villalón.
 Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: Poco conocido es la curva de parámetros inflamatorios en cirugía. Algunos trabajos se han realizado en cirugía bariátrica y otros con respecto a filtración de anastomosis en cirugía de colon. En general los estudios coinciden en que los parámetros inflamatorios aumentan de una manera predeterminada, alcanzando valores máximos al 3er día post operatorio, tras lo cual comienza un paulatino descenso.

Valores máximos previo al 3er día, o no descenso después de este, generalmente hacen pensar en complicación.

Objetivo: Conocer las curvas de PCR, PCT y leucocitosis en cirugía de colon y comparar las curvas de pacientes sin complicaciones vs la de pacientes complicados.

Material y método: Estudio prospectivo en Hospital Clínico Universidad de Chile en pacientes sometidos a cirugía de colon electiva. Se registraron signos vitales, hemograma, PCT y PCR al 1er, 3er y 5to día post operatorio. Se recolectaron datos según protocolo diseñado por autores y se analizaron datos con Excel.

Resultados:

N = 44 pacientes; 24 mujeres y 20 hombres. Edad promedio: 59.2 años (21-84 años) Se complicaron del punto de vista quirúrgico 6 pacientes.

Tanto en pacientes complicados como no complicados el peak de leucocitos y PCT fue al 1er día post operatorio para luego comenzar a descender. En cambio, la PCR alcanzó su máximo al 3er día post operatorio en pacientes no complicados, pero en los pacientes complicados este valor seguía ascendiendo al 5to día post operatorio. Los valores netos de leucocitos, PCR y PCT fueron mayores en pacientes complicados que no complicados.

Los signos vitales no se alteraron en pacientes complicados como no complicados.

Conclusión: Los parámetros inflamatorios analizados en este trabajo se elevan posterior a cirugía de colon electiva, tanto en pacientes complicados como no complicados.

En los pacientes complicados la curva de PCR es una curva ascendente sin hacer un "quiebre" al 3er día post operatorio como en los pacientes sin complicación. Los valores de PCT, PCR y leucocitosis son más altos en los pacientes complicados en cada uno de los días.

EVALUACION DE LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO POR VIA ABDOMINAL DEL SINDROME DE OBSTRUCCION DE SALIDA (SOS)

Dr. G. Inostroza, Dr. N. Salgado, Dr. G. Urrejola, Dr. G. Caselli, Dra. M.E. Molina, Dr. A. Zuñiga, Dr. F. Bellolio, Dr. J. Reyes, EU. X. Meneses, Dr. G. Pinedo

¹ Unidad de Coloproctología del Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile

El síndrome de obstrucción de salida (SOS) se caracteriza por constipación, evacuación incompleta, necesidad de digitación y esfuerzo defecatorio excesivo. El tratamiento quirúrgico se ha planteado para casos con síntomas severos atribuibles a alteraciones anatómicas.

Objetivo: Evaluar los resultados y la satisfacción del tratamiento quirúrgico por vía abdominal del SOS.

Material y método: Se analizaron 14 pacientes con diagnóstico de SOS con estudio anatómico y funcional completo que fueron operados por vía abdominal en el periodo octubre 2005 a mayo 2010. En 11 se realizó una rectopexia ventral con malla (8 por vía laparoscópica), en 2 una colporectopromonto fijación con malla en U y en un caso una resección anterior baja por laparoscopia. Se comparó score de Wexner para constipación (SW 0-28), frecuencia defecatoria (veces/semana), sensación de bulto perineal y distensión abdominal (escala 0-10) pre y post operatoria. Se solicitó una evaluación de satisfacción con los resultados (escala 1 a 7). El seguimiento se realizó por vía telefónica. Se les consultó a los pacientes si recomendarían o no la cirugía. El análisis estadístico se realizó con t de Student y test Wilcoxon. Resultados: 14 pacientes, edad promedio 59,8 años. 12 mujeres. La duración de los síntomas fue x 4,75 años. Seguimiento: 100% de los pacientes, X 30,5 meses. El SW bajó de 19,4+4,9 a 10,4+2,1 puntos en el postoperatorio ($p<0,01$). La sensación de bulto perineal disminuyó de 9,6+1,7 a 1,6+2,1 ($p<0,01$). La sensación de distensión pasó de 8,3+1,77 a 1,21+1,5 ($p<0,05$). La frecuencia defecatoria mejoró de 3,5 a 7,5 veces por semana ($p<0,01$). La satisfacción de los pacientes con los resultados fueron evaluados con nota 5,5 +1,9. El 78,6% de los pacientes recomendarían la intervención quirúrgica. En el seguimiento un 14,3% (2) refiere coxalgia persistente.

Conclusión: El tratamiento quirúrgico del SOS por vía abdominal, mejora significativamente la constipación, la sensación de bulto perineal y de distensión abdominal.

El 78% de los pacientes recomendaría la opción quirúrgica como solución a su problema.

ESTUDIO PROSPECTIVO DE CORRELACION QUIRÚRGICA-ENDOSONOGRÁFICA DE LA ESFINTEROTOMÍA LATERAL INTERNA POR FISURA ANAL Y SU IMPLICANCIA FUNCIONAL. RESULTADOS PRELIMINARES.

Drs. C. Wainstein, A.J. Zarate, A. Larach, F. López, U. Kronberg, J. Larach, R. Capona, A. Sanguinetti. Unidad de Coloproctología. Campus Clínica las Condes. Universidad de Chile. Servicio de Urgencia. Clínica las Condes. Programa de capacitación en cirugía general. Campus Clínica las Condes. Universidad de Chile.

Introducción: La esfinterotomía lateral interna (ELI) es el tratamiento quirúrgico estandarizado en pacientes con fisura anal (FA) refractaria a tratamiento médico. La magnitud de la esfinterotomía se estima subjetivamente. La correlación entre el porcentaje de sección real y el estimado y su implicancia clínica es desconocida. Actualmente, la endosonografía anal tridimensional puede medir con exactitud la magnitud de la ELI.

Objetivos: En pacientes sometidos a ELI por FA, determinar la correlación de la magnitud de ELI comparando la estimación quirúrgica y endosonográfica. Evaluar parámetros endosonográficos versus la función esfinteriana en el seguimiento de estos pacientes.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo iniciado el año 2009. Mediante un protocolo de estudio se han incluido los pacientes con ELI por FA en Clínica las Condes. Se completó una ficha con datos clínicos y el análisis endosonográfico. La endosonografía fue realizada por un cirujano colorrectal con un endosonógrafo tridimensional en pabellón, pre y post ELI, en forma ciega para el cirujano tratante. De la endosonografía se analizó la longitud, grosor del EAI pre y post esfinterotomía y se calculó el porcentaje de sección del EAI. Se evaluó en el preoperatorio y en el seguimiento la continencia anal, mediante una encuesta estandarizada (Test Wexner)

Resultados: Se han analizado 8 casos, 7 de ellos mujeres. La edad promedio fue de 33 años (23-69). La longitud promedio del EAI preoperatorio y postoperatorio (en la zona de sección) fue de 22 y 6 mm, respectivamente. El grosor promedio del EAI preoperatorio y postoperatorio fue de 2,2 y 3,4 mm (contralateral), respectivamente. El porcentaje de sección de EAI fue concordante en el 62,5%. En los 3 casos no concordantes la endosonografía demostró una mayor sección que la estimada por el cirujano. En un seguimiento promedio de 14,2 meses, ningún paciente refiere incontinencia, por lo que no se observan diferencias al comparar los diversos parámetros.

Conclusión: La estimación de la sección del EAI por el cirujano y la medición endosonográfica presenta una concordancia media. Hasta la fecha no hemos observado diferencias funcionales en relación al porcentaje de sección de EAI, ni a engrosamiento del EAI contralateral post ELI. En un seguimiento a mediano plazo ningún paciente presenta incontinencia anal. La evaluación a largo plazo con un mayor número de pacientes podría permitirnos definir el rol de la endosonografía como apoyo en el tratamiento quirúrgico de la FA.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL: ¿EL DIAGNÓSTICO ES CLÍNICO?

Drs. M. Castro, D. Alvarez, E. Donoso, R. Jeria, D. Arbulo

Servicio de Cirugía Hospital Militar de Santiago, Universidad de los Andes, Santiago, CL

Objetivos: determinar el rendimiento clínico y tomográfico para el diagnóstico de obstrucción intestinal (OI), y cotejarlo con los hallazgos quirúrgicos y evolución clínica.

Materiales y método: estudio retrospectivo, donde se revisaron todos los TAC con sospecha de patología abdominal aguda no urológica de pacientes adultos, solicitados en el Servicio de Urgencia entre Mayo de 2009 y Junio de 2010. Se registró el sexo, la edad, el diagnóstico clínico y tomográfico. Se revisaron las fichas clínicas de todos los pacientes a quienes se realizó TAC con sospecha de OI, consignando hallazgos quirúrgicos y evolución clínica. Se determinó sensibilidad (S), especificidad (E), y valores predictivos positivos (VPP) y negativos (VPN) de la clínica y la TAC para el diagnóstico de OI. Se usó como Gold Standard la cirugía y seguimiento clínico por cirujano en aquellos pacientes no intervenidos.

Resultados: de los 723 TAC realizados, 67 tenían diagnóstico clínico de OI, mientras que en 10 casos con diagnóstico clínico diferente a OI, la TAC mostró hallazgos de OI. Un 74% de los casos de OI fueron de sexo femenino. La edad promedio fue de 65.1 años, y un 55.8% de los pacientes presentaron un TAC positivo para OI. En aquellos con diagnóstico clínico de OI, 44 (57.1%) presentaron OI a la TAC. En todos los casos con diagnóstico de OI sólo por TAC, se confirmó OI. La S de la TAC y la clínica para el diagnóstico de OI fue de 97.7% (IC: 87.9% - 99.9%) y 81.2% (IC: 67.3% - 91.8%) respectivamente. La E fue de 100% (IC: 89.2% - 100%) y 9% (IC: 1.9% - 24.3%), respectivamente. Los VPP y VPN fueron de 100% y 97%, y 54.5% y 27.2% para la TAC y clínica respectivamente. Conclusiones: la TAC demostró alto rendimiento en el diagnóstico de OI, permitiendo descartarlo con certeza, a diferencia de la clínica. Nuestra experiencia apoya la necesidad de realizar una TAC a todo paciente con sospecha clínica de OI.

RESECCIÓN ABDÓMINOPERINEAL DEL RECTO: 10 AÑOS DE EXPERIENCIA DE UN CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL.

Drs. C Schlack¹, M. Ordenes¹, J. Rodríguez^a, J. Ghiringhelli^a, F. Cardemil²

¹Departamento de Coloproctología, Servicio de Cirugía, Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile. ²Residente de Otorrinolaringología, Hospital Barros Luco Trudeau, Universidad de Chile.

^a Interno de Medicina, Universidad de Valparaíso.

Introducción: La resección abdominoperineal del recto (RAP) constituye una alternativa terapéutica en regresión, reservada para casos seleccionados de cáncer rectal y cáncer anal. Se presenta la experiencia de un centro hospitalario regional en la realización de la RAP.

Objetivos: Describir las características clínicas y sociodemográficas, indicaciones, morbilidad asociada, recidiva tumoral y supervivencia de pacientes sometidos a RAP.

Material y Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva, a partir de la revisión de registros clínicos de pacientes sometidos a RAP, en el Hospital Gustavo Fricke (HGF) de Viña del Mar, entre Enero de 1999 y Octubre de 2009. Las variables cuantitativas se expresaron en medianas y rangos intercuartiles, mientras que para variables categóricas se utilizó frecuencias absolutas y porcentajes. Se confeccionaron curvas de supervivencia estimada según método de Kaplan Meier y se empleó prueba log-rank (Mantel Cox). Resultados: Se incluyeron 32 pacientes intervenidos mediante RAP. La mediana de edad fue de 63 años (50-71), con predominio de género femenino (19/32; 59,4%). 25 casos correspondieron a cáncer de recto inferior (78,1%), cuatro a cáncer de recto medio (12,5%) y tres pacientes a cáncer de canal anal (9,4%). De los pacientes tratados por cáncer rectal, un 89,6% presentó enfermedad localmente avanzada (26/29) y un 10,3% compromiso neoplásico recurrente (3/29). Respecto a las complicaciones intraoperatorias, se registró un paciente con lesión ureteral (3,1%) y un caso de apertura accidental de la pieza quirúrgica (3,1%). Las tasas de complicaciones postoperatorias precoces y tardías, fueron 46,8% (15/32) y 43,8% (14/32), respectivamente. Entre los pacientes sometidos a RAP por cáncer rectal, diez casos (35,7%) presentaron recidiva tumoral, con compromiso a nivel local y visceral en tres pacientes (10,7%) respectivamente. La mortalidad global fue de 17 pacientes (53,1%) con una mediana de sobrevida de 29 meses (9-48). La sobrevida específica por cáncer a cinco años fue de 64,3% (9/14). Existió diferencias significativas en la sobrevida estimada a cinco años, al comparar estadios de Dukes B y C ($p=0,01$; IC 95% 1,1-13,1) y estadios TNM 2 y 3 ($p=0,02$; IC 95% 1,1-5,6).

Discusión: La RAP constituye una alternativa vigente para la cirugía del cáncer de recto medio y bajo. La sobrevida global y específica por cáncer a cinco años es cercana a reportes internacionales.

MANEJO DE LA ENFERMEDAD PILONIDAL. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO CON TECNICA DE DESTECAMIEN TO, CURETAJE Y MARSUPIALIZACION

Drs. J. Galindo¹, J. Irarrázaval¹, L. Espíndola², A. Larach², A. Marín², J.I. Vergara^{†3}

1. Becado Cirugía General, Universidad de Los Andes. 2. Equipo Coloproctología, Servicio de Cirugía, Hospital Militar de Santiago. 3. Ex Jefe de Servicio de Cirugía, Hospital Militar de Santiago. Servicio de Cirugía, Hospital Militar de Santiago. Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes

Introducción: La enfermedad del seno pilonidal es una patología que se desarrolla en los folículos pilosos del área sacro coccígea. La incidencia reportada es de 26 por 100000 habitantes. Afecta principalmente a adultos jóvenes. Es causa importante de morbilidad (abscesos, supuración crónica, dolor). Existen numerosas técnicas quirúrgicas para su manejo. Todas tienen por objetivo erradicar el seno pilonidal, curación local y prevención de la recurrencia. No existe consenso sobre cuál es la técnica óptima para su manejo.

Objetivos: Mostrar la experiencia clínica y la satisfacción de los pacientes operados con técnica de Marsupialización en los últimos 10 años por el equipo de Coloproctología del Servicio de Cirugía del Hospital Militar de Santiago.

Pacientes y Método: Revisión retrospectiva de los registros clínicos en pacientes operados de quiste pilonidal en forma electiva con técnica de Marsupialización, entre los años 2000 y 2009,

incluyendo encuesta de satisfacción. Técnica Quirúrgica: Bajo anestesia regional, se ubica al paciente en posición de "navaja sevillana". Exposición del área operatoria con cintas ancladas a la mesa quirúrgica. Identificación del seno pilonidal con estiletes y destechamiento sobre éste. Curetaje de la base del seno sin lesionar la cápsula y marsupialización con material reabsorbible a piel. Resultados: Se incluyó un total de 81 pacientes, 56 hombres y 25 mujeres. Edad promedio de 20,5 años, con un rango entre 14 y 48 años. Todos los pacientes, excepto uno, fueron operados de forma primaria. Un 58% fue sometido a algún tipo de drenaje de urgencia en los meses previos a la intervención. Al momento de la cirugía, no había ningún proceso inflamatorio agudo en la zona operatoria. La estadía hospitalaria en promedio fue de un día. No se registraron complicaciones postoperatorias. Todos los pacientes fueron manejados con curaciones de forma ambulatoria. El tiempo promedio de alta de curaciones fue de 39 días. El porcentaje de recidiva fue de 4,76% (4 pacientes), con un rango de tiempo entre 1 y 9 años. Se describe una buena tolerancia con esta técnica.

Discusión: El cierre por segunda intención en el manejo de la enfermedad pilonidal es una técnica quirúrgica simple y reproducible, con una corta estadía hospitalaria y baja morbilidad. En estudios internacionales el porcentaje de recurrencia llega a un 4,5%, lo que se correlaciona con nuestra serie. Aún cuando se describe mayor tiempo de cicatrización que con otras técnicas, los pacientes pueden desarrollar sus actividades habituales en pocos días, con curaciones ambulatorias.

Seccional: CIRUGÍA DIGESTIVA

TUMORES DE INTESTINO DELGADO: EPIDEMIOLOGÍA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.

Drs. J. Rojas¹, N. Pereira¹, E.U. S. Cortés¹, A. Ferreira¹, Ints. L. Pereda¹, P. Steir¹, R. De Marinis¹

¹Departamento de Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: Pese a que el intestino delgado constituye un porcentaje importante del tubo digestivo, los tumores en esta ubicación son poco frecuentes, se describe un 1-2% de los tumores gastrointestinales, con cierto aumento en los últimos años. Chile no cuenta con estadísticas locales respecto al tema, por lo que este estudio refleja una aproximación en un Centro Universitario. El objetivo de nuestro trabajo es describir el perfil de los pacientes intervenidos en nuestro centro con el diagnóstico de tumor de intestino delgado, establecer una estadística local y caracterizar el cuadro clínico.

Materiales y Método: Diseño prospectivo, observacional. Pesquisa continúa de pacientes operados de tumores digestivos entre el año 2004 al 2010. Selección y seguimiento de los casos con tumores de intestino delgado durante el período establecido.

Resultados: De un total de 1403 pacientes operados por cáncer del tracto digestivo, se pesquisaron 38 casos con cáncer de intestino delgado (2,7%). En la población estudiada, 16 de sexo femenino (42,1 %) y 22 de sexo masculino (57,9 %), con edades entre 30 y 89 años, siendo el 76% mayor de 50 años. Los motivos de consulta fueron variados, siendo los más frecuentes: dolor abdominal (60,5%), vómitos (26%), baja de peso (23%), diarrea (15%) y melena (13%). Sólo 3 de estos pacientes (7,9%) tenían antecedentes de colecistectomía hace más de 20 años. En cuanto a la histología, 11 fueron descritos como GIST (28,9%), 10 como adenocarcinoma (26,3%), 8 como linfoma (21%). Presentaron complicaciones tempranas 7 (18,4%) pacientes, y 2 (5,2%) presentaron complicación tardías, siendo lo más frecuente la infección de herida operatoria. Del total de pacientes, a la fecha 11 de ellos se han fallecido (26%), 2 de los cuales fallecieron durante la hospitalización (5,2%).

Conclusiones: La epidemiología en nuestro centro se correlaciona bastante con la descrita a nivel internacional, siendo los tumores de GIST los de mayor frecuencia, seguidos por adenocarcinoma. Analizando los motivos de consulta más frecuentes vemos que son bastante inespecíficos lo que explicaría el diagnóstico tardío de esta patología con su consecuente alta mortalidad.

ANÁLISIS HISTOPATOLÓGICO DE 210 GASTRECTOMÍAS REALIZADAS POR CÁNCER GÁSTRICO EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL BARROS LUCO.

Drs. P. Velazquez, H. Kosler, F. Rojas, I. Plass, O. Orellana.

Complejo Asistencial Barros Luco (CABL). Departamento de Cirugía U. de Chile, Medicina USACH

Introducción: El adenocarcinoma gástrico (ACG), es el cáncer gástrico (CG) mas frecuente, es de alta prevalencia mundial, afecta más a los hombres, promedio de edad 64 años. En nuestro país es la primera causa de muerte por cáncer en la población general y en el sexo masculino. En el pronóstico lo más importante es el compromiso ganglionar, profundidad de invasión y grado de diferenciación, he aquí la importancia del análisis histopatológico. **Objetivo:** Analizar la incidencia de distintos parámetros histopatológicos, y asociación estadística entre estos, en los pacientes sometidos a cirugía por CG entre julio 2005 y enero del 2010.

Materiales y métodos: Se revisó el informe de 210 biopsias recibidas en el servicio de anatomía patológica de CABL, se analizaron los datos demográficos e histopatológicos buscando asociación entre las variables los con los test estadísticos chi cuadrado y Kruskal-Wallis rank sum test. **Resultados:** De todos los CG un 87% corresponden a ACG (un 12% de estos incipientes), un 6.6% fueron carcinomas indiferenciados, un 2.3% GIST, un 1.9 % Carcinoide, 1.4% de linfomas y un caso de carcinoma epidermoide.

Se analizaron los ACG y los carcinomas indiferenciados resultando un 75% de hombres, promedio de edad 64 años. En un 97% fueron lesiones únicas, promedio de 5.2cm de tamaño tumoral, la mayoría de las lesiones fueron Borman III, ulceradas, de localización proximal (52%), con invasión hasta la serosa (T3), tipo histológico tubular, moderadamente diferenciados y tipo intestinal de Lauren. La cirugía mas frecuente fue la gastrectomía total, el promedio de ganglios biopsiados fue de 26, con un 15% de ganglios menores a 15, la mayoría de las muestras presentaban permeación vascular linfática y el 78% presenta compromiso ganglionar, la mayoría N1.

Las variables con asociación estadísticamente significativa fueron la profundidad de la invasión con el grado de compromiso ganglionar (N1-N3) (p=0.0064, IC 95%), las lesiones ulceradas se asocian a un mayor compromiso ganglionar (p= 0.06) y el tamaño tumoral se asocia a mayor profundidad de invasión (p=0.001).

Conclusiones: Los datos obtenidos concuerdan con los publicados en la literatura, destaca el gran

porcentaje de localización proximal. De las variables que presentaron asociación estadística esta ampliamente descrito que a mayor invasión existe en mayor compromiso ganglionar, pero destaca la asociación entre lesiones ulceradas y compromiso ganglionar, y tamaño tumoral con profundidad de invasión, por lo que se puede concluir que las lesiones ulceradas y aquellas de mayor tamaño tienen un peor pronóstico.

PATOLOGÍA BILIAR Y PANCREÁTICA DURANTE EL EMBARAZO: MANEJO Y RESULTADOS, EXPERIENCIA DEL HOSPITAL PADRE HURTADO.

Drs. M. Vivanco, D. Zamorano, I. Turu, A. Mercado, R. González, C. Cavalla, A. Rodríguez-Navarro, A. Valle, G. Wiedmaier, Int. A. Ovalle, F. Oppliger. Servicio de Cirugía Hospital Padre Hurtado Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad de Desarrollo.

Introducción: La patología biliar litiasica es la segunda emergencia quirúrgica mas frecuente en embarazadas después de la apendicitis. La incidencia reportada fluctua entre un 0,5% a un 0,8%. La Pancreatitis es una condición aun mas infrecuente con una incidencia del 0,09%. En la literatura actual el manejo de estos pacientes es controversial. El objetivo del siguiente trabajo es dar a conocer el resultado del manejo de estas patologías en nuestra institución.

Materiales y Métodos: Se revisaron retrospectivamente las fichas de las pacientes embarazadas las cuales ingresaron a la unidad de embarazo patológico con el diagnóstico de coledocistitis aguda y pancreatitis desde enero del año 2000 a junio 2010, el diagnóstico fue definido por cuadro clínico sugerente a exámenes de laboratorio y estudio ecografico. Se analizaron variables demográficas, etiología, evolución, manejo quirúrgico y morbimortalidad materno-fetal. Resultados: 10522 nacimientos se registraron en el periodo. La serie consta de 43 pacientes con edad promedio de 25 años. La edad gestacional promedio al ingreso fue 27 semanas. Al ingreso 47% presento cuadro de colecistitis aguda, 29% pancreatitis aguda y 23% coledocistitis sintomática. 37 pacientes fueron sometidas a colecistectomía laparoscópica durante el embarazo y 6 en el puerperio. 4 pacientes presentaron coledocolitiasis asociada, 2 fueron convertidas a técnica abierta y dos fueron resueltas por vía laparoscópica. En las pacientes con pancreatitis aguda el 91% tuvo una evolución leve y la etiología mas frecuente fue la biliar. No existió morbimortalidad materna, y hubo una muerte fetal 6 semanas post cirugía.

Conclusiones: La patología biliar y pancreática durante el embarazo es una entidad poco frecuente. El abordaje laparoscópico es seguro y asociado a una muy baja morbimortalidad materno-fetal. La única mortalidad registrada en nuestra serie estuvo asociada a una malformación fetal. En relación a la pancreatitis, en la mayoría la evolución fue leve y el manejo médico seguro.

RESULTADOS TÉCNICOS Y SU IMPACTO ECONÓMICO, CON EL USO DE LA SUTURA DE DINO DE ALMEIDA MODIFICADA PARA ANASTOMOSIS ESÓFAGO-YEYUNAL.

Drs. G. Astete¹, O. Lynch², H. Shultz², L. Martínez³, M. Zilic³, A. Giacaman(-), G. Calderon(-), C. Alarcón(-), J. Contreras(-). ¹Cirujano Universidad Católica de la Santísima Concepción. ²Jefe Servicio de Pensionado Hospital G. Grant B. de Concepción. ³Cirujano, Servicio de Cirugía H. Gmo Grant B y Universidad de Concepción.

(-) Alumno Fac. Medicina Universidad de Concepción. Hospital Gmo. Grant Benavente de Concepción, Servicio de Pensionado.

La toma de decisiones en la práctica de cirugía digestiva, hoy en día debe considerar incluir los análisis de costo-beneficio que permita ofrecer altos estándares de seguridad y menores costos finales, esto es, ser eficientes. Un ejemplo concreto en esta temática es la decisión de cómo manejar la anastomosis esófago yeyunal en la gastrectomía total por cáncer gástrico, existiendo en la actualidad diversas propuestas de sutura, manual v/s mecánica, de conducta complementaria como el decidir el uso de drenes perianastomóticos, apoyo nutricional enteral, parenteral; antibioticoprofilaxis v/s antibioticoterapia; estadía en unidades intensivas o intermedias.

Se presenta una técnica de anastomosis esofago-yeyunal, reproducible, de sutura manual, término-lateral, monopiano, con material reabsorbible (Vicryl 3-0 ®), adaptación de la sutura de Dino de Almeida modificada para esófago, con inclusión segura de la mucosa esofágica como punto de anclaje y recubrimiento con mucosa yeyunal, logrando afrontamiento confirmado de estas mucosas. El manejo general involucra asistencia nutricional parenteral por 7 días, no usar drenes perianastomóticos, antibioticoterapia, sin ingreso a unidades de cuidados intensivos o intermedios; y observación hospitalaria hasta la ingesta normal y completa (14 días). Se evalúa clínicamente esta técnica en términos de seguridad y funcionalidad, esto es, ocurrencia de Fístulas o Estenosis; y, se evalúa costos asociados.

Técnica realizada consecutivamente en 111 pacientes a partir de 1984. Todos adenocarcinoma gástrico. 72 hombres (64,9%) y 39 mujeres (35,1%); edad promedio 60,6 años (rango 30 a 80 años). Cáncer Incipiente 8 casos y Avanzado 103 casos. Presencia de Fístulas= 0 casos; presencia de estenosis= 0 casos. Estadía hospitalaria promedio 14,3 días (rango 10-45 días), sin estadía en UCI. Como referente, el promedio de estadía hospitalaria de un grupo comparativo, intervenido por equipos distintos, es de 19,7 días, con promedio de estadía en UCI de 8,6 días. Costo Hospitalario promedio de esta serie es de \$ 1.152.507 versus \$ 3.32.3.818 del grupo comparado, y el costo referencial de uso de estapler \$ 416.101 para cada set básico.

La seguridad y funcionalidad de esta técnica de anastomosis esófago-yeyunal y su manejo general expuesto es reproducible, y, en un análisis de costo-beneficio permite disminuir gastos asociados al tratamiento de pacientes que requieren gastrectomía total.

CÁNCER GÁSTRICO. 10 AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO

Drs. F. Bustos, G. Wiedmaier, C. Cavalla, I. Turu, P. Salinas, E. Rivas, Ints. M. Figueroa, F. Oppliger, A. Rosas, V. Salvador

Institución: Servicio de Cirugía Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo

Introducción: El Cáncer Gástrico constituye la primera causa de muerte por cáncer en Chile y por ello es reconocido como una prioridad de salud pública del país. El objetivo de este trabajo es evaluar la experiencia de manejo de esta patología en el Hospital Padre Hurtado durante un período de 10 años.

Materiales y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes diagnosticados con Cáncer Gástrico en el servicio de cirugía del Hospital Padre Hurtado. Para ello se realizó revisión de fichas clínicas, cirugías, complicaciones y biopsias de paciente operados y causa de irresecabilidad en pacientes no operados. Se evaluó además tratamientos adyuvantes y sobrevida general. Se realiza análisis descriptivo de variables. Seguimiento fue entre 4 meses y 120 meses.

Resultados: Se obtuvo un total de 510 pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico con un promedio de edad de 64 años. El 77% correspondían a pacientes de sexo masculino. Se realizó cirugía en 63,9% de los pacientes diagnosticados. De los pacientes intervenidos en 64,4% se realizó gastrectomía con intención curativa, en 15,6% se realizó laparotomía o laparoscopia exploradora y en 20,9% se realizó cirugía paliativa. 14% de los pacientes operados tuvieron complicaciones postoperatorias. La mortalidad perioperatoria fue de 1,5%. La sobrevida de los pacientes intervenidos fue de 41,1%.

Conclusión: El cáncer gástrico es una patología frecuente con alta mortalidad. De la totalidad de pacientes diagnosticados en nuestro servicio alrededor de la mitad lograron ser operados y en ellos se logra realizar cirugía con intención curativa sólo en la mitad. La sobrevida global en nuestra serie es comparable con series internacionales.

RESULTADOS A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR.

Drs. Héctor Losada^{1,2}, César Muñoz¹, Luis Burgos SJ^{1,2}, Jorge Silva^{1,2}, Juan Carlos Roa S^{3,4}, Claudia Heider¹.

¹Departamento de Cirugía y Traumatología. Universidad de La Frontera. Temuco.

²Equipo de cirugía hepatobiliar y pancreática. Servicio de Cirugía.

Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena. Temuco. ³Departamento de Anatomía Patológica. Universidad de La Frontera. Temuco.

⁴Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena. Temuco.

Introducción: El cáncer de vesícula biliar (CVB) es una de las causas más frecuentes de mortalidad en Chile. La región de la Araucanía presenta un alto riesgo para CVB. La colecistectomía ampliada a demostrado ser la alternativa quirúrgica de elección en tumores avanzados de la vesícula biliar. Nuestro objetivo es presentar los resultados a largo plazo en el tratamiento quirúrgico del CVB.

Materiales Y Método:

Diseño de estudio: Estudio de cohorte. *Período de estudio:* Enero 2000 a Diciembre de 2009.

Técnica quirúrgica: Resección de ganglios intercavaoártericos con biopsia contemporánea. Resección hepática (4b) y linfadenectomía del pedículo hepático, asociando resección de vía biliar principal en compromiso neoplásico del conducto cístico.

Medición: En el periodo de estudio se registra la morbimortalidad operatoria y la supervivencia durante el seguimiento. Se realiza seguimiento clínico e imagenológico de los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico con intención curativa.

Análisis estadístico: Las variables se agruparon en cualitativas y cuantitativas. El análisis de las variables se realiza en el programa estadístico STATA 9.0. Los resultados se presentan en medidas de frecuencia, tendencia central y dispersión.

Resultados: Durante el periodo de estudio se han intervenido 26 pacientes por CVB con intención curativa. La edad promedio es de 54.9±8.4 años. El 84.6% corresponde a género femenino. El 95% de los pacientes se ha intervenido como re-resección diferida. La mayoría de los tumores corresponde a T₂N₀₋₁M₀. La cirugía se consideró R0 en el 70%. El 30% recibió terapia coadyuvante (Quimio y/o radioterapia coadyuvante). La morbilidad operatoria es de un 38%, presentándose principalmente como complicaciones menores. No se presenta mortalidad operatoria. La supervivencia global es del 50% a 18 meses, siendo mayor para los pacientes N₀. **Conclusión:** La cirugía para el tratamiento del CVB presenta una morbilidad operatoria aceptable con una supervivencia global que es comparable a cifras nacionales e internacionales.

EXPERIENCIA EN COLANGIOGRAFÍA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE TEMUCO. ESTUDIO DE COHORTE.

Losada Héctor; Silva Jorge; Biel Francisco; Burgos SJ Luis; Muñoz César; Fernández Camila. Equipo de Cirugía hepatobiliar y pancreática. Hospital Hernán Henríquez Aravena.

Departamento de Cirugía. Universidad de La Frontera.

Introducción: La Colangiografía endoscópica retrógrada (CER) es un método efectivo para resolver

diferentes patologías biliopancreáticas. Nuestro objetivo es evaluar los resultados en términos de morbimortalidad de la CER en el Hospital Regional de Temuco.

Metodología: Diseño del estudio: estudio de cohorte retrospectiva.

Periodo de estudio: enero 2005-febrero 2010.

Maniobra: Se registraron datos biodemográficos; indicaciones; tipo de sanación; características técnicas del procedimiento; morbimortalidad y estancia hospitalaria.

Análisis estadístico: Se utilizó estadística descriptiva, con medidas de tendencia central y dispersión. Se utilizó el programa Stata®10.

Resultados: La cohorte consta de 465 pacientes; con edad promedio de 60.5±17 años. 72% de la cohorte es de género femenino. Las indicaciones más frecuentes fueron coledocolitiasis con o sin signos de colangitis en el 72%; 18% estenosis de la vía biliar; 4% pancreatitis grave de etiología biliar. Se utilizó propofol como sedación en el 54% de la cohorte y midazolam en el 46%. En los últimos 2 años se ha utilizado exclusivamente sedación con propofol.

Se realizó precorte en el 16% de los pacientes. Se canuló el Wirsung en el 16% de los pacientes. Se logró la canulación de la vía biliar en el primer intento en el 83% de los pacientes. Se utilizó prótesis biliar en el 22% de la cohorte. La morbilidad global es de 3%. La tasa de pancreatitis asociada a CER es de 1.5%. La mortalidad asociada a CER es de 0.8%. El promedio de estancia hospitalaria después de CER fue de 1.08± 4.2 días.

Conclusiones: Nuestros resultados en términos de morbimortalidad son comparables con las series nacionales e internacionales.

EXPERIENCIA EN ESPLENECTOMIAS LAPAROSCOPICAS EN ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS: SERIE DE 56 CASOS

Drs. M. Musleh, A. Marambio, F. Maluenda, E. Klein, S. Nuñez, J. Jans, E. Lanzarini
Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: La esplenectomía laparoscópica ha demostrado ser una técnica factible, segura y de baja morbilidad en el tratamiento de enfermedades hematológicas. Con el tiempo se ha ido perfeccionando permitiendo ampliar su indicación. Objetivo: Describir la experiencia en esplenectomía laparoscópica en el transcurso de 10 años de la técnica en un centro universitario y comparar los resultados con la serie inicial (primeros 5 años). Material y Método: Estudio prospectivo desde 1999 al 2009 para esplenectomía laparoscópica por enfermedad hematológica, con criterios de inclusión previamente establecidos en la serie inicial. Se analizaron las características clínicas, indicaciones, tiempo operatorio, tamaño del bazo, morbilidad perioperatoria y estadía hospitalaria.

Resultados: Durante este período se operaron 72 pacientes, de los cuales 56 casos se realizaron por vía laparoscópica. De estos, 39 (69,6%) fueron

mujeres y el promedio de edad fue 38,7±17,6 años (7-75). La principal indicación correspondió al púrpura trombocitopénico idiopático en 37 (66%) pacientes, seguido de anemia hemolítica, púrpura asociado a lupus y linfoma con 5 (9%) casos cada uno. En 4 casos había una microesferocitosis hereditaria. Cinco pacientes presentaban un bazo supernumerario (9%) La duración de la cirugía fue en promedio de 109,2±45,7 min, (tiempo serie inicial = 184 min). El peso del bazo extraído fluctuó entre 41 y 1.590 grs (promedio 346,8 vs 183 grs en serie inicial), presentando una relación directamente proporcional con el tiempo operatorio (p=0,03). Cinco pacientes (9%) presentaron algún tipo de complicación durante la hospitalización, principalmente secundarias a hemorragia (4 pacientes). Un caso (1,7%) tuvo que ser convertido debido a sangrado del lecho esplénico. La estadía hospitalaria promedio fue de 8,7 días (2-43, mediana 5). No hubo mortalidad en esta serie.

Conclusiones: En esta experiencia la esplenectomía laparoscópica ha resultado ser un abordaje seguro para tratar pacientes con enfermedades hematológicas. Con la experiencia se ha logrado disminuir los tiempos operatorios y extraer bazos de mayor tamaño, con una aceptable tasa de complicaciones.

CALCIFICACIONES VESICULARES Y CANCER

Drs. Juan Jorge Silva, Jaime Carrasco, Marcos Alban, Matias Pruzzo, Rafael Ramirez

¹Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile

²Becado de Cirugía General, Hospital Clínico Universidad de Chile

³Alumno Medicina Universidad de Chile Departamento de Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: El cáncer de la vesícula biliar es el más común de los cánceres del tracto biliar. Las calcificaciones vesiculares, la vesícula en porcelana y los pólipos representan factores de riesgo para tener cáncer vesicular, llegando en algunas series a estar asociados entre 12 y 50%. Series nacionales han estimado esta relación en 27%. El objetivo del presente estudio es tratar de clarificar el riesgo de cáncer en una vesícula con calcificaciones o en porcelana en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile

Material y Método: Se diseñó un estudio de casos y controles en el que los casos corresponden a los pacientes con diagnóstico de cáncer vesicular atendidos en el Departamento de Cirugía del HCUCH desde 2005 y hasta 2009 Como controles se evaluaron los casos sometidos a colecistectomía en similar período, sin parear.

Resultados: Se incluyeron solo pacientes con diagnóstico confirmado por histología obteniéndose 72 casos y 188 controles. La edad promedio de los casos fue 43.5 años con un rango de 16-82 y de los controles 62.3, con un rango de 25 a 86 años. En cuanto al género, los controles 122 fueron mujeres y 66 hombres. Mientras que en los casos observamos

46 mujeres versus 26 hombres. De los casos, 7 se presentaron con calcificaciones (exposición al factor de interés) y solo 5 de los controles presentaron esta exposición. Al establecer el OR (odds ratio) el resultado fue de 3.92 lo que representa una mayor frecuencia de exposición entre los casos comparados con los controles. Esta diferencia fue estadísticamente significativa en esta serie.

Conclusiones: Podemos concluir que en este estudio las calcificaciones vesiculares y la vesícula en porcelana representan un riesgo aumentado para cáncer vesicular, aunque menos que en otras series nacionales e internacionales.

CÁNCER VESICULAR ; 10 AÑOS DE EXPERIENCIA DEL HOSPITAL PADRE HURTADO

Drs. S. Pradenas, M. Vivanco, A. Valle, R. Las Heras, D. Zamorano, P. Salinas, C. Cavalla, E. Rivas, A. Mercado, R. Rossi, G. Wiedmaier, Int. F. Opplinger, M. Figueroa, A. Rozas.

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

Introducción: En Chile, el cáncer de vesícula biliar es el que tiene la más alta mortalidad en mujeres. El principal factor de riesgo en nuestra población es la colelitiasis. En la gran mayoría de los casos se trata de un adenocarcinoma. El principal problema es lo tardío del diagnóstico que muchas veces hace imposible ofrecer alternativas curativas de tratamiento.

Objetivo: El objetivo de este trabajo es mostrar nuestra experiencia en relación al manejo y tratamiento en esta patología.

Material y Métodos: Se revisó y analizó la base de datos de cáncer vesicular del Hospital Padre Hurtado. Esta base de datos esta compuesta por todos los pacientes con el diagnóstico antes descrito, manejados en el Hospital Padre Hurtado desde enero del año 2000 hasta julio del 2010. Se seleccionaron los pacientes que fueron operados y en este grupo de pacientes se analizaron aspectos demográficos, cirugía realizada, compromiso linfonodal y sobrevida. Resultados: Se seleccionaron 118 pacientes, el 27% sexo masculino 72% mujeres. El promedio de edad fue de 60 años. El diagnóstico preoperatorio fue realizado en un 39%; intraoperatorio 25%; postoperatorio 18%. Fue posible realizar resección en un 87%. Dentro de los pacientes resecados finalmente quedaron R0 66,6%; R1 20,23%; R2 13,17%. La morbilidad fue 20,23%. Estadía hospitalaria promedio fue 9,73 días. 100% de los casos correspondieron histológicamente a adenocarcinoma. Diagnósticos por etapa I: 28,56%; Etapa II total 40,47%; Etapa III 8,05%; Etapa IV 22,61%. La sobrevida global fue de 36,9%

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico del cáncer vesicular es el único tratamiento potencialmente curativo. Nuestra morbilidad es baja y la sobrevida es similar a otras series publicadas. Es destacable que el número de pacientes en nuestra serie clínica

es mayor que el descrito en otros centros quirúrgicos.

LESIONES DE VÍA BILIAR EN COLECISTECTOMÍA. REVISIÓN DE 5 AÑOS EN HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL VALDIVIA.

G. Martínez¹, C. Cárcamo², C. Bansé².
¹ Residentes de Cirugía, ² Cirujanos Equipo Digestivo.

Instituto de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. Subdepartamento de Cirugía. Hospital Clínico Regional Valdivia.

Introducción: La patología de vesicular presenta alta incidencia y es primera causa de muerte por cáncer en la mujer chilena, transformándose en los últimos años en prioridad sanitaria, incluyéndose como Garantía Explícita en Salud. Por esto que el abordaje laparoscópico, aceptado como técnica estándar para efectuar colecistectomía desde hace más de una década, también muestra morbilidad adquiriendo máxima expresión en lesiones de vía biliar (VB) siendo el más desastroso de los accidentes que pudiera sufrir un paciente en el transcurso de colecistectomía laparoscópica.

Objetivos: Caracterizar las lesiones de VB producidas mediante colecistectomía en el Hospital Clínico Regional Valdivia (HCRV).

Material y Método: Estudio descriptivo retrospectivo, se analiza la experiencia del HCRV en un período de 5 años, desde enero de 2005 hasta diciembre de 2009, mediante revisión de ficha clínica. Fueron colecistectomizados 3934 pacientes. Se consideró edad, género, tipo de lesión, técnica quirúrgica, conversión post lesión, tiempo operatorio, resolución inmediata o en segundo tiempo, histología vesicular y cirugía electiva o de urgencia. Datos analizados mediante Microsoft Excel.

Resultados: En 5 años de revisión se operaron 3476 (88,35%) colecistectomías laparoscópicas y 458 clásicas. Encontramos 14 lesiones de VB, que corresponde al 0,35% del total de colecistectomías, de las que 9 son consideradas graves: sección, clipaje o resección con un 64,28% de las lesiones. Los 5 casos restantes corresponden a lesiones puntiformes o desgarras de la unión cístico-coledociana. El 85,7% ocurrió en mujeres. La edad promedio fue 51,21 años. El 85,71% de los casos ocurrió mediante laparoscopia. Al momento de la lesión se convirtió en el 50%. El tiempo promedio de la cirugía de reparación fue de 147 minutos. En 7 casos se resolvió en el mismo tiempo operatorio. La reparación se realizó en 7 casos mediante sonda T, 3 casos mediante sutura primaria, dos de las cuales se realizó laparoscópicamente, 3 casos mediante derivación bilio-digestiva y 1 caso con prótesis endoscópica. Al analizarlas según estado anatomopatológico de la vesícula biliar encontramos una incidencia de 57,1% en la colecistitis crónica activa y reagudizada, 35,7% en la vesícula escleroatrófica y 7,2% en cáncer vesicular. En el 92,8% se realizó en cirugía electiva. No se observaron fallecimientos.

Conclusiones: En nuestra serie, la incidencia de

lesión de VB es concordante con lo publicado en nuestro país. Si bien esta complicación tiene una baja incidencia, está directamente relacionado con el estado evolutivo de la enfermedad litiasica por lo que su manejo aun no ha podido estandarizarse.

ULCERA PÉPTICA PERFORADA. LAPAROSCOPIA: PRIMERA ELECCIÓN? *Dr. D. Coronel, Dr. C. Mora, Int. C. Cortés, Int. C. Trujillo.*

Servicio de Cirugía Hospital El Pino. Servicio de Urgencia Hospital El Pino. Facultad de Medicina Universidad Andrés Bello.

Introducción: La úlcera péptica perforada es la principal indicación de cirugía gástrica de urgencia y se asocia a una elevada morbimortalidad. Los pacientes podrían beneficiarse del abordaje laparoscópico, pero no hay consenso en la actualidad. **Objetivos:** Evaluar las características demográficas de los pacientes ingresados en nuestro servicio y comparar los resultados del manejo laparoscópico versus laparotomía, en la resolución de esta patología. **Métodos:** Estudio retrospectivo. Se revisaron las fichas de los pacientes ingresados al servicio de urgencia del Hospital El Pino, con diagnóstico confirmado de úlcera péptica perforada, entre enero de 2004 y julio de 2010. Se analizaron las siguientes variables: edad; sexo; antecedentes de úlcera péptica, uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), tabaco, alcohol o drogas; tiempo transcurrido desde inicio de síntomas hasta resolución quirúrgica; tamaño y localización de perforación; utilización de parche de epiplón; tiempo operatorio; morbimortalidad y estadía hospitalaria. **Resultados:** 37 pacientes, 9 (24%) resueltos por laparoscopia y 28 (76%) por laparotomía. La edad promedio fue 43 años, 33 pacientes sexo masculino (89%) y 4 pacientes sexo femenino (11%). Del total de pacientes, 30% tenía antecedente de enfermedad ulcerosa péptica, 8% estaba en tratamiento con AINEs, 38% consumía tabaco, 51% alcohol y 32% drogas. 81% se operó antes de 24 horas de iniciado el cuadro clínico. El diámetro promedio de la perforación fue 9,7 mm, 81% fueron gástricas y 19% duodenales. Se utilizó parche de omento en 9 pacientes (24%). El tiempo operatorio fue 77 minutos con laparoscopia y 67 minutos con laparotomía. El 22% de los pacientes operados laparoscópicos presentaron complicaciones versus 29% de los operados por laparotomía. De éstos últimos 1 paciente falleció (3,5%). La estadía hospitalaria fue de 4,5 días los resueltos por laparoscopia versus 5,6 días los resueltos por laparotomía.

Conclusiones: Hay buenos argumentos a favor de la laparoscopia como primera elección en el tratamiento de la úlcera péptica perforada. Si bien se prolonga el tiempo operatorio en alrededor de 15%, la morbilidad y en mayor medida la estadía hospitalaria disminuyen considerablemente, acortándose esta última un 24%.

TUMOR NEUROENDOCRINO APENDICULAR . HISTOPATOLOGIA Y MANEJO POSTOPERATORIO.

Drs. F Imigo¹, E Celedón¹, J Lavanderos¹, Int A Valencia², J Anzieta³, C Bansa⁴, E Castillo⁴, G Martínez⁴, F Silva⁴, J Gómez⁴.

¹ Residentes Cirugía General Universidad Austral de Chile.

² Alumno Medicina Universidad Austral de Chile.

³ Cirujano Infantil Hospital Base Valdivia.

⁴ Cirujano Digestivo Hospital Base Valdivia. Instituto de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile. Subdepartamento de Cirugía. Hospital Base Valdivia.

Introducción: Las neoplasias apendiculares registran una incidencia de 0.3 a 0.9 % de todas las apendicectomías. De estas la más frecuente es la neoplasia neuroendocrina apendicular, también llamada Tumor Carcinoide.

Objetivo: Determinar la incidencia, características anatomopatológicas y evaluar el manejo postoperatorio en pacientes con Carcinoide apendicular.

Material y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo de corte transversal de todas las biopsias de apendicectomía realizadas en el Hospital Base Valdivia durante los años 2004 al 2009. Se revisó la ficha clínica y se determinó la edad, sexo, diagnóstico pre y postoperatorio, resultado histológico y sus características, complicaciones postoperatorias y control de biopsia post alta.

Resultados: Durante el periodo se realizaron 4774 apendicectomías, diagnosticándose 16 NNEA. La incidencia fue de 0.3%. 9 pacientes fueron femeninos (56.3%) con un rango de edad de 7 a 64 años. El diagnóstico preoperatorio en 15 casos fue apendicitis aguda y en 1 peritonitis apendicular. El diagnóstico postoperatorio en 2 casos fue distinto, correspondiendo a un absceso tuboovárico y apendicectomía en blanco. El tamaño tumoral en la pieza quirúrgica en 9 casos fue < 1 cms, en 4 entre 1 y 2 cm, y en 3 fue > 2 cm. La ubicación en 11 casos fue distal, en 4 medio y en 1 multifocal. La extensión transmural en 6 casos fue hasta la perimuscular y en 4 hasta la serosa y en 2 casos hasta el adiposo periapendicular. En 2 pacientes el mesoapéndice estaba comprometido, y en 3 pacientes no estaba descrito. No existió compromiso de la base. No se registraron complicaciones postoperatorias. 1 paciente asistió a control postoperatorio de biopsia presentando un tumor < 1 cm que no comprometía en mesoapéndice. 15 pacientes no asistieron al postoperatorio, 2 presentaban compromiso del mesoapéndice. **Conclusión:** Destaca que en 3 casos no fuera descrito en el informe de biopsia el compromiso del mesoapéndice, ante lo cual se requiere mayor uniformidad en el diagnóstico histopatológico. Solo 1 paciente asistió al control postoperatorio para informe de la biopsia. De los pacientes que no asistieron en 2 existía compromiso del mesoapéndice, teniendo ellos indicación de estudio de extensión.

Si bien es un tumor poco frecuente y de baja mortalidad a 5 años debemos concientizar y recalcar al paciente sobre la importancia del control postoperatorio para el informe de la biopsia.

MANEJO Y SOBREVIDA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER VESICULAR T2 Y T3 EN EL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE VALDIVIA ENTRE LOS AÑOS 2004-2009.

Drs. J. Lavanderos, F. Imigo, Int. A. Valencia, Int. A. Vivallo, S. Muñoz, C. Cárcamo.

Instituto de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. Subdepartamento de Cirugía, Hospital Clínico Regional de Valdivia.

Introducción: El Cáncer Vesicular es una enfermedad de alta prevalencia y mortalidad en nuestro país, constituyendo actualmente la primera causa de muerte por cáncer en la mujer. El manejo de esta neoplasia varía según el estadio al momento del diagnóstico y el centro en el cual se trate el paciente. El fundamento de la discrepancia de manejo se basa fundamentalmente en la relación riesgo-beneficio de someter a un paciente a la morbilidad de una cirugía de gran magnitud v/s el tiempo de sobrevida que se le suma posterior a dicha intervención.

Objetivo: Describir el manejo y correspondiente sobrevida de los pacientes con cáncer vesicular T2 y T3, tratados en el Hospital Clínico Regional de Valdivia.

Material y Método: Estudio descriptivo retrospectivo, mediante la revisión sistemática de fichas clínicas de todos los pacientes con diagnóstico de Cáncer Vesicular entre los años 2004 y 2009. Se incluyeron aquellos casos que según el compromiso de la pared vesicular correspondían a T2 y T3; y que aceptaron una reoperación luego de la colecistectomía simple inicial. Los datos fueron tabulados y analizados con MS Excel; la sobrevida se estableció según método de Kaplan-Meier.

Resultados: De un total de 96 pacientes con el diagnóstico histopatológico de cáncer vesicular, 71 correspondieron a cáncer avanzado. De ellos 12 casos eran T2 y 50 T3. El tipo de cirugía definitiva se estableció en última instancia por el cirujano según los hallazgos del intraoperatorio. En 9 casos se realizó Cuña Hepática más Linfadenectomía alcanzando una sobrevida global de 90% a 1,8 años; en 9 casos se realizó Cirugía Ampliada alcanzando una sobrevida global de 56% a 2,2 años; en ambas cirugías con un seguimiento promedio de 2 años. En 5 casos sólo fue factible una Cirugía Paliativa.

Discusión: el manejo quirúrgico realizado en nuestro centro de los pacientes T2 y T3 mediante reoperación ha brindado buenas tasas de sobrevida en relación ha lo publicado en la literatura internacional, con baja morbilidad asociada al procedimiento quirúrgico; sin embargo creemos que la indicación quirúrgica debe ser analizada caso a caso según la edad y comorbilidades del paciente.

Conclusiones: Debido a la falta de un número representativo de pacientes a quienes realizar un seguimiento de sobrevida y morbilidad posterior a

la reoperación creemos prudente plantear la necesidad de realizar estudios multicéntricos comparativos en los cuales se pueda lograr un universo de casos mayor; esto con el fin de marcar una tendencia y así aunar criterios de manejo de una patología de alta prevalencia a nivel nacional.

SOBREVIDA A LARGO PLAZO EN CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO T2-T3 N0 SIN TERAPIA ADYUVANTE.

Drs. O. Lynch, J. Madariaga, A. Giacaman, G. Astete, M. Fernández, N. Pérez, J. Contreras, C. Alarcón, G. Calderón.

Servicio de Pensionado, Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción.

Facultad de Medicina Universidad de Concepción.

Introducción: El tratamiento del cáncer gástrico es quirúrgico, afirmación plenamente válida en cáncer incipiente. Sin embargo en cáncer gástrico avanzado (CGA) la sobrevida global a 5 años es baja (+/- 30%) permitiendo el desarrollo de terapias adyuvantes que tiende a transformarse en un estándar. **Objetivos:** Comunicar los resultados de sobrevida CGA T2-T3 N0 sin terapia adyuvante. **Material y método:** Serie prospectiva de pacientes con CGA intervenidos entre 1979-2009. **Criterios de inclusión:** Pacientes de T2-T3 N0 con potencial curativo de cirugía tipo A o tipo B según reglas generales para el estudio del cáncer gástrico 2ª edición japonesa, seguimiento clínico completo, sin adyuvancia. **Análisis de sobrevida según método de Kaplan-Meier.**

Resultados: Total de CGA tratados 203 casos, cumplieron criterios de inclusión 40 pacientes, 19 mujeres, 21 hombres. Edad promedio 57 años (Rango 32-80). Sobrevida global a 5 años 61%. Sobrevida para subgrupo T2N0 [IB] (n=27) 68,4%, T3N0 [II] (n=13) 53,8%.

Conclusión: La cirugía exclusiva permite buenos resultados de sobrevida en pacientes con CGA T2-T3 N0. Por ende nuestra propuesta para este subgrupo de pacientes es no realizar terapia adyuvante como un estándar.

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA CON UNA INCISIÓN: EVOLUCIÓN DE LA TÉCNICA

Drs. J. Rodríguez J.^{1,2}, T. Aráneda.²

¹Servicio de Cirugía, Hospital de San Fernando

²Servicio de Cirugía, Hospital FUSAT

Introducción: La técnica quirúrgica de la colecistectomía laparoscópica con una incisión realizada por nuestro grupo de trabajo, desde 2008, ha presentado varias modificaciones, las cuales han impactado positivamente en los resultados. **Objetivo:** Presentar la evolución de la técnica quirúrgica de la colecistectomía laparoscópica con una incisión, utilizando diferentes instrumentos, desde mayo de 2008 a Junio de 2010.

Pacientes y método: Se incluye pacientes con colelitiasis o pólipos vesiculares, con hallazgos ecográficos de paredes vesiculares < de 3 mm y vía

biliar <6 mm, pruebas de función hepática normales, sin cirugía previa en hemiabdomen superior y un índice de masa corporal < 25 kg/m². A través de una incisión umbilical, se coloca un trocar de 11 mm, para introducir una óptica con canal de trabajo de 6 mm. y un segundo trocar de 5 mm. para introducir una pinza que tracciona el fondo vesicular. En los 2 primeros pacientes la vesícula se moviliza utilizando puntos transfixiantes, luego se usó una aguja de acero de 1.5 mm con punta roma, finalmente se utiliza una pinza de 2.3 mm. que permite realizar movimientos. El conducto cístico y la arteria cística se ligan cada uno con material reabsorbible, luego con una clipeadora de 10 mm y finalmente se utiliza una clipeadora de 5 mm que se introduce a través del canal de trabajo de la óptica. Resultados: 26 pacientes, todas mujeres, 23 con coledocistitis y 3 con pólipos vesiculares. El tiempo operatorio fue de 160 minutos en las primeras 5 pacientes y de 35 a 45 minutos en las últimas pacientes. La estadía hospitalaria varió entre 12 y 36 horas. La anatomía patológica muestra coledocistitis inespecífica. No hubo complicaciones, ni conversión a cirugía laparoscópica tradicional o cirugía abierta. El grado de satisfacción de las pacientes es alto en particular por los resultados estéticos, sin cicatriz visible.

Conclusión: La técnica de la colecistectomía laparoscópica con una incisión, evoluciona en meses a una técnica totalmente comparable a la cirugía laparoscópica tradicional, en términos de facilidades y seguridad de la técnica quirúrgica, tiempo operatorio y estadía hospitalaria, ofreciendo mejores resultados estéticos.

EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE ACALASIA LAPAROSCOPICA EN HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE

Drs. A. Csendes, I. Braghetto, J. E. Salas, P. León
Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: La acalasia corresponde a un trastorno primario de la motilidad esofágica, de muy baja frecuencia. Su tratamiento actual consiste en realizar una esofagotomía por vía laparoscópica. Objetivos: Determinar las características de pacientes con diagnóstico de acalasia en el Hospital Clínico Universidad de Chile y el resultado del tratamiento quirúrgico.

Material y Métodos: Se revisaron en forma retrospectiva las fichas y/o manometrías de pacientes con diagnóstico de acalasia evaluados en el Hospital Clínico Universidad de Chile en el período 1995-2009. Se excluyeron los pacientes con datos incompletos. Se utilizó Excel como plantilla de cálculo.

Resultados: Se operaron 153 pacientes en el período analizado. La presión promedio del EEI en 94 pacientes evaluados fue de 33,07+13,05 mmHg. Existió relajación incompleta o ausente en 93,75% y aperistalsis del esófago torácico en 97,01% de los pacientes analizados. La cirugía consistió en una esofagotomía de Zaaijer, asociado a plicatura

parcial de Dor, salvo en 1 caso. Hubo 17 perforaciones puntiformes de mucosa (11%), que se suturaron sin incidentes. Hubo 2 conversiones, una por adherencias y otra por apertura extensa de la mucosa. En el postoperatorio, existieron 3 complicaciones: hemoperitoneo reoperado, lesión puntiforme del peritoneo que produjo peritonitis secundaria y un hematoma de la pared abdominal por trocar no reoperado. El estudio manométrico postoperatorio se realizó en 29 pacientes, demostrando una presión de reposo del EEI de 11,43+4,74 mmHg (p<0,001). La evaluación clínica alejada de los pacientes está en desarrollo. Conclusiones: La cirugía laparoscópica de la acalasia es una opción segura, de muy baja morbilidad y nula mortalidad, con resultados funcionales similares a lo observado en cirugía laparotómica.

FACTORES DE RIESGO PARA COLECISTITIS AGUDA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO PREVIO DE COLEDOCITIS

Drs. J. Campos¹, D. Pulgar¹, J. Cassina², D. Acuña², J. Martínez², C. Ferreccio³

¹Becario Programa de Cirugía, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

²Interno Medicina, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

³Profesor Asociado Departamento Cirugía Digestiva, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

⁴Profesor Asociado Departamento Salud Pública, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: La prevalencia de coledocistitis en Chile es una de las más altas en el mundo, lo que asociado a un curso natural de la enfermedad más agresivo que en otras poblaciones, determina que un gran porcentaje de pacientes con diagnóstico conocido de litiasis biliar deban ser intervenidos de urgencia, con la mayor morbilidad y mortalidad que esto conlleva.

Objetivo: Determinar factores con valor pronóstico para coledocistitis aguda en pacientes con diagnóstico previo de coledocistitis.

Material y Métodos: Se analizaron en forma retrospectiva los registros de pacientes con diagnóstico de coledocistitis sintomática entre 35 y 49 años, que entre Enero de 2005 y Marzo de 2010 fueron incluidos en la lista de espera del programa GES del Hospital Sótero del Río para resolución quirúrgica. Se identificó a los pacientes que desarrollaron un cuadro de coledocistitis aguda debiendo ser intervenidos de urgencia y se le correlacionó con los antecedentes clínicos del paciente, exámenes de laboratorio e imágenes preoperatorios. Se consideró significativo un p<0,05. Resultados: En dicho período se identificaron 280 pacientes, de los cuales 36 (12,8%) desarrollaron un cuadro de coledocistitis aguda debiendo ser intervenidos de urgencia. Se identificaron en análisis univariado 5 factores de riesgo para el desarrollo de coledocistitis aguda: género masculino, antecedente de enfermedad cardiovascular, la presencia de diabetes, el número de consultas al servicio de

urgencia por cólico biliar simple y la duración de los síntomas ($p < 0,05$). Todos los factores analizados en el análisis univariado fueron estadísticamente significativos en análisis multivariado. Conclusiones: En nuestro grupo de estudio el género masculino, antecedente de enfermedad cardiovascular, presencia de diabetes, el número de consultas al servicio de urgencia por cólico biliar simple y la duración de los síntomas serían factores predictivos de colecistitis aguda en pacientes con diagnóstico previo de colelitiasis.

¿TIENE ALGÚN BENEFICIO LA GASTRECTOMÍA PALIATIVA EN PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO ETAPA IV?. ANÁLISIS EN 178 PACIENTES DEL HOSPITAL DR. SÓTERO DEL RÍO.
Drs. Devaud N.¹, Obaid M.², Martínez C.¹, Viiueta E.¹, Mege RM.¹, Baez S.¹, Caracci M.¹, Díaz A.¹

¹ Unidad de Cirugía Digestiva, Servicio de Cirugía Hospital Dr. Sótero del Río.

² Alumno de Medicina, Universidad de los Andes.

Introducción: Pacientes con adenocarcinoma gástrico etapa IV son considerados irresecables y son derivados a terapia sistémica para lograr mejorar su sobrevida. La gastrectomía paliativa es discutida siendo principalmente indicada para paliación de síntomas, sin un consenso claro de sus resultados y beneficios.

Objetivo: Evaluar los resultados quirúrgicos y sobrevida general de los pacientes con adenocarcinoma gástrico etapa IV sometidos a gastrectomía paliativa en el Hospital Sótero del Río. **Pacientes y método:** Entre 1996-2009, 195 pacientes con adenocarcinoma gástrico etapa IV (AJCC, 6ª Ed) fueron llevados a pabellón para gastrectomía por conducta paliativa o desconocimiento preoperatorio del compromiso sistémico de su enfermedad. En todos se realizó laparotomía exploradora decidiendo arbitrariamente por el cirujano continuar o no con la cirugía al evidenciar su estadio real. Se excluyeron aquellos pacientes con quimio y/o radioterapia adyuvante ($n=10$) y aquellos donde el cirujano desconocía el compromiso sistémico al completar la gastrectomía (T1-3N3M0; $n=7$).

Se realizó así un estudio de casos y controles en 178 pacientes con etapificación intraoperatoria conocida, definiendo como casos aquellos pacientes resecados ($n=76$) y controles aquellos en que no se completó la gastrectomía ($n=102$). Ambos grupos fueron comparables en cuanto a estadio tumoral, edad, comorbilidad y estado nutricional preoperatorio. Entre los casos, se realizaron 25 gastrectomías subtotales (GST) y 51 gastrectomías totales (GT). Se comparó la estadía post operatoria, complicaciones, mortalidad perioperatoria (definida a 30 días) y sobrevida general. Para el análisis de sobrevida se subdividió a casos y controles según tipo de compromiso sistémico en aquellos con compromiso locoregional T4,NX, M0 (casos= 2; controles= 0), metástasis hepática única (casos= 27;

controles= 22) y metástasis peritoneal (casos= 47 ; controles= 80). Se utilizaron las pruebas estadísticas de T-student y Chi².

Resultados: La media de hospitalización de los resecados fue de 14 días v/s 5,8 en no resecados ($p < 0,05$). Las complicaciones fueron $n=25$ entre los resecados y $n=5$ en los controles ($p < 0,05$). Las más frecuentes fueron abscesos ($n=6$), filtración de anastomosis ($n=6$) y peritonitis difusa ($n=2$). Se produjeron 15 reoperaciones entre los casos v/s 3 entre los controles, con una mortalidad perioperatoria de $n=2$ entre casos y $n=16$ en controles ($p < 0,05$). La sobrevida general de los resecados fue de 8,3 meses v/s 3,5 entre los controles ($p < 0,05$). Entre los resecados, se observó en aquellos con metástasis hepática solamente, una sobrevida media de 10,9 meses v/s 4,05 entre los controles ($p < 0,05$) y 7,1 meses en aquellos con metástasis peritoneal v/s 3,4 meses entre los controles. En este grupo control, 23 pacientes presentaban compromiso peritoneal difuso. **Conclusión:** La gastrectomía paliativa es un procedimiento con morbilidad asociada pero baja mortalidad perioperatoria. Los pacientes en que se decide no resecar, presentan un mayor compromiso sistémico peritoneal. Entre los pacientes resecados existe un beneficio de sobrevida expresado en meses, que se observa principalmente entre aquellos con compromiso hepático solamente.

RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUMORES GÁSTRICOS INCIPIENTES; EXPERIENCIA EN 101 PACIENTES DEL HOSPITAL DR. SÓTERO DEL RÍO.

Devaud N.¹, Díaz C.³, Velásquez C.¹, Correa MA.¹, Aguayo G.², Nielsen E.², Pruyas M.², Baez S.¹, Díaz A.¹, Rodríguez J.¹

¹Unidad de Endoscopia, Servicio de Cirugía, Hospital Dr. Sótero del Río

²Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Dr. Sótero del Río

³Residente de Cirugía General, Hospital Dr. Sótero del Río.

Introducción: La resección endoscópica es una alternativa mínimamente invasiva conocida para el tratamiento de lesiones gástricas malignas precoces con bajo riesgo de compromiso ganglionar y sistémico. En el Hospital Dr. Sótero del Río, esta alternativa terapéutica se incorporó en el año 2002 iniciando la experiencia con la mucosectomía endoscópica y continuando posteriormente con la disección endoscópica de la submucosa gástrica. **Objetivo:** Evaluar el tratamiento endoscópico en pacientes con lesiones gástricas incipientes tratados entre los años 2002 -2010 en el Hospital Sótero del Río.

Pacientes y método: 101 pacientes (H=61; M=40), de edad promedio 59 años fueron sometidos a tratamiento endoscópico por lesiones gástricas malignas incipientes. En 10 pacientes se debió realizar nuevas resecciones por nuevas lesiones, completando un total de 114 resecciones endoscópicas. La indicación de resección en ellos fue: adenocarcinoma= 39, lesión subepitelial= 14, carcinoide= 5, displasia= 10, adenoma= 3 y pólipo o lesión sospechosa= 43. Todas las resecciones se

realizaron en lesiones únicas < 2 cms. Se realizó un análisis descriptivo de los resultados postquirúrgicos precoces (tiempo de hospitalización, complicaciones inmediatas), tardíos (mortalidad) y de los resultados oncológicos de ésta técnica (márgenes y recurrencia tumoral).

Resultados: La media de hospitalización post quirúrgica fue de $3,17 \pm 4,52$ días. Entre las complicaciones precoces se evidenció hemorragia digestiva en 1/101 (0,99%) y perforación gástrica en 3/101 pacientes (2,97%), correspondientes a disección submucosa. La mortalidad postquirúrgica fue de 0/101 pacientes (0%). Del total de lesiones resecaadas, se obtuvo en la biopsia definitiva de la pieza operatoria adenocarcinoma incipiente= 31, GIST= 6, carcinoide= 8, displasia= 13, adenoma= 8 hiperplasia= 21, metaplasia= 10, hemangioma= 1 y muestra sin tumor= 7. Se evidenció compromiso tumoral del margen quirúrgico en 8/114 resecciones (7,02%), correspondientes a adenocarcinoma= 6, GIST= 1 y carcinoide= 1. Se observó recurrencia tumoral en 4/101 (3,96%), correspondientes a adenocarcinoma = 3 y carcinoide = 1.

Conclusión: La resección endoscópica es una alternativa segura para el tratamiento de lesiones gástricas malignas incipientes, con resultados oncológicos aceptables.

MORBIMORTALIDAD DE LA CIRUGÍA DEL CÁNCER GÁSTRICO

M. Bustamante, J.C. Justiniano, O.Talhok, J. Lombardi - C. Carvajal. Als: N.Reyes, C.Sáez, A. Galleguilos.

Servicio y Departamento de Cirugía del Hospital del Salvador. Facultad de Medicina. Universidad de Chile

Introducción: El cáncer gástrico es una de las causas de muerte mas frecuente en Chile. La cirugía es la base de su tratamiento.Las resecciones gástricas, están asociadas a morbimortalidad, que cada Centro debe estar permanentemente objetivando
Material y Método: El propósito de este trabajo es evaluar los resultados de un universo de 422 pacientes operados en el Servicio de Cirugía del Hospital del Salvador, entre los años 1995 y 2009, por un equipo permanente y con un protocolo preestablecido. Solo se consideró para la muestra a los pacientes resecaados durante el periodo.

Resultados: La etapificación de los 422 pacientes resecaados, corresponde a:

etapa 0 y I 23%; etapa II 19,4%, etapa III 25% y etapa IV 31,3%. La edad promedio fue de 64 años (rango 20-93). Hombres 60% y mujeres 40%. 48% presentaban comorbilidades importantes.281 fueron gastrectomías totales y 141 subtotaes. En 152 de 281 gastrectomías totales(54,3%), se extirpo el bazo y en 17(6,1%) se agrego Pancreatectomia distal. En cuanto a las complicaciones quirúrgicas hubo: Fístula E-Y: 30 / 281(10,7%). Infección intrabdominal 7 casos. Hemorragia Digestiva 4 casos. Hemoperitoneo post-operatorio 4 casos. Fístula del muñón duodenal 2 casos. Neumotorax a tensión

1 caso. Fístula de colon 1 caso. Necrosis de colon 1 caso. Reoperaciones 21/422. Complicaciones Medicas: respiratoria 60/422, cardiovasculares 16/422, nefrourológicas 14/422.

Mortalidad: 9 pacientes.(2,1%). 3 por infección peritoneal, 3 por falla multiorgánica, sin haberse documentado infección intra abdominal y 3 fallecidos por causa médica.

Discusión y Conclusiones: Las complicaciones de la cirugía resectiva del cáncer gástrico son siempre graves, por lo que mantener una base de datos prospectiva y actualizada es indispensable para evaluar los resultados de la cirugía y sus complicaciones. En múltiples cortes efectuados en nuestra base de datos, la mortalidad ha ido descendiendo progresivamente hasta alcanzar un global de un 2,1%, cifra satisfactoria considerando la gravedad, comorbilidad y edad de los pacientes. El % de fistula anastomótica E-Y se ha mantenido en 10% a pesar de la implementación de suturas mecánicas. Vale destacar que sobre el 90 % se han manejado con tratamiento médico y drenajes centinelas, destacando una búsqueda exhaustiva de ellas en el post-operatorio inmediato. Muchas de ellas de mínima expresión clínica (tipo I), sin salida de contenido intestinal a través de los drenajes. Al igual que otras series, la gastrectomía total es la cirugía que efectuamos con mayor frecuencia en la actualidad.

LAPAROSCOPIA EN EL MANEJO DEL CÁNCER VESICULAR

Drs. X de Aretxabala, J. Leon C., J. Hepp K, N. Solano, I. Roa

Clinica Alemana de Santiago. Servicio de Cirugía, Hospital Quillota

Introduccion: El cáncer de la vesícula biliar constituye una patología común, responsable de ser la principal causa de muerte por cáncer en la mujer en Chile. El objetivo del presente trabajo es mostrar la experiencia de nuestro grupo, en la puesta en marcha de un protocolo de tratamiento de cáncer de la vesícula en etapas tempranas basado en el empleo de laparoscopia

Método: Luego del diagnostico histológico y etapificado mediante un protocolo previamente definido, los pacientes portadores de un tumor de la vesícula, con infiltración de la túnica muscular, subserosa o serosa y que no posean elementos de inoperabilidad, son sometidos a una laparoscopia exploradora que tendrá por objetivo final, la realización de una linfadenectomía del pedículo hepático y la resección en cuña de la porción adyacente al lecho de la vesícula biliar. Resultados: 32 pacientes portadores de un tumor vesicular, con edades que fluctuaron entre los 38 y los 76 años fueron sometidos a una laparoscopia exploradora, La infiltración de los tumores fue: Muscular 4, Adiposo 2, Seroso 8, y Sub seroso 19 pacientes respectivamente. Del total de pacientes, 24 (72%) habian sido inicialmente sometidos a una colecistectomía laparoscópica, mientras que el resto la colecistectomía fue abierta o convertida. En 8

pacientes la laparoscopia permitió detectar signos de irrecesabilidad, concluyendo la cirugía. En 14 pacientes debió convertirse a cirugía abierta, debido fundamentalmente a razones de tipo técnica que impedían una buena exploración. De estos pacientes, en 5 durante la laparotomía se encontraron elementos de irrecesabilidad que hicieron concluir la cirugía, mientras que en 9 pacientes se efectuó la disección linfática del pedículo y la resección en cuña del hígado.

Finalmente, en 9 pacientes se pudo continuar con la cirugía laparoscópica, realizando la disección del pedículo hepático. En 2 de estos pacientes, y debido a la existencia de compromiso ganglionar y de la existencia de filtración biliar respectivamente, se decidió convertir y realizar la resección hepática vía abierta. En los restantes 7 pacientes, la resección del hígado fue efectuada vía laparoscópica. En todos los pacientes la evolución post operatoria fue satisfactoria, no presentando complicaciones post operatorias.

Conclusion: El abordaje laparoscópico representa una muy útil alternativa a considerar en pacientes que serán sometidos a reintervención por un cáncer de vesícula detectado durante el estudio de la pieza de colecistectomía. Por una parte, evita someter a un importante porcentaje de pacientes a la realización de una laparotomía innecesaria, y por otra, permite efectuar de manera laparoscópica la intervención definitiva.

PRONÓSTICO DEL CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR Y SU RELACIÓN CON EL SISTEMA INMUNE ¿POSIBILIDADES DE UNA NUEVA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA?
Drs. P. Fluxá^{1,2}, L. Salazar¹, CG Lagos², P. Villegas³, M. Uribe², F. Catáñ¹, F. Salazar-Onfray¹

¹Laboratorio de Inmunología Antitumoral, Programa Disciplinario de Inmunología, ICBM, Universidad de Chile.

²Servicio de Cirugía, Hospital del Salvador. ³Servicio de Anatomía Patológica, Hospital del Salvador.

El cáncer de vesícula es una de las neoplasias más frecuentes en nuestro país, siendo la principal causa de muerte en mujeres mayores de 65 años. La generación de una respuesta inmune inducida contra los tumores ha sido estudiada en diferentes tipos de cánceres y colon, entre otros, pero no ha sido demostrada en cáncer de vesícula, aunque algunos reportes permiten inferir que la participación de la inmunidad celular tiene un importante rol en la sobrevida de los pacientes.

Así, hemos propuesto que la posible presencia de infiltrado de linfocitos T en tumores vesiculares, puede reflejar una respuesta inmune específica contra el tumor, lo que se relacionaría con el curso de la enfermedad en estos pacientes. Esta asociación nos permitirá explorar el potencial de la inmunoterapia celular contra este cáncer, la que no se encuentra disponible actualmente.

En este contexto, se analizaron 80 muestras de biopsias fijadas en formalina, de pacientes con cáncer de vesícula, obtenidas de los archivos de Anatomía

Patológica del Hospital del Salvador de Santiago, entre los años 1996 y 2004. Los cortes fueron analizados por inmunohistoquímica con anticuerpos dirigidos a las moléculas CD4 y CD8. Se analizó la sobrevida por 5 años de los pacientes, construyendo curvas de sobrevida de Kaplan-Meier. Se observó la presencia de linfocitos T CD8⁺ tanto en el estroma como en los islotes tumorales en el 62,5 % de las muestras, teniendo una alta infiltración linfocitaria un 13,8% de las muestras, mientras que la presencia de linfocitos T CD4⁺ se observó en la mayoría de las muestras analizadas, principalmente en el tejido peritumoral.

Aquellos pacientes que presentaron una mayor infiltración linfocitaria por la población CD8⁺ intraepitelial, tuvieron una mayor sobrevida que aquellos pacientes negativos para infiltración CD8⁺ o pacientes con baja infiltración linfocitaria CD8⁺ (p= 0,047. Hazard Ratio 2,22. CI= 1,02-4,82). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el grado de infiltración linfocitaria y las diferentes etapas del cáncer.

Estos resultados nos permiten inferir la participación de una respuesta inmune celular mediada por linfocitos T, asociada a la sobrevida de los pacientes, lo cual abre nuevas posibilidades terapéuticas, tales como la inmunoterapia enfocada a la manipulación y potenciamiento de estas respuestas, tratamientos no disponibles actualmente para esta patología.

RADIOQUIMIOTERAPIA ADYUVANTE EN CÁNCER GÁSTRICO COMPLETAMENTE RESECADO: EXPERIENCIA HOSPITAL VAN BUREN, VALPARAÍSO

Drs. N. Isa¹, J. Solís^{1,2}, R. Díaz^{1,2}, X. Quintela^{1,2}, A. Acevedo², M. León^{1,2}, G. Rey^{1,2}.

¹Cátedra de Oncología, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile
²Unidad de Radioterapia, Servicio de Oncología, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile

Propósito: Analizar retrospectivamente sobrevida global y factores pronósticos de sobrevida de pacientes con adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, resecado completamente tratados en forma adyuvante con radioquimioterapia concomitante. Material y Métodos: Desde Diciembre 2007 a diciembre 2009, 80 pacientes con adenocarcinoma gástrico localmente avanzados, resecados completamente, estadios IIA a IIIC fueron tratados en forma adyuvante con radioquimioterapia concomitante en el servicio de oncología del Hospital Van Buren. La mediana de edad fue de 64 años. El tratamiento consistió en gastrectomía total o subtotal con linfadenectomía D1 o D2, seguido de radioterapia conformacional, dosis de 45 Gy en 25 fracciones sobre lecho, ganglios regionales y anastomosis. La quimioterapia concomitante consistió en 5 Fluoracilo (425-500 mg/mt2/día) y leucovorina (20 mg/mt2/día) durante la primera y quinta semana de radioterapia o capecitabina (600-650 mg/mt2/ dos veces al día) de lunes a viernes por 25 días durante la radioterapia. Resultados: Con una mediana de seguimiento de

25.8 meses en pacientes vivos, la sobrevida global a 2 años fue de 64.3%. En el análisis univariable los factores estadísticamente significativos de mal pronóstico de sobrevida global fueron tumores con infiltración de tejidos vecinos (T4), tener ganglios comprometidos, mayor estadio AJCC y el uso de capecitabina. En el análisis multivariable el único factor que disminuyó sobrevida global fue el uso de capecitabina.

Conclusiones: El tratamiento adyuvante con radioquimioterapia es factible de realizar en hospitales del sistema público de salud con resultados similares a los de la literatura internacional. El uso de capecitabina disminuyó la sobrevida global. Faltan estudios que demuestren su equivalencia sobre el tratamiento adyuvante estándar con radioterapia y 5 fluoracilo en pacientes con adenocarcinoma gástrico localmente avanzados completamente resecados.

UTILIDAD EL TAC DE ABDOMEN Y PELVIS EN LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS EN PACIENTES CON ILEO MECÁNICO POR BRIDAS.

Dr. N. Quezada¹, Int. P. Pino², Dr. C. Riquelme², Dra. C. Otárola², Dr. N. Jarufe².

¹Servicio de Cirugía Digestiva. División de Cirugía.

²Servicio de Radiología. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La obstrucción mecánica de intestino delgado (IM) por bridas es una causa frecuente de consulta en urgencias. Actualmente el examen de elección para el estudio es el TAC de abdomen con contraste ev, dado que define el nivel de obstrucción, la magnitud, la causa y la presencia de sufrimiento de asas (SA). Se estima que un 50% de los pacientes con IM requerirá cirugía, influyendo en esta decisión los hallazgos del TAC. El objetivo de este trabajo es analizar una serie de pacientes con IM por bridas que tenían TAC compatible y evaluar la necesidad de cirugía y resección intestinal, según los hallazgos del TAC. Además se analizará las características de este test para el SA. Método: Análisis retrospectivo de la base de datos de cirugía digestiva desde Enero 2007 hasta Julio 2010. Se identificaron 164 pacientes con IM con TAC de abdomen realizado en nuestra institución. A estos se les informó el grado de obstrucción: bajo, moderado o alto; y sufrimiento de asas según criterios pre-establecidos de imágenes. Luego se calculó el % de pacientes que requirió cirugía según el grado de IM. Además se calculó la sensibilidad, especificidad, VPP y VPN del TAC para la presencia de SA, considerando los hallazgos de la cirugía como el Gold Standard.

Resultados: Serie de 164 casos, 65% mujeres y 35% hombres, edad promedio: 60 ± 20 años (rango: 17-91). El 87% tenía cirugía abdominal previa, abierta o laparoscópica. En total, 86 pacientes fueron sometidos a cirugía (52%). De los 34 pacientes con IM de bajo grado, 10 requirieron cirugía (29%) y hubo dos resecciones intestinales. De los 43 pacientes con IM de grado moderado, 18 fueron operados (42%) y 4 requirieron resección intestinal. De los

87 pacientes con IM de alto grado, 58 fueron operados (67%) y 20 requirieron resección intestinal (35%). En cuanto al SA, se desprende que el TAC tiene una sensibilidad, especificidad, VPP y VPN de 46%, 82%, 70% y 63%, respectivamente. Discusión: Este estudio demuestra que la probabilidad de requerir cirugía y resección intestinal aumenta en la medida que aumenta el grado de obstrucción. Además, se demuestra que el TAC tiene una baja sensibilidad y VPP para SA, por lo que la decisión quirúrgica debe tomarse en relación al contexto clínico del paciente y no a los hallazgos de imágenes por sí solas.

FUNDOPLICATURA TRANSORAL ENDOSCÓPICA (ESOPHYX) PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO. RESULTADOS A 12 MESES.

Drs. C. Boza, A. Sharp, T. Zamora, A. Vega, F. Pimentel, N. Salgado, L. Ibañez, N. Jarufe.
Departamento de Cirugía Digestiva. División de Cirugía. Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: El tratamiento endoscópico de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE), usando el dispositivo EsophyX, se ha presentado como una alternativa para los pacientes que no responden a los Inhibidores de la bomba de protones (IBP) o aquellos que no quieren depender del tratamiento médico.

Objetivo: Evaluar la Funduplicatura Transoral Endoscópica (FTE) como tratamiento para la ERGE. Métodos: El estudio se realizó en el Hospital Clínico de la Universidad Católica durante los años 2008 y 2009. Todos los pacientes se encontraban en tratamiento con IBP. Se evaluó la historia clínica, la encuesta de 9 preguntas HRQL (Health related quality of life), Phmetria e Impedanciometría, endoscopia digestiva alta en el preoperatorio y a los 12 meses post procedimiento. Todos los pacientes tenían valores anormales en la Ph-Impedanciometría. El procedimiento se realizó bajo anestesia general en pabellón. El análisis estadístico de la diferencia pre y post operatoria se realizó utilizando el test de Mann Whitney por la distribución no simétrica de los datos.

Resultados: Un total de 24 pacientes fueron intervenidos en este período. Un paciente se perdió de seguimiento y dos fueron reintervenidos con un Nissen Laparoscópico por fracaso de tratamiento. La mediana de edad al momento de la intervención fue de 45 años, con una mediana de 10 años sintomático y 7 años de tratamiento. Un 54 % fueron de sexo masculino. El IMC promedio era de 26,7. Todos los pacientes fueron intervenidos sin incidentes ni complicaciones. La mediana de hospitalización fue de 24 horas.

El puntaje HRQL disminuyó de 29 (16-40) a 6 (1-35) en el postoperatorio (p= <0,0001). Un 78% de los pacientes se declaró satisfecho con el procedimiento y un 18% no satisfecho. En el control postoperatorio, el 91% de los pacientes que presentaban regurgitación eliminaron sus síntomas,

así como un 100 % de los que presentaban tos, disfagia, odinofagia, disfonía y dolor retroesternal. Un 48 % de los pacientes presentaron pirosis ocasional, un 45 % discontinuó totalmente los IBP y un 40 % lo redujo a consumo ocasional. Conclusiones: La FTE utilizando el dispositivo Esophyx es un tratamiento posible y seguro para la ERGE, sin complicaciones ni efectos adversos registrados en nuestra serie. Hay una mejoría significativa en la calidad de vida, con disminución importante en los síntomas y en el consumo de IBP. La selección del paciente es muy importante para disminuir la posibilidad de fracaso.

SOBREVIDA GLOBAL DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA CON INTENCIÓN CURATIVA POR CÁNCER GÁSTRICO. EXPERIENCIA DE 10 AÑOS DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE.

Drs. M. Slako¹, A. Rojas², G. Llewellyn², C. Bergth², V. Silva¹, L. Muñoz¹.

¹Servicio de Cirugía Hospital Dr. Gustavo Fricke, ²Becado de cirugía general. Facultad de Medicina Universidad de Valparaíso.

Introducción: El cáncer gástrico es una patología neoplásica de pobre pronóstico y de alta mortalidad. Los análisis de sobrevida han permitido conocer la historia natural de la enfermedad y el impacto de las estrategias terapéuticas desarrolladas. **Objetivos:** conocer la sobrevida global en pacientes sometidos a cirugía con intención curativa por Cáncer Gástrico según estadios en un periodo de 10 años en nuestro centro.

Materiales y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo de la de pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico entre el 1 de enero de 2000 al 31 de diciembre de 2009, en servicio de cirugía del Hospital Dr. Gustavo Fricke. Las curvas de sobrevida se realizaron con método de Kaplan-Meier y las diferencias entre las curvas de sobrevida serán analizadas con análisis univariado log-rank. El análisis de significancia pronóstica serán sometidas para análisis univariable mediante método de Cox. **Resultados:** El grupo de estudio consistió en 350 pacientes operados por cáncer gástrico en el periodo de estudio. El 70% del total es del género masculino, con un promedio de edad de 64 años (35-88). Resecabilidad global de 70%. Cirugía realizada, es un 72% gastrectomía total y linfadenectomía D2 en 65%. La distribución del grupo según estadio TNM 2002, es Estadio Ia 18 pctes (5,1%), Ib 28 pctes (8%), II 52 pacientes (14,8%), IIIa 44 pacientes (12,5%), IIIb 35 pctes (10%) y estadio IV 173 pacientes (49,5%). Mediana de seguimiento de 42 meses, Sobrevida global a 5 años 33% mediana de supervivencia de 12 meses. La sobrevida del grupo resecable es de 51% a 24 meses y 49% a 5 años vs 5% a 12 meses del grupo no resecado. La mediana tiempo de supervivencia para no resecados es de 6.6 meses y para resecados 40.25 meses. Sobrevida a 5 años por estadio I 70%, II 57%, III 35% y estadio IV 8%.

Conclusiones: La sobrevida global a 5 años depende

principalmente del grado de invasión de la pared gástrica, del compromiso linfonodal y de la presencia de metástasis a distancia. Nuestros resultados son concordantes con la experiencia no asiática, lo cual está dado por la alta presencia de estadios avanzados en nuestra serie.

PIEZA OPERATORIA EN CANCER GASTRICO: CONCORDANCIA DE LA DESCRIPCION DEL CIRUJANO Y EL INFORME DEFINITIVO DEL PATOLOGO.

Drs. M. Ceroni, C. Garcia, W. Fernández, R. Vallejos, H. Cid, J. Zamarin, C. Benavides, P. Rubilar, M. Quijada, F. Solar, I. Solar. Servicio y Departamento de Cirugía Hospital Clínico San Borja Arriaran, Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Introducción: La disección de la pieza operatoria (PO) en forma sistemática inmediatamente posterior a la cirugía por cáncer gástrico (CG) permite al cirujano obtener información acerca de los bordes, compromiso linfonodal de acuerdo a la ubicación anatómica de estos y estandarizar los hallazgos. **Objetivo:** 1) Determinar la concordancia de los hallazgos de la PO disecada por el cirujano y el informe patológico final. 2) Determinar el porcentaje de retracción de la PO.

Material y Método: Estudio prospectivo de los pacientes con CG operados con intención curativa, con disección linfática D2 desde septiembre de 2009 hasta mayo de 2010. Se comparó el dibujo intraoperatorio de la PO estandarizado con el informe definitivo del patólogo. Se etapificó con TNM de 2010 y la clasificación japonesa de 1998. De la PO se registró el tamaño del estómago por curvatura menor, límite oral (LO), límite caudal (LC), profundidad, aspecto macroscópico, cantidad total de linfonodos disecados, tamaño del tumor, grupos ganglionares comprometidos y cantidad total de ganglios comprometidos. Se compararon estas mismas variables examinadas por el patólogo. El análisis de concordancia de las variables categóricas se realizó con el test de Kappa y para las continuas el coeficiente de correlación de concordancia de Lin.

Resultados: Fueron estudiados 48 pacientes, 74% hombres, la edad promedio fue de 63,7 años (DE 9,8), 59,5% fueron gastrectomías totales. El promedio de ganglios disecados fue de 30,18 (DE 11,8). Se obtiene una buena concordancia (Kappa=0,61) para la profundidad del tumor y el aspecto macroscópico (Kappa=0,69). Se observa una mala concordancia para el tamaño del tumor (Lin=0,76) y el compromiso ganglionar (Kappa=0,21). La asertividad de los grupos ganglionares comprometidos tiene un promedio de 38,3% (DE 36,9). La estimación de la profundidad por el cirujano fue exacta en el 61,7%, sobreestimó en el 25,53% y subestimó en el 12,76%. En el factor N realizó una estimación exacta en el 28,26%, sobreestimó en el 41,3% y subestimó en el 30,43%. El porcentaje de retracción del largo por curvatura menor fue de 25,15% (DE 12,06), del LO fue de 37,8% (DE 25,34), del LC fue de 28,75%

(DE 25,66).

Conclusión: La concordancia de la PO analizada por el cirujano es buena para estimar la profundidad y aspecto macroscópico del tumor, pero es mala para definir el compromiso ganglionar y el diámetro tumoral. Se determina que el porcentaje de retracción de las medidas del estómago con formalina es mayor al 25%.

MANEJO DEL CANCER GASTRICO INCIPIENTE: ANALISIS DE 247 PACIENTES.

Drs. C. García, M. Ceroni, R. Estela, E. Aravena, C. Benavides, W. Fernández, H. Cid, R. Vallejos, J. Zamarrin, C. Gallardo.

Servicio y Departamento de Cirugía Hospital Clínico San Borja Arriarán, Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Instituto Chileno-Japonés de enfermedades digestivas y Servicio de anatomía patológica.

Introducción: El cáncer gástrico es la primera causa de muerte oncológica en Chile, sin embargo no existe un programa de detección precoz de esta neoplasia. Es así que solo un pequeño porcentaje se diagnostica en esta etapa. El pronóstico del cáncer gástrico incipiente (CGI) a largo plazo es excelente. Objetivo: 1) Análisis clínico patológico de todos los pacientes con CGI manejados en el servicio de cirugía y en el Instituto chileno-japonés de enfermedades digestivas en un periodo de 33 años. Material y Método: Análisis retrospectivo de 33 años de los pacientes tratados por CGI. Se estudian variables clínicas, de manejo, anátomo-patológicas y de seguimiento.

Resultados: Entre 1978 y 2010 se han diagnosticado y/o tratados 259 pacientes con diagnóstico patológico definitivo de CGI. 59,5% fueron de género masculino. La edad promedio fue de 59,3 años (DE 13,5 rango 25-88), en 13 (4,7%) pacientes hubo lesiones incipientes dobles y en 0,7% se encontraron 3 lesiones (2 casos), en 244 (94%) lesión única. Los tipos macroscópicos más frecuentes fueron IIc (78 lesiones), IIc+III (55 lesiones), IIa (24 lesiones). El manejo definitivo consistió en cirugía en 247 pacientes (95,3%) y manejo endoscópico exclusivo en 12 casos (4,7%). En el total de la serie 11 pacientes fueron inicialmente a resección endoscópica pero por no completar los requisitos patológicos terminaron en cirugía. Los procedimientos quirúrgicos fueron: gastrectomía total en 39% casos, subtotal distal 58% y en el 3% restante se realizó gastrectomía subtotal proximal y resecciones locales. Se encontró compromiso ganglionar en el 7,69%, en 4,1% de las lesiones mucosas y en el 11,3% de las lesiones submucosas. La evaluación de la supervivencia se logró en 93,1%. En este grupo como consecuencia de recurrencia del CG fallecieron 4,56%. Fallecidos por causas ajenas a CG 25%. Supervivencia actuarial a 5 años fue de 95%. Conclusión: Este trabajo muestra la mayor experiencia nacional en el manejo del CGI. Se confirma los resultados obtenidos en centros de excelencia a nivel mundial acerca del buen pronóstico

de estos pacientes. Las políticas nacionales deben orientarse a la prevención y al diagnóstico precoz en una patología tan frecuente como el cáncer gástrico.

CANCER GASTRICO INCIPIENTE CON COMPROMISO GANGLIONAR

Drs. M. Ceroni, C. García, R. Vallejos, R. Estela, E. Aravena, W. Fernández, H. Cid, J. Zamarrin, C. Benavides.

Servicio y Departamento de Cirugía Hospital Clínico San Borja Arriarán, Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Instituto Chileno-Japonés de enfermedades digestivas. Servicio de anatomía patológica.

Introducción: La definición de cáncer gástrico incipiente (CGI) incluye aquellos pacientes con compromiso en profundidad en la pared gástrica hasta la submucosa, independiente del compromiso ganglionar o a distancia. El pronóstico de estas lesiones es excelente a largo plazo. El compromiso ganglionar alcanza hasta el 20% en diversas series publicadas. Las alternativas de manejo incluyen la resección endoscópica mucosa (RME) y la cirugía estándar.

Objetivo: 1) Análisis anátomo-clínico de los pacientes con CGI que tienen compromiso ganglionar (Ln+). 2) Evaluar la factibilidad de la RME en estos pacientes con criterios clásicos y extendidos. Material y Método: Análisis retrospectivo entre 1978 y 2010 de los pacientes con CGI y Ln+ se analizan las variables demográficas, clínicas, patológicas, manejo y seguimiento a largo plazo. Revisión bibliográfica sobre los criterios clásicos y extendidos de RME en CGI.

Resultados: Fueron operados en el periodo mencionado 247 pacientes con diagnóstico patológico definitivo de CGI. De este grupo 19 pacientes tuvieron compromiso ganglionar (7,69%). Se encontraron 4 lesiones con invasión a la túnica mucosa (m) y 15 a la submucosa (sm). Hubo 9 lesiones diferenciadas (2 m y 7 sm) y 10 lesiones indiferenciadas (2 m, 8 sm). En total se encontraron 21 lesiones, ya que en un caso el paciente presentaba una lesión triple. El promedio del tamaño máximo fue de 33 mm (rango 11-75 mm), solo en tres pacientes el tamaño de la lesión fue inferior a 20 mm. La localización más frecuente fue antral y corporal con 9 lesiones cada una. El número de ganglios evaluados fue de 369. Promedio por paciente 19,4 ganglios (rango 4-34 ganglios). El número de ganglios comprometidos fue de 34, en 12 pacientes compromiso linfonodal único y en 7 más de un ganglio comprometido (rango 2-6). En todos los casos el compromiso linfonodal estuvo localizado en la primera barrera ganglionar de la clasificación japonesa. En el seguimiento a largo plazo hubo 3 pacientes fallecidos, 2 por cáncer gástrico (CG) (1 metástasis óseas y 1 hepáticas) y otro por accidente vascular encefálico. El promedio de seguimiento de la serie fue de 13 años. En esta serie no encontramos pacientes que cumplan los criterios establecidos por

la sociedad japonesa de CG para resección endoscópica.

Conclusión: El compromiso ganglionar en el CGI es del 7,69%, mayor en lesiones submucosas, pero no ausente en lesiones mucosas. El pronóstico a largo plazo es excelente, no distinto a lo observado en pacientes con CGI sin compromiso linfonodal. En los pacientes con compromiso ganglionar en CGI no cumplen los criterios de resección endoscópica establecidos por la sociedad japonesa de CG.

EXPERIENCIA DEL HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO EN CÁNCER ESOFÁGICO ENTRE 1997-2010.

Dr. A. Navarrete¹, Dr. R. Sepúlveda¹, Dr. M. Minassian¹, A. Stevenson²

¹Hospital Militar de Santiago, ²Universidad de los Andes

Introducción: En nuestro país, el cáncer esofágico representa la cuarta mayor incidencia dentro de los cánceres digestivos. Se ha observado que la incidencia de adenocarcinoma del tercio inferior esofágico ha presentado un aumento tanto en Chile como en el resto del mundo.

Objetivo: Dar a conocer la experiencia en el Hospital Militar de Santiago en el manejo del cáncer esofágico entre 1997-2010.

Materiales y Métodos: Se procedió a la revisión retrospectiva de todas las fichas entre los años 1997 - 2010 que tuvieron diagnóstico de cáncer esofágico obtenido por una biopsia a través de una endoscopia digestiva alta.

Resultados: Se analizaron 59 casos de cáncer esofágico de los cuales el 36.7% (22) fueron mujeres y 63.2% (37) hombres. La edad promedio fue 76.9 años (47- 90). El motivo de consulta fue disfagia en el 66.1% (39), dolor retroesternal en un 18.8% (11), baja de peso, pirosis y anemia en un 2.8% (2 c/u) y finalmente un 5% (3) fueron asintomático, siendo hallazgos endoscópicos realizadas por otras patologías. La distribución histológica mostró que un 57.6% (34) fueron carcinomas espinocelulares, un 37.3% (22) de adenocarcinoma y por último un 6.1% (3) de leiomioma. La ubicación anatómica fue de 67.7% (40) en el tercio inferior, 22% (13) del tercio medio y solo un 10.3% (6) del tercio superior. En el 20.4% de los pacientes se diagnosticó metástasis a distancia, siendo las más frecuentes las hepáticas en un 50% (5), pulmonares 40% (4) y finalmente las cerebrales y peritoneales 20% (2) y 10% (1) respectivamente. Del total de los pacientes en el 30.5% (18) se realizó una cirugía con intención curativa. En el 18.6% (11) se realizó solo manejo paliativo y finalmente en el 50.8% (30) de los pacientes no se realizó ninguna de las dos. Como terapia coadyuvante en el 37.2% (22) se utilizó quimioterapia y en el 50.8% (30) radioterapia. Se determinó que la sobrevida a 6 y 12 meses fue de 69.4% (41) y 38.9% (23); y finalmente de los pacientes revisados que habían cumplido 5 o más años del diagnóstico solo el 16.9% (10) había sobrevivido.

Conclusión: Las características de nuestra casuística son similares a las descritas en la literatura internacional. Pudimos darnos cuenta que ha habido un aumento de los tumores ubicados en el tercio inferior. El pronóstico sigue siendo poco auspicioso y la cirugía solo logra ser curativa en un bajo porcentaje de pacientes.

GASTRECTOMÍA ONCOLÓGICA LAPAROSCÓPICA POR ADENOCARCINOMA GÁSTRICO. RESULTADOS PERIOPERATORIOS Y DE SOBREVIDA A MEDIANO PLAZO.

Drs. E. Norend¹, A. Escalona¹, J.C. Cassina², F. Crovar¹, C. Boza¹, G. Pérez¹, F. Pimentel¹, L. Ibáñez¹, N. Jarufé¹, S. Guzmán¹, R. Funke¹.

Departamento de Cirugía Digestiva, División de Cirugía¹, Interno Escuela de Medicina². Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La gastrectomía laparoscópica ha demostrado tener una baja morbilidad, con una estadía hospitalaria reducida y una linfadenectomía comparable a la cirugía abierta. Sin embargo en nuestro país existen pocos datos sobre la sobrevida a largo plazo con esta técnica.

Objetivo: evaluar los resultados perioperatorios y analizar la sobrevida del adenocarcinoma gástrico tratado con gastrectomía por vía laparoscópica. Materiales y métodos: a partir de una base de datos prospectiva se seleccionaron los pacientes con adenocarcinoma de estómago sometidos a una gastrectomía laparoscópica entre 2005 y 2010. Se analizaron variables perioperatorias y de anatomía patológica. Se analizó la sobrevida a 3 años en los pacientes con intención curativa.

Resultados: Se realizaron 39 gastrectomías (25 hombres y 14 mujeres; edad 64±14 años), en 27 pacientes gastrectomía total y en 12 subtotal, con un caso de conversión a cirugía abierta (3%). La intención de la cirugía fue curativa en 32 (82%) y paliativa en 7 (18%). El tiempo operatorio promedio fue de 4,3±1 hora. El sangrado promedio fue de 180 cc. Los pacientes se realimentaron en promedio al día 4±1 postoperatorio. La mediana de estadía hospitalaria fue de 6 días. Doce pacientes presentaron morbilidad postoperatoria (30%), destacando dos fistulas duodenales, una filtración de la esófago-yeyuno anastomosis y un hemoperitoneo. La mortalidad operatoria fue de un caso (2,5%). En el análisis de la anatomía patológica se diagnosticaron 14 (36%) cánceres incipientes y 25 avanzados (64%). La linfadenectomía promedio fue de 35±16 ganglios y 15 (38%) pacientes presentaban ganglios positivos. La sobrevida para los pacientes operados con intención curativa fue de 69% a 3 años. Para cáncer incipiente esta fue de 91% y para cáncer avanzado 55% a 3 años. En pacientes con compromiso de muscular propia o subserosa la sobrevida fue 75% y con compromiso de serosa 34% a 3 años. En pacientes N0 la sobrevida fue 78% y para N+ está fue de 54% a 3 años.

Conclusión: Se confirman los buenos resultados perioperatorios y la reducida estadía hospitalaria.

Dos tercios de los pacientes alcanzan sobrevida a 3 años, apoyando la seguridad oncológica de este procedimiento a mediano plazo.

CUADRO CLÍNICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER DE VESÍCULA

Drs. R. Las Heras, M. Vivanco, A. Valle, S. Pradenas, P. Salinas, I. Turu, R. Rossi, C. Cavalla, A. Mercado, G. Wiedmaier, Int. A. Rozas, F. Oppliger, M. Figueroa.

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

Introducción: Chile presenta la mayor frecuencia de cáncer de vesícula biliar del mundo, siendo la primera causa de muerte oncológica en mujeres chilenas (28 por 100.000).

Objetivo: Describir los cuadros clínicos más frecuentes por los que consultan los pacientes con cáncer de vesícula en nuestro Hospital, según estadio.
Metodología: Se revisaron 142 fichas de pacientes diagnosticados de cáncer de vesícula entre el año 2000 y 2010 en el Hospital Padre Hurtado. Se evaluó antecedente de cáncer familiar, dolor abdominal, ictericia, masa palpable, baja de peso y otros síntomas específicos.

Resultado: 24 hombres y 118 mujeres, promedio de edad 60,3 años (35 a 89 años). Hubo 4 pacientes estadio 0, refirieron sólo síntomas dispépticos inespecíficos. 11 pacientes estadio IA, todos refirieron dolor abdominal, 2 baja de peso y uno presentó masa palpable. 16 pacientes I-B, 15 presentaron dolor abdominal, 3 ictericia, 1 masa palpable, 6 baja de peso y uno además presentó dispepsia. 14 paciente estadio II-A, 13 de ellos presentaron dolor abdominal, 3 ictericia, uno tuvo masa palpable y 5 presentaron baja de peso. 22 pacientes estadio II-B, todos presentaron dolor abdominal, 9 ictericia, 5 baja de peso y 6 masa palpable. 19 pacientes estadio III, todos presentaron dolor abdominal, 14 presentaron ictericia, 5 masa palpable, 13 baja de peso y 12 de ellos otra sintomatología asociada como náuseas vómitos, coluria, prurito anorexia, astenia o pirosis. 56 pacientes estadio IV, 55 de ellos presentó dolor abdominal, 25 ictericia, 19 masa palpable, 40 baja de peso y 22 se asociaron a otra sintomatología como: anorexia, astenia, ascitis, vómitos, dorsalgia, epigastralgia, síndrome pilórico, CEG, adenopatías palpables, coluria, acolia o melena. Ningún paciente tuvo antecedente de cáncer de vesícula familiar.
Conclusión: Existe una correlación entre los estadios más avanzados y la mayor presencia de síntomas en los pacientes. Este hallazgo en nuestra población esta en concordancia con lo que se describe en la literatura.

Seccional: HERNIAS

FACTORES DE RIESGO DE COMPLICACIÓN POSOPERATORIA EN 52 HERNIAS DE PARED ABDOMINAL OPERADAS CON MALLA.

Drs. F. Venturelli¹, B. Garcés¹, M. Cárcamo², G. Paillahueque¹, M. Paredes¹, P. Borquez¹.

¹Universidad Austral de Chile. Campo Clínico Osorno
²Epidemiología

Introducción: Al saber qué paciente tiene mayor riesgo de presentar una complicación postoperatoria al reparar una hernia atascada o estrangulada con malla, es posible facilitar la decisión de si instalar o no este material en el paciente. El objetivo principal es establecer los factores de riesgo de presentar una complicación durante el postoperatorio en pacientes operados de urgencia con diagnóstico de hernia complicada mediante una hernioplastia con malla en el Hospital Base Osorno (HBO) entre los años 2002 y 2008. Los objetivos secundarios son describir las complicaciones posoperatorias de estos pacientes y la proporción de instalación de malla en hernias operadas de urgencia durante el tiempo de estudio. **Material y métodos:** Cohorte retrospectiva. Se buscaron los pacientes mayores de 14 años operados por patología herniaria en el registro del servicio de urgencia del hospital Base Osorno (HBO) entre los años 2002 y 2008. Se excluyeron a todos los pacientes que no fueron operados mediante una hernioplastia con malla, excepto para determinar la proporción de instalación de malla por año de estudio. Se realizó un análisis bivariado. De haber 2 o más variables estadísticamente significativas en el plan de análisis, se realizará una regresión logística, en caso contrario se estimará el riesgo mediante una tabla de 2 x 2. Medida de riesgo: Odds ratio (OR). Intervalo de confianza 95%. Software: Stata 10.0.

Resultados: se incluyeron 220 pacientes. El porcentaje de instalación de mallas por año, fue aumentando paulatinamente alcanzando al 37,93% en el último. Hubo 52 pacientes con hernioplastia con malla. La mediana de edad fue 64 años (26-85). El 50% fue de sexo masculino. La ubicación herniaria más frecuente fue la inguinal con 23 casos (44,23%). 49 (94,23%) hernias se catalogaron como atascadas y 3 (5,77%) como estranguladas. Morbilidad operatoria 17,31% (9 pacientes). A ningún paciente hubo que retirarle la malla durante el seguimiento. La media de días de hospitalización fue 3 (2-35). No hubo mortalidad operatoria. Mediana de seguimiento fue 32 (5-90) meses. Sólo la instalación de drenaje resultó ser significativa ($p < 0,05$) en el análisis bivariado para morbilidad operatoria. Esta variable tuvo un OR: 4,7, IC95%: 1,09-20,79. **Conclusión:** La instalación de drenaje al reparar una hernia de pared abdominal complicada con malla actuaría como factor de riesgo de presentar una complicación durante el postoperatorio. El número de complicaciones operatorias fue bajo. Se ve una tendencia al aumento del uso de malla en la reparación de este tipo de hernias.

HALLAZGOS HISTOLÓGICOS EN PACIENTES OPERADOS POR HERNIA INGUINAL INDIRECTA

Drs. M. Beltrán, C. Barría, P. Méndez, J. Oliva, L. Jaramillo, C. Larraín, P. Ayala, M. Contreras, V. Cortes, K. Cruces.

Servicio de Cirugía, Hospital de La Serena
Facultad de Medicina, Universidad Católica del Norte

Introducción. La histología propia de la hernia inguinal no ha sido objeto tradicional de investigación en la literatura actual. La búsqueda de artículos relacionados con el tema da como resultado innumerables publicaciones sobre biología molecular y genética de los pacientes con hernia pero son escasos los reportes sobre la histología. Recientemente una solitaria publicación sobre el tema nos llevó a investigar los cambios histológicos del anillo inguinal interno en pacientes con hernias inguinales. **Pacientes y método.** Para los propósitos de este estudio se estudió una muestra de conveniencia de 72 pacientes (31,3%) con hernia inguinal que cumplieron los siguientes criterios de inclusión; pacientes masculinos, mayores de 15 años de edad, con hernia inguinal indirecta unilateral, no fumadores, no diabéticos, sin patología del tejido conectivo u otras patologías inmunológicas. Para el análisis histológico se dividió a los pacientes en 3 grupos según edad; entre 15 y 40 años, 41 a 60 años y mayores de 61 años. Se utilizó estadística descriptiva para el reporte de los resultados. **Resultados.** Veinte pacientes (27,7%) fueron menores de 40 años, otros 20 pacientes (27,7%) se encontraban entre 41 y 60 años y 32 pacientes (44,4%) fueron mayores de 61 años. Los pacientes menores de 40 años presentaron alteraciones inespecíficas del tejido tendíneo asociados a la presencia frecuente de cúmulos de material mucoide positivo para la tinción PAS, leve esclerosis vascular, importante hiperemia difusa y ausencia de células inflamatorias agudas o crónicas. En los pacientes entre 41 y 60 años se encontró fibrosis hialina focal del tejido tendíneo y ausencia de depósitos mucoideos intersticiales, ausencia de células inflamatorias, esclerosis vascular de grado leve a moderado ocasionalmente obstructiva e hiperemia importante. Los pacientes mayores de 61 años presentan signos involutivos del tejido tendíneo y presencia de tejido adiposo interfascicular, ausencia de células inflamatorias e importante esclerosis vascular obstructiva. **Conclusión.** El tejido tendíneo del anillo inguinal sufre alteraciones inespecíficas progresivas con la edad del paciente, involucionando hacia la fibrosis hialina. En personas jóvenes se observan depósitos mucoideos intersticiales los que desaparecen y son sustituidos por tejido adiposo en personas ancianas. No se observan signos inflamatorios agudos o crónicos y la hiperemia se debe al trauma quirúrgico.

TÉCNICA QUIRÚRGICA Y RESULTADOS A CORTO PLAZO DE LA HERNIOPLASTÍA INCISIONAL INTRAPERITONEAL ABIERTA

Drs. M. Beltrán, L. Jaramillo, C. Larraín, P. Méndez, J. Oliva, M. Contreras, R. Tapia, V. Cortes, K. Cruces.

Servicio de Cirugía, Hospital de La Serena
Facultad de Medicina, Universidad Católica del Norte

Introducción. No se encuentra en la literatura ninguna descripción detallada de la técnica para instalación de prótesis intraperitoneales por vía abierta. El objetivo del presente estudio es describir la técnica que utilizamos en nuestra institución para instalación de prótesis intraperitoneales por vía abierta y los resultados a corto plazo de estas operaciones: recurrencia, complicaciones y satisfacción del usuario con el procedimiento. **Pacientes y método.** El presente es un reporte transversal, observacional y descriptivo de la técnica de la hernioplastia intraperitoneal abierta y de los resultados iniciales de esta técnica tomando como punto de corte transversal el control de los 12 meses de seguimiento. El control incluyó una entrevista, examen físico y un cuestionario específico sobre satisfacción con el procedimiento. Entre Agosto 2008 y Julio 2009 se operaron 58 pacientes (100%) por hernia incisional con esta técnica. Las indicaciones fueron: hernias incisionales con pérdida de domicilio, anillo herniario con longitud y anchura mayor a 10 cm y la falta de prótesis compuestas o insumos laparoscópicos. Se reporta el tamaño de malla utilizado, el tiempo quirúrgico, el uso de drenajes, la estadía hospitalaria, las complicaciones postoperatorias, recurrencia y los resultados del cuestionario sobre satisfacción con el procedimiento. **Resultados.** De acuerdo a la localización del anillo herniario, la mayoría de las hernias se originaron entre la cicatriz umbilical y el apéndice xifoides (60,4%). El tiempo quirúrgico promedio fue 2,6 horas. Se presentaron una o más complicaciones en 11 pacientes (19%). Un año después de la cirugía no se encontró ninguna recurrencia. De acuerdo a la puntuación final del cuestionario de satisfacción usuaria, 17 pacientes (29%) reportaron una satisfacción excelente con el procedimiento, 33 pacientes (57%) una satisfacción muy buena y 8 pacientes (14%) una satisfacción buena. **Conclusión.** La hernioplastia intraperitoneal constituye una opción segura para la reparación de hernias incisionales. En el seguimiento a corto plazo no presenta recurrencias.

¿ES EL HABITO DE FUMAR UN FACTOR DE RIESGO PARA LAS HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL? ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

Dr. C. Guixé, Dr. O. Loureiro, Dr. J. Lagos, Al G. Diocares, Al M Hurtado, Al. F. Manhood
Hospital Félix Bulnes C., Universidad Mayor

Introducción: En pacientes tabáquicos se presentan alteraciones demostradas en el tejido colágeno a nivel pulmonar y arterial.

Nuestra hipótesis a probar será que la frecuencia de tabaquismo entre los individuos con hernia de la pared abdominal es mayor que en aquellos que no la tienen por lo tanto existirá una relación positiva entre el tabaquismo y la prevalencia de hernias de la pared abdominal.

Materiales y métodos: Para probar nuestra hipótesis realizamos un estudio de Casos y Controles, dado que la variable de exposición (tabaquismo) es mucho más frecuente que la variable de respuesta (hernia abdominal).

Los casos serán pacientes adultos, de ambos sexos, que consultan por hernia de la pared abdominal (diagnosticado por examen físico) en los policlínicos de cirugía general del Hospital Félix Bulnes C. desde abril a octubre del año 2009 y que cumplan con los criterios de inclusión.

Los controles serán pacientes adultos, pareados por edad a los casos, que consultan en los policlínicos de cirugía general del Hospital Félix Bulnes C. desde abril a octubre del año 2009, que no presenten hernia de la pared abdominal.

El tamaño muestral fue calculado por el programa Epi Info 3.2.2 con una Confianza del 90% y un Poder de 80%, la relación caso/control será 1:1, población a estudiar serian Casos: 70, Controles: 70.

Resultados: El estudio cuenta con información de 139 pacientes, de los cuales un 55,4% presentó hernia, un 55,9% es fumador, un 48,7% son hombres, un 37,8% tuvo un Índice de Masa Corporal (IMC) entre 25 y 29,9.

Para determinar diferencias (asociación) entre las variables de control y la presencia de hernias se utilizó Test Chi-Cuadrado para tablas de contingencia entre casos y controles. De las variables de control tanto la edad ($p=0,003$), sexo ($p<0,001$) como el IMC ($p=0,047$) están asociados (en forma cruda) a la presencia de hernias de la pared abdominal. El hábito tabáquico no está asociado en forma cruda con la formación de hernias, así como tampoco el resto de las variables de control.

Todas las variables de control son no significativas, es decir, ninguna de estas variables afecta la asociación (que no la hay) entre tabaquismo y la formación de hernias.

Conclusión: No existe asociación entre el hábito tabáquico y la presencia (formación) de hernias en la pared abdominal.

USO DE ABORDAJES PREPERITONEALES EN HERNIA CRURAL COMPLICADA.

Drs. H.Bosch, C Vargas, C.Godoy, D.Valenzuela, O.Rimler, N.Avilés, J.Grajeda.

Hospital de Urgencia Asistencia Pública.

Introducción: En pacientes con Hernia Crural Complicada se desea una vía de abordaje que permita buena exposición para resección, evite laparotomía y permita herniorrafia o hernioplastia.

Objetivo: Evaluar el impacto de las Técnicas Preperitoneales no Laparoscópica en pacientes hospitalizados con diagnóstico de Hernia Crural Complicada.

Material y Método: Estudio retrospectivo observacional de Hernias Inguino Crurales Complicadas operadas entre los años 2000 y 2009 que incluyó 629 cirugías, 239 hospitalizados con diagnóstico de Hernia Crural Complicada. Se confeccionó una base de datos que incluyó sexo, edad, enfermedades concomitantes, tiempo de evolución, lateralidad, diagnóstico previo conocido y tiempo de él, operaciones previas, asa, tipo de cirugía, necesidad de realizar resección, uso o no de malla, tipo de malla, uso de drenajes, complicaciones, etc. Se realizó un análisis de regresión logística para identificar los factores asociados a la ocurrencia de necesidad de resección intestinal. Los análisis se efectuaron en Stata 10.

Resultados: En pacientes de entre 26 y 95 años (media de 67 años), se confirmó Hernia Crural en un 90 %, se realizó resección intestinal en un 25%, 93% mujeres, 67% > 60 años, solo un 40% con diagnóstico previo conocido, 2% recidivado, 64% derechas, 59% más de 24 hrs de evolución, 10% estranguladas, 38% obstruidas, 15% de laparotomías con 8% eviscerados, 58% de pacientes operados vía preperitoneal en los cuales se instaló malla en un 14 % y 12 % al ser operados por otra vía, 6,3% de infectados con 3,4 % de mortalidad.

Conclusion: Las técnicas de Abordaje Preperitoneal pueden usarse evitando un 15% de laparotomías en los cuales se producen un 8% de evisceración. Existe un mayor riesgo estadístico de requerir resección intestinal en pacientes > 60 años, > 5 años de evolución, > 24 hrs de consulta, diagnóstico preoperatorio de estrangulada y obstrucción intestinal. Considerando el riesgo y necesidad de realizar resección intestinal debemos subir de 58% a 90% los Abordajes Preperitoneales, por lo cual debe ser la 1° forma de abordaje.

USO DE ABORDAJES PREPERITONEALES EN HERNIAS INGUINALES COMPLICADAS.

Drs. H. Bosch, C. Vargas, C. Godoy, D. Valenzuela, O. Rimler, N. Avilés, J. Grajeda.
Hospital de Urgencia Asistencia Pública.

Introducción: En pacientes con Hernia Inguinal Complicadas se desea una vía de abordaje que permita buena exposición para resección, evite laparotomía y permita herniorrafia o hernioplastia. Objetivo: Evaluar el impacto de las Técnicas Preperitoneales en pacientes hospitalizados con diagnóstico de Hernia Inguinal Complicada. Material y Método: Estudio retrospectivo observacional de hernias Inguino Crurales Complicadas operadas entre los años 2000 y 2009 que incluyó 629 cirugías, 353 se hospitalizan con diagnóstico de Hernia Inguinal Complicada. Se confeccionó una base de datos que incluyó sexo, edad, enfermedades concomitantes, tiempo de evolución, lateralidad, tiempo de diagnóstico previo, operaciones previas, ASA, tipo de cirugía, necesidad de realizar resección, uso o no de malla, tipo de malla, uso de drenajes, complicaciones, etc. Se realizó un análisis de regresión logística para identificar los factores asociados a la ocurrencia de

la necesidad de resección. Los análisis se efectuaron en Stata 10.

Resultados: En pacientes de entre 19 y 96 años (media de 63 años), se confirmó Hernia Inguinal en un 81%, 39% eran mayores de 70 años, 74% fueron hombres, 37% sin diagnóstico previo; 56% derecha, 13% recidivadas, 5% con diagnóstico de estrangulada, 31% con obstrucción intestinal. 18% se realizó resección intestinal. 14% requirió laparotomía (evisceración en 2%), se utilizó malla en un 16% de operados vía preperitoneal y 43% en otras vías de abordaje. Se operaron vía preperitoneal solo 10 %. Infección 5% con mortalidad de 5%. Conclusión: El abordaje vía preperitoneal puede usarse como primera elección en pacientes hospitalizados con diagnóstico de Hernia Inguinal al existir 19% de error diagnóstico, evitando un 14% de laparotomías, y con riesgo significativo de tener que realizar una resección intestinal en mujeres, > 70 años, sin diagnóstico previo, derechas, estranguladas u obstrucción intestinal. Podemos aumentar de un 10% a 95% el uso de un abordaje preperitoneal al considerar el riesgo de la necesidad de realizar resección intestinal.

HERNIA INGUINAL COMPLICADA, USO DE MALLA Y COMPLICACIONES.

Drs. H. Bosch, C. Vargas, C. Godoy, D. Valenzuela, O. Rimler, N. Avilés, J. Grajeda.
Hospital de Urgencia Asistencia Pública.

Introducción: La recidiva herniaria en Hernia Inguinal sin uso de Malla alcanza un alto porcentaje (5-30 %), más aun en no especialistas, de allí la importancia del uso de malla para disminuir hasta llegar a <1% la recidiva. Para un correcto uso de la Malla en Hernia Inguinal Complicada es necesario conocer el riesgo de infección y los factores de riesgo independientes asociados.

Objetivo: evaluar el uso de malla en operación de Hernia Inguinal Complicada y su asociación con infección.

Material y Método: Estudio retrospectivo observacional de Hernias Inguinales Complicadas operadas entre los años 2000 y 2009 que incluyó 321 cirugías. Se confeccionó una ficha de recopilación de datos que incluyó sexo, edad, enfermedades concomitantes, tiempo de evolución, operaciones previas, asa, tipo de cirugía, uso o no de malla, tipo de malla, uso de drenajes, complicaciones, etc. Se realizó un análisis de regresión logística para identificar los factores que incidieron en la decisión de usar malla y una segunda regresión para identificar los factores asociados a la ocurrencia de infección de herida operatoria. Los análisis se efectuaron en Stata 10.

Resultados: La edad de los pacientes fluctuó entre 19 y 96 años (media de 62 años), un 79,4% fueron hombres. Se usó malla en 138 cirugías (43 %) en proporción similar en ambos sexos. Se infectaron 18 pacientes (5,6%) y fallecieron 20 (6,2%). Factores predictores independientes del uso de malla fueron la ausencia de obstrucción consignada al ingreso ($p=0,003$), el sexo masculino ($p=0,016$) y la mayor

edad ($p=0,017$). Hay una tendencia hacia un mayor uso de la malla en los últimos años. La infección de herida operatoria sólo se asoció a género femenino ($p=0,042$) en el análisis multivariante. La ocurrencia de infección no se asoció en cambio al uso de malla, ni al puntaje ASA, ni a las patologías concurrentes que presentaban los pacientes.

Conclusión: Considerando que en urgencia los cirujanos en general no son especialistas en patología herniaria, se pudiera aumentar el uso de malla de un 43% a casi la totalidad de los pacientes, sin un incremento importante del riesgo de infección para los pacientes. Un criterio conservador sería evitar su uso en aquellos con resección intestinal, lo que deja aún un 90% de pacientes que se benefician de la colocación de una malla, o un 85% al considerar además resección de colon.

EDAD COMO FACTOR DE RIESGO EN PATOLOGÍA HERNIARIA INGUINOCRURAL COMPLICADA.

Drs. N.Avilés, H.Bosch, C.Vargas, C.Godoy, D.Valenzuela, O.Rimler, J.Grajeda.
Hospital de Urgencia Asistencia Pública.

Introducción: El pronóstico de la Patología Herniaria Inguinocrural depende de varios factores, entre ellos la edad. Sin embargo, tradicionalmente se ha planteado que el tiempo entre el diagnóstico y la cirugía puede ser definida en forma genérica sin tomar en cuenta este importante parámetro. Objetivo: Evaluar el impacto de la edad en la evolución de la patología Herniaria Inguinocrural, y determinar de esta forma si el grupo de mayor edad debe ser operado con mayor prontitud. Material y Método: Estudio retrospectivo observacional de Hernias Inguino Crurales operadas entre los años 2000 y 2009 que incluyó 629 cirugías. Se confeccionó una base de datos que incluyó sexo, edad, enfermedades concomitantes, tiempo de evolución, diagnóstico previo conocido y tiempo de él, ASA, tipo de cirugía, necesidad de realizar resección, complicaciones, etc. Se definió paciente añoso como aquel con edad mayor o igual a 70 años. Se realizó un análisis descriptivo y de regresión logística para identificar los factores asociados a la aparición de complicaciones. Los análisis se efectuaron en Stata 10.

Resultados: De los 629 pacientes incluidos en el estudio, 305 son de 70 años o más (media $79,6 \pm 17,3$ años versus $51,6 \pm 17,3$ años en los no seniles). Entre los pacientes que tenían diagnóstico previo conocido (45,9%), no hubo diferencias significativas en el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la cirugía entre ambos grupos. Se observó que el grupo de pacientes mayores presentó más comorbilidades (81,3% versus 48,1%), más obstrucción intestinal al momento del ingreso (52,1% versus 23,5%), tendieron a estrangularse más (41,3% versus 23,1%), requerir más procedimientos resectivos (42,0% versus 26,5%), presentar peritonitis (7,5% versus 3,4%), y exhibieron mayor tasa de complicaciones post operatorias (21,6% versus 11,7%) sobre todo a expensas de infección de herida operatoria (9,2%

versus 2,2%) y otras complicaciones complejas que requirieron manejo en UTI/UCI o reoperaciones, y finalmente presentaron mayor mortalidad (9,2% versus 1,2%).

Conclusión: Los pacientes seniles poseen mayor morbimortalidad asociada a la patología herniaria inguinocrural, independientemente del tiempo entre el diagnóstico de hernia y su complicación. Existe un grupo de pacientes seniles conocidos, equivalente a un 45,9% de ellos, a los cuales debe dárseles prioridades para la cirugía electiva que posee bajas complicaciones ya conocidas.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA PATOLOGÍA HERNIARIA INGUINOCRURAL COMPLICADA EN ADULTOS.

Drs. N.Avilés, H.Bosch, C.Vargas, C.Godoy, D.Valenzuela, O.Rimler, J.Grajeda,
Hospital de Urgencia Asistencia Pública.

Introducción: La patología herniaria inguinocrural representa una importante fuente de morbimortalidad en la población general, por lo que es relevante conocer su epidemiología.

Objetivo: Describir las características epidemiológicas de la patología herniaria inguinocrural complicada en población general adulta atendida en un hospital de Santiago.

Material y Método: Estudio retrospectivo observacional de 629 pacientes con hernias Inguino Crurales Complicadas operadas entre los años 2000 y 2009 en el Hospital de Urgencias Asistencia Pública. Se confeccionó una base de datos que incluyó sexo, edad, enfermedades concomitantes, tiempo de evolución, lateralidad, tiempo de diagnóstico previo, operaciones previas, tipo de cirugía, necesidad de realizar resección, complicaciones, etc. Los análisis se efectuaron en Stata 10.

Resultados: Se incluyeron 629 pacientes de entre 19 y 96 años (media de $63 \pm 17,3$ años), el 64,2% de ellos sufría alguna comorbilidad, siendo la hipertensión arterial la más común de ellas, el 53,6% tenía diagnóstico previo de hernia conocida, el 54,1% de los pacientes era hombre. El 51,0% de los casos correspondió a hernia inguinal, siendo esta presentación más común en hombres (79,4%), de predominio en el lado derecho (57,0%), y presentó una tasa de estrangulación del 23,7%, mientras que la hernia crural (49,0%) fue más común en mujeres (89,0%), también de predominio derecho (60,7%) y se estrangularon en el 40,6%. No hubo diferencias significativas en la edad promedio ni en el número o tipo de comorbilidades entre los pacientes con hernia inguinal y crural. El 37,4% de los pacientes ingresaron con síntomas de obstrucción intestinal, siendo esto más común en las hernias crurales que en las inguinales (47,1% versus 28,0%). Entre los hallazgos operatorios, aunque fue más común encontrar necrosis en las hernias crurales (41,9% versus 25,2%), la tasa de peritonitis fue mayor en las hernias inguinales (8,1% versus 4,2%). El 16,5% de los pacientes presentó alguna complicación postoperatoria, no encontrándose diferencias

significativas en el tipo ni la cantidad entre la hernia inguinal y la crural. La mortalidad global de la patología herniaria inguinocrural fue de 5,1%, siendo mayor en la hernia inguinal que en la crural (6,2% versus 3,9%).

Conclusión: Existen diferencias entre la patología herniaria inguinal y crural, lo que es un hecho conocido y concuerda con nuestros resultados. Los resultados obtenidos se ajustan a los descritos en la bibliografía, y constituyen una muestra representativa de la realidad nacional por lo que pueden ser utilizados como una actualización de la epidemiología de esta patología.

HERNIAS LIPOMATOSAS. UN HALLAZGO FRECUENTE EN LAS HERNIORRAFIAS INGUINALES

Drs. A. Acevedo, J León

Centro de Hernias del CRS Cordillera, Campus Oriente de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Introducción. Numerosos autores han destacado la coexistencia de masas de tejido lipomatoso, durante las herniorrafias inguinales. Éstas se desarrollan en íntima relación con el cordón espermático y se las ha calificado como lipomas o hernias lipomatosas (protrusiones de grasa preperitoneal). El objeto de esta presentación es dar cuenta de nuestras observaciones sobre este tema.

Material y método. Desde la fundación del Centro de Hernias del CRS en Agosto de 1998 realizamos una acabada disección de la región inguinal en nuestras herniorrafias con el propósito de una mejor utilización de las estructuras anatómicas en la herniorrafia. El presente es un estudio observacional descriptivo de nuestras observaciones anatómicas; ellas han sido vertidos en una base de datos construida con el software de cálculo epidemiológico EpiInfo. Técnica quirúrgica disectiva (anatómica). Abierto el canal inguinal se incidió el cremáster longitudinalmente, labrando colgajos medial y lateral. Se controló el cordón espermático con el saco en las hernias indirectas mediante un tractor de goma y se los separó de la pared posterior del canal inguinal (PPCI); se incidió la fascia espermática interna y se disecó el saco herniario; se incidió circularmente la inserción de la fascia espermática interna (FEI) en la fascia transversal. Apreciamos la formación de masas lipomatosas (hernias lipomatosas) muy variables en ubicación y tamaño. En las hernias directas el cordón se separó del saco y de la PPCI tal como se hizo en las indirectas y se lo expuso hasta el nivel del anillo inguinal profundo. Se consignó la presencia de hernias lipomatosas. Su posición y su relación con la hernia sacular. Resultados. En este período se intervinieron 1414 hernias inguinales primarias, 61,8% indirectas, 32,6% directas y 5,6 en pantalón. El 29,5% de los casos (417 pacientes) presentó una hernia lipomatosa. De éstas el 70% se dió en hernias indirectas, el 25,6% en directas y el 3,4% en pantalón. El 70,4% tuvo una localización lateral respecto al cordón espermático, el 9,6 una cefálica, el 9,2 una medial y el 9,8 tuvo una localización múltiple. La

localización caudal fue prácticamente inexistente. La hernia lipomatosa fue predominante respecto a la hernia sacular en el 30,7% de los casos, secundaria en el 65,5% y fue la única hernia observada en el 3,8%. Ni el tamaño del anillo inguinal profundo, ni el del saco herniario, ni la obesidad fueron factores predisponentes para estas hernias lipomatosas. Conclusión. La disección cuidadosa de las estructuras anatómicas en la herniorrafia inguinal permite apreciar hernias lipomatosas en una alta proporción. Su localización más frecuente es la lateral. Ellas representan un anillo inguinal profundo insuficiente pudiendo alcanzar considerable volumen. Su extirpación alta permite una mejor oclusión del anillo inguinal profundo

HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA COMPLICADA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Drs: M. Schiller; M. Parra; J. Ortega; R. Berrios; J. Schiller; R. Rossi; C. Villalón; G. Wiedmaier. Int: F. Oppliger.

Servicio de Cirugía, Equipo de Cirugía Torácica, Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo.

Introducción: La hernia diafragmática congénita más frecuente es la hernia de Bochdalek, con una frecuencia de 1/3000 nacidos vivos. Esta corresponde a un defecto congénito de la región posterolateral del diafragma, generalmente al lado izquierdo. Son características de los niños, pero pueden cursar asintomáticas y ser descubiertas en edades avanzadas. Su curso puede presentarse con molestias abdominales vagas como dispepsia, dolor abdominal postprandial o náuseas. Rara vez debutan en forma aguda como consecuencia de una complicación. Objetivo: Realizar la descripción y el análisis de un caso clínico tratado en el Hospital Padre Hurtado (HPH) y compararlo con la literatura publicada en relación al tema.

Métodos: Análisis de la ficha clínica, laboratorio, microbiología e imágenes de un paciente que presentó una hernia diafragmática congénita complicada. Revisión sistemática de la literatura.

Resultados: Paciente de 18 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por cuadro de un año de evolución de dolor difuso en hemiabdomen superior y baja de peso de 5kg. Tres días previos al ingreso presenta dolor epigástrico irradiado en faja y a hemitórax izquierdo, asociado a vómitos postprandiales y disnea. Al ingreso destaca estable, pero con dolor epigástrico asociado a RHA y MP izquierdo disminuidos. Rx abdomen: cámara gástrica en hemitórax izquierdo. TAC abdomen: hernia diafragmática con estómago parcialmente en cavidad torácica. Paciente evoluciona séptico y con mayor compromiso por lo que se decide llevar a pabellón. Destaca hemoperitoneo de aprox. 3lt, defecto diafragmático posterolateral izquierdo de 8cm por el cual se hernia cuerpo y fondo gástrico, encontrándose este necrótico y perforado. Se realiza lavado profuso de cavidades pleural y peritoneal + gastrectomía parcial en manga + cierre del defecto

diafragmático + drenajes pleurales. Paciente evoluciona muy grave en UPC pese a soporte avanzado y tratamiento antibiótico triasociado. TAC de control muestra colección loculada pleural izquierda la cual se resuelve por VATS. Evoluciona en BCG y es dado de alta luego de completar terapia antibiótica prolongada.

Discusión: Si bien la hernia diafragmática congénita de Bochdalek es una patología de baja frecuencia en los niños y extremadamente rara en adultos, debe ser sospechada en pacientes con molestias abdominales crónicas dado que su evolución benigna y tratamiento sencillo en condiciones electivas puede tornarse en un evento de alta morbilidad en el caso de que se presente complicada y que requiera de una intervención quirúrgica de urgencia.

RESULTADOS DE LA HERNIOPLASTÍA UMBILICAL E INCISIONAL CON EL USO DE MALLA PROCEED VENTRAL PATCH . EXPERIENCIA INICIAL EN 32 CASOS

Drs. C. Díaz-Valdés, C. Díaz-Valdés, J. Lobos, J. Bravo, M. Venegas, J. Contreras, C. Maldonado
Servicio de Cirugía / Clínica Santa María

Introducción: El avance tecnológico y la preocupación de poder ofrecer siempre mejores opciones a los pacientes que padecen hernia umbilical (HU) o hernia incisional (HI), ha llevado a la creación de nuevos materiales y nuevas técnicas. Entre las más revolucionarias se encuentra la malla Proceed Ventral Patch (PVP), que es una malla autoexpandible, flexible y parcialmente absorbible. Objetivo: Evaluar los resultados a corto y mediano plazo de la hernioplastía umbilical y/o incisional con el uso de PVP en una serie de pacientes sometidos a este procedimiento por el mismo equipo quirúrgico. Materiales y Métodos: Estudio prospectivo desde Marzo de 2009 a Julio de 2010 de pacientes sometidos electivamente a hernioplastía umbilical y/o incisional con el uso de PVP por un mismo equipo y bajo los mismos estándares de técnica quirúrgica en el Servicio de Cirugía de la Clínica Santa María. Se incluyeron datos demográficos, morbilidad, tiempo operatorio, recidiva y evolución postoperatoria.

Resultados: Un total de 31 pacientes fueron incluidos en el estudio, realizándose 32 hernioplastías umbilicales o incisionales < 4cm con PVP, 16 pacientes de sexo masculino (51,61%) y 15 femenino (48,39%), con un promedio de edad de 45,32 años ($\pm 11,14$), se incluyeron 26 hernias umbilicales (83,87%) y 6 incisionales (16,13%), en un paciente se realizó ambas intervenciones. El tiempo operatorio promedio fue de 33,47 minutos sin incluir el tiempo de la cirugía agregada, cuando lo hubo. No existió complicación intraoperatoria en ningún caso. No hubo complicaciones postoperatorias asociadas a la hernioplastía, existiendo solo 1 caso (3,12%) de seroma de muslo por intervención quirúrgica asociada (resección lipoma). El 96,77% de los pacientes fueron dados de alta a las 24 horas postoperatorias. Solo 1 paciente fue dado de alta a las 48 horas luego de haber sido intervenido de una mamoplastía de

aumento. El promedio de seguimiento actual es de 6,12 meses (± 4). No existe recurrencia en el seguimiento a los 12 meses.

Conclusiones: La hernioplastía umbilical e incisional pequeña con el uso de malla PVP es segura y efectiva, con muy baja incidencia de complicaciones perioperatorias que suelen ser de baja complejidad y sin recidivas en este tiempo de seguimiento.

RESULTADOS DE LA HERNIOPLASTÍA INGUINAL LAPAROSCÓPICA (TEP). EXPERIENCIA EN 673 PROCEDIMIENTOS

Drs. J. Contreras, C. Díaz-Valdés, J. Bravo, J. Lobos, C. Díaz-Valdés, M. Venegas, C. Carvajal
Unidad de Cirugía Mínimamente Invasiva / Clínica Santa María
Departamento de Cirugía / Hospital Del Salvador / Universidad de Chile

Introducción: El abordaje laparoscópico ha revolucionado la cirugía ampliándose a diversos procedimientos, la hernioplastía inguinal no ha sido la excepción. Sin embargo no se ha popularizado ampliamente como otros procedimientos. El abordaje laparoscópico totalmente extraperitoneal (TEP) permite una adecuada reparación y ha sido usada por varios autores con tasas de recidiva y complicación bajas.

Objetivo: Evaluar los resultados a largo plazo de la Hernioplastía Inguinal Laparoscópica mediante técnica TEP en una serie de pacientes sometidos a este procedimiento por el mismo equipo quirúrgico. Materiales y Métodos: Estudio prospectivo desde Octubre de 1994 a Diciembre de 2009 de pacientes sometidos electivamente a hernioplastía inguinal y/o crural laparoscópica mediante técnica TEP por un mismo equipo y bajo los mismos estándares de técnica quirúrgica en el Servicio de Cirugía de la Clínica Santa María / Hospital Del Salvador. Se incluyeron datos demográficos, morbilidad, tiempo operatorio, recidiva y evolución postoperatoria. Resultados: Un total de 485 pacientes fueron incluidos en el estudio, realizándose 673 hernioplastias inguinales o crurales laparoscópicas TEP, 451 pacientes de sexo masculino (93%) y 34 femenino (7%), hernias inguinales 468 (96,49%) y crurales 17 (3,51%). De estas son inguinal derecha 165 (34,02%), inguinal izquierda 120 (24,74%), inguinal bilateral 183 (37,73%), crural derecha 9 (1,86%), crural izquierda 3 (0,62%) y crural bilateral 5 (1,03%). Predominaron hernias de clasificación Nyhus II con 72 casos (38,92%), IIIa con 46 (24,86%) y IIIb con 48 (25,95%). El tiempo operatorio promedio fue de 65,77 minutos $\pm 19,01$ para las unilaterales y de 78,56 $\pm 22,40$ para bilaterales. Hubo complicación intraoperatoria en 12 casos (2,48%), la más común fue la lesión de vasos epigástricos en 6 intervenciones (1,24%).

Se requirió conversión en 6 casos (1,24%), 1 de estos a técnica transabdominal (TAPP) (0,21%) y 5 a cirugía abierta (1,03%). La incidencia de complicaciones postoperatorias fue de 14 casos entre los que predominaron; hidrocele en 4 casos (0,82%) neuralgia en 3 (0,62%) y seroma en 2 (0,41%) de

los cuales necesitaron reintervención 3 pacientes (0.62%). La mayoría de los pacientes fueron dados de alta a las 24 horas postoperatorias. Recurrencia de la hernia se dio en 6 casos (0.89%), siendo 3 antes de 12 meses (0.44%).

Conclusiones: La hernioplastia laparoscópica por técnica TEP es segura y efectiva, con baja incidencia de complicaciones perioperatorias que suelen ser de baja complejidad y baja tasa de recidivas a largo plazo.

COMPARACION ENTRE LA TECNICA DE PEREZ FONTANA (HERNIOPLASTIA SIN MALLA Y SIN TENSION), CON UNA TECNICA CON MALLA DE POLIPROPILENO.

Drs. M. Barroso¹; H. Herrera²; E. Molina¹; V. Molina¹; J. Maturana³; F. Jelvez³; G. Vander Stelt³

1.-Cirujano General. Departamento Cirugía y Traumatología. UFRO

2.- Residente Cirugía General. Departamento Cirugía y Traumatología. UFRO

3.- Interno Medicina. UFRO

Hospital Hernán Henríquez Aravena

Introducción. Las hernias inguinales son un problema frecuente de salud que afecta a ambos sexos, en todas las edades. Fue durante el decenio de 1990 cuando se introdujo el concepto de Hernioplastia "Libre de tensión". La técnica más conocida y difundida de reparación libre de tensión es la Técnica de Lichtenstein.

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 con prótesis de los defectos herniarios de la región inguinal.

Materiales y Métodos: Se presenta un estudio descriptivo retrospectivo de casos consecutivos intervenidos en el Hospital Hernán Henríquez Aravena en el periodo comprendido entre enero 2003 y Diciembre 2008. La obtención de datos y recolección de las variables del estudio se acudió a las fichas clínicas de los pacientes. Se evaluaron variables generales, días de hospitalización, morbilidad operatoria y recidiva. Los datos se ingresaron en una base de datos y analizados mediante el programa estadístico Epidat 3.1.. Resultados: En el periodo comprendido Enero 2003 y Diciembre 2008 se realizaron un total de 265 hernioplastias inguinales. El 40% correspondió a Técnica de Pérez Fontana y el 26% a técnica de Lichtenstein. El 74 % correspondió a pacientes de sexo masculino. El porcentaje de recidiva con Técnica de Pérez Fontana correspondió al 1,88% (p=1). El porcentaje de complicaciones con Técnica de Pérez Fontana fue de 11 % (p=1). Al comparar ambas técnicas en cuanto a días de hospitalización, morbilidad y recidiva no se observaron diferencias estadísticamente significativas.

Conclusión: Este estudio concluye que no existen diferencias significativas entre ambas técnicas, y por lo tanto, la técnica de Pérez Fontana se presenta como alternativa frente a la reparación de defectos herniarios.

TECNICA DE PEREZ FONTANA: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL HERNAN HENRIQUEZ ARAVENA DESDE EL 2003 AL 2008

Drs. M. Barroso¹; H. Herrera²; E. Molina¹; V. Molina¹; G. Vander Stelt³; J. Maturana³; F. Jelvez³.

1.-Cirujano General. Departamento Cirugía y Traumatología. UFRO

2.- Residente Cirugía General. Departamento Cirugía y Traumatología. UFRO

3.- Interno Medicina. UFRO

Hospital Hernán Henríquez Aravena

Introducción. La reparación de hernias inguinales continúa siendo una de las intervenciones quirúrgicas que realiza más a menudo el cirujano general, de ahí la gran importancia que tiene como problema de salud. A pesar de la frecuencia de su reparación quirúrgica, los cirujanos aún no logran resultados perfectos y el índice de recurrencias es importante. Actualmente todas las técnicas de reparación herniaria deben ser sin tensión, todas las cuales utilizan distintos tipos de malla.

Nuestro objetivo es presentar los resultados de la técnica de Pérez- Fontana, una técnica sin tensión que no utiliza malla.

Materiales y Métodos: Se presenta un estudio descriptivo retrospectivo de casos consecutivos intervenidos en el Hospital Hernán Henríquez Aravena en el periodo comprendido entre enero 2003 y Diciembre 2008. La obtención de datos y recolección de las variables de estudio se acudió a las fichas clínicas de los pacientes.

Técnica operatoria. Desprendimiento de una banda aponeurótica del labio superior de la aponeurosis del oblicuo mayor. Fijación de la banda aponeurótica desprendida, a los ligamentos de Cooper y de Poupart. Segunda sutura de la banda desprendida, al arco del transverso (tendón conjunto), quedando aplicada contra la pared posterior. Reconstrucción del canal inguinal en su dirección oblicua Resultados. En el periodo comprendido entre enero 2003 y Diciembre 2008, se realizaron 106 hernioplastias según técnica de Pérez Fontana. El 70 % correspondió a pacientes de sexo masculino. La edad promedio de la muestra 58,45 años (DE 19,16 años). Se realizó profilaxis preoperatoria en el 91 % de los pacientes. El porcentaje de recidiva de la muestra correspondió a 1 , 88%. El porcentaje de complicaciones correspondió a 11 %. Conclusión Nuestro estudio pretende mostrar una opción de reparación sin malla, que no tiene grandes ni graves complicaciones. Con porcentajes de recidiva similares a lo publicado tanto en la literatura nacional como internacional.

ROL DEL NEUMOPERITONEO TERAPÉUTICO PROGRESIVO PREOPERATORIO EN LA REPARACIÓN DE HERNIAS INCISIONALES DEL ABDOMEN. EFECTOS SOBRE EL PERÍMETRO MUSCULAR ABDOMINAL.

Drs. F. Papic¹, M. Alban¹, A. Sanhueza², J. Silva¹, A. Debandi¹, C. Paulsen¹, G. Montecinos¹ y J. Rappoport¹.

1. Departamento de Cirugía, Hospital Clínico, Universidad de Chile. 2. Servicio de Imagenología, Hospital Clínico, Universidad de Chile.

Introducción: El Neumoperitoneo Terapéutico Progresivo Preoperatorio (NTPP), ha sido utilizado empíricamente. Tanaka utiliza la Tomografía Computada de Abdomen (TAC) para identificar pacientes en riesgo de desarrollar un Síndrome Compartimental Intraabdominal (SCI). Dumont usa la TAC para evaluar la longitud de la musculatura abdominal. El propósito del presente estudio es objetivar el rendimiento del NTPP en relación a los cambios en la longitud de la musculatura de la pared abdominal y el tamaño del anillo herniario. **Materiales y métodos:** De diciembre 2009 a mayo 2010 se realizó NTPP a 5 pacientes con hernias incisionales con anillo mayor 10 cm y/o pérdida de derecho a domicilio. El NTPP se efectuó insertando un catéter intraabdominal. Se insufló aire 500 a 1000 ml diarios por 13±2 días completando un promedio de 10±0.87 litros, sin sobrepasar una presión intraabdominal de 15 cm de agua. Se efectúa TAC al inicio y término de las sesiones de NTPP. Se mide perímetro muscular de paredes anterolaterales y ancho de los músculos rectos. Análisis estadístico: T-Student.

Resultados: El NTPP fue bien tolerado. Pre y post NTPP, los anillos herniarios presentaron en promedio: longitud de 15,27 y 17,98 cm ($p>0,05$) y ancho de 10,94 y 12,33 cm ($P>0,05$), el ancho de los músculos Rectos Abdominales derechos fue 6,056 y 7,150 cm ($P=0,084$) e izquierdos fue de 6,188 y 7,412 cm ($P=0,105$), la longitud promedio de los músculos de la pared anterolateral derecha fue 19,14 y 24,56 cm ($p<0,01$) e izquierdos fue de 20,53 y 26,37 cm ($p<0,01$), el perímetro muscular antero-lateral fue 51,91 y 61,49 cm ($p<0,01$). Los pacientes fueron sometidos a cirugía y evolucionaron sin evidencias de SCI.

Conclusiones: El NTPP representa un elemento útil en casos seleccionados de pacientes portadores de hernia incisional gigante o con pérdida de derecho a domicilio, aumentando la tolerancia a presiones intraabdominales elevadas y optimiza la reparación herniaria al aumentar el perímetro muscular de la cavidad abdominal. La Tomografía computada, a través de la medición de la longitud de la musculatura abdominal, permite objetivar el rendimiento de este método en el preoperatorio.

HERNIA DE GARENGEOT

Drs. M. Albán, M. Lillo, J.C. Molina, A. Debandi, C. Jauregui, E. Lanzarini, G. Montesinos, J. Silva, J. Rappoport.

Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile.

Según el MINSAL, 5% de la población presentará una hernia, 75% son inguinofemorales. El hallazgo del apéndice cecal en el saco herniario femoral es infrecuente. De Garegeot describió el primer caso en 1731. El apéndice puede estar sano o patológico en extremo medial o distal y generalmente su base

sana. Su incidencia es 0.5-5% de todas las hernias femorales. **Objetivo:** presentar una serie de 3 casos. **Materiales y Métodos:** Se presentan 3 casos. **CASO 1:** Masculino, 40a, 8 horas de aumento de volumen inguinal derecho, dolor, eritema. **Ecografía:** hernia inguinal con asas y colección. **Cirugía:** hallazgo saco femoral con contenido hemático y apéndice cecal flegmonoso con base sana. Se realiza apendicectomía por la misma incisión y herniorrafia femoral. Alta al 2do día. **CASO 2:** Femenino, 59a, aumento de volumen inguinal derecho irreductible, dolor, edema. **Ecografía:** hernia inguinal, contenido adiposo y estructura vermiforme. **Cirugía:** saco herniario femoral, conteniendo apéndice cecal patológico con base sana. Apendicectomía por LMIU, herniorrafia femoral. Alta al 2do día. **Infección herida operatoria y evisceración al 8vo día. Relaparotomía, aseo y laparorráfia.** Alta al día 10. **CASO 3:** Femenino, 85a, 8 días de dolor inguinal derecho y masa irreductible, dolorosa, eritematosa, con extensión hasta tercio superior del muslo, signos de obstrucción intestinal. **TAC:** signos de obstrucción intestinal, asa en saco femoral, flegmón herniario femoral derecho. **Laparotomía LMIU:** hernia femoral derecha conteniendo apéndice patológico con base indemne (Garegeot), y enterocele parcial (Richter), resección intestinal, apendicectomía, herniorrafia, drenaje de absceso inguinofemoral. Al 6to día dehiscencia de enteroentero anastomosis, aseo, ileostomía, fístula mucosa y laparotomía contenida, laparorráfia 48 horas después. Fallece el día 25 por IAM. **Resultados:** Presentamos una serie de 3 casos del Hospital Clínico Universidad de Chile (2009-2010). El diagnóstico clínico preoperatorio fue hernia inguinal en los 3 casos, solo una TAC mostró saco femoral y en 1 caso la ecografía evidenció el apéndice. En todos los casos el estudio anatomopatológico del contenido fue apendicitis y además 1 caso con asa con necrosis y perforación. La morbimortalidad fue importante, en 2 casos: infección herida, evisceración, dehiscencia de enteroanastomosis. Mortalidad por causa médica en 1 caso.

Conclusiones: Siendo la Hernia de Garegeot una patología poco frecuente, se requiere afinar al máximo el diagnóstico clínico e imagenológico, para una mejor resolución quirúrgica, disminuyendo al máximo la morbilidad postoperatoria.

DIAGNÓSTICO ELECTROFISIOLÓGICO DE NEUROPATÍA INGUINAL CRÓNICA SECUNDARIA A HERNIOPLASTIA INGUINAL. REPORTE DE UN CASO

Int. P. González¹, Dr. C. Derosas², Dr. J. Landerretche³.

1. Interna de Medicina 2. Residente de Cirugía. 3. Neurólogo Electrofisiólogo. Universidad de Santiago de Chile

Introducción: El dolor inguinal crónico luego de la reparación inguinal con malla es una complicación frecuente, donde la mayoría de los casos este dolor es neurogénico.

Presentación del Caso: Paciente sexo masculino 38 años, sin antecedentes mórbidos de interés. Acude a consultar por cuadro de 2 años de evolución caracterizado por parestesias y dolor en región inguinal izquierda con irradiación hacia la parte superior y medial del muslo, que se exagera con la pedestación, deambulación y relaciones sexuales. Los síntomas se inician posterior a una hernioplastia inguinal izquierda con malla, donde destaca un postoperatorio prolongado en el cual presentó intensos dolores inguinales que debieron ser manejados con analgésicos de tipo opioides sin cambio en la sintomatología. Posterior al alta se manejó con amitriptilina y carbamazepina sin embargo no se logró remisión de los síntomas por lo que se derivó a neurología. Al examen físico destacaba una zona de hipoalgesia e hipoestesia táctil superficial alrededor de la región inguinal media y tercio superior de escroto, así como porción medial de muslo adyacente, el resto de la exploración fue normal. La evaluación electrofisiológica consistió en estudios de conducción motores de los nervios ilioinguinal y genitofemoral. El registro se realizó con electrodo de aguja concéntrica en musculatura de pared abdominal inferior, con estímulo con aguja monopolar insertada sobre espina iliaca anterosuperior. La comparación con el lado sano mostró un notorio retraso en la latencia del potencial motor, con una amplitud muy reducida. La prolongación de la latencia motora es compatible con la existencia de una lesión desmielinizante, la amplitud reducida traduce un bloqueo en la conducción de los axones motores. La lesión nerviosa en este caso probablemente ocurrió como lesión iatrogénica durante la hernioplastia inguinal al comprimir o desgarrar el nervio genitofemoral y/o ilioinguinal durante la intervención quirúrgica. Discusión: Este caso demuestra la importancia de considerar la neuropatía inguinal como diagnóstico diferencial frente a un cuadro de dolor inguinal crónico principalmente cuando existe el antecedente de una hernioplastia inguinal, por lo que el estudio multidisciplinario dirigirá el tratamiento de este problema.

HERNIA POR TRAUMA ABDOMINAL CERRADO: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

Drs. J. Nuñez, D. Villao, C. Carvajal, J. L. Lobos, F. Lopetegui.

Departamento de Cirugía, Hospital del Salvador.

Introducción: El trauma abdominal cerrado actualmente corresponde a un motivo de consulta que se presenta con bastante frecuencia en las unidades y servicios de urgencias. Sin embargo, que se produzca una hernia abdominal secundaria es infrecuente. Existen pocos reportes en la literatura. Objetivo: Dar a conocer un caso clínico de un paciente adulto quien sufrió trauma abdominal cerrado con manubrio de bicicleta, el cual produjo una hernia abdominal secundaria.

Materiales y Métodos: Previa autorización del paciente, se presenta la evolución clínica de un

hombre de 43 años, que ingresa a Hospital del Salvador de Santiago a través del servicio de urgencias. Para ello se expone la historia clínica, exámenes de laboratorio, imágenes radiológicas y fotografías.

Caso clínico: Hombre de 43 años, sin antecedentes mórbidos de importancia, que presentó trauma abdominal cerrado secundario a caída y golpe con manubrio de bicicleta. Cuatro días posterior al evento, es evaluado en urgencia constatando inestabilidad hemodinámica, TAC de abdomen y pelvis revela aire libre extraintestinal, niveles hidroaéreos y asa intestinal protruida hacia exterior, con gas en el interior. Requirió intervención, con resección de segmento intestinal y anastomosis termino-terminal, y posterior manejo basado en laparotomía contenida con drenaje tipo VAC y múltiples aseos quirúrgicos. Se mantuvo en unidad de cuidados intensivos, con evolución favorable. Se otorga alta hospitalaria al mes y medio posterior a accidente.

Conclusión: La hernia abdominal secundaria a trauma es una entidad de difícil diagnóstico, la sospecha clínica es esencial. El contar con herramientas de apoyo diagnóstico es muchas veces fundamental para las decisiones de tratamiento.

HERNIORRAFIA INGUINAL CON MALLA (LICHTENSTEIN). MANEJO ALTERNATIVO DEL CREMÁSTER

Drs. A. Acevedo, J. León

Centro de Hernias del CRS Cordillera

Campus Oriente de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Introducción. La técnica clásica de herniorrafia de Lichtenstein ("Lichtenstein Hernia Clinic"), involucra el levantamiento en bloque del cordón, de los vasos testiculares externos y del músculo cremáster (MC). En las hernias indirectas a la maniobra anterior se agrega la incisión longitudinal del cremáster para abordar el saco. Hemos encontrado ventajas en un manejo alternativo del MC y el objeto de esta presentación es dar cuenta de nuestra experiencia Material y método. El presente es un estudio observacional descriptivo. Comprende los pacientes operados con la técnica de Lichtenstein entre Agosto de 1998 y mayo de 2010 en el Centro Ambulatorio de cirugía de las hernias del CRS Cordillera. Se utilizó anestesia local monitorizada con Lidocaína al 0,6%, alcalinizada y adicionada de adrenalina Técnica de manejo del MC: Se incidió longitudinal del MC labrando un colgajo medial y uno lateral; se expuso y controló el cordón mediante una cinta de goma. Los vasos testiculares externos (VTE) quedaron adheridos a la pared posterior del canal inguinal (PPCI). Se disecó el saco herniario indirecto hasta el anillo inguinal profundo y se extirpó junto a las hernias lipomatosas. Se expuso la PPCI y el tubérculo pubiano y se procedió a colocar la malla según las recomendaciones de la LHC. El manejo de los VTE fue variable: Una opción fue su extirpación, otra su desprendimiento de la PPCI y control incorporado al cordón espermático, y otra dejarlos in situ haciéndolos emerger, lateralmente,

entre los puntos de fijación de la malla al ligamento inguinal. El colgajo lateral del MC habitualmente se extirpó, sin embargo en algunos casos se conservó controlándolo junto con el cordón y los VTE. Se midieron el dolor operatorio, la satisfacción, la duración del acto quirúrgico y las complicaciones. Resultados. La presente técnica se utilizó en 524 oportunidades, 256 hernias indirectas, 222 directas y 46 hernias en pantalón. La edad promedio fue de 52,4±17,8 años. El diámetro del anillo interno en las hernias indirectas fue >de 3cm en el 79% de los casos. El saco fue grande (>5cm) o muy grande (>10cm) en el 68% de los casos. La duración promedio de la operación fue de 59 (22 - 109)min; el dolor operatorio fue inferior a 3 en el 95,4% y la satisfacción superior a 7 en el 89% de los casos. La tasa de infección fue de 0,6 la de hematomas de 0,1% y de fluxión funículo-testicular de 2,4%. Conclusiones. La técnica propuesta de manejo del MC expone en forma clara las estructuras anatómicas, permite una adecuada tipificación de la hernia facilitando la disección del cordón inguinal, el manejo del anillo inguinal profundo, la exposición de la PPCI y la colocación de la malla; por ello ha terminado por ser adoptada por los cirujanos de nuestro Centro

HERNIORRAFIA AMBULATORIA CON ANESTESIA LOCAL EN EL PACIENTE OBESO.

Drs. A. Acevedo, J. León

Centro de hernias del CRS Cordillera Oriente, Santiago, Chile

Campus Oriente de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Introducción. La herniorrafia con anestesia local se usa cada vez con mayor frecuencia en el mundo. Si bien en los estudios clínicos publicados se incluye a pacientes obesos, se echa de menos reportes específicamente dirigidos a establecer si esta cirugía constituye in mayor riesgo en los pacientes obesos. En el presente estudio damos cuenta de nuestra experiencia en esta materia.

Material y método. Se trata de un estudio observacional realizado en 510 obesos y 1521 no obesos con diversos tipos de hernias abdominales susceptibles de ser intervenidos en forma ambulatoria con anestesia local. Se usaron técnicas tisulares (faciales) y con malla. Se consideraron obesos los pacientes con un IMC>30. Se excluyeron de este estudio 12 sujetos con un IMC>45. Durante la intervención se midió el tiempo quirúrgico y el dolor. En el control efectuado por un miembro del equipo al séptimo día del postoperatorio se efectuó un cuestionario considerando la satisfacción, el dolor, las molestias digestivas, respiratorias, urinarias y motoras. Un segundo cuestionario se realizó el día trigésimo. En ambas ocasiones se dejó constancia de las complicaciones derivadas de la cirugía. El dolor y la satisfacción se midieron mediante EVA de 10 puntos. La significación estadística se determinó mediante el test de t de Student y mediante Chi cuadrado según el caso.

Resultados. El promedio de edad fue similar en ambos grupos. La obesidad estuvo presente en el 38,3% de las mujeres y en el 17,5% de los varones (P<0,002). Los obesos presentaron diabetes e hipertensión en una proporción significativamente mayor (P<0,004 y P<0,02) que los no obesos. La duración de la operación fue en los obesos, en promedio, con 78 minutos, significativamente mayor (P<0,001) que en los no obesos con 62 minutos. El dolor intraoperatorio fue significativamente mayor en los obesos que en los no obesos (P<0,01). En el control del séptimo día los obesos prestaron una menor satisfacción (p<0,007) y un mayor dolor que los no obesos (P<0,0001). Todos los otros parámetros fueron similares en ambos grupos. La infección, con un 2,1% se presentó en una proporción significativamente mayor en los obesos que en los no obesos con 0,7% (P<0,02). Otras complicaciones se presentaron con una frecuencia similar en ambos grupos.

Conclusiones. La reparación ambulatoria con anestesia local de las hernias abdominales es factible en los obesos. La mayor duración de la intervención y el mayor dolor hacen necesaria una anestesia local asistida con sedación. Numerosos estudios señalan una mayor tasa de infecciones en los obesos; ella es independiente del tipo de anestesia y hace necesario extremar las medidas profilácticas.

HERNIOPLASTÍA INGUINAL LAPAROSCÓPICA CON TÉCNICA INTRAPERITONEAL, ANÁLISIS DE RESULTADOS INICIALES.

Drs. I. Cifuentes, F. Moisan, A. Sharp, F. Crovari, N. Jarufe, R. Funke.

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

Introducción: La hernioplastía inguinal laparoscópica se puede realizar por vía totalmente extraperitoneal o transabdominal preperitoneal, esta última tiene sus máximos beneficios en hernias recidivadas, bilaterales y procedimientos abdominales simultáneos.

Objetivo: Analizar los resultados de la experiencia inicial de hernioplastía inguinal laparoscópica por vía transabdominal en nuestro centro.

Material y método: Estudio de cohorte histórica. Se revisó la base de datos prospectiva de todos los pacientes adultos con hernioplastía inguinal laparoscópica por vía transabdominal preperitoneal desde Julio 2008 hasta Noviembre 2010. Se registraron las variables dependientes del paciente, cirugía y postoperatorio. Se registró el dolor máximo en las primeras tres horas del postoperatorio medido en escala de EVA de 0 a 10 puntos. Se registraron además las complicaciones perioperatorias y tardías. Se calcularon las frecuencias, medianas y medias de las variables para describir la muestra y se realizó la prueba de Mann-Whitney para comparar variables de distribución no normal (se consideró significativo un p<0,05).

Resultados: La serie está compuesta por 40 pacientes

(edad 46,3±11 años, 70 % hombres), el IMC promedio fue de 26,1±6,4 Kg/m² y el 53,3% tenían el antecedente de tabaquismo activo. El 22,5% de los pacientes tenía cirugías abdominales previas y el 27,5% tenía recidiva herniaria. Se realizó en un 45% una hernioplastia inguinal derecha, en un 25% izquierda y en un 30% bilateral. En 38 pacientes se utilizó malla Ultrapro®, en 11 (27,5%) pacientes se realizó un procedimiento abdominal simultáneo siendo el más frecuente la colecistectomía (6 pacientes). No hubo conversiones, el tiempo operatorio fue de 81,7±31,3 min. El dolor postoperatorio máximo fue de 3,8±2,6 puntos de la escala de EVA. La estancia postoperatoria fue de 1,4±0,8 días. En 3 (7,5%) pacientes se presentó una complicación postoperatoria, 2 hematomas inguinales y 1 paciente con sospecha de recidiva precoz que fue reexplorado sin evidencia de ésta. En los pacientes con hernioplastia bilateral versus unilateral no hubo diferencias en los días de hospitalización (1 día para ambos grupos, rangos [1-2] v/s [0-4] p=NS), si la hubo en los pacientes con procedimientos intraabdominales simultáneos (2 días [1-4] v/s 1 día [0-2] p=0,012). Durante el seguimiento (7,1±3,9 meses), no se han encontrado recidivas ni complicaciones tardías.

Conclusiones: En nuestra experiencia inicial, esta serie encontró una baja tasa de complicaciones y dolor postoperatorio. La estancia postoperatoria global fue corta, aunque fue levemente superior en el grupo con cirugías abdominales simultáneas, nuestros resultados confirman que este abordaje es seguro y eficaz.

HERNIA CRURAL COMPLICADA, USO DE MALLA Y COMPLICACIONES.

Drs. H.Bosch, C. Vargas, C. Godoy, D. Valenzuela, O. Rimler, N. Avilés, J. Grajeda.
Hospital de Urgencia Asistencia Pública.

Introducción: La recidiva herniaria en Hernia Crural sin uso de Malla alcanza un alto porcentaje (3-30 %), mas aun en no especialistas, de allí la importancia del uso de Malla para disminuir hasta llegar a <1%

la recidiva. Para un correcto uso de la malla en Hernia Crural Complicada es necesario conocer el riesgo de infección y los factores de riesgo independientes asociados.

Objetivo: Evaluar el uso de Malla en operación de Hernia Crural Complicada y los factores de riesgo de infección.

Material y Metodo: Estudio retrospectivo observacional de Hernias Crurales Complicadas operadas entre los años 2000 y 2009 que incluyó 308 cirugías, la gran mayoría en mujeres (273 con un 88,6%). Se confeccionó una base de datos que incluyó sexo, edad, enfermedades concomitantes, tiempo de evolución, operaciones previas, asa, tipo de cirugía, uso o no de malla, tipo de malla, uso de drenajes, complicaciones, etc. Se realizó un análisis de regresión logística para identificar los factores asociados a la ocurrencia de infección de herida operatoria. Los análisis se efectuaron en Stata 10. **Resultados:** En pacientes de entre 19 y 96 años (media de 68,6 años), un 84% fueron mujeres. Se usó malla en 39 cirugías (12,7 %) en proporción similar en ambos sexos. Se infectaron 18 pacientes (5,8%) y fallecieron 12 (3,9%). De acuerdo a un análisis de regresión logística multivariante los cirujanos evitaron el uso de malla en pacientes con obstrucción y diagnóstico de hernia estrangulada y lo favorecieron en los obesos y los pacientes con más edad. Se apreció una tendencia a una mayor colocación de malla en los últimos años (p<0,001)

La infección de herida operatoria sólo se asoció a resección (OR 5,3; p=0,015) y al uso de corticoides (OR 17,2; p=0,026) en el análisis multivariante. La ocurrencia de infección no se asoció al uso de malla, ni al puntaje ASA, ni a otras patologías concurrentes que presentaban los pacientes.

Conclusión: Considerando que en urgencia los cirujanos en general no son especialistas en patología herniaria, se puede aumentar el uso de Malla de un 12,7% a la casi totalidad de las cirugías sin un incremento importante del riesgo para los pacientes. Un criterio conservador sería evitar su uso en aquellos con resección lo que deja aún un 73% de pacientes que se benefician de la colocación de una malla.

Seccional: HIGADO, VÍAS BILIARES Y PANCREAS

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD RESIDUAL EN CIRUGÍA DE LA HIDATIDOSIS HEPÁTICA: CAPITONAJE V/S. OMENTOPLASTIA. ESTUDIO DE COHORTES
Drs. C. Manterola, V. Pineda. Int. J Moraga. Al. S. Urrutia. Grupo MINCIR.
Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera.

Introducción: Una etapa primordial de la cirugía de la hidatidosis hepática (HH), es el tratamiento de la cavidad residual (CR). Para ello se ha recurrido entre otras opciones a omentoplastia (OP) y capitonaje (CA); sin embargo, no existe evidencia de buen nivel que avale la efectividad de una técnica respecto de otra. El objetivo de este estudio es determinar efectividad de ambas técnicas en términos de morbilidad postoperatoria (MPO) en pacientes intervenidos por HH.

Material y método: Estudio de cohorte prospectiva. Se incluyeron pacientes consecutivos con HH no complicada tratados con periquistectomía subtotal en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional de Temuco entre 2001 y 2008. Se excluyeron pacientes intervenidos vía laparoscópica y aquellos con alguna complicación evolutiva de HH. La variable de exposición fue tipo de tratamiento de la CR (CA vs. OP); y la variable resultado, MPO medida de forma dicotómica y al menos por 12 meses. Se estimó la muestra con una relación 1:1, nivel de significación de 5%, potencia de 80% y riesgo de MPO de 26% y 2% para CA y OP respectivamente; lo que determinó una muestra de 40 pacientes por grupo. Se aplicó estadística descriptiva, análisis bivariados (χ^2 y exacto de Fisher para variables categóricas; t-test, ANOVA y no paramétricos para variables continuas); se controló efecto de potenciales confundentes mediante ajuste estadístico con regresión logística; y, se estudió fuerza de asociación mediante cálculo de riesgos absolutos (RA), relativo (RR) e intervalos de confianza del 95%. **Resultados:** Las cohortes están compuestas por 88 pacientes (CA=40 y OP=48), con una mediana de edad de 40 años (15 a 84) y 62,5% de género femenino. Con una mediana de seguimiento de 60 meses (12 a 84), se verificó una MPO general de 11,3%. El 29,6% de los casos presentaba alguna enfermedad coexistente y en el 13,6% se evidenció el antecedente de cirugía previa por HH. De los análisis bivariados, se comprobó diferencias estadísticamente significativas entre cohortes sólo en las variables MPO ($p=0,019$) y "otras localizaciones hidatídicas" ($p=0,037$), debido a un mayor porcentaje de otras lesiones hidatídicas abdominales en la cohorte tratada con OP. Se constató la no existencia de variables confundentes. El RA de MPO para las cohortes de CA y OP fue 0,025 y

0,1875 respectivamente; y, el RR de 0,13 [0.03, 0.70].

Conclusión: Se verificó que el tratamiento de la CR con CA se asocia a menor MPO que con OP.

ANÁLISIS DE MORBILIDAD EN PANCREATODUODENECTOMÍA. USO DE SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE COMPLICACIONES.

Drs. C. García, J. Zamarin, M. Ceroni, P. Rebolledo, C. Benavides, P. Rubilar, R. Vallejos, H. Cid, A. Cancino.
Servicio y Departamento de Cirugía Hospital Clínico San Borja Arriarán, Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Introducción: La Pancreatoduodenectomía se relaciona históricamente con una alta tasa de morbimortalidad, pero no existe una escala universal de medición de éstas. A raíz de esto, Clavien propuso una clasificación basada en los procedimientos terapéuticos empleados para manejar estas complicaciones. El objetivo de este trabajo es reproducir esta clasificación en los pacientes sometidos a Pancreatoduodenectomía en el Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Materiales y Método: Estudio retrospectivo del universo de pacientes sometidos a Pancreatoduodenectomía entre 1990 y 2010. Se obtuvieron datos epidemiológicos, quirúrgicos y de seguimiento del registro clínico estandarizado. **Resultados:** Fueron operados 106 pacientes, 50% hombres, con promedio de edad 57 años. El 52% de las lesiones fueron adenocarcinoma de ampolla de Vater y 23% adenocarcinomas de páncreas. Se realizó Pancreatoduodenectomía con conservación de píloro en 94% de los pacientes. La mortalidad postoperatoria fue de 3,4%, y morbilidad global fue de 70%. La infección de herida operatoria fue la complicación más frecuente (26%), destacando la presencia de fistula pancreática y retardo del vaciamiento gástrico en 11% y 14% de los pacientes respectivamente. De acuerdo a la clasificación de Clavien la distribución porcentual de complicaciones para el total de pacientes fue: Grado I: 21%, II: 32%, III: 9%, IV: 5%, V: 3%. El 74% de las complicaciones fue de tipo menor (Clavien I-II), dado que sólo se manejaron con terapia médica, sin intervenciones invasivas y sin requerir de unidades de apoyo intensivo. El 26% restante de los pacientes complicados tuvo complicaciones mayores (Clavien III-IV-V), dado que requirió alguna intervención invasiva, manejo en unidad de cuidado intensivo o falleció en el periodo postoperatorio. La estadía hospitalaria promedio de los pacientes sin complicaciones fue 22 días, siendo 28 días para los que presentaron complicaciones menores, y 41 días los que presentaron complicaciones mayores ($p<0,05$).

Discusión: Los resultados de morbi-mortalidad obtenidos en nuestro centro son similares a los reportados en la literatura actual, con un porcentaje alto de complicaciones postoperatorias. Sin embargo esto, al analizar las complicaciones a la luz de la clasificación de Clavien se desprende que la gran mayoría son de tipo menor y requieren sólo de manejo básico, sin poner en riesgo la vida de los pacientes. La adopción y el uso generalizado de esta clasificación, por los diferentes grupos quirúrgicos, evita la apreciación subjetiva de las complicaciones, permitiendo estandarizarlas y por lo tanto mejorar la comparación de resultados entre los distintos centros.

IMPACTO DE LA OBESIDAD EN LA SUPERVIVENCIA EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE HEPÁTICO.

Drs. Rodrigo Torres-Quevedo^{1,2}, Ángel Moyá², Marina Berenguer³, Fernando Sanjuan², Martín Prieto³, José Mir².

¹Servicio de Cirugía, Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción. ²Unidad de Cirugía y Trasplante Hepático, Hospital Universitario La Fe de Valencia, España.

³Unidad de Hepatología, Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Universitario La Fe de Valencia, España.

Introducción. Debido a la elevada prevalencia y el impacto negativo sobre la morbilidad, mortalidad y costes sanitarios, la obesidad es considerada como la epidemia del siglo XXI.

Objetivo: Analizar el impacto de esta condición sobre la supervivencia de pacientes sometidos a trasplante hepático (TH).

Material y Método. Estudio caso-control de pacientes (edad entre 25 y 65 años) sometidos a TH en el Hospital Universitario La Fe (HULF) de Valencia, entre los años 1993 y 2004. Se definió obesidad como IMC > 30 kg/m². Los criterios de exclusión fueron: TH con injerto reducido (split), tumores hepáticos distintos a carcinoma hepatocelular, fallo hepático fulminante, serología VIH-positivo y trasplante.

Resultados. De 905 TH, 688 cumplían con criterios de selección. La edad media fue de 53,3 + 8 años, y 69,2% eran hombres. Un total de 133 pacientes (19%) eran obesos (grupo caso), mientras que el resto 555 (81%) constituyeron el grupo control. Con respecto a variables biodemográficas, no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos, a excepción del género, ya que el 24% de las mujeres eran obesas vs un 17% de los hombres ($p < 0,05$). La morbilidad postoperatoria fue similar en ambos grupos (Clavien 1 a 4: 55,3% vs 54,2%, respectivamente). Un total de 73 pacientes fallecieron durante el mes primer post-trasplante, sin diferencias estadísticas en tasas y causas de muerte entre ambos grupos (10,6% en controles vs 10,5% en obesos). La supervivencia actuarial a 1 y 5 años no difirió, alcanzando una tasa de 83% y 67% respectivamente en no obesos, y 81% y 62% en obesos. Conclusión. La obesidad no afecta la supervivencia a corto y mediano plazo después del TH. Por tanto, los pacientes obesos bien seleccionados son buenos candidatos para TH.

RETTRASPLANTE HEPÁTICO: SUS CAUSAS, EVOLUCIÓN Y SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO.

Drs. Rodrigo Torres-Quevedo^{1,2}, Ángel Moyá², Fernando Sanjuan², José Mir².

¹Servicio de Cirugía, Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción. ²Unidad de Cirugía y Trasplante Hepático, Hospital Universitario La Fe de Valencia, España.

Introducción. El retrasplante hepático (ReTH) constituye la única opción terapéutica para el fracaso irreversible de un injerto hepático y corresponde a un 2,9% - 24,0% de todos los trasplantes hepáticos (TH). Técnicamente es difícil y conlleva un elevado índice de morbilidad inmediata y una menor supervivencia que el TH primario.

Objetivo. Determinar: supervivencia actuarial del paciente retrasplantado, tasa de ReTH, sus causas, morbilidad y mortalidad postoperatoria. Material y Método. Estudio de cohorte, sobre una población de 1181 pacientes sometidos a TH en el Hospital Universitario La Fe (HULF) de Valencia, entre los años 1991 y 2006. Se analizan características biodemográficas, de la intervención quirúrgica y evolución de los pacientes sometidos a TH y ReTH. Resultados. Se realizó ReTH en 79 pacientes, quienes al momento del primer TH no presentaban diferencias estadísticas con aquellos que no fueron retrasplantados. La tasa de ReTH fue del 6,3% y las causas más frecuentes fueron: trombosis de la arteria hepática (31,6%), recidiva de la cirrosis por VHC (30,4%) y fallo primario del injerto (21,5%). Los tiempos de isquemia, síndrome de reperusión y congestión hepática no difieren entre los pacientes con ReTH y sin ReTH. Por el contrario, la transfusión de hematíes, morbilidad y mortalidad postoperatoria, fueron significativamente mayor en los pacientes retrasplantados (6,3 + 4,9 vs. 3,5 + 3,0 unidades, $p < 0,001$; 68,4% vs. 57,0%, $p = 0,04$; 25,3% vs. 10,9%, $p < 0,001$; respectivamente). La supervivencia actuarial a 1 y 5 años fue mayor en los pacientes sin ReTH (83% y 69% vs. 66% y 42%, $p < 0,001$), pero según el momento en que se realiza el ReTH, ésta no difiere con el ReTH precoz (71% y 61%, $p = 0,211$) y sí con el ReTH tardío (64% y 34%, $p < 0,001$).

Conclusión. Pese a una elevada morbilidad y mortalidad del ReTH, parece que esta alternativa terapéutica continúa siendo válida en aquellos pacientes con una pérdida precoz del injerto hepático. Por el contrario, cuando la pérdida del injerto es tardía, se hace necesario definir, cuales serían los resultados mínimos aceptables para indicar el ReTH y que pacientes se pueden beneficiar con este tratamiento.

EVALUACIÓN DE CALIDAD EN CIRUGÍA HEPATOBILIAR Y PANCREÁTICA SEGÚN ESTÁNDARES DEL AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS EN UN CENTRO REGIONAL DE CHILE.

Drs. César Muñoz^{1,2}, Héctor Losada^{1,2}, Luis Burgos SJ^{1,2}, Jorge Silva^{1,2}, Carlos Ruiz¹.

¹Departamento de Cirugía y Traumatología. Universidad de La Frontera. Temuco.

²Cirugía hepatobiliar y pancreática. Servicio de cirugía. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco.

Introducción: El American College of Surgeons inicia en el año 2004 un programa denominado *National Surgical Quality Improvement Program (ACS-NQSIIP)*. Este programa tiene por objetivo unificar y establecer estándares de calidad en cirugía en términos de morbilidad y mortalidad. Esta iniciativa ha permitido reducir la morbilidad, mortalidad y los costos en USA. Nuestro objetivo es evaluar 3 procedimientos quirúrgicos en cirugía hepatobiliar y pancreática según los estándares del *ACS-NQAIIP*.

Materiales Y Método:

Diseño de estudio: Corte transversal.

Periodo de estudio: Enero del 2000 a diciembre del 2009.

Criterios de inclusión: Pacientes intervenidos quirúrgicamente por el equipo de cirugía hepatobiliar y pancreática en el periodo de estudio. Los procedimientos seleccionados para evaluación son: Hepatectomías segmentarias anatómicas (HS), Hepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux (HYA) y Pancreatoduodenectomía sin preservación pilórica (PD).

Medición: Se realizó una evaluación del historial clínico de los pacientes. Se consignaron variables biodemográficas y la morbilidad y/o mortalidad operatoria. Se comparan los resultados encontrados con los reportados por el *ACS-NQSIIP*. *Análisis estadístico:* Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión en el programa estadístico STATA 9.0.

Resultados: En el periodo de estudio se realizaron 109 cirugías que cumplieron con los criterios de selección que se consideraron dentro de las evaluables. Las cirugías se distribuyen en: 51 HS, 37 HYA y 32 PD. La morbilidad general hospitalaria fue de 13.7%, 8.1% y 31.25% respectivamente. La morbilidad esperada según lo reportado por el ACS-NQSIIP es 26.4%, 44.2% y 38.3%. La mortalidad hospitalaria fue de 1.9%, 2.7% y 0% en las tres intervenciones evaluadas, siendo la mortalidad reportada por el *ACS-NQSIIP* 2.2%, 3.5% y 4.7%. **Conclusion:** La morbilidad y mortalidad hospitalaria en los 3 procedimientos quirúrgicos evaluados presentan tasas comparables a las reportadas por el *ACS-NQSIIP*. La evaluación de la morbilidad y mortalidad operatoria con estándares internacionales, puede ser de utilidad en los centros hospitalarios donde se realiza cirugía hepatobiliar y pancreática en Chile como un control de calidad en cirugía.

TRANSPLANTE HEPÁTICO EN LAS COMPLICACIONES A LARGO PLAZO DE LA CIRUGÍA HEPATOBILIAR.

César Muñoz^{1,2}, Enrique Moreno González², Carlos Jiménez Romero³, Iago Justo Alonso³.

¹Departamento de Cirugía y Traumatología. Universidad de La Frontera. Temuco. Chile.

²Equipo de cirugía hepatobiliar y pancreática. Servicio de

Cirugía. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena. Temuco. Chile.

³Servicio de Cirugía General, Digestiva y Transplante de órganos abdominales. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Introducción: La colangitis esclerosante secundaria (CES) es una patología con un origen etiológico conocido, donde las consecuencias de la obstrucción biliar persistente, pueden llevar a una inflamación crónica de los conductos biliares con el desarrollo de estenosis difusas, fibrosis y en último caso una cirrosis biliar secundaria (CBS) con insuficiencia hepática e hipertensión portal. El Transplante Hepático Ortotópico (THO) es el tratamiento de elección de la insuficiencia hepática crónica, donde la CBS constituye una indicación infrecuente de THO. El objetivo de este estudio es comunicar la experiencia y los resultados del THO en pacientes con CBS como complicación a largo plazo de la cirugía hepatobiliar.

Materiales Y Metodo:

Diseño de estudio: Estudio de cohorte.

Periodo de estudio: Abril 1986 a Diciembre 2009.

Criterios de inclusión: Pacientes que evolucionaron con CBS confirmado mediante estudio histopatológico como complicación tardía de una cirugía hepatobiliar y que requirieron de un THO como tratamiento de su insuficiencia hepática durante el periodo de estudio.

Criterios de exclusión: Se excluyen pacientes con THO como tratamiento de complicaciones tardías de agenesia de vías biliares y complicaciones biliares del THO

Medición: Se evalúan variables biodemográficas, antecedentes de cirugía hepatobiliar, características clínicas y de laboratorio preoperatorio, características intraoperatorias y postoperatorias del THO. *Análisis estadístico:* Se utilizó estadística descriptiva utilizando medidas de tendencia central y dispersión en el programa STATA® 9.0 para al análisis de los datos.

Resultados: En el periodo de estudio se han realizado 1440 THO. Dieciseis pacientes han sido tratados con un THO en el periodo de estudio. La mayoría de los pacientes han evolucionado con una CBS a múltiples cirugías por hidatidosis hepática. El promedio de edad de la primera cirugía fue 37.5 13.9 y la edad promedio del THO fue 43.113.9. Un paciente evolucionó con ni función primaria del injerto (6.25%). La supervivencia de los pacientes sometidos a THO por CBS es del 75% a 60 meses de seguimiento.

Conclusión: El THO en el tratamiento de las complicaciones a largo plazo de la cirugía hepatobiliar presenta resultados comparables a otras indicaciones de THO.

RESULTADOS DE LA REPARACIÓN QUIRURGICA DE LESIONES POSTQUIRURGICAS DE LA VÍA BILIAR PRINCIPAL.

Héctor Losada^{1,2}, César Muñoz^{1,2}, Luis Burgos SJ², Jorge Silva^{1,2}.

¹Departamento de Cirugía y Traumatología. Universidad de La Frontera. Temuco

²Equipo de cirugía hepatobiliar y pancreática. Servicio de Cirugía. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena. Temuco

Introducción: La lesiones postquirúrgicas de la vía biliar principal (LVBP) constituye una complicación grave y de difícil manejo de la cirugía hepatobiliar. Existe múltiples aproximaciones terapéuticas dependiendo del tipo de LVBP. Nuestro objetivo es presentar la experiencia con los resultados tempranos y tardíos en las técnicas de reparación de LVBP.

Materiales Y Metodo:

Diseño de estudio: Estudio de cohorte.

Periodo de estudio: Enero del 2000 a Junio del 2010.

Maniobra: Se realiza una revisión de los registros clínicos de los pacientes sometidos a reparación de LVBP. Se practican controles periódicos evaluando aspectos clínicos, laboratorio, imagenológicos.

Análisis estadístico: Se utilizó estadística descriptiva utilizando medidas de tendencia central y dispersión. Se aplicó estadística analítica para variables dicotómicas y para variables continuas. Se utilizó el programa Excel® para recolectar los datos y el programa STATA® 9.0 para el análisis de los datos. **Resultados:** En el periodo de estudio se han reparado manejado 26 pacientes con LVBP. La edad promedio es 45.6 ± 14.5 años y el 76% sexo femenino. La lesión se produjo más frecuentemente en una colecistectomía laparoscópica. La mayoría corresponde a lesiones tipo I, II y III de Bismuth. La reparación se ha realizado con hepaticoyeyuno anastomosis en Y de Roux (HPYA) en 22 pacientes, utilizando la técnica de Hepp-Couinaud modificada en el 77% de ellos. Ocho pacientes presentaron algún tipo de morbilidad asociada a la reparación y un paciente falleció en el postoperatorio. El promedio de hospitalización es de 20.512.2 días. Durante el periodo de seguimiento, 1 pacientes (3.8%) presentó estenosis de la HPYA con técnica termino-lateral, y se maneja con reconstrucción tipo Hepp-Couinaud. **Conclusión:** La LVBP constituye una complicación de la cirugía biliar de difícil manejo. La experiencia de nuestro centro es comparable con las cifras nacionales en términos de morbimortalidad de la reconstrucción y re-estenosis. La técnica de Hepp-Couinaud presenta características técnicas que podrían otorgar un mejor pronóstico en términos de re-estenosis.

EXPERIENCIA CON RECONSTRUCCIÓN PANCREATO-GÁSTRICA DUCTO-MUCOSA EN PANCREATODUODENECTOMÍA EN UN CENTRO DE BAJO VOLUMEN.

Drs. Héctor Losada^{1,3}, Luis Burgos^{1,3}, Jorge Silva^{1,3}, César Muñoz^{1,3}, Francisco Biel^{1,2}, Juan Contreras¹, Joaquín Bernal¹, Jean Pierre Droguett¹, Mariela Urrutia¹, Germán Segui¹.

Departamento de Cirugía. Universidad De La Frontera¹.

Departamento de Medicina Interna.

Universidad de La Frontera². Equipo de cirugía Biliopancreática, Hospital Hernán Henríquez Aravena³

Introducción: La pancreatoduodenectomía (PD) se considera como la única técnica quirúrgica que proporciona posibilidad curativa en tumores periampulares.

Existen múltiples técnicas reportadas para la reconstrucción y la anastomosis pancreática. Publicaciones nacionales han reportado mortalidad global de PD entre 5% y 6%.

Nuestro objetivo es describir los resultados de una serie de pacientes en los cuales se efectuó anastomosis pancreato-gástrica ducto-mucosa (PGDM) para la reconstrucción de PD. **Objetivo:** Describir las características clínicas, indicaciones quirúrgicas, morbimortalidad y seguimiento ambulatorio de pacientes sometidos a PD con anastomosis PGDM entre los años 1996 al 2010.

Pacientes y métodos: Serie de casos de pacientes hospitalizados en HHHA de Temuco entre los años 1996 y 2010 con diagnóstico de tumor periampular que fueron sometidos a PD en los cuales se realizó reconstrucción con anastomosis PGDM. Se efectuó anastomosis PGDM en 2 planos; se utilizó magnificación de 2.5X en los últimos 9 casos. Se registraron aspectos biodemográficos, etiología, aspectos terapéuticos, complicaciones y mortalidad. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión.

Resultados: La serie consta de 37 pacientes, con promedio de edad de 53 ± 12 años, con predominio de género masculino (59%). El 84% de la cohorte presentó ictericia al momento de la consulta y el síntoma más frecuente fue dolor abdominal o dorsal en 65%. El origen más frecuente de la neoplasia fue cabeza de páncreas en 14 pacientes; ampolla de Vater en 14; colédoco distal en 7 y duodeno en 2. El promedio preoperatorio de bilirrubina fue de 10.56 ± 10.86 mg/dl y el promedio de albumina fue de 4.01 ± 0.56 mg/dl. Todos los pacientes se operaron con sospecha preoperatoria de tumor periampular. En las biopsias 4 pacientes no corresponden a adenocarcinoma: un melanoma, un tumor osteoclastico, un tumor de células gigantes y un tumor indiferenciado. La morbilidad global de la serie fue 35%. Las complicaciones más frecuentes fueron (infección de sitio operatorio en 3 pacientes, colección intrabdominal en 3, hemoperitoneo en 2, neumonía en 2, fistula pancreática en 1 paciente, hemorragia digestiva en 1, perforación colónica en 1 y fistula biliar en 1. La mortalidad perioperatoria fue de 5%.

Conclusiones: En nuestra serie de PD con reconstrucción con anastomosis PGDM la morbilidad fue de 35% y la mortalidad de 5% Los resultados de nuestro centro con anastomosis PGDM son similares a los reportados en series nacionales.

SOBREVIDA ALEJADA EN CANCER DE LA VESICULA BILIAR (CVB) EN T3 (UICC)

Drs. JC. Díaz., J. Castillo., H. Lembach, A. Saure, J.P. Miranda, E.U. S. Cortes

Departamento de Cirugía Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Introducción: El CVB de alta prevalencia en Chile, especialmente en la mujer, tradicionalmente se ha asociado a mal pronóstico. Sin embargo, la evidencia ha mostrado, que algunos de estos pacientes recuperados e incluso curados con cirugías R0,

especialmente en estadios tempranos. En estadios avanzados, algunos sugieren que la cirugía R0 no estaría justificada por no modificar el curso natural de la enfermedad en esta etapa y por asociarse a alta morbimortalidad por la alta envergadura de las cirugías que se requieren para lograr procedimientos R0. En los últimos años han aparecido en la literatura sobrevidas alejadas en enfermos en esta condición de estadios avanzados que entusiasman a la realización de cirugías R0 en este tipo de enfermos. Objetivo: Determinar la sobrevida alejada en pacientes con CVB con compromiso T3 (UICC) sometidos a resección R0 mediante procedimientos quirúrgicos extensos.

Material Y Metodo: Corresponde a un estudio, prospectivo, descriptivo de pacientes operados por CVB con compromiso T3 de la pared vesicular sometidos a cirugía R0 en nuestra institución entre los años 1993 y 2009. Los datos fueron obtenidos de nuestra base de datos Excel que se ha llevado en forma prospectiva desde esa fecha. En todos los pacientes hubo confirmación anatomopatológica del CVB. El análisis de los resultados de sobrevida se realizó utilizando el método estadístico Kaplan-Meier.

Resultados: En el periodo comprendido en este estudio se han diagnosticado 396 pacientes de CVB, de éstos 176 pacientes tenían compromiso T3 (44,4%). Del total de T3, 68 pacientes (38,6 %) fueron resecaados. Del grupo T3 resecaados se identificaron 29 pacientes (42,6%) con bordes negativos R0 (GRUPO A) y 29 pacientes (42,6%) con bordes positivos (GRUPO B) y 10 pacientes (14,7%) en que después de la biopsia diferida no fue posible establecer con certeza la negatividad de los bordes de sección (GRUPO C), este último grupo fue excluido del análisis de sobrevida alejada. El promedio de edad del grupo T3 resecaado fue de 59,9 (40-77) años, 49 mujeres (72,1%) y 19 hombres (27,9%). La mortalidad postoperatoria fue de 2 pacientes (2,94%). La sobrevida al año, 3 años y 5 años de los grupos fue: Grupo A:82,8%, 20,7% y 13,8% respectivamente, para el Grupo B fue de 44,8%, 6,9% y 0% respectivamente, $p < 0.0001$. Discusion: La obtención de cirugías R0 en pacientes con compromiso T3 por CVB, en esta serie, logra sobrevida alejada en un grupo pequeño de pacientes, similares a otros reportes internacionales, esto nos sugiere que a pesar que algunos pacientes presentan macroscópicamente enfermedad avanzada, tradicionalmente catalogados como diseminados, algunos de ellos tienen un comportamiento biológicamente más "benigno", comportándose como enfermedad local que justificarían un enfrentamiento quirúrgico más "agresivo".

Conclusion: La práctica de la cirugía R0 de alta complejidad en estos pacientes, asociado a una morbimortalidad razonable, acorde con la magnitud de la cirugía. Permitirán en conjunto con otras terapias co-adyuvantes como la quimio y radioterapia, seguir avanzando en rescatar cada vez más pacientes portadores de CVB avanzado.

PANCREATODUODENECTOMIA ASPECTOS TECNICOS

Drs. JC Díaz, J. Castillo, A. Sauré, H. Lembach.
Departamento Cirugía Digestiva – Hígado, Páncreas y vías biliares. Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: El reto quirúrgico de la pancreatoduodenectomía ha entusiasmado y seguirá inquietando a todas las generaciones de cirujanos. Con la llegada de más y mejores tecnologías imagenológicas creemos que los hallazgos de lesiones susceptibles de pancreatoduodenectomía irán en aumento, en nuestro centro hemos reglado la técnica de esta cirugía para poder disminuir nuestra tasa de complicaciones y mortalidad.

Objetivo: Dar a conocer y describir la técnica de pancreatoduodenectomía que realizamos en nuestro equipo del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Materiales y Métodos: Filmamos un video de una pancreatoduodenectomía por tumor periampular sin preservación de píloro y con anastomosis pancreatogástrica.

Resultados: En nuestro centro tenemos registradas adecuadamente 153 pancreatoduodenectomías por cáncer desde el año 1995, logrando en las últimas 98 cirugías de este tipo reglar mucho más esta cirugía logrando una mortalidad de 3,9% para los cirujanos con mayor experiencia en esta intervención.

Discusión: Si bien en la literatura la técnica que con mayor frecuencia se realiza en relación a la reconstrucción es la pancreatoyeyunoanastomosis, a diferencia de nosotros quienes nos hemos acostumbrado a la reconstrucción hacia el estómago. Además realizamos resección pilórica en la mayoría de nuestras intervenciones, todo basado que efectivamente no existen diferencias demostradas en la técnica, pero hemos logrado mantener en rangos aceptables nuestra morbimortalidad comparables con el ámbito nacional como internacional.

RESECCIONES HEPÁTICAS POR VÍA LAPAROSCÓPICA, ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Drs. F. Moisan, F. Quezada, N. Salgado, J. Martínez, N. Jarufe.

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

Introducción: La vía laparoscópica se ha convertido lentamente en una técnica de abordaje segura para las resecciones hepáticas. Este procedimiento todavía está limitado a centros con experiencia tanto en cirugía hepática como en cirugía por vía laparoscópica. Existen pocos reportes de las ventajas de este procedimiento en la recuperación postoperatoria.

Objetivo: Reportar la experiencia de las resecciones hepáticas por vía laparoscópica y sus resultados en nuestro centro.

Material y método: Estudio de cohorte histórica. Se revisó la base prospectiva de resecciones hepáticas laparoscópicas consecutivas entre Agosto 2004 y Julio 2010. Se analizaron las variables dependientes

del paciente, del procedimiento quirúrgico y del postoperatorio. Se definió conversión como una laparotomía no programada en la cirugía. Se calcularon las frecuencias, medianas y medias para describir la muestra, utilizando el programa SPSS v 18.0.

Resultados: La serie en estudio está compuesta por 30 pacientes (73,3% mujeres) con un promedio de edad de 51 ± 16 años. El primer paciente se realizó mano asistida y el resto totalmente laparoscópico, 14 (46,7%) tenían tumores malignos (6 hepatocarcinomas, 5 cáncer de vesícula, 2 metástasis de cáncer colorrectal y 1 colangiocarcinoma) y 16 lesiones benignas. De los pacientes con HCC, el 83,3% tenía cirrosis hepática y el 50% hipertensión portal. El promedio del tamaño lesional en HCC fue de 4,3 cm, en metástasis 2,8 cm y 8,7 cm en patología benigna. La resección fue anatómica en 19 (63,3%) pacientes y consistió en 5 hepatectomías derechas, 3 hepatectomías izquierdas y 11 segmentectomías laterales, en 11 pacientes la resección no fue anatómica y consistió en 5 cuñas hepáticas, 4 unisegmentectomías y resección de 2 ó más segmentos en 2. El tiempo operatorio fue de 217 ± 98 min, la mediana del sangrado operatorio fue de 300 ml [20-4000], se utilizaron transfusiones en 3 pacientes. Se realizó conversión a cirugía clásica en 4 (13,3%) pacientes. En 4 pacientes se presentó una complicación quirúrgica (una fistula biliar, una colección abdominal, 2 hematomas de la herida operatoria), ninguno requirió una reoperación. No hubo mortalidad operatoria. El promedio de días de hospitalización postoperatorios fue de $4,8 \pm 2,4$ días. El seguimiento fue de $27,1 \pm 22$ meses, 3 pacientes presentaron recurrencia de su enfermedad neoplásica en promedio a los 19,3 meses.

Conclusiones: En nuestra serie la morbilidad fue baja y no hubo mortalidad perioperatoria, confirmando que en centros experimentados las resecciones hepáticas, incluyendo resecciones mayores, pueden realizarse con seguridad por vía laparoscópica proporcionando una alternativa menos invasiva en pacientes seleccionados.

COMPARACIÓN DE LAS BIOPSIAS DE REPERFUSIÓN EN HÍGADOS PRESERVADOS CON LA SOLUCIÓN DE HISTIDNA - TRYPTOPHANO - KETOGLUTARATO VERSUS LA SOLUCIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE WISCONSIN EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO.

Drs. F. Moisañ, M. Martínez, B. Norero, EUP. Domínguez, I. Duarte, S. Guzmán, N. Jarufé, J. Martínez.

Departamento de Cirugía de Digestiva, División de Cirugía¹, Interna Escuela de Medicina², Departamento de Gastroenterología³, Departamento de Anatomía Patológica⁴. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La solución de la Universidad de Wisconsin (UW) es actualmente el "gold standar" para la preservación del hígado en trasplante hepático ortotópico (THO). Existen alternativas como la solución de Histidna-Tryptophano-Ketoglutarato

(HTK) pero muy pocos estudios las comparan evaluando las biopsias de reperfusión. Hipótesis: La solución de HTK es similar a la solución de la UW para la preservación hepática en el THO.

Objetivo: Comparar las biopsias de reperfusión y la sobrevida del injerto en ambas soluciones de preservación en pacientes sometidos a THO. Material y método: Se revisó la base de datos prospectiva de todos los pacientes adultos sometidos a THO de donante cadavérico desde Marzo 1994 hasta Julio 2010, se excluyó del análisis los retrasplantes. Se registraron las variables del donante, injerto, cirugía, receptor y la sobrevida. Se realizó rutinariamente una biopsia hepática de reperfusión post implante. Se categorizó el daño por preservación en (biopsia normal o daño leve) y (daño moderado o severo). Se realizó un análisis univariado y multivariado para comparar las biopsias de reperfusión entre ambos grupos. Se utilizó el método de Kaplan-Meier para calcular la sobrevida del injerto y el modelo de regresión de COX para compararla entre ambos grupos (se consideró significativo una $p < 0,05$).

Resultados: La serie en estudio está compuesta por 105 pacientes (edad $50,4 \pm 13,3$ años, 62% hombres), el seguimiento promedio fue de 51 ± 37 meses. La sobrevida global y del injerto al año en el grupo HTK v/s UW fue de 88,1% v/s 72,4% y de 80,9% v/s 69% respectivamente. No hubo diferencias en las curvas de sobrevida del injerto al año en el grupo HTK v/s UW (HR ajustado 0,74 IC95% 0,3-1,82). En las biopsias de reperfusión, no hubo diferencias entre ambos grupos de tener un daño por preservación moderado o severo 11,1% HTK v/s 12,2% UW (OR ajustado 0,78 IC95% 0,28-2,55). Los injertos marginales y un tiempo de isquemia caliente mayor a 60 minutos tuvieron un mayor riesgo de tener daño por preservación moderado o severo, OR ajustado de 3,11 (IC95% 1,02-11,59) y de 4,77 (IC95% 1,25-18,24) respectivamente.

Conclusiones: No hubo diferencias entre ambos grupos en la sobrevida del injerto al año, aunque el grupo HTK mostró un menor riesgo de pérdida del injerto, no fue significativa. En las biopsias de reperfusión tampoco hubo diferencias entre ambos grupos, los injertos marginales y el tiempo de isquemia caliente mayor a 60 minutos fueron factores predictivos independientes de daño por preservación.

COMPARACIÓN DE LAS COMPLICACIONES BILIARES Y ARTERIALES EN LA SOLUCIÓN DE HISTIDNA - TRYPTOPHANO - KETOGLUTARATO VERSUS LA SOLUCIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE WISCONSIN EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO.

Drs. F. Moisañ, M. Martínez, B. Norero, EUP. Domínguez, S. Guzmán, N. Jarufé, J. Martínez.

Departamento de Cirugía Digestiva, División de Cirugía¹, Interna Escuela de Medicina², Departamento de Gastroenterología³. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: Una adecuada solución de preservación es un requisito esencial para un trasplante hepático ortotópico (THO) exitoso. La solución de la Universidad de Wisconsin (UW) es actualmente el "gold estándar" para la preservación del hígado en THO. Existen alternativas más económicas como la solución de Histidna-Tryptophano-Krtoglutarato (HTK), pero los estudios son contradictorios en cuanto a su similitud. **Hipótesis:** La solución de HTK es similar a la solución de la UW para la preservación hepática en el THO.

Objetivo: Comparar las 2 soluciones de preservación en las complicaciones biliares, arteriales y valores de transaminasas post THO.

Material y método: Se revisó la base de datos prospectiva de todos los pacientes consecutivos adultos con THO de donante cadavérico desde Marzo 1994 hasta Julio 2010, se excluyeron los retrasplantes. Se registraron las variables del donante, injerto, receptor, procedimiento quirúrgico del donante y receptor, pruebas hepáticas postoperatorias y las complicaciones perioperatorias y a largo plazo. Se realizó un análisis univariado y multivariado para comparar las complicaciones biliares, arteriales y valores de transaminasas en el grupo HTK versus UW (se consideró significativo una $p < 0,05$). **Resultados:** La serie en estudio está compuesta por 105 pacientes (edad $50,4 \pm 13,3$ años, 62% hombres), el seguimiento promedio fue de 51 ± 37 meses. El riesgo del grupo HTK versus UW de tener un valor máximo de GOT > 2000 fue similar, (OR ajustado 2,0 IC95% 0,44-9,16). Tampoco hubo diferencias entre los 2 grupos en los valores máximos de GPT ni de bilirrubinemia total, GOT, GPT, GGT y TP a los días 1, 7, 14 y 30 post THO respectivamente. No hubo diferencias en la incidencia de complicaciones arteriales en el grupo HTK versus UW 10,6% v/s 8,6% $p = NS$ (OR ajustado 1,02 IC95% 0,24-4,89). Las complicaciones biliares fueron similares en el grupo HTK y UW 42,6% v/s 43,1% $p = NS$, (OR ajustado 0,78 IC95% 0,32-1,88). El paro cardiorrespiratorio recuperado en el donante y el sexo masculino del receptor se asociaron a mayor riesgo de complicación biliar, OR de 4,1 (IC95% 1,4-12,3) y de 4,2 (IC95% 1,1-16,4) respectivamente.

Conclusiones: No se demostraron diferencias entre ambos grupos en los valores de transaminasas post THO ni en la incidencia de complicaciones arteriales. El grupo HTK mostró un menor riesgo de complicaciones biliares, pero no fue significativo. El paro cardiorrespiratorio recuperado en el donante y los receptores hombres fueron factores pronósticos independientes de complicación biliar.

RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO CON HÍGADOS ESTEATÓSICOS DE DONANTES CADAVERÍCOS. RESULTADOS DE UN PROTOCOLO PROSPECTIVO DE BIOPSIA DE BANCO.

Drs. M. Gabrielli⁽¹⁾, G. Palominos⁽¹⁾, M. Vidal⁽¹⁾, I. Duarte⁽¹⁾, M. Jiménez⁽¹⁾, G. Izquierdo⁽¹⁾, P. Domínguez⁽¹⁾, J. Méndez⁽²⁾, A. Soza⁽¹⁾, R. Pérez⁽¹⁾, M. Arese⁽¹⁾, J.F. Guerra⁽¹⁾, N. Jarufe⁽¹⁾, J. Martínez⁽¹⁾

Programa de Trasplante Hepático. Facultad de Medicina. P. Universidad Católica de Chile⁽¹⁾ y Corporación del Trasplante⁽²⁾, Santiago, CHILE.

El aumento de pacientes en lista de espera para trasplante hepático (TH) y la progresiva escasez de órganos, obligan a expandir los criterios para seleccionar donantes. Los hígados esteatósicos trasplantados se asocian a un mayor riesgo de falla del injerto. Nuestros objetivos fueron determinar la frecuencia y grado de esteatosis hepática (EH) en donantes cadavéricos y evaluar la utilidad de la biopsia de banco como predictor pronóstico del trasplante hepático.

Materiales y métodos: Protocolo prospectivo de biopsia de banco entre marzo-2004 y enero-2009. Las biopsias fueron analizadas por dos patólogos en forma independiente. El grado de EH fue clasificado: normal: 0-5%, grado 1: 6 - <33%, grado 2: 33 - 66% y grado 3: > 66%. Se analizaron variables demográficas y de sobrevida con el método de Kaplan Meier; Un $p < 0,05$ considerado significativo. **Resultados:** Se analizaron 50 injertos de donantes cadavéricos. (Edad promedio: $42,8 + 13$ (D.E.); rango: 16-66 años, hombres: 64%; Índice de Masa Corporal [IMC] promedio: $25,8 + 2,9$ (D.E.), kg/m^2 ; rango: 20,8-35,2); 24 (48%) de ellos eran esteatósicos; EH grado 1: 9 (18%); EH grado 2: 7 (14%) y EH grado 3: 8 (16%). No hubo diferencias demográficas significativas entre los receptores al momento del trasplante. Un IMC sobre 25 kg/m^2 en los donantes se asoció significativamente a la presencia de EH ($p = 0,012$). La sobrevida global a un año no fue diferente entre los receptores de un hígado graso y un hígado sano ($p = 0,07$). Los pacientes trasplantados con un injerto con EH grado 3 tuvieron una significativa menor sobrevida al año cuando se los comparó a aquéllos que recibieron un injerto normal ($p = 0,031$). Un paciente con EH grado 2 (60%) y otro con EH grado 3 (90%), presentaron una Falla Primaria del Injerto (PNF); ambos fallecieron. Un tercer paciente con EH grado 3 evolucionó con una disfunción grave requiriendo un re-trasplante exitoso 3 meses más tarde. La sobrevida global a 5 años de los receptores de un hígado esteatósico fue superior al 80%. No hubo pérdida de injerto ni de pacientes al año, cuando el TH fue con un hígado normal.

Conclusión: La frecuencia de esteatosis hepática en donantes cadavéricos es llamativamente alta. La EH grado 3 tiene un mayor riesgo de muerte y fracaso del trasplante, sin embargo, pese a ello, los resultados clínicos fueron satisfactorios. La biopsia hepática de donantes cadavéricos podría ser utilizada como un predictor del resultado del trasplante hepático.

CINCO AÑOS DE EXPERIENCIA EN PANCREATECTOMÍAS DISTALES POR VÍA LAPAROSCÓPICA.

Drs. F. Moisan, G. Inostroza, R. Funke, F. Crovari, J. Martínez, N. Jarufe
Departamento de Cirugía Digestiva, División de Cirugía, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: La pancreatectomía distal por vía laparoscópica ha demostrado ser segura para lesiones

pancreáticas benignas. Se ha sugerido que los tumores malignos podrían ser una contraindicación para esta técnica.

Objetivo: Analizar los resultados del tratamiento quirúrgico laparoscópico de las lesiones pancreáticas benignas y malignas.

Material y método: Se revisó la base de datos prospectiva de pancreatectomías distales laparoscópicas consecutivas entre Noviembre del 2005 y Junio del 2010. Se analizaron las variables dependientes del paciente, del procedimiento quirúrgico y del postoperatorio. Se definió conversión como una laparotomía no programada en la cirugía. Se utilizaron las definiciones de fistula pancreática del "International Study Group on Pancreatic Fistula". Se analizaron las variables del estudio calculando sus frecuencias, medianas y medias utilizando el programa SPSS v 18.0.

Resultados: La serie está compuesta por 22 pacientes (77,3% mujeres), la edad promedio fue de 44 ± 15 años. Todos los pacientes se operaron con técnica totalmente laparoscópica. El 41% de los pacientes tenía cirugías abdominales previas. La indicación de la cirugía fue en 11 (50%) casos por tumores malignos (7 tumores neuroendocrinos, 2 adenocarcinomas ductales, 1 metástasis única de CA renal y una invasión de linfoma gástrico) y en 11 por lesiones benignas (4 cistoadenomas mucinosos, 3 serosos, 2 tumores pseudopapilares, 1 IPMN y 1 quiste linfoepitelial). El tamaño tumoral fue de $3,4 \pm 1,4$ cm, en el 73% de los casos se preservó el bazo. En promedio, el tiempo operatorio fue de 203 ± 71 minutos, el sangrado operatorio de 159 ml [rango 20-1500] y la estadía postoperatoria de $5,9 \pm 2,7$ días. No hubo conversión ni mortalidad perioperatoria. En esta serie, 5 (22,7%) pacientes desarrollaron una fistula pancreática clínicamente significativa, (3 tipo B y 2 tipo C) de los cuales 2 se reoperaron y 1 caso se manejó con prótesis pancreática endoscópica. Excluyendo las fistulas pancreáticas, en 6 (27,4%) pacientes se desarrollaron 10 complicaciones (5 colecciones abdominales, 2 infartos esplénicos, 2 atelectasias bibasales y 1 TVP iliofemoral izquierda). El 45% de los pacientes desarrollaron una fistula (tipo A) que no alteró su recuperación postoperatoria. Todos menos un paciente tuvieron márgenes negativos en la biopsia de la pieza quirúrgica. El seguimiento promedio fue de 18 meses, no hubo ninguna recurrencia ni mortalidad en el periodo de seguimiento. **Conclusiones:** Esta serie demostró que la pancreatectomía distal laparoscópica se puede realizar en forma segura con una corta estadía hospitalaria, una morbilidad postoperatoria aceptable y buenos resultados oncológicos.

COLANGIOCARCINOMA HILIAR (TUMOR DE KLATSKIN), RESULTADOS QUIRÚRGICOS Y SOBREVIDA A MEDIANO PLAZO.

A. Donoso¹, F. Moisan¹, S. Ojeda², I. Torrealba¹, G. Pérez¹, J.F. Guerra¹, J. Martínez¹, N. Jarufe¹.
Departamento de Cirugía Digestiva, División de Cirugía¹,

Interna Escuela de Medicina². Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La resección quirúrgica del colangiocarcinoma hiliar (CH) representa uno de los mayores desafíos técnicos para el cirujano hepatobiliar. Frecuentemente, involucra resecciones de vía biliar, vasculares y hepáticas complejas, siendo la cirugía la única terapia con potencial curativo en esta enfermedad.

Objetivo: Evaluar los resultados operatorios y la sobrevida a mediano plazo del tratamiento resectivo con intención curativa del CH.

Material y método: Análisis retrospectivo de todos los pacientes con diagnóstico de CH sometidos a una resección quirúrgica con intención curativa entre 2004 y 2010. Se analizan las variables demográficas, operatorias y peri-operatorias, y la sobrevida global y libre de enfermedad. Se calcularon las frecuencias, medianas y medias de las variables para describir la muestra. Se utilizó el programa SPSS v.18.0. **Resultados:** Se operaron 14 pacientes (10 hombres y 4 mujeres). La edad promedio fue 59 ± 14 años. Cinco pacientes presentaron un tumor Bismuth II, 5 un tumor Bismuth IIIb y 4 un tumor Bismuth IIIa. Diez pacientes fueron tratados con resección hepática y de vía biliar (hepatectomía izquierda en 4, hepatectomía derecha extendida en 3, hepatectomía derecha en 2 y hepatectomía izquierda extendida en 1) y otros 4 con resección exclusiva de la vía biliar. En 2 pacientes, se realizó además una resección y reconstrucción de la vena porta. El tiempo operatorio fue 385 ± 160 minutos. La resección fue R0 en 11 pacientes y R1 en 3 pacientes. Siete pacientes presentaron una o más complicaciones postoperatorias: fistula biliar (2), colangitis (2), hemoperitoneo (2), trombosis de la reconstrucción portal (1), bilioma (1), absceso hepático (1), hematoma infectado (1), IRA (1). Se reoperaron 3 pacientes; 2 por hemoperitoneo y 1 por trombosis portal. Un paciente falleció por sepsis al día 11 postoperatorio. El tiempo promedio de hospitalización fue 21 ± 18 días. En 3 casos se realizó quimio-radioterapia adyuvante. El seguimiento fue 41 ± 23 meses. La mediana de sobrevida global fue de 26 meses [0,3-68], y la de sobrevida libre de enfermedad fue de 17 meses [0,3-68]. La sobrevida a 3 años fue de un 41,7%.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico con márgenes negativos del colangiocarcinoma hiliar es posible de lograr en una gran proporción de los pacientes, sin embargo, se asocia a complicaciones y estadía hospitalaria prolongada. La mayoría de las recidivas tumorales se presentan durante el primer año de seguimiento.

TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE LA HIDATIDOSIS HEPÁTICA.

F. Moisan, F. Quezada, R. Funke, J. Martínez, F. Crovari, N. Jarufe.

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

Introducción: El tratamiento de la hidatidosis hepática es todavía ampliamente debatido, sobre todo el

abordaje laparoscópico ya que su rol no ha sido bien definido aún.

Objetivo: Evaluar la seguridad y eficacia del tratamiento laparoscópico de la hidatidosis hepática.
Material y método: Se registraron prospectivamente todos los pacientes consecutivos sometidos a tratamiento laparoscópico de quistes hidatídicos hepáticos entre Enero del 2006 y Julio del 2010. Todos los pacientes recibieron tratamiento con abendazol durante 1 mes pre y post cirugía. La técnica de periquistectomía consistió en aislamiento del campo operatorio con gases con suero hipertónico (NaCl 10%), punción y aspiración del quiste, inyección del quiste con suero hipertónico, apertura del quiste, retiro de germinativa y vesículas hijas, periquistectomía y retiro de pieza en bolsa por uno de los puertos. Se definió conversión como una laparotomía no programada en la cirugía. Se registró la edad, sexo, tamaño de la lesión, tipo cirugía, tiempo operatorio, sangrado operatorio, complicaciones y evidencia de recurrencia en el seguimiento. Se calcularon las frecuencias, medianas y medias para describir la muestra, utilizando el programa SPSS v 18.0.

Resultados: La serie en estudio está compuesta por 12 pacientes (67% mujeres) con un promedio de edad de 39±18 años. En todos los pacientes se utilizó una técnica totalmente laparoscópica. Se realizó una periquistectomía en 10 (83%) pacientes, en un 58% fue completa y en 42% subtotal. En los otros 2 pacientes se realizó una segmentectomía lateral y una hepatectomía derecha. En el 58% de los casos se realizó un procedimiento intraabdominal simultáneo (7 colecistectomías y una exploración de la vía biliar). El tamaño promedio del quiste fue de 8,5±4,5 cm. El tiempo operatorio fue de 164±64 min, la mediana del sangrado operatorio fue de 100 ml [20-1000], ningún paciente recibió transfusiones. Se realizó conversión a cirugía clásica en 1 paciente. En 2 (16,7%) pacientes se desarrolló una complicación (una colección abdominal y un bilioma asintomático), ninguno requirió una reoperación o rehospitalización. No hubo mortalidad operatoria. El promedio de días de hospitalización postoperatorios fue de 3,8±2,4 días. El seguimiento fue de 24±19 meses, durante el cual ningún paciente presentó una recurrencia.

Conclusiones: En nuestra serie el tratamiento laparoscópico de la hidatidosis hepática resultó ser una técnica segura, con baja morbilidad y sin recurrencia lo que confirma que esta técnica se puede utilizar en el tratamiento de esta patología, aprovechando los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva.

PANCREATODUODENECTOMIA POR CANCER. 153 PACIENTES ENTRE 1995 – 2010. REVISION DE DOS PERIODOS EN HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE.

JC Díaz, J. Castillo, G. Cardemil, E.U.S. Cortés.
Departamento Cirugía Digestiva – Hígado, Páncreas y vías biliares. Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: La Pancreatoduodenectomía es una de las cirugías oncodigestivas con mayores requerimientos técnicos y demandantes durante pre, intra y postoperatorio, además de sus resultados en sobrevida. Nuestra serie analiza dos periodos, el primero retrospectivo y el segundo prospectivo con seguimiento en una unidad de registro oncológico.
Objetivo: Describir resultados a corto y largo plazo en nuestros pacientes sometidos a pancreatoduodenectomía por cáncer.

Materiales y Métodos: Revisión de dos periodos, 1995-2004 y 2004-2010, retrospectiva y prospectiva respectivamente de fichas y pacientes sometidos a pancreatoduodenectomía por cáncer, obtenidas desde nuestros archivos en planilla excel, con un total de 153 pacientes. Se revisaron variables demográficas, tipo de anastomosis, estadía hospitalaria, transfusiones intraoperatorias, morbi y mortalidad entre otras; además de sobrevida del segundo grupo.
Resultados: De ambos periodos se obtuvieron 153 pacientes con edad mediana de 61 años. Mujeres en 55%. Páncreas como principal localización (59,5%) y papila en 23,5% (36/153). Alrededor del 90% se realizó pancreatogastroanastomosis. Se conservó el píloro en un tercio de los sujetos. Complicaciones menores y mayores cerca de un 40%. Reoperaciones un 17% del grupo por sangrado y fistula principalmente. Las fistulas no variaron significativamente entre los periodos (16% aproximadamente), la mayoría tipo A. Retención gástrica fue variable y de difícil medición se aproximó al 13% en ambos periodos. El 78% de los pacientes del segundo periodo fueron operados por 4 cirujanos con una mortalidad de 3,9%, mientras que la mortalidad del grupo total fue 4,5% (7/153) dentro de los 30 días y 5,8% (9/153) dentro de los 60 días postoperatorios. Sobrevida media del grupo total fue de 15,3 meses.
Discusión: De nuestra experiencia la PDD en pacientes con cáncer continúa siendo una cirugía con alta morbilidad y con una mortalidad no despreciable a diferencia de lo que vemos en patología borderline. Sin duda que la sobrevida del cáncer de páncreas continúa siendo mala, no así el resto de las localizaciones. Si analizamos la mortalidad de los cirujanos que más se dedican a dicha patología claramente hay una disminución de ella. La curva de sobrevida de nuestros pacientes es morfológicamente similar a las descritas en todas las series, donde el cáncer de páncreas continúa siendo una enfermedad tremendamente agresiva en su evolución.

CARACTERIZACIÓN DEL PERFIL DE CITOQUINAS EN LA BILIS DE REPERFUSIÓN EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO.

M. Guajardo¹⁻³, J.C. Díaz¹, J. Castillo¹, G. Cardemil¹, M. Ramírez², A. Sauré¹, D. Roizblatt¹, EU José Ibarra¹, EU Angélica Bórquez¹, F. Tempio², M. Olivares², A. Sciaraffia², M. Latorre², M. López².

Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile (1), Programa Disciplinario de Inmunología, ICBM, Facultad de Medicina, Universidad de Chile (2), Laboratorio de Terapia Celular, ICBM, Facultad de Medicina, Universidad de Chile (3).

Introducción: El trasplante hepático es la única alternativa terapéutica para pacientes portadores de insuficiencia hepática terminal. A diferencia de lo que ocurre con otros órganos, un porcentaje importante de pacientes son capaces de desarrollar inmunotolerancia haciéndose independientes de inmunomoduladores o requiriendo muy bajas dosis de ellos. Los mecanismos de inducción de este fenómeno no han sido completamente definidos, siendo un área de importante investigación, existiendo protocolos para la detección de pacientes tolerantes y el desarrollo de esquemas tolerogénicos. La preservación inducida por las soluciones utilizadas y el frío, logra una adecuada preservación de células parenquimatosas del hígado, pero presenta mecanismos de daño específicos sobre las células no parenquimatosas, condicionando la acumulación de leucocitos en el sinusoides, activación de las células de Kupffer, y obstrucción sinusoidal por blebs, lo que lleva a disturbios en la microhemodinamia sinusoidal. Además en la reperfusión se activan las células de Kupffer, polimorfonucleares, células endoteliales, lo que a nivel histopatológico determina un aumento de volumen y vacuolización hepatocelular, disrupción del endotelio sinusoidal, y congestión leucocitaria sinusoidal, lo que genera condiciones particulares para la migración y funcionamiento de linfocitos residentes. IL-10 fue descrita como una citoquina antiinflamatoria capaz de suprimir la producción de citoquinas pro-inflamatorias por parte de las células dendríticas y macrófagos, incluyendo IL-12. En la unidad de trasplante del HCUCH hemos desarrollado un protocolo para cuantificar en la bilis de reperfusión citoquinas pro-anti inflamatorias, que reflejen el ambiente inmunológico precoz del injerto.

Pacientes y métodos: Se registraron de manera prospectiva las características clínicas de donantes y receptores del programa de trasplante hepático del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Se colectaron de ellos las muestras definidas como bilis de reperfusión, que corresponde a la bilis secretada posterior a la reperfusión portal y arterial. Las muestras fueron procesadas mediante un kit de ELISA para la determinación de IL-10 e IL-12.

Resultados: de las muestras procesadas logramos detectar presencia de IL-10 en un rango variable, con un comportamiento inverso al observado para la presencia de IL-12.

Discusión: el presente trabajo espera responder si en la bilis de reperfusión es posible determinar la presencia de citoquinas pro y anti-inflamatorias que traduzcan el ambiente inmunológico, y corresponde al primer reporte en la literatura con respecto a la determinación de estos biomarcadores en la bilis de reperfusión, con un eventual impacto en la evaluación y manejo precoz de estos pacientes.

PUNTUACIÓN MEDIANTE GRUPO RELACIONADO A DIAGNÓSTICO (GRD) Y MORTALIDAD OPERATORIA POST CIRUGÍA HEPÁTICA

M. Uribe, E. Villalón, J. Ormazábal, I. Robles, C. Astudillo, S. Hoeffler, J. Muñoz, M. Salazar, A. Jadue
Servicio y Departamento de Cirugía. Universidad de Chile. Unidad de Gestión Clínica Hospital del Salvador. Santiago. Chile.

Introducción: El Hospital del Salvador se ha constituido en un centro de referencia en patología hepatobiliar. La cirugía hepática constituye un desafío técnico que precisa de un enfoque multidisciplinario y del manejo de múltiples alternativas terapéuticas para obtener buenos resultados. La clasificación de pacientes mediante los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) es la herramienta de más amplia utilización para la gestión clínica de hospitales y sus respectivos servicios. Los factores que inciden en el cálculo de la puntuación GRD son gravedad de la enfermedad, pronóstico, complejidad de la patología, urgencia y costo de recursos utilizados. **Objetivo:** Correlacionar la puntuación GRD con la mortalidad operatoria en los procedimientos quirúrgicos hepáticos.

Metodología: Se accedió a los registros del GRD del Hospital del Salvador. Se seleccionaron los pacientes sometidos a cirugía hepática desde enero de 2003 a diciembre de 2009. Se realizaron correlaciones entre la puntuación GRD y la mortalidad y se ajustó un modelo de curva COR (Característica Operativa del Receptor) entre la puntuación GRD y mortalidad perioperatoria. Una puntuación GRD mayor a 3,0 es diagnóstico de alta complejidad. Se consideró significativo un $p < 0,05$.

Resultados: Se registraron 230 pacientes, de los cuales 138 (60%) fueron de sexo femenino (Relación M:H 1,5/1). La edad promedio fue de 55,7 \pm 16,3 (rango 17-91). La estada hospitalaria promedio fue 12,1 \pm 11,9. La mediana de puntuación GRD fue de 3,17 (rango 1,3 – 35,5). Presentaron una puntuación GRD mayor a 3,0 122 pacientes (53%). Se registraron 101 (43,9%) hepatectomías, 22 (9,6%) lobectomías, 74 (32,2%) ablación por radiofrecuencia o alcoholización de lesiones hepáticas, 16 biopsias hepáticas y 15 drenajes de abscesos. La puntuación GRD promedio para hepatectomía fue 4,4 \pm 3,8, lobectomías 4,3 \pm 1,8. La mortalidad de la serie fue de 6,1% (n=14). Los pacientes con puntuación GRD $>$ 3,0 presentaron mayor riesgo de mortalidad operatoria (OR 5,18; IC95% 1,89 – 14,16). La curva COR mostró un área bajo la curva de 86,0 \pm 3,8% ($p < 0,001$; IC95% 78,6 – 93,3).

Conclusiones: A nuestro servicio son derivados pacientes de alta complejidad, portadores de patologías asociadas, que consultan en estadios avanzados de su enfermedad. La puntuación GRD, en este estudio, se correlaciona con la mortalidad perioperatoria en cirugía hepática. La puntuación GRD es una herramienta de gestión útil para efectuar programas de planificación clínica y administración de recursos, con el objetivo de satisfacer las necesidades de la población de un servicio quirúrgico de referencia.

COMITÉ MULTIDISCIPLINARIO DE TUMORES HEPÁTICOS. EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE REFERENCIA.

M. Uribe; F. Catán; W. Martínez; M. Palma; M. Salas; S. Hott; S. Uribe-E; A. Jadue; M. Salazar.
Servicios de Cirugía, Radiología Oncología y Departamento de Cirugía Universidad de Chile, Hospital del Salvador. Santiago. Chile.

Introducción: Los tratamientos quirúrgicos están en constante evolución, incorporando nuevas tecnologías y alternativas terapéuticas en pro de lograr mejores resultados en el tratamiento de nuestros pacientes. La oncología hepatobiliar ha presentado múltiples avances, incorporando tratamientos multidisciplinarios que permiten, optimizar recursos y resultados. El Hospital del Salvador, es un establecimiento de alta complejidad, que se ha constituido como un centro público de referencia en el manejo de las patologías hepatobiliarias y trasplante hepático.

Objetivo: Presentar las características demográficas, origen de los pacientes y tratamientos realizados en pacientes presentados al comité multidisciplinario de tumores hepáticos del Hospital del Salvador. **Material y Método:** En junio 2008 se constituyó el Comité de Tumores Hepáticos integrado por cirujanos hepatobiliarios, radiólogos, gastroenterólogos y oncólogos. Los pacientes fueron incluidos en una base de datos Excel, consignándose edad, sexo, diagnóstico, centro derivador, tratamiento propuesto y en los casos en que fueron tratados en nuestro hospital, la morbimortalidad. Las terapias quirúrgicas ofrecidas han sido, resección hepática, ablación por radiofrecuencia, alcoholización, embolización arterial y portal, drenajes de abscesos, trasplante hepático y quimioterapia caliente intraperitoneal. Además este comité se encuentra ligado a los Cuidados Paliativos, con lo que se entrega una atención integral a nuestros pacientes. **Resultados:** Desde su conformación hasta junio 2010 hemos evaluado 337 pacientes provenientes de 3 hospitales del área metropolitana, y de las regiones I, II, III, IV, V, VIII, X y XI, mujeres 56%, hombres 44%. Media de edad de 64 años (17 - 88 años), los diagnósticos corresponden 31% metástasis hepáticas, 27% hepatocarcinomas, 6% colangiocarcinoma y 19% tumores benignos. El 76% de los pacientes portadores de enfermedad metastásica corresponden a un primario de colon. Otras localizaciones metastásicas son vesícula, páncreas y mama. Se realizaron 77 resecciones hepáticas con una mortalidad del 6,1%, 20 ablaciones por radiofrecuencia y/o alcoholización y 3 trasplantes hepáticos (DE 17) por hepatocarcinoma asociado a cirrosis (mortalidad 0%). El 10% de los pacientes recibió quimio y/o radioterapia paliativa, el 28% de los pacientes fueron directamente a cuidados paliativos por estar fuera del alcance terapéutico. El de los pacientes fueron devueltos a sus centros de origen para realizar el tratamiento sugerido. **Comentarios:** La patología tumoral hepática es compleja y requiere de un manejo multidisciplinario. Nuestro establecimiento cuenta con los recursos técnicos para resolver la patología hepática maligna compleja, con todas sus alternativas terapéuticas. La derivación es extremadamente tardía, lo que se refleja en el alto porcentaje de pacientes fuera del alcance terapéutico.

PANCREATITIS AGUDA GRAVE: EVALUACIÓN DE PROTOCOLOS
L. Chassin-Trubert¹; E. Labarca^{1,2,3}; C. Puebla²; M.T. Caballero²; A.M. Donoso²; W. Gallardo²; R. Huidobro²; B. Sánchez².
(¹ Cirugía; ² UCI; ³ MSCHC)

Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar

Introducción: La pancreatitis aguda grave (PAG) constituye un desafío terapéutico importante aún en estos días. Los pacientes que se hospitalizan en UCI por esta causa tienen tasa de mortalidad entre 30 y 50%, con estadías hospitalarias habitualmente prolongadas. La infección de la necrosis pancreática se da entre el 30 y 50% de los casos con necrosis documentada y es el principal determinante de la morbi-mortalidad de esta enfermedad. El mecanismo de la infección no está claramente establecido y su peak se presenta a las 3 semanas de evolución. **Objetivos:** Evaluar el impacto de un protocolo de tratamiento y utilidad de la terapia antimicrobiana preventiva.

Metodología: Se realizó análisis retrospectivo de los datos de una serie prospectiva de pacientes tratados con diagnóstico de PAG documentada entre Enero 1995 y Diciembre 2008 en la UCI general del hospital naval Almirante Nef de Viña del Mar. Se evaluó edad, sexo, patologías asociadas, etiología pancreatitis, puntuación de imágenes, APACHE II, tipo y duración de antimicrobianos, cirugías, complicaciones, terapia nutricional, mortalidad, estadía en UCI y hospitalaria. Los pacientes se dividieron en grupo A previo a la implementación de protocolos en Enero 2000 y grupo B que fueron tratados según protocolos. Se utilizó análisis multivariado para evaluar significancia. **Resultados:** Grupo A: 20 pacientes, edad promedio 58,4 años, 75% hombres, APACHE promedio 13, en estos pacientes se indicó tratamiento antimicrobiano solo ante infección pancreática demostrada. Grupo B: 56 pacientes, edad promedio 58,4 años, 57% hombres, APACHE promedio 14, en estos pacientes se indicó antimicrobianos sistemáticamente a su ingreso por hasta 15 días. No hubo diferencias entre ambos grupos en cuanto a otras características demográficas. Etiología de la PAG en ambos grupos fue biliar, seguida de dislipidemia. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a porcentaje de complicaciones sépticas, shock séptico, estadía en UCI y hospitalaria. La mortalidad fue del 40% para el grupo A y del 14% para el grupo B (p=0,021). Se encontraron diferencias significativas al comparar la edad y promedio APACHE entre los pacientes fallecidos y sobrevivientes, (p=0,025) y (p=0,015) respectivamente.

Conclusiones: A la luz de estos resultados se puede inferir que la implementación de un protocolo de manejo permitió mejorar la sobrevida y evolución de los pacientes, siendo probablemente la reanimación oportuna y bien dirigida el factor más importante en la obtención de estos resultados. El número de casos no permite afirmar la utilidad de la terapia antimicrobiana preventiva.

Seccional: MAMA

METÁSTASIS EN GLÁNDULA MAMARIA

Drs. M. Gallegos, J. Camacho, C. Villalón, R. Rossi, E. Cunill, M. Uchida.

Servicio de Anatomía Patología y Centro de la Mama Clínica Alemana. Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo.

Introducción: Las metástasis de neoplasias extramamarias en glándula mamaria constituyen una entidad poco frecuente (0,5% de las neoplasias mamarias).

Tienen un pronóstico ominoso, ya que al momento del diagnóstico la mayoría de las pacientes tienen una enfermedad ampliamente diseminada y son de difícil diagnóstico histopatológico.

Pueden originarse de pulmón, ovario, próstata, riñón, estómago, tumores hematológicos, melanoma, carcinoma neuroendocrino, cáncer colorrectal, útero, vejiga y sarcoma.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es presentar cuatro casos diagnosticados en la Clínica Alemana de Santiago en los últimos cinco años. **Método:** Análisis retrospectivo de los registros médicos de pacientes con diagnóstico de metástasis en glándula mamaria.

Resultados: Durante el período estudiado se diagnosticaron 4 casos de metástasis en glándula mamaria en pacientes de género femenino, con un rango de edad entre 41 y 68 años.

El origen de la metástasis fue pulmón en 2 casos, recto en 1 caso y melanoma ocular en el otro. En una paciente el primario pulmonar se diagnosticó en forma sincrónica con la metástasis y, en los otros, posteriormente: 35 meses en la paciente con melanoma ocular, 11 meses en el otro cáncer pulmonar y 9 meses en el cáncer de recto. La lesión mamaria se manifestó clínicamente como nódulo palpable en todas las pacientes. Se realizó estudio imagenológico mamario con ecografía en los 4 casos y en 2 se realizó además mamografía. En las cuatro pacientes se realizó biopsia core que confirmó el origen del primario. Todas las pacientes tenían otras localizaciones secundarias al momento del diagnóstico de la metástasis en la glándula mamaria. Hasta julio de este año una paciente está viva con enfermedad y las otras 3 fallecieron con una supervivencia promedio de 5,3 meses desde el diagnóstico de la metástasis en glándula mamaria.

Discusión: El origen más frecuente de metástasis en glándula mamaria es el carcinoma pulmonar de células pequeñas. Nuestra serie concuerda con lo reportado en literatura, siendo ésta una entidad rara dentro de las neoplasias mamarias.

Su presentación se acompaña de localizaciones secundarias en otros órganos, lo cual explica el pésimo pronóstico en la mayoría de las pacientes.

MASTECTOMÍA PROFILÁCTICA CONTRALATERAL

Drs. J. Camacho, F. Cadiz, C. Villalón, M. Gallegos, G. Schwember, R. Rossi, H. Rojas, C. Galleguillos.
Centro de la Mama, Clínica Alemana de Santiago. Facultad de Medicina Clínica Alemana. Universidad del Desarrollo

Introducción: Las pacientes con cáncer de mama tienen 3 veces más riesgo que la población general de desarrollar otro contralateral. La mastectomía profiláctica contralateral es una alternativa para reducir este riesgo.

El objetivo de este estudio es presentar la primera casuística nacional de mastectomías profilácticas contralaterales, describir los hallazgos anatomopatológicos y la satisfacción de las pacientes. **Método:** Análisis retrospectivo de fichas clínicas de pacientes con cáncer de mama unilateral, sin evidencia clínica ni radiológica de enfermedad contralateral, sometidas a mastectomía profiláctica. **Resultados:** En la Clínica Alemana de Santiago, se realizaron 15 mastectomías profilácticas entre el 2004 y 2009.

La edad promedio de las pacientes fue 44 años. En la cirugía oncológica se realizaron 7 mastectomías radicales modificadas (dos recidivas locales), 8 mastectomías totales con conservación parcial o total de la piel (una recidiva local). En estas últimas se conservó el complejo areóla-pezones en 2 y en 6 se realizó estudio de linfonodo centinela. Todas las pacientes estaban en estadio I y II según la clasificación TNM.

Una paciente se realizó el estudio genético, que fue BRCA2 positivo. En el resto, se estimó la probabilidad de la presencia de la mutación mediante BRCApro; sólo una tuvo un riesgo estimado de presentar la mutación superior a un 10%. La mastectomía profiláctica se realizó después de la cirugía oncológica en 9 pacientes y en 6 en el mismo acto quirúrgico.

En la mama sin enfermedad se realizaron 15 mastectomías con conservación total o parcial de piel, en 5 se conservó el complejo areóla-pezones y en 4 estudio de linfonodo centinela. La reconstrucción mamaria se completó en las 15 pacientes (9 con implante mamario, 5 con TRAM y 1 con dorsal ancho e implante). Catorce estaban satisfechas luego de la cirugía.

Ocho pacientes presentaron lesiones proliferativas con atipias a la histología.

No hubo cáncer de mama oculto en nuestra serie. El seguimiento promedio fue de 23,3 meses. Catorce de las quince pacientes se encuentran vivas libres de enfermedad (una falleció con metástasis cerebrales).

Conclusiones: Este estudio muestra la primera serie chilena reportada de mastectomías profilácticas contralaterales. A pesar que en nuestra serie no existe cáncer de mama oculto, sí hay un alto número de lesiones proliferativas de alto riesgo (53,3%), que en las publicaciones internacionales llega sólo a un

15% .

La gran mayoría de las pacientes está contenta con la decisión y con el resultado cosmético de la cirugía.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL LINFEDEMA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA DEL INC 2009

Drs. P. Gaona, P. Díaz, D. Céspedes, C. Celedón
Instituto Nacional del Cáncer, Unidad de Rehabilitación

Introducción: El linfedema es una de las complicaciones de la cirugía de disección axilar en las pacientes con cáncer de mama. El riesgo de desarrollar este cuadro aumenta durante la radioterapia. El diagnóstico del cuadro es habitual cuando su presentación es evidente, requiriendo mayor inversión de todo tipo de recursos para su remisión.

La intervención temprana, y el tratamiento adecuado significan una mejor calidad de vida para las pacientes y pesquisa precoz del cuadro.

Materiales y métodos: Se utilizó la base de datos de pabellón, para entregar información referente a prevención de linfedema a las pacientes sometidas a mastectomía con disección axilar. Además se considero las fichas internas de la unidad de rehabilitación para la evaluación y seguimiento de los cuadros de linfedema en pacientes ingresadas a tratamiento.

Resultados: De las 40 pacientes ingresadas, 15% (6) pacientes operadas el mismo año. 62.5% pacientes operadas hace más de 2 años, y 22.5% (9) pacientes operadas entre 1 a 2 años. De los cuadros de linfedema presentados con posterioridad a un año (34) 17 pacientes presentaron con anterioridad al linfedema celulitis.

Estas 40 pacientes con diagnóstico de linfedema evaluadas en la unidad de rehabilitación, 27 en estadio I y II, y 13 en estadio más severo III y IV. La evaluación es la medición de perímetros, y medición de signo de steemer y fovea. Los cuadros en estadio II fueron tratados con vendaje simple, ejercicios, y contención elástica cuando remite a estadio I. 15 Sesiones en promedio se utilizaron para la remisión del estadio II al I, manteniendo controles periódicos después del retroceso, de una semana, un mes, tres meses, y seis meses, en presencia de una evolución favorable. 7 pacientes en estadio I y II aumentaron significativamente sus perímetros en algunos de los controles. El resto tuvo una evolución favorable. Los estadios III y IV fueron intervenidos con vendaje multicapa, drenaje linfático manual, ejercicios y contención elástica en su remisión, y controles con periodicidad similar a los estadios anteriormente descritos. 20 sesiones en promedio son utilizadas antes de establecer controles. Sólo tres pacientes no tuvieron evolución favorable por el progreso de la enfermedad oncológica de base.

Conclusión: La educación de la paciente en riesgo de generar linfedema resulta una herramienta efectiva en la ocurrencia del cuadro.

La intervención temprana y asertiva de los linfedemas más controles periódicos disminuye el estadio del

cuadro y existe menos frecuencia de exacerbación del edema linfático.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA PRESENTACIÓN DE CORDONES LINFÁTICOS EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA SOMETIDAS A MASTECTOMÍA MÁS DISECCIÓN AXILAR.

Drs. P. Gaona, P. Díaz, D. Céspedes, C. Celedón
Instituto Nacional del Cáncer, Unidad de Rehabilitación

Introducción: El tratamiento para las mujeres que padecen cáncer de mama, implica cirugía, radioterapia y quimioterapia. La extracción de la mama y grupos ganglionares genera limitación funcional del hombro ipsilateral al sitio quirúrgico, y probabilidades de ocurrencia de linfedema. El síndrome de red axilar o axillary web syndrome, fue descrito el año 2001 por Moskovitz, como cuerdas palpables subcutáneas que se extienden desde el pliegue axilar en el brazo del mismo lado, a través del espacio antecubital, y en casos severos hasta la base del pulgar. La red se ha asociado con dolor y limitación a la abducción de hombro, autolimitado a tres meses. Después de esta descripción, varios autores han centrado su discusión en categorizar la presentación del cuadro, ajustar su denominación a "cordones linfáticos" y determinar la incidencia de cuadros crónicos.

Materiales y métodos: Se utilizó la base de datos interna de la unidad de rehabilitación del INC desde enero a diciembre de 2009, analizando los datos de pacientes operadas el mismo año, no se consideraron pacientes operadas el 2008 que ingresaron en el año 2009. Se incluyeron datos de presentación de cordones linfáticos, rangos articular y dolor extraídos de la ficha específica elaborada en la misma unidad. **Resultados:** En el INC en el año 2009 se sometieron a cirugía a 278 pacientes por distintas causales, 238 evaluadas en rehabilitación. 163 pacientes presentaban limitación funcional de hombro, y de ellas 97 pacientes (34,8% del total operado) operadas con mastectomía más disección axilar. De este 34,8%, 54 de ellas presentaron limitación funcional a causa de un síndrome de red axilar, mostrando diversas variantes del cuadro mismo. 46.2% (25 casos) en axila, 33.3% (18 casos) desde la axila hasta el codo, y 20% (11 casos) de estos cordones linfáticos eran visibles o palpables desde la axila hasta pulgar. El dolor en hombro a la abducción estuvo presente en 96.2% (52 casos) con un EVA sobre 5. **Conclusión:** Existe una alta incidencia de cordones linfáticos o Axillary Web Syndrome en las pacientes operadas de mastectomía con disección axilar en el INC, la presentación más frecuente son cordones palpables en la axila, con limitación moderada (entre 90 y 150°) de abducción, e intervención kinésica promedio de 5 sesiones, la menor frecuencia es cordones hasta el pulgar con limitación severa de la abducción (menor a 90°) del brazo con intervención kinésica promedio de 15 sesiones.

RECONSTRUCCION MAMARIA CON TRAM FLAP. COMPARACION DE COLGAJOS IRRADIADOS VERSUS NO IRRADIADOS.

Drs. C. Barriga¹, M. Fritis¹, C. Torres¹, L. Badínez², M. Frelinghuysen³, M. Muñoz⁴, C. Derosas⁴, H. Waintrub⁴.

¹Equipo de Cirugía Oncoplástica Mamaria, Clínica Oncológica Fundación Arturo López Pérez (FALP).

²Servicio de Radioterapia FALP. ³Residente de Radioterapia FALP. ⁴Residente de Cirugía Universidad de Santiago de Chile.

Introducción: El efecto de la radioterapia sobre los colgajos usados en reconstrucción mamaria es un tema controversial, por lo que el presente trabajo propone comparar las complicaciones y los resultados cosméticos de las reconstrucciones mamarias realizadas con colgajos miocutáneos de rectoabdominal irradiados versus no irradiados. **Pacientes y métodos:** Estudio retrospectivo, se analizaron en 147 reconstrucciones mamarias en 143 pacientes operadas en la Fundación Arturo López Pérez, en un período de 10 años (enero de 2000 y diciembre de 2009). Se comparan las complicaciones y resultados cosméticos de los colgajos irradiados vs no irradiados. El resultado cosmético fue evaluado en cada paciente por los cuatro cirujanos del equipo y se clasificó en excelente, bueno, regular y malo. El análisis estadístico se realizó con SPSS 13.0 usando el test de chi cuadrado, considerándose significancia un $p < 0.05$. **Resultados:** Durante el período estudiado se realizaron 154 reconstrucciones mamarias con colgajo Tram en 150 pacientes, se incluyeron en el estudio 143 pacientes, el resto se excluyeron por falta de datos. El promedio de edad fue de $47,34 \pm 9$ años (rango 27-67). En 95,1% pacientes la mastectomía se realizó por cáncer de mama, un sarcoma, un hemangiosarcoma, un tumor neuroendocrino y en cuatro por lesiones benignas, tres de ellas por un tumor Phyllodes y otra por siliconomas mamarios con compromiso de piel que requirió de mastectomía bilateral de aseó. Reconstrucciones inmediatas se realizaron 87 (60,8%) y diferidas 56 (39,2%). De las 143 pacientes, 4 tuvieron reconstrucciones mamarias bilaterales. En 60 (42%) casos el colgajo utilizado fue contralateral y 80 (55,9%) ipsilateral. Dentro de las complicaciones inmediatas tuvimos dos necrosis totales de colgajo, 3 necrosis parciales, una infección abdominal y una hemorragia postoperatoria, todas requirieron de reoperación. De la totalidad de los colgajos 40 (28%) fueron irradiados, 22 (55%) correspondían a cáncer estadio II y 17 (42,5%) a estadio III y uno (2,5%) a hemangiosarcoma. Complicaciones tardías tuvimos 22 (15,4%), de las cuales 9 (41%) fueron en colgajos irradiados y 13 (49%) en no irradiados ($p = 0,134$). El resultado cosmético en los colgajos no irradiados fue excelente en 42 pacientes (40,8%), bueno en 45 (43,7%), regular 12 (11,7%) y malo en 4 (3,9%). En los colgajos irradiados fue excelente en 14 (35%), bueno en 17 (42,5%) regular en 7 (17,5%) y malo en 3 (7,5%) ($p = 0,604$).

Discusión: El presente estudio no muestra diferencias estadísticamente significativas al comparar ambos grupos, por lo cual la radioterapia no debería ser considerada una contraindicación de reconstrucción mamaria inmediata.

COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS ONCOLÓGICOS, ESTÉTICOS Y LAS COMPLICACIONES DE LA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA INMEDIATA CON TRAM PEDICULADO POST TERAPIA NEOADYUVANTE VERSUS RECONSTRUCCIÓN MAMARIA DIFERIDA MÁS ADYUVANCIA.

*Drs. G. Ibañez¹, M. Ibañez², N. Pereira³.
Ints. C. Mandiola³, R. Andino³, C. Galleguillos³*

¹Unidad Patología Mamaria Hospital San José, ²Unidad de Cirugía Plástica Clínica Dávila,

³Departamento de Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: La reconstrucción mamaria inmediata se realiza para mejorar la imagen corporal y la calidad de vida en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. Los resultados oncológicos y el resultado estético de la mastectomía post neoadyuvancia más reconstrucción mamaria inmediata no puede ser evaluada por estudios randomizados, sin embargo un estudio comparativo podría modificar las guías para el tratamientos quirúrgico para cáncer de mama invasivo. El objetivo de nuestro trabajo es comparar los resultados oncológicos, estéticos y las complicaciones de la reconstrucción mamaria inmediata con TRAM pediculado post terapia neoadyuvante versus reconstrucción mamaria diferida post mastectomía y radioterapia-quimioterapia adyuvante. **Materiales Y Método:** Diseño retrospectivo, comparativo (significancia $p < 0,05$). Se revisaron las historias clínicas de 75 pacientes en los cuales se realizó reconstrucción mamaria con TRAM entre los años 2004 a 2010, seleccionándose las pacientes en las cuales la reconstrucción mamaria fue inmediata con TRAM luego de radio-quimioterapia neoadyuvante (RMI postNeo) y se comparó con reconstrucción diferida post radio-quimioterapia adyuvante (RMD postAdy), en cuanto a los resultados oncológicos, estéticos y las complicaciones.

Resultados: Del total de los pacientes estudiados, 11 recibieron RMI postNeo y 10 RMD postAdy. En el primer grupo, hubo pacientes entre los estadios IIB a IV, de los cuales 2 casos presentaron recidiva local y 1 paciente mortalidad durante el período de estudio. Las pacientes que recibieron RMD postAdy se presentaron con estadios entre I a IIIA, sin reportarse recidiva ni mortalidad en este grupo, en un promedio de seguimiento de 52,5 meses. En los pacientes RMI postNeo se encontraron un 36% de complicaciones locales, mientras que en RMD postAdy un 40% sin diferencias estadísticas entre ambos grupos ($p = 0,86$). El resultado estético evaluado de manera subjetiva tampoco presentó diferencias significativas ($p = 0,15$).

Conclusiones: A pesar de que existen diferencias en

el resultado oncológico al comparar ambas estrategias terapéuticas, estas no son significativas ($p > 0,05$) y se deben principalmente a que el estadio clínico es diferente en ambos grupos. Sin embargo, no se observan diferencias significativas en cuanto a las complicaciones ni al resultado estético. Si bien, nuestro trabajo representa una primera aproximación para sugerir la RMI postNeo a fin de evitar la irradiación del colgajo en pacientes mastectomizadas que requieren radioterapia, se necesitan realizar estudios con muestras más amplias de manera que nuestros resultados sean extrapolables a la población.

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA EN CÁNCER DE MAMA. EXPERIENCIA DE 11 AÑOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER.

Drs. D. Espinoza¹, J.M. Donaire², J. Galindo³, W. Constante¹, H. Paredes¹, G. Ballesteros¹
¹Equipo de Cirugía de Mama, Instituto Nacional del Cáncer. ²Becado de Cirugía Oncológica, Instituto Nacional del Cáncer. ³Becado de Cirugía General, Universidad de Los Andes. ⁴Jefa de Servicio Cirugía de Mama, Instituto Nacional del Cáncer.
Servicio de Cirugía de Mama, Instituto Nacional del Cáncer.

Introducción: La reconstrucción mamaria luego de una mastectomía radical por cáncer representa un tema central en cirugía oncológica. Entre sus objetivos está mejorar la calidad de vida de las pacientes. En la actualidad existen varias alternativas para su realización.

Objetivo: Mostrar la experiencia en reconstrucción mamaria de los últimos 11 años en el Instituto Nacional de Cáncer.

Pacientes y Método: Revisión retrospectiva de la experiencia clínica de 152 reconstrucciones mamarias en 145 pacientes portadoras de cáncer de mama, operadas entre Enero de 1999 y Diciembre de 2009. Se analizaron las características de las pacientes, de la neoplasia mamaria y de la reconstrucción. Además, se evaluó el grado de satisfacción de cada paciente respecto al resultado quirúrgico.

Resultados: La edad promedio al momento de la reconstrucción fue 44,6 años (rango 25-64). La etapificación del cáncer al momento del diagnóstico fue: Etapa 0 (in situ) 28,29%, Etapa I 14,47%, Etapas II 41,45% y Etapas III 15,8%. Los tipos histológicos fueron Carcinoma ductal (83,5%), Carcinoma lobulillar (5,92%), tumor Phyllodes (2,63%) y leiomiomasarcoma mamario (0,65%). Se realizó Radioterapia neoadyuvante en 17,76% y Quimioterapia neoadyuvante en 16,45%. Se efectuaron 77 reconstrucciones inmediatas (50,66%) y 75 diferidas (49,34%), rango de tiempo entre 5 meses y 19 años. Las técnicas utilizadas fueron: Colgajo de Recto abdominal (TRAM) 105(69,07%), Colgajo Dorsal 3(1,97%), Colgajo Dorsal más expansor y prótesis diferida 7(4,6%), Colgajo Dorsal y prótesis inmediata 7(4,6%), expansor y recambio por prótesis en segundo tiempo 23(15,13%), prótesis primaria 7(4,6%). En 35 pacientes (22,56%) se

realizó reconstrucción del complejo areola-pezones. Dentro de las complicaciones mayores, hubo 2 necrosis totales de colgajo (1,31%) y 12(7,89%) necrosis parciales. No hubo mortalidad perioperatoria. Otras complicaciones: infección 12,5%, necrosis grasa 7,89%, epidermolisis 5,26%, seroma 4,6%, hematoma 3,94%. El tiempo promedio de hospitalización postoperatoria fue 7,62 días. El grado de satisfacción de las pacientes fue muy bueno o excelente en 88,31%. En el seguimiento a 5 años el 82% de las pacientes se encuentran sin evidencia de recidiva local o a distancia.

Conclusiones: La reconstrucción mamaria es parte fundamental en el manejo integral del cáncer de mama, incluso en las etapas avanzadas. De acuerdo a la evaluación preoperatoria se puede realizar en forma inmediata o diferida, con material autólogo o protésico. En nuestra institución se ha llevado a cabo por varios años, con bajos índices de morbilidad. Dentro del seguimiento se ha visto un alto grado de satisfacción en la mayoría de las pacientes

LINFONODO CENTINELA EN CÁNCER DE MAMA UTILIZANDO TÉCNICA DE AZUL PATENTE: REPORTE DE 119 CASOS.

Drs. J.P. Hurtado¹, J. Salinas², C. Rojas³, M. Mañana³, F. Cadiz³, M. Maturana³, S. Torres³ y M.E. Bravo³.

¹Capacitante Cirugía General, Universidad de Chile, H. San Juan de Dios.

²Becario Cirugía General, Universidad de Chile, H. San Juan de Dios.

³Unidad de Patología Mamaria, H. San Juan de Dios.

Introducción: La identificación del linfonodo centinela con linfocintigrafía no está disponible en muchos hospitales nacionales debido a falta de infraestructura o costos. Existen algunos reportes de la literatura que sugieren resultados aceptables y comparables cuando se busca el linfonodo centinela solo con azul patente

Material Y Métodos: Se realizó un protocolo de 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 para el informe diferido. **Resultados:** Entre junio de 2006 a julio de 2010 se operaron 119 pacientes durante el periodo descrito, todos de sexo femenino. La edad al momento de la cirugía fue de 56.1 ± 10.9 años (36-83). La edad de la menarquia fue a los 13.1 ± 1.7 años (9-17) y la edad de menopausia ocurrió a los 46.6 ± 5.9 años (30-56). La edad del primer parto fue a los 23.5 ± 5.6 años (15-43). Un 42.4% de las pacientes eran usuarias de anticonceptivos orales y un 32.3% de las pacientes post-menopáusicas recibieron terapia hormonal de reemplazo. El número de linfonodos resecados fue de una mediana de 2 (1-4) por cirugía. En 6 (5.0%) pacientes la tinción del linfonodo centinela resultó frustra, por lo que requirieron vaciamiento axilar durante el mismo tiempo operatorio. En 111 pacientes fue posible

identificar con tinción de azul patente el linfonodo centinela (tasa de 95%). Se encontró una tasa de 4.7% (4/85) falsos negativos, quienes requirieron vaciamiento axilar en un segundo tiempo.

LETALIDAD DEL CANCER MAMARIO EN LA REGION DE AYSÉN: 25 AÑOS
Drs. P. Pinto, J. González, Matronas A. Valdebenito, A. Pérez, Sr. A. Barría
Servicios de Cirugía, Anatomía Patológica y Maternidad, Hospital Regional Coyhaique

Introducción: Con el objeto de actualizar los datos epidemiológicos regionales y de esta manera optimizar el uso de los recursos, se efectúa una revisión de casos retrospectiva (25 años) de casos letales de cáncer mamario (CM) en la región de Aysén.

Material Y Metodo: Se estudia retrospectivamente la casuística clínica constituida por 94 pacientes fallecidas por CM entre Enero de 1985 y Junio de 2010.

Resultados: El rango etario al momento del diagnóstico fluctuó entre los 27 y 90 años, con promedio de 54,51 años. Encontrándose el 56% en la quinta y sexta década de la vida. El tumor se localizó en la mama izquierda en el 64% de los casos. El tamaño tumoral al ingreso oscilo entre 1,5 y 15 cms. con un promedio de 4,96 cms. Setenta y seis pacientes recibieron terapia quirúrgica, 25 de ellas exclusiva. Cuarenta y una mujeres se sometieron a radioterapia, sólo una como terapia única. Otras treinta y cinco recibieron quimioterapia, sólo tres de ellas exclusiva. Diecinueve pacientes recibieron tamoxifeno, ninguna como terapia única. La sobrevida fue menos de un año en el 6,38% de los casos y de uno a cinco años en el 67% del total. El promedio de sobrevida fue de 4,79 años. Respecto del tamaño tumoral las lesiones menores entre las mujeres de la quinta y sexta década de la vida, con el fin de optimizar resultados en el uso de los recursos. También es importante la capacitación de profesionales y paramédicos en el examen clínico de mamas ante cualquier motivo de consulta.

CANCER MAMARIO EN CONTROL EN LA REGIÓN DE AYSÉN
Drs. J. González, P. Pinto, Matronas A. Valdebenito, F. Torres, Sec. Anatomía L. Alvarez
Servicios de Anatomía Patológica, Cirugía y Maternidad, Hospital Regional Coyhaique

Introducción: Con el objeto de conocer datos epidemiológicos locales para optimizar el uso de los recursos, se estudian los casos de cáncer mamario (CM) que actualmente se controlan en el Hospital Regional de Coyhaique.

Material Y Metodo: Se estudia la casuística clínica de 44 pacientes que actualmente se controlan en la Unidad de Patología Mamaria del Hospital Regional de Coyhaique.

Resultados: El rango etario al momento del diagnóstico es de 28 a 93 años, con un promedio de 52,72 años. El 71% de los casos se presentó entre

los 40 y 59 años. El 62% se localizó en la mama izquierda. El tamaño tumoral al ingreso varió entre 1 y 15 cms. Con un promedio de 3,88 cms. Los tumores semiológicamente menores de 2 cms., revelaron duplicación del tamaño tumoral al análisis anatomopatológico macroscópico, a la inversa de los tumores mayores de 5 cms.

Conclusiones: Los hallazgos nos inducen 1° a mejorar los registros especialmente en cuanto a datos anamnésicos. 2° a insistir en el auto examen mamario y en la consulta precoz ante la aparición de un tumor. 3° a no confiarse en el tamaño semiológico, pues la anatomía patológica demuestra ser mayor en sobre el 50% de los casos. 4° a orientar la pesquisa, especialmente a la quinta y sexta década de la vida.

LINFOMA MAMARIO, SERIE DE CASOS.
Drs. C. Valenzuela⁽¹⁾, F. Rodríguez⁽¹⁾, M. Pardo⁽²⁾, A. Marambio⁽¹⁾, L. Moyano⁽³⁾, J. Bascuñan⁽⁴⁾, M. Escudero⁽⁴⁾.

⁽¹⁾ Servicio de Cirugía HCUCH; ⁽²⁾ Unidad de Patología Mamaria, Servicio de Ginecología y Obstetricia, HCUCH; ⁽³⁾ Servicio de Anatomía Patológica HCUCH; ⁽⁴⁾ Facultad de Medicina Universidad de Chile. Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: El linfoma mamario constituye menos del 0.5 % de los tumores malignos de la mama y apenas el 1-2% de todos los linfomas extranodales. Aunque comparte muchas similitudes clínicas e imagenológicas con los carcinomas de mama, su tratamiento y pronóstico difieren significativamente. Dada su baja prevalencia, hay escasa literatura científica disponible que permita orientar al personal de salud en el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de esta rara entidad.

El objetivo del presente trabajo es identificar a las pacientes con Linfoma Primario de Mama (LPM) diagnosticados en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile en el período 2002-2010 y describir sus principales características. **Material y métodos:** A partir de la base de datos del Servicio de Anatomía Patológica de nuestro centro asistencial, se revisaron todas las biopsias del período 2002-2010, seleccionando los informes con diagnóstico histológico e inmunohistoquímico de linfoma mamario, correspondientes a un total de cinco informes. La ficha clínica de los pacientes seleccionados fue revisada para determinar las características clínicas e imagenológicas de cada caso, así como el tratamiento recibido y su resultado. En esta fase, fueron excluidos dos casos, uno de ellos debido a que la paciente fue trasladada precozmente a otro centro y el otro caso debido a que el linfoma mamario no era primario. **Resultados:** La edad de diagnóstico fue entre la quinta y sexta década de vida en dos de los casos, mientras que la otra afectada fue diagnosticada en la cuarta década. Todas las pacientes consultaron por masa o nódulo mamario indoloro de rápido crecimiento, dos de ellas con importante eritema

cutáneo asociado. Dos pacientes tenían adenopatías palpables al momento de consultar. En un solo caso la mamografía fue concluyente de neoplasia mamaria, las otras dos fueron clasificadas como BIRADS 0 y requirieron completar estudio con ecografía mamaria. Solo en una de las pacientes se hizo el diagnóstico histológico con biopsia core, en las otras dos, el diagnóstico se hizo con la pieza operatoria tras ser sometidas a mastectomía.

Se obtuvieron los siguientes diagnósticos histológicos: Linfoma MALT, Linfoma No Hodgkin estirpe B y otro estirpe T. Los primeros dos casos respondieron satisfactoriamente a la quimioterapia, permaneciendo libres de enfermedad con un seguimiento mayor a cinco años. La paciente con LNH estirpe T presentó rápida progresión de la enfermedad, extendiéndose a la mama contralateral y a diversos territorios linfonodales. Recibió quimioterapia con respuesta parcial, falleciendo cinco meses después de su diagnóstico. Conclusiones: En nuestra región es indispensable insistir en el auto examen mamario y en la consulta precoz ante la aparición de un nódulo, especialmente

EVALUACIÓN OBJETIVA DE RESULTADOS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA DE UN GRUPO DE PACIENTES EN C.A.S
Drs. G. Schwember, F. Cadiz, J. Puga, E. Roman, S. Buhler, L. Castro, E. Cunill, J. Camacho
Centro de la Mama, Clínica Alemana de Santiago.

Introducción: La reconstrucción mamaria es una cirugía compleja con un resultado poco predecible dado el gran número de variables implicadas. Es aun más compleja su evaluación ya que hay diferentes formas para hacerlo. En el siguiente trabajo se evalúan en forma objetiva por un evaluador independiente los resultados estéticos de 56 pacientes con la tabla de evaluación de E. Strasser, se compara el resultado objetivo de esta con el resultado subjetivo expresado por las pacientes. Se tabulan otros datos relevantes en el resultado de la reconstrucción.

Método: Análisis de casos de reconstrucción mamaria con registro fotográfico de 55 pacientes con la tabla de E. Strasser, encuesta a cada una de las pacientes evaluadas preguntándoles por su percepción de resultado de la cirugía catalogándolo en malo, regular, bueno y perfecto. Se compara la evaluación objetiva con tabla de E. Strasser versus la impresión de las pacientes. Se describen tipo de reconstrucción en tiempo y técnica, número de casos con reconstrucción de areola pezón, uso de radioterapia y complicación post operatoria cuando el resultado de la reconstrucción no fue satisfactorio. Resultado: De las 55 pacientes evaluadas se encontró que 80,4% reconstrucciones fueron inmediatas y 19,4% reconstrucciones diferidas, hubo 58,4% TRAM monopediculados, 7,1% TRAM bipediculados, 12,5% reconstrucción con implante, 1,8% reconstrucción oncoplastica y 1,8% expansor

implante. Se utilizo sobrecarga vascular en 5,4% de los casos. Se reconstruyo areola pezón en el 41,1% de los casos.

El 32,1% recibió radioterapia de estos el 55,6% tuvo resultado bueno o perfecto, de los casos sin radioterapia el 78,9 % tuvo resultado bueno o perfecto. Del análisis total vemos que según evaluación objetiva la clasificación es 62,5 % buenos, 8,9 % perfectos, 21,4 % regulares y 7,1 % mal resultados, de estos todos presentaron complicaciones post operatorias. Al comparar reconstrucción inmediata vs. diferida vemos que en reconstrucciones inmediatas se obtuvo 77,8% de casos buenos o perfectos, en reconstrucciones diferidas 45,5 % de casos buenos o perfectos. En la evaluación subjetiva por las paciente todas clasificaron su resultado como bueno o perfecto. Conclusiones: Este estudio muestra los resultados de una serie de reconstrucciones y compara la correlación que puede haber entre una evaluación objetiva con una tabla validada a nivel internacional versus la percepción que tiene la paciente frente al resultado, encontramos que la percepción de resultado de la paciente difiere de la evaluación objetiva. Los mejores resultados se encontraron en el grupo de reconstrucción inmediata, el grupo que recibió radioterapia presentó peor resultado cosmético. Vemos que esta tabla nos da un método objetivo de evaluación que se puede utilizar a lo largo del tiempo y por diferentes observadores por lo que se plantea como una alternativa de uso en nuestras reconstrucciones a futuro.

ENFERMEDAD DE PAGET MAMARIA ASOCIADA A CARCINOMA DUCTAL INVASOR Y COMPROMISO LOCOREGIONAL. REPORTE DE CASO CLÍNICO.

Drs. E. Castillo, E. Celedón, F. Imigo.
Instituto de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile

Introducción: La enfermedad de Paget mamaria es una patología poco común en la mama, sin embargo, tiene una gran importancia por su alta asociación a carcinoma mamario y porque requiere un alto índice de sospecha.

Objetivo: Reportar el caso de una paciente que consulta eccema del complejo areola pezón, diagnosticándose enfermedad de Paget mamaria y además asociación a carcinoma invasor con compromiso linfonodal, se señala proceso diagnóstico y resolución quirúrgica.

Caso clínico: Mujer de 56 años con antecedente de retraso mental secundario a meningitis. Derivada desde Atención Primaria a Unidad de Patología Mamaria (UPM) por un cuadro de 2 meses de evolución caracterizado por lesión ulcerada en el complejo areola-pezón asociado a prurito, con sospecha de cáncer de mama izquierdo. Evaluada en UPM, se constata al examen físico mama derecha normal y mama izquierda con eccema extenso de areola y pezón, de aproximadamente 3 cm de diámetro, y lesión ulcerada en región superoexterna de la areola. No se palpa tumor a nivel mamario ni

adenopatías sospechosas axilares ni supraclaviculares. La paciente portaba una mamografía bilateral catalogada como BIRADS 0 por densidad asimétrica en cuadrante superoexterno y pezón umbilicado. Con diagnóstico de eccema de pezón izquierdo y enfermedad de Paget (EP), se indica ciprofloxacino 500 mg cada 12 horas por 7 días y control posterior. En control se aprecia menor compromiso de la región central de la mama. Se realiza ecotomografía mamaria que informa ectasia ductal derecha. Se realiza biopsia en cuña de complejo areola-pezón izquierdo, cuyo informe concluye: 1. EP de la mama, ulcerada y 2. Carcinoma ductal in situ (CDIS), de grado intermedio. Ante estos resultados se realiza mastectomía simple izquierda, cuya histología reveló: EP extensa; CDIS extenso con 7 focos microscópicos

de carcinoma ductal invasor entre 1 y 3 mm de diámetro y cambios fibroquísticos de la mama. Debido a informe se realizó linfadenectomía axilar, cuyo análisis histopatológico informó metástasis linfoganglionares de carcinoma ductal mamario en los 18 linfonodos evaluados, masiva en gran parte de ellos, observándose en 2 linfonodos compromiso extracapsular. Discusión: Al tratar un eccema mamario y tener una mala respuesta a tratamiento antibiótico, es de suma importancia realizar una biopsia que permita descartar enfermedad de Paget. En caso de confirmarlo se evalúa la asociación a masa palpable, ya que dependiendo de esto se asocia el riesgo a cáncer e invasión. Señalar además que el pronóstico de esta patología está dado por la presencia de cáncer subyacente.

LINFOCINTIGRAFÍA EL DÍA PREVIO PARA UTILIZACIÓN DE LA TÉCNICA MIXTA EN BIOPSIA DE LINFONODO CENTINELA AXILAR EN PACIENTES

Drs. R. Schwartz¹, I. González³, L. Gómez¹, M. Amar¹, M.J. Jofre², P. Sierralta², Int. C. Arenas³
Equipo de Cirugía Oncológica, Servicio de Cirugía, Hospital Militar de Santiago. Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Militar de Santiago. Facultad de Medicina, Universidad de los Andes.

Introducción: La biopsia del linfonodo centinela (BLC) es un procedimiento mínimamente invasivo que en la actualidad es de elección en la evaluación del compromiso linfonodal axilar en cáncer de mama precoz cuando ésta es clínicamente negativa; el objetivo es definir conductas terapéuticas basadas en sus hallazgos histopatológicos. La técnica actualmente recomendada es el uso de la linfocintigrafía con radiofármaco asociada al uso de azul patente intraoperatorio con lo que se logra una mayor tasa de identificación del o los linfonodos correspondientes al drenaje del tumor primario en la mama. El realizar la radiomarcación el día anterior al procedimiento quirúrgico facilita la realización de esta técnica en centros que no cuenten con ella derivando a las pacientes a un servicio de Medicina Nuclear externo, permitiendo además optimizar la programación quirúrgica mejorando la eficiencia en la utilización de pabellones.

Presentamos nuestra experiencia en 10 pacientes portadoras de cáncer de mama precoz con axila clínicamente negativa planificadas para BLC con linfocintigrafía realizada la tarde previa a la cirugía. En la operación se utilizó un detector manual (Gama Probe) e inyección de azul patente periareolar para optimizar visualización.

Material y Métodos: Entre Diciembre 2009 y Junio 2010 a una serie de 10 pacientes se les practicó linfocintigrafía mamaria la tarde previa a la cirugía de BLC con posterior análisis de las fichas clínicas y protocolos operatorios.

Resultados: Diez pacientes con cáncer de mama fueron sometidas a BLC con el protocolo preestablecido. El tiempo promedio entre la linfocintigrafía y la cirugía fue de 16,5 hrs. (15,2 - 17,9).

En los 10 casos se logró la identificación de entre 1 a 3 linfonodos axilares siendo la medición con el detector manual entre 40 y 550 cuentas de acuerdo al rango de frecuencia utilizada con este elemento y finalizando cuando la detección en lecho operatorio es siempre menor al 10 % de la medición basal, por lo que estos fueron considerados los linfonodos centinelas.

Conclusión: La técnica de BLC con linfocintigrafía la tarde previa a la cirugía brinda la posibilidad de utilizar la técnica en centros en que no se dispone

de Medicina Nuclear, requiriendo solamente un detector manual portátil el que se puede compartir entre distintos centros. Lo anterior permitiría ampliar el uso de esta técnica a un menor costo, obtener resultados confiables y una mayor flexibilización en la planificación de pabellones.

LINFONODO CENTINELA EN MELANOMA MALIGNO. RESULTADOS DE LA TÉCNICA TRAS DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA

Drs. JC. Cassina¹, F. Dominguez², V. Bustamante¹, S. González³, A. León², M. Camus², H. Gonzalez², R. Clauré², I. Goñi², N. Droppelmann².

1. Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile
2. Departamento de Cirugía Oncológica y de Cabeza y cuello, Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile.
3. Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: El compromiso ganglionar es el factor pronóstico de mayor relevancia en melanoma maligno localizado. La biopsia de linfonodo centinela (LC) permite identificar metástasis ganglionares subclínicas, seleccionar a candidatos para disección ganglionar y representa un factor relevante en el pronóstico de estos pacientes.

Objetivos: Descripción de las características clínicas y patológicas de pacientes portadores de melanoma sometidos a biopsia de linfonodo centinela, análisis de los factores de riesgo asociados a su positividad y estudio de la presencia de metástasis durante el seguimiento.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes portadores de melanoma maligno tratados con biopsia de LC en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile entre los años 1999 y 2009. Se evaluó características clínicas patológicas y factores de riesgo para positividad de LC por análisis uni y multivariable.

Resultados: Se estudiaron 166 casos, con una mediana de edad de 49 años y un 45,5% de sexo masculino. El LC resultó positivo en 21 casos (12,7%): en 4,6% de los T1, 12,5% de los T2, 14,7% de los T3 y en un 35,3% de los T4.

Se obtuvo diferencias significativas entre los grupos con y sin metástasis en LC con respecto a la presencia de ulceración, el tipo histológico, el grosor de Breslow y el nivel de Clark. El grosor de Breslow (OR=1,26; p=0,02), la presencia de ulceración (OR=5,4; p=0,004) y la edad mayor de 65 años (OR=2,69; p=0,047) resultaron factores de riesgo de metástasis en el LC de los casos estudiados al estudio univariado. Al análisis multivariado sólo el grosor de Breslow resultó ser un factor de riesgo independiente para la positividad de LC (OR 1,28; p=0,021). De los casos con LC positivos se obtuvo

linfonodos positivos en la disección ganglionar en 5 casos (33,3%).

La mediana de seguimiento fue de 24,5 meses. Un 8,2% (6 casos) de los pacientes con LC negativos y un 40% (4 casos) de los pacientes con LC positivos tuvo metastasis ganglionares o viscerales, estas diferencias fueron significativas ($p=0,004$). Conclusiones: El uso del LC en melanoma muestra su utilidad en pacientes clínicamente N0 incluyendo lesiones T1 y T4. La identificación de factores de riesgo de metástasis permitiría precisar su indicación. El seguimiento muestra un porcentaje elevado de metástasis ganglionares o viscerales, siendo este significativamente mayor en los casos con antecedente de LC positivo.

“EVALUACIÓN DE LA VOZ EN PACIENTES OPERADAS POR CÁNCER DE TIROIDES EN EL AÑO 2009 EN EL INC”

Drs. C. Pozo, C. Celedón, P. Gaona, P. Díaz, D. Céspedes

Instituto Nacional del Cáncer, Unidad de Rehabilitación

Introducción: El cáncer de tiroides es la neoplasia endocrina de mayor frecuencia, con mayor presentación en mujeres que en hombres. La cirugía de resección es el principal tratamiento de ésta patología con morbilidades frecuentes en la voz de los pacientes.

Objetivos: Evaluar la frecuencia en las alteraciones de la voz a la semana post operatoria.

Hipótesis: Los pacientes de una semana post operada de tiroidectomía total presentan alteraciones en la voz con una frecuencia sobre el 50%.

Materiales y método: Los miembros del equipo de rehabilitación usaron el programa Praat para la grabación de la voz, éste programa mide variables de la voz como los índices Jitter y Shimmer correspondientes a la variabilidad de la frecuencia e intensidad del sonido, y la frecuencia fundamental (F0) que informa la frecuencia (hz) del sonido inicial de la voz. Adicionalmente el fonoaudiólogo realizaba una ficha interna de evaluación cualitativa de la voz.

Las variables se midieron en el pre- operatorio y a la semana de operado el paciente en la fecha que coincide con su control médico.

Resultados: De los 33 pacientes evaluados 6 eran hombre y 27 mujeres con edades entre 17 y 79, el promedio de edad de 47 años. Anterior a la cirugía 8 pacientes ya presentaban alteraciones vocales por otras causas; a la semana de operados 5 pacientes presentaron alteraciones severas de la voz que implicaban una limitación significativa en la comunicación oral del paciente, 12 pacientes presentaron cuadros moderados de alteración de la voz cuando presentan cambios parciales en los parámetros vocales y 15 pacientes no presentaron ningún cambio o alteraciones leves de la voz en los casos que sólo presentan mínimas dificultades a la producción vocal. Los pacientes con alteraciones en la voz fueron sometidos a tratamiento con fonoaudiología, mostrando una evolución favorable

y 3 pacientes de estos cuadros severos requirieron un mayor estudio y tratamiento adicionales.

Conclusiones: En los pacientes con cáncer de tiroides con evaluación de voz a la semana post operatoria, se presentó una alta frecuencia de alteraciones de la voz, el 87% de los pacientes presentó alteraciones en la voz y sólo el 12% de los pacientes no generó cambios en su estado vocal previo.

"TRATAMIENTO DE CICATRIZ EN PACIENTES CON CIRUGÍA POR TUMORES DE CABEZA Y CUELLO INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER 2009"

Drs. C. Celedón, P. Gaona, P. Díaz, D. Céspedes
Instituto Nacional del Cáncer, Unidad de Rehabilitación

Introducción: El menoscabo funcional y estético de los pacientes con tumores de cabeza y cuello debido a la resección en territorio anatómico, clave en los sentidos y la comunicación, genera en los pacientes un cambio en su calidad de vida por la percepción alterada de su imagen y el estigma social de la cicatriz. El objetivo es describir la frecuencia de alteraciones de cicatrización y evolución con tratamiento compresivo en pacientes con tumores de cabeza y cuello operados en el 2009. **Hipótesis:** existe una alta frecuencia de alteración en la cicatrización en pacientes operados de tumores de cabeza y cuello, que se ven favorecidos con tratamiento.

Material y método: Se analizaron las fichas técnicas de manejo de cicatriz evaluadas por Terapia Ocupacional, de los pacientes con cirugía de cabeza y cuello que ingresaron a la unidad de rehabilitación durante el año 2009. Los datos extraídos incluían ubicación, zona compleja, color, volumen, presencia de fibrosis, flexibilidad versus adherencia, condiciones de la piel, vascularización, presencia de síntomas como prurito, dolor y alteraciones sensitivas.

Resultados: Del total de pacientes evaluados (135), 17 (12,6%) presentaron alteraciones graves de cicatriz, 74 (54,8 %) pacientes con alteraciones moderadas de cicatriz, 44 (32,6%) con alteraciones leves. Las edades de los pacientes fueron entre 28 y 88 con un promedio de edad de 57.1. De los pacientes evaluados, 61 (45,18%) eran cáncer de piel facial, 36 (26,6%) tumores tiroideos, 19 (14%) cáncer intraorales y en menor cantidad 8 (6%), tumores parotídeos, 5 (4%) maxilectomías, 4 (3%) tumores de cuello y 2 (1,5%) cáncer laríngeo. La intervención realizada consistió en compresión con placas de silicona sobre la cicatriz o colgajo, controles cada 15 días y después una vez al mes hasta que la cicatriz este hialina.

Las complicaciones se clasificaron en leve, moderada, y severa dependiendo de las características de la cicatriz y de la zona afectada.

Los resultados fueron favorables en 100% de las cicatrices leves, 97% de las moderadas y 3% desfavorable y en las severas el 63% fue favorable y el 37% desfavorables.

Conclusión: La presencia de casos con alteración

de cicatrización en los pacientes con cirugía de cabeza y cuello es significativamente alta 64,4% (moderado y severo) sin embargo, con un diagnóstico y tratamiento oportuno se logra disminuir las alteraciones funcionales y estéticas que se observan en estos pacientes.

HALLAZGO RADIOLÓGICO DE MASAS RENALES SÓLIDAS MENORES DE TRES CM Y SU CORRELACIÓN HISTOLÓGICA: NUESTRA EXPERIENCIA.

Drs. JM. Campero, C. Ramos, R. Valdevenito, A. Hinrichs, N. Zambrano, R. Susaeta, E. Álvarez, H. Chiang, G. Salgado, R. Rosenfeld, J. Fullá.
Departamento de Urología. Clínica Las Condes.

Introducción: El tratamiento de las masas renales sólidas de dos y tres centímetros, constituye un tema de debate. La "vigilancia activa" se ha conformado como alternativa para su manejo, sin embargo estudios publicados recientemente señalan que aún siendo pequeños, un gran porcentaje serán malignos y poseen un 6% de riesgo de producir metástasis. Nuestro objetivo consistió en evaluar la relación entre tamaño tumoral e histología en masas renales menores a cuatro centímetros.

Metodología: Entre los años 2000 y 2010 efectuamos 92 nefrectomías parciales laparoscópicas por la presencia de una masa renal sólida. Sesenta y tres casos presentaron lesiones menores a cuatro centímetros, los que fueron incluidos en este estudio. La recopilación de datos fue hecha de forma retrospectiva, incluyendo información radiológica e histopatológica. Con respecto al tamaño tumoral se consideró el diámetro mayor informado ya sea por TC de Abdomen y/o RNM. Los datos obtenidos fueron analizados mediante el programa SPSS V17.0. Se consideró como significativo un $p < 0,05$. **Resultados:** Del total de tumores el 15,9% (n=10) resultaron ser benignos, mientras que el 84,1% (n=53) correspondieron a carcinoma de células renales. No existieron diferencias significativas ($p=0,08$) con respecto a la media del tamaño (2,2 y 2,64 cm respectivamente) entre los tumores benignos y malignos. El porcentaje de tumores benignos disminuyó de 11,1% en las masas menores a 1 cm hasta 8,3% en aquellas de entre 3 y 4 cm ($p=0,834$). **Conclusiones:** Aun cuando las lesiones sólidas pequeñas presentan una mayor proporción de benignidad que las lesiones de mayor diámetro, existe un alto porcentaje (88,8%) de carcinoma de células renales en aquellas menores a 1 cm. Nuestro grupo ha estandarizado la técnica de nefrectomía parcial laparoscópica exhibiendo una baja tasa de morbilidad, con una hospitalización menor a 48 horas y sin recidivas en un seguimiento promedio de 36 meses. Esta herramienta y la gran proporción de lesiones pequeñas malignas, nos permiten recomendar la extirpación laparoscópica cuando estas sean diagnosticadas.

CÁNCER DE TIROIDES EN PAAF CON LESIÓN FOLICULAR EN 5 AÑOS EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO.

Drs. S. Pradenas, M. Vivanco, A. Valle, R. Las Heras, C. Villalón, C. Cortes, V. Mariani, H. Rojas, Int. J.P. Donoso, P. Díaz

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

Introducción: El nódulo tiroideo es una entidad extremadamente frecuente; en USA 4%-7% de la población general tiene nódulos palpables. La mitad de la población mayor de 50 años tiene nódulos en la ecografía cervical.

La punción con aguja fina de tiroides (PAAF) es el primer método diagnóstico en presencia de nódulo de tiroides. Los resultados se interpretan en 4 categorías, siendo una de estas la lesión folicular, entidad que no permite definir la presencia de cáncer de tiroides solo con la citología. Dentro de este grupo, según las diferentes series publicadas, aproximadamente el 15-20% presentan un cáncer, por lo cual la conducta es la cirugía. El objetivo es definir el porcentaje de cáncer encontrados en los pacientes tiroidectomizados con diagnóstico citológico de lesión folicular.

Material y Métodos: Se revisaron retrospectivamente las PAAF realizadas en nuestro servicio entre el año 2004 y 2008. Se seleccionaron las PAAF interpretadas como sospechosas. Posteriormente se revisaron los informes anatomía patológica con diagnóstico de cáncer de tiroides de los pacientes seleccionados.

Resultados: Del total de PAAF realizadas en este servicio el 9,78% resultaron ser lesiones foliculares. De este porcentaje el 9,65% resultaron ser cánceres de tiroides.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico es el tratamiento de elección en pacientes con PAAF informadas como cáncer de tiroides y lesiones sospechosas. Durante el periodo revisado un porcentaje menor al descrito por la literatura de las lesiones foliculares resultó en cáncer de tiroides. Esta serie muestra que, incluso no siendo similar a las cifras descritas, la cifra de un 9,65% es un porcentaje elevado de estos pacientes que avalarían la indicación quirúrgica de las lesiones foliculares en la PAAF.

CIRUGIA DEL HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO ASOCIADO A PATOLOGIA NODULAR TIROIDEA REVISION DE CASOS OPERADOS ENTRE 2004 - 2010 EN SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Dr. Luis Inzunza Constanzo., Dr. Diego Barros Cassis.

Coautores: Dr. Jaime Moran T., Dra. Marcia Marino A., Dr. Roberto Volpato, Dr. Manuel Lizana Dra. Carolina Guzmán, Dr. Miguel Domínguez Dr. Gilberto Pérez, Dra. Marcela Moreno
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

El Hiperparatiroidismo secundario (HPS), es una patología que origina serias alteraciones metabólicas

y sintomatología progresivamente invalidante que con frecuencia requieren tratamiento quirúrgico. En ocasiones se presenta asociado a patología nodular tiroidea que puede ser resuelta en la misma cirugía. El objetivo del presente trabajo es conocer las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes portadores de hiperparatiroidismo secundario operados en el Servicio de Cirugía del Hospital San Juan de Dios desde el año 2004 a la fecha, su indicación quirúrgica, el tipo de cirugía realizada, las complicaciones postoperatorias y su correlación histopatológica.

Material: De un total de 71 pacientes con Hiperparatiroidismo operados en este período, 49 fueron hiperparatiroidismo secundario. En 11 casos hubo asociación con patología nodular tiroidea diagnosticada en el pre o en el intraoperatorio. Se revisó retrospectivamente las historias clínicas de estos 11 pacientes, 8 eran mujeres y 3 hombres, con una edad promedio de 57 años.

Resultados: Los pacientes fueron estudiados con Ecografía cervical, PTH y Cintigrama MIBI. La indicación quirúrgica más frecuente fue el Hiperparatiroidismo secundario progresivo o sintomático, seguido de la indicación de trasplante renal. La cirugía más frecuente fue la Paratiroidectomía subtotal bilateral asociada a Tiroidectomía Total (9 pacientes). La estadía postoperatoria promedio fue de 2.7 días. Como complicaciones postquirúrgicas hubo hipoparatiroidismo transitorio en 4 casos. Del estudio histopatológico diferido destaca el hallazgo de Carcinoma Papilar de Tiroides en 4 casos, de los cuales 1 correspondió a un hallazgo y 3 habían sido sospechados previamente por ECO y PAF. Hubo un caso de Tumor paratiroideo calificado como Adenoma de conducta biológica incierta.

Discusión: En el grupo estudiado las cifras de estadía y complicaciones postoperatorias son similares a los de cirugía paratiroidea exclusiva. Los 4 casos de cáncer tiroideo asociados fueron de tipo papilar variante folicular, asociándose a presencia de metástasis linfáticas en 3 casos.

Conclusiones: La cirugía en el hiperparatiroidismo secundario constituye una herramienta terapéutica eficaz en su manejo. En el grupo de pacientes que presenta patología tiroidea concomitante es el tratamiento de elección que permite solucionar la patología metabólica paratiroidea y da un diagnóstico histológico de certeza de la patología nodular tiroidea. Se debe continuar el seguimiento de estos pacientes a fin de observar en el tiempo si presentan un comportamiento biológico y clínico distinto al cáncer diferenciado de tiroides habitual.

NIVELES DE TSH POST TIROIDECTOMÍA TOTAL

Drs. K. Rojas, P. Gac, P. Cabane, F. Rodríguez, M. Díaz, Inta F. Lahsen.

Departamento Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: El I-131 terapéutico se administra con niveles de TSH >30u/dl, para maximizar la captación

de yodo e intentar erradicar enfermedad tumoral maligna persistente, esto se logra clásicamente 4-6 semanas posteriores a la tiroidectomía total. Hemos visto, al extenderse la estandarización de la técnica quirúrgica de tiroidectomía total, que los pacientes inician tratamiento de radioyodo con niveles de TSH muy superiores a 30u/dl, habitualmente con marcada sintomatología hipotiroidea.

Objetivo: Estimar el tiempo que actualmente tardan los pacientes eutiroideos en alcanzar niveles de TSH >30u/dl, después de una tiroidectomía total estándar, con objetivo de reducir tiempo entre cirugía y radiyodoterapia.

Materiales y métodos: Medición de TSH y T4L pre y post-operatoria en forma seriada, semanal y prospectiva, de pacientes sometidos a tiroidectomía total en HCUCH entre junio 2009 - junio 2010. Se excluyen pacientes hipertiroideos e hipotiroideos sin reemplazo hormonal preoperatorio. Se incluyen sólo pacientes eutiroideos pre-operatorios. Además se confeccionan curvas días v/s TSH post-operatoria para estimar el tiempo requerido en alcanzar TSH>30u/dl.

Resultados: De 101 pacientes sometidos a tiroidectomía total, 7 no cumplen criterios de inclusión. Los 94 pacientes se agrupan en 4 categorías, según día postoperatorio en que se midió TSH. Grupo A: ?7 días; Grupo B: 7-14 días; Grupo C: 15-21 días y Grupo D: >21 días. El grupo A incluye 28 pacientes, 3 presentan TSH>30u/dl(10.7%), con mediana de TSH 12.4. Grupo B incluye 49 pacientes, 21 alcanzaron TSH>30u/dl (42.8%) y mediana 27.6. Grupo C: 6 pacientes, 5 con TSH>30u/dl (83.3%) y mediana 57.7. Grupo D incluye 11 pacientes todos alcanzan TSH>30u/dl y mediana 102.45. Las curvas con niveles de TSH medidos en distintos días postoperatorios muestran que el 80% logra TSH>30u/dl antes del día 20, mientras que al día 15 lo hace un 72.3%.

Conclusiones: A 14 días post-tiroidectomía total, 24 pacientes (30%) alcanzan TSH>30u/dl. Cuando se mide TSH entre los 15-21 días vemos que sobre 80% tiene TSH>30u/dl con medianas muy por encima de 30. Las curvas de ascenso de TSH muestran que el 80% de los pacientes alcanzan TSH>30 u/dl antes de 20 días y al día 15 un 72.3%. Por esto es posible acelerar el inicio de radioyodo, evitando el hipotiroidismo posquirúrgico severo y disminuyendo el tiempo de recuperación de los pacientes con cáncer diferenciado de tiroides. Además es factible plantear en pacientes con diagnóstico pre o intra-operatorio de Cáncer Tiroideo iniciar dieta baja en yodo al momento del diagnóstico, disminuyendo aún más el tiempo de inicio de radioyodo.

RUPTURA DE ESÓFAGO TORÁCICO SECUNDARIO A EXPLOSIÓN (BLAST INJURY)

Drs. N. Lasagna¹, R. Lasagna¹, F. Borgherò², A. Clos M.D.³

¹ Hospital Clínico Mutual de Seguridad. ²U. de Los Andes. ³U. of Texas Medical Branch.

Introducción: Las publicaciones recientes relacionadas con lesiones esofágicas coinciden en señalar como las etiologías más frecuentes las iatrogénicas, las espontáneas y la ingestión de cáusticos o de cuerpos extraños. Las traumáticas son mencionadas muy tangencialmente por su escasa incidencia. Las debidas a explosiones son excepcionales. (Blast injury). No habiendo en la Literatura más de diez casos reportados. **Objetivo:** Dar a conocer un caso de lesión esofágica por explosión atendido por nosotros. Lo hemos considerado de interés debido al número creciente de explosiones en la industria, en las casas como consecuencia del mayor uso de balones de gas y en lugares públicos, secundario a atentados con bombas. **Caso Clínico:** Hombre joven, mientras manipulaba manguera de alta presión, esta se suelta recibiendo una onda expansiva mayormente a nivel facial. Ingres a servicio de urgencia taquicárdico, polipneico y desaturando, por lo que su reanimación incluyó pleurostomía bilateral. La salida de alimentos por el drenaje izquierdo determinó su traslado a Mutual Santiago. En pabellón se practicó endoscopia que demostró una lesión mayor de esófago que motivó toracotomía inmediata. Este se extirpó, se realizó un esofagostoma cervical terminal, se cerró el muñón distal y se agregó una yeyunostomía de alimentación en un primer tiempo. En el segundo, cinco días después, se drenó una colección tabicada del hemitórax y en el tercero, luego de seis meses, se practicó ascenso gástrico con anastomosis a nivel cervical. Su evolución en controles repetidos ha sido satisfactoria.

Conclusiones: El estudio de lesiones esofágicas por explosiones es semejante con las debidas a otras etiologías. La radiografía de tórax es fundamental. Cuando es negativa pero la clínica sigue siendo sugerente debe repetirse. La TAC de tórax es de gran sensibilidad. La presencia de signos de sepsis con imágenes negativas determina un esofagograma con bario diluido. La endoscopia tiene escasas indicaciones. La salida de alimento por la pleurostomía permitió que nos derivaran un paciente ya diagnosticado lo que nos facilitó su estudio. La endoscopia se realizó para determinar el tipo de lesión y con ello evaluar el uso de un stent esofágico. En el manejo de lesiones de esófago torácico por este mecanismo, debe existir un alto índice de sospecha, dado el alto riesgo de sepsis, que compromete el pronóstico del paciente. Su tratamiento, al contrario de lo publicado a nivel cervical, debe seguir siendo quirúrgico.

QUEMADURAS ELÉCTRICAS DE ALTA TENSIÓN RELACIONADAS A LA GRAN MINERÍA

Dr. A. Torres A.¹, Dr. P. Leal²

¹ Sub Director Médico de Terreno, Jefe Servicio Urgencia Hospital del Cobre

² Médico Servicio Urgencia Hospital del Cobre

El trauma térmico relacionado a la gran minería en nuestro país es una causa frecuente de morbimortalidad laboral. Estudios previos muestran una frecuencia del 1,5% de todos los accidentes relacionados al rubro minería. Las quemaduras eléctricas de alta tensión, es decir aquellas provocadas por sobre los 1.000 voltios, son un grupo de quemaduras que pueden ser de gran letalidad y que ocasionan importante morbilidad y secuelas, sin embargo poco se conoce de ellas en nuestra realidad nacional relacionada a la gran minería, principal actividad económica del país.

El propósito de este trabajo descriptivo retrospectivo es presentar la epidemiología del trauma térmico por electricidad de alta tensión en la División Codelco Norte en el período 2007 al primer semestre del 2010.

Los datos fueron obtenidos de la revisión de las fichas electrónicas con que cuentan el Hospital del Cobre de todos los accidentes laborales. Los resultados muestran que durante el periodo que se estudia ocurrieron un total de 558 accidentes laborales de trabajadores de Codelco Norte, de los cuales 44 correspondieron a trauma térmico lo que representa un 7,9%. De los distintos tipos de trauma térmico, 7 accidentes (16%) tuvieron como mecanismo de daño electricidad de alta tensión. La edad promedio de los trabajadores accidentados es de 42,5 años con una antigüedad promedio en su área laboral de 12,5 años. La hora promedio del día en que ocurrieron los accidentes es 13:42 hrs. Dentro de los segmentos corporales más comprometidos se encuentran las quemaduras en manos (86%), rostro (14%) y múltiples (57%). De acuerdo a la clasificación actual de profundidad de Benaim, las quemaduras tipo A representaron un 14,4% y las AB y las B un 42,8% respectivamente. En cuanto a extensión de superficie corporal total quemada, el promedio correspondió a un 22% con un rango del 5% al 33%. En cuanto al manejo médico, en un 100% de los casos se indicó la hospitalización del paciente de las cuales un 42,8% requirieron de manejo en Unidad de Cuidados Intensivos. El promedio de estadía hospitalaria fue de 10,14 días. En un 57,1% de los casos se requirió de manejo quirúrgico inicial con un promedio de 2,25 aseos quirúrgicos por paciente, de los procedimientos quirúrgicos; en un 42,8% de los pacientes se realizaron injertos dermo epidérmicos como principal intervención.

En esta serie las complicaciones sistémicas ni tardías, son bajo lo reportado. No hubo mortalidad en esta serie. El tiempo promedio de recuperación fue de 49 días por trabajador accidentado por trauma eléctrico de alta tensión con un rango de 20 a 81 días.

Nuestro estudio muestra una incidencia mayor de trauma térmico general respecto de otros estudios, pero con una baja incidencia en el grupo quemados eléctricos por alta tensión, sin embargo este grupo presenta altos índices de estadías hospitalarias, intervenciones quirúrgicas y días de actividad laboral perdidos por lo que hace que todos los esfuerzos de prevención sean relevantes y se focalicen en grupos de riesgos. Con respecto a otros tipos de trauma térmico, generan unos importantes costos, con lesiones por lo general de mayor profundidad y extensión, como es lo reportado. No existen muchos estudios o reportes en la literatura con experiencias en este tipo de lesiones.

TRAUMA TÉRMICO EN TRABAJADORES DE LA GRAN MINERÍA

Dr. A. Torres A.¹, Dr. P. Leal², Int. N. Contreras³, Int. M. Michea³

¹ Sub Director Médico de Terreno, Jefe Servicio Urgencia Hospital del Cobre

² Médico Servicio Urgencia Hospital del Cobre

³ Internas de Medicina Universidad de Antofagasta.

Los accidentes laborales representan una causa importante de morbi-mortalidad, ausentismo laboral y pérdidas económicas para el país. Estudios previos muestran una frecuencia de trauma térmico del 1,5% de todos los accidentes relacionados al rubro minería, afectando principalmente al grupo de edad entre los 20 y 40 años.

El objetivo de nuestro trabajo descriptivo retrospectivo, es presentar la epidemiología del trauma térmico en la División Codelco Norte desde el año 2002 hasta el primer semestre del año 2010. Los datos fueron obtenidos de la revisión de las fichas electrónicas con que cuenta el Hospital del Cobre de todos los accidentes laborales ocurridos en este periodo. Los resultados muestran un total de 3477 accidentes laborales registrados en el periodo de estudio. El trauma por quemadura representa un 7% del total de accidentes laborales con un número de 243 trabajadores lesionados por esta causa. El promedio de edad de los trabajadores fue 41,05 años con una antigüedad promedio en su puesto de trabajo de 12 años. Respecto del mecanismo de la lesión, el principal es debido a quemaduras por metal caliente, principalmente cobre fundido, con un 34% de los casos, le siguen las quemaduras químicas (28%), por escaldadura (14%), por fuego (13%) y las eléctricas (10%). Dentro de los segmentos corporales lesionados, los más afectados son cabeza y cuello (42%), extremidades inferiores (19%), extremidades superiores (18%), tronco (11%) y múltiples (10%). De acuerdo a la clasificación de Benaim para profundidad de la quemadura, en el 51% de los casos se tratan de quemaduras tipo A, en el 38% de tipo AB y en el 11% tipo B. La superficie corporal total

quemada fue en promedio de un 7% con rangos de menor de 1% hasta 16%. En un 36% de los casos se requirió de reposo lo que representó un total de 2241 días de tiempo perdido, en promedio 25 días por cada trabajador lesionado por este tipo de lesión. En la industria de la gran minería existe un importante número de quemaduras asociado al tipo de faena desarrollada, éstas habitualmente son más severas en cuanto a profundidad y extensión, reportando un importante número de días de licencias, con costos asociados no menores, sin embargo, la incidencia de complicaciones es menor a lo reportado en la literatura americana. Existió un bajo % de complicaciones infecciosas en esta serie, asociado quizás a las propiedades bactericidas del cobre, no obstante se requieren de mayores estudios para establecer esta relación.

ESOFAGOGASTRECTOMIA DE URGENCIA POR INGESTA DE CAUSTICO, REPORTE DE UN CASO.

Drs. W. Medina¹, B. Gil², C. Derosas², M. Morán³, P. Cortés⁴, G. Thonet⁵, R. Zuleta⁶, R. Bahamondes⁴.

1. Jefe Turno VI Servicio de Urgencias 2. Residentes de Cirugía Universidad de Santiago de Chile 3. Cirujano Endoscopista, Servicio de Endoscopia, 4. Cirujano Servicio de Urgencias 5. Subjefe Servicio de Cirugía, Equipo Coloproctología 6. Jefe Equipo de Cirugía de Tórax. Complejo Hospitalario San José.

Introducción: La ingesta de cáusticos, tanto ácidos como álcalis, en forma voluntaria como intento de autoeliminación o en forma accidental es un motivo de ingreso hospitalario de poca frecuencia en nuestro servicio de urgencia, pudiendo originar una gran diversidad de lesiones del tubo digestivo. La gravedad de las lesiones depende de la naturaleza y concentración del cáustico, cantidad ingerida, tiempo de exposición, estado de repleción gástrica y capacidad de emitir vapores. La endoscopia digestiva alta (EDA) precoz es una técnica segura que desempeña un papel fundamental, tanto en el diagnóstico, mostrando la intensidad de las lesiones, como en el establecimiento del pronóstico y actitud terapéutica inmediata. El tratamiento puede ser conservador y en los casos graves requiere el conocimiento por parte de los cirujanos de urgencias de diferentes técnicas quirúrgicas.

Presentación del Caso: Se presenta caso clínico de un paciente de 42 años, con antecedentes de depresión en tratamiento que es derivado al servicio de urgencia tras haber ingerido ácido muriático presentando vómitos de aspecto blanquecino y restos mucosos, se realizó EDA demostrando necrosis gástrica y esofágica. Por lo que se decide realizar laparotomía exploradora, encontrando múltiples perforaciones puntiformes en estomago proximal y liquido turbio purulento en la transcavidad de los epiplones. Se realiza esofagogastrectomía transhiatal, esofagostoma cervical, cierre de muñón duodenal, yeyunostomía de alimentación y drenajes.

Paciente evoluciona en forma satisfactoria siendo dado de alta al 9 día de hospitalización realizando controles posteriores en policlínico hasta la programación de cirugía sustitución esofágica, realizándose esofagocoloplastia con colon izquierdo que en el posoperatorio evoluciona en forma favorable con 2 dilataciones por estenosis de la anastomosis esofagocolonica actualmente con régimen oral pleno además de apoyo psiquiátrico óptimo.

Discusión: La resección esofagogástrica por ingesta de cáusticos es una decisión difícil dado a que la EDA no nos muestra el real compromiso de las paredes del tubo digestivo, ante la sospecha de necrosis transmural y riesgo inminente de perforación esofágica, como en este caso la indicación se hace imperativa para evitar las complicaciones sépticas agudas que generan alta morbimortalidad como también las complicaciones subagudas y crónicas como son las estenosis y el cáncer de esófago, cuyo riesgo aumenta en 1000 veces transcurridos 15-20 años de ingerido el caustico.

RETORACOTOMÍA PRECOZ POR HERIDA PENETRANTE CARDÍACA. REPORTE DE UN CASO.

Drs. Manuel Grez I. y Mario Castillo M. Alumno Francisco Vera O.
Hospital Base de Curicó, Chile

Introducción: La herida penetrante torácica ha estado presente a lo largo de la historia. En el año 1883 el Dr. Billroth consideraba imposible el intento de operar para intentar repararla y el año 1896 el Dr. Rehn, posterior a una cardiografía exitosa reportó su éxito y la posibilidad así de corregir este tipo de patología. Desde entonces diferentes estudios han comunicado su casuística en cuanto a la incidencia, características de esta lesión y su morbimortalidad, siendo esta patología la que desafía especialmente la capacidad resolutoria de la Unidad de Emergencia y de los cirujanos y equipo de médicos tratantes que intentan resolverla.

Objetivo: Presentar un caso clínico con herida penetrante cardíaca que fue resuelta en nuestra Unidad de Emergencia, recordando la indicación quirúrgica de urgencia que este cuadro clínico suele tener y el motivo de su reintervención precoz. Material y métodos: Paciente de sexo masculino de 36 años de edad con antecedentes de esquizofrenia, epilepsia y alcoholismo que ingresa a la Unidad de Emergencia de un sector rural en estado de ebriedad, convulsionando, con herida penetrante torácica y hemotórax con sospecha de herida penetrante cardíaca. Se constata en pabellón herida en quinto espacio intercostal izquierdo, sin confirmar penetración a cavidad pleural solicitándose Rx. de tórax que salió normal. Por persistir hipotenso, tres horas después se decide realizar toracotomía izquierda de urgencia, procediendo a drenar hemotórax y suturar herida cortante en el pericardio anterior, sin pesquisar lesión miocárdica. Cuatro horas posteriores a la primera toracotomía el paciente

evoluciona con signos clínicos de un taponamiento pericárdico lo que obliga a una nueva reintervención logrando descomprimir y drenar hematoma pericárdico y suturar herida ventricular. Evolucionando en su post operatorio con una insuficiencia renal aguda corregida con diálisis, dándose de alta en buenas condiciones. Resultados: Este paciente presentaba una lesión cardíaca provocada por arma blanca y en el ventrículo derecho, lo que es más frecuente según la literatura. La herida presente en la región precordial izquierda acompañada de hipotensión le daba una indicación quirúrgica inmediata. El estudio radiológico de tórax en esas condiciones, además de ser de bajo rendimiento y sensibilidad, puede retardar su indicación quirúrgica.

Lesiones penetrantes del miocardio pueden pasar desapercibidas lo que requiere de un alto grado de sospecha y una búsqueda dirigida de ellas. La tríada de Beck, es decir, distensión venosa cervical, ruidos cardíacos atenuados e hipotensión, así como el signo de Kussmaul o distensión paradójica de las venas yugulares en inspiración pueden estar presentes en el taponamiento cardíaco, los que indican signos de complicación postoperatoria que debieran valorizarse precozmente para indicar su reintervención.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR, EN TRAUMATISMOS ARTERIALES DE DIFÍCIL ACCESO QUIRÚRGICO.

Drs. Juan Bombin, Alejandro Kotlik, Mónica Jiménez, Gabriel Seguel, Iver Zegarra.
Servicio de Cirugía. Hospital Dr. Eduardo Pereira. Valparaíso.
Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Valparaíso.

Introducción. Las lesiones traumáticas arteriales periféricas representan un peligro de mortalidad y pérdida de la extremidad afectada. La reparación quirúrgica clásica en algunas localizaciones de difícil acceso implica además una cirugía de gran envergadura, prolongada, con grandes incisiones y posibilidad de morbimortalidad relacionada al procedimiento. El tratamiento endovascular ha sido usado como una alternativa de reparación en estos casos.

Casos clínicos. Comunicamos tres casos de lesiones traumáticas arteriales, dos pseudoaneurismas y una fístula arteriovenosa. Un paciente de 81 años presentó un gran pseudoaneurisma de la arteria poplítea proximal luego de un traumatismo cerrado, un joven de 21 años presentó un pseudoaneurisma de la arteria subclavia distal por herida de bala y otro paciente de 36 años presentó una gran fístula arteriovenosa de los vasos ilíacos comunes por herida de bala. El paciente anciano tenía importantes comorbilidades y los dos jóvenes tenían severas lesiones traumáticas asociadas. Todos fueron tratados mediante la colocación de una endoprótesis cubierta por vía femoral cubriendo el daño arterial y manteniendo la circulación en la extremidad afectada. No hubo mortalidad o complicaciones asociadas al procedimiento.

Conclusión. El tratamiento endovascular constituye actualmente la primera opción terapéutica para estos traumatismos arteriales ubicados en lugares de difícil acceso quirúrgico.

Seccional: JORNADA DE RESIDENTES

REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES: ¿TIENEN RELACIÓN CON LA PERTINENCIA EN LA INDICACIÓN DE LA TRANSFUSIÓN?

Drs. M. Salazar, A. Jadue, M. Duhalde, S. Valdes
Departamento de Cirugía Universidad de Chile. Banco de Sangre Clínica Las Condes. Unidad de Paciente Crítico de Clínica Las Condes. Santiago. Chile.

Introducción: La transfusión de hemoderivados, con el objetivo de reemplazar pérdida de funciones sanguíneas, no está exenta de complicaciones, las que se presentan en el 2 – 3 % de las transfusiones. **Objetivo:** Conocer la incidencia de reacciones adversas a transfusiones y su asociación con la pertinencia en la indicación.

Material y Método: Pacientes ingresados a la Unidad de Paciente Crítico de CLC entre septiembre del 2007 y septiembre del 2008. Se realizó la revisión de los registros de transfusiones del Banco de Sangre, identificándose las solicitudes de transfusión generadas en la UPC que, se separó a los que habían presentado reacciones adversas a la transfusión; en estos se revisó la ficha clínica, para extraer variables como el sexo, edad, diagnóstico de ingreso, indicación de hemoderivado (laboratorio y clínico), hemoderivado utilizado, reacción adversa presentada. Se analizó la pertinencia de la indicación de transfusión en base a las Guías transfusionales 2008 de Banco de Sangre de CLC.

Resultados: De un total de 440 ingresos, 123 fueron transfundidos, presentando reacciones adversas a la transfusión 23 pacientes, con una incidencia del 5,2%. Siendo más frecuentes en los hombre ($p=0,20$), con una tendencia a mayor número de reacciones cuando se realizó poli transfusiones ($p=0,071$). El hemoderivado que mas reacciones presentó fue la transfusión con glóbulos rojos. En el grupo que presentó reacciones adversas se encontró un 76% de pertinencia en la indicación. Las reacciones adversas se asociaron a una pertinencia del 76% en la indicación del hemoderivado, pero si se encontró un mayor número de reacciones a mayor número de unidades transfundidas ($p=0,0071$)

Conclusiones: No se encontró asociación entre al no pertinencia en la indicación de transfusión y la aparición de reacciones adversas, pero si, que a mayor número de unidades transfundidas, hay mas reacciones adversas.

CARACTERIZACIÓN DE LAS COLECISTECTOMÍAS REALIZADAS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSÉ, ESTUDIO DE 8 AÑOS.

Dr. C. Derosas¹, J. Azolas², J. Bravo², P. González², W. Medina³, B. Gil³

¹Residentes de Cirugía, ²Internos de Medicina,

Universidad de Santiago de Chile, ³Cirujano Equipo Cirugía General, Complejo Hospitalario San José

Introducción: La patología de la vesícula biliar en nuestro país es un problema epidemiológico de suma importancia dado principalmente por su alta prevalencia, así como también la mortalidad por cáncer. Es por esto que el presente estudio propone caracterizar esta enfermedad en nuestro centro en un periodo de 8 años.

Métodos: Se revisaron retrospectivamente todas las biopsias de vesícula biliar analizadas en el servicio de anatomía patológica del Complejo Hospitalario San José desde enero de 2002 a junio de 2010 inclusive. Además se revisó la mortalidad atribuible al cáncer de vesícula en el Registro Civil de Identificación a julio de 2010. Se analizaron múltiples variables demográficas. Se aplicaron test de ANOVA para las variables continuas y Chi cuadrado para las tablas de contingencia. Las curvas de sobrevivencia mediante el método de Kaplan-Meier y fueron comparadas con el test de log-rank. Se definió como valor estadísticamente significativo a una $p < 0,05$. Análisis en SPSS 13.0.

Resultados: Se analizaron 7325 biopsias, de estas el 76,4% fueron mujeres. La media de edad es de $47,59 \pm 15,5$ años ($45,5 \pm 15$ para las mujeres y $53,9 \pm 15$ hombres ($p < 0,001$)). El 91,4% presentó colecistitis crónica, el 6,4% patología preneoplásica y el 2,3% cáncer de vesícula biliar (2,4% de las mujeres y 1,9% de los hombres ($p = 0,190$)). Del grupo de pacientes con cáncer 78,8% fueron mujeres, la edad media fue de $60,6 \pm 11,8$ años. La mortalidad acumulada a 5 años para el total de los pacientes fue de 64,4% ($p > 0,001$). La mortalidad acumulada ajustada por sexo es de 64,5% para el grupo femenino y de 63% para los hombres ($P = 0,735$)

Discusión: El presente estudio presenta la realidad del complejo hospitalario San José en relación a las colecistectomías, de lo cual se puede desprender de que es una patología de predominio femenino, las lesiones preneoplásicas presentan una incidencia de 6,4%, y el cáncer de vesícula presenta una incidencia de 2,3%, con una mediana de edad de 60 años, con una mortalidad acumulada a 5 años de 64,4%, sin demostrarse diferencias significativas en relación a la prevalencia ni mortalidad según sexo.

LESIÓN CÁUSTICA DIGESTIVA POR INGESTIÓN DE ÁCIDOS: PRESENTACION, MANEJO Y COMPLICACIONES.

Drs. I. Obaid¹, D. Barros¹, J.P. Hurtado², O. Orellana¹
1. Medico Becado Universidad de Chile, Servicio de Cirugía Hospital San Juan de Dios; 2. Capacitante Servicio de Cirugía Hospital San Juan de Dios.

Introducción: La lesión cáustica digestiva alta por ácidos (LCDA) es una patología poco frecuente, grave, de mortalidad variable y gran morbilidad.

Se debe a ingestiones accidentales más frecuentes en niños- o voluntarias en el contexto de un intento suicida. La cantidad y agresividad de la sustancia ácida ingerida determinan el pronóstico vital inmediato al comprometer la vía aérea o produciendoperforación digestiva. A mediano plazo aparecen lesiones estenosantes y cáncer. El manejo multidisciplinario es esencial e incluye el soporte nutricional y psicológico. Presentamos 2 casos con resultados disimiles.

Caso 1: Masculino, 53 años con depresión mayor; ingiere 200ml de ácido muriático presentando lesiones endoscópicas grado 5 (día 1). Evoluciona con neumonía espirativa, derrame pleural y sépsis. Se descarta conducta quirúrgica inicial. TAC tóraco-abdominal (día 10) descarta mediastinitis y perforación digestiva. Se maneja en UTI con nutrición parenteral, antibióticos, IBP, hidratación y analgésicos. El día 11 presenta hematemesis masiva, shock hipovolemico y muerte brusca. Necropsia: perforación esófago-gástrica y lesión arterial.

Caso 2: Masculino, 41 años con depresión mayor, poli adicción y etilismo; ingiere 100 ml de ácido sulfúrico presentando lesiones endoscópicas grado 5 (día 4). Evoluciona con neumonía aspirativa y sepsis nosocomial. Se descarta conducta quirúrgica inicial. TAC tóraco-abdominal (día 20) descarta mediastinitis y perforación digestiva; hay severa estenosis esofágica cicatricial endoscópica. Se maneja en UTI con nutrición parenteral, antibióticos, IBP, hidratación, analgésicos, aislándose en hemocultivo *Cándida Albicans* e iniciando Fluconazol e.v. Actualmente en día 45 de hospitalización con buenas condiciones generales, en plan de yeyunostomía y dilatación esofágica endoscópica.

Discusión: el pronostico de la LCDA es variable. Necesita de un manejo integral por cirugía, medicina intensiva, nutrición y psicólogo. La endoscopia digestiva sirve para e diagnóstico de severidad, como también para el manejo de lesiones estenosantes cicatriciales. La perforación, infección y hemorragia son complicaciones graves, y la mayoría de las veces mortales.

“PERFORACIÓN NO TRAUMÁTICA DE VÍA BILIAR INTRA HEPÁTICA EN ADULTO: REPORTE DE UN CASO”.

Dra. J. Palet⁽¹⁾, Dr. A. Muñoz⁽¹⁾, Dr. J. Justiniano⁽²⁾, Dr. M. Bustamante⁽²⁾.

⁽¹⁾Residente Cirugía, Hospital del Salvador, Universidad de Chile. ⁽²⁾Departamento Digestivo Alto, Servicio de Cirugía, Hospital del Salvador.

Introducción: La perforación no traumática de la vía biliar (VB), se describe como una ruptura espontánea, secundaria a obstrucción. Se observa en niños y en la VB extrahepática, se manifiesta como abdomen agudo, diagnosticándose en el intraoperatorio. Se han descrito casos excepcionales en la VB intrahepática en adultos, la mayoría en el lóbulo hepático izquierdo.

Objetivo: presentación caso clínico de perforación espontánea de la VB intrahepática, su manejo, evolución y revisión de la literatura.

Caso clínico: Paciente sexo masculino, 75 años, con antecedentes de HTA. Ingresó en el Servicio de Urgencia, por 2 semanas de dolor abdominal con el diagnóstico de Ictericia Obstruictiva y Colangitis. Al examen se encuentra afebril y con ictericia, abdomen sensible difusamente, Blumberg(-). Se realizan exámenes: GB 7460, PCR 177, BT 9.9, BD 7.8, FA 340, GGTP 40%, Amilasa/lipasa normal. TAC Abdomen-Pelvis: VB intra y extrahepática normal, vesícula alitiásica y escaso líquido libre perihepático, Ecografía abdominal: VB dilatada, colelitiasis, escaso líquido libre perihepático. A las 48 hrs de tratamiento antibiótico, evoluciona con signos de irritación peritoneal, PCR 280, GB 8020, se realiza laparotomía exploradora, se observa biliperitoneo en relación con lóbulo hepático izquierdo y vesícula escleroatrófica, se explora VB dando salida a abundante bilipus, al irrigar se observan 2 perforaciones puntiformes en lóbulo hepático izquierdo por donde emerge el Suero Fisiológico. Se coloca sonda T, puntos en cruz en ambas perforaciones hepáticas y un drenaje suprahepático. En el postoperatorio evoluciona favorablemente, pero con flujos elevados por sonda T. El 7° día se realiza colangiografía por sonda T, se confirma coledocolitiasis residual, que se maneja con ERCP y es dado de alta a los 26 días. En el control ambulatorio se confirma biopsia diferida: vesícula biliar sin cálculos. Colecistitis crónica inespecífica. Conclusiones: La perforación espontánea de la VB es una entidad rara, con publicaciones excepcionales de casos clínicos. Se presenta de predominio en la VB extrahepática y en pacientes con obstrucción de la VB, el manejo consiste en el drenaje quirúrgico y resolución de la causa obstruictiva. Se presenta un caso clínico de perforación espontánea de VB intrahepática asociado a coledocolitiasis, que se diagnóstica en intraoperatorio y se maneja quirúrgicamente de forma favorable.

“LINFOMA PLASMABLASTICO ANAL SIMULANDO UN ABSCESO PERIANAL. REPORTE DE UN CASO”

Dra. J. Palet⁽¹⁾, Dr. L. Tapia⁽¹⁾, Dr. E. Melkonian⁽²⁾, Dr. P. Opazo⁽²⁾, Dr. M. Rodríguez⁽²⁾, Dr. D. Contreras⁽²⁾, Dr. A. Readt⁽²⁾.

⁽¹⁾Residente de cirugía, universidad de Chile. ⁽²⁾equipo de cirugía digestivo bajo, servicio de cirugía, hospital del salvador.

Introducción: El Linfoma Plasmablastico (LP) es un subtipo agresivo de los Linfomas No Hodgkin (LNH), poco frecuente y asociado casi exclusivamente a la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Su localización más frecuente es la cavidad oral y se han reportado anecdóticamente ubicaciones extraorales (senos paranasales, faringe, estomago, pulmón, tejidos blandos y canal anal).

Objetivos: Presentación de un caso clínico de Linfoma Plasmablastico anal sintomáticos en un paciente VIH (+); su forma de presentación, cuadro clínico, tratamiento y revisión de la literatura. **Caso Clínico:** Paciente de 39 años, sexo masculino, sin antecedentes mórbidos conocidos. Consulta en el Servicio de Urgencia del Hospital Salvador por aumento de volumen perianal y dolor de 2 semanas

de evolución asociado a supuración hace 2 días, diagnosticándose un absceso perianal. Durante la exploración con anestesia se evidencia consistencia leñosa y ausencia de pus. Se completa estudio con parámetros inflamatorios (GB 6.900 K/ul) y TAC de abdomen y pelvis que evidencia tumor anal. Se toma biopsia, VIH y VDRL y se da de alta. A los 30 días se controla de manera ambulatoria con biopsia: Hallazgos histológicos compatibles con compromiso rectal por LNH de alto grado, Inmunohistoquímica: CD 79a (+) y CD20 (-), compatible con Linfoma Plasmablasto. Se presenta a comité oncológico para derivación a hematología para su tratamiento y se confirma VIH (+), por lo que inicia triterapia. Conclusiones: El linfoma Plasmablasto es una variedad infrecuente de LNH, que se asocia a la infección por VIH y se trata con quimioterapia. Su ubicación más común es en la cavidad oral. Se han reportado cerca de 30 casos de localizaciones extraorales en la literatura. Se presenta el caso de un varón de 39 años, en que se sospechó y diagnosticó un linfoma de ubicación e histología atípica (LP anal) y VIH (+) retrospectivamente, ante una presentación atípica de un absceso perianal y los hallazgos a la exploración del paciente.

TÉCNICA DE CIERRE CON ELÁSTICOS EN DESFORRAMIENTO DE EXTREMIDAD INFERIOR: REPORTE DE UN CASO”.

Dra. j. palet⁽¹⁾, dr. r. julio⁽²⁾.

⁽¹⁾ residente de cirugía, universidad de chile. ⁽²⁾ departamento vascular periférico. servicio de cirugía. hospital del salvador.

Introducción: Se ha descrito en el cierre de las fasciotomías de extremidades inferiores la denominada “shoelace technique” por su semejanza al disponer elásticos vasculares como los cordones en los zapatos, fue descrita por Harris en 1935. Dado que esta técnica no es ampliamente conocida en nuestro medio, su uso en fasciotomías es anecdótico y no ha sido descrita ni utilizada en otro tipo de heridas.

Objetivo: describir caso clínico de herida por desforramiento de extremidad inferior manejada con cierre elasticado, su evolución y revisión literatura. **Caso clínico:** mujer de 17 años, sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos conocidos. Ingresó al Servicio de Urgencia del Hospital Salvador por sufrir atropello por bus del transporte público. Se descartan fracturas con Scanner y de confirmación diagnóstica de contusión en muslo izquierdo y desforramiento en extremidad inferior derecha de aproximado 30cm de longitud sin compromiso muscular. Se realiza el día 1 aseo quirúrgico, desbridamiento y curación plana. A las 48 hrs se realiza 2° aseo quirúrgico y se inicia cierre elasticado, se colocan corchetes metálicos por los bordes de la herida y se colocan elásticos vasculares enhebrados como cordón de zapato a lo largo y se anudan en los extremos para ajustar la tensión. Se prosigue con curaciones avanzadas y ajuste de elásticos cada 48 hrs. A los 15 días es evaluado por Cirujano Plástico externo

al hospital, quien indica mantener curaciones e injerto dermoepidérmico, por tratarse de una zona de flexión, a programar próximamente. Evoluciona en las semanas siguientes con afrontamiento completo de los bordes de la herida, logrando un cierre primario, evitando así la necesidad de realizar un injerto. Es dada de alta a los 25 días con la herida cerrada para iniciar rehabilitación motora. Conclusiones: la técnica del cierre con elásticos vasculares se encuentra descrita y validada ampliamente en la literatura en pacientes que han requerido fasciotomía, no se ha descrito en lesiones por desforramiento de extremidades inferiores, pero se puede observar que los principios son los mismos, logrando así disminuir el tamaño de la herida y un cierre primario, además de reducir el impacto económico y estético en el paciente.

ENTRENAMIENTO MICROQUIRÚRGICO BÁSICO PARA REALIZAR UN MODELO DE TRASPLANTE DE TEJIDOS COMPUESTOS.

Drs. A. Ramírez¹, R. Contreras², J. Cartes³, C. Martínez⁴, V. Alvarado⁵, M. Iruretagoyena⁴ J. Martínez⁶.

¹ Residente de Cirugía General. ² Sección de Cirugía Plástica. ³ Laboratorio de Cirugía Experimental, Centro de Investigaciones Médicas, División de Cirugía. ⁴ Departamento de Reumatología. ⁵ Programa de Trasplantes, Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina, P. Universidad Católica de Chile.

Introducción: El trasplante de extremidad posterior de la rata es un modelo microquirúrgico complejo de trasplante de tejidos compuestos (TTC). Previo a la ejecución de nuestra serie de trasplantes, se realizó un entrenamiento microquirúrgico básico. **Objetivo:** Comunicar las etapas de entrenamiento para adquirir las habilidades y destrezas básicas para realizar un modelo microquirúrgico de TTC. **Materiales y Métodos:** El programa de entrenamiento se realizó en dos etapas. En una primera etapa en laboratorio en seco, se comenzó con el estudio de videos de microcirugía, seguido de la práctica de destrezas microquirúrgicas básicas bajo la guía tutorial de un microcirujano experimentado. En la segunda etapa se realizó entrenamiento in vivo utilizándose 13 ratas Lewis de 200-400g. Como anestésico se utilizó una mezcla de ketamina (70 mg/Kg) + xilazina (3 mg/Kg), intraperitoneal. Para estos ejercicios se utilizó un microscopio binocular, con poder de aumento hasta 5 X.

Resultados: Primera etapa: se practicaron 300 puntos simples más anudados con Nylon 11-0; 200 puntos simples más anudados con Nylon 10-0; 20 suturas corridas con Nylon 10-0 y 20 ligaduras simples con Nylon 9-0. Segunda etapa: en 3 ratas se realizaron 6 disecciones microquirúrgicas de extremidad posterior. Durante esta etapa se adquirieron destrezas básicas de disección y se reconocieron las estructuras anatómicas fundamentales para realizar el trasplante: disección de vasos femorales, disección de nervio ciático, reconocimiento de los grupos musculares y del fémur. En los otros 10 animales se practicaron: (1) Diez anastomosis término-terminal de arteria femoral con sutura interrumpida de Nylon 10-0.

En 5 de éstas, se realizó la técnica de pared anterior y pared posterior y en 5 la técnica de triangulación. La permeabilidad inmediata fue de un 100%. (2) Diez anastómosis termino-terminal de vena femoral con sutura interrumpida de Nylon 10-0, con técnica de triangulación. En este grupo se observó una trombosis en el sitio de anastómosis, logrando permeabilidad en el 90%. Todas estas anastómosis se realizaron bajo irrigación con solución de heparina (100 U/ml). (3) Seis neurorrafias termino-terminal de nervio ciático con puntos de Nylon 10.0. (4) Cuatro osteosíntesis de fémur con aguja 21g y cerclaje con alambre.

Conclusión: Una estrategia de entrenamiento por etapas, bajo guía tutorial, es una forma factible de entrenamiento de microcirugía básica. De esta forma se pueden adquirir las destrezas básicas para realizar microcirugía experimental. La adquisición de estas habilidades permite obtener una aceptable permeabilidad anastomótica, paso crítico para la sobrevida de estos implantes.

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA AMBULATORIA EN EL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL VALDIVIA: A TRES AÑOS DE SU IMPLEMENTACIÓN, EXPERIENCIA DE CIRUJANOS Y RESIDENTES EN 278 PACIENTES.

Drs. F. Silva, D. Bustos, P. Álvarez, F. Imigo, J. Lavanderos, G. Martínez, E. Castillo, E. Celedón, C. Fontáche, W. Guzmán, J. Gómez.

Instituto de Cirugía. Facultad Medicina. Universidad Austral de Chile. Subdepartamento de Cirugía. Hospital Clínico Regional Valdivia

Introducción: La colecistectomía laparoscópica (CL) representa la técnica de elección para la resolución de la patología litiasica vesicular en nuestro país y la colecistectomía laparoscópica ambulatoria (CLA) ha demostrado ser un procedimiento seguro y con buena relación costo efectividad. En marzo del 2007 comenzó en Valdivia el programa de CLA interviniéndose, hasta la fecha, a más de 278 pacientes seleccionados. Objetivo: Evaluar la factibilidad y resultados del programa de CLA en un centro formador de cirujanos. Material y métodos: Se realizó estudio descriptivo de corte transversal censal evaluando 278 pacientes sometidos a CLA entre diciembre del 2007 y mayo del 2010, seleccionados según: edad menor a 60 años, ASA I-II, sin sospecha de coledocolitiasis, sin cirugías abdominales altas y con IMC < 40. Se utilizó Epi Info 2002 y Epi Dat 3.0. Resultados: La edad promedio registrada fue de 39 años ($\pm 10,67$); 241 pacientes corresponden al género femenino (86,7%). El 61,5% de ellos presentó algún grado de dificultad intraoperatoria como: adherencias (39,9%), anatomía difícil (3,2%) o rotura de vesícula (18,3%), reportándose complicaciones intraoperatorias en cuatro pacientes (1,4%): dos lesiones de vía biliar, una requirió conversión (0,4%); y dos casos en que no se pudo encontrar el conducto cístico indicándose drenaje tubular; uno requirió laparotomía al tercer día. Estos cuatro pacientes requirieron ampliación

de su hospitalización (3,8 días promedio), mientras el 98,6% restante fue dado de alta el mismo día. No hubo mortalidad en la serie. 162 CLA (58,3%) fueron operadas por cirujano miembro del staff hospitalario y 116 (41,7%) por médico residente de cirugía general. El tiempo operatoria fue de 64,5 minutos promedio en el grupo de staff, con un 1,85% de complicaciones y de 65,6 minutos en los residentes (0,86% complicación). Sin significancia estadística para tiempo ni complicaciones ($p > 0,05$). Conclusión: La CLA, en pacientes seleccionados, es una intervención segura y factible de realizar, con muy baja morbilidad asociada al procedimiento, disminuyendo los días de hospitalización y sus costos, en relación al tratamiento quirúrgico de la coledocolitiasis. Además permite la segura instrucción del cirujano en formación.

MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA (ECMO) EN PACIENTE CRÍTICO ADULTO. EXPERIENCIA DE DOS AÑOS EN UN CENTRO DE REFERENCIA.

Drs. A. Jadue¹, M. Salazar¹, S. Valdés²

¹ Residente de Cirugía General, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

² Jefe de Unidad de Cuidados Intensivos. Clínica Las Condes

Introducción: La Oxigenación con Membrana Extracorpórea (ECMO) es un modo de soporte vital utilizada en falla respiratoria y/o cardiaca grave, reversible, donde existe alto riesgo de letalidad a pesar de manejo óptimo convencional. Los reportes nacionales sobre ECMO son escasos. A partir de 2006 se implementó en esta institución un protocolo de trabajo y se instauró un equipo multidisciplinario para el manejo de pacientes en ECMO. Objetivo: presentar la experiencia clínica de los pacientes que recibieron apoyo con ECMO, su razón y modo de conexión, complicaciones durante el soporte y analizar su sobrevida.

Materiales y Métodos: Se realizó una revisión de los registros clínicos de los pacientes que requirieron ECMO entre septiembre de 2006 y septiembre de 2008. La recolección de datos se llevó a cabo completando el protocolo diseñado por la ELSO (ELSO Registry Form Versión 2.00)

Resultados: Catorce pacientes requirieron soporte extracorpóreo con membrana de oxigenación. La puntuación de APACHE II promedio al ingreso fue de $21,7 \pm 3,9$. Los 14 pacientes estuvieron un total de 100 días en ECMO. Ocho pacientes ingresaron a ECMO por causa pulmonar, 5 por causa cardiaca y un paciente ingresó en reanimación cardiopulmonar extracorpórea. Cinco pacientes fueron conectados en modo veno-venoso, 5 en modo veno-arterial y 4 en modo veno-arterio-venoso (VAV) La sobrevida al día post conexión fue de 92,8%, al día 7 fue de 85,7% y al día 30 fue de 55,1%. De los 14 pacientes conectados a ECMO 10 pacientes fueron desconectados vivos.

Conclusiones: El ECMO es una alternativa de soporte en pacientes con falla respiratoria o shock cardiogénico refractario a manejo convencional. La

causa más frecuente de conexión fue por falla pulmonar. La letalidad es alta determinada por la gravedad de los pacientes.

REPARACIÓN ELECTIVA EN PACIENTES CON ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL. CIRUGÍA ABIERTA VERSUS ENDOVASCULAR. UN METANÁLISIS DE ESTUDIOS CONTROLADOS

A Jadue¹, M Salazar¹, C Maldonado², D Montalvo¹, J Parra³, F Ibañez³

¹ Residente de Cirugía General. Universidad de Chile

² Estada de Capacitación. Universidad de Chile

³ Servicio de Cirugía Vascular, Hospital del Salvador

Introducción: El Aneurisma de Aorta Abdominal (AAA) es una enfermedad frecuente, potencialmente letal, y su prevalencia sigue en aumento. El tratamiento quirúrgico ofrece la única oportunidad curativa. El abordaje endovascular es una alternativa menos invasiva pero presenta complicaciones a largo plazo por lo que el tratamiento de elección en AAA aún es controversial.

Objetivo: Comparar la mortalidad perioperatoria, sobrevida alejada, necesidad de reintervenciones en pacientes sometidos a reparación electivas de AAA por vía abierta y endovascular

Métodos: Se realizó una búsqueda en Medline y se seleccionaron los estudios controlados aleatorios, que comparasen reparación abierta y endovascular en cirugía electiva de AAA. Se utilizó el programa Revman 5 para calcular los riesgos. Se consideró significativo un $p < 0,05$

Resultados: Se encontraron 3 estudios que cumplieron los criterios de inclusión (DREAM, EVAR-1, OVER), incluyendo 2308 pacientes. 1150 (49,8%) pacientes fueron sometidos a reparación abierta y 1158 (50,2%) a reparación endovascular. La mortalidad perioperatoria fue de 1,12% y de 4,0% respectivamente (OR 0,27; IC95% 0,15-0,51). La mortalidad precoz (<2 años) fue de 6,19% y de 8,54% (OR 0,71; IC95% 0,52-0,96). La mortalidad alejada (>5 años) fue de 25,89% y 25,51% (OR 1,03; IC95% 0,8 - 1,32). La necesidad de reintervención fue 14,21% para el grupo endovascular y 7,78% para el grupo abierto (OR 2,0; IC95% 1,52 - 2,63)

Conclusión: La reparación endovascular de las AAA se asocia a una menor mortalidad postoperatoria inmediata, sin embargo, este beneficio se pierde en el seguimiento a largo plazo. Los pacientes reparados por vía endovascular presentan una mayor tasa reintervenciones por complicaciones protésicas.

CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA EN PERIODO DE CATASTROFE. ANALISIS DE RESULTADOS A 120 DIAS DEL TERREMOTO EN CONCEPCION

Drs. V. Ortiz, C. Salas, F Figueroa, H. Molina, R. Funke, R. Durán.

Enf: C. Alegria, Als. D. Arévalo, D. Barra, P. Galindo, C. Fernández.

Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Regional de Concepción.

Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina Universidad de Concepción

Introducción. La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en el Hospital Clínico Regional de Concepción (HCRC) ha demostrado ser una opción segura para la resolución de patología quirúrgica prevalente de la población de Concepción, ofreciendo a los usuarios externos realizar recuperación en su entorno familiar, con bajo riesgo de complicaciones y asesorado por profesionales capacitados. Revisamos nuestra experiencia a 120 días del terremoto del 27 de Febrero (T27F) de 2010 y ante la drástica reducción del número de camas hospitalarias y pabellones quirúrgicos. Revisamos nuestra experiencia a 120 días del T27F.

Material Y Metodos. Estudio prospectivo, descriptivo, no aleatorizado. Se analizan todos los pacientes ingresados al programa que fueron intervenidos con posterioridad al T27F de 2010. Se establecen criterios de inclusión y exclusión al programa, criterios de alta, control y seguimiento según protocolo de organización. Se analizan cirugías realizadas, suspensiones y morbimortalidad de la serie. **Resultados.** Fueron seleccionados 320 pacientes, de los cuales 295 (92,2%) fueron intervenidos en el Programa CMA, el promedio de edad de los pacientes es 41,7+/-14,8 años. El 61,7% de la población intervenida fueron mujeres (n = 182) con un promedio de edad 41,1+/-13,7 años. Las principales cirugías realizadas fueron 89 Colectomías VL (30,1%), 50 Hernioplastias (17%), 25 Mastectomías Parciales (8,5%). El total de cirugías suspendidas fue 25 (7,8%), los principales motivos fueron: No presentación de paciente (60%), Patología Crónica descompensada (16%), Falta Cama en sala recuperación (12%). Las complicaciones que impiden alta se observan en 15 pacientes (5,1%). Las cuales corresponden a: cirugía más compleja de lo esperado 7/295 (2,4%), hiperemesis 2/295 (0,7%), Dolor postoperatorio 1/295 (0,3%). No hubo reingresos durante el periodo observado.

Conclusiones. La CMA se presenta como una opción segura, que al contar con una estructura organizacional sólida, permite realizar una adecuada selección de pacientes y ante situaciones de catástrofe como la vivida con el T27F, permite optimizar el uso de recursos físicos y humanos para resolver la patología quirúrgica prevalente de nuestros usuarios externos con muy baja morbilidad. No se observa mortalidad.

ANÁLISIS DE RESULTADOS DE APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO.

C. Davanzo, S. Biancardi, A. Gómez, A. Tapia, R. Novoa y F. Corvalán.

Universidad de Chile, Servicio de Cirugía del Hospital del Salvador.

Introducción: En los últimos 15 años la apendicectomía vía laparoscópica ha ganado amplia aceptación, tanto como herramienta diagnóstica, como de menor tasa de complicaciones de herida operatoria sobre la vía abierta. A pesar de esto sus ventajas siguen siendo controversiales sobretodo en el contexto público. Nuestro objetivo es evidenciar

la factibilidad de esta vía de abordaje en un hospital público y determinar sus principales variables. Material y método: Se inicia la realización de apendicectomías laparoscópicas en nuestro centro, en forma consecutiva, comparando luego la variable tiempo con una muestra aleatoria de pacientes como tiempo operatorio, tipo de apéndice, textura del paciente, instrumento de sección del mesoapéndice, conversión, retiro o no en guante, infección de herida operatoria, tipo de ligadura de base, posición de trócares, complicaciones, mortalidad y días de hospitalización.

Resultados: En un período de 6 meses, fueron operados 23 apéndices vía laparoscópica. 12 mujeres y 11 hombres. 6 obesos, 8 con sobrepeso y 9 eutróficos. La edad promedio de los pacientes fue 20 años. Se encontraron 30.4% (n=7) apéndices edematosos, 34.7% flegmonosos (n=8) y 34.7% necróticos (n=8). La tasa de conversión fue 8.7% (n=2). Los trócares fueron colocados en forma clásica, sólo 1 caso requirió trocar accesorio. En 2 casos (8.7%) el mesoapéndice se controló con hook y clips, el resto se realizó con Ligasure. La base se controló en 21 casos con nudo intracorpóreo vicryl; 1 caso con vicryl más hemolock y otro con seda. 73.9% (n=17) de los apéndices fueron retirados en guante. El tiempo promedio fue de 63.4 (30-120) minutos en laparoscopia. El tiempo promedio de apendicectomía vía abierta fue de 41 minutos, no observándose diferencia estadísticamente significativa. Se observaron 3 conversiones (13%). No se observaron complicaciones postoperatorias ni mortalidad. La estadía operatoria promedio fue 1.5 días.

Conclusiones y discusión: Esta experiencia revela características demográficas clásicas de la enfermedad. La técnica usada se basa en las recomendaciones internacionales y la variabilidad es mínima. Los resultados en consideración a mortalidad y complicaciones nos hacen suponer que no agrega morbilidad a la apendicectomía clásica. Los pacientes que estuvieron hospitalizados más de 1 día correspondieron a casos de conversión a cirugía abierta. Aún correspondiendo a nuestra curva de aprendizaje, los tiempos operatorios no fueron significativamente más prolongados que los de la cirugía abierta. Creemos que la vía laparoscópica en apendicectomía en hospitales públicos es

realizable y no agrega morbimortalidad a los pacientes.

CANCER GÁSTRICO Y LINFOMA NO HODGKIN SINCRÓNICOS: REPORTE DE UN CASO

Drs. Gabriela Walker¹, José Salinas¹ y Juan Stambuk^{2,3}

¹ Becario Cirugía General, Universidad de Chile, H. San Juan de Dios

² Equipo Cirugía Oncológica H. San Juan de Dios

³ Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Fuerza Aérea de Chile

Introducción: En Chile los tumores malignos son la segunda causa de muerte, siendo responsables del 22,7% del total de las muertes en el periodo 1997-2004. Dentro de éstos, el cáncer gástrico representa la primera causa de muerte en ambos sexos, donde el grupo etario más afectado se encuentra entre la sexta y séptima década de vida.

Caso Clínico: Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 71 años que es sometido a una gastrectomía total por un cáncer gástrico subcardial avanzado. Durante el intraoperatorio se pesquiza lesión estenosante a nivel de intestino delgado proximal, la que se reseca en forma completa. El informe anatomopatológico definitivo muestra la presencia de un Adenocarcinoma Gástrico y de un Linfoma No Hodgkin de células B en forma simultánea.

Discusión: la presencia de dos neoplasias en forma simultánea es infrecuente, existiendo una revisión en el World Journal of Gastroenterology, año 2006, que describe casos con presencia de Adenocarcinoma gástrico y Linfoma gástrico tipo MALT sincrónicos, mas no con Linfoma no Hodgkin. Se describe además una alta incidencia de H. pylori en estos pacientes. Este estudio demostró incidencia aumentada de Adenocarcinoma gástrico posterior al tratamiento de un Linfoma No Hodgkin. La supervivencia es similar en Cáncer gástrico sincrónico comparado con Cáncer gástrico aislado, cifra que empeora si se compara el Cáncer gástrico sincrónico con el Linfoma gástrico aislado. Otro estudio japonés describe incidencia aumentada de neoplasias múltiples en pacientes sobre 65 años, siendo las asociaciones más frecuentes para ellos, las patologías hematológicas junto con Cáncer gástrico y Cáncer de colon.

HERNIOPLASTÍA INGUINAL POR VÍA LAPAROSCÓPICA TRANSABDOMINAL PREPERITONEAL (TAPP).

Drs. E. Norero, R. Funke, N. Quezada, C. Boza, F. Crovari, N. Jarufe.

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

Introducción: La cirugía laparoscópica para hernias inguinales tiene su principal indicación en casos bilaterales y en recurrencias. Esta técnica tendría los beneficios de menor dolor en el postoperatorio inmediato y un período más corto de recuperación hasta retomar actividades. Se presenta el caso de una mujer con hernias inguinales bilaterales. **Objetivo:** Demostrar la técnica de hernioplastia inguinal laparoscópica.

Técnica: Se utilizan 3 trocares, uno de 10 mm umbilical y dos de 5 mm laterales. Se identifica la espina iliaca anterosuperior y se realiza colgajo de peritoneo hasta llegar al ligamento umbilical. Luego se identifican los vasos femorales. Se disecciona el ligamento de Cooper. Sección del ligamento redondo. Posteriormente se identifica el anillo inguinal profundo y se reduce el saco herniario y su contenido. Se utiliza una malla de ultrapro de 10 x15 cms. Se fija la malla con protack al ligamento de Cooper y al tendón conjunto. Se reseca el contenido de la hernia. Se cierra el colgajo de peritoneo. Se realiza el mismo procedimiento sobre la hernia inguinal izquierda.

Resultados: Se realiza la cirugía en 90 minutos, sin incidentes. Se da el alta a las 24 hrs.

Conclusión: La hernioplastia inguinal laparoscópica es segura y es factible de realizar.

MÉTODO DISECTIVO DE ABORDAJE DE LAS HERNIAS INGUINALES EN LAS HERNIOPLASTIAS TRATADAS CON LA TÉCNICA DE LICHTENSTEIN

A Acevedo, J León

Centro de Hernias del CRS Cordillera
Campus Oriente de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Introducción: La técnica de abordaje y manejo del cordón espermático propuesto por la Lichtenstein Hernia Clinic dificulta la disección y la exposición de las estructuras anatómicas, especialmente en las hernias indirectas, o cuando se hace necesario explorar el anillo inguinal profundo. Presentamos nuestra técnica de abordaje en estas hernias, que hemos llamado disectiva, por cuanto su propósito es exponer las estructuras anatómicas involucradas de mejor forma.

Material y Método. Se describe paso por paso el método

CONVERSIÓN DE GASTRECTOMÍA SUBTOTAL A BYPASS GÁSTRICO Y HERNIOPLASTÍA INCISIONAL LAPAROSCÓPICAS

Drs. C. Ovalle^{1,2}, J.I. Fernández¹, C. Farías^{1,2}, J. de la Maza^{1,2}, A.M. Molina¹, Nut .A. Reyes¹, E.U. X. Rey¹

Centro Integral de Nutrición y Obesidad, Clínica Tabancura¹.

Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile².

La epidemia de la obesidad ha llevado los últimos diez años a la masificación de la cirugía bariátrica. Esto también implica que los cirujanos bariátricos cada vez más nos veremos enfrentados al dilema de manejar pacientes sometidos a procedimientos bariátricos no convencionales y/o fallidos. Se presenta el caso correspondiente a una paciente de sexo femenino, de 49 años de edad e IMC de 49,4Kg/m²; portadora de diabetes mellitus tipo 2 insulino-requiriente, dislipidemia, apnea obstructiva del sueño, hígado graso y patología osteoarticular. La paciente, debido a colelitiasis sintomática, habría sido sometida a una colecistectomía electiva por vía laparotómica el año 2000; donde además se realiza con intención de corregir su obesidad, una gastrectomía subtotal, con reconstrucción en Y de Roux. La paciente durante los siguientes 9 años no experimenta baja de peso alguna, ni mejoría de sus comorbilidades. Al momento de consulta a nuestro equipo, la paciente presenta además una hernia incisional de una laparotomía media infraumbilical. Se realiza estudio mediante endoscopia digestiva alta, tránsito de intestino delgado y TAC de abdomen y pelvis; que revelan gran remanente gástrico y rama alimentaria corta. Se decide realizar conversión laparoscópica a un bypass gástrico y hernioplastia incisional laparoscópicas. En el video se muestra el proceso inicial de adherenciólisis de la cirugía previa, identificación de remanente gástrico, desmantelamiento de anastomosis gastroyeyunal, y confección de bolsa gástrica; reseccionando estomago redundante. Se muestra re-anastomosis gastroyeyunal con nueva bolsa gástrica, identificación y desmantelamiento del pie de la Y de Roux original; la cual se reconstruye y alarga a 140cm. Finalmente se procede a reducción de gran hernia incisional infraumbilical con anillo de aprox 10cm de diámetro; y reparación mediante malla trilaminar Parietene®, utilizando suturas transfasciales y corchetes Protac®. La paciente evoluciona satisfactoriamente, sin complicaciones; siendo dada de alta al tercer día, sin necesidad de insulino-terapia ni hipoglicemiantes orales.

EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE ANILLO DE PROLENE® MIGRADO POST BYPASS GASTICO ANILLADO

I. Braghetto, H. Valladares

Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile

Paciente de 50 años obesa mórbida, Peso 140, IMC 53, sometida a Bypass gástrico anillado con anillo de Prolene® hace 8 años. Hace 3 años comienza con dolor epigástrico tipo ulceroso cada vez mas intenso que calma solo parcialmente con inhibidores de la bomba de protones e ingesta alimentaria cada 2 horas para aliviar dolor por lo que comienza progresivamente a reganar peso. Se estudia con endoscopia que diagnostica úlcera de boca anastomótica y cuerpo extraño parcialmente migrado a estómago el cual se intenta extraer y seccionar con argón plasma lo que no se logra en esa oportunidad. Se solicita TC de abdomen para descartar absceso o fistula intraabdominal lo que se descarta. El video muestra los hallazgos endoscópicos y luego la sección de pared intestinal con electro-bisturí de punta para extracción del anillo y se deja con tratamiento con Nexium® con evolución satisfactoria encontrándose en control y tratamiento médico para tratar la reganancia de peso.

PRÓTESIS DE NINITINOL PARA EL MANEJO DE FILTRACIÓN DE GASTRECTOMÍA EN MANGA

Dr. Carlos Cárcamo I. EU Andrea Lira
Unidad de Endoscopia. Clínica Alemana Valdivia

Paciente de 21 años, fue sometido a gastrectomía en Manga por vía abierta. Al 3er día postoperatorio presenta salida de saliva y líquido purulento por el tubo de drenaje. Se confirma orificio fistuloso en el extremo proximal de la línea de grapas, que se drena adecuadamente por el tubo de drenaje. Se instala prótesis de Ninitinol (Choostent) de 24 mm de diámetro y 16 cm de longitud con válvula. Evolucionan favorablemente, pero con episodios de singulto diario. Luego de 3 semanas, se retira la prótesis encontrándose orificio fistuloso cicatrizado.

GASTRECTOMÍA SUBTOTAL TUBULAR VERTICAL LAPAROSCÓPICA POR PUERTO ÚNICO UMBILICAL (SILS)

Drs. Carlos Cárcamo I; Juan Díaz B; Marco Inzunza C; Ars. Mariela Barra
Instituto de Cirugía. Universidad Austral de Chile. Clínica Alemana Valdivia.

Paciente de 41 años, portadora de obesidad severa (IMC: 35) asociado a hipertensión, resistencia a insulina y lumbago crónico. Evaluada en equipo multidisciplinario se concuerda en tratamiento quirúrgico de su enfermedad. Completa protocolo sin incidentes. Se realiza gastrectomía en Manga laparoscópica por puerto único umbilical (SILS) sin incidentes.

GASTRECTOMÍA SUBTOTAL TUBULAR VERTICAL LAPAROSCÓPICA LUEGO DE RETIRO DE BANDA GÁSTRICA EROSIONADA.

Drs. Carlos Cárcamo I; Juan Díaz B; Carlos Banse E; Ars. Mariela Barra
Instituto de Cirugía. Universidad Austral de Chile. Clínica Alemana Valdivia.

Paciente de 37 años. Portadora de banda gástrica ajustable hace 6 años. Logra excelente resultado, manteniéndose en su peso normal luego de descenso progresivo los primeros 12 meses postoperatorios. Presenta erosión de banda por lo que se retira sin incidentes por vía laparoscópica. Se mantiene en controles en equipo multidisciplinario a pesar de lo cual, experimenta aumento progresivo de peso al cabo de 1 año. Se analiza y discute caso planteándose realización de Gastrectomía en Manga por vía laparoscópica, la que se lleva a cabo sin incidentes.

CONVERSIÓN DE GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA A BY PASS GÁSTRICO POR REFLUJO GASTROESOFAGICO SEVERO.

Drs. Fernando Maluenda G, Attila Csendes J, Juan León R, Jennifer Humphreys M y Claudio Cortés.

Dpto. de Cirugía Clínica Alemana de Santiago.
Dpto. de Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile.

La gastrectomía vertical laparoscópica es una técnica que ha mostrado ser efectiva para producir bajas de peso al corto plazo. Provoca cambios funcionales como desaparición del reflejo de acomodación a la distensión y aumento de la velocidad de tránsito, tanto para alimentos sólidos como para líquidos. Impacta también en el funcionamiento del aparato esfinteriano gastroesofágico, provocando disminución de la presión del esfínter. Ello trae asociado la aparición de reflujo gastroesofágico subclínico o sintomático.

Presentamos el caso de un paciente de 66 años, portador de una Gastrectomía Vertical Laparoscópica realizada 18 meses antes, con IMC: 40 Kg/m². Presentó una filtración por la que fue reintervenido al 2° día postop, se drenó absceso y se aseó la cavidad dejando un drenaje. En el postoperatorio alejado bajo de peso hasta 25 Kg a los 12 meses y luego de ello comenzó a reganar peso. Aparecieron en forma progresiva pirosis severa diaria, regurgitación nocturna y episodios obstructivos bronquiales que requirieron el uso de inhaladores a permanencia. Su estudio anatómico a través de una Radiografía de EED mostró estómago tubulizado, algo horizontalizado y reflujo severo. Su pH metría de 24 hrs mostró un valor de Meester de 149 (VN < 14) y la Manometría de esófago informó ausencia de EGE intraabdominal, EGE hipotensivo y motilidad. Fue sometido a un By pass Gástrico laparoscópico, se muestra en video la técnica quirúrgica de liberación de adherencias, preparación del muñón gástrico y anastomosis gastroyeyunal y yeyunoyeyunal para convertir gastrectomía vertical a by pass gástrico.

El paciente tuvo un postoperatorio sin complicaciones y fue dado de alta al 4° día postoperatorio. Clínicamente está asintomático y bajando de peso. La radiografía de control muestra muñón gástrico pequeño, buen vaciamiento y ausencia de reflujo.

GASTRECTOMÍA VERTICAL TRANSUBILICAL. NUESTRA TÉCNICA ACTUAL.

Drs. Fernando Maluenda G, Juan León R, Ivan Turu K, Cristián Cavalla C.
Dpto. de Cirugía. Clínica Alemana de Santiago.

La vía de acceso a través del ombligo, con utilización de varios trocares o un puerto único transumbilical, llamada también NOTUS (*Natural Orifice Trans-Umbilical Surgery*) es una técnica que ya está disponible para uso clínico, con instrumental laparoscópico tradicional. Desde el año 2009 se dispone en el mercado de dispositivos de puerto único, que a través de una sola incisión, habitualmente menor a 3,5 cm. en la piel y aponeurosis umbilical, ofrece la posibilidad de instalar un aparato que consta de 3 o 4 canales, a través del cual se introducen igual número de trocares de trabajo.

Nuestro grupo aplica la vía transumbilical a pacientes con Índice de Masa Corporal (IMC) de entre 32,5 Kg./m² y 40 Kg./m² de superficie corporal, asociado a comorbilidades metabólicas, cardiovasculares u osteoarticulares que se beneficiarán o corregirán después de la baja de peso. Esto determina que los pacientes con IMC más bajos sean potenciales candidatos a realizar la gastrectomía por esta nueva vía de acceso abdominal.

Se muestra en video la técnica quirúrgica, modificada después de la primera paciente ya reportada en el 2009. La modificación técnica permitió acortar el tiempo quirúrgico mediante el uso de instrumental laparoscópico estándar, es decir ópticas de 10 mm de diámetro y 30° de angulación y pinzas de agarre de 43 cm. de largo.

A través de esta técnica han sido operadas 8 pacientes mujeres, con peso promedio de 90,5 Kg., (82,5 -98), IMC promedio de 33,8 Kg./m² (32,5 - 35,3). El tiempo operatorio promedio fue de 127 min. (90 a 170 min.), en las dos primeras pacientes se requirió el uso de un trocar adicional de 5 mm. No hubo morbilidad en este grupo de pacientes.

TRASPLANTE HEPATICO ORTOTOPICO (THO). ASPECTOS QUIRURGICOS

.Diaz J, J. Castillo, G. Cardemil, J. Rojas, G. Rencoret
Unidad De Trasplantes Hospital Clinico De La Universidad De Chile.

Introducción: El THO es un procedimiento quirúrgico empleado para el manejo de la enfermedad hepática crónica Terminal, introducido en el manejo clínico en 1963 en USA y en Chile en 1985 por grupo liderado por el Dr. Juan Hepp. Este procedimiento ha tenido un incremento a partir del año 1993 en nuestro país y en la actualidad se realizan alrededor de 80 procedimientos por año en 5 centros de la región metropolitana. En nuestro hospital se inició el Programa de Trasplante Hepático en agosto del año 2002

Objetivo: Mostrar los principales aspectos quirúrgicos que involucran al THO, en sus tres fases : Hepatectomía, cirugía de banco e implante. Material Y Metodo : Se filmó el procedimiento en un paciente sometido a THO.

Desde agosto del año 2002 se han realizado 136 THO en nuestro centro. Se incluyen en este video los principales aspectos técnicos del procedimiento. Discusión: El THO ha llegado a ser un procedimiento bastante reglado , con resultados en todo comparables a los estándares internacionales.

Conclusión: El presente video muestra con claridad los principales aspectos técnicos que involucra el THO, y puede ser un buen instrumento de enseñanza para aquellos grupos que deseen incursionar en este rubro.

RESECCION HEPATICA DEL SEGMENTO I. ASPECTOS TECNICOS

Jc. Diaz, J. Castillo, D. Roizblatt, H. Lembach.
Departamento Cirugia Hospital Clinico De La Universidad De Chile.

Introducción: El compromiso único del segmento I hepático, que requiera su resección puede ser secundario a patologías malignas como también benignas. Su resección significa un desafío técnico aun para los grupos con alta experiencia en cirugía hepática y requiere de una estrategia bastante reglada para controlar las principales complicaciones que pueden derivarse de su manejo, especialmente el sangrado intraoperatorio.

Objetivo: Mostrar, mediante un video, los principales aspectos quirúrgicos involucrados en la resección exclusiva del segmento I hepático.

Material Y Metodo: Se filmó el procedimiento en un paciente que presentaba compromiso exclusivo del segmento I hepático por enfermedad de Caroli, que fue confirmado en la biopsia de la pieza resecada. Este procedimiento ha sido realizado en un escaso número de nuestros pacientes que presentan afectación exclusiva de este segmento. Resultados: El video muestra los principales aspectos técnicos involucrados en este procedimiento. Discusión: Si bien, la resección exclusiva del segmento hepático I es un procedimiento poco frecuente, la discusión de este video puede ayudar a estandarizar los pasos quirúrgicos para realizarlo. Conclusión: Este video sirve como herramienta de ayuda para aquellos cirujanos, especialmente jóvenes, que se interesen en incursionar en la cirugía hepática en nuestro país.

PANCREATODUODENECTOMIA. OPERACIÓN DE WHIPPLE.

*Drs. Rodrigo Abularach C., Eduardo Lira E., Alvaro Urizar G., Javier Reyes I. ***
Servicio de Cirugía Complejo Asistencial Barros Luco. Depto. Cirugía Sur. F. de Medicina. U. de Chile. ** Becado Cirugía General U. de Chile.

Pancreatoduodenectomía de Whipple, con detalles del acceso al abdomen, liberación de la cabeza del pán-creas, con maniobra de Cattell-Brasch y amplia maniobra de Kocher; disección del ángulo de Treitz

para liberar la 4ª porción del duodeno y la primera asa de yeyuno. Disección del cuello del páncreas, individualización de la porta y la mesentérica superior, la arteria gastroduodenal y la vía biliar; sección del cuerpo del páncreas, del antro gástrico, de la vía biliar, y de la primera asa de yeyuno disecando finalmente de la mesentérica superior liberando el proceso uncinado. La etapa reconstructiva con una pancreato-yeyunoanastomosis término-terminal invaginada, con la primera asa de yeyuno pasada por la pasada del Treitz; hepático-yeyuno anastomosis término-lateral, cierre de la c. menor de la antrectomía y la gastroyeyuno-anastomosis con el asa antecólica.

RESOLUCIÓN DE COLECISTOLITIASIS Y COLEDOCOLITIASIS POR RENDEZVOUS LAPARO-ENDOSCÓPICO

G. Urrejola, A. Espino, G. Caselli, G. Inostroza, F. Bellolio, A. Zúñiga, G. Pinedo, M.E. Molina.
Unidad de Coloproctología. Departamento de Cirugía Digestiva. División de Cirugía. Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: existen diferentes opciones disponibles para el tratamiento de la colecisto-coledocolitiasis, que incluyen el tratamiento totalmente laparoscópico, el tratamiento simultáneo laparoendoscópico y tratamientos secuenciales que combinan la colangiopancreatografía endoscópica retrógrada y esfinterotomía endoscópica con colecistectomía. A pesar de contar con amplia literatura publicada con respecto a los tratamientos laparoscópico y secuencial, lo descrito en cuanto al tratamiento simultáneo laparoendoscópico, también denominado *Rendezvous* laparoendoscópico, es escaso. Objetivo: presentar el video de un caso de colecisto-coledocolitiasis con resolución laparoendoscópica en *Rendezvous*

Material y método: se trata de una paciente de 83 años, con antecedentes mórbidos de hipertensión arterial, cardiopatía coronaria, ASMA bronquial e hipertiroidismo. La paciente consultó en el servicio de urgencia por un cuadro de dolor abdominal agudo localizado en hipocondrio derecho, de carácter cólico.

Se realizó una ecografía abdominal que mostró colelitiasis y dilatación de la vía biliar extrahepática. Exámenes de laboratorio mostraron un patrón de inflamación sistémica asociado a un patrón colestásico. Se complementó el estudio con una colangiografía que evidenció un cálculo de 1 cm en el colédoco intrapancreático. La paciente fue sometida a tratamiento laparoendoscópico por *Rendezvous* para su colecistocolitiasis. Resultados: se realizó una colecistectomía laparoscópica con canulación del conducto cístico con una guía hidrofílica, que se extrajo por la papila de Vater. Endoscópicamente se canuló la vía biliar con la guía hidrofílica como asistencia, y se realizó una papilotomía endoscópica guiada y extracción de un cálculo coledociano. El procedimiento duró 75 minutos. La paciente evolucionó con resolución de su cuadro clínico y normalización de sus parámetros inflamatorios y colestásicos. El periodo postoperatorio fue cursado sin incidentes, recibiendo

el alta quirúrgica al tercer día después de la cirugía. Conclusión: el tratamiento simultáneo laparoendoscópico por *Rendezvous* para la colecistocolitiasis es una alternativa viable, rápida y segura.

PANCREATECTOMÍA DISTAL LAPAROSCÓPICA CON TÉCNICA DE WARSHAW.

Drs. E. Norero, R. Funke, F. Crovari, F. Pimentel, J. Martínez, N. Jarufe.

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

Introducción: La pancreatectomía distal laparoscópica está indicada en la mayoría de los tumores de cuerpo del páncreas. Existen varias alternativas técnicas en esta cirugía, como la preservación o no del bazo y la resección o no de los vasos esplénicos. Se presenta el caso de una paciente de 35 años con el diagnóstico de tumor de 4 cms de cuerpo del páncreas.

Objetivo: Demostrar la técnica de resección laparoscópica del cuerpo y cola del páncreas, con preservación esplénica y resección de los vasos esplénicos (Warshaw).

Técnica: Se realiza una cirugía con 5 trocares. Se abre la transcavidad de los epiplones. Se disecciona el páncreas por sus bordes superior e inferior. Se realiza un túnel entre la vena mesentérica superior (VMS) y el cuello del páncreas. Sección del páncreas con stapler a la altura de la VMS. Se secciona en su origen la arteria esplénica y la vena esplénica en su llegada a la vena porta. Identificación de los vasos esplénicos entre la cola del páncreas y el bazo, y sección de estos con stapler. Extracción de la pieza e instalación de drenaje a la sección del páncreas. Resultados: Se completa la cirugía en 4 hrs, sin incidentes. Se da el alta al cuarto día postoperatorio. Conclusión: Esta técnica tiene los beneficios de la cirugía laparoscópica y permite la preservación esplénica manteniendo la irrigación de este a través de los vasos gástricos cortos.

HEPATECTOMÍA IZQUIERDA LAPAROSCÓPICA.

F. Moisan, J. Martínez, M. Sanhueza, N. Jarufe.
Departamento de Cirugía Digestiva, División de Cirugía, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: Las hepatectomías mayores laparoscópicas han demostrado ser seguras en grupos experimentados en cirugía hepática y laparoscópica. Se presenta el caso de una paciente mujer de 32 años sin antecedentes que consultó por dolor abdominal, al examen físico destacaba una masa palpable en epigastrio. El estudio imagenológico con resonancia abdominal mostró una lesión focal hepática de 8 cm en el hígado izquierdo que aumentó a 10 cm en el control a los 6 meses, compatible con una hiperplasia nodular focal.

Objetivo: Mostrar la técnica de hepatectomía izquierda totalmente laparoscópica.

Técnica: Se realiza una cirugía con 5 trocares. Se liberan ligamentos hepáticos accediendo a la vena suprahepática izquierda que se aísla con cinta. Se diseca el pedículo portal ligando y seccionando arteria hepática y porta izquierda. Se localiza vena hepática media con ecografía intraoperatoria realizando la transección hepática levemente a la izquierda de ésta con ultracision y bipolar, ligando con clips los pedículos de mayor tamaño. Durante la transección se secciona el conducto hepático izquierdo, y al llegar por sobre el ligamento de arantius, la vena suprahepática izquierda con stapler. Se retira la pieza en bolsa por incisión de pfanniesticl, dejando drenaje al lecho.

Resultados: Se completa la cirugía en 3 horas sin incidentes. No se realizó clampeo del pedículo hepático, el sangramiento operatorio fue de 100cc. Se da el alta al cuarto día postoperatorio sin complicaciones.

Conclusión: La hepatectomía izquierda laparoscópica es factible y segura de realizar en centros experimentados, aportando los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva.

GIST ESOFAGICO CON RESECCION LAPAROSCOPICA TRANSHIATAL

Drs. C. García, M. Ceroni, J. Zamarín, A. Lagos. Servicio y Departamento de Cirugía Hospital Clínico San Borja Arriaran, Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Caso Clínico: Paciente de 69 años que consulta por disfagia lógica progresiva de 2 años de evolución que se estudia con endoscopia que mostró una lesión submucosa de 15 mm a 38 cm de la arcada dentaria. La biopsia tomada por esta vía informa tumor fusocelular, posible GIST. Se complementa el estudio con endosonografía, radiografía de esófago-estómago y duodeno y TAC de tórax y abdomen. La endosonografía mostró un engrosamiento localizado de la pared posterior izquierda del esófago distal de 14 mm, redondeado, hipocogénico y homogéneo. Hacia el lumen está cubierta por mucosa conservada. No hay adenopatías en tronco celiaco o subcarinales. La conclusión endosonográfica es GIST esofágico inferior. Se interviene por vía laparoscópica, realizándose una enucleación por vía transhiatal. Se muestra video con los pasos quirúrgicos.

COLECISTECTOMIA EXTENDIDA CON DISECCION GANGLIONAR PARA EL TRATAMIENTO DEL CANCER DE VESICULA

Drs. C. García, M. Ceroni, C. Benavides, P. Rubilar, H. Cid, R. Vallejos, J. Zamarin. Servicio y Departamento de Cirugía Hospital Clínico San Borja Arriaran, Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Se muestra los pasos de la técnica quirúrgica clásica abierta de la colecistectomía extendida con segmentectomía IVb y V y linfadenectomía para el tratamiento del cáncer de vesícula.

ACALASIA ESOFÁGICA: CARDIOMIOTOMÍA DE HELLER Y FUNDOPLICATURA VIDEOLAPAROSCÓPICA

Drs. J. Gantz, C. Cavalla, P. Salinas, C. Villalón, G. Wiedmaier. Internos: *C. Iniguez, V. Salvador, M. Vergara, R. Retamal, I. Correa.*

Servicio de Cirugía Hospital Padre Alberto Hurtado; Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo

Paciente de 25 años de edad sin antecedentes mórbidos. Cuadro de 6 meses de evolución caracterizado por disfagia ilógica progresiva hasta la afagia en las últimas semanas. Dolor epigástrico leve asociado a baja de peso de 8 kilos el último mes.

Se realiza Radioscopia esófago estómago que demuestra esófago torácico hipotónico y dilatado. Con obstrucción puntiforme a nivel del cardias y peristaltismo propulsor ausente.

Endoscopia digestiva alta en ayunas, esófago con al menos 300cc de contenido salival. Estenosis a nivel del cardias que no se logra vencer, mucosa indemne. Manometría esofágica, hallazgos compatibles con acalasia esofágica. Serología para Chagas: IFI: (-) ELISA: (-). Diagnóstico: Acalasia Esofágica Idiopática.

Se presenta video de cirugía con la técnica quirúrgica, mostrando la Cardiomiectomía según Técnica de Heller, bajo videolaparoscopia. Detalle de los pasos operatorios con disección distal de esófago e identificación y miotomía del EEI. Endoscopia alta intra operatoria que revela indemnidad de mucosa esofágica.

NUEVA TÉCNICA PARA EL CIERRE DEL MUÑON DUODENAL. VIDEOS PARA TÉCNICA ABIERTA Y LAPAROSCÓPICA

Drs. W. Medina¹, C. Derosas², B. Gil³, J. Amat P³
¹Cirujano Equipo Cirugía General. ²Residentes de Cirugía Universidad de Santiago de Chile, Complejo Hospitalario San José. ³Cirujano Jefe Equipo Cirugía Bariátrica Clínica Dávila.

Se presentan 2 videos (1 abierto y otro laparoscópico) de una serie de 43 pacientes, con el objetivo de mostrar una nueva técnica para el cierre del muñon duodenal, que consiste en la sección de la primera porción del duodeno con stapler GIA (técnica abierta) y ENDOGIA (técnica laparoscópica) carga azul de 60 mm y refuerzo con sutura continua no invaginante de monofilamento reabsorbible bajo la línea de corchetes para ambas técnicas. El primer caso es un paciente de 52 años con un adenocarcinoma gástrico subcardial, al que se le realizó una gastrectomía total, esófagoyeuno anastomosis y una reconstitución en Y de Roux, quien fue dado de alta al 10 día sin complicaciones post operatorias, y el segundo caso es un paciente de 45 años con diagnóstico de esófago de barret se le realizó una cirugía de derivación biliar y supresión ácida (Nissen, antrectomía, vagotomía selectiva y reconstitución en Y de Roux) el cual fue dado de alta a los 5 días sin complicaciones post operatorias.

La técnica propuesta para el cierre del muñón duodenal se presenta como una técnica fácil, reproducible y con mínimas complicaciones en nuestro grupo de trabajo, por lo cual pensamos que se aporta una solución sencilla en uno de los pasos claves de cualquier gastrectomía total o sub-total por vía abierta o laparoscópica.

MANEJO DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO SEVERO POSTERIOR A GASTRECTOMÍA VERTICAL TUBULAR MEDIANTE CONVERSION A BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO

Drs. J. Bravo, D. Villao, J.E. Contreras, J. Lobos, C. Maldonado, C. Díaz-Valdés, D. Bravo, C. Carvajal
Departamento de Cirugía / Hospital Del Salvador

Introducción: La realización de la Gastrectomía Vertical Tubular Laparoscópica (GVTL) como cirugía única para el manejo de la obesidad, se ha convertido en una opción cada vez más frecuente. Sin embargo, la experiencia a mediano plazo de esta técnica, ha mostrado ciertas complicaciones alejadas como el reflujo gastroesofágico o casos de reganancia de peso. El manejo de tales situaciones puede incluir una cirugía revisional, siendo una de las opciones la conversión a Bypass gástrico.

Materiales y Métodos: Video editado de 7 minutos
Caso clínico: Mujer de 53 años con antecedentes de hipertensión arterial y obesidad mórbida (IMC 40,4).

En noviembre del 2007, se realiza una GVTL. Inicialmente evoluciona satisfactoriamente, con una pérdida de peso de 28 kilos llegando a un IMC de 28,6. Durante sus controles periódicos refirió síntomas de reflujo que fueron en aumento y no lograron ser controlados con inhibidores de la bomba de protones. El estudio baritado demostró reflujo masivo. El seguimiento de la paciente fue de 17 meses. Se evidenció en los últimos 7 meses aumento de peso progresivo hasta llegar a un IMC 36.

Se realiza conversión de GVTL a Bypass Gástrico laparoscópico, sin incidentes en la cirugía, con una duración de 90 minutos. Descripción de la técnica detallada en el video. Evolución post operatoria satisfactoria, tránsito gastrointestinal normal.
Conclusión: La conversión a Bypass Gástrico es un tratamiento efectivo para el manejo de las complicaciones de la GVTL (reflujo intratable y reganancia de peso).

RESECCIÓN DE LEIOMIOMA DE ESÓFAGO POR VÍA TORACOSCÓPICA

Drs. Carlos Cárcamo I; Luis Jiménez V; Carlos Fontách Z.

Paciente de 58 años, portadora de Esclerodermia. En tomografía computada de tórax se pesquisa tumor esofágico, inmediatamente bajo el cayado de la vena azigos. Esofagograma baritado muestra tumor, de aspecto benigno 4 cm sobre la carina.

Se realiza endoscopia digestiva alta que identifica tumor de pared esofágica a 28 cm de la arcada dentaria con indemnidad de la mucosa esofágica y buen paso a distal. Se complementa estudio con endosonografía que sugiere diagnóstico de leiomioma del esófago.

Se decide intentar resección local toracoscópica, que se lleva a cabo sin incidentes.

Estudio histopatológico confirma que se trata de un leiomioma esofágico.

ESOFAGECTOMÍA TORACOSCÓPICA Y ASCENSO GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO EN CÁNCER DE ESÓFAGO.

Drs. Carlos Cárcamo I; Luis Jiménez V; Carlos Fontách Z.

Instituto de Cirugía. Universidad Austral de Chile. Servicio de Cirugía Adultos. Hospital Regional Valdivia.

Paciente de 58 años, portador de cáncer escamoso del esófago torácico pericarinal. Se somete a protocolo habitual de radioquimioterapia preoperatoria.

Tomografía de control muestra buena respuesta al tratamiento con reducción significativa de la masa tumoral.

Se somete a esofagectomía por vía toracoscópica y ascenso gástrico laparoscópico con anastomosis cervical clásica, que se lleva a cabo sin incidentes.

El análisis histopatológico de la pieza operatoria confirma excelente respuesta terapéutica, no identificándose células neoplásicas.

Se mantiene asintomático en sus controles ambulatorios.

RESECCIÓN LAPAROSCOPICA DE TUMOR GIST DEL ANGULO DE TREITZ

Drs. M. Musleh, F. Maluenda, A. Marambio, C. Valenzuela

Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: Mediante técnicas laparoscópicas es posible resecar diversos tumores gastrointestinales del tipo GIST, cuya complejidad dependerá de varios factores siendo uno de los más importantes la ubicación. Se presenta el caso de uno de estos tumores que se ubica en el ángulo de Treitz, lo que implica la disección de la zona y la anastomosis duodeno-yeyunal.

Caso Clínico: Paciente de 58 años, sin antecedentes mórbidos, que presenta cuadro de fatigabilidad y palpitations. A esto se asocia episodio de melena por lo que consulta. Se le solicitan exámenes destacando hematocrito de 19%. Se realiza estudio con panendoscopia el cual resultó negativo. Además se realizó mielograma que resultó normal. Se complementó el estudio con TAC de abdomen y pelvis con contraste que evidencia masa en el lumen de la cuarta porción del duodeno-yeyuno proximal, con características de lesión polipoide de 3,8 cm. con refuerzo homogéneo en fase arterial compatible con GIST.

Resultado: Se realizó cirugía con técnica laparoscópica, paciente en posición francesa, neumoperitoneo habitual, óptica de 30° por trocar periumbilical, 5 trócares (10-12-12-5-12 mm), se observa lesión transmural sobresaliente de 4x5x3 cm. en el ángulo de Treitz. Se libera el ligamento de Treitz para movilizar segmento duodenal, se abre brecha mesentérica para realizar la anastomosis duodeno-yeyunal con endoGIA carga blanca 45 mm, cierre de la boca anastomótica con Maxon 3.0 a punto corrido. Se completa extirpación del segmento a resecar con stapler similar. Ampliación del orificio

ubicado en el hipocondrio izquierdo por donde se extrae la pieza. Cirugía sin incidentes. Paciente evoluciona en buenas condiciones, realimentándose al segundo día postoperatorio luego de una RxEED que descarta filtración y dándose de alta dos días después. La biopsia definitiva informó un tumor GIST con diferenciación muscular.

Conclusión: La resección de tumores GIST ubicados en el ángulo de Treitz es factible y puede ser realizada en forma segura mediante técnica laparoscópica, asegurando una resección adecuada y una corta estadía hospitalaria.

EVOLUCIÓN SINTOMÁTICA DE PACIENTES CON REFLUJO GASTROESOFÁGICO PREOPERATORIO LUEGO DE GASTRECTOMÍA EN MANGA LAPAROSCÓPICA

Drs. C. Farías^{1,2}, C. Ovalle^{1,2}, J.I. Fernández¹, J. Egaña², J. de la Maza^{1,2}, C. Cabrera^{1,2}, K. Kosiel¹, A.M. Molina¹, A. Morales¹, Psic. S. Chahuan¹, P. Ulloa¹, E. Figueroa¹, Nut. A. Reyes¹, C. Basso¹, G. Vera¹, E.U. X. Rey¹

Centro Integral de Nutrición y Obesidad, Clínica Tabancura¹. Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile².

Introducción: El reflujo gastroesofágico (RGE) puede aparecer en forma transitoria luego de gastrectomía en manga (GM). En algunos casos puede hacerse permanente incluso refractario a manejo médico; por lo que algunos cirujanos han propuesto al RGE como una contraindicación relativa para GM.

Objetivos: Realizar un análisis retrospectivo de la evolución sintomática de pacientes sometidos a GM, con RGE preoperatorio.

Materiales y Métodos: Se realizó una encuesta a 128 pacientes sometidos a GM con RGE preoperatorio; en la cual estiman en forma subjetiva la modificación de los síntomas de RGE luego de su intervención. Todos los pacientes fueron sometidos a endoscopía preoperatoria; y se utilizó la clasificación de Los Angeles para esofagitis. El 73% de los pacientes son mujeres y el 27% hombres, con edad promedio de 40,5 años e IMC promedio de 36,7 Kg/m².

Resultados: La mitad de los pacientes presentaba esofagitis; un 38% grado A y un 11% grado B. No hubo necesidad de conversión a técnica abierta ni mortalidad. Un paciente debió ser reoperado debido a una filtración. El 32% de los pacientes refiere resolución de sus síntomas, el 24% una mejoría, el 12% sin cambios, y el 32% un empeoramiento. Todos los pacientes que persistían con síntomas, lograban un control adecuado con medicamentos; a excepción de una paciente con RGE refractaria a manejo médico.

Conclusiones: La GM tiene un efecto variable en los síntomas de reflujo en aquellos pacientes con RGE preoperatorio. Aún no existe claridad de los factores que influyen en estos cambios. El RGE post GM es manejable en su mayoría con tratamiento farmacológico.

CONVERSION DE BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE A GASTRECTOMIA EN MANGA EN UN TIEMPO, EXPERIENCIA DEL HOSPITAL CLINICO DEL SUR, CONCEPCION.

Drs. H. Molina, R. Álvarez, F. Pacheco, E.U. Andrea Alarcón

Hospital Clínico del Sur, Concepción
Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina,
Universidad de Concepción

La instalación de la banda gástrica ajustable (BGA), es una cirugía que no ha demostrado ser tan eficaz como otras técnicas en la obtención de baja de peso, siendo incluso mal tolerada por algunos pacientes, sin embargo es uno de los procedimientos menos invasivos en cirugía de la obesidad. En contraparte la gastrectomía en manga (GM), ha demostrado ser exitosa en corto y mediano plazo. Tenemos como objetivo presentar un grupo de pacientes a quienes se le instaló una BGA que no logró éxito, y que en un tiempo es retirada y convertida a GM. Presentamos una serie de 10 pacientes de BGA convertidas a GM en un tiempo durante enero del 2008 a Abril del 2010. De los cuales nueve son de sexo femenino y uno de sexo masculino, la edad promedio fue de 40,8 años, variando entre 20 y 66 años. El IMC promedio fue 36, siendo el menor de 32 y el mayor 41. Diez pacientes eran resistentes a la insulina, cinco dislipidémicos, tres hipertensos y seis portadores de reflujo gastroesofágico secundario al deslizamiento de la BGA. La indicación de cirugía fue el deslizamiento de la banda en seis pacientes y la no obtención de la baja de peso esperada en cuatro pacientes.

El tiempo operatorio promedio fue de Todas las cirugías fueron llevadas a cabo vía laparoscópica y los pacientes no presentaron complicaciones post operatorias.

En todos los casos la conversión de BGA a GM en un tiempo, vía laparoscópica, fue exitosa. Este enfrentamiento quirúrgico no representó gran incremento en el tiempo operatorio ni presencia de complicaciones en nuestro grupo.

Hasta la confección de este resumen, todas los pacientes obtuvieron una caída del IMC satisfactoria.

BY PASS GASTRICO RESECTIVO EN PACIENTES OBESOS CON CARCINOIDE GASTRICO

Drs. H. Molina, R. Álvarez, F. Pacheco, E.U. Andrea Alarcón

Hospital Clínico del Sur, Concepción
Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina,
Universidad de Concepción

Los tumores carcinoides o tumores neuroendocrino (TNE) gástricos representan aproximadamente el 2 a 4 % de los TNE del tracto gastrointestinal y el 0,3 % de las neoplasias gástricas. Se clasifican en 3 tipos: tipo I asociado con gastritis crónica atrófica autoinmune, tipo II asociado a neoplasia endocrina múltiple y Síndrome de Zollinger Ellison, y tipo III no asociado a hipergastrinemia. Tienen potencial maligno asociado principalmente a tamaño mayor a 2 centímetros. El objetivo de nuestro trabajo es

comunicar dos pacientes obesos mórbidos portadores de carcinoide gástrico sometidos a bypass gástrico resectivo, el año 2008.

Caso 1, mujer de 54 años hipertensa, resistente a la insulina e hipotiroidea, con IMC 50. Endoscopia preoperatoria informa pólipo gástrico antral y gastritis crónica atrófica, se tomó biopsia que resultó un pólipo hiperplásico. Se realizó bypass gástrico resectivo sin complicaciones. El estudio histopatológico de la pieza operatoria informó gastritis crónica atrófica y cuatro pólipos, uno de estos positivo para tumor carcinoide. La paciente evolucionó favorablemente, logrando la disminución de peso esperada.

Caso 2, mujer de 52 años, portadora de hipotiroidismo y limitación crónica del flujo aéreo, con IMC 45. Endoscopia preoperatoria demostró gastropatía crónica atrófica, cuya biopsia resulta positiva para tumor carcinoide clásico. La tomografía computada de abdomen no mostró presencia de metástasis. Se realizó bypass gástrico resectivo sin complicaciones, confirmándose el diagnóstico de tumor carcinoide en el estudio histopatológico de la pieza operatoria. La paciente presentó una evolución satisfactoria logrando el IMC esperado. Ambas pacientes presentaron el TNE gástrico tipo I, el tipo más frecuente de esta neoplasia gástrica. Las cirugías fueron realizadas sin complicaciones.

FISTULA GÁSTRICA POSTERIOR A GASTRECTOMÍA EN MANGA

Drs. X. de Aretxabala, J. Leon C., R. Rossi F., C. Benavides, C. Ovalle, I. Turu, G. Wiedmaier, F. Maluenda, M Hurtado.

Clínica Alemana de Santiago, Hospital de la Fuerza Aérea de Chile

Objetivo: El objetivo del presente trabajo es describir los hallazgos diagnósticos y la forma de tratamiento de una serie de pacientes portadores de una fístula gástrica posterior a la realización de una gastrectomía en manga.

Material: La serie está compuesta por 8 pacientes intervenidos en diferentes centros, que desarrollaron una fístula gástrica y que fueron tratados por los autores. De estos pacientes, 7 fueron intervenidos por vía laparoscópica mientras que uno lo fue vía abierta.

Resultados: Durante el periodo en evaluación y como referencia al problema, en la Clínica Alemana fueron intervenidos 506 pacientes por gastrectomía en manga, de los cuales 3 (0.59%) desarrollaron una fístula gástrica. De la serie estudiada, 3 pacientes iniciaron su sintomatología dentro de los primeros 5 días del post operatorio. Dolor abdominal, taquicardia y fiebre fueron las primeras manifestaciones de la complicación. En los restantes pacientes, el diagnóstico fue realizado entre los 14 y los 60 días del post operatorio. La Tomografía Axial computada fue la forma de efectuar el diagnóstico en todos los pacientes. Solo un paciente tuvo un examen contrastado de esófago estomago y duodeno posterior a la cirugía. Los 3 pacientes en quienes el diagnóstico fue efectuado durante los

primeros 5 días del post operatorio fueron reintervenidos vía laparoscópica, con la finalidad de realizar aseo de la cavidad y drenaje de la fístula. En los 5 pacientes, en que la complicación fue diagnosticada posterior al día 5 del post operatorio, uno fue tratado mediante punción percutáneo mientras que los 4 pacientes restantes fueron reintervenidos. Esta intervención fue realizada vía laparoscópica en 2 y vía abierta en 2 pacientes respectivamente. Todos los pacientes recibieron antibioterapia, suspensión de la alimentación oral y alimentación enteral. En 3 pacientes se utilizó una prótesis esofágica endoscópica como parte del manejo, lo que permitió a los pacientes iniciar alimentación oral inmediatamente de instalada. En uno de estos pacientes, la prótesis debió ser reposicionada vía endoscópica. La fístula cerró en todos los pacientes en un tiempo que fluctuó entre 21 y 240 días.

Conclusión: La fístula gástrica como complicación de la gastrectomía en manga representa una complicación infrecuente pero grave. Para efectuar el diagnóstico es necesario un alto índice de sospecha, siendo la tomografía axial computada el método de mayor rendimiento. El tratamiento debe basarse en el control de la sepsis, drenaje de la fístula y apoyo nutricional. El empleo de prótesis esofágica como parte del manejo requiere de un mayor periodo de observación como para lograr conclusiones

EXPERIENCIA PERSONAL EN PROVINCIA DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA OBESIDAD MORBIDA, MEDIANTE MANGA GASTRICA SOLA, Y ASOCIADA A BY PASS ENTERO ENTERAL.

Dr. M. Herrera^{1,2,3}, R. Zamorano^{1,2}, I. Alvar^{1,3}, J. Buhler¹, F. Venturelli^{1,3}, C. Romero², C. Diaz⁵, L. Cortes⁴, C. Ulloa⁴, C. Flores⁶, C. Rosas⁷, C. Herrera³.

¹. Serv.Cirugia Hospital Base Osorno; ². Centro Obesidad Clinica Alemana Osorno; ³. Facultad medicina. UACH; ⁴. Nutricionista; ⁵. PsicoIogo; ⁶. Kinesiologo; ⁷ Jefe Serv.Cirugia HBO.

Introducción: La manga gastrica es una tecnica quirurgica que cada vez esta siendo mas utilizada en el tratamiento de la Obesidad morbida, mostrando resultados sorprendentes metabolicos cuando se asocia a by pass entero enteral.

Objetivo: Describir los resultados quirurgicos de pacientes operados por obesidad morbida mediante una manga gastrica y en algunos casos asociado a by pass entero enteral, en el Hospital Base Osorno (HBO) y Corporacion de beneficencia Osorno (CBO) desde el año 2007-2010.

Material y Método: Serie de casos de 100 pacientes operados por obesidad (IMC 33-52) promedio 38.3 kg/m2 entre 18- 66 años entre los años 2007-2010 en el HBO y CBO.

Desde el año 2007 todo paciente operado por esta patologia fue ingresado sistematicamente a una base de datos definida para la investigacion. Protocolo: Paciente fue evaluado por equipo multidisciplinario

previo a la cirugía descartando RGE, hernia Hiatal, patología psiquiátrica, y adicción a alcohol y drogas. La realimentación fue al 1 día posoperatorio y el alta en todos los pacientes al tercer día retirando drenaje ese día del alta.

VARIABLES: edad, sexo, IMC pre y posoperatorio, comorbilidad, complicaciones posoperatorias, tamaño del estómago resecado, corrección de índices metabólicos en los casos de diabetes mellitus tipo II. Los resultados se expresan en medias medianas y porcentajes. Programa estadístico utilizado fue Stata 10.0

Resultados: La serie incluyó 100 pacientes, promedio edad 35.4 años, con predominio sexo femenino 79 (79%) casos. Mediana de IMC preoperatorio fue 38.3 kg/m² (33-52) y del posoperatorio fue de 27,5 (22-38). 26 pac. (26%) presentaban HTA, 20% dislipidemia, 60% insulina resistencia, 30% hígado graso, un 15% presentaba un síndrome metabólico completo, 10% patología osteoarticular. 3 pacientes eran portadores de banda gástrica, 1 se retiró primero y en diferido la cirugía y dos se realizó en el mismo acto operatorio. Una paciente presentó una fístula precoz que se reoperó al segundo día y dejó el hospital sin problemas al 5to día.

Todos los pacientes evolucionaron hacia la baja de peso progresiva y a la desaparición de sus comorbilidades, siendo marcado el efecto en aquellos que se les asoció by pass entero enteral (15%) los cuales al mes estaban con cifras de glicemia e insulina basal normales al igual que test de Homa y sin medicación.

El promedio del largo del estómago resecado fue de 21.5 cm con ancho de 3.78 cm. No se pesó neoplasia o displasia en los estómagos resecados. No hubo mortalidad en la serie

GASTRECTOMÍA EN MANGA EN PACIENTES OBESOS MÓRBIDOS Y CIRROSIS HEPÁTICA

Drs. I. Braghetto, D. Oksenberg, P. Muñoz, O. Korn, E. Lanzarini, H. Valladares, L. Brunet. Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile

La obesidad mórbida se asocia a patologías médicas de las cuales la más frecuente son la hipertensión arterial, dislipidemias, diabetes e hígado graso. Cirrosis hepática no es una patología frecuente pero plantea dificultades en su manejo tanto para el cirujano como para el hepatólogo, derivado de la hipertensión portal, riesgo de hemorragia, ascitis e insuficiencia hepática.

En este estudio se presentan los resultados en 5 pacientes (2 mujeres y 3 hombres) obesos mórbidos y portadores de cirrosis hepática sometidos a gastrectomía en manga. Estos pacientes eran todos Child A, siendo uno de ellos portador de várices esofágicas y ascitis leve.

Las causas de cirrosis fueron: alcohólica (1 paciente), hepatitis autoinmune (1 paciente), hepatitis crónica por Virus Hepatitis C (1 paciente), siendo los tres restantes portadores de Esteatohepatitis no alcohólica (EHNA). El IMC promedio fue de 39,1 (rango 37.2

-49.5) y el peso promedio 107.6Kg (rango 98-125).

Los hallazgos intraoperatorios confirmaron hepatomegalia dura y macronodular y esplenomegalia en todos ellos, con vasos venosos prominentes. Se practicó gastrectomía en manga de acuerdo a nuestra técnica habitual. Las dificultades intraoperatorias se debieron a: 1) Separación hígado 2) Sangramiento línea de sutura, 3) Disección vasos esplénicos y retrogástricos, 4) Sangramiento hepático (biopsia) y en 1 caso se desestimó colecistectomía por colelitiasis concomitante debido a sangrado de adherencias al hígado

Evolución de las pruebas hepáticas (promedio):

	Bilirrubina Total mg/dL	SGOT U/L	SGPTU/L U/L	Fosfatasas Alcalinas U/L	Protrombina %
PreOp	1.1	73.4	76.2	115	84
PostOp	1.2	81	65.5	115	81

El IMC disminuyó de 39.1 a 28.4 al 6to mes. No hubo complicaciones postoperatorias no existiendo mortalidad en la serie.

Conclusión: la gastrectomía en manga es factible de realizar en forma segura con una buena preparación preoperatoria, un cuidadoso procedimiento quirúrgico y un adecuado manejo postoperatorio.

CÁNCER GÁSTRICO EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA SOMETIDOS A BYPASS GÁSTRICO RESECTIVO

Drs. I. Braghetto, A. Burgos, J. Castillo Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile

El By Pass Gástrico es la técnica "Gold Standard" para tratamiento quirúrgico de la obesidad, con resultados a largo plazo con éxito sobre el 90% y muy baja morbimortalidad. En países con alta incidencia de cáncer gástrico se ha sugerido efectuar un Bypass Gástrico con resección del segmento distal del estómago. Japón, Corea, Chile, Colombia, Costarrica y otros países latinoamericanos son países con alta tasa de cáncer gástrico. El protocolo de evaluación preoperatorio de un paciente obeso mórbido candidato a cirugía bariátrica debiera incluir la endoscopia digestiva alta. Se presentan una serie de 3 casos de cáncer gástrico incipientes en pacientes obesos detectados durante el estudio preoperatorio del paciente. Se muestran las características clínicas, endoscópicas e histológicas de estos pacientes los cuales fueron sometidos a cirugía bariátrica resectiva y los resultados postoperatorios.

Caso 1: paciente, de 62 años asintomático consulta por obesidad mórbida severa IMC 48.2 kg/m², Diabético, Hipertenso, Dislipidémico, Esteatosis hepática, Resistencia a insulina (HOMA:4,4) Endoscopia: Ca incipiente antral. Histología: Adenocarcinoma mucocelular, difuso, en anillo de sello. Operación: Gastrectomía total + linfadenectomía D2. Evolución bien. Seguimiento 18 meses: IMC actual 29.5. No recidiva

Caso 2: obesa, 41 años IMC 34.3 kg/m², con síntomas de reflujo hace 1 año. Estudio confirma: Colelitiasis, Resistencia a la insulina (Insulina basal

46.03, (HOMA 10,7). Endoscopia: Ca incipiente antral, ¿Linfoma? Endosonografía: Lesión IIc, de 20 mm, Histología: Adenocarcinoma tubular bien diferenciado intestinal. Operación: Gastrectomía subtotal+ linfadenectomía D2. Evoluciona bien. Seguimiento: 1 año, IMC actual 26, No recidiva. Caso 3: paciente obesa, 51 años, IMC 37 kg/m² asintomática, con estudio completo y endoscopia informada como "normal". Se somete a gastrectomía en manga y en pieza operatoria se descubre Ca incipiente 1/3 en línea de sección de la tubulización gástrica, Adenocarcinoma por lo que la paciente es reoperada para completar gastrectomía total y disección ganglionar D2.

Se analiza los casos y la literatura discutiendo las repercusiones clínicas de estos casos.

Conclusion: Debe incluirse la endoscopia digestiva alta en el protocolo de evaluación preoperatoria del paciente obeso candidato a cirugía bariátrica lo que permite detectar lesiones que potencialmente podrían quedar "in situ", hecho que arriesga la sobrevida del paciente. En nuestra opinión el Bypass resectivo es una opción en países con alta tasa de cáncer gástrico por el eventual sub diagnóstico preoperatorio.

ANÁLISIS PICTOGRÁFICO DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS TARDÍAS EN CIRUGÍA BARIÁTRICA. REPORTE DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Drs. M. Minassian¹, M. Castro², A. Navarrete³, A. Stevenson⁴, C. Urzúa⁵

Residente Cirugía Universidad de los Andes¹
Departamento de Diagnóstico por Imágenes Hospital Militar de Santiago²

Residente Cirugía Universidad de Valparaíso¹
Interno 7o año medicina Universidad de los Andes⁴
Residente Radiología Universidad de los Andes⁵
Hospital Militar de Santiago. Universidad de los Andes. Universidad de Valparaíso.

Introducción: La obesidad es un problema que presenta una alta prevalencia a nivel mundial llegando a alcanzar proporciones de epidemia. Actualmente la cirugía bariátrica es considerada la opción más efectiva para la reducción de peso y optimizar o resolver las comorbilidades asociadas. Dado el creciente aumento en el número de este tipo de cirugías, el cirujano se ve enfrentado a pacientes que pueden ser parte del espectro de complicaciones derivadas de este tipo de intervenciones. Dentro de las herramientas para enfrentar y diagnosticar adecuadamente esta situación, que suele manifestarse en algunas ocasiones como un cuadro de abdomen agudo, está el estudio por imágenes, particularmente la tomografía computada (TAC), que ha demostrado tener una alta sensibilidad y especificidad en su diagnóstico.

Objetivos: Describir las técnicas quirúrgicas más utilizadas en la cirugía bariátrica, las complicaciones tardías más frecuentes y los hallazgos imaginológicos propios de éstas, en especial a la TAC y estudio contrastado de esófago-estómago-duodeno. Realizar una revisión actualizada de la literatura, analizando las características y el rendimiento de las herramientas

radiológicas disponibles para diagnosticar las complicaciones tardías en cirugía bariátrica. Materiales y Métodos: Se estudiaron las fichas clínicas y exámenes por imágenes almacenados en el sistema digital de archivo (PACS) de pacientes con by-pass gástrico, banda gástrica ajustable y gastrectomía vertical en manga atendidos en el Hospital Militar de Santiago por complicaciones tardías, definido por Clavien et al en 1992 como aquellas que ocurren posteriores a los 30 días del post operatorio.

Se presentan casos representativos de las complicaciones más frecuentes y se muestran las imágenes radiológicas que ayudaron al diagnóstico de cada caso.

Además se realiza una revisión bibliográfica de los artículos en inglés y español más importantes relacionados con complicaciones tardías en cirugía bariátrica: aplicando los siguientes términos Mesh de manera combinada: bariatric surgery, gastric bypass, jejunioileal bypass, obesity, biliopancreatic diversion, Complication, sleeve gastrectomy. Las bases de datos utilizadas fueron Medline, EBSCO y Cochrane Database.

Conclusión: Dado el auge que presenta actualmente la cirugía bariátrica, es de gran importancia que el cirujano general y el radiólogo estén familiarizados con las complicaciones potenciales y los hallazgos imaginológicos propios de éstas, que le permitirán realizar un diagnóstico más oportuno y certero, mejorando el pronóstico de sus pacientes. cirugía bariátrica, es de gran importancia que el cirujano general y el radiólogo estén familiarizados con las complicaciones potenciales y los hallazgos imaginológicos propios de éstas, que le permitirán realizar un diagnóstico más oportuno y certero, mejorando el pronóstico de sus pacientes.

TRATAMIENTO DE DIABETES CON BYPASS DUODENAL NO RESTRICTIVO EN PACIENTE CON DAÑO HEPÁTICO CRÓNICO.

Drs. G. Astete¹, G. Arzola², R. Cortés², V. Contreras²

¹ Unidad de Urgencia Hospital Gmo. Grant B. de Concepción; Cirujano Universidad Católica de la Santísima Concepción. ² Hospital Gmo. Grant B. de Concepción, Unidad de Urgencia y Servicios Clínicos. Hospital Gmo. Grant Benavente de Concepción.

El tratamiento de la obesidad severa y mórbida, a través de técnicas mixtas, restrictivas y malabsortivas ha demostrado mejorar la Diabetes asociada e esas condiciones. El análisis de los fundamentos fisiopatológicos de estas condiciones ha permitido plantear el bypass duodenal como una herramienta para controlar la Diabetes, independiente de la presencia de obesidad, logrando resultados alentadores.

Se presenta el caso de una mujer, de 51 años de edad, con antecedentes de Diabetes y Daño Hepático Crónico, a la que el año 2008 se le realizó bypass duodenal, sin restricción gástrica y mejora notablemente su Diabetes. Diagnósticos en agosto de 2008: Obesidad Moderada (IMC= 31.4; Peso 93Kg y Talla 1.72). Diabetes Tipo II; insulino

dependiente, en control GES. Uso diario de Insulina: 50 Unidades de I. Lenta y 22 unidades de refuerzo de I. Rápida. Daño Hepático Crónico Idiopático, No B/C, no por depósitos de Hierro o Cobre, no Autoinmune. Hígado Graso Severo. Hipertensión Portal. Várices Esofágicas tratadas con Ligadura Endoscópica. Esplenomegalia, Hiperesplenismo y Trombocitopenia Secundaria (plaquetas habituales de 40.000). Gastropatía Antral leve e infección por H. Pylori tratada.

La condición clínica de la paciente se resume en un conjunto de patologías de orden metabólico; donde la obesidad y el daño hepático por hígado graso se relacionan de sobremanera, causando la mayoría de las enfermedades descritas. Evaluada por sus médicos tratantes (Internista, Hematólogo, Gastroenterólogo) se planifica preparación para intentar bypass duodenal, dado que el aumento de los requerimientos de insulina son muy ascendentes.

El 08/08/2008 se explora video-laparoscópicamente, encontrando várices gástricas grandes y abundantes, que contraindican cualquier tipo de resección gástrica. Se realiza sección de primera porción duodenal y duodeno yeyuno anastomosis, con asa alimentaria de 150cm y biliopancreática de 50cm. Las anastomosis se realizan por vía laparoscópica; debiendo realizar laparotomía al final de la cirugía, por duda en hemoperitoneo, con sensación de ser superior a lo habitual, lo que fue negativo para hemorragia importante: A dos años de seguimiento, la calidad de vida de la paciente es mejor, no usa Insulina; usa Januvia 100mg/día, mantiene normoglicemia diaria, no existe progresión de su daño hepático y su baja de peso se mantiene estable en 15 kilos menos

FILTRACION POSTERIOR A GASTRECTOMIA VERTICAL TUBULAR LAPAROSCOPICA. MANEJO NO INVASIVO A PROPÓSITO DE UN CASO.

Drs. JE. Contreras, J. Bravo, I. Court, J. Hamilton, C. Maldonado, J. Lobos, C. Díaz-Valdés, D. Villao
Unidad de Cirugía Bariátrica y Metabólica / Clínica Santa María

Introducción: La Gastrectomía Vertical Tubular Laparoscópica (GVTL) se ha convertido en una opción viable en el tratamiento de la Obesidad. Una de las complicaciones más temida y grave de este procedimiento es la filtración a través de la línea de grapas.

Materiales y Métodos: Se presenta un caso de fuga a través de la línea de grapas posterior a GVTL, que se manejó en forma no invasiva principalmente por medio de drenaje y prótesis endoscópica. **Caso Clínico:** Hombre de 26 años, 3 días posterior a GVTL presenta taquicardia y fiebre. Se realiza una Tomografía Computada del abdomen (TC) que revela una colección en relación a la unión esófagogástrica. Paciente es drenado bajo TC con éxito. Se suspende la dieta y se inicia Nutrición Parenteral Total (NPT) y terapia antibiótica. Una segunda colección es drenada también bajo TC. A medida que los débitos de los drenajes aumentan,

se decide la exploración endoscópica que demuestra una pequeña filtración vecina a la unión gastroesofágica en relación a la línea de grapas. Se instala una prótesis endoscópica autoexpandible metálica abarcando el sitio de la filtración. La instalación de la prótesis condujo a la disminución gradual de los débitos y permitió la consiguiente realimentación progresiva, facilitando así el cierre de la fistula. La prótesis fue retirada a las 6 semanas, luego de un estudio contrastado negativo para fistula. La recuperación del paciente fue completa. **Conclusión:** El uso de drenajes bajo TC junto con la utilización de prótesis endoscópicas aparece como una opción segura y factible para el manejo de una filtración gástrica de la línea de grapas posterior a GVTL. La de-tección precoz, el drenaje y el enfrentamiento multidis-ciplinario aparecen como los principios más importantes en el manejo de este tipo de complicaciones.

HERNIA INTERNA SECUNDARIA A BYPASS GÁSTRICO. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE TEMA

Dr. JP Cisternas¹, Int. C. Quiroga², Dr. L Revello³, Dr. JJ Gallardo³

¹Becario de Cirugía General Universidad de Chile,

²Interna de Medicina P. Universidad Católica de Chile,

³Cirugía Bariátrica Clínica Vespucio

Introducción: La cirugía bariátrica tiene un rol potencialmente curativo de la obesidad, con reducción de peso del 60% a 70% a 10 años, asociado al Bypass Gástrico (BPG). Entre sus complicaciones está la obstrucción intestinal secundaria a hernias internas, presentado en el siguiente caso clínico. **Caso Clínico:** Paciente de 31 años con antecedentes de BPG Laparoscópico Antecólico hace 7 años y embarazo de 35 semanas. Ingresó a Urgencia por cuadro de 6 horas de dolor abdominal, interpretado como actividad uterina; se condujo trabajo de parto vaginal sin incidentes. Evolucionó con persistencia de dolor abdominal difuso, vómitos alimentarios y taquicardia. Al examen abdomen blando, distendido, sensible difusamente, RHA aumentados. Estudio destaca amilasa y lipasa mayor a 1000 y leucocitosis; se interpretó como Pancreatitis Aguda manejada médicamente. Evolucionó en malas condiciones requiriendo UCI. Se realizó TAC de abdomen que evidenció gran distensión intestinal, líquido libre, páncreas aumentado de tamaño, sin compromiso de grasa peripancreática ni necrosis. Con diagnóstico de obstrucción intestinal se realizó laparotomía exploradora, que mostró fondo gástrico dilatado con perforación en curvatura menor, sin signos de isquemia; se realizó aseo y descompresión gástrica. Fue reexplorada en 24 horas detectándose asa biliar de Y de Roux herniada entre mesenterio de yeyuno ascendente y mesocolon transverso (Hernia de Petersen), la cual se redujo, con posterior cierre de defecto. Paciente egresó en buenas condiciones tras 38 días de hospitalización; seguimiento a 6 meses viva.

Discusión: Las hernias internas secundarias a BPG Laparoscópico tienen una incidencia de 2.51%. Los sitios más comunes son el defecto del mesocolon transverso en la técnica retrocólica (69%); espacio entre el mesenterio de la pata de Y de Roux y el mesocolon transverso o Espacio de Petersen (18%); y el defecto mesentérico de la entero-enterostomía (13%). Se describe que la técnica antecólica, el posicionamiento de la pata de Roux a la derecha y el cierre del defecto mesentérico con suturas corridas, no absorbibles, disminuirían el riesgo de hernias internas, temas que aún están en discusión. El diagnóstico es difícil y lo más importante es una alta sospecha, en pacientes con dolor abdominal sin causa específica, con antecedente de BPG. La clínica y examen físico son poco determinantes; la TAC de abdomen tiene utilidad si es analizada tanto por un radiólogo como por un cirujano bariátrico. Sin embargo, el diagnóstico definitivo y eventual resolución están dados por la realización precoz de laparoscopia o laparotomía diagnóstica.

MANEJO MÉDICO DE LITIASIS BILIAR POST CIRUGÍA BARIÁTRICA

Drs. P. Becerra, F. León, N. Jarufe, G. Pérez
Departamento de Cirugía Digestiva, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: La litiasis biliar es un problema frecuente en el paciente bariátrico. Las alternativas actualmente incluyen la colecistectomía ante la presencia o aparición de litiasis y el tratamiento médico profiláctico durante el período de baja de peso. El objetivo de este reporte es dar a conocer un caso de éxito de tratamiento médico de una litiasis desarrollada durante la baja de peso, evitando con esto en forma indefinida un tratamiento quirúrgico. **Caso Clínico:** Paciente sexo masculino de 44 años, operado (Gastrectomía en Manga) por obesidad severa y comorbilidades. La ecografía abdominal preoperatoria descartó la presencia de litiasis. Al octavo mes postoperatorio por dolor abdominal intermitente se realiza una ecografía que demuestra la presencia de microlitiasis. Inició tratamiento con Acido Ursodeoxicólico con buena respuesta clínica y a los 4 meses de tratamiento el control ecográfico descartó la presencia de litiasis. El paciente se encuentra actualmente asintomático a los 18 meses de seguimiento.

Discusión: Este reporte apoya la idea que en el manejo de litiasis de aparición reciente posterior a cirugía bariátrica es factible intentar una disolución médica.

CIRUGÍA REVISIONAL DE GASTRECTOMÍA EN MANGA. CONVERSIÓN A BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO.

Drs. E. Norero A. Escalona, C. Boza, F. Crovari, F. Pimentel, G. Pérez, L. Ibáñez, A. Raddatz, R. Funke.
Departamento de Cirugía Digestiva, División de Cirugía, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La gastrectomía en manga laparoscópica (GML) es una técnica utilizada cada vez con

mayor frecuencia en nuestro país. Se presenta el caso de una paciente mujer de 36 años, con antecedente de GML 3 años atrás, que presentó reganancia de peso por lo que se decidió conversión a bypass gástrico laparoscópico (BPGL). **Técnica:** Se utilizan 5 trocares. Se liberan adherencias entre el hígado, estómago y epiplón. Se accede a la cara posterior del estómago. Disección completa del pilar izquierdo del diafragma, liberando el fondo gástrico. Se esqueletiza pequeña porción de la curvatura menor del estómago. Sección del estómago en forma transversal. Resección del fondo gástrico con stapler, calibrando bolsa gástrica con sonda de 34F. Yeyuno-yeyuno anastomosis mecánica y asa alimentaria en Y de Roux de 150 cms. gastro-yeyuno anastomosis manual en 2 planos. Se extrae segmento de fondo gástrico resecaado.

Resultado: Procedimiento de 2 hrs de duración. El postoperatorio es sin complicaciones y se da el alta al tercer día.

Conclusión: La conversión de MGL a BPGL es una alternativa factible en pacientes seleccionados con reganancia de peso.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE PACIENTE CON DIABETES MELLITUS Y ANTICUERPOS ANTI-GAD POSITIVO

L. Gutiérrez, E. Lanzarini, J.C. Molina, R. Lasen, V. Araya, K. Papapietro, J. Zúñiga, A. Csendes
Departamento de Cirugía, Anestesia y Servicio de Endocrinología. Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: La diabetes mellitus (DM) representa una compleja mezcla de genes, constituyendo una enfermedad órgano específica con un importante componente de autoagresión celular y con marcadores humorales detectables en la circulación. Los anti-GAD son auto anticuerpos específicos contra la enzima glucamato descarboxilasa. En el caso de DM insulino dependiente o de aparición tardía (LADA) constituye el mejor marcador de la enfermedad. Dentro del protocolo de manejo quirúrgico de DM, es universalmente aceptado que todos los marcadores inmunológicos sean negativos.

Caso Clínico: Paciente masculino de 57 años de edad quien consulta en marzo de 2009 por un cuadro de DM de 5 años de evolución en tratamiento con hipoglicemiantes orales (metformina 1700 mg/día y glibenclamida 10 mg/día), con regular control metabólico y con la intención de tratamiento quirúrgico de su enfermedad. El estudio solicitado demuestra una glicemia en ayunas de 247 mg/dl y una hemoglobina glicosilada de 7,4%. La reserva pancreática es aceptable con un péptido C de 1,1 ng/ml. Dislipidemia mixta severa con triglicéridos de 375 mg/dl. La ecotomografía abdominal informa colelitiasis e hígado graso y el estudio inmunológico demuestra un marcador anti-GAD positivo. En su primera consulta tiene un peso de 105.3 kilos, una talla de 1.76 mts y un IMC de 33.9. En base a esos antecedentes el paciente se diagnostica como portador de una DM no insulino dependiente de aparición tardía (LADA). Se presenta al comité de cirugía

metabólica de nuestra institución y se decide autorizar su cirugía en base a su componente bariátrico. Se interviene en Junio de 2009, realizándose una gastrectomía subtotal 95 % con gastroyeyuno anastomosis en Y de Roux y exclusión duodeno yeyunal 2 x 1. La evolución post operatoria es favorable con una mejoría en control metabólico precozmente, siendo dado de alta al cuarto día con una glicemia de 97 mg % y sin hipoglicemiantes orales. El seguimiento a un año de su cirugía demuestra un excelente control metabólico con glicemias en ayunas que no superan los 100 mg/dl, hemoglobina glicosilada de 5.4 % y un IMC de 22.

CASO CLÍNICO: MANEJO MÉDICO DE LITIASIS BILIAR POST CIRUGÍA BARIÁTRICA

Drs. P. Becerra, F. León, N. Jarufe, G. Pérez
Departamento de Cirugía Digestiva, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: La litiasis biliar es un problema frecuente en el paciente bariátrico. Las alternativas actualmente incluyen la colecistectomía ante la presencia o aparición de litiasis y el tratamiento médico profiláctico durante el período de baja de peso. El objetivo de este reporte es dar a conocer un caso de éxito de tratamiento médico de una litiasis desarrollada durante la baja de peso, evitando con esto en forma indefinida un tratamiento quirúrgico. **Caso Clínico:** Paciente sexo masculino de 44 años, operado (Gastrectomía en Manga) por obesidad severa y comorbilidades. La ecografía abdominal preoperatoria descartó la presencia de litiasis. Al octavo mes postoperatorio por dolor abdominal intermitente se realiza una ecografía que demuestra la presencia de microlitiasis. Inició tratamiento con Acido Ursodeoxicólico con buena respuesta clínica y a los 4 meses de tratamiento el control ecográfico descartó la presencia de litiasis. El paciente se encuentra actualmente asintomático a los 18 meses de seguimiento.

Discusión: Este reporte apoya la idea que en el manejo de litiasis de aparición reciente posterior a cirugía bariátrica es factible intentar una disolución médica.

CASO CLINICO: TRATAMIENTO QUIRURGICO DE PACIENTE CON DIABETES MELLITUS Y ANTICUERPOS ANTI-GAD POSITIVO"

L. Gutiérrez, E. Lanzarini, J.C. Molina, R. Lasen, V. Araya, K. Papapietro

J. Zúñiga, A. Csendes

Departamento de Cirugía, Anestesia y Servicio de Endocrinología. Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: La diabetes mellitus (DM) representa una compleja mezcla de genes, constituyendo una enfermedad órgano específica con un importante componente de autoagresión celular y con marcadores humorales detectables en la circulación. Los anti-GAD son auto anticuerpos específicos contra la enzima glucamato descarboxilasa. En el caso de DM insulino dependiente o de aparición tardía (LADA) constituye el mejor marcador de la enfermedad. Dentro del protocolo de manejo quirúrgico de DM, es universalmente aceptado que todos los marcadores inmunológicos sean negativos. **Caso Clínico:** Paciente masculino de 57 años de edad quien consulta en marzo de 2009 por un cuadro de DM de 5 años de evolución en tratamiento con hipoglicemiantes orales (metformina 1700 mg/día y glibenclamida 10 mg/día), con regular control metabólico y con la intención de tratamiento quirúrgico de su enfermedad. El estudio solicitado demuestra una glicemia en ayunas de 247 mg/dl y una hemoglobina glicosilada de 7,4%. La reserva pancreática es aceptable con un péptido C de 1,1 ng/ml. Dislipidemia mixta severa con triglicéridos de 375 mg/dl. La ecotomografía abdominal informa coelitis y hígado graso y el estudio inmunológico demuestra un marcador anti-GAD positivo. En su primera consulta tiene un peso de 105.3 kilos, una talla de 1.76 mts y un IMC de 33.9. En base a esos antecedentes el paciente se diagnostica como portador de una DM no insulino dependiente de aparición tardía (LADA). Se presenta al comité de cirugía metabólica de nuestra institución y se decide autorizar su cirugía en base a su componente bariátrico. Se interviene en Junio de 2009, realizándose una gastrectomía subtotal 95 % con gastroyeyuno anastomosis en Y de Roux y exclusión duodeno yeyunal 2 x 1. La evolución post operatoria es favorable con una mejoría en control metabólico precozmente, siendo dado de alta al cuarto día con una glicemia de 97 mg % y sin hipoglicemiantes orales. El seguimiento a un año de su cirugía demuestra un excelente control metabólico con glicemias en ayunas que no superan los 100 mg/dl, hemoglobina glicosilada de 5.4 % y un IMC de 22.

APENDAGITIS: HALLAZGO INTRAOPERATORIO

Drs. J. Morales^{1,2}, V. Monsalve², I. Toro², C. Yáñez²
¹ Jefe Internado Cirugía, Universidad Católica de la Sma. Concepción. ² Servicio Cirugía, Hospital Clínico Herminda Martin. ³ Internos Medicina, Universidad Católica de la Sma. Concepción, Hospital Herminda Martin, Universidad Católica de la Santísima Concepción

Introducción: La Apendagitis Epiploica o también llamada Apendicitis epiploica o epiploiditis hemorrágica, es una condición clínica benigna y autolimitada que resulta de la torsión o trombosis venosa espontánea de los apéndices epiploicos, que son pequeñas estructuras pedunculadas, digitiformes llenas de grasa y cubiertas por serosa que se localizan en el borde anti-mesentérico del colon. Históricamente su diagnóstico ha sido un hallazgo intraoperatorio, sin embargo actualmente gracias al progreso tecnológico, la ultrasonografía y la tomografía axial computada han logrado identificarla en forma pre-operatoria aunque no siempre estén disponibles.

Caso Clínico: Paciente varón de 37 años, sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos conocidos, consultó en servicio de Urgencia del Hospital Clínico Herminda Martin por cuadro de dolor abdominal localizado en fosa iliaca derecha, de inicio insidioso, progresivo y de carácter punzante, de dos días de evolución asociado a dos episodios de vómitos y diarrea. Al ingreso se encontraba en buenas condiciones generales, hemodinámicamente estable, afebril (t° 36,4°C axilar), sin alteraciones en examen cardiopulmonar y en el examen de abdomen solo destacaban signos de irritación peritoneal. Sus exámenes de laboratorio resultaron normales, excepto una leve disminución de las plaquetas a 127.000/uL. Sin embargo, frente a la persistencia del cuadro clínico se sospecha Apendicitis Aguda, decidiendo ingreso a pabellón para resolución quirúrgica. Se realiza Laparotomía de Mc Burney. Dentro de la cavidad abdominal se constata apéndice de epiplón torcido, junto a apéndice cecal de aproximadamente 3 x 4 cm. Se extrae y se realiza apendicectomía profiláctica.

Discusión: La Apendagitis se presenta como dolor abdominal de los cuadrantes inferiores, más frecuente al lado izquierdo, en un paciente con buenas condiciones generales y afebril; es un diagnóstico diferencial de apendicitis y diverticulitis. El laboratorio generalmente está normal. El diagnóstico de Apendagitis es imageneológico (ecografía abdominal o tomografía axial computada) y en ocasiones se realiza intraoperatoriamente, por ejemplo en una apendicectomía en blanco, como fue este caso. La apendagitis epiploica es una enfermedad autolimitada que puede ser manejada de forma conservadora con antiinflamatorios orales.

Un diagnóstico erróneo puede llevar a procedimientos médico-quirúrgicos innecesarios.

IMPACTO DE LA TÉCNICA DE SUTURA EN COMPLICACIÓN DE LA HERIDA OPERATORIA EN APENDICECTOMÍA. REVISIÓN DE 500 CASOS.

Drs. P.Stevens, E. Mena; Enf. L.Morales
Servicios de Cirugía- Equipo de Cirugía Plástica. Hospital Higuera de Talcahuano Cátedra de Cirugía Universidad de Concepción.

Introducción: Con la introducción de la técnica aséptica y los esfuerzos para disminuir la incidencia de infección de la herida operatoria, como la depuración de la técnica quirúrgica, el advenimiento de la antibioprofilaxis, incorporación de nuevos materiales de sutura y el conocimiento moderno de la infectología, se ha contribuido al cambio de la conciencia quirúrgica, reflejada en el manejo de las heridas operatorias, desterrando arraigadas conductas terapéuticas, las que a la luz del conocimiento, no tienen justificación, como el dejar las heridas sin suturar, en las de apendicitis complicadas; esperando una cicatrización por segunda intención. El objetivo de esta revisión es evaluar la repercusión del material y técnica de sutura, en la incidencia de infección de la herida operatoria en el abordaje clásico de Mc-Burney en Apendicectomía. **Material y Métodos:** Revisión de fichas clínicas de 500 pacientes sometidos a apendicetomía, intervenidas en el Servicio de Urgencias del Hospital Las Higuera de Talcahuano, en los años 2008 y 2009, que cumplieron con los criterios de inclusión de apendicitis aguda, antibioprofilaxis, abordaje por incisión de Mc-Burney y sutura de la herida operatoria. Se evalúa el impacto de la técnica y material de sutura en la infección de la herida operatoria; con seguimiento hasta la obtención de la biopsia y retiro de puntos. **Resultados:** La edad promedio fue de 21.9 años (rango 2-68); el 47 % mujeres, 53 % hombres; un 18 % con enfermedad asociada (hipertensión 7 %, diabetes 6%, ambas 3 %). Los hallazgos macroscópicos del apéndice fueron 69.6 % flegmonosa, 28.8 % necrótica, 2.4 % abscedada, 3.2 % peritonitis localizada. El material de sutura mas empleado fue el monofilamento 89.6 % (sutura separada 57.8 %, sutura continua 20.4 %, intradérmico 11.4 %) un 9.6 fue suturada con seda (2.6 % continua y 7 % separada), 0.8 % otros materiales. Un 28.8 % recibió antibióticos en el pos operatorio (8.3 % de los apéndices flegmonosos y en el 100 % de los no flegmonosos). El promedio de hospitalización fue de 2.18 días (rango 1-15), según el aspecto macroscópico del apéndice, en los apéndices flegmonosos de 1.7 días; para apéndices necróticos 3.5 días; para las peritonitis y apéndices

abscedadas 4.8 días. La complicación de la herida operatoria fue de 3.2 % (1.6 % abscesos; 0.6 infección mínima; 1 % seroma). La sutura de la herida en apéndices flegmonosas fue 38 % continua y 62 % separada. La complicación fue seroma en 1.4 % (todas sutura continua). La sutura de la herida en apéndices necróticos fue 75.8 continua y 24.2 separada; la complicación de la herida fue 5 abscesos (4 sutura separada y 1 sutura continua) y 1 infección menor con sutura intradérmica. Los apéndices abscedados recibieron sutura continua y su complicación fue 1 seroma de la herida operatoria. Las heridas en peritonitis localizadas un 56 % recibió sutura continua, el 44 % sutura separada; sus complicaciones fue 1 absceso y una infección menor de la herida; ambas con sutura separada. Resultados: La sutura de la herida operatoria en las apendicectomías, no incide en aumentar la incidencia de la infección de la herida.

ABSCESO HEPÁTICO POR LISTERIA MONOCYTOGENES: REPORTE DE UN CASO

Drs. H. Ríos¹, C. Onetto², C. Estay³, G. Schiappacasse⁴
¹Jefe Departamento Cirugía Hospital Militar, ²Residente de Cirugía Universidad de los Andes, ³Interna Medicina Universidad de los Andes, ⁴Radiólogo Hospital Militar, Hospital Militar de Santiago

Las infecciones por *Listeria Monocytogenes*, ocurren generalmente asociadas a estados de inmunosupresión. La mayoría de los casos se asocian a cuadros de meningitis o bacteremia primaria. Manifestaciones distintas a las ya mencionadas son excepcionales.

Reportamos el caso de un paciente de sexo masculino, 57 años, diabético en tratamiento. Presenta cuadro clínico de 3 meses, que comienza con 2 semanas de compromiso del estado general y fiebre de hasta 40°. A las 2 semanas, la fiebre se torna intermitente, y se agregan mialgias, anorexia y baja de peso. Es hospitalizado para estudio con 1.5 meses de evolución. Se realiza Tomografía Computada (TC), donde se detectan en hígado 2 lesiones hipodensas de 25 mm en segmento 8 y otras 2 en segmento 7 y 6 de 52 y 59 mm. En el tercio medio del riñón derecho se describe imagen de 25 mm sugerente de carcinoma de células renales. Es derivado a Hospital Militar para su manejo. Se inicia estudio de diseminación del cáncer renal. En los exámenes de laboratorio destacan; leucocitos 7.4 K/uL, baciliformes 11%, VHS 75 mm/hr. En TC destaca hígado con defectos focales hipodensos en segmentos hepáticos 7 y 8 (8 cm), caudado (2,5 cm) y 6 y 7 (8 cm). Se inicia tratamiento antibiótico empírico con Ceftriaxona y Metronidazol intravenosos. Se realiza punción percutánea guiada por TC de lesión hepática, obteniendo líquido purulento, cuyos cultivos resultan positivos para *Listeria Monocytogenes*. Se inicia tratamiento con Ampicilina y Sulbactam por 3 días, Ampicilina intravenoso 16 días más. A los 10 días se constata

regresión parcial de lesiones en TC, colección subcapsular de 4 cm en segmento VI hepático. Se instala drenaje percutáneo por 5 días. Se completa tratamiento con Amoxicilina vía oral por 4 semanas. Responde favorablemente, asintomático, con regresión progresiva de lesiones. Las infecciones hepáticas por *Listeria Monocytogenes* son excepcionales. Existen 2 mecanismos de infección propuestos; llegada a circulación hepática posterior a una bacteremia, y translocación bacteriana al sistema portal posterior a colonización entérica. En los casos reportados, sin manifestaciones extrahepáticas, el motivo de consulta son síntomas inespecíficos, de inicio insidioso. Existen 3 patrones distintos de infección hepática; absceso único, abscesos múltiples y hepatitis. Los casos reportados de abscesos solitarios han sido en pacientes diabéticos. El manejo es la terapia antibiótica prolongada. No se ha establecido si el drenaje de los abscesos, acorta el tiempo de tratamiento y resolución de la infección.

DUPLICACIÓN DEL APÉNDICE VERMIFORME. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Dr. Manuel Grez I. Alumno Sr. Francisco Vera O.
Hospital base de Curicó, Chile.

Introducción: Las variaciones anatómicas del apéndice vermiforme son raras y escasas e incluyen la ausencia, la hipotrofia, la duplicación y triple presentación apendicular. De todas ellas la más frecuente es la duplicación. Su incidencia no es mayor a un 0.004% entre las apéndices resecaadas y no más de cien casos a nivel mundial han sido reportados.

Objetivo: Informar de un caso clínico que presentó esta rara variante anatómica en una apendicectomía de urgencia

Material y métodos: Paciente de sexo masculino de 33 años previamente sano, subfebril con dos días de dolor epigástrico irradiado a fosa ilíaca derecha con posterior signo de blumberg positivo, al cual se le realizó una apendicetomía de urgencia, encontrándose en el intraoperatorio un apéndice ubicado en una posición normal, gangrenado y perforado, rodeado de líquido turbio purulento que se resecaó con técnica clásica. Al realizar aseo y lavado quirúrgico de zona perioperatoria se encontró casualmente más arriba y lateral otro apéndice macroscópicamente sano, a unos tres centímetros, inserto en una tenia coli, realizándose también una nueva apendicectomía. La biopsia confirmó el diagnóstico de duplicación apendicular, con una apendicitis con gangrena y perforación apendicular en la primera y una periapendicitis en la segunda apéndice. **Resultados:** Según se han ido describiendo sus diferentes presentaciones anatómicas, estas se clasifican en 4 tipos: A o en "escopeta" con un apéndice bífido inserto en un solo ciego. B con dos apéndices insertas en un solo ciego, pero separadas por su base entre sí, con dos subtipos, B1 o tipo "ave", con apéndices simétricamente ubicadas a cada lado de la válvula íleo cecal, similar a un ave

volando con sus alas desplegadas. B2 o tipo "Tenia Coli" con un apéndice en posición normal y otra a un par de centímetros inserta en una de las tenias. C con duplicación cecal y con un apéndice en cada uno de los ciegos, este tipo generalmente asociado a duplicaciones intestinales y urogenitales. D o tipo en "herradura" con dos apéndices separados en su base, insertos en un solo ciego que se unen a distal en su apex dando la forma similar a una herradura. En este caso sería una duplicación tipo B y del subtipo B2. Su diagnóstico macroscópico diferencial sería la presencia de un divertículo único inflamado, junto a un apéndice sano, pero se describe que el divertículo suele estar en el ángulo interno por debajo de la válvula íleo cecal y en el estudio histológico carece del tejido linfoide característico del tejido apendicular. La importancia de conocer lo anterior, así como las teorías embriológicas que la explican ayudarán a realizar una mejor exploración en apendicetomías de emergencias para evitar dejar un apéndice supernumerario olvidado y no pesquisado, que pudiera traer a futuro dudas diagnósticas o complicaciones clínicas y médicas legales, en un paciente que ya ha sido previamente apendicetomizado.

OPONENTOPLASTIA TIPO CAMITZ COMO TRATAMIENTO DE SECUELAS DEL SINDROME DE TUNEL DEL CARPO CRONICO

Drs. E. Aliaga¹, G. Zaluth², J. De Gervais³
1. Residente de Cirugía Plástica y Reparadora Enfermería 11 Santa Casa de misericordia RJ Brasil, Cirujano en el Equipo de Cirugía Plástica Hospital Eduardo Pereira Valparaíso. 2. Cirujano Plástico, Santa casa de misericordia, enfermería 11
3. Jefe de servicio enfermería 11 Cirugía Plástica y reparadora de mano santa casa de misericordia RJ Brasil. Enfermería 11 Cirugía Plástica y reparadora de mano, Santa Casa de misericordia RJ - Brasil

La pérdida de movimiento más devastadora en lesiones altas o bajas del nervio mediano es la falta de oponencia del pulgar.

El síndrome de túnel del carpo crónico tiene gran compromiso de la musculatura tenar siendo insuficiente su descompresión y necesario otros procedimientos para mejorar la oposición del pulgar. El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia clínica y resultados utilizando la técnica oponentoplastia de Camitz es decir la trasferencia del tendón palmar menor al musculo abductor corto del pulgar, asociado a la descompresión del túnel del carpo. Se estudiaron 10 pacientes del ambulatorio del servicio con síndrome de túnel de carpo crónico, hipotrofia muscular tenar y disminución de fuerza de pinza. Se evaluó la fuerza de pinza y el grado de oponencia pre y postoperatorio con los test de la pera y Kapandji respectivamente.

La edad media de los pacientes fue de 46,3 años, el 60% presentaron la secuela en la mano dominante y el 40% en la mano no dominante. Se obtuvo una mejora significativa en todos los pacientes tanto de la fuerza de pinza y oponencia del pulgar. Un paciente presento una infección de herida operatoria que se

resolvió con antibioticoterapia, y otro paciente evoluciono con una fibrosis cicatricial que se resolvió con fisioterapia.

Se concluye que la oponentoplastia con técnica de Camitz asociada a descompresión del túnel del carpo proporciona una ganancia de fuerza y mejora la oponencia del pulgar sin otras repercusiones funcionales.

MANEJO DEL TRAUMA RENAL EN EL HOSPITAL DE URGENCIA DE LA ASISTENCIA PÚBLICA.

REVISIÓN DE 5 AÑOS.

Dr. R. Peña¹, D. Soto², C. Vega²

¹Cirujano, Hospital de Urgencia Asistencia Pública. ²Estudiante de Medicina, Universidad de Santiago de Chile

Introducción: El Trauma Renal es relativamente frecuente, sobre todo en núcleos urbanos con alta densidad poblacional y se presenta en el 10% de los pacientes politraumatizados. Objetivo: Describir el manejo del trauma renal en un centro de referencia de pacientes politraumatizados. Paciente y Método: Análisis descriptivo retrospectivo de 44 pacientes ingresados por trauma renal entre el período 2005-2009. Registro obtenido de revisión de fichas clínicas del período mencionado. Resultados: El promedio de edad fue 34 años. Del total, 90,9% son hombres y 9,1% mujeres. El 27,27% son consumidores de drogas, tabaco y/o alcohol. El promedio de días de hospitalización fue de 4,39 días. El mecanismo lesional fue 56,8% contuso y 43,2% penetrante. De los contusos, 44% fue accidente de tránsito, 24% agresión física, 20% caída de altura y 12% otro. De los penetrantes (43,2% del total), por arma blanca fue el 79% y por arma de fuego 21%. El 79,6% presentó hematuria y el 20,4% no presentó. El diagnóstico, en 21 pacientes (47,7%) se utilizó Eco-Abdominal, en 9 casos (20,4%) solo clínico, en 7 (15,9%) Eco-Abdominal y TAC Abdominal, en 6 (13,6%) TAC Abdominal únicamente y en 1 (2,3%) fue hallazgo intraoperatorio. El riñón izquierdo fue afectado en el 56,8%, el riñón derecho en el 40,9% y en 1 (2,3%) hubo lesión bilateral. Del total, el 34,1% presentó lesiones asociadas y el tratamiento fue conservador en 75% y quirúrgico 25%. Del total de los pacientes con manejo conservador, 75,8% fueron traumas contusos y 24,2% fueron penetrantes. Todos los pacientes manejados quirúrgicamente sufrieron trauma penetrante. Se realizó nefrectomía en 6,8% del total. Los 25 pacientes (100%) que sufrieron trauma contuso se manejaron conservadoramente. El 47,7% tiene correlación entre diagnóstico de ingreso y egreso, y el 63,6% no tiene. Conclusiones: El trauma renal es una patología que se presenta en pacientes jóvenes de sexo masculino, con baja comorbilidad previa. El mecanismo lesional más frecuente fue penetrante por arma blanca, seguido de accidentes de tránsito. El diagnóstico se realizó principalmente con ecotomografía abdominal. El riñón izquierdo fue el más afectado y en la mayoría de los casos el manejo fue conservador. El manejo quirúrgico fue exclusivo de pacientes con trauma renal penetrante y la nefrectomía fue infrecuente.

APENDICITIS AGUDA EN SITUS INVERSUS TOTALIS: REVISIÓN A PROPOSITO DE UN CASO.

Drs. M. Figueroa S., R. Valenzuela R., R. Alarcón V.
Servicio de Cirugía Hospital Regional de Rancagua.

Resumen: La posición normal de los órganos se denomina situs solitus y la condición en la cual los órganos tóracoabdominales se fijan en una perfecta imagen en espejo inversa de la posición normal, se denomina situs inversus totalis. El síndrome puede incluir la transposición de vísceras torácicas, abdominales, o lo que es más común, de ambas. Situs Inversus Totalis es una condición genética rara, sin una morfogénesis clara, de herencia autosómica recesiva y una incidencia estimada de 1: 20000 en la población general. De esta manera, el cuadro de apendicitis aguda en un paciente con situs inversus totalis es aún menos frecuente. Nuestro caso clínico trata de un paciente de 53 años, sexo masculino, con antecedentes médicos de asma bronquial y rinitis, antecedentes quirúrgicos de hernia inguinal bilateral y quiste testicular. Consulta por cuadro de 72 horas de evolución de dolor abdominal intenso y progresivo en flanco y fosa ilíaca izquierda, náuseas, fiebre hasta 38°C, sin diarrea ni vómitos, pero con claros signos de irritación peritoneal. Al examen físico destaca paciente estable, hidratado, conciente y orientado, abdomen depresible, con aumento de resistencia en flanco y fosa ilíaca izquierda, Blumberg esbozado a este nivel. Destaca un examen pulmonar normal, pero con una auscultación cardíaca que muestra ruido regular en dos tiempos sin soplos con choque de la punta a derecha, lo que alerta al tratante y hace sospechar desde ese momento un situs inversus totalis. Al laboratorio destacan: leucocitosis de 15.500/mm³ y desviación a izquierda (granulocitos de 89.3%; linfocitos de 8.3%). Se solicita TC de abdomen y pelvis que confirma el diagnóstico. Situs inversus Totalis es una malformación anatómica muy poco frecuente que complica tanto el diagnóstico como el manejo del Dolor Abdominal Agudo. En esta condición, en la que los órganos torácicos como abdominales se encuentran situados como perfectas imágenes en espejo de su posición normal, es indispensable tener un alto índice de sospecha y realizar en cada paciente un examen físico riguroso y completo, incluyendo la auscultación cardiopulmonar.

CUERPO EXTRAÑO TRANSFIXIANTE YEYUNAL. REPORTE DE UN CASO

M. Fernández, I. Jacobovsky, F. Montoya, P. Macaya, L. Espíndola
Servicio de Cirugía Hospital Militar de Santiago.
Facultades de Medicina Universidad de Valparaíso y Universidad de los Andes

Introducción: la ingestión de cuerpos extraños es un problema común, generalmente accidental e inadvertido, que desarrolla un amplio espectro de manifestaciones clínicas agudas y crónicas. **Objetivo:**

presentar el caso de una paciente portadora de un cuerpo extraño transfixiante yeyunal operada en el Hospital Militar de Santiago el año 2010, y realizar una revisión bibliográfica de esta patología. **Caso clínico:** paciente mujer, 82 años de edad, cardiópata coronaria, hipertensa y apendicectomizada. Consulta por cuadro clínico de dos semanas de evolución caracterizado por dolor cólico intermitente en hemiabdomen superior. Al examen físico destaca abdomen blando, depresible, sensible en epigastrio e hipocondrio derecho, sin signos peritoneales ni masas palpables, ruidos hidroaéreos normales. Exámenes de laboratorio sin alteraciones significativas. Tomografía axial computada de abdomen y pelvis revela asa de intestino delgado engrosada asociada a presencia de cuerpo extraño lineal denso de 3.5 centímetros de longitud que penetra asa de yeyuno, proceso inflamatorio de tejido adiposo regional y escaso líquido libre intraperitoneal. Se realiza laparoscopia exploradora convertida, resección de 7 centímetros de yeyuno abarcando segmento perforado por cuerpo extraño descrito (palo de canela) y enteroentero anastomosis terminoterminal. Evoluciona sin complicaciones y es dada de alta al quinto día postoperatorio. **Discusión:** la mayoría de los casos de ingestión de cuerpo extraño se puede manejar de forma conservadora. En caso de perforación del tracto gastrointestinal, que ocurre en menos del 1% de los casos, el tratamiento es quirúrgico idealmente vía laparoscópica, con resección o sutura intestinal, extracción del cuerpo extraño y aseo peritoneal según hallazgos intraoperatorios.

ACCIDENTE VASCULAR MESENTERICO PERIODO 2002 –2008, HOSPITAL LAS HIGUERAS DE TALCAHUANO.

Drs. R. Baier C., R. Urrea C., J. Quintana V., J. Gundelach M., R. Valladares V., F. Bravo C., L. Gutierrez S.

Servicio de Cirugía - Hospital Higuera Talcahuano.
Facultad de Medicina - Universidad de Concepción.

Introducción. El Accidente Vascular Mesentérico (AVM) es una entidad clínica de baja frecuencia y la sospecha clínica precoz es fundamental en el pronóstico. El objetivo es caracterizar a los pacientes que presentaron este cuadro en base a diversas variables.

Material y Metodo. Se realizó un estudio retrospectivo a 41 fichas de pacientes con AVM durante el periodo 2002 a 2008 diagnosticados por laparotomía exploradora.

Resultados. El 68,3% (n:28) correspondió al sexo femenino, la edad promedio fue de 68,8 +/- 16,18 años. Dentro de las condiciones mórbidas asociadas el 75,6% eran hipertensos, fibrilación auricular en 53,7%, y cardiopatía coronaria 24,4%. En relación al cuadro clínico el 100% presento dolor abdominal, 89% con algún grado de deshidratación, y el 39% signos de irritación peritoneal. Leucocitosis en el 80,5%, acidosis metabólica en el 92%, amilasa sobre 150 y 300 mg/dl en el 40 y 13,3% respectivamente, y PCR sobre 10 mg/dl en el 60%

de los pacientes.

Los principales diagnósticos al ingreso fueron: abdomen agudo 58,5%, gastroenteritis aguda 12,2%, y sólo en el 5% de los pacientes se sospecho AVM. El tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas y la cirugía fue en promedio 64 horas y el transcurrido desde el ingreso hasta la laparotomía 24,6 +/- 21,6 horas. En el 100% se realizó laparotomía exploradora siendo en el 54% de los pacientes el único procedimiento, 29,3% resección intestinal y laparostomía contenida en el 17%.

En relación al tipo de AVM el 61% correspondió a embolia arterial, 39% trombosis arterial y en el 12,2% trombosis venosa. La mortalidad fue de un 75,6% y esta ocurrió dentro de las 48 horas de realizada la laparotomía.

Conclusion. AVM son una patología poco sospechada en urgencia, debido a lo inespecífico de su sintomatología, influyendo esto en el diagnóstico tardío y en el pronóstico.

CPER. EXPERIENCIA EN SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL EL PINO (SSMS)

Ints. S. Aguirre¹, A. Medina², Dr. I. Valle³
¹Interno Medicina Universidad de Chile, ²Interno Medicina Universidad Andrés Bello, ³Cirujano Hospital El Pino

Introducción: La colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPER) es una técnica endoscópica que en la actualidad ofrece posibilidades terapéuticas principalmente en tres categorías de enfermedades: trastornos del tracto biliar, pancreático y ampulares.

En Chile, debido a la alta prevalencia de las enfermedades del tracto biliar es una técnica que es aún más requerida y utilizada.

El objetivo de este trabajo es analizar los resultados de la CPER en pacientes con enfermedad hepatopancreatobiliar entre noviembre de 2009 hasta junio 2010 en el Hospital El Pino.

Es un estudio retrospectivo, descriptivo realizado mediante la revisión de los informes de procedimiento de pacientes sometidos a CPER en el Hospital El Pino (SSMS).

Resultados: Se realizaron 287 procedimientos con un promedio de edad de 55 años con rango entre 16 y 93 años. La distribución por género fue de un 71% a mujeres y 29% a hombres.

La premedicación se realizó en un 93% con propofol, midazolam 1%, anestesia general 1%. En un 5% no se consignó el fármaco utilizado.

Existe gran dispersión en el diagnóstico que motiva el procedimiento. En un 45% fue por sospecha de coledocolitiasis, 18% por ictericia obstructiva, 8% por dilatación de vía biliar, 4,5% por neoplasias mientras que en un 4% fue por colangitis. Se demostró coledocolitiasis en un 48%, colangitis en un 15%, neoplasias en un 7%. En un 9% la CPER fue informada como normal, mientras que en un 5% fue considerada frustra.

En coledocolitiasis, la extracción de cálculo se logró en un 87% mientras que en un 9,4% se instaló

prótesis de vía biliar.

Discusión: Los resultados expuestos concuerdan con los que se muestran en distintas series nacionales e internacionales.

La gran mayoría de los procedimientos se realizaron a mujeres lo que se condice con la distribución por sexo que la patología biliar tiene en nuestro país. Debido a que el procedimiento se realiza en pabellón el manejo anestésico se lleva a cabo por médico especialista lo que explica el uso de propofol como fármaco de elección.

La gran dispersión en el diagnóstico que motiva la CPER puede estar en contexto de ausencia de métodos diagnósticos de certeza en el centro estudiado (Colangio-resonancia)

El principal diagnóstico fue la coledocolitiasis seguido por colangitis y neoplasias.

DIVERTICULITIS DE COLON DERECHO EN HERNIA INCISIONAL COMPLICADA, CAUSA INFRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

M. Figueroa¹, R. Sandoval², D. Sarkis³, L. Araneda³

¹Cirujano General, Servicio Cirugía, Hospital Regional Rancagua, ²Médico Cirujano, Capacitante en Cirugía General, Hospital Regional Rancagua, ³Interno Medicina 7mo Universidad San Sebastian Hospital Regional Rancagua

Introducción: La obstrucción intestinal consiste en la detención completa y persistente del contenido intestinal a lo largo del tubo digestivo. Etiológicamente se deben diferenciar las de causa funcional, de las de origen mecánico, que a su vez pueden deberse a alteración intraluminal, de la pared o extraluminal.

La causa más frecuente de obstrucción mecánica en pacientes previamente sometidos a cirugía son las adherencias, seguidas por las hernias externas, las que, si desencadenan compromiso vascular, serán llamadas obstrucción mecánica estrangulante, correspondiendo a urgencia quirúrgica. Debido a la baja frecuencia y particularidad que tiene la detección de un caso de obstrucción intestinal secundario a herniación incisional conteniendo divertículo de colon derecho abscedado, es que decidimos presentar el siguiente caso clínico. **Caso Clínico:** Paciente, sexo femenino, de 66 años de edad, con antecedentes de colecistectomía por laparotomía de Kocher, y posterior hernioplastía con malla. Consulta debido a cuadro de 3 días de evolución caracterizado por dolor abdominal difuso de tipo cólico y ausencia de tránsito intestinal, asociado a vómitos biliosos y aumento de volumen en zona incisional. Al examen destaca aumento de volumen herniario en pared abdominal en relación a laparotomía Kocher doloroso a la palpación e irreductible, por lo que se hospitaliza con diagnóstico de Hernia Incisional Atascada.

En el acto quirúrgico se aprecian grandes hernias de laparotomía Kocher en margen lateral, atascada con gran saco abscedado con contenido de divertículo

cecal perforado y absceso extenso de pared abdominal.

Se realiza reducción herniaria, resección de divertículo cecal y cecorrafia; apendicectomía y drenaje de absceso de la pared abdominal, seguido de herniorrafia. Se decide concluir dejando piel abierta para nuevo aseo quirúrgico e instalación de malla. En el Post operatorio se maneja con antibioticoterapia según cultivos, evolucionando favorablemente con posterior cierre definitivo de la piel.

Discusión: Con este planteamiento clínico pretendemos generar conciencia con respecto a la gran variedad etiológica a tener en cuenta al enfrentarnos a un paciente con cuadro correspondiente a obstrucción intestinal, donde muchas veces se llegará a diagnóstico definitivo sólo luego del acto quirúrgico.

USO DE rFVIIa EN EL TRATAMIENTO DE HEMORRAGIAS DE DIFÍCIL CONTROL. REPORTE DE UNA SERIE DE CASOS.

Dr. J.P. Cisternas¹, Int. C. Quiroga², Dr. R. Díaz³, Dr. S. Valdés⁴

¹Becario Cirugía General. Universidad de Chile, ²Interna Medicina P. Universidad Católica de Chile, ³Servicio Anestesiología Clínica Las Condes, ⁴Jefe Unidad de Tratamiento Intensivo Clínica las Condes.

Introducción: El factor VII recombinante activado (rFVIIa) se utiliza para tratar pacientes hemofílicos con hemorragia. Se investiga actualmente su utilidad en pacientes no hemofílicos, con hemorragia y coagulopatía establecida, en los que han fallado tratamientos convencionales. El objetivo primario es evaluar la eficacia del rFVIIa en el tratamiento de hemorragias de difícil control, en un grupo heterogéneo de pacientes con coagulopatías de diversas causas. Objetivos secundarios incluyen la seguridad y efectos adversos. Métodos: Estudio retrospectivo, que incluye a todos los pacientes no hemofílicos que requirieron rFVIIa como parte de su tratamiento para controlar hemorragias, en el

Centro de Pacientes Críticos de la Clínica Las Condes, entre Junio del 2007 y Mayo del 2009. Se consideró edad, género, peso, diagnóstico de ingreso; se registró cantidad y tipo de hemoderivados administrados, hematocrito, hemoglobina, recuento de plaquetas, TP, INR y TTPA antes y después de la administración del rFVIIa; y se registró detención del sangrado, complicaciones relacionadas con coagulopatías y mortalidad. Resultados: Durante este período se usó rFVIIa en 17 pacientes para controlar hemorragias, de los cuales 12 fueron en contexto postoperatorio (trasplante; cirugía cardiovascular, torácica y digestiva); cuatro fueron por coagulopatías de causa médica (falla hepática, trombolisis y neoplasia más anticoagulantes); y uno de causa obstétrica (metrorragia puerperal). Todos fueron sometidos a tratamientos convencionales para control de hemorragias previo o concomitante al uso del rFVIIa, incluyendo hemoderivados, procedimientos quirúrgicos y/o uso de otras drogas hemostáticas. Quince pacientes (88%) completaron el seguimiento dentro del periodo establecido y son los incluidos en el análisis. Se observó detención de hemorragia en 8 pacientes (53.3%) luego de la primera dosis de rFVIIa, que asciende a un 73.3% luego de una segunda dosis. Se observó resultados parciales en 3 pacientes, y un caso persistió sangrando pese a reiteradas dosis. Se registró un paciente con complicación trombótica en contexto neoplásico asociado a terapias invasivas intravenosas. Seis pacientes fallecieron durante la hospitalización (uno por hemorragia refractaria, cinco por causas no relacionadas a coagulopatías). Conclusiones: El rFVIIa parece ser útil para controlar hemorragias refractarias al tratamiento convencional. Tiene escasa asociación con trombofilias y no se ha asociado a otras complicaciones. Son necesarios mayores estudios para evaluar el real impacto sobre el control de coagulopatías en los subgrupos analizados, las dosis necesarias y las potenciales complicaciones. No es posible sugerir indicaciones categóricas basadas en estos resultados, pero son promisorios para continuar investigando en esta línea.

Poster: CIRUGIA PLÁSTICA Y REPARADORA

COLECCIÓN PERI PROTÉSICA TARDÍA, SECUNDARIA A ERITEMA NODOSO MEDICAMENTOSO.

Drs. P. Stevens, R. Baier; Enf. Luisa Morales.

Servicios de Cirugía- Equipo de Cirugía Plástica. Hospital Higuera de Talcahuano.

Cátedra de Cirugía - Universidad de Concepción.

Introducción: El eritema nodoso (EN) es una paniculitis, sin vasculitis. Es un síndrome plurietiológico caracterizado por brotes de nódulos cutáneos inflamatorios y dolorosos, que afectan predominantemente a las extremidades inferiores. Las lesiones cutáneas son precedidas por fiebre y consisten en múltiples nódulos de aparición aguda, solevantados, eritematosos y dolorosos, de tamaño y número variable. Su resolución se alcanza en un plazo de 1-3 semanas, dejando una discreta hiperpigmentación residual, sin ulceración ni atrofia; es típico su carácter recidivante. Su etiología puede ser infecciosa, ocasionada por medicamentos o de origen desconocido; Siempre que existan síntomas agudos relacionados con una prótesis mamaria, es lógico plantear una complicación de esta, siendo nuestra obligación descartar la infección o ruptura. El objetivo de esta presentación es dar a conocer la extraña asociación de EN a la ingesta de omeprazol; presentándose un cuadro clínico inflamatorio, asociado a fiebre, aumento de volumen y calor local, en relación a una prótesis mamaria, que obligó a su exploración quirúrgica.

Material y Métodos: Se presenta caso clínico, en una paciente, con historia de dos episodios de EN idiopático, previo; a quien se le practicó una mamoplastía de aumento con Prótesis Mamaria de Silicona, que a los dos años de su intervención, con ocasión de un nuevo episodio de EN, presentó colección inflamatoria, dolorosa, peri protésica. Los exámenes preoperatorios e imágenes, obligaron a su revisión.

Resultados: Paciente de 37 años, casada, madre de dos hijos, con antecedentes de EN, de causa no precisada; sintomática gástrica; portadora de hipoplasia mamaria sintomática, IMC 20; sometida en febrero del 2008 a mamoplastia de aumento, mediante prótesis bilateral de silicona texturizada, perfil anatómico retro muscular de 285 cc; con excelente evolución post operatoria. En marzo del 2010 sufrió recidiva de EN, asociado a fiebre, dolor y aumento de volumen en mama izquierda; la ecografía fue categórica en afirmar colección peri protésica, asociada a ruptura; su exploración evidenció 200 cc de exudado peri protésico sero hemático, con cultivo negativo, con prótesis indemne; se reinsertó prótesis. Su evolución clínica y sintomática posterior fue excelente. La biopsia de la cápsula descartó vasculitis. Presenta episodio similar a los 30 días en la otra mama. Los exámenes

y de laboratorio descartaron presencia de cuadro reumatológico y séptico. La ecografía evidenció colección peri protésica; esta vez se realizó manejo conservador y sintomático. El interrogatorio dirigido evidenció la ingesta de omeprazol como factor común, para calmar las molestias gástricas del stress sufrido por los daños en su casa y trabajo, ocasionado por el terremoto del 27 de febrero. Su suspensión se asocio a la remisión total y absoluta de la clínica. Conclusiones: Se trata de una manifestación clínica muy rara del EN, ocasionada por un medicamento, que se manifestó como una reacción autolimitada en torno a cuerpo extraño. La oportuna interpretación de los hallazgos, sugirieron un tratamiento conservador.

RELACIÓN DE LOS IMPLANTES MAMARIOS Y CÁNCER

Drs. M. Zamorano; M. Marín; M. Loo; L. Lobos.
Equipo de Cirugía Plástica y Oncológica. Depto. Cirugía, Hospital Regional de Antofagasta. Facultad de Medicina, Universidad de Antofagasta.

El cáncer de mama a nivel mundial incluyendo a Chile representa una alta incidencia y alta tasa de mortalidad, por lo que lleva consigo un elevado temor en nuestra población. Si a esta situación asociamos el factor de los implantes mamarios incrementa la angustia de padecer esta enfermedad y presentar dificultades con su diagnóstico. Por lo que nuestro objetivo es analizar la asociación de implantes mamarios y cáncer. Nuestro diseño metodológico incluyó una revisión de la literatura incluyendo los estudios multicéntricos, controlados, ensayos clínicos aleatorios, revisiones y meta-análisis. Evidenciando 318 estudios bajo este concepto. En asociación a la causalidad de cáncer de mama, en nivel de evidencia 2 y 3, bajo estudios de cohortes y caso controles desde el año 1986 hasta el año 2007, el riesgo sería menor o igual a la de la población general. En cuanto al diagnóstico las pacientes con implantes mamarios, los tumores serían en mayor porcentaje palpables (estadísticamente significativo), sin tener implicancias en el tamaño tumoral ni en el estadiaje del mismo, sin embargo en las pacientes con tumores palpables las mamografías negativas fueron significativamente mayor en las pacientes con implantes mamarios. El pronóstico es similar en ambos grupos.

Al analizar los cáncer extramamarios existen estudios contradictorios es así como en pacientes con implantes mamarios se ha observado un mayor porcentaje de cáncer de pulmón, cervico uterino, vulva, vagina, cerebro y linfáticos. Siendo pacientes en bajo número, algunos estudios con diseños metodológicos deficientes, no pudiendo concluir si esta asociado a los implantes mamarios en sí o a otros factores como el estilo de vida de los pacientes.

BOLSILLO RETROAURICULAR PARA EL MANEJO DE URGENCIA DEL TRAUMA AURICULAR

Drs. M. Zamorano; M. Marín; M. Loo; L. Lobos
Equipo de Cirugía Plástica y Oncológica. Depto. Cirugía, Hospital Regional de Antofagasta. Facultad de Medicina, Universidad de Antofagasta.

Los traumatismos son frecuentes a edad temprana, dentro de estos es un capítulo de múltiples desafíos el trauma auricular, dada su alta complejidad debido a las concavidades, convexidades, cartilago y piel delgada. Siendo reportados en la literatura comúnmente amputaciones auriculares, y siendo rara la publicación de avulsiones parciales, teniendo como opciones la reimplantación microquirúrgica, prótesis, injertos y colgajos. El estar expuesto a urgencias es importante contar con técnicas de relativa sencillez y alta eficacia. Como objetivo queremos describir la técnica quirúrgica de bolsillo retroauricular para el manejo primario del trauma auricular con avulsión parcial y pérdida de la piel del pabellón auricular, en un centro con alta demanda quirúrgica de urgencia sin posibilidad de microcirugía en tales situaciones.

Presentamos el caso de un paciente de sexo femenino, de 6 años de edad, quien es trasladada desde la vía pública posterior a sufrir un atropello. Ingresa con diagnósticos de traumatismo encefalo craneano leve, policontusa, y trauma auricular complejo. A la evaluación quirúrgica destaca desforramiento sub total del pabellón auricular derecho, compromiso cartilaginoso estando este expuesto, con pérdida parcial y fragmentos conminutos del mismo. Se realiza el mismo día aseo quirúrgico, se rescatan fragmentos cartilaginosos, fijándolos entre sí. Se conserva toda la piel restante, se talla colgajo retroauricular, ocultando los fragmentos cartilaginosos. En una segunda etapa quirúrgica se levanta el colgajo retroauricular, realización de colgajo de rotación para el lóbulo auricular e injerto dermoepidérmico para el defecto retroauricular resultante. Evolucionó en forma favorable, sin complicaciones con un resultado estético aceptable. Las técnicas microquirúrgicas se han reportado como fiables, sin embargo tienen algunas desventajas como, tiempo quirúrgico prolongado, mayor riesgo de complicaciones, aumento en los días de hospitalización y requerimientos de un centro con experticia en este tipo de cirugías. Creemos que la técnica expuesta, es simple y confiable, ya que permite una gran superficie de contacto aumentando las probabilidades de supervivencia de los tejidos, además de mantener la conexión cutánea suficiente del cartilago para evitar la distorsión debido a la cicatrización.

ÚLCERAS POR PRESIÓN EN HOSPITAL DR. SOTERO DEL RIO. MANEJO QUIRÚRGICO.

Drs. F. Deichler¹, E. Torres^{1,2}, P. Gaete³, H. Leytor¹, M.A. García-Huidobro²

¹Equipo de Cirugía Plástica, Hospital Dr. Sotero del Río. ²Departamento de Cirugía Plástica, Escuela de Medicina, Hospital Clínico, Pontificia Universidad Católica de Chile. ³Servicio Cirugía, Hospital Dr. Sotero del Río.

Introducción: Las úlceras por presión son un problema frecuente en pacientes postrados, parapléjicos o con largas hospitalizaciones, en los que se asocian patologías concomitantes como desnutrición, diabetes, anemia entre otras. Los pacientes del sistema público muchas veces no logran contar con una red a apoyo social, agravando más sus patologías. En estos pacientes es fundamental la prevención.

Objetivo: presentar una experiencia el manejo quirúrgico de las úlceras por presión de una serie de pacientes en el Hospital Dr. Sotero del Río. **Material y método:** Se realizó una revisión retrospectiva de la ficha clínica de pacientes con diagnóstico de úlceras por presión sometidos a procedimientos quirúrgicos, entre enero 2009 a mayo 2010 en el Hospital Dr. Sotero de Río. Se describen edad, sexo, comorbilidades asociadas, localización de la lesión, tiempo de evolución; infección asociada; resolución quirúrgica; complicaciones postoperatorias.

Resultados: Se presenta una serie de 10 pacientes; 7 hombres y 3 mujeres. Edad promedio 50,3 años (27-82). 5 casos se asociaron a lesiones neurológicas previas al desarrollo de la úlcera. Localización: 8 isquiáticas, 4 sacras, 1 trocánter, 1 glútea, 1 dorsolumbar y 1 talón. El tiempo de evolución promedio fue 55,5 meses. En un total de 16 lesiones; 10 de ellas fueron tratadas quirúrgicamente luego de los aseos. Se realizaron 9 colgajos y 1 injerto dermo epidérmico. El resto se manejó solo con aseos quirúrgicos. En 4 pacientes hubo infección asociada, demostrada con cultivo de tejido. Hubo 2 complicaciones postoperatorias: en ambos casos infección de herida operatoria con dehiscencia secundaria que requirieron reintervención para aseo quirúrgico. No hubo mortalidad operatoria. **Conclusión:** Nuestra serie tiene características similares a las descritas en la literatura. Las úlceras por presión se presentan en pacientes con condiciones predisponentes. La cirugía juega un rol importante en su manejo; sin embargo en este tipo de pacientes el tratamiento comienza con la prevención, en especial en nuestros pacientes, en quienes en la mayoría de los casos no cuentan con una red a apoyo social.

LIPOINYECCIÓN DE PANTORRILLAS, PRESENTACIÓN DE LA TÉCNICA Y RESULTADOS.

Drs. R. Hoppmann¹, M. Meruane¹, D. González¹, P. Wisnial¹, A. Hasbún¹, Int. I. Correa²

¹Centro de Cirugía Plástica, Clínica Tabancura
²Universidad del Desarrollo

La estética de las piernas juega un rol cada vez más importante en la visión corporal de mujeres y hombres, si bien hay casos severos de atrofia de causa neurológica, la mayor parte de los pacientes consulta por una hipotrofia constitucional. El tratamiento en los últimos años ha sido la prótesis silicona en el espacio subfascial. Sin embargo la lipoinyección que es una buena alternativa para el aumento de partes blandas no ha sido muy utilizada

en esta región. Por otro lado las prótesis de silicona tienen complicaciones como infección, contractura capsular, extrusión, desplazamiento, erosión ósea y síndrome compartamental.

El objetivo de este trabajo es presentar la técnica de lipoinyección grasa en pantorrillas y evaluar los resultados en el mediano plazo. Se presentará además 1 caso de retiro de prótesis mal posicionadas (subcutáneas) y su reemplazo por esta técnica. Se incluyen 2 pacientes de sexo femenino edad promedio de 43,5 años, a 1 de las cuales se le realiza el retiro de prótesis simultáneo.

La técnica comienza con lipoaspiración de cintura y algún área de lipodistrofia, el lipoaspirado se decanta, se retira la fracción vascular y se obtiene grasa pura. Se lipoinyecta en forma intramuscular en la región gemelar medial y lateral completando un volumen promedio de 275cc por pierna. El perímetro promedio de circunferencia mayor preoperatorio en la región gemelar fue de 31,5 cm y se llegó a un promedio postoperatorio de 35 cm. En el control del primer mes el perímetro fue de 34 cm el cual se mantuvo a los 6 meses de seguimiento. Se obtuvieron los controles fotográficos preoperatorios y a los 6 meses

Consideramos que el aumento de pantorrillas con tejido autólogo ofrece varias ventajas. El área donde se injerta el tejido adiposo es bien irrigada y permite mantener un volumen en el plazo evaluado. Si bien un reporte previo plantea un segundo tiempo de inyección, no hemos tenido tal necesidad y en el caso que fuera necesario no traduce un inconveniente mayor.

ABDOMINOPLASTÍA EN HOMBRES

Drs. R. Hoppman¹, M. Meruane¹, D. González¹, P. Wisnía¹, A. Hasbún¹, Int. I. Correa²

¹ Centro de Cirugía Plástica, Clínica Tabancura

² Universidad del Desarrollo

La cirugía del contorno corporal representa aproximadamente el 25% de nuestra actividad operatoria, dentro de este grupo la abdominoplastia predomina en un más del 50%. En los últimos años hemos presenciado un aumento en el grupo de pacientes masculinos que consulta para esta resolución, el enfrentamiento es totalmente distinto al grupo femenino ya que el hombre presenta una distribución centrípeta y más visceral de la grasa, con mayor diástasis superior de los músculos rectos abdominales y habitualmente consulta por aspectos puntuales del abdomen, raramente consulta por el dorso y se cuestiona la cicatriz abdominal inferior. El objetivo del trabajo es cuantificar la proporción poblacional masculina de esta muestra que realiza el procedimiento, evaluar el fenotipo y las causas mayores de consulta, así como algunos aspectos técnicos quirúrgicos.

Se incluyeron 8 pacientes con edad promedio de 35 años, de los cuales 5 presentaban grandes bajas de peso post cirugía bariátrica, 2 con baja de peso importante por dieta y 1 presentaba cicatrices abdominales múltiples de cirugías previas y hernias incisionales. El procedimiento se realizó asociado a lipoaspiración de abdomen y otras áreas corporales

en diferentes cuantías en un 100% de los casos con lipoinyección glútea en un 25% de los casos. El postoperatorio se manejó en forma habitual con drenajes por un período aproximado de 3 días, faja y kinesiterapia. No hubo seromas, ni reoperaciones. 1 paciente presentó muerte súbita a los 45 días postquirúrgico probablemente por TVP.

Podemos concluir que en los últimos años ha aumentado el número de pacientes masculinos sometidos a abdominoplastia principalmente por la cirugía bariátrica. La técnica clásica de abdominoplastia no cambia en este grupo de pacientes, excepto en el manejo de la pared abdominal y en las zonas de lipoaspiración asociadas. La satisfacción general luego del procedimiento es alta.

COLGAJO BILOBULADO EN EPITELIOMAS BASOCELULARES NASALES

Drs. P. Castillo, A. Troncoso, P. Fuentes, S. Danilla, A. Prado, M. Feres

Hospital de Carabineros de Chile. Clínica Santa María

Introducción: La nariz es el área con mayor incidencia de epitelomas basocelulares. La reparación de defectos secundarios a su resección, puede ser un desafío, ya que se trata de una estructura de compleja anatomía, localizada en el centro de la cara. En términos generales para lesiones de entre 6 a 15 mm, nuestra opción es el colgajo bilobulado, que corresponde a un colgajo de rotación y transposición de 2 lóbulos, entre los que se reparte la carga funcional. Permite restaurar la cobertura cutánea, con piel de características similares, evitando distorsiones en la forma nasal.

Material y Método: Revisión retrospectiva de 10 pacientes intervenidos entre el 2007 y 2008 en Clínica Santa María y Hospital de Carabineros. Cirugía ambulatoria con anestesia local y biopsia rápida. Se determinó presencia de complicaciones y grado de satisfacción del paciente.

Resultados: En todos los pacientes el colgajo bilobulado permitió el cierre del defecto. No hubo sufrimiento, infección, hematoma o dehiscencia. Frecuentemente se formó una oreja de perro, a nivel de punto de pivote del primer lóbulo, sin embargo, siempre se aplanó. No fue necesario realizar retoques. En 2 pacientes se produjo una retracción alar leve, que se corrigió con masajes. Los resultados cosméticos, fueron evaluados como adecuados por el equipo médico tratante y todos los pacientes manifestaron un alto nivel de satisfacción.

Discusión: El epiteloma basocelular representa un 80% de los cánceres cutáneos. El 86% se presenta en la cabeza y de ellos un 25% en la nariz. Su tratamiento quirúrgico, puede ser un desafío, debiéndose tener presente principios, como eliminar completamente el tumor, dar una cobertura cutánea lo más parecida a la original, evitar distorsiones nasales y minimizar las cicatrices. El colgajo bilobulado es nuestra elección para la para defectos nasales de entre 6 a 15 mm de diámetro y que constituyen la mayor parte de los que evaluamos. Fue descrito por Esser en 1918, para la reconstrucción

de lesiones del ala nasal. Más recientemente Mc Gregor y Soltar redefinieron su geometría y aplicaciones. Los lóbulos del colgajo fueron descritos de tal manera que sean los radios de un círculo en cuya circunferencia cae el borde del defecto. Cada lóbulo debe rotar 90 grados o menos, para lo cual es necesario elevarlos hasta sus bases o más allá, para tener una buena rotación. Debido al movimiento de los lóbulos el defecto del área dadora puede cerrarse sin dificultad.

COLGAJO RETROAURICULAR EN ISLA: UNA OPCION UTIL EN LA RECONSTRUCCION DE CONCHA EN MICROTIA

Drs. C.G. Morovic, S. Searle, C. Vidal, C. Florin
Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna – Cirugía Plástica Infantil, Clínica Las Condes.

Se presenta una variación a la técnica de Nagata modificada para reconstrucción auricular. Proponemos el uso de un colgajo retroauricular (retro remanente auricular) en isla, como un aporte de piel extra, con buena viabilidad, versátil y reproducible para la reconstrucción de la concha en los pacientes con microtia. Éste colgajo permite una excelente cobertura de la concavidad de la concha y parte del marco cartilaginosa, logrando una buena profundización de esta, cierre sin tensión y reduciendo el riesgo de sufrimiento y necrosis de colgajos. Se describe el diseño del colgajo y la técnica quirúrgica. Ésta innovación puede ser utilizado tanto en la cirugía primaria como en otros tiempos quirúrgicos de la reconstrucción. Nuestra experiencia consta de 15 casos consecutivos de reconstrucción auricular en microtia tipo lobular desde octubre del 2009 hasta la fecha. En relación a los resultados, se logro buena definición y profundización de la concha, lo que le da un aspecto muy natural a la oreja reconstruida, así como permite una mejor retención de los audífonos. Las complicaciones fueron menores (dehiscencia y necrosis marginal de parte del colgajo en un caso), y que se solucionó con pequeño avance del mismo colgajo. Estos resultados nos permiten recomendar este colgajo como una opción útil, fácil y reproducible en la difícil tarea de la reconstrucción auricular.

RECONSTRUCCIÓN ESCROTAL TOTAL CON COLGAJO DE ARTERIA PUDENDA INTERNA BILATERAL (COLGAJO DE SINGAPOUR). CASO CLÍNICO.

Drs. B. Dagnino¹, E. Torres², R. Cabello¹, J.P. Sorolla¹, M. Fontbona¹.

¹Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Militar de Santiago.

²Residente de Cirugía Plástica, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La fasciitis necrotizante genital y perianal cursa con una rápida progresión clínica, requiriendo un manejo quirúrgico agresivo para lograr control local. Existen varias alternativas de reconstrucción escrotal, que van desde injertos

dermoepidérmicos hasta colgajos miocutáneos. Una excelente alternativa es el colgajo fasciocutáneo de arteria pudenda (colgajos de Singapur), descrito por Wee y cols. en 1989 para reconstrucción vaginal. Material y Método: Se reporta un caso de un paciente adulto cuyo defecto escrotal secundario a una fasciitis se reconstruyó completamente con este colgajo.

Caso Clínico: Hombre de 81 años, diabético tipo II. Consultó al servicio de urgencia de nuestro centro por 5 días de dolor y aumento de volumen escrotal. Ingresó séptico, en la zona genital presentaba necrosis total de escroto con signos de infección local y regional, se realizaron aseos quirúrgicos logrando control local. Se reconstruyó el escroto con dos colgajos de Singapur de 6 x 12 cms.

Resultado: El paciente evoluciona favorablemente. Es dado de alta al 10º día postoperatorio (20 días de hospitalización). Evolución en el largo plazo con cobertura escrotal satisfactoria y estable, sin morbilidad y con inervación sensitiva completamente funcional. No presentó complicaciones cicatriciales. Conclusión: El colgajo fasciocutáneo de arteria pudenda, es una muy buena alternativa en reconstrucción escrotal, logrando en un tiempo quirúrgico dar cobertura testicular fisiológica, estable y sensible, con buenos resultados estéticos y funcionales.

EXPERIENCIA INICIAL: RESCATE PARCIAL DE EXTREMIDAD, ALTERNATIVA A LA DESARTICULACIÓN EN PACIENTES GRAVEMENTE QUEMADOS

Drs. M. Sylvester, J. Villegas (), V. Peña, C. Albornoz. (*)Jefe Servicio de Quemados HUAP*
Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: La desarticulación de una extremidad se plantea frecuentemente en pacientes con gran compromiso de partes blandas, óseo y vascular. En el equipo de quemados se planteó una alternativa quirúrgica a la desarticulación a nivel del hombro, amputando a nivel del tercio proximal del brazo, con el objetivo de optimizar la funcionalidad y estética mediante la utilización de prótesis. Materiales y Métodos: Experiencia de dos pacientes ingresados a la unidad de quemados con quemaduras en extremidad superior derecha y compromiso de funcionalidad de brazo, antebrazo y muñeca. Frente a la severidad de las lesiones se plantea posible desarticulación a nivel del hombro. Pensando en el uso de prótesis posteriormente, se decide la amputación a nivel del tercio proximal del brazo y cierre de muñón con colgajos locales de músculos no comprometidos.

Resultados: Son admitidos dos pacientes de 18 y 34 años con quemaduras eléctricas de alto voltaje y por fuego, de un 27% y un 6% SCT respectivamente. En ambos destaca extensas lesiones del brazo derecho, comprometiendo 8% y 4% de la SCT respectivamente, compromiso cutáneo, muscular y exposición ósea en el extremo proximal del húmero. Por esto último, se plantea la desarticulación como solución definitiva. En el equipo se propone la

amputación a nivel del tercio proximal del húmero a modo de rescate parcial de la extremidad. En ambos casos se cierra el muñón con colgajos remanentes locales. Los pacientes evolucionaron satisfactoriamente, siendo dados de alta. Actualmente se encuentran en control en policlínico de seguimiento de quemados para continuar la rehabilitación con el uso de prótesis del brazo derecho.

Discusión: En cirugías de urgencia con severo compromiso de la extremidad a nivel proximal, se plantea con frecuencia la desarticulación. Trayendo como consecuencia la dificultad en la reinserción en la vida cotidiana y laboral de los pacientes. Esta experiencia inicial ofrece una alternativa, mediante la amputación a nivel tercio proximal y el uso de colgajos remanentes para crear un muñón que pueda sustentar una prótesis, y así permitir una rehabilitación mayor y precoz.

Conclusión: La amputación del brazo a nivel del tercio proximal es una alternativa planteable a la desarticulación. Lo cual permite el uso posterior de una prótesis, mejorando así la funcionalidad y la estética de la extremidad del paciente.

QUEMADURAS GENITALES, EXPERIENCIA DE 10 AÑOS DEL HOSPITAL DEL TRABAJADOR Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Drs. M.F. Ayala, S. Llanos, R. Mandujano, R. Roa, P. Leniz, Á. Cuadra, J.L. Piñeros, T. Larach, W. Calderón

Hospital del Trabajador, Departamento de Cirugía plástica.

Introducción: Las quemaduras del área perineal-genital son altamente infrecuentes, generalmente asociada a niños, ancianos o en contexto de grandes quemados, dada la ubicación anatómica compleja son de difícil manejo generando secuelas estética, funcionales y psicológicas importantes. **Materiales y Métodos:** revisión retrospectiva de la casística del Hospital del Trabajador desde el año 1999 al 2010, revisando específicamente los pacientes ingresados con el diagnóstico de gran quemado o quemadura perineal. Se revisaron las fichas clínicas, archivos fotográficos, tratamiento y seguimiento de los pacientes. Se realizó un análisis estadístico descriptivo con Excel.

Resultados: Durante los 10 años analizados se trataron 572 con el diagnóstico de gran quemado, de ellos solo se encontraron 6 pacientes con quemaduras en el área perineal, y 24 pacientes perineales exclusivas, la superficie corporal (SC) comprometida varió desde 0.001% a un 64%, la edad promedio fue 39 años (rango 29-74 años), predominando en 84% el sexo masculino, el área más frecuentemente afectada fue genital 75% de los casos. El agente causal fue agua caliente en 75% de los casos, y la profundidad fue mayormente de segundo superficial, el tratamiento requerido fue curaciones en la mayoría de los pacientes y un 12% requirió escarpectomía tangencial y injerto. No se registró mortalidad en la serie, la rehabilitación fue acorde a la SC comprometida y las secuelas psicológicas del Hospital del Trabajador en el manejo de estos pacientes.

Conclusión: En resumen, las quemaduras perineales son extremadamente infrecuentes, asociadas a grandes quemados o a accidentes domésticos, sin aumento de la mortalidad por sí, pero en contexto de pacientes graves y dado su difícil localización anatómica son un desafío para los tratantes. Deben ser tratadas en centros especializados con un equipo multidisciplinario a cargo de tanto del tratamiento en agudo como las secuelas estética funcionales y psicológicas para los pacientes.

USO DE ZETOPLASTÍAS MÚLTIPLES FASCIOCUTÁNEAS EN TERRITORIOS PREVIAMENTE INJERTADOS

Drs. W. Calderón, A. Paillalef, M. F. Ayala, R. Roa

Servicio de Cirugía Plástica y Quemados Hospital del Trabajador de Santiago. * Residente Cirugía Plástica Universidad de Chile.

Introducción: La zetoplastia única o múltiple es una herramienta de reconocido valor en el tratamiento de las bridas retráctiles, especialmente en pliegues de extremidades. Es una técnica sencilla, de bajo costo comparativo. La solución a estas bridas retráctiles en territorios injertados se puede lograr con resección de la brida y tejido vecino más injertos de Piel Total o Integra más IDE, o bien con el uso de colgajos fasciocutáneos de elevación compleja generando secuelas en la piel sana vecina. El actual trabajo tiene como objetivos:

informar sobre el uso de las zetoplastias múltiples en territorios injertados previamente. sobre la técnica de elevación de colgajos de la zetoplastia en territorios injertados, con la condición de incorporar la fascia aporta las perforantes necesarias para la sobrevida del colgajo.

Material y Métodos: Revisión de casos retrospectiva. Los criterios de inclusión fueron pacientes quemados, con injertos en áreas de pliegues en extremidades superiores, y con bridas retráctiles secundarias. Se diseñaron zetoplastias únicas y múltiples de manera tradicional, de preferencia con ángulos de 60°. El procedimiento quirúrgico incluyó la elevación de colgajos fasciocutáneos, con el objetivo de mejorar su irrigación.

Resultados: Se reunieron 10 pacientes, todos con quemaduras en áreas de pliegues mayormente en extremidades superiores. Todos presentaron injertos y bridas retráctiles en las áreas injertadas: mano, primer Espacio Interfalángico, área inguinal y hueco axilar. La zetoplastia múltiple se realizó con la técnica mencionada, elevando los colgajos cutáneos incluyendo la fascia subyacente. En todos los pacientes se eliminó la brida retráctil, sin dehiscencia ni necrosis de los colgajos. En dos pacientes en forma complementaria en áreas continuas se realizaron procedimientos anexos con alloderm e integra.

Discusión: La elevación de las zetoplastias múltiples con inclusión de la fascia subyacente permite dar solución adecuada a las bridas retráctiles en territorios injertados, evitando procedimientos de mayor costo y complejidad, sin mayor morbilidad en esta pequeña serie retrospectiva.

Se trata de un procedimiento simple técnicamente, reproducible, de bajo costo comparativo. Probablemente la ausencia de complicaciones se da en el contexto de una pequeña serie de casos. A futuro se espera ampliar esta revisión e incluir nuevos casos para poder informar sobre complicaciones de la técnica. De especial énfasis es la inclusión de la fascia en la elevación del colgajo, dada su rica irrigación, la que es fundamental en la sobrevida de injertos y eventuales cicatrices, sin su aporte esencial los colgajos de la zetoplastia se necrosarian.

INGRESOS AL CENTRO DE DERIVACIÓN NACIONAL DE QUEMADOS Y TERREMOTO
Drs. C. Albornoz, M. Sylvester, V. Peña, J. Villegas
Centro de Referencia Nacional del Gran Quemado, Hospital de Asistencia Pública Alejandro del Río.

Introducción: El 27 de febrero de 2010, un terremoto grado 8,8 y posteriormente un maremoto afectaron gran parte del territorio nacional, produciendo graves desgracias en vidas humanas, materiales y enfermedades. En desastres naturales en otros lugares del mundo, se ha descrito un aumento en el número de pacientes quemados post evento. **Objetivos:** Analizar si existió aumento de los ingresos al Centro Nacional de Quemados posterremoto. **Material y Métodos:** Estudio ecológico. Se comparó la tasa de ingresos por semana al Centro de Referencia Nacional de Quemados en los 4 meses siguientes al terremoto, separados por semana. Se usó como base de comparación el mismo período en el año 2009. Como población expuesta se consideró a los mayores de 15 años según las proyecciones del INE. Se analizó con regresión de poisson.

Resultados: La tasa de ingresos en los 4 meses posteriores al 27 de febrero del año 2009 fue de 5,6 por 1.000.000 de habitantes, el año 2010 fue de 4,6 por 1.000.000 de habitantes en el mismo período. La disminución de la tasa de incidencia de ingresos fue de 12%, La regresión de poisson no mostró diferencias estadísticamente significativas ($p=0.26$, IC 95% 0.58- 1.155261).

Conclusión: No existen evidencias para afirmar que en Chile hubo un aumento en la tasa de ingresos al Centro Nacional de Quemados en los 4 meses posteriores al terremoto.

PIODERMA GANGRENOSO FULMINANTE EN MAMOPLASTÍA DE REDUCCIÓN
Drs. R. Cabello, M. Fontbona, JP. Sorolla, A. Hasbun, C. Onetto
Hospital Militar de Santiago

Introducción: Pioderma gangrenoso (PG) es una afección infrecuente, de etiología aun no precisada, que pertenece al espectro de la dermatosis neutrofílica febril.

La lesión característica desarrolla necrosis, ulceraciones y/o fliculo-pústulas con un borde irregular violáceo y solevantado.

El reconocimiento precoz de esta es el sello distintivo del diagnóstico que está principalmente basado en la clínica.

Al cirujano plástico, se le solicita frecuentemente la evaluación de heridas problemáticas, por lo que es esencial el reconocimiento de las manifestaciones cutáneas del PG, ya que el manejo varía dramáticamente en relación a entidades diagnósticas de similar aspecto, como las infecciones necrotizantes de partes blandas.

Descripción del caso: Se presenta el caso clínico de una paciente femenina, previamente sana, de 44 años, sometida a mamoplastía de reducción. Al sexto día postoperatorio presenta fiebre, dolor en mama izquierda (MI) y lesión en cicatriz vertical de esa mama que impresiona epidermolisis. Mama derecha sana (MD). A las seis de la tarde de ese mismo día, la paciente se hospitaliza, febril (37,8) e hipotensa, iniciándose tratamiento antibiótico. Exámenes de ingreso muestran leucocitosis de 14700, VHS 92 y PCR 186.

Al día siguiente a las 8:00 se realiza aseo quirúrgico. Se constata abundante secreción purulenta en MI se retiran suturas, se toman cultivos. En MD se observa presencia de flictena previamente ausente, se retiran suturas, sale abundante secreción purulenta (cultivos). A las 19:00 se realiza nuevo aseo quirúrgico: se constata estabilización de la lesión en región vertical de MI, en la MD hay secreción purulenta escasa en los márgenes de colgajos laterales.

En el postoperatorio inmediato evoluciona con hipotensión persistente, apremio respiratorio y desaturación. Hay congestión pulmonar en las bases, pafi 87,5 y rx torax con congestión basal y perihiliar. La paciente requiere apoyo con drogas vasoactivas, oxigenoterapia y soporte vital de UTI, logrando mejoría clínica desde el punto de vista respiratorio y menor requerimiento de drogas vasoactivas. A las 24 hrs, cuando las condiciones generales de la paciente lo permitieron, se realiza nueva curación en pabellón. Se observa aumento de tejido necrótico y eritema de ambas mamas abarcando 4 cm hacia colgajos lateral y medial. Persiste elevación de parámetros inflamatorios (leucocitos : 24000, PCR 190, VHS 113). No se ha logrado identificar agente infeccioso en cultivos sucesivos.

Por discordancia entre mejoría sistémica y empeoramiento de condiciones locales se plantea el diagnóstico diferencial con PG. Se inicia corticoides sistémicos

La paciente evoluciona en forma favorable, con estabilización y limpieza de las lesiones. Al sexto día del inicio del cuadro se recibe informe de biopsia compatible con PG. Se inicia disminución de la dosis de corticoides sistémicos para realizar finalmente IDE de ambas mamas y VAC. La paciente es dada de alta al mes de su ingreso con injertos prendidos en 99% en MI y 90% en MD y sin tratamiento corticoidal.

Comentarios: En Chile existe solo una publicación de PG con 3 casos. En esta oportunidad destaca la grave y rápida repercusión sistémica de la enfermedad, donde sólo la adecuada sospecha clínica conduce al manejo correcto y exitoso de esta patología.

CORRECCIÓN DE CICATRICES POST-TRAQUEOSTOMÍA MEDIANTE DOBLE COLGAJO ADIPOFASCIAL OPUESTO
Drs. Llanos O. Sergio, Searle F. Susana, Molina F. Juan Carlos, Mora P. Carla, Calderón O. Wilfredo.
Hospital del Trabajador de Santiago.

Resumen:La traqueostomía es un procedimiento frecuentemente usado para asegurar una vía aérea permeable en casos tales como intubación prolongada, trauma facial severo y neoplasias de cabeza y cuello. Posterior a la extubación el defecto se deja cerrar por segunda intención, resultando en una cicatriz defectuosa de pobre resultado estético y frecuentes alteraciones funcionales, como por ejemplo, disfagia. Múltiples técnicas se han descrito, para la corrección de estas cicatrices, sin embargo unas no corrigen los defectos funcionales y otras requieren de una gran disección y movilización de los tejidos. Para la corrección de estas cicatrices defectuosas se propone una técnica basada en dos colgajos adipofasciales de base opuesta y dependientes de circulación random. Esta técnica se realizó en siete pacientes con cicatriz defectuosa post- traqueostomía, con buenos resultados estéticos y funcionales.

Palabras claves: Cicatriz Post – traqueostomía, Colgajo adipofascial.

¿PODEMOS MEDIR RESULTADOS EN PACIENTES QUEMADOS? REVISIÓN SISTEMÁTICA Y VINCULACIÓN CON LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE DISCAPACIDAD DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

Drs. J. Wasiaik, M. McMahon, S. Danilla, P. Andrades, S. Benitez, C. Eraso, J.C. Molina, S. Sepúlveda.

1.- Victorian Adult Burns Service and School of Public Health and Preventative Medicine, Monash University, Alfred Hospital, Commercial Rd, Melbourne, Victoria, Australia.

2.- Departamento de Cirugía Plástica, Hospital J. J. Aguirre, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Objetivo: Investigar los instrumentos de medición usados para evaluar resultados en el cuidado de pacientes quemados y realizar un enlace de los instrumentos con la Clasificación Internacional de Discapacidad de la OMS (ICF).

Métodos: Revisión sistemática de la literatura. Metodología de máxima sensibilidad en MEDLINE, CINAHL, EMBASE, PsychINFO y The Cochrane Library. Se seleccionaron estudios que presentaran datos empíricos en salud ligada a calidad de vida y/o evaluación funcional de pacientes quemados. Entre otros datos, se extrajo revista, autor, año, área de cuidado, tamaño muestra, seguimiento, instrumentos usados. Los instrumentos usados con mayor frecuencia fueron enlazados a la ICF en sus 4 dominios: Funciones Corporales, Estructura Corporal, Actividades y Participación, Factores Ambientales.

Resultados: de 10.326 referencias, 321 artículos potencialmente relevantes evaluados a texto completo, 189 no incluibles, 132 incluidos. De 1971

a 2008, aumento significativo en el tiempo ($\chi^2=0.9110$, $p<0.0001$). 20 países: USA (66, 50%), Suecia (18, 13.6%) y Canada (10, 7.6%). Edad 39.0 ± 7.4 , TBSA $22.1\pm 11.8\%$. Diseño: Corte transversal 88 (66.71%), cohortes 42 (31.8%), Cross-over RCT 2 (1.5%)
Tópico: Salud psicológica y bienestar (80, 60.6%), salud general (27, 20.5 %), rehabilitación (17, 12.9 %) y analgesia (8, 6.1%)
Tamaño de muestra 128.96 ± 148.05 (rango 4 to 1232) En suma, 381 instrumentos se aplicaron a 17.245 pacientes; Treinta (7.9 %) específicos quemados, 298 (78.2 %) dominio específico y 53 (13.91) instrumentos genéricos fueron identificados. Seguimiento reportado por 105 estudios $25\% < 3$ meses, $50\% > 1$ año.

Conclusiones: Aumento en el tiempo reflejando interés creciente en el tema, foco principal psiquiatría/psicología, gran heterogeneidad de instrumentos, seguimientos cortos (1 año), tamaños de muestra pequeños, diseños débiles. Instrumentos focalizados en funciones mentales y poco en funciones sensorias, neuromusculares, movilidad, autocuidado y otras. La heterogeneidad de los instrumentos dificulta la comparación entre estudios para estudios secundarios.

COBERTURA DE LESIONES CIRCULARES DEL CUERO CABELLUDO, SERIE DE CASOS.

Drs: P. Fuentes, A. Troncoso, P. Castillo, S. Danilla, M. Feres.

Unidad de Cirugía Plástica Hospital de Carabineros de Chile.

Introducción:

Las lesiones circulares del cuero cabelludo tienen diferente origen entre los que se destacan traumatismos, congénitas y tumorales. Cada una con su propia complejidad asociada a su origen y que afectan a distintos grupos etarios; sin embargo, comparten las dificultades de cobertura derivadas de su localización.

Objetivo: Presentar el “colgajo en remolino” (Orticoechea) como alternativa de cobertura en lesiones de cuero cabelludo.

Material y método: Se presenta una serie de 5 pacientes con lesiones circulares de cuero cabelludo sometidas a cobertura con colgajo “en remolino”, en 1 tiempo.

Resultados: En cada caso logra de manera efectiva la cobertura de lesiones entre 4 y 12 cm de diámetro.

En 1 caso se realizó 2do tiempo por biopsia que demostró CBC y compromiso de los bordes. Un caso se complementó con micro injerto de pelo.

Discusión: La falta de elasticidad del cuero cabelludo genera habitualmente problemas en la cobertura de lesiones circulares sometidas a tensión excesiva y muchas veces con secuela cicatricial alopecica.
Conclusiones: La cobertura cutánea con colgajo “en remolino” constituye una alternativa de cobertura satisfactoria en cuanto a lesiones circulares se refiere. La tensión que genera el colgajo es adecuada. El colgajo es versátil en cuanto a extensión de lesiones.

La alopecia cicatricial es menos frecuente

VARIACIONES ANATÓMICAS EN EL DRENAJE VENOSO FEMORAL DE RATAS BROWN NORWAY: CONSIDERACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE MODELOS MICROQUIRÚRGICOS.

Drs. A. Ramírez¹, R. Contreras², J. Cartes¹, M. Martínez³, C. Martínez⁴, V. Alvarado⁵, M. Iruretagoyena⁶, J. Martínez⁶.

¹Residente de Cirugía General. ²Sección de Cirugía Plástica. ³Interna de Medicina. ⁴Laboratorio de Cirugía Experimental, Centro de Investigaciones Médicas, División de Cirugía.

⁶Departamento de Reumatología. ⁶Programa de Trasplantes, Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina, P. Universidad Católica de Chile.

Introducción: la región femoral de la rata se utiliza en el entrenamiento microquirúrgico y en distintos modelos que incluyen microcirugía. La constancia anatómica de los vasos femorales de la rata constituye una de las bases para la reproducibilidad de estos modelos. El drenaje venoso femoral normal de la rata está constituido por una vena femoral medial a la arteria femoral, una vena epigástrica superficial que drena en la porción caudal de la vena femoral en su cara anterior, y una rama femoral profunda que drena en el tercio medio de la vena femoral en su cara posterior. A la fecha se han comunicado pocas variaciones anatómicas del drenaje venoso femoral de la rata, ninguna de ellas en ratas Brown Norway (BN).

Objetivo: Comunicar las variaciones anatómicas encontradas del drenaje venoso femoral de ratas BN. **Animales y Métodos:** durante la realización de un estudio de trasplante de extremidad posterior de la rata, realizamos 23 procuras, en 13 ratas BN. Edad 9-16 semanas. Peso 201-311 g. Como anestésico se utilizó una mezcla de ketamina (70 mg/Kg) + xilazina (3 mg/Kg) como inductor y bolos de ketamina (23 mg/Kg) como mantención, ambos intraperitoneal.

Resultados: De las 23 extremidades procuradas, encontramos variaciones anatómicas en 4 de ellas (13%). Estas variaciones fueron encontradas en 2 ratas (15%). En una rata encontramos una vena femoral medial a la arteria, pero con una rama femoral profunda que rodea la arteria por su cara lateral hasta drenar en la cara lateral de la porción craneal de la vena femoral. Esta variación era bilateral y en espejo. En la segunda rata encontramos en la región femoral derecha una vena femoral anterior a la arteria femoral, con una vena femoral profunda que rodea la arteria por su cara lateral hasta drenar en la cara lateral de la porción craneal de la vena femoral. En la región femoral izquierda de esta misma rata encontramos una vena femoral lateral a la arteria, con una vena femoral profunda que también rodea lateralmente la arteria, pero con una vena epigástrica superficial que drena en la porción craneal de la vena femoral. Los tiempos de procura (Prom \pm DE) fueron 43 ± 2 min. en el grupo sin variación anatómica versus 43 ± 1 min. en el grupo con variación ($p > 0,05$).

Conclusión: En esta experiencia, la aparición de variaciones anatómicas del drenaje venoso femoral en ratas BN es un hecho frecuente. Consideramos importante conocer estas variaciones para una disección segura y que no prolongue innecesariamente los tiempos quirúrgicos.

RECONSTRUCCIÓN PERINEAL EN TUMOR DE BUSCHKE-LÖWENSTEIN: CASO CLÍNICO.

Drs. Torres E^{1,2}, Longton C¹, Leyton E¹, Vidal P¹, Deichler F², Reyes J², Sanhueza M³.

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

²Equipo de Cirugía Plástica, Hospital Dr. Sotero del Río.

³Equipo de Coloproctología, Hospital Dr. Sotero del Río.

El tumor de Buschke-Löwenstein es una lesión cutánea benigna secundaria a la infección por virus papiloma humano, que usualmente se presenta como una gran masa exofítica genitoanal. Dejado a su evolución natural es sustrato para degeneración maligna a carcinoma espinocelular. Existen múltiples alternativas de tratamiento según el tamaño y profundidad de la lesión, pudiendo requerir una operación de Milles en los casos más graves. Nuestro objetivo es presentar un caso clínico que ejemplifique adecuadamente el amplio espectro de esta enfermedad y la participación del equipo de cirugía plástica en su manejo.

Se presenta el caso clínico de un hombre de 53 años, seronegativo para HIV, con 12 años de evolución de una lesión exofítica perianal que se sometió a diversos tratamientos de baja agresividad con respuesta parcial en el Hospital Dr. Sotero del Río. Finalmente se demostró la presencia de un foco de carcinoma escamoso que infiltraba los músculos del piso pélvico, por lo que se realizó una operación de Milles que dejó un defecto perineo-pélvico de aproximadamente 15x15x10 cm. La cobertura cutánea y el relleno de la cavidad residual pelviana fue efectuado por el equipo de cirugía plástica del Hospital Dr. Sotero del Río mediante colgajos miocutáneos de sartorio derecho y gracilis izquierdo y con un colgajo de random de rotación. El paciente evolucionó con filtración de la colostomía terminal hacia la cavidad peritoneal que determinó un shock séptico severo, del que se recuperó después de una hospitalización de 2 meses. Desde el punto de vista local se manejó conservadoramente, mediante irrigación continua a través de los drenajes instalados en la cirugía.

Al seguimiento alejado se demuestra la estabilidad de la cobertura cutánea pese a la contaminación fecal masiva y disfunción multisistémica. A modo de conclusión señalamos que si bien hay discusión respecto al tratamiento óptimo de esta patología, entre tantas alternativas el clínico debe discernir juiciosamente ante la ventaja aparente de tratamientos que siendo menos agresivos ofrecen una baja probabilidad de curación. Este caso ejemplifica la necesidad de integrar al equipo de cirugía plástica precozmente en la toma de decisiones quirúrgicas en el comité oncológico multidisciplinario

de cada centro, de forma tal que se tome la decisión quirúrgica más adecuada y oportuna en cada caso. El curso de acción no alteró el resultado final, pero sí determinó un prolongado tiempo de hospitalización y costo económico considerable.

COLGAJO PARAESCAPULAR EXTENDIDO PARA SECUELA DE QUEMADURA AXILAR. REPORTE DE UN CASO.

Drs. E. Torres^{1,2}, F. León¹, F. Deichler², A. Cuadra², H. Leyton².

¹ Sección Cirugía Plástica y Reparadora. Hospital Clínico, Pontificia Universidad Católica de Chile

² Sección Cirugía Plástica y Reparadora, Hospital Sótero del Río.

³ Servicio Cirugía Plástica y Quemados. Hospital del Trabajador, Santiago.

Introducción: Las secuelas de quemaduras pueden llevar a alteraciones estéticas y funcionales importantes. Las secuelas de quemaduras axilares pueden comprometer el rango de movilidad de toda la extremidad superior, por lo que su prevención y tratamiento son fundamentales para la recuperación y reincorporación a las actividades cotidianas. Grandes secuelas de quemaduras a este nivel confieren un desafío en su reconstrucción y rehabilitación.

Objetivo: Demostrar los beneficios del colgajo fasciocutáneo paraescapular para reparación de secuela de quemadura axilar extensa.

Paciente y métodos: Se presenta el caso de paciente de 38 años, sexo masculino, no fumador y sin comorbilidades conocidas; cargador de perfiles de fierro. A los cinco años de edad sufre quemadura axilar izquierda por agua caliente, reportada en epicrisis como quemadura intermedio-profunda (ABB). Fue tratado con escarectomía e injerto de piel parcial, sin rehabilitación posterior. Evoluciona con importante cicatriz retráctil axilar izquierda que impide elevación, abducción y rotación externa de la extremidad ipsilateral. Dado actividad del paciente, se decide reconstrucción con colgajo fasciocutáneo paraescapular izquierdo cuyo diseño fue realizado según técnicas conocidas. Sin embargo, por tamaño del defecto axilar, se extiende colgajo (total: 21 x11 cms) hasta sobrepasar la cresta ilíaca, logrando buena cobertura de defecto. Paciente evoluciona en forma satisfactoria, con epidermolisis de 0,5 cms en porción distal del colgajo, que se recuperó con curaciones. No hubo otras complicaciones. Se retiraron drenajes a los 4 días, y paciente fue dado de alta al 5to día con recuperación importante de la abducción y rotación externa de la extremidad, lo que ha mejorado su actividad funcional en el trabajo. Se mantiene con sistema elástico compresivo y rehabilitación kinésica.

Discusión: En pacientes seleccionados, el colgajo paraescapular extendido puede ser una buena alternativa de cobertura para defectos axilares mayores, devolviendo precozmente rangos reducidos de movilidad preoperatorio y sin agregar morbilidad importante. En este caso se confirma la extensión de la irrigación del colgajo paraescapular, el que no requirió retardo previo.

PIODERMA GANGRENOSO EN INCISIÓN DE PFANNENSTIEL TRATADA CON PRESIÓN NEGATIVA Y CORTICOIDES. *Drs. E. Aliaga¹, G. Gómez², J. Montedónico³, Y. Palta, C. Contador³*

1. Departamento de Cirugía Plástica del Hospital Eduardo Pereira.

2. Interna de cirugía de la U. De Valparaíso

3. Residente de Cirugía de la U. De Valparaíso
Servicio de cirugía plástica, hospital eduardo pereira. universidad de valparaíso

EL Pioderma Gangrenoso (PG) es una ulceración cutánea cuya etiología aún es incierta tiene una incidencia de 3- 10 pacientes por millón de habitantes. Su característica es el fenómeno de patergia. Histopatológicamente se manifiesta como abscesos neutrofilicos estériles. En Chile se han reportado 18 pacientes con PG asociados a distintas patologías y en relación a la incisión de Pfannenstiel en la literatura internacional se han reportado solo 4 casos. Se presenta el primer caso clínico nacional de PG en relación a incisión de Pfannenstiel y que se trató de forma exitosa con presión negativa y corticoterapia sistémica.

Caso Clínico: Paciente de 26 años que luego incisión de Pfannenstiel por cesárea programada, evoluciona al 2º día postoperatorio con fiebre, leucocitosis, eritema y vesículas violáceas dolorosas en la piel circundante a la incisión. Ante la sospecha clínica de fascitis necrotizante se realizó resección amplia y desbridamiento quirúrgico. Cultivos negativos. Se inicia tratamiento con gentamicina y clindamicina ante mala respuesta se cambia a cefotaxima/clindamicina. Al 7mo día es trasladada al equipo de cirugía plástica del HEP, ante la sospecha clínica de enfermedad autoinmune y debido al posible fenómeno de patergia se decide suspender esquema antibiótico retirar accesos venosos e iniciar tratamiento empírico con prednisona oral 80mg/día y azulfidina 2 g/día asociado a tratamiento con presión negativa (VAC). Al 10mo día se recibe el resultado de la biopsia que informó un compromiso inflamatorio dérmico con predominio neutrofilico importante compatible con Pioderma Gangrenoso. A las 6 semanas de su primera cirugía, (cesárea) se realiza afrontamiento de bordes de herida cruenta en un plano subcutáneo sin síntesis de piel dejando reepitelizar la herida operatoria por segunda intención. A los 6 meses se suspendió la prednisona y la herida epitelizó ad-integrum sin necesidad de injerto. Los estudios para pesquisar una segunda enfermedad autoinmune fueron negativos.

No es infrecuente que el PG sea interpretado como una fascitis necrotizante y por ende sea realizado una extensa resección, agravando aún más la ulceración local debido al fenómeno de patergia y complicando la cobertura final de la zona cruenta. El tratamiento con inmunosupresores intralesionales o sistémicos y solo curaciones locales se recomienda, para la cobertura los injertos de piel no son aconsejables, tratando de aproximar solo los bordes de la herida con pequeños descolamientos evitando totalmente cualquier trauma a la piel y esperando cierre final por segunda intención.

RADIONECROSIS DE LA PARED TORÁXICA TRATADA CON COLGAJO PEDICULADO DORSAL ANCHO.

Drs. G. Gómez¹, J. Montedónico¹, Y. Paltá²

1. Departamento de Cirugía Plástica del Hospital Eduardo Pereira.

2. Interna de cirugía de la U. De Valparaíso Hospital Eduardo Pereira. Universidad De Valparaíso.

Resumen: La radionecrosis por radioterapia del cáncer de mama y las lesiones tumorales son las causas más frecuentes de resecciones de la pared torácica. La reconstrucción de la pared torácica secundaria a radionecrosis, es un desafío quirúrgico, ya que requiere diferentes técnicas reconstructivas para mejorar la calidad de vida del paciente. Se presenta un reporte clínico de la reconstrucción de la pared torácica con un colgajo pediculado dorsal ancho.

Caso clínico. Paciente hipertensa, 61 años, con antecedente de mastectomía Madden (1981) por adenocarcinoma de mama derecha. Recibió radioterapia postoperatoria (Cobalto 60, 21Gy/41días) sobre pared torácica, axila, región supraclavicular y área de la mamaria interna derecha. 15 años después, presenta úlcera de 2 cm e intensa fibrosis cutánea en tercio externo de la mastectomía. En enero/2010, se controla en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Eduardo Pereira por lesión ulcerada, profunda, que expone del 5º al 8º arco costal derecho en sus segmentos ántero-laterales y al músculo serrato anterior derecho. Se realizó resección amplia en block hasta la pleura parietal. Se reconstruyó la pared con colgajo pediculado de dorsal ancho derecho siendo (isla cutánea 19x9 cm). Si bien el colgajo presenta respiración paradójica, no hubo complicaciones quirúrgicas ni fisiológicas 6 meses después de la cirugía.

La fisiopatología de la radionecrosis se explica por una endarteritis obliterativa crónica que produce una disminución de la microcirculación. En la radionecrosis, luego de la resección, es necesaria una adecuada cobertura siendo el colgajo pediculado musculocutáneo dorsal ancho una buena y segura alternativa. No se necesitó la reconstrucción del esqueleto porque no hubo exéresis del esternón y la extirpación de las costillas fue en localización ántero-lateral. Distintas combinaciones de prótesis y de colgajos, tanto pediculados como libres, pueden ser elegidos. La decisión de que técnica reconstructiva se utilizará depende no solo del tamaño y localización del defecto sino también de la experiencia del equipo quirúrgico.

CRISIS DEL CELULAR SUBCUTÁNEO COMO TRATAMIENTO DE LA AUTO-INYECCIÓN SUBCUTÁNEA DE TANAX. REPORTE DE UN CASO.

Dr G. Gómez¹, Int Y. Paltá²

1. Cirujano de la Unidad de Emergencia Hospital Carlos Van Buren (HCVB)

2. Interna de Cirugía de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso

Hospital carlos van buren / universidad de valparaíso

Introducción: Tanax (fenitrotrion – D-tetrametrina) es un insecticida organofosforado, cuya principal vía de intoxicación es la digestiva. No se han reportado casos de toxicidad por inyección subcutánea, y al igual que la extravasación de sustancias, se producen graves daños locales en los tejidos blandos. Se presenta el caso clínico de un paciente, que como intento suicida, se inyecta Tanax en el celular subcutáneo.

Caso clínico: Hombre de 20 años, quien se inyecta 1cc de Tanax líquido en el plano subcutáneo del pliegue del codo izquierdo. Consulta luego de 8 hrs en la Urgencia del HCVB, presentando edema y eritema del brazo izquierdo, con taquicardia y leucocitosis. Evolucionan con severo edema e induración, por lo que se decide realizar clisis del celular subcutáneo según lo descrito para manejo de extravasaciones (Técnica de Gault). Se realizaron 4 incisiones y se lavó con una solución de 1000cc de suero fisiológico, ½ ampolla de adrenalina y 50 cc de Bupivacaína 0,5%. En el postoperatorio completó tratamiento con cloxacilina y la celulitis regresa al 7º día. Al 10º día se delimita la escara cutánea, y se realiza escarectomía. En el día 29º, se realiza IDE, que se pierde parcialmente por persistencia de la celulitis. Luego de 90 días la úlcera cicatrizó completamente.

Discusión: En este tipo de lesiones es importante conocer la fisiopatología, la cantidad y característica de la sustancia extravasada. En un reporte previo, se describe la formación de extensos abscesos en el área de la celulitis química de la inyección de insecticida y esto se debería a que los, insecticidas son escasamente depurados y producen licuefacción severa. El tratamiento de las extravasaciones va desde la aplicación de hielo local, inyección de hialuronidasa, corticoides o antídotos, clisis del celular con suero fisiológico, hasta cirugía precoz, todo para limitar la necrosis local.

La clisis del celular subcutáneo es efectiva en la extravasación de potasio, calcio, drogas citotóxicas o nutrición parenteral, y a pesar de tener escasa evidencia se decidió realizar este tratamiento en nuestro paciente. Sin embargo, nos queda una pregunta ¿Hicimos lo correcto?. Analizando la agresiva evolución inicial, donde la celulitis en el lapso de 4 hrs de hospitalización pasó de ser un eritema a una franca extremidad indurada, nos hizo tomar una conducta radical y creemos que la evolución final hacia una pequeña úlcera cutánea fue el resultado de aquella contención del daño inicial.

ECTROPION PALPEBRAL INFERIOR, SECUELA DE QUEMADURA

Drs. W. Calderón¹, S. Searlé², D. Calderón³, R. Roa¹, P. Leniz¹

1. Cirujano Plástico, Hospital del Trabajador de Santiago

2. Residente de Cirugía Plástica, Pontificia Universidad Católica de Santiago

3. Médico General

Servicio de Cirugía Plástica y Quemados, Hospital del Trabajador de Santiago, Chile

Introducción: El ectropion palpebral inferior retráctil, secuela de quemadura de tercer grado, es infrecuente en nuestro Servicio de Cirugía Plástica y Quemados del Hospital del Trabajador de Santiago (HTS). El tratamiento se debe realizar por razones cosméticas obvias y por razones funcionales al provocar conjuntivitis y úlceras corneales. El tratamiento quirúrgico empleado en nuestro servicio es de aplicar una Huincha Tarsal (Tarsal- Strip) y un injerto de piel total.

Con este procedimiento hemos obtenido resultados razonables estético-funcionales.

Material y Método: Se presenta diez casos de ectropión palpebral inferior secuela de quemadura de tercer grado. En ellos se había practicado previamente un injerto dermoepidérmico que posteriormente evolucionó con dicho ectropión. Fueron tratados con Tarsal- Strip y un injerto de piel total en 9 pacientes. En un caso de ectropión muy severo se tomó piel supraclavicular bilateral pues además se corrigió mal oclusión palpebral superior bilateral. Los pacientes fluctuaron entre los 20 y 55 años.

Técnica Quirúrgica: La técnica consiste en inscindir a nivel cutáneo conjuntival palpebral de tal modo de exponer la zona cruenta, desplazando hacia caudal el injerto dermoepidérmico previo realizado durante el período agudo. Posteriormente se realiza la técnica de Tarsal- Strip suturando el tarso al canto externo,

con nylon 5/0, asegurando así la tensión adecuada del párpado inferior. Una vez obtenida esa tensión se aplica un injerto de piel total obtenido generalmente de la piel retroauricular que se fija con puntos separados de nylon 5/0.

Resultados: El resultado cosmético y funcional fue aceptable en 7 pacientes. En un paciente el resultado ha sido medianamente aceptable dada la importante alteración de muy difícil manejo. En dos casos hubo discreta recidiva del ectropion, que obligó a un nuevo injerto de piel total pero sin necesidad de rehacer el Tarsal- Strip ya que la tensión palpebral inferior se mantenía adecuada. En estos dos casos no se presentó una nueva recidiva. En esta serie no hubo complicaciones como infección, dehiscencia de la sutura ó pérdida de injerto.

Discusión: Este tipo de secuela palpebral inferior tiene una mejor solución al aplicar un Tarsal – Strip más un injerto de piel total disminuyendo así la recurrencia que es frecuente en este tipo de alteración.

Dada la cuantía del ectropión y la alteración cutánea, lo más adecuado es instalar un injerto de piel total en el sitio cruento que queda después de inscindir a nivel cutáneo conjuntival palpebral inferior. Estimamos que al no reseca el injerto dermoepidérmico previo, sino solamente desplazarlo a caudal, aseguramos una mejor oclusión

Conclusión: Dado los resultados obtenidos recomendamos esta técnica, que es reproducible, sencilla y eficaz, y que puede ser aplicada en todos los casos de ectropion palpebral inferior, secuela de quemadura, con resultados aceptables.

FÍSTULA BILIOBRONQUIAL COMO COMPLICACIÓN POST QUIRÚRGICA DE QUISTE HIDATÍDICO EN TRÁNSITO HEPATOTORÁCICO.

Dr. F.Silva; Als. C.Cartes, H.Silva, K.Romero.
(Servicio Cirugía Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán, Universidad Católica de la Santísima Concepción)

Introducción.: La hidatidosis es la zoonosis parasitaria más importante del país, la alta población rural en Ñuble, la hace siempre una alternativa diagnóstica, las localizaciones más frecuentes son hígado y pulmón. La evolutividad de la enfermedad nos enfrenta a diversas complicaciones, siendo la Fístula Biliobronquial (FBB) un bajo porcentaje de ellas, y cuyo tratamiento, en su mayoría es quirúrgico. En el presente caso plantearémos, tanto una causa, como un manejo alternativo para FBB. El paciente con fístula biliobronquial, como complicación de la Cirugía de Quiste Hidatídico en Tránsito Hepatotórácico, siendo el signo cardinal de presentación, la bilitipis.

Materiales y métodos. Paciente masculino de 70 años de edad, operado de quiste hidatídico en tránsito hepatotorácico. Se realiza Toracotomía derecha, Frenotomía, Quistectomía, aerostasia, cierre de cavidad hepática, frenorrafia y drenajes pleurales. Además antibioticoterapia y Kinesioterapia respiratoria, evoluciona favorablemente, dándose de alta. Al mes de la cirugía, presenta tos y expectoración mucopurulenta, dificultad respiratoria, fiebre y dolor en hemitórax derecho. Radiografía muestra opacidad en mitad inferior del hemitórax derecho. Exámenes evidencian signos de infección. Se hospitaliza con sospecha de absceso pulmonar, manejándose con antibioticoterapia. TAC toracoabdominal muestra cavidad residual con calcificaciones marginales en base pulmonar derecha, derrame pleural mínimo y otra cavidad residual con calcificaciones en cúpula hepática. El primer día de hospitalización presenta bilitipis de 400cc/día y compromiso respiratorio, planteándose diagnóstico de fístula biliobronquial. Mejora estado general y parámetros de laboratorio, gracias a tratamiento antibiótico y probablemente a la bilitipis. Se solicita ERCP para determinar el trayecto fistuloso, pero ésta además, luego de papilotomía da salida a bilipus y detritus. Posterior al procedimiento, disminuye bilitipis, hasta desaparecer. Resultados. Paciente evoluciona favorablemente, sin bilitipis y sin signos de infección, dándose de Alta.

Conclusión. La FBB es una complicación poco frecuente, asociada principalmente a quistes hidatídicos en tránsito, siendo la bilitipis patognomónica. En el caso se describe la FBB como una complicación post operatoria infrecuente de cirugía de quiste hidatídico. Se realizó ERCP como método diagnóstico, resultando terapéutica, al drenar

a Vía Biliar. Frente a la evidencia bibliográfica y lo observado en este paciente, se recomienda la ERCP como método diagnóstico-terapéutico inicial en pacientes con FBB.

FISTULA BILIOBRONQUIAL POST RESECCIÓN DE QUISTE HIDATÍDICO. MANEJO MEDIANTE COLANGIOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA

Drs. R. Martinez, F. Delgado

Hospital San Camilo, San Felipe. Servicio de Salud Aconcagua.

Hombre de 61 años. En noviembre del año 2007 se diagnostica quiste hidatídico hepático. Tratado mediante quistectomía y epiploplastia. Evoluciona presentando fístula biliocutánea, que se maneja mediante el implante de dos endoprotesis biliares de 7F durante colangiografía retrograda endoscópica (CPRE). Estas son retiradas dos años después durante nueva CPRE. Aproximadamente un año después del retiro de la endoprotesis, inicia cuadro consistente en accesos de tos con bilitipis e intensa reacción inflamatoria, que motiva ingreso en servicio de medicina, sospechándose patología pulmonar, pero con nula respuesta a tratamiento antibiótico iniciado. Mediante Tomografía Computada y Resonancia Magnética se certifica la presencia de lesión subdiafragmática derecha de 13x8x7 con centro líquido, adyacente al parénquima hepático. En abril del presente año se le practica una nueva CPRE durante la cual, y gracias a la utilización de medio de contraste, se logra visualizar una imagen sacular que en sentido cefálico se hace filiforme, impresionando se extravasa en el parénquima pulmonar. Se implanta una prótesis de 7F en la vía biliar, posterior a lo cual la sintomatología desaparece, siendo dado de alta.

La fístula biliobronquial es una complicación relativamente frecuente de los quistes hidatídicos en tránsito torácico. Lo que hace destacable este caso es el manejo endoscópico y la buena respuesta clínica al tratamiento establecido.

RECONSTRUCCIÓN DE PARED TORÁCICA Y DIAFRAGMA CON MALLA DUAL MESH Y COLGAJO PEDICULADO DEL LATÍSIMO DE DORSO POR CONDROSARCOMA COSTAL. REPORTE DE CASO

Drs. Juan Contreras, Jose Carlos Meneses, José Luis Martin de Nicolas, Pablo Gamez, Carmen Marron, Vicente Díaz-Hellin.

Departamento de Cirugía, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile

Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid, España

Introducción: Los tumores costales son poco frecuentes, el más frecuente de éstos es el condrosarcoma. Existen múltiples técnicas de reconstrucción.

Caso: Hombre de 77 años con aumento de volumen en hemitórax izquierdo de 10 años de evolución con aumento progresivo en los últimos 2 años. Se realiza TAC y RNM que evidencia masa heterogénea de 8 cm en relación a séptimo arco costal con aparente infiltración diafragmática y pared anterior. Además, de probable relación a asas de intestino delgado y ángulo esplénico sugerente de condrosarcoma. Se realiza biopsia con Thru-cut que demostró condrosarcoma. En la cirugía solo se evidencia infiltración diafragmática sin compromiso de otros tejidos, se procede a resección en bloque de lesión con borde de diafragma y planos musculares y reconstrucción con malla Dual Mesh de diafragma y de pared con colgajo pediculado de latísimo. Paciente evoluciona favorablemente siendo dado de alta al octavo día de la cirugía, sin requerimiento de terapia complementaria.

Comentario: La reconstrucción de pared torácica y diafragma con malla Dual Mesh y colgajo pediculado del latísimo de dorso es una opción para la resolución de tumores costales.

HIPOGLICEMIA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN INHABITUAL DE UN TUMOR FIBROSO SOLITARIO DE PLEURA.

Drs. Rodrigo Campos M, Roberto González L., Víctor Ortiz R, Rene Saldías F, Daniela Alarcón P, Emilio Alarcón C.

Equipo de Cirugía Cardiorábrica Hospital "Dr. Guillermo Grant Benavente". Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile

Introducción: El tumor fibroso solitario (TFS) es una neoplasia poco común, se presenta habitualmente en relación a la pleura, donde representa el 8% de las neoplasias benignas del tórax y el 10% de los tumores pleurales. Su incidencia se ha calculado en alrededor de 2,8 casos por 100.000 pacientes registrados al año.

El tumor fibroso solitario se describe con una mayor incidencia entre la sexta y séptima década de la vida, sin diferencias significativas en la distribución por género. Generalmente son asintomáticos, aunque en ocasiones se asocian a dolor, tos, disnea y casos excepcionales síntomas relacionados con hipoglicemia. El objetivo de esta comunicación es presentar el caso de una paciente que presentó una hipoglicemia como manifestación de un tumor fibroso solitario de la pleura.

Caso Clínico: Mujer de 38 años, sin antecedentes mórbidos relevantes, que comenzó con un cuadro caracterizado por baja de peso aproximadamente 10 kg. en 3 meses, compromiso del estado general y edema de extremidades inferiores. Consultando en varias oportunidades en consultorios rurales, hasta que presentó una hipoglicemia grave por lo que es derivada a su Hospital Base. Dentro del estudio se realizó radiografía de tórax que demostró gran tumor

que ocupaba todo el hemitórax derecho. En el TAC de tórax se identificó gran masa heterogénea que ocupa el hemitórax derecho, con desviación del mediastino a izquierda y atelectasia pulmonar derecha. Derivada a nuestro centro se maneja por endocrinólogo debido a difícil control de las glicemias y se completó su estudio con punción percutánea del tumor guiada por TAC, la biopsia informó tumor fibroso solitario.

Se decidió resección quirúrgica, se realizó toracotomía posterolateral derecha, con extirpación de todo el tumor que se encontraba adherido a la pleura parietal, logrando reexpansión pulmonar completa, con buena evolución postoperatoria. En el estudio anatomopatológico se informó tumor de 11,5 x 27 x 25 cm, con un peso de 3.450 grs., que corresponde a un tumor fibroso solitario de la pleura, sin compromiso de bordes quirúrgicos. Actualmente con un seguimiento de 6 meses, la paciente se encuentra con una control metabólico adecuado, con normalización de sus glicemias y asintomática desde el punto de vista respiratorio, sin recidiva del tumor.

Conclusión: Los tumores fibrosos solitarios de la pleura pueden presentar excepcionalmente hipoglicemia. Se presenta el siguiente caso como una presentación atípica y excepcional de un tumor fibroso solitario. Siendo diagnosticado debido a una hipoglicemia grave.

HAMARTOMA PULMONAR GIGANTE. REPORTE DE UN CASO

Drs: R. Berrios ¹, F. Rivas C ², M. Hurtado ³

¹ Cirujano de Tórax Hospital Clínico de la Fuerza Aérea Universidad de Valparaíso, ² Cirujano Hospital Clínico de la Fuerza Aérea, ³ Becado 3º año Hospital Clínico de la Fuerza Aérea – Universidad de Valparaíso

Introducción: El Hamartoma pulmonar es el tumor benigno más frecuente del pulmón, con una incidencia reportada en estudios de necropsia entre 0,025% y 0,32% y la tercera causa más común de nódulo pulmonar solitario, constituyendo entre un 7% y 14% en reportes en grandes series. Esta compuesto por tejido hallado normalmente en el pulmón, incluyendo grasa, tejido epitelial, tejido fibroso y tejido cartilaginoso, presentando sin embargo, un crecimiento desordenado. Su desarrollo es lento y alcanzan generalmente un tamaño máximo de hasta 1 o 2 cm, aunque hay reportes de lesiones de hasta 30 cm de diámetro mayor. Su potencial maligno es casi inexistente, pero dado que el carcinoma broncogénico es su principal diagnóstico diferencial, el estudio y diagnóstico definitivo deben ser acertados. **Caso:** Presentamos un caso de Hamartoma pulmonar gigante en una paciente mujer de 58 años, gran fumadora, que en estudio por un cuadro respiratorio persistente se solicita Rx de Tórax donde se detecta una masa en el pulmón derecho de 11,5. Se realiza estudio con TC de Tórax que muestra lesión que compromete porción apical del LID y una imagen con aspecto de nódulo en glándula suprarrenal izquierda. Se complementa

estudio con broncoscopia con toma de biopsia, informando tejido sano y PET/CT que muestra lesión con escasa avidéz por ¹⁸FDG a nivel pulmonar y sin captación a nivel suprarrenal. Para definir diagnóstico se realiza toracotomía enucleando lesión que es informada como benigna en biopsia rápida intraoperatoria. La biopsia definitiva muestra lesión nodular de 623,7g, con dimensiones al corte de 11,5 x 8 x 6,9 cm compatible con un hamartoma condroide. Discusión: este caso corresponde a uno de los hamartomas más grandes reportados en la literatura, a continuación de los reportados por Petheram y Heard en 1979 con un tumor de 30 cm de diámetro, Hutter con una lesión de 3,2 kg con dimensiones de 26 x 25 cm, Ganti el 2006 con un hamartoma de 25,5 x 17,5 cm y Lee y cols. el 2002 con una lesión de 16 x 9 cm en un hombre de 30 años. Dada las características anecdóticas de esta lesión y pese al estudio acucioso, sólo la cirugía y la biopsia permitieron dar el diagnóstico definitivo.

EXPERIENCIA DEL MANEJO AGRESIVO DE LA MEDIASTINITIS NECROTIZANTE DESCENDENTE EN UN HOSPITAL GENERAL. EXPERIENCIA DE 2 AÑOS.

Drs. M. Schiller, M. Parra, J. Ortega, R. Berrios, J. Schiller, H. Rojas, G. Wiedmaier. Int: F. Oppliger.
Servicio de Cirugía, Equipo de Cirugía Torácica, Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo.

Introducción: La Mediastinitis Necrotizante Descendente (MND) corresponde a una complicación de las infecciones orofaríngeas que por extensión local comprometen en forma secundaria al mediastino. Es una complicación infrecuente, pero extremadamente grave y letal. Según lo reportado tanto en la literatura nacional como internacional, su mortalidad fluctúa entre un 25% en las mejores series y hasta un 70%. La clave para mejorar la sobrevida sería el diagnóstico precoz y un tratamiento quirúrgico agresivo.

Objetivos: Realizar un análisis retrospectivo de los casos tratados por MND en el Hospital Padre Hurtado (HPH) y comparar estos con la literatura publicada en relación al tema.

Métodos: Revisión de la base de datos de pacientes operados en el Hospital Padre Hurtado entre Mayo de 2008 y Mayo 2010 y el análisis de la ficha clínica, laboratorio, microbiología e imágenes de los pacientes encontrados. Revisión sistemática de la literatura en relación a MND.

Resultados: En el período estudiado se presentaron tres pacientes con el diagnóstico de MND. Un caso de un absceso retrofaríngeo y dos casos secundarios a infecciones de foco dentario. Todos fueron manejados en UCI para VMI y estabilización hemodinámica. A todos se les ofreció un tratamiento quirúrgico precoz, agresivo y seriado en caso de considerarse necesario. Además se administró un tratamiento antibiótico prolongado y de amplio

espectro. El paciente con MND secundaria a foco retrofaríngeo y uno de los pacientes con foco dental presentaron buena evolución y sobrevivieron sin secuelas en controles alejados (77,7%). El segundo paciente originado por un foco dentario falleció de una HDA en el contexto de una CID.

Conclusión: La MND es una complicación poco frecuente de las infecciones orofaríngeas. Existen sólo reportes aislados y series pequeñas publicadas tanto en la literatura nacional como internacional. Según lo expuesto en éstas, así como en los resultados obtenidos en nuestros pacientes, la MND presenta una alta mortalidad y la sospecha precoz asociada a un manejo multidisciplinario que incluya cirujanos de cabeza y cuello, cirujanos torácicos y un agresivo manejo en UPC, mejorarían la sobrevida de estos pacientes. Manejo quirúrgico agresivo, antibioterapia prolongada de amplio espectro y apoyo nutricional avanzado son pilares claves para esto.

CASO CLÍNICO: LIGADURA DEL CONDUCTO TORÁCICO POR VIDEOTORACOSCOPIA COMO MANEJO PRIMARIO EN HERIDA PENETRANTE CERVICAL CON FISTULA QUILOSOSA SECUNDARIA.

Dr. M. Inostroza Núñez; Dr. F. Benavides Alba
Hospital San Juan de Dios, Santiago

Paciente sexo masculino, 29 años, ingresado por unidad de emergencia en shock hipovolémico secundario a herida por arma blanca cervical izquierda. Se objetiva sangrado activo de lesión cervical y se inician maniobras de reanimación trasladando de inmediato paciente a pabellón. En pabellón es intervenido por cirujanos de turno pesquizando lesión de vena yugular interna izquierda y de tronco innominado realizando ligadura de la primera y exponiendo el segundo luego de desarticulación de la clavícula en su unión esternal. Se logra hemostasia mediante rafia con puntos de prolene y se decide cierre de exploración cervical, dejando drenaje tipo hemovac cervical y pleurostomía izquierda por neumotórax apoyado en la clínica sugerente evaluado por anestesiista. Manejado en UCI en su post operatorio, evolución rápidamente favorable luego de transfusiones, logrando salir de ventilación mecánica precozmente. Presenta débito del drenaje cervical desde su primer día post operado de 350 cc serohemático y escaso débito del drenaje pleural. Iniciada la alimentación en el paciente al cuarto día de su cirugía el débito del drenaje cervical llegó a 1200 cc en 24 hrs. Se estudia con TAC y tránsito esofágico descartando lesión esofágica. Se solicita estudio del líquido de drenaje cervical del cual no se logran mayores conclusiones por limitación técnica del laboratorio de nuestra institución.

Solicitado Linfocintigrafía la que concluye categóricamente lesión del conducto torácico con extravasación por drenaje cervical, manteniendo un débito aproximado de 1000 cc día. Se plantea resolución quirúrgica con ligadura del conducto

torácico por videotoroscopia con utilización de 2 puertos de trabajo, procedimiento llevado a cabo en reducido tiempo quirúrgico, con paciente excelentes condiciones en el post operatorio inmediato y reducción del débito hasta 50 cc al 2º día post operado y linfocintigrafía de control que objetiva la resolución de la patología.

Paciente dado de alta sin drenajes y con excelente evolución. Se disponen de imágenes de procedimientos y exámenes de la evolución del caso. Se discute manejo médico versus quirúrgico, y en cuanto a éste último el abordaje por videotoroscopia.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL COMPORTAMIENTO DE LOS PACIENTES CARDIOPERADOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DESDE ENERO DEL 2009 HASTA JULIO 2010.

Drs. Y.Ageno, C.Cruz, G.Sanz.
Hospital San Juan de Dios.

Introducción: Se realiza estudio descriptivo de las cirugías cardíacas en población beneficiaria del sistema de salud público.

El motivo de este estudio es dar a conocer el comportamiento de esta población ya que no existen datos publicados en la literatura o registros nacionales. **Materiales y Métodos:** se reunió la población intervenida en unidad de cirugía cardíaca en el Hospital San Juan de Dios en el periodo Enero – Diciembre 2009, se realizó tabulación y análisis de datos con el programa Excel.

Resultados: se obtuvo un total de 510 cirugías correspondientes a 494 pacientes, sexo masculino 70% y femenino 30%, mortalidad global a 30 días 4,5%, Edad promedio 60 años. Del total de las cirugías el 65% fue de revascularización miocárdica, 19% recambio valvular, 3% reoperaciones, 2% CIA y el resto de los procedimientos no supero el 1%. De las cirugías de recambio valvular la más frecuente fue Aórtica con 50%, Mitral 38% y doble recambio 12%, mortalidad derivada del procedimiento 4%. El 18% de los procedimientos fue de urgencia, siendo la mortalidad asociada a estos procedimientos de 14%.

Conclusión: Se realizó análisis descriptivo del comportamiento de una población no seleccionada de pacientes sometidos a cirugía cardíaca, y los resultados en cuanto a mortalidad y tipo de cirugía son similares en porcentaje con estudios clásicos como el ALKK, pero no se puede con este estudio realizar asociación de causalidad o factores de riesgo ya que no se disponía de datos epidemiológicos necesarios.

Este estudio da pie a que se realicen estudios con mayor población y con análisis de los factores de riesgo que pueden influir en el pronóstico de los pacientes de nuestra población estudiada.

NEOPLASIAS PLEURALES DIAGNOSTICADAS MEDIANTE BIOPSIA PLEURAL. REVISIÓN DE 10 AÑOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSÉ.

Drs. R. Zuleta¹, C. Derosas², J. Azolas³, J. Bravo³, JL. Rocabado^{4,1}, G. Hurtado¹.

¹Equipo Cirugía de Tórax ²Residente de Cirugía, ³Internos de Medicina, ⁴Jefe Servicio de Cirugía. Complejo Hospitalario San José. Universidad de Santiago de Chile.

Introducción: Dentro del estudio del síndrome de ocupación pleural la biopsia de ésta pasa a ser parte clave especialmente cuando las citologías de líquido son negativas o existe la fuerte sospecha de cáncer. Existe una gran diversidad de neoplasias capaces de afectar la cavidad pleural. La WHO clasifica los tumores pleurales primarios según histología en mesoteliales, mesenquimales y desórdenes linfoproliferativos. Este estudio tiene por objetivo determinar las características de las neoplasias asociadas a la pleura diagnosticadas por biopsia en la población atendida en el Complejo Hospitalario San José entre los años 2001 y 2010.

Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de todas las biopsias pleurales realizadas en el Complejo Hospitalario San José desde octubre del 2001 a febrero del 2010. Se analizaron múltiples variables, las que fueron analizadas en SPSS 13.0. **Resultados:** Se revisaron 202 biopsias pleurales, la edad promedio es de 54,96± 16,8 años para los pacientes, el 60,4% fueron hombres. Del total de biopsias tomadas el 43,6% correspondió a neoplasias, de éstas el 23,9% fueron mesoteliomas malignos, 6,8% linfomas y 1 caso de sarcoma sinovial monofásico pleural. El 69,3% de los casos correspondieron a metástasis donde el 24,6% de estas correspondieron a pulmón, seguido por mama en un 11% de los casos y en un 32,8% no se pudo determinar el origen primario.

Discusión: Las neoplasias pleurales primarias son afecciones de baja frecuencia que requieren un alto grado de sospecha por parte del clínico. En nuestro trabajo se evidenció que del total de biopsias pleurales casi la mitad correspondió a patología maligna, de estas un tercio a tumores pleurales primarios. Por lo que se desprende que la biopsia pleural es parte fundamental para el estudio del síndrome de ocupación pleural siendo utilidad para el diagnóstico y pronóstico de las neoplasias, e incluso para comenzar el estudio de primarios desconocidos.

CARACTERIZACIÓN PATOLÓGICA DEL MESOTELIOMA MALIGNO EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSÉ

Drs. R. Zuleta¹, C. Derosas², J. Azolas³, J. Bravo³, JL. Rocabado^{4,1}, G. Hurtado¹.

¹Equipo Cirugía de Tórax ²Residente de Cirugía, ³Internos de Medicina, ⁴Jefe Servicio de Cirugía. Complejo Hospitalario San José. Universidad de Santiago de Chile.

Introducción: El mesotelioma maligno se presenta

a mayor frecuencia en pacientes mayores de 60 años, con predominio del sexo masculino a razón de 9:1 en EE.UU. y un poco menor en Europa. La incidencia varía según región y se espera un incremento en las próximas dos décadas. El diagnóstico por biopsia y tinción tiene una sensibilidad del 7-15%, siendo de regla el uso de inmunohistoquímica. La mortalidad alcanza el 100%. El presente estudio tiene por objetivo describir esta patología durante los últimos 10 años en la población de pacientes atendidos en el Complejo Hospitalario San José.

Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de todas las biopsias con el diagnóstico de mesotelioma realizadas en el Complejo Hospitalario San José desde octubre del 2001 a febrero del 2010. Se investigaron múltiples variables, las que fueron analizadas en SPSS 13.0.

Resultados: Se revisaron 34 biopsias con el diagnóstico de mesotelioma, del total, sólo 23 (67,6%) se confirmaron como tal con biopsia definitiva e inmunohistoquímica. De éstos 17 casos (73,9%) correspondieron a mesotelioma epitelial, 2 (8,7%) a mesotelioma sarcomatoso y 4 (17,4%) a mesotelioma bifásico, 16 pacientes (69,6%) fueron hombres. La edad media es de $53,96 \pm 12,1$ años (rango 22-75 años), concentrándose 18 (78,2%) casos entre la segunda y cuarta década de vida. De todas las muestras de mesoteliomas confirmados, 6 (26,1%) fueron hallazgos incidentales en estudio rutinario de derrames pleurales, a 21 (91,3%) se les realizó estudio citológico previo, de los cuales, sólo 8 (34,8%) fueron positivos para células neoplásicas, el resto de las citologías fueron negativas y el diagnóstico fue realizado con biopsia e inmunohistoquímica posterior, 2 casos fueron mesoteliomas epiteliales peritoneales.

Discusión: Pese a que el mesotelioma es una neoplasia que comúnmente se presenta en mayores de 60 años, en nuestra serie se concentran en la segunda y cuarta década de vida. Además, se demuestra su difícil diagnóstico, ya que tan solo en un tercio de los casos la citología es positiva, por lo que ante la sospecha de neoplasia la biopsia pleural e inmunohistoquímica son fundamentales.

TUMORES Y QUISTES DE MEDIASTINO: EXPERIENCIA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO.

Drs. M. Petric, L. Peralta, J. González.
Servicio de Cirugía, Hospital Militar de Santiago.
Universidad de Valparaíso.

Introducción: Los tumores y quistes del mediastino son lesiones poco frecuentes, que se originan en las estructuras propias de cada uno de sus compartimientos o en elementos extramediastínicos que lo invaden. La evolución natural de éstos es variable, pueden ser: asintomáticos, de crecimiento lento y benigno con síntomas mínimos o neoplasias invasoras y agresivas, con metástasis y muerte. **Objetivos:** reportar la casuística de nuestro centro, describir las características clínicas y morbimortalidad postoperatoria.

Material y método: Estudio retrospectivo de corte transversal, que incluye el universo de pacientes adultos sometidos a cirugía torácica con diagnóstico de tumor o quiste de mediastino en 10 años (enero 2000 a mayo 2010). Estadística descriptiva. **Resultados:** Se incluyeron 22 pacientes, edad promedio 42,5 años (mín: 16 años; máx: 83 años), 45% (10) casos corresponden al sexo masculino y 55% (12) al femenino. En cuanto a la localización anatómica, 50% (11) eran de mediastino posterior, 36% (8) mediastino anterior y 14% (3) mediastino medio. El abordaje quirúrgico usado fue a través de toracotomía posterolateral derecha o izquierda en 9 casos (41%), esternotomía media 7 casos (32%), videotoracoscopia 5 casos (23%) y mediastinoscopia en 1 caso. Los diagnósticos histológicos postoperatorios son diversos, encontrándose 5 Schwannomas, 4 timomas, 3 quistes broncogénicos, 2 tiroides intratorácica, 2 teratomas, 1 tumor de saco vitelino, 1 ganglioneuroma, 1 carcinoide, 1 heman-giolinfangioma, 1 linfangioma y 1 linfoma de Hodgkin. La correlación clínica radiológica con la histología fue de un 50%. La estadía hospitalaria postoperatoria fue de 5,2 días (mín:2/máx:15). En cuanto a las complicaciones quirúrgicas, se presentaron en 2 casos: hemotorax residual y hematoma infectado con dehiscencia esternotomía (que se presentó en paciente inmunosuprimido con osteoporosis severa por enfermedad médica previa), ambos requirieron reintervención. Hubo un caso con complicación médica postoperatoria (TEP subsegmentario). No se registró mortalidad en la serie.

Discusión: Los tumores y quistes de mediastino son patologías relativamente poco frecuentes y representan un desafío clínico, radiológico y quirúrgico. En esta serie de casos se reportó una baja morbilidad y no hubo mortalidad. La incidencia de los diagnósticos histológicos y la concordancia entre diagnóstico preoperatorio con postoperatorio es similar a lo reportado en la literatura.

TERATOMA MADURO GIGANTE DE MEDIASTINO ASOCIADO A TAPONAMIENTO CARDIACO: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Drs. M. Petric, J. González, L. Peralta.
Servicio de Cirugía, Hospital Militar de Santiago.
Universidad de Valparaíso.

Introducción: Los teratomas son neoplasias formadas por múltiples elementos tisulares procedentes de las tres capas embrionarias primitivas. El mediastino es la ubicación más frecuente extragonadal. Se ubican preferentemente en el mediastino anterosuperior, aunque el 3 a 8% se encuentran en el mediastino posterior. Pueden ser asintomáticos o presentar síntomas por compresión de estructuras vecinas.

Objetivo: Describir el caso clínico de un paciente diagnosticado y tratado en nuestro centro.

Material y método: Reporte de un caso, análisis antecedentes clínicos y revisión bibliográfica. Resumen: Paciente mujer, 21 años, sin antecedentes mórbidos. Cuadro de 3 meses de evolución de dolor torácico mayor a derecha asociado a disnea de pequeños esfuerzos, tos, expectoración purulenta y disminución de peso (10% de su peso). Al examen físico destaca yugulares ingurgitadas, murmullo pulmonar abolido en hemitórax derecho y hepatomegalia. Radiografía de tórax muestra ocupación pleural derecha. TAC de tórax: Imagen de 2 quistes de paredes parcialmente calcificadas que ocupan prácticamente todo el hemitórax derecho, compatible con teratoma gigante, que hace efecto de masa sobre el mediastino y corazón derecho. Eco cardiograma 2D: aurícula derecha colapsada en un 50% por masa extrínseca, que invade pericardio parietal; pericardio visceral indemne. Compresión de vena cava inferior. Se realizó toracotomía posterolateral derecha. Hallazgo de tejido sebáceo abundante e implantes pilosos, gruesa membrana envuelve tumor y lo adhiere íntimamente a planos parietales pleural y pericárdico. Pleura visceral sin plano de clivaje. Mediante disección roma y electrocoagulación se logra separar las estructuras y remover totalmente el tumor. Se debe resear pericardio antefrénico y segmento posterior del LID, ya que se encontraban íntimamente unidos al teratoma. Postoperatorio sin complicaciones. Biopsia informa teratoma quístico maduro. Seguimiento a 1 año con expansión pulmonar completa y asintomática.

Discusión: Aunque los teratomas mediastínicos son poco frecuentes, el diagnóstico clínico-radiológico es relativamente fácil pues tiene características bien definidas: masa compleja con áreas líquidas y sólidas, con contenido graso y con calcificaciones irregulares. En el 50% de los casos son sintomáticos, como en éste, donde se observan hallazgos compatibles con un taponamiento cardíaco crónico y alteraciones ventilatorias restrictivas dadas por atelectasia total del pulmón derecho. El tratamiento de elección es quirúrgico y el diagnóstico definitivo es morfológico.

CÁNCER PULMONAR EN EL HOSPITAL FACH EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS, ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE SU PRESENTACIÓN Y SOBREVIDA

Drs. M. Hurtado², R. Berríos¹, C. Sanhueza².
¹Cirujano de Tórax Hospital Clínico de la Fuerza Aérea Universidad de Valparaíso, ²Becado Hospital Clínico de la Fuerza Aérea, Universidad de Valparaíso

Introducción: El Cáncer pulmonar es la segunda causa de muerte por cáncer en Chile, su frecuencia aumenta anualmente. Durante la mayor parte de la evolución, el cáncer pulmonar es clínicamente silencioso. La presencia de síntomas es señal de avance de la enfermedad y el pronóstico se hace cada vez peor. Se estima que solo el 10% de los enfermos se detectan en estadio factible de tratamientos con intención curativa. La supervida de pacientes con estadios avanzados (IIIB y IV) es

de hasta 8 meses. Por lo anterior es de importancia capital conocer nuestra realidad en esta materia de manera de elaborar estrategias de prevención y tratamiento.

Objetivo: Conocer las características de la población con diagnóstico de cáncer pulmonar y su supervida. En una población asignada de 60.000 personas, que tiene la característica de ser cerrada y cautiva, con posibilidad de ser seguida desde el diagnóstico hasta el día de hoy.

Materiales y métodos: Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo para establecer el comportamiento epidemiológico del cáncer de pulmón en el Hospital FACH desde enero de 2000 al primer semestre de 2010. Se analizan los pacientes que egresaron con dicho diagnóstico, confirmado histológicamente con muestra obtenida por cirugía. Se confecciona una ficha de recolección de datos agrupando como variables de interés, la edad, Escala ECOG, histología, Estadio según TNM 2009 y supervida.

Resultados: Se recogieron los datos de 34 pacientes, de estos el 71% corresponde al género masculino y el 29% al femenino, cuya edad promedio es de 68 años. De ellos un 33% se encuentra Ecog 1; Ecog 2, un 63% y 3 un 4%. Un 41% corresponde a Adenocarcinoma, 29%, Escamoso, 18% a Células Grandes y un 9% a Células Pequeñas. Los estadios al momento de diagnóstico son: IA, 21%; IB, 8%; IIA, 17%; IIB, 12%; IIIA, 21%; IIIB, 4% y IV, 17%. Con un seguimiento que va desde 1 a 108 meses. La supervida en etapas tempranas (IA, IB, IIA) es de 47 meses en promedio, en etapas localmente avanzadas (IIB-III A) es de 20 meses y avanzadas (IIIB – IV) es de 5 meses.

Conclusión: Nuestra población al ser cautiva, es de fácil seguimiento, y de pesquisa discretamente precoz a la realidad nacional. Presenta supervida comparable a la literatura, sin ser superior, lo que nos plantea que persistimos llegando tarde al diagnóstico de esta enfermedad y que es necesario elaborar estrategias para detección precoz y tratamiento para reducir la mortalidad.

LIPOSARCOMA PRIMARIO DE MEDIASTINO

Drs. Roberto González L., Victoria Vargas V., Gerardo Mordojovich R., Rafael Prats M., Raimundo Santolaya C., Patricio Rodríguez D.

Sección de Cirugía de Tórax, Servicio Médico Quirúrgico Respiratorio, Instituto Nacional del Tórax. Departamento de Cirugía, Campus Oriente, Universidad de Chile.

Introducción: El mediastino es asiento de tumores de diversos orígenes anatomopatológicos, los liposarcomas primarios de mediastino son tumores excepcionales y por sus características pueden alcanzar gran tamaño.

Objetivos: Presentar un caso de liposarcoma primario de mediastino que fue resecado quirúrgicamente y discutir su tratamiento. Caso clínico: Hombre de 83 años que consultó por disnea y disfagia de 12 meses de evolución. En

radiografía y tomografía computada de tórax se demostró un tumor de mediastino, se completo el estudio preoperatorio y se decidió cirugía. Se realizó tratamiento quirúrgico vía esternotomía media vertical, resecando masa de aspecto lipoideo, lobulado y encapsulado, que se encuentra por detrás y entre los troncos supra aórticos y se extiende a la base del cuello. El tumor comprime y desplaza: la vena cava superior, el tronco venoso braquiocefálico izquierdo o innominado, el tronco arterial braquiocefálico, la carótida izquierda y el arco aórtico. La traquea se encuentra completamente desplazada hacia la derecha. El tumor rodea pero no infiltra los nervios neumogástricos y frénicos. No hubo incidentes intra operatorios. El paciente evolucionó con seroma de herida operatoria y parálisis de cuerda vocal derecha, fue dado de alta al décimo séptimo día post operado. El estudio anatomopatológico concluyó liposarcoma de bajo grado, peso: 650 gramos, tamaño: 17 x 15 x 10 cms. y con márgenes libres. A 12 meses post operado el paciente se encuentra en buenas condiciones generales, sin disnea, sin disfagia, sin evidencia de recidiva y con voz bitonal.

Conclusión y discusión: Los liposarcomas primarios de mediastino son extremadamente infrecuentes, pueden alcanzar gran tamaño y su tratamiento es quirúrgico.

CARACTERÍSTICAS, RESULTADOS INMEDIATOS Y VARIABLES ASOCIADOS A SUPERVIVENCIA DE PACIENTES CON RESECCIÓN DE METÁSTASIS PULMONARES POR CÁNCER COLORECTAL

Drs. Roberto González L, Andrés Jadue T, Gerardo Mordojovich R, Raimundo Santolaya C, Rafael Prats M, Patricio Rodríguez D.

Sección de Cirugía de Tórax, Servicio Médico Quirúrgico Respiratorio, Instituto Nacional del Tórax. Departamento de Cirugía, Campus Oriente, Universidad de Chile.

Introducción: La recurrencia del cáncer colorectal (CCR) en resecaos puede superar el 50%, hígado y pulmón son sitios frecuentes de recurrencia. Pacientes con CCR y metástasis (MTT) no tratadas tienen supervivencia media < 10 meses y una supervivencia < 5% a 5 años. La resección de MTT pulmonares en pacientes seleccionados constituye una estrategia de tratamiento bien establecida. Objetivos: Describir características, resultados inmediatos y variables asociadas a supervivencia en pacientes con metastasectomía pulmonar por CCR (MPCCR).

Material y método: Revisión retrospectiva, pacientes con MPCCR y primario controlado. Período: enero 2004 -diciembre 2009. Se describe género, edad, ubicación CCR, intervalo libre enfermedad (ILE), número MTT por paciente, Performance Status (PS), lateralidad MTT, tamaño MTT, clasificación grupo de riesgo de registro internacional MTT pulmonares (RIMP), compromiso extrapulmonar, abordaje, resección (completa ó R0 versus incompleta ó R2),

número MTT resecaos, morbilidad, mortalidad, seguimiento, remestastectomía y supervivencia global. Se comparó supervivencias según 10 variables. Se utilizó programa SPSS 15.0. Se consideró significativo $p < 0.05$.

Resultados: 30 pacientes, 20 hombres (relación 2:1), edad promedio: 65.2 +/- 9.3 años. El CCR fue colon en 15 y rectal en 15. ILE promedio: 30.8 +/- 23.9, mediana: 25 meses (rango: 1-108). Número MTT por paciente: 1 en 14 casos, 2 en 7 y 3 ó más en 9. PS: 0 en 3 pacientes, 1 en 25 y 2 en 2. MTT unilateral: 21 pacientes. Tamaño MTT promedio: 2.1 +/- 0.9 cm, 14 tenían MTT > 2 cm. Grupo RIMP: 4 pacientes grupo I, 11 grupo II, 8 grupo III y 7 grupo IV. Compromiso extrapulmonar: 4 pacientes. Abordajes: 20 toracotomías, 8 cirugías video-asistidas y 2 toracotomías bilaterales. R0 en 23 pacientes. Número MTT resecaos: 1 en 20 casos, 2 en 4 y 3 ó más en 6 (rango: 1-8). Morbilidad: 1 neumotórax. No hubo mortalidad. Promedio alta postoperatoria: 4.2 +/- 2.5 días. Promedio seguimiento: 22.9 +/- 18.5 meses. Se realizaron 3 remestastectomías en 3 pacientes. Supervivencia promedio: 38.8 +/- 5.3 meses. Supervivencia a un año 88.4 +/- 6.3 %, a 3 años 54.6 +/- 13.1 % y a 5 años 18.2 +/- 11.4%. Se observó mejoría significativa en la supervivencia según PS y cuando no existen MTT extrapulmonares. Conclusiones: La MPCCR es más frecuente en hombres, la mayoría de los pacientes tienen MTT múltiples y unilateral. La resección R0 se obtiene en la mayoría de los pacientes. La MPCR es segura con buenos resultados inmediatos. En nuestra serie se identifican variables asociadas a mejor supervivencia.

NÓDULO PULMONAR SOLITARIO, CARACTERIZACIÓN HISTOLÓGICA EN EL HOSPITAL DE LA FUERZA AÉREA DE CHILE.

Drs: C. Sanheza³, M. Hurtado³, R. Berrios¹, F. Rivas²
¹Cirujano de Tórax Hospital Clínico de la Fuerza Aérea Universidad de Valparaíso , ²Cirujano Hospital Clínico de la Fuerza Aérea, ³Becado Hospital Clínico de la Fuerza Aérea, Universidad de Valparaíso

Introducción: Los nódulos pulmonares solitarios corresponden a lesiones únicas, redondas u ovaladas de menos de 3 cm rodeadas de parénquima pulmonar sano. Su identificación es importante ya que si bien la mayoría resulta corresponder a enfermedades benignas (granulomas, hamartomas), un importante porcentaje de ellos resulta ser cáncer pulmonar, cuyo diagnóstico y posterior tratamiento temprano mejora la sobrevida asociada a este diagnóstico. Objetivo: El objetivo del trabajo es describir las características clínicas e histológicas de los pacientes con diagnóstico de nódulo pulmonar solitario (NPS) en el Hospital FACH. Que fueron sometidos a cirugía

Material y método: Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo de todos los pacientes con diagnóstico de nódulo pulmonar solitario diagnosticados en el Hospital de la Fuerza Aérea de Chile durante un

periodo correspondido entre el año 2000 y primer semestre de 2010. Se revisaron los informes de biopsias y las fichas clínicas de los pacientes. Resultados: De un total de 41 pacientes con este diagnóstico, el 44% correspondían a mujeres (18) y el 56% a hombres (23), con una edad promedio de 58,7 años. El diagnóstico más frecuente fue hamartoma con un 29,3%, seguido de ganglios intrapulmonares antracóticos con un 22%, cáncer pulmonar un 15% y granulomas un 19%. Otros con un 7%. Cabe destacar que un 7% de los casos resultaron ser metástasis de otros primarios.

Conclusión: Los resultados obtenidos se correlacionan con lo publicado en la literatura internacional y sigue justificando la biopsia/resección de estas lesiones debido a la alta tasa de malignidad en ellos, principalmente cáncer pulmonar y en menor grado metástasis de otros tumores primarios.

HEMOTÓRAX ESPONTÁNEO MASIVO DEBIDO A PSEUDOANEURISMA DEPENDIENTE DE ARTERIA PULMONAR. REPORTE DE UN CASO.

Drs: R. Berríos¹, J. Jensen², P. Vargas³, P. Soffia⁴
¹Cirujano de Tórax Clínica Alemana – UDD
². Becado de cirugía Hospital FACH, ³Radiólogo intervencionista Clínica Alemana, ⁴Radiólogo Clínica Alemana

Introducción: Hemotórax es la acumulación de sangre en la cavidad pleural. La mayoría de los casos de hemotórax son secundarios a trauma torácico o procedimientos (instalación de CVC). El hemotórax espontáneo (HE) es mucho menos frecuente, se desconoce su incidencia. Dentro de la literatura se han reportado casos secundarios a neoplasias, endometriosis, infarto pulmonar, neumotórax espontáneo, hemofilia y malformaciones vasculares pulmonares. Se han reportado menos de 40 casos de HE debidos a malformaciones vasculares pulmonares. Esta es una patología potencialmente fatal. El pronto diagnóstico y adecuado tratamiento son fundamentales. Caso clínico: Una mujer de 20 años, adicta a cocaína, cursando embarazo de 32 semanas consultó en servicio de urgencia, debido a dolor torácico derecho de 6 hrs de evolución. Al ingreso la paciente se encontraba con compromiso hemodinámico. ECO obstétrica evidenció DPPNI. Se realizó cesárea de urgencia sin incidentes. Durante el postoperatorio inmediato, la paciente continuó con dolor torácico, dificultad respiratoria y taquicardia. Radiografía de tórax mostró extenso derrame pleural derecho. Se planteó diagnóstico de hemotórax espontáneo masivo. Se instaló pleurosotomía y drenó 1100 cc de sangre. Paciente fue trasladada a UPC. AngioTAC de tórax evidenció pseudoaneurisma en lóbulo inferior derecho. Se completó el estudio con angiografía que diagnosticó pseudoaneurisma dependiente de arteria pulmonar. Se trató la lesión embolizándola con coil. La paciente evolucionó con hemotórax retenido. Fue operada mediante videotoracoscopia. Se drenó la cavidad sin incidentes. Buena evolución posterior.

La paciente fue dada de alta a los 20 días de su ingreso. A los 5 meses la paciente aun se encontraba asintomática y con una radiografía de tórax normal. Discusión: Presentamos un caso de HE secundario a pseudoaneurisma de arteria pulmonar. En la literatura se encuentran reportados otros 32 casos de HE secundarios a malformaciones vasculares pulmonares. En nuestra paciente gracias a la sospecha de una causa vascular como etiología del HE, se realizó el estudio adecuado con angioTAC y angiografía. Se pudo realizar a tiempo un tratamiento adecuado y de baja morbilidad con embolización con coil. Presentamos este caso con el fin tener en cuenta este diagnóstico diferencial dentro de las causas de hemotórax espontáneo.

BIOPSIA PULMONAR ABIERTA EN PACIENTES EN VENTILACIÓN MECÁNICA INGRESADOS A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Drs. C. Cavalla⁽¹⁾, R. Oyarce⁽¹⁾

⁽¹⁾ Servicio de Cirugía Adulto. Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar. U. de Valparaíso

Los pacientes con enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID), que caen en falla respiratoria en el curso de su evolución tienen un pronóstico ominoso. Cuando esto ocurre una vez ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), es necesario confirmar un diagnóstico de certeza y de esta forma ajustar el tratamiento, agregar corticoterapia si estuviera indicado o limitar el esfuerzo terapéutico en caso de terapia inútil. La Biopsia Pulmonar Abierta (BPA) permite entregar un diagnóstico histológico de certeza. El objetivo de este trabajo es conocer la utilidad de este procedimiento quirúrgico en la toma de decisiones en pacientes críticos. Se estudiaron 22 pacientes en ventilación mecánica, en que se realizó BPA entre los años 2006-2009. Todos los pacientes presentaban falla respiratoria, sin diagnóstico de certeza, siendo susceptibles del uso de corticoides al momento de la biopsia. Resultados: Edad promedio de 61,32 años. APACHE II de ingreso fue 20,3. En 36,6% se utilizaron modos avanzados de Ventilación Mecánica incluida ventilación en pronó. En el 81% de los casos la BPA se realizó en pabellón central, 4 pacientes en la UCI. El segmento lingular fue el más frecuentemente biopsiado. Existieron complicaciones en tres pacientes, neumotórax moderado, fístula broncopleurales y un paciente con ambas. No hubo pacientes fallecidos directamente por el procedimiento. COP/BOOP fue el resultado de biopsia más frecuente.

Existió cambio de conducta en 13 pacientes, en los 9 restantes se identificó como causas: 4 biopsia no concluyente, 3 contraindicación del uso de corticoides y 2 por demora en el resultado. El corticoide más usado fue metilprednisolona. La mortalidad de la serie fue de 54.5%, variando según grupo de enfermedades.

Las variables con significancia estadística fueron: disnea en la historia de ingreso para los pacientes fallecidos y el uso de corticoides para los pacientes

mejorados ($p=0,029$ t.fischer).

Conclusión: La presente revisión muestra una utilidad en la toma de decisiones del 59,1% de la BPA en pacientes en ventilación mecánica, ingresados a UCI. Con resultados concordantes con la literatura. Siendo este un trabajo de revisión retrospectiva no es posible indicar si mejora la sobrevida. Su utilidad entonces, se encuentra en la identificación de diagnósticos no sospechados, encontrar el diagnóstico específico cuando involucra tratamiento potencialmente riesgosos, como el uso de corticoides en pacientes con un riesgo elevado por presencia de cuadro séptico no diagnosticado y limitar el esfuerzo terapéutico cuando se certifica terapia fútil, o de pronóstico ominoso.

EXTRACCIÓN DE AGUJA INTRAPULMONAR ASISTIDA POR VIDEOTORACOSCOPIA. (VATS).

Dr C. Cavalla, Dra C. Baeza, Dr P. Diaz, Dr R. Oyarce, Dr F. Anzziani.

Servicio de Cirugía Adultos Hospital Dr. Gustavo Fricke. Cirujano de Tórax Hospital Dr Gustavo Fricke. Becada de Cirugía. Universidad de Valparaíso Hospital Gustavo Fricke. Servicio de Radiología. Hospital Gustavo Fricke.

Caso clínico: mujer de 25 años, con antecedentes de depresión severa en tratamiento psiquiátrico que ingresa a la Unidad de Emergencias, tras autoinferirse herida en hemitórax izquierdo anterior con aguja de coser. Al ingreso: paciente con disnea leve, hemodinámicamente estable, leve taquipnea, murmullo pulmonar disminuido a izquierda, saturando 98%. En examen de extremidades superiores se observa impronta de objeto puntiagudo en pulpejo de dedo índice derecho. Rx de control: presencia de cuerpo extraño metálico intrapulmonar, neumotórax marginal izquierdo. TAC de tórax: objeto metálico longilíneo intrapulmonar en segmento anterior de lóbulo superior izquierdo. La paciente es intervenida a las 12 horas de realizado el diagnóstico mediante VATS, llevándose a cabo la extracción, sin incidentes, siendo dada de alta quirúrgica a las 48 horas. Discusión: la primera toracoscopía de la historia fue realizada en 1910 mediante un cistoscopio, en un paciente TBC. Hoy en día se ha convertido en una herramienta diagnóstica y terapéutica de uso rutinario en la cirugía. La literatura aporta escasos casos relacionados de extracción de cuerpos extraños a nivel intrapulmonar, tales como agujas de acupuntura, causales de neumotórax por migración de las mismas, entre otras, sin embargo, la diferencia con nuestro caso es la resolución inmediata de la patología, a diferencia de los reportes, cuya indicación se realiza tardíamente, meses e incluso años después de ocurrido el evento.

PERFORACIÓN ESOFÁGICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA

Drs. M. Zamorano, P. Marín, A. Castillo. Ints. P. Vilca, S. Poblete.

Equipo de Cirugía Torácica. Depto. Cirugía, Hospital Regional de Antofagasta. Facultad de Medicina, Universidad de Antofagasta.

La perforación esofágica representa una entidad de diagnóstico complejo, con un pronóstico precario dependiendo de diversos factores como la localización, etiología e intervalo desde la presentación y su tratamiento. Nuestro objetivo es describir las características de los pacientes intervenidos en nuestro centro asistencial siendo este un centro de derivación zonal, analizando específicamente la asociación de la mortalidad y factores como tiempo, etiología y localización de las lesiones. Mediante un método prospectivo observacional desde el año 1994 al año 2010, registrando en una ficha clínica prediseñada y tanto control en policlínico como telefónico, además de corroborar mortalidad en registro civil. Se estudiaron las características demográficas, métodos diagnósticos, tratamiento, y pronóstico. El análisis estadístico se realizó mediante software Statistix mediante el método de chi cuadrado. Se han registrado un total de 51 pacientes, 32 pacientes del sexo masculino. Cuya edad fluctuó entre los 17 y 68 años. Los pacientes trasladados de otros centros fueron en un 62,7%. La principal etiología fue la ruptura espontánea en un 54,9%. La localización principal fue en el esófago torácico en un 72,5%. La intervención antes de las 24 hrs llegó a un 39,2%, posterior a las 72hrs se intervinieron nueve pacientes. Shock séptico se presentó en un 86,3% de los pacientes en algún momento de su hospitalización. La cirugía más frecuente fue la exclusión esofágica más la derivación y drenaje en un 41,2%. La mortalidad general fue de 35,3%. Siendo uno de los factores más determinante de la letalidad el tiempo en realizar el tratamiento, en los pacientes tratados antes de las 24hrs fue de un 20% y en los tratados posterior a las 72 hrs fue de un 77,8% siendo una diferencia estadísticamente significativa ($p<0,05$). A pesar de los avances médico quirúrgicos la mortalidad sigue siendo elevada en esta entidad, con una mortalidad en nuestra serie similar a la literatura. Recalamos el origen de los pacientes, ya que, en una gran proporción aumentaban el tiempo de espera de la terapia, ensombreciendo su pronóstico, dado nuestro estudio y otras publicaciones. La principal etiología fue la espontánea, en desmedro de la instrumental publicada en otros estudios, creemos que algunos factores son la no derivación de algunos centros y la realización de procedimientos endoscópicos más agresivos en nuestro hospital recién en la última década. Existen indicios que al analizar los factores asociados a una mayor mortalidad se encontrarían la tardanza en el tratamiento, la localización torácica, eventualmente la ruptura espontánea y la asociación a shock séptico, requiriendo para algunos puntos mayor número de pacientes y un diseño metodológico adecuado.

Poster: Cirugía Vascular

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ENFERMEDAD ARTERIAL OBSTRUCTIVA FOCAL EN AORTA INFRARRENAL MEDIANTE ANGIOPLASTÍA MAS STENT.

Drs. F. Corvalán, F. Ibañez, E. Schwartz, J.A. Parra, C. Salas, W. Bastías, R. Julio, C. Pozo, J.C. Herrera, C.G. Lagos.

Servicio de Cirugía. Unidad de Cirugía Vascular y Endovascular. Hospital del Salvador.

Objetivo: Describir el tratamiento endovascular de la patología arterial obstructiva focal de aorta infrarrenal.

Introducción: El tratamiento tradicional de la patología focal de aorta infrarrenal es la cirugía abierta, ya sea mediante endarterectomía aórtica o by pass. El uso de técnicas endovasculares para resolver esta patología es limitado debido a características de las lesión, siendo lesiones cortas y/o estenosantes candidatas para el uso de terapias endovasculares.

Materiales y métodos: Se presentan dos casos de pacientes tratadas por lesiones focales de aorta infrarrenal mediante angioplastia y colocación de Stent.

Resultados: Los dos casos fueron pacientes de sexo femenino, fumadoras, quienes consultaron por claudicación invalidante. En su estudio preoperatorio se demostraron placas aórticas con oclusiones cortas en aorta infrarrenal. Ambos casos se resolvieron mediante angioplastia mas la colocación de un stent cubierto en aorta infrarrenal. En el primer caso se uso stent balón expansible y en el segundo caso se utilizo stent auto-expandible. Ambas pacientes evolucionaron sin incidentes y fueron dadas de alta a las 24 horas de su cirugía.

Conclusión: El uso de angioplastia y colocación de Stent en aorta esta indicada en casos con lesiones cortas y que presenten adecuadas zonas proximal y distal para el implante. Esta alternativa de tratamiento presenta una baja morbilidad. En los dos casos clínicos presentados el resultado fue exitoso y sin complicaciones.

PSEUDOANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL ¿CAUSADO POR FILTRO CAVA? REPORTE CASO Y REVISIÓN LITERATURA

Drs. F. Acuña, G. Sepúlveda, M. Rodríguez del Rey, A. Cárdenas, Int.º C. Flores, Al.º D. Igor
Complejo Hospitalario San José. Universidad de Santiago de Chile.

Los pseudoaneurismas de aorta son lesiones infrecuentes que se producen como consecuencia de algún estímulo dañino contra la pared vascular, obedeciendo como complicación de traumas, cirugías aórticas o abdominales. Aproximadamente un

2-5 % de las lesiones traumáticas de aorta desarrollarán un pseudoaneurisma, estas lesiones muchas veces se producen lentamente y con largos periodos asintomáticos lo que dificulta su sospecha y diagnóstico. Se reporta el caso de un paciente con dolor abdominal crónico y antecedentes de tratamiento TACO por TVP, TEP y filtro cava instalado hace 3 años; Hace 2 meses refiere dolor abdominal y baja de peso, que se intensifica en el último tiempo, por lo que se realiza ecotomografía abdominal que informa pseudoaneurisma aórtico, por lo que consulta en urgencia de HSJ donde se realiza TAC que confirma diagnóstico y demuestra zona de pseudoaneurisma sacular lateral derecho de aorta distal, a la misma altura de filtro vena cava inferior, con extravasación de contraste. Paciente es hospitalizado, se revierte TACO para cirugía. En pabellón se encuentra pseudoaneurisma aorta infrarrenal, con lesión de aprox. 1,5 cm en cara medial, no es posible reparar y se realiza reemplazo de segmento comprometido con prótesis aórtica. Evoluciona satisfactoriamente con buenos parámetros hemodinámicos, sin evidencia de complicaciones, inclusive alimentándose por vía oral al segundo día postoperatorio.

Según revisión de literatura se reportan casos aislados de pseudoaneurismas los cuales lo más frecuente es que obedezcan a origen traumático o post quirúrgicos, y dado que el paciente al interrogatorio dirigido no refiere traumas directos ni indirectos ni antecedentes de cirugías aórticas ni abdominales, se cree que la causa de dicha complicación sería el filtro cava, como lo describen al menos 3 publicaciones con reporte de casos semejantes al descrito.

" OCLUSIÓN CAROTIDEA BILATERAL POST- ENDARTERECTOMIA EN PACIENTE CON VASCULITIS ASINTOMÁTICA. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO Y ANÁLISIS DE LA LITERATURA.

Drs. M. Espindola, G. Sepúlveda, M. Maureira, C. Encina, J. Seitz, J. Rivero, E.U. C. Oliva
Equipo Cirugía Vascular Hospital Dipreca.

Introducción: La cirugía carotídea por enfermedad ateromatosa se ve enfrentada a la posibilidad de evolucionar hacia la re-estenosis por factores propios de la enfermedad de base, materiales protésicos utilizados y de la técnica quirúrgica.

Objetivo: Presentar la ingerencia de la vasculitis de vaso mayor asintomática en el post-operatorio de endarterectomía carotídea, a partir de la presentación de un caso clínico.

Material Y Método: Se presenta y discute caso clínico a la luz de los resultados del análisis crítico de la literatura.

Resultado: Paciente de sexo femenino, 68 años de edad, con múltiples factores de riesgo cardiovascular. amaurosis fugax. El estudio de imágenes revela oclusión ACII y estenosis significativa de ACID.

Además se infartos frontales de aspecto hemodinámico. Se procedió a reparación de la estenosis con interposición de vena safena. El estudio histopatológico informa arteritis de tipo Takayasu. Al control del 7mo mes se objetiva nueva estenosis que compromete el by-pass venoso en forma severa. Se decide iniciar terapia esteroideal y diferir la nueva cirugía. Una vez comprobada la disminución de la actividad inflamatoria se procede a realizar angioplastia, sin embargo se demuestra oclusión carotídea, ante lo cual se plantea continuar con tratamiento médico.

El análisis de la literatura se focaliza en la re-estenosis severa y precoz en pacientes con vasculitis de vaso mayor.

Discusión: La presencia de arteritis de vaso mayor que se mantenía asintomática, condicionó en el post-operatorio una evolución severamente desfavorable. **Conclusiones:** El presente es un caso de enfermedad carotídea con evolución post-operatoria inusual. Junto a la enfermedad ateromatosa, su estudio revela la presencia de una patología inmuno-histológica con evolución a la oclusión arterial precoz.

SOBREVIDA POST OPERATORIA EN EMBO-LIA MESENTERICA DE EVOLUCION TARDIA.

Drs. C. Zúñiga, L. Muñoz

Unidad de Emergencia Adultos. Hospital Dr. Gustavo Fricke. Viña del Mar. CHILE.
Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Valparaíso.

Introducción : La embolia de la arteria mesentérica superior es la causa mas frecuente de isquemia mesentérica aguda. La consulta suele ser tardía o no se sospecha el diagnóstico, lo cual retrasa el tratamiento y eleva la mortalidad.

Objetivo : Comunicar dos casos de embolia de la arteria mesentérica superior, con evolución superior a 12 horas, tratados por los autores entre junio de 2009 y junio de 2010.

Material : Caso # 1 : Mujer de 76 años, portadora de ACxFA, sin tratamiento anticoagulante, que debuta con dolor abdominal periumbilical y en flanco derecho de 24 horas de evolución, asociado a vómitos, sin diarrea. El recuento leucocitario inicial era de 29.000/mm³. Se realiza TAC abdominal cuya interpretación inicial omitió el diagnóstico de embolia mesentérica. Se practicó apendicectomía (cuya biopsia diferida resultó normal). Evolucionó en forma tórpida, por lo que es re-intervenida 16 horas después. Caso # 2 : Hombre de 56 años, portador de prótesis valvular aórtica y mitral por enfermedad reumática, en tratamiento anticoagulante oral, quien debuta con dolor epigástrico agudo de 2 horas de evolución, sin vómitos ni diarrea. Es manejado inicialmente como un síndrome coronario. La persistencia del dolor motiva la solicitud de un AngioTAC que revela el diagnóstico de embolia mesentérica, siendo operado 12 horas después de su ingreso.

Resultados : En ambos pacientes se realizó embolectomía de la arteria mesentérica superior por abordaje en la raíz del mesenterio. Ambos casos presentaban signos de isquemia en al menos 2/3 de la extensión del intestino delgado, con áreas de

infarto que fueron resecadas. En ninguno había peritonitis. Tras la embolectomía hubo reversión de los signos de isquemia intestinal. La primera paciente ha cumplido 12 meses de seguimiento post operatorio y está asintomática. El segundo paciente evolucionó en forma tórpida, requiriendo varias intervenciones abdominales más por sepsis, sin presentar evidencia de insuficiencia arterial mesentérica residual. Se recupera tras 6 semanas desde la operación inicial.

Discusión : La embolia mesentérica es un cuadro grave, con mortalidad operatoria entre 25 y 75 %, cuyo enfrentamiento requiere un alto nivel de sospecha. El tratamiento consiste en revascularizar el intestino y eliminar la necrosis. Pese a la prolongada evolución pre-operatoria, se consiguió salvar dos pacientes de un desenlace fatal. La sospecha diagnóstica oportuna, las imágenes vasculares de alta definición y la pronta revascularización del intestino por cirujanos entrenados, permite reducir la mortalidad de esta grave causa de abdomen agudo vascular.

PERSISTENCIA DE ARTERIA CIÁTICA: REVISIÓN DE LA LITERATURA A RAÍZ DE UN CASO CLÍNICO

Drs. H. Herrera²; M. A. Icart¹; D. Inostroza²; L. Burgos¹; H. Arretx¹; G. Alcayaga¹

¹Cirujano Vascular. Departamento Cirugía y Traumatología. UFRO

²Residente Cirugía General. Departamento Cirugía y Traumatología. UFRO
Hospital Hernán Henríquez Aravena.

Introducción. La persistencia de la arteria ciática es una anomalía vascular congénita rara. La arteria ciática tiende a la formación de aneurisma, aterosclerosis o embolización distal.

El presente caso relata un paciente con aneurisma de la arteria ciática.

Caso Clínico. Paciente de sexo femenino, de 58 años. Sin antecedentes morbidos previos. Con historia de 4 meses de evolución, posterior a caída. Evolucionó con aumento de volumen glúteo, pulsátil. Asociado a dolor de la extremidad inferior izquierda. AngioTAC de Pelvis y extremidades inferiores: Arteria hipogástrica con arteria glútea izquierda persistente. Pseudoaneurisma a nivel glúteo

Cirugía: Acceso posterior por zona glútea, alcanzando aneurisma de arteria ciática de aproximadamente 8 x 6 cm. Después de disección se logra control proximal y distal con clamps vasculares, apertura de aneurisma que se encuentra parcialmente trombosado. Se realiza sección de cabos proximal y distal de aneurisma. Anastomosis termino-terminal con prolene 5/0. Alta 8 día post operatorio. En controles posteriores sin evidencias de isquemia en extremidad inferior

Discusión. La incidencia de persistencia de la arteria ciática esta estimado en 0,05%. Están descritas dos formas: la forma completa y la incompleta. La mayoría de los pacientes son sintomáticos. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son la isquemia aguda, isquemia crónica, masa glútea pulsátil y signos de compresión del nervio ciático.

La formación de aneurismas es la más frecuente complicación de los ACP, ocurren en el 48 %. Existe una amplia variedad de test diagnósticos que permiten confirmar el diagnóstico de ACP. El tratamiento de la ACP puede ser quirúrgico o endovascular. Conclusión. La persistencia de la arteria ciática es una rara anomalía vascular con un alto índice de complicaciones tales como formación de aneurisma e isquemia que puede llevar incluso a la amputación.

LIPECTOMIA DE BRAZO COMO TECNICA DE APOYO EN FAV PROTÉSICA EN OBESO, REPORTE DE UN CASO.

Drs. F. Acuña, L. Ruiz, G. Sepúlveda, A. Cárdenas, F. González, G. Silva.

Complejo Hospitalario San José. Universidad de Santiago de Chile.

Los accesos vasculares para hemodiálisis son un desafío frecuente para la cirugía vascular. La obesidad y patologías asociadas son cada vez más frecuentes en pacientes que precisan FAV, llegando a representar un 24%. A su vez la obesidad agrega numerosas dificultades técnicas en relación a la creación de FAV; es conocida la difícil evaluación, el mayor riesgo quirúrgico, dificultad operatoria y posterior manejo, así como lo laboriosa de su punción en la hemodiálisis.

Se presenta el caso de una paciente de 58 años, insuficiente renal hace 8 años en diálisis con múltiples accesos nativos en extremidades superiores y catéteres. Hace 4 años se realiza una FAV protésica axilohumeral en brazo derecha. Desde el comienzo ha sido laboriosa la punción, siendo solo palpable un corto segmento proximal. Debido a estos problemas se solicita evaluación por el equipo de cirugía vascular, constatándose prótesis funcional, pero no palpable por obesidad. Se discute caso con equipo de cirugía plástica y decide realizar lipectomía. A través de una incisión en cara medial del brazo, se realiza lipectomía con visión de la prótesis, dejándola directa bajo la piel, con evolución sin complicaciones. La paciente es dializada al día siguiente y todas sus diálisis posteriores han sido satisfactorias.

ESTUDIO DE DIÁMETROS DEL EJE AORTOILIACO EN SUJETOS NORMALES, EVALUADAS POR TCMD (ANGIO TAC MULTICORTE DE 16 CANALES).

Dr. R. Julio, Dr. R. Rebolledo, Dr. G. Zamboni, TM. B. Lafuente, Dr. F. Ibáñez, Dr. C. Salas
Servicios de Cirugía e Imagenología del Hospital del Salvador.

Introducción: El objetivo del trabajo es la evaluación de diámetros normales aortoiliacos estudiada mediante angio tac multicorte de 16 canales en pacientes sin patología aortoiliaca.

Material y método: Se confeccionó protocolo de estudio que designa puntos de medición de diámetros arteriales de aorta abdominal bajo arteria mesentérica superior, infrarrenal, como aórtico, arterias ilíacas comunes, arterias ilíacas internas y externas. Se incluyeron aleatoriamente 245 pacientes sometidos a TAC de abdomen y pelvis con uso de medio de contraste entre septiembre del 2009 y junio del 2010 en el servicio de imagenología del Hospital

del Salvador, mediante Tomógrafo General Electric Light Speed 16. El estudio de imágenes se realizó mediante el software Volume Viewer 2 Vxtool 6.12.3 de General Electric. Análisis estadístico realizado mediante software Graph pad prism 4.0 se realizan regresiones lineales y comparación de grupos por t-student. Se excluyen del estudio pacientes con diagnóstico de patología vascular conocida, aneurismática o ateromatosa y aquellos que como hallazgo se pesquiza aneurisma de aorta abdominal y los con diámetros aórticos mayores a 25 mm y menores de 10 mm, presencia de aterosclerosis de cualquier vaso estudiado u oclusión arterial.

Resultados: Estudio de 245 pacientes entre 15 y 87 años (X: 53 años), Sexo: 139 femenino y 108 masculino. Diámetros: aorta proximal en mujeres (M): $20.12 \pm 2,79$, aorta proximal en hombres (H): $21,82 \pm 3,06$, Aorta infrarrenal: H $17,35 \pm 2,46$ M: $15,46 \pm 2,18$ Cono aórtico: H $16,75 \pm 2,59$ M: $14,71 \pm 2,09$ Iliaca común Derecha (D): H $10,91 \pm 1,68$ M $9,61 \pm 1,42$ Iliaca común Izquierda (I): H $10,99 \pm 1,53$ M $9,75 \pm 1,44$ Interna D: H $6,91 \pm 1,3$ M $6,34 \pm 1,24$ Interna I: H $6,71 \pm 1,21$ M $6,17 \pm 1,29$ Externa D: H $8,86 \pm 1,44$ M $7,54 \pm 1,37$ Externa I: H $8,93 \pm 1,52$ M $7,49 \pm 1,44$.

Se observa una discreta tendencia del peso ($r^2: 0,17$; $p < 0.0001$), talla ($r^2: 0,12$; $p < 0.0001$) y edad ($r^2: 0,41$; $p < 0.0001$) de incremento en conjunto con los diámetros arteriales estudiados. En este estudio se pesquiza además un 45% (112) de arterias renales derechas que emergen proximalmente a la izquierda y existencia de 16,7% (41) de arterias polares uni o bilaterales. Conclusión: Se observa una relación significativa en todas las variables estudiadas siendo mayor para la edad. Todos los diámetros arteriales son mayores en hombres que en mujeres. Existe una adecuada relación de las mediciones antropométricas con los diámetros aórticos en pacientes chilenos, estudiados digitalmente.

INJERTOS DE DAVIS: EXPERIENCIA LOCAL PARA EL TRATAMIENTO DE ULCERAS VENOSAS

Drs. N. Arancibia¹, A. Fierro¹, M. Valenzuela², G. Chacón

¹Equipo Cirugía Vascular, Hospital San Juan de Dios de Santiago. ²Becario Cirugía General. Universidad de Chile Campus Occidente

Introducción: Los autoinjertos de piel son una alternativa disponible para restaurar la barrera cutánea frente a heridas de diversa etiología en las que no es susceptible realizar un cierre primario. Se clasifican según forma y espesor, describiéndose distintos tipos de injertos, cuya elección depende de la localización y extensión del área a cubrir. El injerto de Davis fue descrito en 1914 por el cirujano norteamericano J.S. Davis. Consiste en pequeños discos cutáneos que tienen una porción central de espesor total que se va adelgazando hacia la periferia, compartiendo así características de los injertos de piel parcial y total.

Constituyen una buena alternativa para cubrir puntos de apoyo y roce. Además de ser una técnica sencilla, económica y con buenos resultados funcionales como se describe en la literatura. En el caso de las úlceras secundarias a insuficiencia venosa crónica, principalmente dependientes de perforantes, ha demostrado ser una adecuada técnica complementaria a la operación de várices dado el resultado funcional y cosmético posterior. El objetivo del presente trabajo es dar a conocer la experiencia en el uso del injerto de Davis en úlceras venosas crónicas.

Pacientes y método: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con insuficiencia venosa superficial asociado a úlceras venosas crónicas, a los que se realizó la cirugía de várices correspondiente, resección subaponeurótica de la úlcera e injerto de Davis, entre enero 2006 y Julio 2010. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, superficie úlcera, prendimiento e infección.

Resultado: Se analizaron 22 casos: 4 hombres (18%) y 18 mujeres (82%). Edad promedio: 63.18 años ($\pm 10,71$). Tamaño úlcera: 16,59 cm² ($\pm 17,70$). Tipo anestesia: 100% Regional. Zona dadora: 100% cara lateral muslo ipsilateral. Complicaciones zona dadora: 0 casos. Infección injerto: 2 casos (9%), ambos por Pseudomona aeruginosa. Pérdida de injerto: 0 casos. Prendimiento promedio: 95% (rango: 80% - 100%). Recidiva: 0 casos.

Conclusiones: El injerto de Davis puede ser considerado como un método de cobertura adecuado de úlceras venosas, una vez realizada la cirugía de várices y la resección subaponeurótica de ésta. Una de sus principales ventajas es ser una técnica sencilla, con escasa morbilidad y bien tolerada, sin requerir además del uso de material especializado (dermatomo, expansor tisular, etc.).

MANEJO Y RESULTADOS CLÍNICOS DEL TRAUMA VASCULAR EN EXTREMIDADES

Drs. Hevia C., int. Opliger F., Int. Allamand J., Cassorla G., Vallejos C.

Servicio de cirugía Hospital Padre Hurtado
Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo

Introducción: El trauma vascular es una entidad frecuente en los servicios de urgencia, que exige un tratamiento adecuado y oportuno con la finalidad de mantener la viabilidad de la extremidad. La base del tratamiento es la preservación de la irrigación, ya sea con reparación del vaso o con el uso de prótesis. **Objetivos:** Realizar un análisis descriptivo de los casos de trauma vascular en extremidades manejados en la Urgencia del Hospital Padre Hurtado. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo de pacientes con trauma vascular (2009-2010). Se revisaron los antecedentes clínicos y quirúrgicos, evaluando los antecedentes demográficos, la etiología, localización de la lesión, tiempo de espera hasta la cirugía, especialista que realizó la reparación, tipo de reparación, viabilidad de la extremidad, complicaciones y sobrevida.

Resultados: La serie clínica quedó compuesta por 19 pacientes (18 hombres, 1 mujer), edad promedio de 27.1 años. Respecto a la etiología: arma de fuego 11 casos (2 escopeta), arma blanca 6, trauma cerrado 1 y herida cortante por vidrio 1. La localización de

las lesiones fue: extremidades inferiores 13 (9 muslo, 4 pierna) extremidades superiores 6 (3 brazo, 2 antebrazo y 1 mano).

El promedio tiempo para la realización de la cirugía fue de 5.4 horas. La cirugía fue realizada por cirujano general en un 57.9% de los casos y por cirujano vascular en el 42.1% remanente. De los 19 pacientes 9 de ellos tenían 2 lesiones vasculares por lo que el total de procedimientos llega a 28: 7 prótesis arterial con PTFE, 10 ligaduras de vena, 5 ligaduras arteriales, 4 anastomosis arteriales primarias, 2 trombec-tomías con fogarty. El tiempo quirúrgico promedio fue de 2.4 horas. (pacientes presentaron alguna complicación post quirúrgica (42.1 %). Seguimiento de los pacientes promedio 8 meses. La sobrevida global fue de un 94.7 % de los pacientes y la viabilidad de la extremidad fue igualmente de un 94.7%. **Discusión:** El trauma vascular es una patología que requiere de un manejo quirúrgico oportuno y de las habilidades para manejar diversas lesiones vasculares. El manejo por cirujano general en la urgencia se relaciona con buenos resultados, pero se requiere el apoyo de un cirujano vascular.

DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE PACIENTES AMPUTADOS, PASO PREVIO A UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL.

Klga. I Morales, Drs. G. Cassorla, C. Vallejos, A. Rodríguez-Navarro

Servicio de Cirugía Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo-Clinica Alemana

Introducción: La amputación es una cirugía que requiere de un programa de rehabilitación posterior del paciente, con la finalidad de tener una recuperación adecuada, que permita restablecer la funcionalidad óptima dentro de las condiciones clínico médicas del paciente, influyendo en una calidad de vida adecuada. Es importante para poder planificar un adecuado programa de rehabilitación integral del paciente amputado, conocer la incidencia y el tipo de amputación de la población a intervenir. **Objetivo:** Evaluar el número y las características de los pacientes amputados durante un año en nuestro centro.

Metodología: Estudio retrospectivo de los pacientes manejados durante el año 2009, evaluando características demográficas, comorbilidades, localización de la amputación y nivel. **Resultados:** Durante este periodo se realizaron 145 cirugías de amputación. 75% en pacientes mayores a 65 años. De la totalidad de amputaciones realizadas, un 95.1% fueron de extremidad inferior, siendo un 64.1% amputaciones por pie diabético. La distribución según nivel de amputación para el periodo estudiado corresponde a un 60% para amputaciones de pie (cualquier nivel: Chopart, Lisfranc, transmetatarsiana, ortesjos). **Conclusión:** La gran mayoría de los pacientes amputados en nuestro centro corresponden a amputaciones por pie diabético. La importancia de conocer el nivel de amputación nos sitúa inmediatamente en el nivel de dismovilidad esperable para esa condición. Las amputaciones a nivel de pie nos presenta a pacientes con remanente físico que permite la bipedestación y deambulación con ayuda técnica adecuada.

GANGRENA DE FOURNIER SECUNDARIA A ABSCESO PERIANAL SUBTRATADO.

Drs. J. Morales¹⁻², A. Osses³, J. Hermosilla⁴, M. Medina⁴, P. Navarrete⁴.

¹ Jefe Internado Cirugía, Universidad Católica de la Sma. Concepción. ² Servicio Cirugía Hospital Clínico Herminda Martin. ³ Servicio de Urgencia, Hospital Clínico Herminda Martin. ⁴ Interno Medicina, Universidad Católica de la Sma. Concepción, Servicio de cirugía Hospital Clínico Herminda Martin.

Introducción: La gangrena de Fournier (GF) fue descrita inicialmente por BAURIENNE en 1764 y posteriormente por A.L. FOURNIER en 1883 como una infección necrotizante subcutánea de origen urogenital o anorrectal, que afecta a la zona genital, periné y pared anterior del abdomen en la que están implicados gérmenes aerobios y anaerobios. Su mayor frecuencia se observa en pacientes de 20 a 50 años, es más frecuente en varones, con alta tasa de morbimortalidad. El manejo clínico debe ser rápido y oportuno, con aplicación intravenosa de líquidos, electrolitos y antibióticos de amplio espectro, a fin de lograr la estabilización hemodinámica del paciente antes de la intervención quirúrgica. La cirugía precoz con debridamiento extenso de tejidos desvitalizados, constituye la base principal del mismo.

Objetivo: Presentar caso clínico de gangrena de Fournier secundaria a absceso perianal subtratado y revisión de la literatura.

Caso clínico: Paciente de 62 años con antecedentes de DM e HTA sufre caída a horcajadas hace 2 semanas, evoluciona con absceso en región perianal con nula respuesta a tratamiento con cloxacilina y metronidazol. Es derivada al servicio de urgencia destacando al examen físico: hipotensión, taquicardia, fiebre y necrosis extensa perianal, diagnosticando gangrena de Fournier.

Durante exploración quirúrgica se encuentra gran absceso desde el labio mayor que se comunica con el muslo y región perianal, realizando debridamiento amplio con salida de colección purulenta de muy mal olor, que compromete los planos profundos musculares de forma completa. Se realiza aseo quirúrgico profuso, dejando los planos ampliamente expuestos.

La paciente evoluciona de forma tórpida con caída a ventilación mecánica en UCI, descompensación hemodinámica y compromiso de conciencia. Se realizan 2 nuevos aseos quirúrgicos con 2 PCR manejados intraoperatoriamente, falleciendo al 3 día desde el ingreso.

Discusión: La gangrena de Fournier es una enfermedad poco frecuente, pero potencialmente letal, cuya causa desencadenante en el caso de la región anorrectal son los abscesos y la perforación, ya sea traumática o espontánea. Debe sospecharse,

en todo paciente con inicio abrupto de fascitis necrotizante de periné o áreas vecinas, con infección confirmada o no y sin discriminación de sexo ni edad, sobretodo en pacientes con comorbilidades e inmunidad disminuida.

NEUMATOSIS QUISTICA INTESTINAL: A PROPOSITO DE UN CASO.

Drs. A. Readi¹, C. Taladriz², J. Palet², L. Tapia², D. Calderon, E. Melkonian¹, M. Rodríguez¹
¹Equipo Digestivo Bajo, Servicio de Cirugía, Hospital del Salvador. ²Residente de Cirugía. Universidad de Chile.

Introducción: La Neumatosis Quística Intestinal (NQI) se caracteriza por la presencia de quistes de gas en la submucosa o subserosa intestinal. Tiene una incidencia muy baja y puede afectar todo el tracto digestivo. La mortalidad global llega al 22%, asociándose a Enfermedad Pulmonar Obstructiva y esclerosis sistémica entre otras. La clínica es variable. Su diagnóstico es clínico, apoyado por imágenes, como la radiografía y la Tomografía Axial Computada (TAC) de abdomen. El tratamiento es médico y se basa en una dieta elemental, Oxigenoterapia y antibióticos.

Objetivo: Presentar caso clínico de NQI tratado médicamente en nuestro servicio y proponer un algoritmo de manejo.

Caso Clínico: Mujer, 64 años con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo II, Enfisema pulmonar, Tabaquismo crónico y Lobectomía superior izquierda por tumor de células grandes pobremente diferenciado en 2008. Cuadro actual se inicia en Octubre del 2009 caracterizado dolor abdominal difuso, distensión abdominal y episodios de constipación alternados con diarrea. Realiza múltiples consultas en distintos centros sin poder determinar un diagnóstico. En Mayo del 2010 es evaluada en Policlínico de Coloproctología, donde ingresa con clínica de obstrucción intestinal, pero sin signos de irritación peritoneal, decidiéndose su hospitalización. Se estudia con TAC de Abdomen y Pelvis el cual muestra imágenes compatibles con Quistes en pared de Intestino Delgado y neumoperitoneo interasas, sin evidenciar un factor obstructivo. Los parámetros inflamatorios se encuentran dentro de rangos normales. Dada la alta sospecha por parte del equipo tratante de una NQI se decide manejar médicamente con régimen cero por 7 días con realimentación progresiva, Oxigenoterapia al 36% por 15 días y Metronidazol 500 mg cada 8 horas vía endovenosa por 7 días y vía oral hasta completar 1 mes. La paciente evoluciona favorablemente, con disminución significativa de la clínica siendo dada de alta al 16º día.

Conclusión: La NQI es una patología benigna y crónica. Representa un desafío diagnóstico para el

crónica. Representa un desafío diagnóstico para el cirujano tratante, presenta una clínica sugerente de obstrucción intestinal, imágenes de neumoperitoneo, pero sin signos de abdomen agudo y con parámetros inflamatorios normales. El tratamiento médico es la indicación, siendo la oxigenoterapia y los antibióticos la piedra angular. Se propone un algoritmo de enfrentamiento.

MUCOCELE APENDICULAR COMO HALLAZGO EN UNA SOSPECHA DE APENDICITIS AGUDA. REPORTE DE UN CASO CLINICO

Drs. C. Jara, P. Andrade, R. Almarza, M. Cámara.
Unidad de emergencias Adultos. Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso. Cátedra de Cirugía General Universidad de Valparaíso,

Introducción: El mucocele apendicular presenta una baja incidencia y alcanza del 0,2 a 0,4% de todas las apendicetomías. El mucocele corresponde a una dilatación quística del lumen apendicular por mucus, que incluye diferentes entidades anatomopatológicas dentro de las que se describen: los quistes de retención o mucocele simple la hiperplasia de la mucosa; la neoplasia benigna o cistoadenoma mucinoso y la neoplasia maligna o cistoadenocarcinoma mucinoso.

Caso Clínico: paciente de sexo masculino de 42 años de edad con antecedente hace 4 años de una herida penetrante abdominal al que se le realizó una laparotomía exploradora.

Refiere cuadro de dolor abdominal 48 horas de evolución de inicio progresivo en epigastrio con migración a fosa ilíaca derecha, asociándose náuseas, vómitos CEG. Al examen: abdomen blando depresible doloroso en fosa ilíaca derecha con blumberg positivo. Se realiza apendicetomía con anestesia raquídea. En el intraoperatorio se pesquiza apéndice de base sana con masa indurada y abollonada de bordes irregulares en los dos tercios distales, no adherida a otros planos y con abundante fibrina. El paciente evoluciona satisfactoriamente dándose de alta al 4° día postoperatorio. En el control ambulatorio la biopsia describe un mucocele simple, una apendicitis aguda ulcero purulenta y una periapendicitis aguda fibrinopurulenta. El paciente cursa con un seroma de herida operatoria por lo que se maneja con curaciones diarias y control semanal siendo favorable su evolución y dado de alta a la 4° semana.

Discusión: el mucocele apendicular es una patología rara y que tiene múltiples formas de presentación, por lo que la sospecha clínica y las imágenes preoperatorias juegan un rol muy importante en el diagnóstico y manejo de esta patología.

“PROCTOCOLECTOMÍA CON ANASTOMOSIS RESERVORIOANAL CON STAPLER: EXPERIENCIA DE 8 AÑOS “

Drs. E. Melkonian¹, M. Rodríguez¹, D. Contreras¹, P. Opazo¹, A. Read¹

¹Servicio y Departamento de Cirugía, Hospital del Salvador, Universidad de Chile, ²Clínica Alemana de Santiago

Introducción: La proctocolectomía con anastomosis reservorioanal(PCARA) es actualmente la técnica de elección para pacientes con colitis ulcerosa refractaria a terapia médica y para la poliposis familiar. Ambas patologías son poco frecuentes en nuestro medio existiendo mayor demanda en los últimos años de resolución quirúrgica por colitis ulcerosa. La anastomosis reservorioanal con stapler ha sido más utilizada que la manual por presentar ventajas técnicas.

Objetivo: Analizar los resultados de la experiencia de PCARA con stapler en nuestro medio desde su aplicación.

Material y método: Se revisan protocolos confeccionados para PCARA desde junio de 2002 hasta Junio de 2010. Se analizan etiología, vía de abordaje, y evolución postoperatoria.

Resultados: Se operaron 14 pacientes, 11 por colitis ulcerosa y 3 por poliposis familiar. Se realizó cirugía en dos tiempos en 8 pacientes (57 %) y en tres tiempos en 6 (43 %), siendo estos últimos operados en su primer tiempo por colitis severas, con compromiso del estado general y nutricional. Se realizó abordaje laparoscópico en 6 pacientes (42 %), dos en 2 tiempos y 4 en tres tiempos. En estos últimos se realizó la colectomía total vía laparoscópica y el segundo tiempo ampliando la mini laparotomía transversa baja. Hubo 3 complicaciones quirúrgicas precoces (21%), ninguna por dehiscencia del reservorio. Hubo 6 estenosis tardías de la anastomosis (42%) dilatadas digitalmente o por endoscopia, 3 pouchitis (21 %) y una cuffitis. No hubo complicaciones sépticas del reservorio, no debiéndose retirar ninguno de ellos hasta la fecha. El hábito defecatorio promedio fué de 6 episodios al día y 2 en la noche. No hubo mortalidad en la serie.

Conclusión: LA PCARA con stapler ofrece una buena solución para los pacientes con colitis ulcerosa y poliposis familiar, sin necesidad de retiro del reservorio hasta el momento en esta serie. Presentan un importante número de estenosis anastomóticas, las que se logran manejar con medidas locales. El abordaje laparoscópico ocupa actualmente un rol en el manejo de la PCARA. Debe evitarse llegar a la cirugía con pacientes en compromiso severo del estado general y nutricional, siendo en estos casos la cirugía en 3 tiempos una solución segura.

“LEIOMIOSARCOMA DE COLON SIGMOIDES; UNA EXTRAÑA CAUSA DE SANGRADO DIGESTIVO BAJO”

Drs. A. Jadue, A. Read, D. Calderon. E. Melkonian, P. Opazo, P. Villegas, P. Barros.

Servicio Cirugía Hospital del Salvador, Universidad de Servicio Cirugía Hospital del Salvador, Universidad de Chile.

Introducción: Los tumores mesenquimáticos del

tracto digestivo constituyen menos del 1% de los cánceres gastrointestinales. Los leiomiomas son menos frecuentes que los tumores gastrointestinales estromales (GIST) y su diferenciación histológica habitualmente requiere estudio inmunohistoquímico. El tratamiento de los leiomiomas es esencialmente quirúrgico, y la adyuvancia juega un rol incierto.

Caso Clínico: Se presenta el caso de un paciente de 48 años de sexo masculino, sin antecedentes mórbidos, oriundo de Isla de Pascua. Consulta por un cuadro clínico de 1 año de evolución caracterizado por cambio de hábito intestinal, asociado a dolor hipogástrico difuso, de baja intensidad. Los últimos 3 meses con hematoquezia y baja de peso de 5 kilos. Se palpa una masa hipogástrica móvil, poco sensible. Tacto Rectal sin hallazgos. El estudio colonoscópico muestra lesión infranqueable de sigmoides, cuya biopsia muestra neoplasia fusocelular con mitosis escasas. La inmunohistoquímica fue negativa para CD117 y CD34; y positiva intensa para actina músculo específica. A la Tomografía se evidencia lesión polipoidea en la porción media del colon sigmoides. Se realiza sigmoidectomía abierta y anastomosis primaria. La histología de la pieza muestra un leiomioma de 9,5cm de diámetro mayor, moderadamente diferenciado, grado 2, con márgenes quirúrgicos libres. A los seis meses postoperatorios no hay evidencia de recidiva a la tomografía.

Discusión: Los Tumores mesenquimáticos constituyen la minoría de las neoplasias del tracto digestivo. El comportamiento biológico es benigno, alcanzando tamaños significativos y dando sintomatología por compresión o ulceración de la mucosa adyacente según su ubicación. Los Leiomiomas del colon y recto son extremadamente infrecuente y solo existen reportes aislados en la literatura. El diagnóstico diferencial con los GIST es fundamental y la inmunohistoquímica es de especial utilidad, ya que los tumores positivos para CD117 se benefician de tratamiento con imatinib. El tratamiento de los leiomiomas es principalmente quirúrgico.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL CAUSADA POR TUBO CONECTOR DE BANDA GÁSTRICA. REPORTE DE UN CASO.

Drs. M. Fernández, F. Orellana, L. Manríquez, S. Rosas, L. Suarez, R. Sepúlveda, H. Ríos. Equipo Cirugía Digestiva, Servicio de Cirugía Hospital Militar de Santiago Facultad de Medicina Universidad de Valparaíso.

Introducción: la banda gástrica es un tipo restrictivo de cirugía bariátrica, técnicamente reversible y seguro, asociado a baja mortalidad a largo plazo. **Objetivo:** presentar el caso de una paciente portadora de banda gástrica que presenta obstrucción intestinal secundaria al tubo conector operada en el Hospital Militar de Santiago el año 2010, y realizar una revisión bibliográfica de esta complicación poco común. **Caso clínico:** paciente mujer, 22 años de

edad, con antecedente de obesidad mórbida (índice de masa corporal 41.4), tratada con instalación de banda gástrica laparoscópica a los 18 años, logrando baja de peso adecuada (índice de masa corporal actual 21.1). Durante este período presenta múltiples consultas por epigastralgia interpretada como gastritis crónica. Consulta por cuadro clínico de 12 horas de evolución caracterizado por dolor epigástrico tipo cólico intenso postprandial, náuseas y vómitos biliosos, que no cede con analgésicos habituales. Al examen físico destaca abdomen distendido, dolor generalizado a palpación profunda, acentuado en epigastrio, asociado a resistencia muscular y leucocitosis de 15.100. Tomografía axilar computada de abdomen y pelvis revela dilatación de asas de intestino delgado, con convergencia y rotación de vasos mesentéricos a nivel de zona donde transcurre conector de banda gástrica, intestino delgado distal colapsado, aumento de densidad de grasa adyacente y escaso líquido libre peritoneal. Se realiza laparoscopia exploradora convertida, liberación de múltiples adherencias entre asas de intestino delgado y tubo conector, sección y retiro de éste, dejando banda gástrica desajustada y reservorio in situ. La paciente evoluciona sin complicaciones, mantiene peso adecuado durante 8 meses, posterior a lo cual se realiza retiro de banda gástrica y reservorio sin incidentes. **Discusión:** la obstrucción de intestino delgado secundaria al tubo conector de banda gástrica es una complicación infrecuente descrita en la literatura. El tratamiento consiste en retiro del tubo conector, idealmente vía laparoscópica con eventual resección intestinal en caso de compromiso vascular irreversible. La indicación posterior de un procedimiento bariátrico adicional debe evaluarse caso a caso.

VÓLVULO CECAL Y ANASTÓMOSIS PRIMARIA EN COLON DE URGENCIA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Drs. M. Fernández, P. Macaya, I. Jacobovsky, F. Montoya, L. Espíndola, A. Larach, A. Marín, J. Vergara

Equipo de Coloproctología, Servicio de Cirugía Hospital Militar de Santiago. Facultades de Medicina Universidad de Valparaíso y Universidad de los Andes

Introducción: el vólvulo cecal representa el 1% de las obstrucciones intestinales en el adulto. El tratamiento quirúrgico va a depender de la viabilidad del colon, estado hemodinámico y grado de contaminación peritoneal. **Objetivo:** presentar el caso de una paciente con vólvulo de ciego operada en el Hospital Militar de Santiago el año 2010, y realizar una revisión bibliográfica de esta patología enfocada principalmente al tratamiento quirúrgico definitivo en un tiempo. **Caso clínico:** paciente mujer, 93 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, fibrilación auricular y constipación crónica en tratamiento. Consulta por cuadro clínico de 6 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal cólico generalizado asociado a distensión abdominal

estable, con deshidratación leve, afebril, sin taquicardia, orientada, abdomen distendido de forma asimétrica, mayor en hemiabdomen izquierdo, poco depresible, timpánico, con resistencia muscular en flanco izquierdo y fosa iliaca izquierda, ruidos hidroaéreos disminuidos. Se realiza laparotomía exploradora; presencia de vólvulo de ciego con necrosis de colon ascendente y líquido serohemático intraperitoneal, sin perforación intestinal asociada. Se realiza hemicolectomía derecha más ileotransversoanastomosis. Evoluciona lentamente favorable sin evidencia de complicación quirúrgica. Discusión: la hemicolectomía derecha más ileotransverso anastomosis primaria en es una opción válida de tratamiento quirúrgico en vólvulo de ciego en pacientes hemodinámicamente estables sin peritonitis asociada. estable, con deshidratación leve, afebril, sin taquicardia, orientada, abdomen distendido de forma asimétrica, mayor en hemiabdomen izquierdo, poco depresible, timpánico, con resistencia muscular en flanco izquierdo y fosa iliaca izquierda, ruidos hidroaéreos disminuidos. Se realiza laparotomía exploradora; presencia de vólvulo de ciego con necrosis de colon ascendente y líquido serohemático intraperitoneal, sin perforación intestinal asociada. Se realiza hemicolectomía derecha más ileotransversoanastomosis. Evoluciona lentamente favorable sin evidencia de complicación quirúrgica. Discusión: la hemicolectomía derecha más ileotransverso anastomosis primaria en es una opción válida de tratamiento quirúrgico en vólvulo de ciego en pacientes hemodinámicamente estables sin peritonitis asociada.

INVAGINACIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A SARCOMA DE INTESTINO DELGADO. REPORTE DE UN CASO.

Drs. A. Rodríguez^{1,2}, C. Contador^{1,2}, A. Jiménez^{1,2}

¹Servicio de Cirugía Hospital Eduardo Pereira, ²Universidad de Valparaíso

La invaginación intestinal en adultos es poco frecuente, presentándose como causa de obstrucción intestinal en un 1%. El diagnóstico se realiza por Ecografía, TC de Abdomen y Transito Baritado. El 90% de las invaginaciones en adulto tiene una causa desencadenante, siendo en su mayoría de orden neoplásico. Los tumores del intestino delgado corresponden a 2% de los tumores del tracto gastrointestinal. Entre las neoplasias digestivas el sarcoma sólo se presenta alrededor del 11%. Paciente masculino de 76 años, con antecedente de cáncer de vejiga operado, EPOC, DM2 e HTA, con historia de dolor abdominal tipo cólico de 2 meses de evolución, asociado a vómitos principalmente postprandiales, constipación y baja de peso de 15 Kg. Estudio inicial con Endoscopia que fue normal y Ecografía abdominal que describe engrosamiento segmentario y dilatación de asas intestinales, por los que se hospitaliza para estudio. TC de Tórax/Abdomen/Pelvis compatible con invaginación intestinal yeyuno-yeyunal con dilatación del asa proximal, comportándose como cabeza de

invaginación, formación de índole neoplásico, dos imágenes nodulares en pulmón izquierdo y vesícula de paredes irregulares, ambas sugerentes de neoplasia. Se realiza laparotomía exploradora encontrando a 25 cm del Treitz, tumor de pared de yeyuno, que determina invaginación intestinal. Se realiza desintuscepción y resección de segmento comprometido con anastomosis termino-terminal. Biopsia de pieza operatoria fue compatible con cáncer polipoideo de intestino delgado tipo histológico Sarcoma de alto grado con células gigantes, siendo menos probable un tumor estromal (GIST). Se realiza inmunohistoquímica que confirma la presencia de sarcoma indiferenciado. Paciente con buena evolución inicial, posteriormente cursa con Peritonitis Terciaria. Laparotomía Exploradora revela gran cantidad de líquido libre y dehiscencia de anastomosis de 5 mm que se resutura. En el postoperatorio persiste con sépsis abdominal requiriendo yeyunostomía indirecta y múltiples aseos quirúrgicos. Finalmente fallece 1 mes después de cirugía inicial.

La invaginación intestinal es una entidad de presentación poco frecuente en adultos estando generalmente asociadas a una lesión, en su mayoría de índole neoplásico, siendo la invaginación yeyuno-yeyunal la más frecuente. La clínica es inespecífica, de evolución variable, pudiendo cursar como abdomen agudo secundario a obstrucción, hemorragia o perforación, requiriendo apoyo imagenológico para su diagnóstico. Dentro de los tumores malignos se encuentran los carcinoides, adenocarcinoma, linfomas, tumores estromales y sarcomas, siendo estos últimos un 11% del total.

ENDOMETRIOSIS COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL.

Drs. D. Espínola, I. Plass, F. Gatica, J. Salamanca, E. Schultz.

Equipo Coloproctología, Servicio Cirugía, Hospital Barros Luco

Introducción. La endometriosis es una patología ginecógica frecuente en mujeres en edad fértil que se caracteriza por la presencia de tejido endometrial fuera del útero. La ubicación más frecuente es en el peritoneo pélvico, ovarios y septum recto vaginal. La endometriosis intestinal es frecuentemente asintomática, siendo diagnosticada incidentalmente durante una laparoscopia o laparotomía por otro motivo. En el caso de existir síntomas, estos suelen ser inespecíficos y se asocian hasta en el 50% de los casos a los ciclos menstruales. Dentro de la endometriosis intestinal, sólo en alrededor del 8% existe compromiso de íleon. Los síntomas compatibles con cuadros de obstrucción intestinal, completa o incompleta, son muy poco frecuentes y el diagnóstico preoperatorio es difícil de realizar. Caso Clínico. Se presenta el caso de una paciente de 46 años con antecedentes de dolor abdominal cólico de 5 meses de evolución, que en el último mes aumenta de intensidad y se asocia a baja de peso (13 kg), astenia, adinamia y diarrea intermitente. Se le realizó scanner de abdomen y pelvis que

Se le realizó scanner de abdomen y pelvis que informó signos de obstrucción intestinal crónica y lesiones anexiales complejas, probables endometriomas. Por evolucionar con persistencia del dolor y gran distensión abdominal se decide realizar laparotomía exploradora. Los hallazgos operatorios evidencian intestino delgado dilatado, con lesión tumoral a nivel de la válvula ileocecal. Se realiza resección íleo cecal y anastomosis termino lateral ileocolónica. La paciente evoluciona en forma favorable y es dada de alta a los 5 días de la operación. La biopsia definitiva informó endometriosis de íleon terminal y apendicular con obstrucción secundaria. En el control al mes y a los 3 meses la paciente se encuentra asintomática. Conclusión. La endometriosis es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal y requiere un alto índice de sospecha para su diagnóstico preoperatorio. Debe ser considerada como diagnóstico diferencial en pacientes de sexo femenino en edad fértil.

DIFERENCIAS EPIDEMIOLOGICAS, CLÍNICAS Y DE PRONÓSTICO ENTRE CÁNCER DE COLON DERECHO V/S IZQUIERDO.

Drs. R. Villalón¹, M. Abedrapo¹, J. Miranda², R. Azolas¹, G. Bocic¹, J. Llanos¹,

EU S. Cortés¹, A. Marambio¹, M. García¹.

¹Unidad de Coloproctología. Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile. ²Departamento de Medicina Interna. Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: En nuestro país la incidencia de cáncer de colorrectal aumenta progresivamente, siendo la tercera causa de muerte por cáncer digestivo en Chile. Estudios sugieren que el cáncer de colon presenta un comportamiento distinto en relación a su ubicación (derecho vs izquierdo). El objetivo del trabajo es analizar si la localización del cáncer de colon determina diferencia en cuanto a clínica, resultados quirúrgicos y pronóstico.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes tratados con cirugía por cáncer de colon, entre el periodo julio 2002 a junio 2010 en la Unidad de Coloproctología del Hospital Clínico Universidad de Chile. Se analizaron variables clínicas, quirúrgicas, anatomopatológicas y de sobrevida. Se consideró Cáncer Colon Derecho (CD) desde ciego hasta ángulo esplénico colónico (sin incluirlo) y Cáncer de Colon Izquierdo (CI) desde ángulo esplénico hasta sigmoide. Las variables fueron analizadas en programa Stata 10.0.

RESULTADOS: Durante período de estudio se encontraron un total de 508 pacientes, CD (n=233) y CI (n=275). Edad promedio 66.6±13.7 años p=ns por grupo. El CD se presentó en forma estadísticamente significativa más en: mujeres (59.2% vs 48.3%), pacientes diabéticos (19.3% vs 12.7%); pacientes con antecedentes familiares de 1° con cáncer de colon (56.9% vs 42.4%); con masa palpable (4.8% vs 1.1%); anemia (46.1% vs 11.9%); presencia de pólipos (39.3% vs 29.4%) y mayor

índice ganglionar (0.17±0.23 vs 0.12±0.20). El CI presentó en forma estadísticamente significativa más: cambio del hábito intestinal (46.3% vs 36.7%); sangrado por ano (49.8% vs 19.2%), un mayor tiempo quirúrgico (149.4±53.7 vs 134.6±51.7 min) y perforación tumoral (23.8% vs 13%). El resto de las variables analizadas sin diferencias significativas por grupo. No se encontró diferencia en cuanto a la sobrevida general por ubicación del cáncer de colon, pero al analizar por etapa, significativamente los pacientes con CD presentan una menor sobrevida en la etapa IV (11.9±8.8 vs 19.3±8.9 meses). Conclusión: En nuestro análisis el cáncer de colon tiene diferencias de acuerdo a su ubicación en cuanto a la presentación clínica y compromiso ganglionar, sin determinar una diferencia en cuanto a sobrevida general.

INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE LA COLECTOMIA TOTAL

Drs. R. Azolas, R. Villalón, A. Marambio, M. García, M. Abedrapo, G. Bocic, J. Llanos, R. Díaz, F. Papic, P. Acuña.

Unidad de Coloproctología. Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: La colectomía total es una cirugía mayor que tiene diversas indicaciones, incluyendo patologías degenerativas, neoplásicas, inflamatorias, etc. En función de varios factores se podrá plantear la anastomosis primaria al recto o la ileostomía terminal. El objetivo de este trabajo es describir una serie de pacientes que fueron sometidos a colectomía total, sus indicaciones, tipo de cirugía, morbimortalidad perioperatoria y sus resultados a corto plazo.

Material y Método: Se revisaron retrospectivamente las fichas de los pacientes operados de colectomía total los últimos 8 años en la unidad de coloproctología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Se analizaron las características clínicas, tratamiento, morbimortalidad perioperatoria y resultados.

Resultados: Durante este período se operaron 71 pacientes, siendo el 63,7% mujeres. El promedio de edad fue 46,7±17,7 años (18-87). El 49,3% presentaba algún tipo de comorbilidad, principalmente hipertensión arterial. Las principales indicaciones quirúrgicas fueron la inercia colónica (35,2%), la colitis ulcerosa (21,1%) y el cáncer (12,6%). En 54 pacientes (76%) se realizó una colectomía total más una ileorecteanastomosis, siendo en el 87% de los casos una anastomosis mecánica. En 16 pacientes se realizó por vía laparoscópica. En 17 pacientes (23,9%) se realizó una colectomía total más ileostomía terminal y cierre del muñón distal, donde se incluyen la mayoría de los pacientes con colitis ulcerosa. En 13 pacientes la cirugía fue realizada de urgencia, en general pacientes que presentaban un mayor número de comorbilidades (p=0,0016) y donde se les realizó una ileostomía terminal y cierre de muñón distal (p=0,005). En 23 pacientes (32,3%) se presentó

algún tipo de complicación durante la hospitalización, principalmente respiratorias, siendo más frecuentes en pacientes más añosos ($p=0,002$). Siete pacientes fueron reoperados, 5 de ellos por peritonitis secundaria a dehiscencia de sutura, 1 por hemoperitoneo y 1 por evisceración. Un paciente (1,4%) falleció al segundo día postoperatorio por una peritonitis secundaria a un megacolon perforado. Los días de hospitalización promedio fueron 15,1 (2-120, mediana 9). Una mayor edad y la cirugía de urgencia fueron variables importantes que se asociaron a la presencia de complicaciones respiratorias y cardíacas en el postoperatorio. **CONCLUSIONES:** En nuestra serie la principal indicación de colectomía total fue la inercia colónica. La reconstitución de tránsito con anastomosis primaria es lo más utilizado. La morbimortalidad esta estrechamente asociada a una edad avanzada y cirugía de urgencia.

COLONOSCOPIA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS.

Drs. Gunther Bocic Alvarez^{1,2,3,4}, Mario Abedrapo M.¹, Rodrigo Azolas M.¹, Ricardo Villalón C.¹, Juan Jorge Silva S.⁵

¹Unidad de Coloproctología. Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile. ²Unidad de Endoscopia. Servicio de Gastroenterología. Hospital Clínico Universidad de Chile. ³Unidad de Endoscopia. Centro Medico Megasalud. ⁴Unidad de Endoscopia. Centro de Especialidades Médicas. Hospital del Trabajador de Santiago. ⁵Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: La colonoscopia es el mejor método de estudio del segmento intestinal bajo. Se utiliza con fines diagnósticos y terapéuticos. El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia de 10 años en colonoscopías.

Material y Métodos: Se analizaron prospectivamente las colonoscopías realizadas por un solo operador entre enero 2000 y julio 2010. Se excluyeron las que se encontró lesión neoplásica o más de un tipo de lesión y las realizadas de urgencia. Se analizaron los datos usando el software computacional SPSS 17.0 (SPSS Inc. Chicago, III) y los resultados se expresan en promedios y porcentajes. **Resultados:** El total de colonoscopías fue de 2700, con un promedio de edad de 52 años (15 a 98 años), el 58% fueron mujeres (1566). El 90% (2430) fueron completas (Ciego). El tiempo promedio fue de 12 minutos. Las indicaciones más frecuentes fueron el dolor abdominal (25%) y el sangrado por ano (20%). El 40% fueron normales y los hallazgos más frecuentes fueron divertículos (21%) y pólipos (20%). Estos hallazgos fueron más frecuentemente encontrados en pacientes con sangrado por ano (50%) y diarrea (40%). En pacientes con divertículos su edad promedio fue de 65 años y localizados más frecuentemente en sigmoide. En pacientes con pólipos (290) la frecuencia fue de 1,8 pólipos por paciente, 68,8% eran sésiles, el 75% era menor a 1 cm. de tamaño. El 92,5% se resecó en un tiempo y el 65% con pinza. El 40% era pólipo adenomatoso.

Se presentaron 2 perforaciones colónicas (0,07%) con cirugía precoz. El 0,9% presentó sangrado. No hubo mortalidad.

Conclusión: La colonoscopia realizada en un centro con infraestructura adecuado y colonoscopista entrenado asegura resultados satisfactorios como los presentados.

CÁNCER DE COLON EN EL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE VALDIVIA. EXPERIENCIA DE 12 AÑOS.

Drs. R. Avendaño, A. Murua, A. Venturelli, C. Kushel, J. Diaz; C. Banse, Ints: A. Vera; D. Ulloa, A. Guerrero y V. Guerrero.

Hospital Clínico Regional de Valdivia; Universidad Austral de Chile.

Introducción: El cáncer de colon (CC) es uno de los cánceres digestivos más frecuentes en los países occidentales. En USA se diagnostican todos los años más de 120.000 casos nuevos con una mortalidad de 50.000 casos. En Chile no disponemos de un registro nacional de tumores, sin embargo publicaciones recientes muestran un importante aumento en los últimos 10 años.

Objetivo: Mostrar la experiencia del Hospital Clínico Regional de Valdivia (HCRV) en la cirugía del CC en un período de 11 años.

Material y Método: Se revisaron en forma retrospectiva los registros de los pacientes operados por CC en el HCRV entre los años 1998 y 2008. Para ello se confeccionó una ficha específica, incluyendo edad, sexo, ubicación del cáncer, tipo de cirugía, complicaciones, mortalidad operatoria, estadio y sobrevida.

Resultados: Durante este período se operaron 207 pacientes, con un promedio de 18 casos por año (12 a 34), mostrando un importante aumento en los últimos años, 42% hombres y 58% mujeres (1:1,4). La edad promedio fue de 67 años (26 a 102 años), siendo el 62% de ellos en la década de los 60 y 70 años; 181 fueron operados por vía abierta (82%) y 38 (17%) por laparoscopia. Las dos ubicaciones más frecuentes fueron el colon sigmoide (45%) seguidas por el colon derecho (29,4%). La cirugía de urgencia correspondió al 26,5%. La distribución según estadio fue: I :5,4%; II 25%; III : 40%; IV: 23%, no clasificable:6,6%. La morbilidad fue del 16.% (11% en urgencias y 5% para los electivos) siendo las más frecuentes la infección de herida operatoria y la neumonía. La mortalidad operatoria global fue de 7,2%, 6,1% para la cirugía de urgencia y 0,9% en la cirugía electiva (un paciente por TEP y otro por sepsis 2ª a dehiscencia de anastomosis). La sobre vida actuarial global es del 60%, siendo de un 92% y 84% para los estadios I y II respectivamente.

Conclusiones: El CC ha ido en aumento en nuestro centro durante los últimos años. La mayoría de nuestros pacientes son diagnosticados en etapa III y IV. La década de mayor frecuencia fue la de los 60 y 70 años. Nuestra morbi-mortalidad asociada es similar a la de otras publicaciones. La mortalidad

operatoria fue mayor en la cirugía de urgencia, siendo la electiva del 0,9%. Nuestra sobrevivida actuarial global fue de 60%, siendo superior para los dos estadíos iniciales.

SEDACIÓN CON PROPOFOL SIN ANESTESISTA. REPORTE DE 431 COLONOSCOPIAS

Dr. R. Avendaño, E.U. A. Lira

Universidad Austral de Chile; Clínica Alemana de Valdivia

Introducción: El cáncer de colon y recto constituye la 3° causa de mortalidad por cáncer en Estados Unidos. En Chile no disponemos de cifras oficiales, sin embargo se ha observado un preocupante aumento en los últimos 10 años. El método de elección para una pesquisa precoz es la colonoscopia, para la cual debe utilizarse una sedación adecuada, lo que resulta fundamental como para lograr una buena adherencia por parte de los pacientes.

Objetivo: Presentar los resultados de un protocolo prospectivo de colonoscopias en cuya sedación se utilizó propofol administrado en bolos, sin la concurrencia de un anestésista.

Material y Método: En Abril del 2009 se comenzó un protocolo prospectivo de colonoscopias realizadas bajo sedación en las que se utilizó midazolam, petidina y propofol como inducción, seguida de bolos de propofol como mantención. Se incluyeron pacientes entre 15 y 84 años, asa I y II. Se consideraron las siguientes variables: tiempo de duración del examen (minutos), dosis de propofol utilizada, índice de depresiones respiratorias (definida como episodios de saturación de oxígeno menores a 75% por un período mayor a 15 segundos. o cualquier otro evento que requiriera apoyo ventilatorio con Ambu), número de perforaciones de colon, y dolor referido por el paciente durante o después del examen según escala EVA. **Resultados:** Durante este período se realizaron 431 colonoscopias. Las edades de los pacientes fluctuaron entre los 16 y 84 años, el 43% estuvo entre la década de los 50 y la de los 60 años. El 4% fueron mayores de 80 años. El 72% fueron ASA I. La duración del examen varió entre 11 y 56 minutos. La dosis de propofol usada fue entre 50 a 310mg (promedio 180mg). Un paciente cursó con depresión respiratoria que se recuperó con mascarilla de alto flujo. Ningún paciente requirió de intubación ni de apoyo ventilatorio con Ambu. Índice de llegada al ciego fue de 99%. No hubo perforaciones de colon. Un paciente presentó HDB al 6° día postpolipectomía que requirió sólo de observación. La evaluación EVA fue de 0 a 1 en el 99%. Un paciente refirió EVA 7 y otro EVA 9. Ambos cedieron con la administración de una ampolla de Ketorolaco EV. **Conclusiones:** En nuestra experiencia la utilización de propofol en un grupo de pacientes seleccionados, administrado en bolos es segura y permite la realización del examen en forma óptima para el colonoscopista y una excelente tolerancia por parte los pacientes.

GIST DE RECTO: DOS CASOS CLÍNICOS.

Drs. D. Contreras, E. Melkonian, M. Rodríguez, A. Readi, P. Opazo, A. Galleguillos.

Servicio de Cirugía Hospital del Salvador.

Introducción: La ubicación rectal de los Tumores Estromales Gastrointestinales (GIST) es infrecuente, la escasa casuística publicada determina interrogantes en la toma de decisiones.

Casos Clínicos: Se presentan dos casos de pacientes diagnosticados de GIST maligno de recto, su tratamiento y evolución clínica.

Caso 1: Mujer, 73 años, HTA, apendicectomizada, consulta en mayo de 2005 por tumor anal. Al examen, tumor perianal derecho que compromete la ampolla rectal, se sospecha lipoma. En junio de 2005 se practica tumorectomía. Biopsia informa "Schwanoma sin tumor maligno en lo examinado". En agosto de 2005 presenta nueva lesión tumoral anal submucosa sospechándose un GIST Biopsia informa "Tumor estromal, gastrointestinal maligno. Inmunohistoquímica CD 117 (+). Presentada a comité oncológico se ofrece Imatinib siendo tratada por 2 años. Evoluciona en buenas condiciones con efectos colaterales del medicamento, edema generalizado y rash dérmico. En octubre de 2007 se objetiva recidiva tumoral local el TAC muestra lesión hepática de aspecto metastásico en segmento VII y se decide cirugía. Se practica operación de Miles, histerectomía, resección parcial de vagina y radiofrecuencia de lesión hepática. Biopsia (+) para GIST de recto con márgenes quirúrgicos negativos. En noviembre de 2008 y bajo tratamiento con Imatinib la paciente presenta recidiva pélvica, se decide suspensión de Imatinib y cuidados paliativos del dolor, falleciendo en diciembre del mismo año.

Caso 2: Mujer. 46 años, paciente sin antecedentes, operada en marzo de 2002 bajo el diagnóstico de tumor vaginal primario Obs Fibroma, Biopsia informa Leiomioma mitóticamente activo. En abril de 2004 nueva resección, biopsia informa "Fragmentos de tejido conjuntivo fibroso infiltrados por sarcoma grado 2 con patrón estoriforme y focalmente con apariencia neural, hallazgos sugerentes de leiomiomasarcoma o GIST maligno rectoanal. Inmunohistoquímica CD 117 (++). Se concluye GIST maligno recto. En mayo 2002 se decide manejo paliativo de su intenso dolor. En Julio de 2006 es derivada Hospital Salvador y sometida a Operación de Miles, Histerectomía, Salpingo ooforectomía bilateral y resección de la pared posterior de la vagina. La paciente evoluciona satisfactoriamente y a julio de 2010 se encuentra sin evidencia de recidiva.

Conclusiones: Los GIST rectales malignos requieren un alto nivel de sospecha clínica, siendo aún desde el punto de vista histológico de difícil diagnóstico inicial. La recidiva tras la extirpación local es frecuente y la operación de Miles se presenta como una alternativa esperanzadora.

CARACTERIZACION CLINICA DEL CANCER DE RECTO RESECABLE EN EL HOSPITAL CLINICO REGIONAL DE CONCEPCION

Drs. M. Ocares, C. Santander, C. Benavides, C. Zúñiga, int.A. Giacaman, als.R. Domke, E. Schade (Servicio de Cirugía, Equipo de Coloproctología, Hospital Clínico Regional de Concepción, Departamento de Cirugía, Universidad de Concepción)

Introducción: El cáncer de recto es una neoplasia cuya frecuencia se encuentra en incremento en nuestro país, con una incidencia de 6-7 casos por 100.000 habitantes, la cual aumenta con la edad a partir de la tercera década de la vida y corresponde a la cuarta causa de muerte por cáncer en Chile. **Objetivo:** Analizar las características epidemiológicas, histopatológicas y de tratamiento en pacientes con cáncer de recto resecable en nuestra institución.

Material y método: Se realiza un estudio observacional y descriptivo, transversal en 265 pacientes sometidos a resección quirúrgica curativa entre 1996-2009 en Hospital Clínico Regional Concepción. Revisión de fichas clínicas y análisis de variables sexo, edad, localización tumoral, tipo histológico, grado de diferenciación, estadio TNM, tipo de intervención, resección libre de tumor, morbimortalidad operatorias y sobrevida según curvas de Kaplan-Meier.

Resultados: se estudiaron 265 pacientes, 124 hombres (47%), y 140 mujeres (53%). Edad promedio de $67,7 \pm 10,7$ años (rango: 19-89). Localización tumoral: recto alto (40,9 %), medio (39%) y bajo (20,1%). El tipo histológico más frecuente corresponde a adenocarcinoma (99%), predominando el tipo tubular (85,6%). Según grado de diferenciación WHO las muestras se distribuyeron: grado 1 (67%), grado 2 (62,2%) y grado 3 (12,5%). Según clasificación TNM estadio I, II, III, IV correspondieron al 8,0%, 47%, 35,6% y 9,4%, respectivamente. Se realizó resección anterior baja en el 33,7% de los casos, resección abdominoperineal en el 21,2%, resección anterior en el 34,8%, operación de Hartmann en el 4,2%, resección anterior ultrabaja en el 4,9% y proctoclectomía total en el 0,4%. Fueron catalogadas como R0 el 97,6 % de las piezas operatorias. El 64,5% de los pacientes recibieron terapia coadyuvante. La morbilidad operatoria temprana 18,9%, siendo la infección de sitio operatorio la más frecuente (5,7%), mientras que la mortalidad operatoria fue de 3,2 %. Sobrevida global a 5 años de ...%. Sobrevida a 5 años: ..%, ..%, ..% y ...% para estadios I, II, III y IV, respectivamente **Conclusiones:** En nuestra serie, el cáncer de recto se presenta con mayor frecuencia en mujeres; se destaca la alta prevalencia de cáncer de recto alto y el tipo de cirugía que se efectuó mayormente fue la resección anterior.

CASOS CLÍNICOS TUMOR CARCINOIDE RECTAL

Drs. R. Baier C., M. Ocares, C. Benavides, C. Zúñiga, C. Santander, L. Neira, E. Mena, M. Sumba.

Servicio de Cirugía - Hospital Guillermo Grant Benavente. Facultad de Medicina - Universidad de Concepción.

Introducción. Se describen 2 casos de tumor carcinoide rectal, uno manejado endoscópicamente y otro mediante cirugía, ambos con sobrevida actuarial y sin recidiva al control posterior. Los tumores carcinoideos rectales pueden ser manejados mediante cirugía abierta, resecciones transanales y métodos endoscópicos ya sea polipectomía o resecciones submucosas guiadas por endosonografía.

Para poder seleccionar el tratamiento más adecuado y con buenos resultados oncológicos, se deben cumplir ciertos criterios estos son: asintomáticos, lesiones menores de 2 cm (menores 1 cm para polipectomía), no ulceradas, sin sobrepasar la muscular propia, linfonodos pararectales no comprometidos y estudio de diseminación a distancia negativo.

Para cumplir con estos criterios es importante el rol de la endosonografía tanto para determinar el tamaño y profundidad de la lesión como el control posterior a la resección.

Material y Método. Se revisan las fichas clínicas de 2 pacientes y se analiza el manejo realizado en ambos casos.

Caso clínico número 1: Corresponde a un paciente de sexo masculino de 52 años con antecedentes de fístula perianal es evaluado por colopatía funcional, por lo que se realiza colonoscopia total encontrándose pólipo de 8mm x 2mm en recto medio el que es extirpado mediante polipectomía. El estudio histopatológico informó mucosa rectal infiltrada por neoplasia neuroendocrina tipo carcinoide, bordes de sección libres. Estudio de diseminación mediante tomografía axial computada fue negativo. El seguimiento se realizó a los 6 meses y 1 año mediante colonoscopia total y endosonografía sin evidencias de recidiva.

Caso Clínico número 2: Hombre de 39 años consulta por cuadro de rectorragia de aprox. 1 año de evolución, se realiza rectoscopia evidenciándose lesión solevantada de 1,5 cm. en recto inferior se toma biopsias evidenciándose tumor carcinoide. Endosonografía mostró lesión hipoecogénica de 2 cm que infiltra hasta submucosa. Estudio de diseminación a distancia negativo.

En este caso se planteo tratamiento quirúrgico realizándose resección ultrabaja más ileostomía, resecañose segmento colorrectal de 25 cm en la pieza se evidencio lesión a 4,5 cm del margen anal que correspondía a tumor carcinoide de 2 cm de diametro, bordes de sección libres y sin compromiso linfovascular.

El paciente ha sido evaluado en el post operatorio con colonoscopia total sin evidencias de recidiva. **Conclusión.** Los tumores carcinoideos rectales son una neoplasia que puede ser manejada con diversos métodos ya sea quirurgicos o endoscopicos y la selección de estos esta determinado por variables clínicas, y por exámenes como la endosonografía rectal indispensable para decidir la terapia indicada.

CUERPO EXTRAÑO EN ILEON DISTAL. CASO CLINICO.

Dra. M. F. Navarrete¹, C. Silva², Dr. G. Inostroza¹, Dr. G. Urrejola¹, Dr. G. Caselli¹, Dra. M. E. Molina¹, EU. X. Meneses¹, Dr. J. Reyes¹, Dr. A. Zúñiga¹, Dr. G. Pinedo¹.

¹Unidad de Coloproctología del Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile, ² Interno Medicina Universidad Católica del Maule.

Introducción: Los cuerpos extraños en la vía digestiva son principalmente encontrados en población pediátrica, pacientes con patología psiquiátrica y usuarios de prótesis dental. Se reportan pocos casos en población adulta sana. La mayoría se expulsan espontáneamente, requiriendo intervención quirúrgica sólo el 1% de los casos. Los objetos puntiagudos y los alargados constituyen un problema de alto riesgo pues están asociados hasta en un 33% con perforaciones. Presentamos un caso clínico con afectación sintomática de masa inflamatoria de fosa iliaca derecha que requirió de manejo quirúrgico. **Caso clínico.** Paciente de 66 años, sexo masculino. Consultó de manera ambulatoria en Talca por cuadro de 10 meses de dolor abdominal hipogástrico, baja de peso, compromiso de estado general, vómitos post-prandiales y en los últimos 2 meses cambio del hábito intestinal (constipación). Se realizó endoscopia digestiva alta, colonoscopia total y ecografía abdominal sin hallazgos patológicos. Continuó estudio con TAC de abdomen y pelvis, donde se visualizó en región pelviana superior derecha, imagen de densidad aumentada, difusa, mal definida, que mide aproximadamente 5 cm de diámetro transversal, cuyo estudio de densidad denota contenido sólido (71UH). Paciente persistió con sintomatología descrita, agregándose dos episodios de hematoquezia y calosfríos por lo que consultó en Talca, donde se constató en servicio de urgencia temperatura de 37,8 °C con hipotensión. Se trasladó a Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile por falta de camas críticas en Talca. Se realizó TAC de abdomen y pelvis que informó masa inflamatoria en fosa iliaca derecha que impresionó asociada a cuerpo extraño. Se realizó tratamiento antibiótico con cefotaximo y metronidazol durante 12 días, pero debido a la persistencia de sintomatología abdominal se decide exploración quirúrgica. Se realizó laparotomía exploradora, evidenciando masa inflamatoria a nivel de íleon distal, se disecó y en su interior se encontró fragmento óseo de 4 cm, puntiagudo, probablemente de pollo. Paciente evolucionó favorablemente, con remisión de sintomatología abdominal.

Discusión. Los cuerpos extraños más frecuentemente ingeridos por adultos sanos son de material óseo 56% (pescados y aves), 20% carne, 14% prótesis dentales y 10% otros. Cuando son pequeños, radiolúcidos o hay sospecha de complicación tiene mejor rendimiento el TAC de abdomen y pelvis para realizar el diagnóstico. Los objetos alargados y puntiagudos aumentan el riesgo de perforación, por lo que se debe intentar extraer mediante métodos endoscópicos cuando estén al alcance. Cuando existe evidencia

de complicación se debe realizar intervención quirúrgica.

ABORDAJE CONVENCIONAL VERSUS LAPAROSCÓPICO EN RESECCIÓN ABDOMINOPERINEAL POR TUMORES DE RECTO INFERIOR. RESULTADOS A CORTO PLAZO.

Drs. G. Caselli, G. Urrejola, G. Inostroza, F. Bellolio, A. Zúñiga, M.E. Molina, J. Reyes, G. Pinedo Unidad de Coloproctología. Departamento de Cirugía Digestiva. División de Cirugía. Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: La resección abdominoperineal continúa siendo la cirugía de elección para tumores rectales cercanos a la línea dentada, especialmente cuando infiltran el anillo anorrectal y sistema esfinteriano.

Objetivos: Analizar la seguridad y eficacia de la resección abdominoperineal por vía laparoscopia (RAPL) comparada con el abordaje abierto (RAPA) para el tratamiento quirúrgico de pacientes con tumores de recto inferior.

Pacientes y métodos: En un período comprendido entre los años 2002 y 2010 se comparó una serie de pacientes portadores de tumores de recto inferior sometidos a una resección abdominoperineal con intención curativa, abordados por vía laparoscópica versus una serie de pacientes abordados por vía abierta. Todos los pacientes fueron sometidos a quimioradioterapia neoadyuvante. Se analizaron parámetros demográficos, clasificación ASA, tiempo operatorio, complicaciones, estadía hospitalaria y biopsia de la pieza operatoria. La decisión del abordaje se realizó en base a la experiencia del tratante en cirugía laparoscópica rectal. Para análisis estadístico se utilizó el programa SPSS v.18.0. **Resultados:** Serie de 39 pacientes, 13 pacientes fueron sometidos a RAPL y 26 pacientes a RAPA. Sexo masculino, un 76% y 33%, respectivamente. La edad media fue de 6016 años para el grupo RAPL y 6411 años para el grupo RAPA (p=NS). No hubo diferencia respecto a la clasificación ASA ni en relación al IMC entre ambos grupos. La distancia del tumor respecto del margen anal fue de 4 cm (rango de 0-6) vs. 3,5 cm (rango de 0-5), respectivamente. (p=NS). El tiempo operatorio fue de 29074 vs. 24083 minutos para los grupos RAPL y RAPA respectivamente (p=NS). No hubo conversión en el grupo RAPL. Complicaciones postoperatorias se observaron en 5 pacientes para el grupo RAPL y 4 pacientes para el grupo RAPA. Hubo 2 reoperaciones en el grupo RAPL (una paciente por lesión intestinal inadvertida y otra por dehiscencia de herida perineal) y una en el grupo abierto (por dehiscencia de herida perineal). Un paciente fallece del grupo laparoscópico. La estadía hospitalaria promedio fue de 9 días para el grupo RAPL vs. 12 días para el grupo RAPA (p0,05). No hubo diferencias respecto a la longitud de la pieza operatoria resecada (p=NS). La recolección de ganglios en las piezas operatorias del grupo RAPL

fue de 151,9 versus 17,77 del grupo abierto (p=NS). Conclusiones: La RAPL es comparable al abordaje abierto respecto a parámetros demográficos, tiempo operatorio, recolección de ganglios y largo de pieza operatoria. La estadía hospitalaria fue menor en el grupo RAPL.

RECONSTITUCIÓN DE TRÁNSITO LAPAROSCÓPICA POST-HARTMANN: UNA ALTERNATIVA DE ELECCIÓN.

Drs. G. Caselli, G. Urrejola, G. Inostroza, F. Bellolio, A. Zúñiga, J. Reyes, G. Pinedo, M.E. Molina
Unidad de Coloproctología. Departamento de Cirugía Digestiva. División de Cirugía. Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: La reconstitución de tránsito posterior a una operación de Hartmann (RTH) se asocia a una alta morbilidad y mortalidad cercana al 1%. Pese al creciente uso de la laparoscopia como alternativa en la RTH, existen escasas series a nivel nacional e internacional.

Pacientes y métodos: Serie prospectiva de pacientes sometidos a RTH por vía laparoscópica entre los años 1998 al 2008. Se analizaron parámetros demográficos, clasificación ASA, motivo de la cirugía primaria, tiempo entre la cirugía inicial y la reconstitución, tiempo operatorio, conversión a cirugía abierta, tiempo de recuperación del reposo digestivo, complicaciones, estadía hospitalaria y seguimiento.

Resultados: Un total de 30 pacientes con una edad media de 61,5±13 años fueron abordados por vía laparoscópica. La clasificación de ASA fue de 1.8±0,3 y el IMC fue de 26.1±2 Kg/mt². En un 63% de los pacientes, la operación de Hartmann se realizó por una diverticulitis aguda complicada Hinchey III o IV. El intervalo entre cirugía inicial y la reconstitución de tránsito fue de 7.1±2 meses. El tiempo quirúrgico fue de 172.5±58 minutos. En tres casos fue necesaria conversión a cirugía abierta. La media de recuperación del tránsito intestinal fue de 2,1±1 días y la estadía hospitalaria fue de 5.6±1 días. La morbilidad postoperatoria fue de 13%. Las complicaciones a largo plazo fueron un íleo mecánico por bridas y un caso de estenosis anastomótica. Conclusiones: La reconstitución de tránsito laparoscópica post-Hartmann está asociada a un tiempo de recuperación de la motilidad intestinal corto, así como a una estadía hospitalaria menos prolongada en relación a series de abordaje abierto. Estudios clínicos randomizados son necesarios para determinar si la reconstitución laparoscópica es superior a la técnica convencional.

ROL DE UN REGISTRO EN FAMILIARES ASINTOMÁTICOS DE PACIENTES CON POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR.

Drs. F. López-Köstner, A.J. Zarate, E. Pinto, A. Sanguineti, K. Alvarez, C. Hurtado, AM. Wielandt, P. Orellana, U. Kronberg.
Unidad de Coloproctología. Campus Clínica las Condes.

Universidad de Chile., Laboratorio de Oncología y Genética Molecular. Clínica las Condes., Servicio de Urgencia Clínica las Condes.

Introducción: La poliposis adenomatosa familiar (PAF) es un síndrome autosómico dominante con una penetrancia del 100%, causado principalmente por mutaciones del gen APC. Al identificar un caso índice y construir una genealogía se puede identificar a los familiares en riesgo. Sin un estudio genético la totalidad de los familiares debería realizarse un estudio endoscópico. En ellos el estudio genético dirigido para buscar una mutación puede modificar su manejo clínico, consejería genética y seguimiento. En Chile, disponemos de un registro de familias con PAF. **Objetivo:** Evaluar la adherencia al estudio genético y endoscópico de los familiares asintomáticos en riesgo de PAF.

Pacientes y Métodos: Desde el registro se seleccionaron 39 familias con PAF clásica. En estas familias se realizó el estudio del gen APC para identificar una mutación en los casos índice. De estas últimas se analizaron las genealogías con el fin de identificar familiares de alto riesgo (FAR), definidos como familiares de primer grado de un paciente afectado con PAF, y se consideraron candidato a estudio genético (CEG) los FAR mayores de 11 años. A los pacientes CEG se les estudió dirigidamente el segmento portador de la mutación del gen APC, a través, de una muestra de sangre, mediante técnicas de SSCP y secuenciación dirigida. Además se revisaron los registros colonoscópicos de los pacientes CEG.

Resultados: De las 39 familias con PAF clásico 34 (87%) poseen una mutación identificada, en ellas existen 302 CEG, de los cuales se han estudiado 93 (30%) individuos. De los 93 individuos estudiados, 25 (27%) son portadores de mutación y 68 (73%) no lo son. De los 93 pacientes con estudio genético un 20% se ha realizado una colonoscopia. Esta cifra sube a 36% en los portadores de mutación comparado con el 14% de los no portadores de mutación. En todos los portadores de mutación se confirmó la presencia de diversos grados de poliposis en la colonoscopia. En aquellos individuos CEG que no se han realizado el estudio genético, solamente un 6% se ha realizado una colonoscopia.

Conclusiones: La metodología utilizada permite identificar mutaciones en la mayoría de los pacientes con PAF. Se observa una mayor adherencia al estudio genético que al endoscópico en los familiares de alto riesgo.

SOBREVIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE COLÓN OPERADOS POR CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

Drs. ¹F López, ¹C Suazo, ¹R Capona, ¹C Wainstein, ¹U Kronberg, ¹A Larach, ¹J Larach, ²G Cavada.
¹Unidad de Coloproctología, Clínica Las Condes.
²Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.

Introducción: La cirugía laparoscópica de colon es una técnica validada para el tratamiento quirúrgico

del cáncer de colon (CC), con cifras de morbilidad, mortalidad y sobrevida comparables a la cirugía abierta.

Objetivo: Analizar la sobrevida de los pacientes con CC intervenidos mediante técnica laparoscópica.
Material y método: A partir de la base prospectiva de cirugía laparoscópica se identificó a todos los pacientes intervenidos por cáncer entre enero del año 1999 y abril de 2010. La estadificación se realizó de acuerdo al TNM 2002. Se efectuó seguimiento mediante certificados de defunción obtenidos del registro civil para especificar la causa de muerte. Las curvas de sobrevida a 5 años fueron estimadas según el método de Kaplan-Meier, las que se comparan con el test logrank. Para comparar etapas se realizó un análisis de riesgos proporcionales de Cox.

Resultados: En el período analizado se operaron 102 pacientes con diagnóstico de cáncer de colon, de los cuales 57 eran hombres (56%). La edad promedio fue 64,7 años en los hombres y 67,9 en las mujeres, sin diferencias significativas entre ambos. El seguimiento promedio fue de 41 meses (intervalo 3 a 117). No hubo mortalidad perioperatoria en la serie. Dieciséis pacientes fallecieron durante el seguimiento, 11 de ellos por progresión de la enfermedad (3 diagnosticados en etapa II, 4 en etapa III y 3 en etapa IV). Distribución por etapas: 37% etapa I, 28% etapa II, 29% etapa III y 6% etapa IV. La sobrevida global relacionada al cáncer de la serie fue 86% a 5 años. Al analizar por etapas, la sobrevida a 5 años fue 100% para los pacientes etapa I, 86% en etapa II y 82,5% en etapa III. En los pacientes en etapa IV la sobrevida a 2 años fue de 50%, habiendo fallecido todos ellos a los 3 años de seguimiento. No se observó diferencias significativas en sobrevida al comparar entre las etapas II y III ($p = 0,567$), observándose diferencia sólo con los pacientes en etapa IV ($p = 0,01$). No existen diferencias al ajustar los resultados por sexo y edad ($p=0,692$ y $p=0,176$). No se ha observado implantes tumorales en sitios de trocar hasta la fecha.
Conclusión: La cirugía laparoscópica del cáncer de colon muestra resultados similares a los reportados con técnica abierta, con una sobrevida global a 5 años de 86%. Llama la atención la elevada sobrevida de los pacientes en etapa III, ya descrita en otras series laparoscópicas.

EVALUACIÓN FUNCIONAL A MEDIANO PLAZO DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS POR PROCTOCLECTOMÍA LAPAROSCÓPICA.

Drs. F. López, C. Suazo, R. Capona, C. Waisntein, U. Kronberg.
Unidad de Coloproctología, Clínica Las Condes.

Introducción: En pacientes con Colitis Ulcerosa (CU) y Poliposis Adenomatosa Familiar (PAF) con compromiso rectal, la proctocolectomía laparoscópica con reservorio (PC+RIA) constituye la técnica de elección.

Objetivo: Evaluar a mediano plazo los resultados

funcionales de pacientes sometidos a PC+RIA por vía laparoscópica.

Pacientes y Método: Desde la base de cirugía laparoscópica se identificó a los pacientes con PAF y CU sometidos a PC + RIA en el periodo 2003-2009. Se realizó una encuesta estandarizada telefónica evaluando síntomas funcionales, complicaciones alejadas, calidad de vida y resultados de la cirugía. Se evaluó con escala numérica de 1-10, siendo 1 la peor y 10 la mejor evaluación. Se consideró buena una calificación entre 7-10, regular entre 4-6 y mala entre 1-3.

Resultados: Respondieron la encuesta 17/21 pacientes (81%), 9 hombres (53%). Edad promedio 35 años. El diagnóstico preoperatorio fue CU en 9 pacientes (53%) y PAF en 8 (47%). El seguimiento promedio fue 42 meses (intervalo: 10 a 75). Promedio de deposiciones: 6,4 por día (intervalo: 3 a 12). Entre los síntomas abdominales el más frecuente fueron los ruidos intestinales (94%). Seis pacientes (35%) refirieron urgencia defecatoria y 1 paciente síntomas frecuentes de incontinencia. Al evaluar las complicaciones, diez pacientes (58%) han sido rehospitalizados al menos 1 vez desde su cirugía, 4 debiendo ser reintervenidos, en 2 casos por problemas con el reservorio. Ocho pacientes (47%) han presentado complicaciones con el reservorio: en 6 casos reservoritis, 1 rotación del reservorio y 1 prolapso. Al evaluar el estilo de vida, trece pacientes (76%) refieren limitaciones en su actividad diaria: en la dieta en todos los casos, seguidos por la actividad social (29%), trabajo (29%) y sexual (17%). Un 77% de los pacientes califican su calidad de vida con nota entre 7 y 10, siendo en un 23% 5 o menor. Al consultar la opinión respecto a la cirugía, catorce (82%) se operarían nuevamente y recomendarían la cirugía. Este grupo de pacientes califica los resultados de la cirugía entre 8 y 10. Tres pacientes (18%) no recomendarían la cirugía y califican los resultados entre 4 y 5.

	CU (n=9)	PAF (n=8)
Deposiciones/día	7	6
Urgencia	5	2
Antidiarreicos	3	4
Antibióticos	0	0
No conformes	3	0

Conclusión: La PC+RIA laparoscópica tiene buenos resultados funcionales a mediano plazo, lo se refleja en una buena calificación de la calidad de vida por parte de los pacientes y un alto nivel de aprobación hacia la cirugía.

LESIONES NEOPLÁSICAS EXTRACOLÓNICAS EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA PROFILÁCTICA POR POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR.

Drs. C Suazo, E Pinto, K Alvarez, P Orellana, R Capona, U Kronberg, C Wainstein, F López.

Unidad de Coloproctología, Laboratorio de Oncología y Genética Molecular, Clínica Las Condes.

Introducción: La Poliposis Adenomatosa Familiar (PAF) es la más importante dentro de las variantes hereditarias del CCR, constituyendo aproximadamente el 1% de la incidencia global de CCR. Debido a su patrón de herencia dominante y su penetrancia del 100%, la cirugía profiláctica juega un rol muy importante en este grupo de pacientes. Sin embargo, el someterse a una colectomía total (CT) o proctocolectomía (PCT) no elimina en un 100% la posibilidad de aparición de otros tumores. **Objetivo:** Determinar la aparición de tumores extracolónicos en los pacientes colectomizados en forma profiláctica portadores de PAF.

Material y método: Se realizó seguimiento alejado, mediante revisión de fichas clínicas y contacto telefónico, de los pacientes operados por PAF entre los años 2003 y 2009. Se registró la aparición de tumores desmoides (intra y extraabdominales), pólipos duodenales y gástricos.

Resultados: Durante el período señalado se intervinieron en forma profiláctica 17 pacientes con diagnóstico de PAF. Se logró completar el seguimiento en 15 de ellos, con un promedio de 44 meses (intervalo: 9-96). Todos los pacientes presentan lesiones tumorales extracolónicas a la fecha. En 11 de ellos (73%) el seguimiento endoscópico ha demostrado la presencia de pólipos gástricos fúndicos, siendo múltiples (más de 30) en 7 casos (47%). Seis pacientes (40%) han desarrollado pólipos duodenales adenomatosos (1 a 3 pólipos), presentándose 3 de estos casos (20%) con ampulomas benignos que fueron resecaos endoscópicamente. El momento de aparición de las lesiones es variable, presentándose desde el momento de la cirugía profiláctica hasta 2 años posteriores. En cuanto al desarrollo de tumores desmoides, 4 pacientes (24%) han desarrollado lesiones, localizándose en 1 de ellos en pared abdominal, 2 intraabdominales y en 1 caso de ubicación mixta (mesenterio y pared abdominal). Ningún paciente ha fallecido hasta la fecha.

Conclusión: El desarrollo de tumores extracolónicos en este grupo de pacientes es frecuente. La manifestación más frecuente es el desarrollo de pólipos fúndicos, seguido por tumores duodenales y desmoides en orden de frecuencia. No observamos mortalidad en esta serie debido a estos tumores.

COLONOSCOPIA COMO METODO DE SCREENING EN PACIENTES ASINTOMÁTICOS CON ANTECEDENTES DE RIESGO DE CANCER COLORRECTAL.

Drs. ¹U Kronberg, ¹C Suazo, ¹F López, ¹R Capona, ²C Heine, ¹C Wainstein, ¹A Larach, ¹J Larach.
¹Unidad de Coloproctología, Clínica Las Condes,
²Residente de cirugía Universidad de Chile, Hospital Salvador, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Introducción: El método de screening de elección para la detección de cáncer colorrectal (CCR) en

en deposiciones (TSOD), sin embargo, en pacientes sintomáticos o con factores de riesgo está indicado el uso de la colonoscopia por la mayor posibilidad de presentar lesiones neoplásicas adenomatosas. **Objetivo:** Conocer los resultados de la colonoscopia como método de screening para la detección de pólipos adenomatosos (PA) del colon en pacientes asintomáticos con antecedentes familiares o personales de CCR.

Material y Método: Se identificaron todos los pacientes asintomáticos con antecedentes familiares o personales de CCR a quienes se les realizó colonoscopia el año 2009. Se definió como grupo de estudio a los pacientes con antecedentes familiares o personales de CCR o pólipos y enfermedad inflamatoria intestinal, excluyendo a los pacientes sintomáticos que presentaran sangre en deposiciones, baja de peso, cambio de hábito intestinal y dolor abdominal recurrente. Se registró la presencia de PA en la colonoscopia, analizando además un subgrupo de pólipos de alto riesgo (PAAR), definidos como: displasia severa o tipo vellosa en la biopsia, más de 3 pólipos y lesiones mayores de 10 mm. **Resultados:** Se identificaron 109 pacientes con los antecedentes antes descritos y colonoscopia. Se encontró al menos un pólipo en 46 de ellos (42%). De estos, 26 correspondían a PA (23% del total), siendo en 10 casos PAAR (9,2% del total). No se diagnosticaron lesiones malignas.

Conclusión: En este grupo de pacientes la colonoscopia tiene un alto rendimiento en la detección de pólipos adenomatosos, justificándose su empleo sin necesidad de realizar un TSOD previo.

REGULACIÓN DE LA EXPRESIÓN DEL RECEPTOR DE TIPO TOLL-2 EN LA MUCOSA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Drs. E Candia¹, N Farfán¹, P Langjahr¹, D Díaz-Jiménez¹, C Suazo², F López², M Abedrapo⁴, A Larach², L Tapia¹, R Quera³, M Hermoso¹
¹Programa de Inmunología, ICBM, Facultad de Medicina, U. Chile¹, ²Laboratorio de Oncología y Genética Molecular, Unidad de Coloproctología, Clínica Las Condes, ³Servicio Gastroenterología, Clínica Las Condes², Santiago, Chile; ⁴Departamento de Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile³

Introducción: Uno de los factores relacionados con la patogénesis de las enfermedades inflamatorias intestinales (EII), tanto en enfermedad de Crohn (EC) como colitis ulcerosa (CU) es la alteración de la respuesta inmune a la flora intestinal. Los receptores tipo Toll (TLRs) juegan un rol clave en el reconocimiento de las bacterias intestinales y en la respuesta inmune a nivel de la mucosa intestinal. Por lo tanto, alteraciones en la expresión de este receptor se han visto relacionadas con el desarrollo de EII.

Diferentes mecanismos han evolucionado para inhibir la inflamación mediada por TLR2, como la producción de isoformas solubles idénticas al dominio extracelular del receptor (sTLR2), las cuales

podría contribuir a la tolerancia que esta ausente en las EIIs.

Objetivo: determinar la expresión de TLR2 y la regulación de la producción de sTLR2 en mucosa de colon obtenida de pacientes con EII.

Material y Metodos: Se definió un grupo de estudio caso-control, considerando como control a pacientes sin diagnóstico de EII ni cambios inflamatorios en la colonoscopia. Mediante test de ELISA e inmunoblot se determinó la presencia de TLR2 en mucosa de colon de 13 pacientes portadores de EII y 8 controles. La producción de sTLR2 se determinó en mucosa colónica y en células mononucleares mediante test de ELISA.

Resultados: los niveles de TLR2 fueron significativamente mayores en pacientes con CU que en EC ($p=0,0138$), y no hubo diferencias significativas con las muestras control. Mediante inmunoblot encontramos que la isoforma predominante corresponde a una banda inmunoreactiva de 97 kDa asociada a la forma completa del receptor. sTLR2 fue principalmente producida por la mucosa y las células mononucleares obtenidas de pacientes con EII.

Conclusión: la secreción de TLR2 soluble tiende a aumentar probablemente como parte de un mecanismo regulador de la vía inflamatoria desencadenada en las EII. Sin embargo, debemos realizar más estudios funcionales para definir el rol de sTLR2 en el desarrollo de esta enfermedad. FONDECYT 1080290

CARACTERIZACION DEL CANCER DE COLON EN HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU

Drs. F. Gatica, A. Lopez, C. Suazo, H. Kosler, Y. Haito, F. Uribe, J. Salamanca.

Servicio de Salud Metropolitano Sur, Hospital Barros Lucio Trudeau

Introducción: Sabemos que la localización anatómica del cáncer de colon (CC) ha variado en los últimos años en comparación a series históricas, aumentando la frecuencia de tumores localizados en el colon derecho (CD), aunque sigue siendo el colon izquierdo (CI) la localización más frecuente. Sabemos también que el desarrollo y comportamiento del CC en sus distintas localizaciones no es el mismo. **Objetivo:** Conocer las características clínicas y anatomopatológicas del CC de acuerdo a su localización anatómica.

Material y Método: A partir de la base de datos de cirugía de colon se identificó a todos los pacientes operados con diagnóstico de CC entre mayo del año 2002 y mayo del año 2010. Se analizó la información de la ficha clínica e informe anatomopatológico. Se registraron variables clínicas y del tumor. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS 17.0, prueba Chi-cuadrado, considerando significativo $p < 0.05$. **Resultados:** En el período señalado se operaron 307 pacientes. Edad promedio 65,5 años. Un 51.4% hombres. Localización: CI 51.5%, CD 45,0% y colon transversal (CT) 3.5%. Edad promedio según

localización: 66.8 años CI, 64.8 años CD ($p > 0,05$) y 71.5 años CT. El grado de diferenciación tumoral en CI: grado (1) 11.03%, grado (2) 81.16%, grado (3) 6.49% y grado (4) 1.29%. En CD el grado de diferenciación tumoral fue: grado (1) 11.02%, grado (2) 65.4%, grado (3) 18.38% y grado (4) 5.14%. ($p < 0,05$) Componente mucinoso (CM) fue 17.7% en CI y 24.62% CD. Células en anillo de sello 1.89% en CI y 5.79% EN CD. ($p > 0,05$)

La etapa de presentación al momento de la cirugía para CI fue I: 13,3% IIA: 29.1% IIB: 3.8% IIIA: 2.5% IIIB: 25.3% IIIC: 19.6% IV: 5.1%, en CD I: 14,5% IIA: 25.36% IIB: 4.34% IIIA: 0.72% IIIB: 27.53% IIIC: 26.08% IV: 1.44%. Sin diferencias significativas al comparar entre etapas ($p > 0,05$). **Conclusión:** La localización más frecuente del CC en nuestra serie corresponde al izquierdo. No existe diferencia significativa en la edad de diagnóstico del cáncer según se localice en CD o CI. Los tumores del CD tienden a ser más indiferenciados ($p < 0,05$), sin embargo no hay diferencias en el número de tumores con componente mucinoso ni de células en anillo de sello. No existe diferencias entre la etapa de presentación y la localización del tumor.

CIRUGIA LAPAROSCOPICA COLORRECTAL POR PUERTO UNICO. EXPERIENCIA INICIAL.

Drs. F. Lopez, R. Capona, C. Wainstein, U. Kronberg, C. Suazo

Unidad de Coloproctología, Clínica Las Condes.

Introducción: La cirugía laparoscópica de colon (CLC) es un procedimiento ampliamente aceptado. Actualmente el desarrollo se dirige hacia la CLC por puerto único, realizando la totalidad del procedimiento, incluyendo la extracción de la pieza operatoria, a través de una incisión umbilical. **Objetivo:** Presentar nuestra experiencia inicial en CLC por puerto único.

Pacientes y Métodos: Se seleccionaron 5 pacientes que cumplieran los criterios de inclusión: IMC < 30 , bajo riesgo quirúrgico, lesiones pequeñas en patología neoplásica. En todos se utilizó un puerto único para 3 trócares SILS Port (Covidien™, Norwalk, Connecticut, USA) y EnSeal™ (Laparoscopic Tissue Sealing Device, SurgRx, Ethicon) para el sello y sección de vasos sanguíneos. Se utilizaron pinzas articuladas (Covidien, Autosuture) en un solo caso, en el resto se empleó material quirúrgico laparoscópico convencional. En un caso de prolapso rectal, el puerto único se instaló a nivel suprapúbico para realizar la pexia en forma abierta por la misma incisión, el resto de los casos se realizaron por vía umbilical.

Experiencia: Edad promedio: 50.8 años (intervalo 29-64). IMC promedio 23.8. Se realizaron 3 hemicolectomías derechas (cáncer, adenoma vellosa e invaginación ileocecal), una sigmoidectomía (vólvulo de sigmoides recurrente) y una sigmoidectomía más rectopexia suturada (prolapso rectal completo).

Se completaron todos los procedimientos por vía

laparoscópica. En un caso fue necesaria la instalación de 2 trócares adicionales debido a presencia de adherencias. No se presentaron complicaciones intraoperatorias. Tiempo quirúrgico: 150.2 minutos (intervalo 100-184) y el sangrado estimado fue menor a 100 cc en todos los casos. Estadía hospitalaria: 3,8 días (intervalo 3-5). Todos los pacientes iniciaron dieta líquida el primer día postoperatorio. Se logró analgesia satisfactoria con antiinflamatorios no esteroideos. La escala visual análoga para el dolor (EVA) fue 3.2, 2.75, y 1.25 en el primer, segundo y tercer día postoperatorio respectivamente. Expulsión de gases promedio: 2,2 días. Complicaciones: el paciente sometido a sigmoidectomía por vólvulo recurrente presentó una filtración anastomótica que requirió reoperación el quinto día postoperatorio. Infección de la herida operatoria en un paciente, de tratamiento médico. En el paciente oncológico operado se informó un adenocarcinoma etapa I, con 30 linfonodos en la pieza quirúrgica, todos libres de malignidad. Con seguimiento de 8.4 meses, todos los pacientes están en buenas condiciones.

Conclusión: La cirugía laparoscópica por puerto único para cirugía colorrectal es factible, aparentemente segura, con rápida recuperación y buenos resultados cosméticos cuando es realizada por cirujanos de experiencia.

UTILIDAD DEL TEST INMUNOLÓGICO DE SANGRE OCULTA EN DEPOSICIONES PARA LA DETECCIÓN DE PÓLIPOS ADENOMATOSOS DEL COLON.

Drs. ¹C Suazo, ³C Heine, ^{1,2}U Kronberg, ²A.M. Wielandt, ²E. Pinto, ¹R Capona, ¹C Wainstein, ¹F López.

¹Unidad de Coloproctología Clínica Las Condes, ²Laboratorio de Oncología y Genética Molecular, Unidad de Coloproctología, Clínica Las Condes, ³Residente de cirugía Universidad de Chile, Hospital Salvador, Servicio de Salud Metropolitano Oriente

Introducción: El test de sangre oculta en deposiciones (TSOD) es el método de elección en la mayoría de los países desarrollados para screening de cáncer colorrectal (CC). Sin embargo, tiene inconvenientes relacionados con la incomodidad en la toma de muestra y su poca especificidad para detectar sangre humana. Por ello se han desarrollado TSOD inmunológicos (TSODi) más específicos que los test de guayaco para identificar hemoglobina humana en deposiciones, lo que se ha demostrado mejora la sensibilidad y especificidad en la detección de lesiones neoplásicas colorrectales.

Objetivo: Evaluar la tasa de detección de pólipos adenomatosos mediante TSODi (OcSensor). Material y método: En el marco de un programa de pesquisa de CC (PREVICOLON) se identificó a todos los pacientes con TSODi realizado durante el año 2009 que contaran con correlación colonoscópica. Se evaluó la presencia de pólipos, pólipos adenomatosos (PA) y pólipos adenomatosos de alto riesgo (PAAR). Estos últimos se definieron como: displasia severa o tipo vellosa en la biopsia,

más de 3 pólipos y lesiones mayores de 10 mms. Se evaluó sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y negativo del test (VPN). Resultados: Durante el programa se entregaron 760 TSODi, realizándose 690 de ellos, lo que representa un 91% de adherencia al examen. Se indicaron 370 colonoscopías. Del total de pacientes, 259 (34%) se realizaron TSODi y colonoscopia, siendo estos últimos los que constituyen el grupo de estudio. Se encontró pólipos en 79 colonoscopías (31%), de los cuales 51 (20%) correspondían a PA, siendo 13 de ellos (5%) PAAR. El TSODi fue positivo en 43 pacientes (17%). La sensibilidad y especificidad del TSODi para el diagnóstico de PA fueron 21,6% y 84,61% respectivamente. Para PAAR 23,1% y 83,7% respectivamente. El VPN fue 81,5% y 95,4% para PA y PAAR respectivamente.

Conclusión: En esta experiencia el TSODi tiene una sensibilidad de 21,6% y especificidad de 84,6% para la detección de pólipos adenomatosos del colon y de 23,1% y 83,7% respectivamente para la detección de pólipos adenomatosos de alto riesgo. El alto VPN del test, particularmente en pólipos de alto riesgo, permite descartar con seguridad a los individuos con resultado negativo del test.

MANEJO QUIRÚRGICO DE DIVER TICULITIS AGUDA EN COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSÉ.

Dr. M García, A. Díaz, G. Thonet, M. Russi, J. Olivares, R. Basso, S. Lopez¹, A. Marambio¹, M. Molina²

¹Residente Cirugía Universidad de Chile. ²Interno Universidad Mayor., Servicio de Urgencia. Servicio de Cirugía. Complejo Hospitalario San José

Introducción: La Enfermedad Diverticular del Colon (EDC), en una condición habitual en mayores de 65 años con prevalencias mayores al 80 %. De todos los pacientes con EDC, un 15-25% desarrollarán una diverticulitis aguda en algún momento de su vida. El diagnóstico oportuno de sus complicaciones, asociado al manejo cada vez menos invasivo ha sido de vital importancia en el pronóstico de estos pacientes.

Objetivo: Evaluar el manejo quirúrgico en Diverticulitis Aguda en el CHSJ (Servicio de Urgencia / Servicio de Cirugía).

Material y Método: Se revisaron en forma descriptiva / retrospectiva fichas y antecedentes de pacientes ingresados al CHSJ / Servicio de Urgencia, con diagnóstico de Diverticulitis Aguda, entre los años 2006 y 2009. Se analizaron datos clínico-demográficos, estudio diagnóstico, conducta quirúrgica y evolución post-operatoria. Se agruparon los casos según Clasificación Hinchey. Resultados: Se analizaron antecedentes clínicos de 33 pacientes, 14 hombres (42,5 %) y 19 mujeres (57,5 %) con una edad promedio de 57,9 años. Destacan 13 pacientes (39,3%), con TAC de abdomen y pelvis, 18 pacientes con Ecografía Abdominal (54,5%), y 6 pacientes con enema baritado y colonoscopia diferida (18,18 %). Por Clasificación Hinchey se describe: Hinchey I: 17 casos (51,5 %), Hinchey II: 9 casos (27,2 %), Hinchey III: 7 casos (21,1 %), Hinchey IV: 0 casos (0 %). Respecto a la

conducta adoptada destacan 11 pacientes intervenidos de urgencia y 21 pacientes resueltos con terapia médica conservadora. Un caso fue resuelto por radiología intervencional. De los pacientes intervenidos en Servicio de Urgencia se realizó operación de Hartmann en 9 pacientes y 2 casos de aseó peritoneal + drenajes. De los pacientes resueltos medicamente se programaron para cirugía electiva posterior 7 casos donde la intervención quirúrgica realizada fue sigmoidectomía y anastomosis terminal por técnica abierta. Dentro de las complicaciones postoperatorias de pacientes intervenidos de urgencia se encuentran 5 casos de IHO y 3 casos de infecciones nosocomiales. La estadía promedio fue de 11,1 días. Se registra 1 fallecimiento por sepsis foco respiratorio. Conclusiones: El entendimiento de la evolución natural en EDC es fundamental para optar adecuadamente por las distintas alternativas terapéuticas existentes. Así, pacientes con Hinchey elevado e intervenidos de urgencia presentan mayor tasa de complicaciones post-operatorias. El estudio diagnóstico imagenológico y la radiología intervencional, deben ser herramientas útiles dentro de las alternativas de manejo. Los resultados obtenidos respecto a la conducta quirúrgica y morbimortalidad post-operatoria son similares a lo publicado en la literatura.

CÁNCER DE COLON EN EL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE VALDIVIA. EXPERIENCIA DE 12 AÑOS.

Drs. R. Avendaño, A. Murua, A. Venturelli, C. Kushel, J. Diaz, C. Banse, Ints: A. Vera, D. Ulloa, A. Guerrero y V. Guerrero.

Hospital Clínico Regional de Valdivia; Universidad Austral de Chile.

Introducción: El cáncer de colon (CC) es uno de los cánceres digestivos más frecuentes en los países occidentales. En USA se diagnostican todos los años más de 120.000 casos nuevos con una mortalidad de 50.000 casos. En Chile no disponemos de un registro nacional de tumores, sin embargo publicaciones recientes muestran un importante aumento en los últimos 10 años.

Objetivo: Mostrar la experiencia del Hospital Clínico Regional de Valdivia (HCRV) en la cirugía del CC en un período de 11 años.

Material y Método: Se revisaron en forma retrospectiva los registros de los pacientes operados por CC en el HCRV entre los años 1998 y 2008. Para ello se confeccionó una ficha específica, incluyendo edad, sexo, ubicación del cáncer, tipo de cirugía, complicaciones, mortalidad operatoria, estadio y sobrevida.

Resultados: Durante este período se operaron 207 pacientes, con un promedio de 18 casos por año (12 a 34), mostrando un importante aumento en los últimos años, 42% hombres y 58% mujeres (1:1,4). La edad promedio fue de 67 años (26 a 102 años), siendo el 62% de ellos en la década de los 60 y 70 años; 181 fueron operados por vía abierta (82%) y 38 (17%) por laparoscopia. Las dos ubicaciones más frecuentes fueron el colon sigmoide (45%) seguidas por el colon derecho (29,4%). La cirugía de urgencia correspondió al 26,5%. La distribución

según estadio fue: I :5,4%; II 25%; III : 40%; IV: 23%, no clasificable:6,6%. La morbilidad fue del 16.% (11% en urgencias y 5% para los electivos) siendo las más frecuentes la infección de herida operatoria y la neumonía. La mortalidad operatoria global fue de 7,2%, 6,1% para la cirugía de urgencia y 0,9% en la cirugía electiva (un paciente por TEP y otro por sepsis 2ª a dehiscencia de anastomosis). La sobrevida actuarial global es del 60%, siendo de un 92% y 84% para los estadios I y II respectivamente.

Conclusiones: El CC ha ido en aumento en nuestro centro durante los últimos años. La mayoría de nuestros pacientes son diagnosticados en etapa III y IV. La década de mayor frecuencia fue la de los 60 y 70 años. Nuestra morbi-mortalidad asociada es similar a la de otras publicaciones. La mortalidad operatoria fue mayor en la cirugía de urgencia, siendo la electiva del 0,9%.

Nuestra sobrevida actuarial global fue de 60%, siendo superior para los dos estadios iniciales.

CUFFITIS PERSISTENTE POST ANASTOMOSIS RESERVORIOANAL: TRATAMIENTO CON TÉCNICA PPH

Drs. E. Melkonian^{1,2}, A. Read¹, M. Rodriguez¹, D. Contreras¹, P. Opazo¹, A. Jadue¹, C. Jensen².

1-Servicio y Depto. de Cirugía, Hospital del Salvador, Universidad de Chile

2-Clínica Alemana de Santiago

Introducción: La presencia de mucosa rectal retenida luego de una proctocolectomía con anastomosis reservorioanal por colitis ulcerosa, denominada "cuffitis" forma parte del diagnóstico diferencial de la pouchitis. Aunque sus manifestaciones clínicas en general son leves en otras su presentación es más severa y rebelde a terapia médica planteándose en esos casos la mucosectomía manual con reimplante del reservorio vía perineal y abdominal o incluso la remoción definitiva del reservorio. No hay reportes de uso de PPH como tratamiento para este cuadro. **Objetivo:** Se presenta el caso clínico de un paciente con cuffitis severa resistente a tratamiento médico que fue resuelta con técnica PPH.

Caso Clínico: Hombre de 23 años con 5 años de evolución de colitis ulcerosa severa corticodependiente, refractaria a tratamiento médico. Se realizó proctocolectomía con reservorio laparoscópica sin incidentes el 2007. Evolucionó con repetidos episodios clínicos de diarrea, pujo, dolor en flanco izquierdo y fiebre. Colonoscopia confirma inflamación de remanente mucoso rectal de 2 cm de largo. Por perforación de íleon proximal al reservorio durante colonoscopia se reconfecciona ileostomía en asa. Se trató con antibióticos, supositorios de mesalazina y enemas de corticoides con recurrencia precoz del cuadro clínico. Se realiza finalmente en Septiembre de 2009 resección de mucosa remanente rectal con técnica PPH evolucionando con desaparición completa de su sintomatología en control postoperatorio de 8 meses.

Conclusión: La técnica de PPH descrita para hemorroides aparece como una excelente solución para la cuffitis rebelde a tratamiento médico, evitándose así técnicas de mayor riesgo e incluso la pérdida del reservorio.

HEMATOMA INTRAMURAL ESOFÁGICO: A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Drs. J.J. Lombardi, Al. J. Valdivieso, Dr. I. Correa, Dra. C. Heredia

Hospital Parroquial de San Bernardo - Universidad de Los Andes

Introducción: Los Hematomas Esofágicos (HE) son infrecuentes. Hay pocos casos descritos en nuestro medio. En general se presentan secundarios a algún factor desencadenante, como un trauma, por ejemplo luego de procedimientos invasivos (escleroterapia), o en forma espontánea. Clínicamente se describe la triada clásica de dolor retroesternal, odinofagia/disfagia y/o hematemesis. Lo habitual es que la respuesta al tratamiento conservador sea adecuada siendo excepcional la necesidad de cirugía. **Objetivo:** Se presentan 2 casos clínicos presentados en nuestro centro y una revisión de la literatura. **Casos:** 1) Paciente femenino de 77 años, hipertensa y diabética. Presenta dolor retroesternal súbito y odinofagia luego de ingerir cuerpo extraño (Hueso). Se realiza Endoscopia Digestiva Alta (EDA) que evidencia un HE lineal que compromete un tercio de la luz esofágica; no se observa cuerpo extraño. Se maneja conservadoramente con reposo digestivo y analgesia. Realimentación progresiva y alta a los 3 días. Se controla clínicamente al mes encontrándose asintomática. 2) Paciente masculino 87 años, hipertenso y usuario de marcapaso definitivo, con cuadro de odinofagia y hematemesis en 2 ocasiones. Antecedente de baja de peso 20 kilos en 2 meses. Se realiza EDA que muestra un HE, erosionado, oclusivo. La Tomografía Axial Computarizada (TAC) confirma el diagnóstico de HE el cual compromete el esfago en toda su extensión. Se maneja en forma expectante con reposo digestivo, nutrición parenteral y analgesia. Requiere transfusión en una oportunidad. Se realimenta en forma progresiva y es dado de alta luego de 11 días.

Discusión: Etiológicamente los HE se han clasificado relacionados a: (i) Trauma Directo (incluyendo el secundario a procedimientos endoscópicos), (ii) Vómitos, (iii) Coagulopatía, (iv) Trastorno de la deglución, y (v) Espontáneo. Los más frecuentes son por trauma y vómitos. Sólo en un 60% se identifica algún factor etiológico. El síntoma más frecuente es el dolor retroesternal, siendo rara la hematemesis que es más tardía. El 99% de los pacientes presenta al menos un síntoma. El estudio diagnóstico se debe iniciar enfocado en descartar patologías que atenten contra la vida (infarto cardíaco, aneurisma aórtico, etc). En general el manejo es conservador con reposo digestivo y uso de inhibidores de la bomba de protones. La cirugía, requerida en menos del 15% de los casos, se a descrito en presencia de complicaciones (compresión extrínseca de la vía aérea, hemorragia masiva).

COLECISTECTOMÍA PEDIÁTRICA, ANÁLISIS DESCRIPTIVO DURANTE PERIODO 2003-2009 EN HOSPITAL DE CHILLÁN

Drs. J. Morales^{1,2}, C. Carvajal³, J. Herrera³.

¹. Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Herminda Martín, Chillán. ². Jefe Internado de Cirugía, Universidad Católica de la Santísima Concepción. ³. Interno de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción.

Introducción: El número de colecistectomías pediátricas ha aumentado debido al mejor diagnóstico de patología vesicular, el uso rutinario de la ecografía y el aumento de diagnósticos como discinesia biliar o colelitiasis. Los factores de riesgo de patología vesicular como anemia, fármacos, sexo femenino y obesidad y el cuadro clínico orienta el diagnóstico. Las alteraciones de laboratorio tan solo se presentan en la mitad de los pacientes.

Objetivo: Describir la presentación clínica, alteración de laboratorio, hallazgos ecográficos y complicaciones de pacientes pediátricos colecistectomizados durante el periodo 2003-2009 en Hospital Clínico Herminda Martín, Chillan. **Resultados:** Se evaluaron 15 pacientes con edad promedio de 12,2 años los cuales fueron colecistectomizados durante el periodo 2003-2009, el 80% de sexo femenino y el 20% sexo masculino. La sintomatología predominante fue dolor abdominal en 73,3% seguido de vómitos en 46,6%, ictericia, coluria, intolerancia a alimentos grasos o asintomático en 6,6% cada uno. La mayoría de los pacientes, 60%, consulto en unidad de emergencia y el 40% restante se encontraba en estudio en consultorio de especialidades. La alteración de laboratorio más frecuente fue la elevación de transaminasas (GOT, GGT y GPT) en un 46%, seguido de aumento de bilirrubina total en el 40% de los pacientes, leucocitosis en el 33,3% y elevación de amilasa en el 20% de los pacientes. En la totalidad de los pacientes se realizó evaluación ecográfica siendo el hallazgo más frecuente la litiasis múltiple en 66,6%, litiasis única en 20% y en 13,4% sin litiasis. En un 93,4% no se observo dilatación de la vía biliar. La indicación de resolución quirúrgica fue mayoritariamente colecistitis en un 73,3%, seguido de coledocolitiasis, síndrome icterico y mal incremento ponderal en 6,6% cada una. Dentro de las complicaciones al ingreso, la pancreatitis se presentó en 20% de los pacientes, seguido de empiema y plastrón vesicular en un 6,6%. Por último cabe destacar que ningún paciente presento complicación por el procedimiento quirúrgico. **Discusión:** La patología vesicular se debe tener presente ante dolor abdominal en niños con factores de riesgo. La ecografía abdominal confirma el diagnóstico. En nuestra serie la causa de colecistectomía fue principalmente litiasis vesicular,

colecistectomía fue principalmente litiasis vesicular, siendo el dolor abdominal el síntoma más frecuente. La confirmación diagnóstica fue mediante ecografía. No se presentaron complicaciones propias de la cirugía.

PERFORACIÓN ESOFÁGICA: MANEJO CONSERVADOR. CASO CLÍNICO.

Drs. J. Morales^{1,2}, M. Chang^{1,3}, C. Carvajal⁴, J. Herrera⁴, N. Muñoz⁴, M. Prosser⁴, R. Marín⁴.

¹. Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Hermina Martín, Chillán. ². Jefe Internado de Cirugía, Universidad Católica de la Sma. Concepción. ³. Docente, Universidad Católica de la Sma. Concepción. ⁴. Interno de Medicina, Universidad Católica de la Sma. Concepción.

Introducción: La perforación esofágica constituye un reto, ya que es de baja prevalencia y alta morbimortalidad, siendo importante la sospecha diagnóstica, etiología y localización de la lesión. El tratamiento precoz disminuye las complicaciones. Las etiologías más frecuentes son secundarias a iatrogenia, ingesta de cuerpo extraño y espontánea. El tratamiento es materia de discusión, realizándose de acuerdo a la evaluación clínica.

Objetivo: Describir un caso clínico de perforación esofágica con manejo conservador resuelta en nuestro servicio y revisar la bibliografía disponible a la fecha. Paciente femenino de 69 años con antecedentes de alergia a penicilina, DM2, HTA, Obesidad y LCFA. Derivada de hospital comunitario al 4º día de disfagia tras ingesta de cuerpo extraño, con radiografía de tórax normal. En Servicio de urgencia evoluciona con melena y dolor torácico, TAC de Tórax revela perforación esofágica de tercio superior, neumomediastino secundario y probable mediastinitis. Se indica manejo con régimen cero, tratamiento antibiótico, protección gástrica, nebulización con broncodilatadores, analgesia, profilaxis antitrombótica, control de PA y glicemias. Esofagoscopia revela esofagitis grave con área necrótica a derecha y posible lesión transmural. Paciente evoluciona estable en buenas condiciones generales por lo que se decide continuar manejo conservador con apoyo nutricional parenteral en el servicio de cirugía. Se realiza tránsito Esofago-Estómago-Duodeno contrastada que confirma perforación en unión tercio proximal con tercio medio, con extravasación de medio de contraste con pequeña colección adyacente. TAC de cuello y tórax de control en la segunda semana de evolución que evidencia trombosis venosa extensa en relación a CVC y neumomediastino en regresión. Tras 17 días de hospitalización comienza a realimentarse con buena tolerancia. Se suspenden ATBs tras 28 días de tratamiento. Paciente evoluciona favorablemente por lo que se decide Alta con TACO y manejo de patologías crónicas.

Conclusiones: Es importante considerar la perforación esofágica en paciente con dolor y claro antecedente de deglución de cuerpo extraño, ya que corresponde una emergencia debido a que el diagnóstico y tratamiento precoz disminuyen la morbimortalidad asociada. El diagnóstico es con esofagograma o TAC. El tratamiento se realiza en

base a los Criterios de Cameron. En pacientes estables, con síntomas mínimos y sin signos de sepsis el manejo conservador, con ATBs de amplio espectro y NTPC, tiene buen resultado

PANCREATITIS AGUDA EN SÍNDROME DE ASA AFERENTE. REPORTE DE UN CASO.

Drs. I. Escobar^{1,2}, R. Garrido^{1,2}, S. Valderrama^{1,2}, C. Contador^{1,2}, A. Jiménez^{1,2}

¹Servicio Cirugía Hospital Eduardo Pereira, ²Universidad de Valparaíso

El síndrome de asa aferente es una complicación inusual y consiste en la obstrucción del asa desfuncionalizada en gastrectomía tipo Billroth II o Y de Roux. La aparición de una pancreatitis aguda en relación a un síndrome de asa aferente es muy infrecuente, pero puede desarrollarse en forma concomitante.

Paciente femenino de 62 años con antecedentes de colecistectomía y gastrectomía total más Y de Roux por cáncer gástrico en 1997. Previamente asintomática, consulta en Unidad de Emergencia por cuadro de epigastralgia intensa no irradiada de 24 horas de evolución, asociada a vómitos post prandiales. Al ingreso en buenas condiciones generales sin hallazgos significativos al examen físico. Entre los exámenes de laboratorio destaca amilasaemia de 344 mg/dl, con leve hiperbilirrubinemia de predominio directo, sin elevación de parámetros inflamatorios. Cuadro se interpreta como pancreatitis aguda. Se solicita TAC de abdomen que demuestra importante dilatación de duodeno y yeyuno proximal, con afinamiento brusco de un segmento a nivel de anastomosis yeyuno-yeyunal, dilatación del conducto pancreático principal y dilatación de vía biliar sin imágenes endoluminales. Paciente evoluciona con disminución parcial de los síntomas y pruebas de laboratorio con elevación de bilirrubina y fosfatasas alcalinas. Cuadro clínico y hallazgos imagenológicos hacen sospechar síndrome asa aferente. Se realiza laparotomía exploradora encontrando importante dilatación con coloración violácea de 2º y 3º porción de duodeno y yeyuno proximal, y a continuación cambio de calibre del asa debido a brida que obstruye el lumen 15 cm proximal al pie de Y de Roux. Se libera el asa y se establece rápidamente el flujo intestinal. Paciente evoluciona con regresión de sintomatología, normalización de exámenes de laboratorio y sin complicaciones postoperatorias.

Se describe que el Síndrome de asa aferente se presenta en 1 a 2% de los pacientes sometidos a gastrectomías. Una pancreatitis aguda puede desarrollarse en forma secundaria a una obstrucción del asa aferente. Siendo un cuadro inespecífico, es importante el apoyo imagenológico, que junto con el aumento de la bilirrubinemia y de fosfatasa alcalina, permitió realizar el diagnóstico. El manejo quirúrgico es de elección, permitiendo conocer la etiología y realizar el tratamiento. Es importante considerar entonces como causa de pancreatitis en pacientes con antecedente de gastrectomía tipo Billroth II o Y de Roux, una obstrucción del asa Aferente.

REPORTE DE UN CASO DE METÁSTASIS EN INTESTINO DELGADO DE CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES

Drs. D. Videla¹, C. Onetto², M. Petric³, A. Domenech⁴, A. Cárdenas⁵

¹Cirujano Digestivo Hospital Militar, ²Residente de Cirugía Universidad de los Andes, ³Residente de Cirugía Universidad de Valparaíso, ⁴Urólogo Hospital Militar, ⁵Interna Medicina Universidad de los Andes - Hospital Militar de Santiago

Metástasis en intestino delgado de carcinoma de células renales han sido reportadas de forma excepcional. Se manifiestan clínicamente como cuadros de obstrucción intestinal, hemorragia digestiva, intususcepción y perforación intestinal. Reportamos un caso de una paciente de sexo femenino, de 76 años, con antecedentes de Hipertensión Arterial y Dislipidemia de larga data. EL año 1968 presenta episodio de Glomerulonefritis postestreptocócica. En 1984 se le diagnostica Nefritis Intersticial Crónica. El año 1997 inicia hemodiálisis trisemanal. En Agosto del año 1998 es sometida a un trasplante renal con donante cadáver. El año 2005 la paciente presenta episodio de hematuria macroscópica, detectándose un tumor en riñón derecho nativo, por lo que es sometida a nefrectomía laparoscópica derecha. El estudio anatómico patológico de la pieza informa un carcinoma renal de células claras Fuhmann 2. En Octubre del 2009 consulta al servicio de urgencia por cuadro caracterizado por melena que posteriormente evoluciona a rectorragia. En Tomografía Computada se describe adyacente a un asa de íleon un aumento de volumen esférico de 4.3 cm. En Noviembre es sometida a cirugía de intestino delgado, donde se realiza resección de masa tumoral y reparación primaria. En el estudio se comprueba que el tumor correspondía a una metástasis en intestino delgado de carcinoma renal de células claras, con bordes quirúrgicos negativos para tumor. La Tomografía Computada de Cerebro, Tórax, Abdomen y Pelvis de Abril del año 2010 se informa como sin evidencias de diseminación tumoral.

Los sitios más frecuentes de metástasis de Carcinoma de células renales (CCR) incluyen pulmones, nodos linfáticos, hígado, hueso, glándulas suprarrenales y el riñón contralateral. La incidencia de metástasis de CCR en intestino delgado no ha sido descrita en la literatura, sólo existen reportes excepcionales de casos.

En un reporte y revisión de la literatura por Ogiso et al el año 2005 se habían descrito sólo 20 casos hasta la fecha. Las presentaciones clínicas descritas incluyen obstrucción, hemorragia digestiva, intususcepción y perforación.

El manejo descrito es la resección primaria de la lesión. En el caso reportado, la paciente consultó por hemorragia digestiva. El diagnóstico preoperatorio orientaba a un tumor intestinal de probable origen estromal (GIST). El diagnóstico definitivo de la lesión fue postoperatorio, manejándose con resección y anastomosis primaria intestinal, lo que se asemeja al manejo descrito en

por hemorragia digestiva. El diagnóstico preoperatorio orientaba a un tumor intestinal de probable origen estromal (GIST). El diagnóstico definitivo de la lesión fue postoperatorio, manejándose con resección y anastomosis primaria intestinal, lo que se asemeja al manejo descrito en los casos reportados en la literatura.

TUMOR GLÓMICO GÁSTRICO: REPORTE DE UN CASO

Drs. C. Onetto¹, F. Orellana², P. Balbontín², L. Manríquez³, D. Videla³, H. Ríos⁴

¹Residente de Cirugía Universidad de los Andes, ²Cirujano General Hospital Militar, ³Cirujano Digestivo Hospital Militar, ⁴Jefe Departamento Cirugía Hospital Militar

Los tumores glómicos son neoplasias poco frecuentes. Se originan de células musculares lisas del cuerpo glómico. La localización más frecuente de estos receptores es en la porción distal de la piel de los dedos de manos y pies, subungueales. Reportamos el caso de una mujer, de 26 años, previamente sana. Consulta por cuadro clínico de 1 año de epigastralgia. En Endoscopia Digestiva Alta destaca lesión solevantada submucosa, en cara anterior de curvatura menor, bordes bien definidos, de 3 cm de diámetro. Se realizó Ultrasonografía Endoscópica donde destaca a nivel corporal anterior lesión hipocogénica, homogénea, de 20 x 13 mm, que depende de la capa muscular propia. Se realiza gastrectomía parcial, extirpando la lesión. En pabellón destaca, en cuerpo distal de estómago, cara anterior, lesión tumoral de 2 cm, de bordes bien definidos, sin compromiso de la serosa.

En el estudio de la pieza quirúrgica se informa segmento de pared gástrica cuya mucosa muestra arquitectura general preservada. En su porción central y en el espesor de la capa muscular propia se encuentra tumor estromal bien delimitado conformado por estructuras vasculares de tamaño variable, revestidas por una monocapa de células endoteliales poco evidentes y con paredes de grosor irregular, alrededor de las estructuras vasculares hay proliferación celular densa, monótona, que exhiben escaso citoplasma y núcleos en general pequeños, redondos u ovoideos, con cromatina laxa, nucléolos poco evidentes y baja tasa mitótica. Como primera posibilidad diagnóstica está glomangioma. Los tumores glómicos gástricos son neoplasias infrecuentes. El 2% de los tumores benignos gastrointestinales son vasculares, de los cuales, la mayoría son tumores glómicos. La mayoría de los pacientes permanecen asintomáticos y el diagnóstico es incidental. De los sintomáticos, es frecuente la presentación como hemorragia digestiva alta o síndrome ulceroso. Existe una predominancia en el sexo femenino (2.5: 1). De los casos reportados, la mayoría son tumores únicos y benignos, sin embargo, el potencial maligno de estos tumores es impredecible. En la endoscopia preoperatoria es frecuente encontrar una masa submucosa de aspecto similar a músculo liso. En los estudios de imágenes,

destaca la hiper captación de estos tumores. En el estudio histológico son idénticos a los tumores glómicos de partes blandas, baja actividad mitótica, positivos para actina y calponina, negativos para CKIT, cromogranina y antígeno leucocitario común. El diagnóstico diferencial es con tumores estromales (GIST), carcinoides y linfoma gástrico. El manejo consiste en la resección completa.

INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A METÁSTASIS DE MELANOMA. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Drs. J.C. Cassina¹, A. Gallardo², J. Valbuena², J. Martínez³.

¹ Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. ² Departamento de Anatomía Patológica, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. ³ División de Cirugía, Departamento de Cirugía Digestiva, Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: El melanoma cutáneo es uno de los cánceres extra-abdominales que más frecuentemente originan metástasis viscerales en el tracto gastrointestinal. Su presentación clínica suele ser silente e insidiosa, generalmente desapercibida. **Objetivo:** Presentar el caso clínico de un paciente tratado trece años antes de un melanoma del párpado inferior izquierdo, resecado con márgenes negativos, sin evidencias de recurrencia hasta 3 meses previo a su ingreso, en que mientras estaba en estudio por una anemia ferropri va de origen digestivo, se presenta con un íleo mecánico de intestino delgado por una intususcepción ileo-ileal secundaria a una metástasis visceral pedunculada de su melanoma. **Métodos:** Se describe el caso, se comunican los elementos clínicos y de imágenes necesarios para su diagnóstico y se realiza una revisión de la literatura pertinente.

Discusión: En pacientes con melanoma metastático, el compromiso gastrointestinal varía en un rango de 30-70%, sin embargo, solamente entre un 1,5 a un 4,4% se pesquisan antes de la muerte del paciente. En el intestino delgado el melanoma metastático se manifiesta como un tumor polipoideo de la región submucosa. Los síntomas más frecuentes son: anemia, dolor abdominal, sangrado intestinal aparente u oculto, masa abdominal y baja de peso. La tomografía computada multicorte con contraste ha reportado una sensibilidad de un 60-70% para el diagnóstico de melanoma intestinal, de manera que el estudio debe complementarse con endoscopia digestiva, colonoscopia y algún de visualización del intestino delgado.

La cirugía con intención curativa consiste en la resección amplia además de una cuña de mesenterio que incluya los linfonodos regionales asociados, lo que ha demostrado ser efectivo en la paliación de los síntomas y en el aumento de la sobrevida y el período libre de enfermedad.

Conclusiones: El tracto digestivo es uno de los principales sitios de metástasis del melanoma cutáneo. Su comportamiento clínico, en general

manifestado por hallazgos incidentales de anemia o de síntomas asociados a esta, explicarían la baja sospecha pre operatoria del diagnóstico. El estudio por medio de imágenes ha demostrado ser efectivo sólo en una proporción de los casos por lo que el estudio no se encuentra completo sin un método de imágenes que incluya el intestino delgado, ya sea por medio de una enteroclis is por TC o a través de una cápsula endoscópica.

Salvo casos puntuales donde el deterioro del paciente contraindica la intervención, la metastectomía con resección de ganglios incluidos en una cuña mesentérica es una aceptada indicación en este tipo de pacientes

LIPOSARCOMA MESENTERICO. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Drs. C. Jara, R. Almarza, P. Andrade, A. Rodriguez, M. Cámara, C. Muñoz.

Unidad de emergencias Adultos. Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso. Cátedra de Cirugía General Universidad de Valparaíso,

Introducción: Los sarcomas son neoplasias mesenquimatosas malignas infrecuentes (menos del 1% de los tumores malignos) con una incidencia de 2-3/100.000 casos nuevos al año. De los más de 50 tipos de sarcomas, los liposarcomas son los más frecuentes. El liposarcoma mesentérico primario es un raro tumor maligno de origen mesenquimal. Estos tumores generalmente presentan un tamaño sustancial al momento del diagnóstico.

Caso clínico: Paciente masculino de 67 años. Sin antecedentes mórbidos, ingresa al servicio de urgencia del hospital Carlos Van Buren por un cuadro de 3 a 4 días de evolución caracterizado por dolor abdominal localizado en hemiabdomen derecho.

Al examen físico destacaba un abdomen sensible, con resistencia muscular voluntaria y con signos de irritación peritoneal. Se plantea un diagnóstico de abdomen agudo y se decide realizar una laparotomía exploradora.

En el intraoperatorio se descubre un tumor en el mesenterio separado 4 cm aproximadamente del intestino delgado a 60 cm hacia proximal de la válvula ileocecal. El tumor es de consistencia moderadamente firme y de contorno abollonado de gran tamaño de 13x10x9 cm. Se realiza una tumorectomía con resección intestinal y anastomosis termino-terminal.

El paciente evoluciona satisfactoriamente realimentándose progresivamente y siendo dado de alta al 5 día postoperatorio.

El control ambulatorio se realiza una semana después y la biopsia revela un liposarcoma bien diferenciado grado I y con bordes de sección libre.

El caso es presentado en reunión multidisciplinaria de patología digestiva y se decide completar estudio con TAC de tórax, abdomen y pelvis con contraste para eventual tratamiento adyuvante con radioterapia.

Discusión: Los sarcomas pueden presentarse en todos los grupos de edad aunque ocurren con más frecuencia en adultos jóvenes con un pico de máxima

incidencia a los 50 años. Con respecto a su localización, el 60% se desarrolla en las extremidades, el 30% en el tronco (de los que el 40% son retroperitoneales, "SRP") y el 10% restante en cabeza y cuello. Se diferencian cuatro variedades anatomopatológicas de liposarcomas con diferente evolución:

- 1.- Bien diferenciados, que presenta dos formas, lipoma like y el esclerosante, tienen escaso poder metastásico y gran afinidad por lugares como el retroperitoneo, mediastino y tejido subcutáneo.
- 2.- Indiferenciados o de alto grado, con gran capacidad para metastatizar y comportarse de manera agresiva en especial hacia el pulmón.
- 3.- Mixoides, el más común con predilección por miembros inferiores.
- 4.- Pleomorficos, muy celulares.

Nuestro caso se ajusta a lo descrito en la literatura internacional y el paciente deberá seguir en controles estrictos para evitar una eventual recidiva.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A LIPOMATOSIS INTESTINAL MÚLTIPLE E INTUSUSCEPCIÓN DE YEYUNO. REPORTE DE UN CASO.

Drs. F. Acuña, P. Cortés, G. Sepúlveda, F. González, A. Cárdenas

Complejo Hospitalario San José. Universidad de Santiago de Chile.

Las neoplasias del intestino delgado son poco frecuentes y constituyen 1 a 5 % de todas las neoplasias gastrointestinales y 0.3 % de todos los tumores, con una incidencia anual estimada de 1.4 por 100 mil habitantes. Dos tercios son de carácter maligno y un tercio, benigno. Los lipomas del tracto gastrointestinal son tumores submucosos poco frecuentes compuestos de tejido adiposo bien diferenciado rodeados por una cápsula fibrosa; La mayor parte no provoca síntomas, y cuando esto sucede (menos de un tercio de los pacientes), la presentación clínica es obstrucción intestinal, vólvulos, intususcepción, ulceración y hemorragia. La ulceración del pólipo puede causar hemorragia y en 75 % de los casos es secundaria a intususcepción; otras causas son torsión, gangrena o erosión simple. Los lipomas son de lento crecimiento y se pueden observar en cualquier segmento del tracto gastrointestinal, con la siguiente distribución: estómago 5 %, intestino delgado 20 a 25 %, intestino grueso 65 a 75 %, esófago-duodeno 10 %. Se presenta el caso de un paciente masculino, 64 años que Consulta por cuadro de 1 mes de dolor abdominal en epigastrio más vómitos postprandiales y distensión abdominal. Ingresa a servicio de urgencia en malas condiciones generales, deshidratado y con falla renal aguda. Se realiza panendoscopia que demuestra gastritis leve y contenido de aspecto fecaloideo en duodeno, presenta broncoaspiración, falla respiratoria, con distress severo por lo que se intuba con requerimiento de VM y DVA. TAC de abdomen muestra oclusión proximal con lipomas y perforación cubierta. En Laparotomía exploradora,

se identifica 1500 cc de líquido bilioso purulento, con cambio del calibre en yeyuno con zonas de intususcepción a 30 cm del Angulo de Treitz, que corresponden a lipomas pediculados entre 2 y 4 cm, que provocan invaginación intestinal. Yeyuno perforado en zona de invaginación. Se identifica un segundo grupo de lipomas no pediculados a proximal. Se realiza resección de 80 cm de yeyuno a 30 cm del Angulo de Treitz, y enteroanastomosis latero lateral, aseo con 10 Lts de suero fisiológico. Se deja laparotomía contenida con VAC. Se realizan 2 aseos posteriores, para luego cerrar laparotomía. Biopsia demuestra lipomatosis múltiple de yeyuno. TAC abdominal de control sin complicación quirúrgica.

SCHWANNOMA GASTRICO. REPORTE DE DOS CASOS

Drs. M. Musleh, W. Awad, S. Nuñez, E. Klein
Hospital Clinico Universidad de Chile

Los tumores estromales gastrointestinales (GIST) son las neoplasias más frecuentes del tracto gastrointestinal. Han sido durante mucho tiempo fuente de confusión y controversia con respecto a su clasificación, líneas de diferenciación, pronóstico y tratamiento. Se incluía hasta hace poco en el grupo de los GIST a leiomiomas y leiomiomas verdaderos, y tumores neurales.

El Schwannoma gástrico en cambio es un tumor submucoso, que cuando estaba incluido entre los GIST, definía su evolución y pronóstico de acuerdo al tamaño y a la cantidad de mitosis al examen histológico. Actualmente se ha podido precisar que se originan a partir de la vaina mielínica de Schwann de los plexos mientéricos, especialmente de Auerbach, y menos frecuentemente de los plexos de Meissner. Son tumores de crecimiento lento e invariablemente benignos. Se presenta dos casos clínicos de Schwannoma gástrico:

Caso N°1 : M.T.A. paciente de 56 años que consulta por molestias digestivas vagas, meteorismo pero especialmente dolor epigástrico persistente. Se efectúa ecotomografía abdominal que es normal. Endoscopia muestra lesión submucosa que protruye al lumen gástrico, de unos 4-5cms de diámetro, ubicada en antro hacia curva menor. TAC de abdomen muestra lesión tumoral que protruye hacia dentro y fuera de la pared gástrica. Con contraste parece recibir su irrigación de arteria gastroduodenal. Con diagnóstico probable de GIST o leiomioma, se decide practicar extirpación laparoscópica. Se comprueba lesión tumoral en región antral cercana al píloro de unos 4cms de diámetro, que está firmemente adherida al plano seroso. Se extirpa con bordes amplios pared total, y se sutura el defecto. Anatomía patológica informa, tumor fusocelular, no pudiendo descartar GIST, inmunohistoquímica confirma el diagnóstico de Schwannoma con tinción c-kit negativa y s-100 positiva

Caso N° 2: Paciente O.M.M de 70 años, sexo femenino, con historia de melena 4 semanas de evolución, asociado a anemia ferroporiva. Se realiza

endoscopia digestiva alta que muestra lesión submucosa en fondo gástrico de aproximadamente 2 cm, mucosa de aspecto sano. Se realiza resección endoscópica con asa, resultando esta en forma parcial. Informe de anatomía patológica compatible con Schwannoma benigno, marcadores negativos para GIST y S-100 positivo, lo cual confirma el diagnóstico.

Discusión: El Schwannoma gástrico es un tumor extremadamente poco frecuente y que se confunde habitualmente con GIST. La inmunohistoquímica es fundamental para diferenciar estos tumores, lo cual va a determinar el pronóstico y tratamiento, dado que los Schwannomas son invariablemente benignos, no así los GIST.

CRITERIO EXPANDIDO PARA TRASPLANTE HEPÁTICO ORTOTÓPICO POR CARCINOMA HEPATOCELULAR.

Drs. Rodrigo Torres-Quevedo^{1,2}, Mauricio Fraga³, Ángel Moya², Fernando Sanjuan², Marina Berenguer³, Martín Prieto³, José Mir².

¹Servicio de Cirugía, Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción; ²Unidad de Cirugía y Trasplante Hepático, Hospital Universitario La Fe de Valencia, España; ³Unidad de Hepatología, Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Universitario La Fe de Valencia, España.

Introducción: La selección de pacientes con carcinoma hepatocelular (CHC) para trasplante hepático ortotópico (THO) sigue siendo motivo de debate, aunque los criterios de Milán (CM) han sido ampliamente adoptados por la comunidad internacional.

Objetivo: evaluar supervivencia y tasas de recurrencia de una propuesta de criterios establecida en la unidad, desde el inicio del programa (hasta 3 tumores, cada uno de ellos no mayor de 5 cm, y con carga acumulada tumoral igual o menor a 10 cm). Material y método: se analizan retrospectivamente todos los pacientes cirróticos con CHC incluidos en lista de espera para THO, de 1991 a 2006. Se comparan resultados entre aquellos que cumplen y no cumplen CM. El análisis de supervivencia se realizó en base a intención de tratar.

Resultados: un total de 281 pacientes fueron incluidos en lista de espera. Veinticuatro casos no se trasplantaron (tasa abandono de 8,5%), que cumplían con CM. De 257 pacientes, 26 presentaban tumores más allá de CM. Con intención de tratar, la supervivencia a 5 años fue 56% en pacientes con CM frente 66% sin CM ($p = 0,487$). Entre los pacientes trasplantados, la supervivencia a 5 años fue de 62% versus 69%, respectivamente ($p = 0,734$). En el análisis multivariante, invasión microvascular fue un factor pronóstico independiente de peor supervivencia ($p = 0,004$). La tasa de recurrencia en primer y quinto año, fue de 7% versus 12%, y 14% frente a 28% en pacientes con tumores dentro y fuera de CM, respectivamente ($p = 0,063$). Mediante análisis multivariante, tumores pobremente diferenciados ($p < 0,001$) e invasión microvascular ($p < 0,001$) fueron factores pronósticos

independientes para recurrencia.

Conclusión: la expansión hasta 3 nódulos, cada uno hasta 5 cm, y carga tumoral acumulada igual o menor a 10 cm, no se ha traducido en reducción de supervivencia en comparación con pacientes que tienen tumores con CM.

DISECCIÓN SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA EN UN EJE CON ENDOSCOPIO TERAPÉUTICO DE DOBLE CANAL. EXPERIENCIA EN HOSPITAL DE CARABINEROS DE CHILE (HOSCAR).

Drs. M. Morán, M. Segovia, V. Vásquez, C. Gamboa. Servicio de Cirugía Endoscópica. Hospital de Carabineros de Chile.

Introducción: La Disección Submucosa Endoscópica (DSE) en el cáncer gástrico temprano permite reseccionar piezas de mayor tamaño y con menor recurrencia local que la Resección Mucosa Endoscópica. Sin embargo, la DSE se encuentra en pleno desarrollo actualmente, sin estandarizarse aún la mejor forma de llevarla a cabo.

Objetivo: Describir la técnica quirúrgica en un eje de trabajo con endoscopio terapéutico de doble canal desarrollada en el Hospital de Carabineros y dar a conocer nuestra experiencia inicial. Material y método: La intervención se realizó en pabellón, con anestesia general. Consistiendo en la marcación de la lesión según los criterios de cada patología y disección utilizando un endoscopio de doble canal con técnica de tracción con pinza hemostática a través de un canal y disección con hook endoscópico a través del segundo canal, bajo visión endoscópica directa. Se realizó la técnica en nueve pacientes, dos con lesiones mucosas y siete con lesiones submucosas.

Resultados: Las siete lesiones submucosas correspondieron a tres leiomiomas, tres páncreas ectópicos y un tumor neuroendocrino, todas con resección completa. Las lesiones mucosas fueron un adenoma con displasia de alto grado con resección completa y la resección incompleta fue de un adenocarcinoma gástrico, en el cual la biopsia preliminar se definió como bien diferenciado, sin embargo, en la submucosa de la pieza operatoria se observó adenocarcinoma indiferenciado invasor, lo cual cambió la conducta posterior. El tiempo operatorio fluctuó entre 30 y 120 minutos. No hubo morbimortalidad en la serie.

Conclusión: La Disección Submucosa Endoscópica con endoscopio terapéutico de doble canal, es técnicamente factible de realizar y a la vez es un procedimiento seguro.

HALITOSIS COMO SÍNTOMA DE PRESENTACIÓN DE GIST GÁSTRICO NECROSADO FISTULIZADO

Dr. José Miguel Martínez González. Interna Susan Retamal Brendel. Interna Susana Canales Salas Servicio Cirugía. Hospital Eduardo Pereira Valparaíso.

El tumor estromal gastrointestinal (GIST) constituye la neoplasia mesenquimática más frecuente del tracto digestivo, entre 0.1 a 3% series internacionales, en Chile representan entre 0,86% a 4%. Antiguamente considerados como leiomiomas, leiomiomas, leiomioblastomas, Schwannomas o neurofibromas, se diferencian de estos por expresar en la inmunohistoquímica positividad para c-kit/CD117 (95%) y CD34. En su mayoría (70%) son de origen gástrico, sin embargo pueden ser primarios de cualquier porción del tracto digestivo, mesenterio, y retroperitoneo. La incidencia máxima es entre la 4.ª y 6.ª décadas de vida, distribuyéndose en forma ligeramente superior en varones. Suelen ser asintomáticos y cuando presentan clínica, generalmente esta es inespecífica. El 70-80% de los GISTs son benignos; sugieren malignidad características como localización extragástrica, tumores de grandes tamaños (> a 5 cm), alto índice mitótico y presencia de metástasis en hígado y peritoneo. Hallazgos sugerentes en la imagenología (TAC) son masa exofítica con origen en la pared gástrica, con componente hemorrágico, necrótico y/o quístico. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica, igualmente se han descrito resultados favorables con inhibidor de la tirosina kinasa STI571. Se presenta el caso de un paciente que consulta UEA por cuadro de un mes de evolución de compromiso estado general secundario a hiporexia progresiva, saciedad precoz y vómitos que provocan baja de peso no cuantificada, al interrogatorio dirigido relata halitosis de reciente inicio. Al examen físico masa epigástrica sensible. Hto. 23,4%, Hb7,69 g/dl, Leucocitos 7100. El paciente evoluciona en forma asintomático. Se realiza EDA que concluye orificio cuerpo gástrico, conectado con gran cavidad de aspecto abigarrado. Obs pseudoquiste pancreático fistulizado. Obs Neoplasia fistulizada. Se toman biopsias, dando como resultado tumor mesenquimático necrosado compatible con GIST. Se realiza TAC Abdomen que confirma masa exofítica en relación curva mayor del estómago y signos de trombosis en vena femoral superficial izquierda. Se instala filtro VCI, luego de lo cual se realiza gastrectomía parcial en cuña, además de colectomía transversa por compromiso de éste. Evoluciona de manera satisfactoria retirando FVC posterior al alta. Se controla biopsia definitiva con recuento mitótico bajo: 2 mitosis por 50 campos de mayor aumento.

Discusión La complicación de un tumor GIST gástrico con gangrena y necrosis es muy poco frecuente, más continúan siendo de resorte quirúrgico.

ABLACIÓN DE MUCOSA METAPLÁSICA ESOFÁGICA (BARRETT) CON ARGÓN PLASMA POST CIRUGÍA ANTIRREFLUJO

Drs. H. Valladares, I. Braghetto

Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile

Los pacientes con esófago de Barrett se benefician luego de efectuarles cirugía antirreflujo y de

derivación biliar en la progresión de su enfermedad. Trabajos al respecto han mostrado incluso mejoría parcial post cirugía (de metaplasia). El tratamiento agregado de ablación de la mucosa columnar con argón plasma y controles posteriores han mostrado incluso una desaparición de la metaplasia intestinal o displasia y reemplazo de esta por epitelio escamoso. El presente trabajo muestra los resultados del tratamiento efectuado a pacientes con esófago de Barrett, 1 de ellos con displasia de bajo grado. Pacientes incluidos: se incluyen 6 pacientes con Esófago de Barrett extenso y esofagitis erosiva severa, 2 de ellos complicado con úlceras esofágicas, confirmados histológicamente. Cuatro pacientes se sometieron a cirugía antirreflujo clásica (Barrett extenso no complicado) y en 2 se les agregó operación de supresión ácida y derivación biliar. Los pacientes fueron controlados con endoscopia, manometría y monitoreo de Ph de 24 hr entre los 6 y 12 meses después de la cirugía. Posteriormente se complementó la cirugía con ablación con Argón plasma en 2-3 sesiones.

Método: Pacientes se someten a procedimiento en pabellón y bajo anestesia o sedación proporcionada por médico anestesista, se utilizó equipo con asa de coagulación de Argón Plasma, Se efectúa coagulación de proximal a distal y en forma circunferencial, hasta lograr abarcar la mayor cantidad de mucosa comprometida, los periodos entre procedimientos dependieron de la respuesta clínica y endoscópica y variaron entre 4 a 8 semanas. (se muestra video) **Resultados.** En el postoperatorio los pacientes se mantuvieron asintomáticos, y la manometría mostró mejoría de la competencia esfinteriana en todos ellos. El monitoreo de Ph de 24 hrs postoperatorio fue normal en los 6 pacientes pero la endoscopia si bien mostró cicatrización de las lesiones ulceradas o erosiva persistió la metaplasia intestinal y en 1 caso con displasia leve por lo que indicó ablación con argón plasma como tratamiento complementario. No hubo complicaciones post procedimiento (hemorragia, dolor intratable o perforación). Los pacientes quedan durante 1 mes con IBP. Los controles endoscópicos han mostrado reepitelización del esófago distal con mucosa escamosa y regresión de la metaplasia y la displasia. Se muestran imágenes endoscópicas antes y después del procedimiento. **Conclusión:** El tratamiento complementario con Argón plasma impresiona como una buena alternativa para el tratamiento y la erradicación de la mucosa metaplásica post cirugía antirreflujo con o sin derivación biliar.

CÁNCER VESICULAR INCIDENTAL; MANEJO Y RESULTADOS.

Drs. A. Valle, M. Vivanco, R. Las Heras, S. Pradenas, P. Salinas, C. Cavalla, A. Mercado, R. Rossi, G. Wiedmaier, Ints. M. Figueroa, F. Oppliger, A. Rosas. Servicio de Cirugía Hospital Padre Hurtado Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo.

Introducción: El diagnóstico incidental, como

hallazgo en el estudio anatomopatológico, de Cáncer de Vesícula Biliar (CVB) se describe entre 1-3 % de pacientes sometidos a colecistectomía. No existe consenso en cuanto a su manejo; siendo la observación, reintervención quirúrgica y la terapia adyuvante algunas de las alternativas terapéuticas. Independiente a las características endémicas de esta patología, en nuestro país no existen protocolos o normas de manejo.

Objetivo: Describir la conducta terapéutica realizada en pacientes con diagnóstico de CVB como resultado del estudio anatomopatológico diferido en el Hospital Padre Hurtado.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo de pacientes con diagnóstico de CVB de manera incidental en la biopsia diferida entre abril de 2003 y febrero 2010, según criterios de inclusión. Se analizaron variables; epidemiológicas, quirúrgicas, de morbimortalidad y de sobrevida global. Resultados: Nuestra serie quedo compuesta por 10 pacientes, que representa un 0,21 % del total de colecistectomías. Edad promedio de 53,6 años, 9 mujeres. El diagnóstico pre operatorio fue de coleditiasis, resolviéndose en forma laparoscópica y electiva en el total de la serie.

La distribución según estadio fue; 4, 3, 2 y 1 pacientes con IB, IA, IIB y IIA respectivamente y según el grado de diferenciación un 60, 30 y 10 % fueron moderado, bien y mal diferenciado respectivamente. Una vez confirmado el diagnóstico de CVB en el estudio histológico, se planifico hepatectomía segmentaria más linfadenectomía, como segundo tiempo quirúrgico, en la serie, con un promedio de 41,6 días post colecistectomía. Se intervino con intención curativa al 100 %, logrando R0 en su totalidad. Alta hospitalaria promedio de 5,7 días. La morbilidad se asocio a 2 pacientes. No existe mortalidad quirúrgica en la serie. La sobrevida promedio fue de 33,1 meses para la serie completa hasta la fecha.

Discusión: No existen protocolos sobre el manejo del CVB diagnosticado de manera incidental en nuestro país. Según nuestra experiencia, la hepatectomía segmentaria más linfadenectomía se presenta como una alternativa segura y efectiva en el tratamiento del CVB incidental. Sin embargo, se requieren estudios de mayor peso estadístico para definir criterios terapéuticos ajustados a la realidad epidemiológica en Chile.

PERITONITIS ESCLEROSANTE ENCAPSULANTE: CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Drs. Carlos Cárcamo I, Waleska Guzmán S., Claudio Cifuentes V., Carlos Fonfach Z.

Instituto de Cirugía. Universidad Austral de Chile. Servicio de Cirugía. Hospital Regional Valdivia

La peritonitis esclerosante encapsulante idiopática es una rara enfermedad que se caracteriza por la formación de una membrana fibrocolagenosa que envuelve las asas de intestino delgado causando

obstrucción del mismo. Su diagnóstico es generalmente un hallazgo intraoperatorio, constituyendo un reto diagnóstico y terapéutico para el cirujano.

Se presenta caso de un paciente de 62 años, con los antecedentes de daño hepático crónico por alcohol y colecistectomía clásica.

Presenta cuadro de seis meses de evolución, caracterizado por dolor abdominal inespecífico, vómitos de retención persistentes y baja de peso significativa. Recibe tratamiento sintomático sin respuesta. Se suma posteriormente la aparición de una masa periumbilical, de más de 10 cms de diámetro mayor, dolorosa e indurada. Se solicita estudio con endoscopia digestiva alta que concluye estomago y duodeno de retención. Ecotomografía abdominal sugiere una obstrucción mecánica de intestino delgado. Se complementa con tomografía computada de abdomen y pelvis, que apoya lo anterior, planteándose como posibilidades diagnósticas: tumor de intestino delgado, invaginación intestinal o plastrón inflamatorio. Se hospitaliza y prepara para una laparotomía exploradora. En el intraoperatorio no se evidencian asas intestinales habituales, sino la presencia de una gruesa cubierta fibrosa que las encarcela totalmente. Se procede a la apertura y resección progresiva de ésta identificando intestino delgado indemne, aglomerado sobre si, en su interior. Se practica enterolisis hasta liberarlo completamente. Evolucionara favorablemente en el postoperatorio, sin recidiva a la fecha. Estudio histopatológico de la cápsula fibrosa apoya el diagnóstico.

CORRELACIÓN ANATÓMICA DE LA PERFORACIÓN GÁSTRICA, CASO CLÍNICO

Dr. I. Valle, Dr. L. Aguilera, Dr. A Paredes , Dra. V. Parada, Al. A. Román

Servicio de Urgencia, Hospital El Pino. Facultad de Medicina. Universidad Andrés Bello.

Introducción: La perforación gástrica es un cuadro poco frecuente, siendo difícil su estimación debido a las escasas publicaciones. Fundamentalmente se asocia a la instrumentación endoluminal o aumento de la presión gástrica por el uso de dispositivos de ventilación. Se presenta el caso de paciente con perforación gástrica iatrogénica y su correlación anatómica.

Caso clínico: Paciente de sexo femenino de 85 años, ingresa para procedimiento endoscópico bajo anestesia general. Posterior a la intubación y ventilación, se produce abrupta desaturación y enfisema subcutáneo cervical. Se confirma intubación extra traqueal. Una vez corregido, la endoscopia digestiva alta confirma perforación gástrica próxima a la unión esófago gástrica. Se realiza laparotomía exploradora evidenciando enfisema del omento y perforación longitudinal de 2 cms sobre la curvatura menor inmediatamente bajo el cardias. La reparación quirúrgica consiste en sutura corrida con material absorbible, parche de Told e instalación de sonda naso enteral.

al 8° día postoperatorio con alimentación enteral y tránsito normal.

Discusión: La perforación gástrica corresponde a un cuadro de baja prevalencia con reportes escasos en la literatura nacional pudiendo llegar al 0,1% asociada a un procedimiento endoscópico. El mecanismo de lesión está dado por el brusco aumento de la presión intragástrica, que distiende las fibras musculares lisas, produciendo un giro anti horario en torno al eje gástrico longitudinal. Korn y cols evidenciaron el mecanismo fisiopatológico que explicaría el sitio más frecuente de rotura gástrica fundado en la disposición histológica de las fibras musculares lisas próximas a la unión gastroesofágica. El cuadro se relaciona a dispositivos de intubación orotraqueal y de ventilación no invasiva. La instrumentalización esofagogástrica con otros dispositivos como sonda nasogástrica y sondones de calibración en cirugías antireflujo, son también condicionantes reportados con baja prevalencia. La gastrorrafia con sutura absorbible asociada o no a técnicas complementarias como parche de Told ofrecen resultados satisfactorios, aún en pacientes añosos. La elección de las diferentes técnicas es definida por la clínica, las condiciones anatómicas de la lesión y la experiencia del cirujano. El mecanismo de lesión propuesto por Korn y cols basado en la estructura anatómica, explica claramente la fisiopatología del caso presentado.

QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO PRESENTACIÓN COMO ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO

Dr. L. Aguilera, Dr. I. Valle, Dr. A. Paredes, Dra. V. Parada, Dr. M. Ancan, Al F. Bello
Servicio de Urgencia Hospital El Pino. Facultad de Medicina. Universidad Andrés Bello

Introducción: El quiste hidatídico humano corresponde a una patología parasitaria de gran importancia en nuestro país, principalmente localizado en zonas endémicas. Se han reportado manifestaciones en diferentes órganos, siendo más frecuentes en hígado y pulmón. Los síntomas y signos clínicos son variados, siendo más característico el dolor abdominal. El abdomen agudo quirúrgico es una patología grave de alta morbilidad. La asociación entre quiste hidatídico y peritonitis es poco frecuente y escasamente difundida. Se presenta un caso de peritonitis aguda secundaria a quiste hidatídico hepático infectado y perforado. **Caso clínico:** Paciente sexo masculino, de 52 años con historia de alcoholismo. Consulta en servicio de urgencia del Hospital El Pino con un cuadro caracterizado por, dolor abdominal, difuso y progresivo de cinco días, asociado a dificultad respiratoria, sensación nauseosa, y fiebre. Al examen físico destaca hipotensión, taquicardia, taquipnea, abdomen con importante resistencia muscular. Exploración ultrasonográfica de urgencia destaca importante cantidad de líquido libre intraabdominal. Se decide exploración quirúrgica con diagnóstico de peritonitis aguda difusa. En la laparotomía

exploradora se extraen aproximadamente 1000 cc de pus y se evidencian múltiples adherencias intestinales. El apéndice cecal, colon descendente, sigmoides y vesícula biliar sin alteraciones. Se evidencia plastrón cuyas paredes quedan formadas por colon transversal, borde hepático y duodeno cubriendo una lesión quística hepática en el segmento 4b con abundante salida de pus, membranas nacaradas y vesículas de aspecto hidatídico. Se deja drenaje fenestrados a cavidad quística y aseo de cavidad. El paciente evoluciona satisfactoriamente con apoyo de unidades críticas. Se inicia tratamiento con albendazol. Se da de alta en buenas condiciones generales. Biopsia confirma quiste hidatídico infectado.

Conclusiones: La Equinocosis es una patología de amplia difusión en nuestro país y su principal forma de presentación corresponde al dolor abdominal en el hipocondrio derecho. La presentación como peritonitis, es poco frecuente y escasamente reportada por la literatura (2-7%). En el caso presentado, el paciente ingresa en condición crítica con shock séptico de foco abdominal cuya resolución oportuna contempla laparotomía exploradora. El hallazgo de restos de membranas nacaradas en zona quística conforma la unidad diagnóstica. Este tipo de presentación clínica considerando las zonas endémicas debe ser considerado como una posibilidad y su tratamiento debe ser quirúrgico.

LIPOMA RETROPERITONEAL GIGANTE, REPORTE DE UN CASO

Int. S. Aguirre¹, Drs. C. Mora², F. San Miguel²
¹Interno Medicina Universidad de Chile, ²Cirujano Hospital El Pino

Introducción: Los lipomas son los tumores benignos de partes blandas más frecuentes entre la población adulta alcanzando un 24-48% de todos los tipos histológicos. Pueden encontrarse en prácticamente en todo el organismo. Alrededor de un 80% de las neoplasias retroperitoneales son malignas siendo el liposarcoma el tipo histológico más frecuente con cerca del 45% de los casos. Sin embargo los lipomas retroperitoneales son extremadamente raros, solo encontrando reportes aislados en la literatura. Es importante hacer el diagnóstico diferencial para así poder brindar un adecuado manejo. **Caso clínico:** Paciente sexo femenino, 48 años. Consulta por historia de 1 año de dolor abdominal difuso, anorexia, baja de peso de 15 kg en mismo periodo y alteración de tránsito intestinal. Al examen físico destaca paciente enflaquecida, abdomen distendido, sensible y sin masas palpables. TC abdominal informa extensa tumoración abdominal de aspecto lipomatoso que ocupa epigastrio y ambos hipocondrios de 27x12x34 cm. RM informa extensa masa abdominal-pélvica compatible con liposarcoma retroperitoneal con probable origen en fosa iliaca o flanco izquierdo que desplaza la mayor parte de órganos intrabdominales hacia derecha, probable variedad mixoidea.

Laparotomía exploradora muestra gran masa retroperitoneal de 50x44 cm, multiloculado, que desplaza a ventral y a derecha colon izquierdo y asas de intestino delgado. Se aborda tumor por parietocólico izquierdo, donde se aprecia que la masa tumoral se encuentra sobre riñón izquierdo que esta desplazado a medial, sin invadir órganos ni vasos mayores retroperitoneales. Se resecan 2 tumores de consistencia lipomatosa cuyo peso total es de 8,4 kg. Paciente evoluciona favorablemente siendo dada de alta al 4to día post operatorio. Biopsia definitiva informa tumor lipomatoso atípico. Discusión: El lipoma pese a ser el tumor benigno más frecuente del adulto es rara causa de tumor retroperitoneal (solo se describen casos aislados en la literatura) por lo que es muy relevante poder diferenciarlo de un liposarcoma que son alrededor de un 45% de los tumores retroperitoneales malignos. El tratamiento quirúrgico que se debe realizar es la extirpación quirúrgica completa, con cápsula íntegra para dificultar la recidiva. El diagnóstico de tumores compuestos de grasa maduras con atipia depende de la localización: en dermis y tejido de la parte posterior del cuello, espalda superior u hombros se considera lipoma pleomórfico y en todos los demás lugares se considera tumor lipomatoso atípico.

NEOPLASIA DE LA UNIÓN GASTROESOFÁGICA Y SU SOBREVIDA CON EL MANEJO ACTUAL.

Drs. E. Celedón, F. Imigo, E. Castillo, F. Rebolledo, C. Zárate, A. León, C. Cárcamo, A. Venturelli
Sub Departamento de Cirugía. Hospital Regional de Valdivia. Instituto de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile.

Introducción: Los cánceres de la unión gastroesofágica (CUGE) han experimentado un incremento en su incidencia en los últimos años, siendo éstos los de peor pronóstico. La cirugía constituye la única terapia potencialmente curativa. **Objetivo:** Determinar los resultados quirúrgicos y la sobrevida de los pacientes con CUGE operados. **Material y método:** Se realiza un estudio retrospectivo, descriptivo, de los pacientes con CUGE operados en el Hospital Base Valdivia durante los años 2005 al 2009. Se analizaron las cirugías realizadas según la clasificación propuesta por Siewert (S) para estos tumores, y se determinó la sobrevida según cada cirugía por ubicación. **Resultados:** Durante el período se registraron 30 casos. El 70 % de los pacientes fueron varones. La edad promedio fue 67 años. 4 casos de S I (13%), 12 casos de S II (40%) y 14 casos de S III (47%). En los S I el procedimiento realizado fue esofagectomía transhiatal con ascenso gástrico y anastomosis esofagogástrica, en 2 oportunidades laparoscópica. Para los S II se realizó en 10 casos gastrectomía total ampliada más esofagoyeyunoanastomosis en Y de Roux y en 2 de ellos esofagectomía transhiatal con ascenso gástrico. En los S III a todos se les realizó gastrectomía total ampliada más

esofagoyeyunoanastomosis en Y de Roux. En promedio el margen libre proximal por análisis histopatológico fue de 2cm. Se decidió a través de comité oncológico realizar radioquimioterapia neoadyuvante a la cirugía en todos los pacientes. La sobrevida calculada para cada subtipo de acuerdo a la clasificación de Siewert fue de 19.5 meses para S I, 21 meses para S II y de 20.9 meses para S III. La Sobrevida global fue de 20.8 meses. **Conclusión:** Los CUGE presentan una pobre sobrevida. A los 24 meses el 86% de todos los pacientes han fallecido. La cirugía actual parece no ser suficiente para el tratamiento de estos tumores lo cual plantea la necesidad ser más radical en el manejo quirúrgico oncológico.

MUCOCELE APENDICULAR: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Dr. P. Vidales

Hospital San Juan de Dios

El mucocele apendicular es una lesión poco frecuente, caracterizada por la distensión de la luz de este órgano debido a la acumulación de líquido mucinoso. Esta enfermedad suele ser asintomática y el diagnóstico preoperatorio es raro. Si no se trata, la rotura de un tipo de mucocele puede producir una entidad potencialmente mortal conocida como pseudomixoma peritoneal. El manejo quirúrgico se relaciona con las dimensiones y la histología del mucocele. La apendicectomía es el tratamiento para el mucocele simple o el cistoadenoma. La hemicolectomía derecha se recomienda para el cistoadenocarcinoma. En este trabajo se presenta el caso de una mujer de 64 años de edad que ingresa al servicio de urgencia con un cuadro compatible con apendicitis aguda en que la cirugía reveló un apéndice cecal blanquecino de 12 cm de longitud y 4 cm de diámetro (fotografía) cuyo diagnóstico patológico fue cistoadenoma apendicular.

CÁNCER GÁSTRICO INCIPIENTE, PRESENTACIÓN DE SERIE DE CASOS OPERADOS EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL BARROS LUCO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.

Drs. P. Velazquez, H. Kosler, F. Rojas, I. Plass.
Complejo Asistencial Barros Luco. Departamento de Cirugía U. de Chile, Medicina USACH.

Introducción: Se define como cáncer gástrico incipiente (CGI) aquel adenocarcinoma que invade hasta la submucosa. Es un tumor localizado de buen pronóstico, con sobrevida de 90% a 5 años. Su incidencia en Chile es de 10-14%. Son en su mayoría asintomáticos (80%).

Objetivo: analizar los pacientes con CGI operados entre julio del 2005 y enero 2010.

Materiales y métodos: Se revisaron los informes histológicos de 18 pacientes y las fichas de los pacientes vivos a la fecha (15). Se utilizó Excel como planilla de cálculos.

Resultados: De 210 pacientes operados por cáncer gástrico, el CGI corresponde al 12% de los adenocarcinomas. Predominio de sexo masculino (72%), promedio de edad 69 años. La presentación clínica fue asintomático en el 26%, los síntomas más frecuentes fueron dolor abdominal, dispepsia y baja de peso, con un tiempo de evolución promedio de 13 meses. Tres pacientes presentaron HDA. Destaca un paciente con antecedentes familiares de cáncer gástrico y un paciente en control por pólipo gástrico. El diagnóstico se realizó con endoscopia digestiva alta. El staging preoperatorio se realizó con Rx de tórax, enzimas hepáticas y TC de abdomen y pelvis, con hallazgos de metástasis en solo uno. La cirugía más realizada fue gastrectomía total en el 66%, el resto gastrectomía subtotal, con disección ganglionar promedio de 17 ganglios, en todos se realizó reconstrucción en Y de Roux. Cuatro pacientes tuvieron complicaciones postoperatorias, falleciendo dos de ellos.

En el análisis histopatológico en el 83 % se identificó lesión única, con tamaño promedio de 2.6cm, siendo más frecuentes las lesiones tipo I, ubicadas en tercio medio, ulceradas. El nivel de invasión fue en un 72% hasta la submucosa, de estos el 30% muestra compromiso ganglionar, de los que invaden hasta la mucosa, ninguno muestra compromiso ganglionar. Todos los pacientes resultaron con bordes libres. Se realizó un seguimiento promedio de 23 meses, un paciente falleció por diseminación de su enfermedad, de los pacientes vivos, 14 se encuentran libres de enfermedad a la fecha. En el control al año, la mayoría se encontraban asintomáticos, dos pacientes presentan complicaciones tardías uno con estenosis de la unión esofagoyunal manejada con dilataciones endoscópicas y uno con dumping. Conclusión: Los datos obtenidos de esta serie se ajustan a lo publicado previamente, destaca la mayor frecuencia de pacientes sintomáticos. Cabe señalar que todos los pacientes de la serie fueron tratados con cirugía ya que ninguno cumplía criterios para resección endoscópica.

ENFISEMA GÁSTRICO BENIGNO, REPORTE DE UN CASO DIAGNOSTICADO EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA DEL COMPLEJO ASISTENCIAL BARROS LUCO.

Drs. C. Álvarez, F. Rojas, B. Sanhueza, A. Marchant, I. Plass, R. Bazaes

Complejo Asistencial Barros Luco, Unidad de Emergencia, Servicio de Radiología. Departamento de Cirugía USACH, U. de Chile.

Introducción El enfisema gástrico se define como la presencia de aire en la pared del estómago y es un hallazgo poco frecuente, su etiología corresponde a un aumento de la presión intramural asociado a disrupción de la integridad de la mucosa. El examen para el diagnóstico es la tomografía computada de abdomen. Es un cuadro de resolución espontánea de baja mortalidad.

Caso Clínico Paciente de sexo femenino de 83 años,

con antecedente de hipertensión arterial y diabetes mellitus 2, ingresada por cuadro de dolor abdominal de una semana de evolución, asociado a vómitos. Al ingreso presentaba signos vitales normales y en su examen físico destacaba hidratación límite, palidez, abdomen distendido, sensible y ausencia de la matidez hepática. Se manejó con analgesia y se instaló sonda nasogástrica dando salida a 3000cc de líquido de retención. Se decide realizar un TC de abdomen y pelvis con contraste el cual evaluado por un cirujano interpreta la presencia de aire libre en la cavidad peritoneal asociado a distensión gástrica, por lo que se toma la decisión de realizar una laparotomía exploradora con el diagnóstico de sospecha de perforación de víscera hueca. Se ingreso a la cavidad peritoneal encontrándose enfisema de la pared gástrica, del ligamento gastrohepático y en menor medida del meso del intestino delgado, resto del intestino y colon en todas sus porciones se encontró indemne, se procedió a la revisión de la cara posterior del estómago y duodeno sin lesiones y se realizó la prueba con azul de metileno que resultó negativa procediendo al cierre. El diagnóstico post operatorio fue enfisema gástrico benigno, la paciente evolucionó bien. Se realizó endoscopia digestiva alta informada como normal, a las 24 horas la paciente reinició su alimentación con líquidos por lo que fue dada de alta sin complicaciones. **Conclusión** El enfisema gástrico benigno es un cuadro raro, se describe en pacientes añosos, asociado a cuadros de vómitos profusos. Su diagnóstico es imagenológico y en este caso al no contar con radiólogo se procedió a la exploración quirúrgica. En este caso al TC se observan signos característicos y la ausencia de otras imágenes patológicas asociadas hubiese permitido recomendar el tratamiento médico. Este cuadro rara vez requiere cirugía ya que es de curso benigno y tiende a la resolución espontánea con tratamiento médico, lo que justifica la rápida recuperación de la paciente. El haber realizado una endoscopia alta previo al egreso permite descartar otras patologías orgánicas.

ANEURISMA ROTO DE LA ARTERIA HEPATICA. CASO CLINICO

Drs. Patricio Salas, Felipe Quezada, Marcel Sanhueza, Alfonso Díaz.

Servicio de Cirugía Hospital Dr. Sótero del Río - SSMO Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: Los aneurismas viscerales son una patología infrecuente, siendo las más comunes la arteria esplénica (60%) y la arteria hepática (20%). Se presenta un caso de aneurisma de arteria hepática roto en una mujer con sospecha de patología del tejido conectivo.

Caso: Mujer de 43 años, hipertensa en tratamiento con enalapril. Ingresó al Servicio de Urgencia del Hospital Dr. Sótero del Río por cuadro de dolor abdominal de reciente inicio asociado a ictericia y esplenomegalia. Se realizó TAC de urgencia con hallazgo de hemoperitoneo de moderada cuantía y

aneurisma de arteria hepática común de 3 cm con imagen de hematoma perianeurismático asociado a compresión de vena porta, no susceptible de tratamiento endovascular. Paciente ingresa de urgencia a pabellón con compromiso hemodinámico, con hallazgo de gran lesión aneurismática desde tronco celiaco hasta la arteria gastroduodenal, intentando inicialmente control vascular directo no satisfactorio, por lo que se intenta control de aorta abdominal, desgarrándose ésta en dos oportunidades, por ser ésta de una fragilidad inusual. Se decide clampeo de aorta torácica vía toracotomía lateral, obteniendo el mismo resultado. La paciente fallece en pabellón por shock hipovolémico secundario a hemorragia incoercible. La anatomía patológica mostró una disrupción de las fibras elásticas y fibromusculares de la túnica media de la aorta torácica y una disrupción de la túnica media de la arteria hepática común, hallazgos sugerentes de Necrosis Quística de la Túnica Media. Discusión: Un 25% de los aneurismas de arteria hepática se presentan rotos. El cuadro clínico clásico se caracteriza por dolor abdominal, hipotensión e ictericia asociado en ocasiones a hemorragia digestiva. La mortalidad varía entre 25 -70%. Al menos un 20% de los diagnósticos de Necrosis Quística de Túnica media son heredables, destacando patologías de colágeno vascular (Marfan o Ehlers-Danlos Tipo IV), enfermedades autosómicas (Síndrome de Loeys-Dietz o Noonan), Enfermedad de Turner o aneurismas familiares. La enfermedad del colágeno vascular se caracteriza por fragilidad arterial, por lo que el tratamiento de urgencia consiste en ligar el cuello del aneurisma, ya que las anastomosis son técnicamente difíciles. El tratamiento endovascular presenta un 25% de complicaciones de la punción arterial y 5% de mortalidad en casos electivos.

PALABRAS CLAVES: Aneurisma, arteria hepática.

COLEDOLITIASIS RESIDUAL EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO; EXPLORACION LAPAROSCOPICA CON COLEDOSCOPIA.

CASO CLINICO

Drs. Angélica Silva, Marcel Sanhueza
Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile Servicio de Cirugía Hospital Dr. Sótero del Río – SSMSO

En el tratamiento de la coledocolitiasis residual la alternativa mas ampliamente aceptada es el uso de una colangio pancreatografía retrograda y papilotomía (CPRE).

Clínica: Paciente de 38 años, sexo femenino, curzando embarazo de 6 semanas y colecistectomizada hace 8 años. Previamente asintomática, presenta epigastralgia intensa y recurrente de 2 semanas de evolución, ictericia y coluria y pruebas hepáticas con patrón colestásico: bilirrubina de 1,5 mg/dl, fosfatasas alcalinas de 188 UI y GGT 239. Se realizan dos ecografías separadas por 48 horas, que demostraron dilatación de la vía

biliar intra y extrahepática e imagen econegativa de 8 mm compatible con cálculo coledociano. Se descarto la posibilidad de CPRE, por la necesidad de radioscopia y sus posibles implicancias teratogénicas en embrión de 6 semanas de gestación. Material y Metodo: Se realiza laparoscopia con instalacion de trocares según técnica francesa, neumoperitoneo en 10 mm de Hg. Se introdujo un 5° trocar en el flanco derecho para la introduccion del coledoscopio. Bajo visión laparoscópica se evidencian escasas adherencias, identificandose el pedículo hepático edematoso, la vía biliar mide 1 cm. Se disecciona el muñón del conducto Cístico. Se realiza su seccion en la unión cístico coledociana, dando salida a bilis clara, donde se introduce el coledoscopio (Olimpus BF Q180) visualizando un cálculo coledociano de 0.8 cm, que es extraido con el canastillo de dormia (Wilson Cook). Se visualiza la vía biliar distal que se encuentra inflamatoria y la papila de aspecto normal. Posteriormente se explora la vía biliar proximal que esta dilatada, pero de aspecto normal. Se realiza sutura continua de unión cístico-coledociana con Vicryl 4-0.

Se instala un drenaje aspirativo tipo Jackson Pratt. Finalizando el procedimiento.

Resultado: La paciente alivio su dolor y colestasia, de alta en buenas condiciones a las 48 horas de su intervencion.

Comentario: La exploración laparoscópica de la vía biliar con uso de coledoscopia representa una muy buena alternativa terapéutica para el manejo de la coledocolitiasis, en la literatura su uso es ampliamente difundido y validado cuando existe coledocolitiasis concomitante. Para el tratamiento de la coledocolitiasis residual la alternativa más aceptada es mediante CPRE. En el caso de esta paciente con un embarazo inicial y probablemente en otros grupos de pacientes seleccionados con coledocolitiasis residual la exploración laparoscópica de la vía biliar puede representar la mejor alternativa terapéutica.

PALABRAS CLAVES: coledocolitiasis, laparoscopia, embarazo

HEMOBILIA SECUNDARIA A QUISTE HIDATÍDICO COMPLICADO: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLINICO.

Drs. Francisco Riquelme, Fernando Araos, Luis Meneses. Marcel Sanhueza, Rose Marie Mege.
Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile., Servicio de Cirugía Hospital Dr. Sótero del Río - SSMSO

Introducción: La hemobilia es el sangrado digestivo alto con origen en las vías biliares causado por una comunicación entre la circulación esplácnica y las vías biliares intra o extrahepáticas de distinta causa. La hidatidosis, es la parasitosis endémica más importante en nuestro país, producida por el céstodo *Echinococcus granulosus*. La ubicación más frecuente del quiste hidatídico es la hepática pero sólo existen 3 reportes en la literatura internacional en los que se manifestó con hemobilia.

Objetivos: Revisar la literatura respecto al diagnóstico y manejo de la hemobilia a propósito de un caso clínico. Métodos: Revisión de un caso y la literatura nacional y extranjera (medline).

Clínica: Paciente masculino, 18 años. Presenta 2 días de dolor cólico epigástrico e hipocondrio derecho asociado a ictericia, coluria, fiebre hasta 38,6° y melena. Ocho meses previos refiere dolor e ictericia intermitentes y baja de peso de 10 kilos. Laboratorio: Hcto 33%, recuento de blancos 6.200, GOT 119, GPT 114, FA 387 Bili Tot 5,8. Ultrasonografía: Abdomen lesión en hígado sólido-quística en segmentos V y VI de 9,5 x 6,3 cm, vía biliar fina. Paciente presenta inestabilidad hemodinámica agregándose compromiso de conciencia y examen físico con abdomen agudo, realizándose exploración quirúrgica, identificándose lesión hepática en segmento IV con sangrado activo y hemoperitoneo (2000 cc). Se realiza colecistectomía y capitonaje de la lesión. Se traslada estable al Hospital Dr. Sótero del Río para estudio. TAC y RNM de abdomen son compatibles con quiste hidático complicado y la presencia de 2 pseudoaneurismas en la arteria hepática derecha contiguas a lesión. Se decide realizar inicialmente manejo de lesión vascular y diferir cirugía definitiva. En la unidad de radiología intervencional, vía arteria femoral derecha se cateteriza la arteria hepática derecha e identifican 2 pseudoaneurismas que son embolizados. Procedimiento bien tolerado, con controles radiológicos satisfactorios. Se realiza seguimiento ecográfico por 4 meses post embolización y se realiza periquistectomía de Quiste hidático sin incidentes. Ocho meses posterior a su intervención quirúrgica el paciente se encuentra asintomático.

Comentario: Desde los primeros registros disponibles (Glisson-1656), son escasas las casuísticas de hemobilia que permitan unificar conductas respecto a su manejo. En las últimas décadas, independiente de la etiología, el trauma quirúrgico ha desplazado al trauma abdominal. Resulta fundamental reconocer el cuadro clínico para elegir sin demora las herramientas diagnósticas aceptadas hoy como estándar para su estudio; el angio TAC o la angiografía. Este último, además de lograr un diagnóstico permite realizar una embolización selectiva de la lesión sangrante y de esta manera obtener la detención del sangrado. La cirugía debe reservarse en caso de fracaso de esta terapia.

PALABRAS CLAVES: hemobilia, hidatidosis

TUMORES PRIMARIOS MÚLTIPLES. SEGUIMIENTO DE 6 AÑOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.

N. Pereira¹, J. Rojas¹, E.U. S. Cortés¹, A. Ferreira¹, Ints. C. Mandiola¹, R. Andino¹, P. Sfeir¹, R. De Marinis¹

¹. Departamento de Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: Los tumores primarios múltiples han experimentado un aumento en el último tiempo. Los

motivos que se atribuyen al mejor diagnóstico de los casos múltiples concomitantes y la mayor supervivencia en general de los pacientes diagnosticados de cáncer. Los tumores primarios múltiples se definen como la coexistencia de más de una neoplasia primaria en diferentes órganos, o coexistencia de dos o más neoplasias primarias de diferentes tipos celulares en el mismo órgano. El objetivo del trabajo es describir las características de las neoplasias primarias múltiples, el perfil de los pacientes y seguimiento en el tiempo. **MATERIALES Y MÉTODO:** Diseño prospectivo, observacional. Pesquisa continua de pacientes operados de algún tipo de cáncer entre el año 2004 a 2010. Se excluyen el cáncer de piel, ginecológicos (útero, mama y anexos) y próstata.

RESULTADOS: De un total de 2410 casos de pacientes operados por algún tipo de cáncer en el período estudiado, 24 pacientes fueron operados por tumores primarios múltiples (0,99%), 11 mujeres y 13 hombres. El promedio de edad al diagnóstico fue 68,8 años (rango 42-84) y las comorbilidades más frecuentes son hipertensión arterial (37,5%) y tabaquismo (29,1%). El diagnóstico de la neoplasia primaria múltiple fue en el 41,6% (10) en el estudio preoperatorio, 12,5% (3) intraoperatorio, 41,6% (10) en anatomía patológica y 4,16% (1) en el postoperatorio. La clínica se caracterizó por baja de peso (52%), dolor abdominal (52%) y anemia (25%). En 8 casos los tumores fueron sincrónicos de cáncer colorrectal y en 16 casos correspondieron a tumores con diferente histología o en diferentes órganos. De éstos últimos, la localización individual más frecuente fue gástrico (56,3%), colorrectal (31,2%) y riñón (31,2%). A pesar de presentarse asociaciones variadas, la de mayor frecuencia fue la coexistencia de cáncer gástrico-renal (3) y gástrico-gástrico (2) de diferente histología. La mortalidad general a la fecha es 45,8% (11) en un promedio de 13,3 meses (rango 1-61).

CONCLUSIONES: Al parecer, los individuos que han desarrollado una primera neoplasia maligna tienen un riesgo mayor de desarrollar una segunda. Esto se basa en que el primer tumor fue causado probablemente por agentes o factores genéticos, hormonales, ambientales entre otros, la mayoría de los cuales seguirían actuando en el momento de la aparición de la segunda neoplasia. En este estudio se presentó nuestra experiencia local respecto al tema, en donde se observaron las variadas presentaciones y asociaciones de los tumores primarios múltiples y su seguimiento en el tiempo.

TERATOMA OVÁRICO TORCIDO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE APENDICITIS AGUDA EN UNA MUJER EMBARAZADA

Drs. C. Derosas¹, P. Gonzalez², L. González³, B. Gil¹, W. Medina⁴

¹Residentes de Cirugía ²Interna de Medicina. Universidad de Santiago de Chile ³. Cirujano Servicio de Urgencias ⁴. Jefe Turno VI Servicio de Urgencias. Complejo Hospitalario San José.

Introducción: Idealmente la cirugía no obstétrica es evitada durante el embarazo debido a los potenciales riesgos para la madre y el hijo, cuando se sospechan enfermedades como la apendicitis aguda la cirugía se hace imperativa.

Presentación del Caso: Paciente de 33 años, sin antecedentes mórbidos, multipara de uno, cursando un embarazo de 19+2 semanas de gestación, consulta por un cuadro de 6 horas de evolución de dolor en la fosa iliaca derecha asociado a náuseas y vómitos. Al examen físico, su temperatura axilar era de 36,8°C, el abdomen se palpa utero grávido concordante, dolor a la palpación de la fosa iliaca derecha, asociado a resistencia muscular y blumer (+). Recuento de blancos 12,200 cels/mm³, examen de orina normal. Se realiza ecografía abdominal la que muestra edema interasas en la fosa iliaca derecha y colelitiasis como hallazgo, examen obstétrico normal. Con estos antecedentes se diagnostica apendicitis aguda y de lleva a pabellón. Se realiza laparotomía de Mc Burney, encontrándose escaso líquido libre y el apéndice cecal sano, por lo que se realiza meticulosa exploración encontrándose una masa anexial congestiva de 8 x 6 x 5 cms que nace del ovario derecho no adherida a otras estructuras, el que estaba torcido 2 veces sobre el eje de la trompa de Falopio correspondiente. Se solicita evaluación por ginecología quienes realizan una salpingooforectomía extirpando esta masa. Apendicectomía profiláctica. La paciente presenta una buena evolución post operatoria, siendo dada de alta desde la unidad de alto riesgo obstétrico sin problemas. Presenta un parto vaginal a las 40 semanas de embarazo de un varón de 3,6 kgs sin presentar problemas en el post parto inmediato. El informe anatomopatológico describe una cavidad unilocular que contiene material sebáceo y pelo. Incluye estructuras ováricas normales y un espólón de tejidos blandos y duros. Diagnóstico, teratoma ovárico maduro quístico (quiste dermoide).

Discusión: El presente reporte demuestra que si bien la apendicitis es la patología quirúrgica no obstétrica más frecuente podemos encontrar con diagnósticos diferenciales que simulan esta entidad, los que deben resolverse en el acto quirúrgico, por lo que es fundamental el apoyo multidisciplinario o conocer ciertas técnicas ginecológicas de urgencias.

OBSTRUCCION INTESTINAL POR CUERPO EXTRAÑO, REPORTE DE UN CASO

Drs. J. Contreras¹, C. Derosas¹, R. Bahamondes², B. Gil¹

¹. Residentes de Cirugía Universidad de Santiago de Chile

². Cirujano Servicio de Urgencias. Complejo Hospitalario San José.

Introducción: La obstrucción intestinal es una situación que requiere atención médica urgente. Los tumores y cuerpos extraños son algunos de los factores que la pueden ocasionar, entre otros. La mayoría de los casos de ingestión de los cuerpos extraños ocurre en niños. En los adultos hay que descartar trastornos psiquiátricos, retraso mental, y aquellos con dentadura en mal estado o puentes

dentales, en quienes la sensibilidad táctil durante la deglución está alterada por lo que presentan mayor riesgo de ingestión accidental.

Presentación del Caso: Mujer de 52 años con antecedentes médicos de cáncer uterino tratada con radioterapia en 6 ocasiones hace 22 años, hipertensa en tratamiento. Sin antecedentes quirúrgicos conocidos. Paciente acude al servicio de urgencia de nuestro hospital por cuadro de dolor abdominal tipo cólico de 5 días de evolución sumándose además tres días antes de su ingreso a vómitos y falta de eliminación de gases y heces. Al examen físico destaca paciente deshidratada, taquicardica, polipneica, con marcada distensión abdominal, refiere dolor abdominal difuso tipo cólico, RHA disminuidos de tono metálico, TR se evidencia esfínter tónico sin presencia de masas en ampolla y ausencia de materia fecal. Cabe destacar el mal estado de piezas dentales de la paciente. Rx de abdomen simple niveles hidroaéreos y signo de pila de monedas, ausencia de aire en colon. TC de abdomen muestra obstrucción intestinal a nivel de íleon distal mostrando un cuerpo extraño distal a la obstrucción. Se decide la intervención quirúrgica de la paciente se realiza laparotomía media supra e infra umbilical, se evidencia líquido citrino en moderada cantidad, dilatación de asas de intestino delgado, encontrándose sitio de obstrucción a 15 cm de válvula, se realiza enterotomía longitudinal encontrándose cuerpo extraño nacarado de 5x4x3 centímetros fibroso que se lo envía a anatomía patológica, enterografía transversa en 2 planos. Paciente evoluciona de manera satisfactoria realimentándola al tercer día y dada de alta al sexto día. El informe definitivo describe un cuerpo extraño de origen vegetal. Discusión: La obstrucción intestinal por cuerpo extraño es una entidad poco frecuente en el adulto, especialmente por elementos vegetales, los que se denominan fitobezoares, y deben tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial así como también su manejo.

COLECISTITIS AGUDA Y FISTULA BILIODIGESTIVA, ACERCA DE UN CASO CLÍNICO.

Drs. G. Czwiklitzer, J.P. Hurtado, M. Sierra
Servicio de Cirugía, Hospital San Juan de Dios, Servicio de Salud Metropolitano Occidente

La etiología más frecuente de las fístulas biliodigestivas es la colelitiasis, en el 60 al 90 % de los casos, seguida por la úlcera péptica y otras causas mucho menos frecuentes como el carcinoma digestivo o biliar. La localización más frecuente es la colecistoduodenal en un 60% de los casos, seguida de colecistocólicas, colecistogástricas y coledocoduodenal. Predominantemente en mujeres, atribuible al predominio en este sexo de la enfermedad biliar y la edad de presentación más frecuente es de 60 a 75 años. El fondo vesicular es el lugar que más frecuentemente se comunica y lo hace al bulbo duodenal, mientras que el infundíbulo vesicular lo suele hacer a la vía biliar principal,

produciéndose una fístula colecistocolédociana o síndrome de Mirizzi tipo II

La persistencia de la fístula puede asociarse a complicaciones tardías como el íleo biliar recurrente, colecistitis, colangitis, pancreatitis aguda, carcinoma de vesícula biliar. La cirugía es la terapia de elección, un tiempo quirúrgico, que involucra la colecistectomía y la reparación de la fístula. A continuación presentaremos un caso clínico ocurrido en nuestro centro., JCP. 35 años, sexo femenino. Antecedentes de VIH (+) hace 16 años en TARV, hospitalizada en servicio de medicina por dolor abdominal cólico y síndrome diarreico con deshidratación moderada. En la hospitalización persiste con intenso dolor abdominal vómitos y náuseas, se solicita EDA que muestra Duodenitis Erosiva Leve a Moderada. Se solicita Ecotomografía Abdominal que muestra Hepatoesplenomegalia, esteatosis hepática difusa y colecistolitiasis con dilatación de vía biliar extrahepática de 10 mm de causa no clara. Se evalúa por cirugía planteando causa de sintomatología de origen biliar, por lo que se programa colecistectomía Laparoscópica en forma electiva. En el Intraoperatorio se observa extenso plastrón que se diseca, pesquisándose fístula colecistoduodenal, convirtiéndose a cielo abierto. Laparotomía de Kocher baja por Hepatomegalia. Disección del triángulo Calot, se liga y secciona fístula (imagen 1) y Ectomía en Directa (imagen 2). Se realiza Colangiografía Intraoperatoria no visualizando cálculos. Se realiza rafia de fístula colecistoduodenal (imagen 3) ubicada en primera porción de duodeno, quedando con buen lumen. Paciente evoluciona favorablemente, sin dolor. Al quinto día postoperatorio cursa con cuadro de NIH por que se inicia tratamiento antibiótico, evolucionando en buenas condiciones y dada de alta al duodécimo día postoperatorio.

TUMORES GASTROINTESTINALES ESTROMALES; CARACTERIZACIÓN, TRATAMIENTO Y SOBREVIDA. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Drs. A Jadue¹, M Salazar¹, C Maldonado², C Quinteros³, JC Justiniano⁴

¹Residente de Cirugía General, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

² Estada de Capacitación. Universidad de Chile

³ Interno de Medicina. Universidad de Taclca

⁴Equipo de Cirugía Digestiva Alta. Hospital del Salvador

Introducción: Los tumores estromales gastrointestinales (GIST) son los tumores mesenquimáticos más frecuentes del tracto digestivo, aunque no alcanzan a ser más del 1% de las neoplasias digestivas. La inmunohistoquímica (IHQ) permite diferenciar los GIST de otros tumores mesenquimáticos e identifica un grupo de pacientes que responden a la adyuvancia con inhibidores de la tirosina quinasa (imatinib). El tratamiento es la resección quirúrgica completa y el tamaño tumoral incide en la supervivencia, así como el índice mitótico. **Objetivos:** Caracterizar los casos de GIST tratados en el Hospital del Salvador los últimos 10 años y

analizar su supervivencia a largo plazo.

Métodos: Se realizó una búsqueda en los registros de anatomía patológica, desde enero de 2000 hasta diciembre de 2009. Se incluyeron todos los pacientes con tumor estromal de origen digestivo confirmado por la histología. El estado de vivo o fallecido se obtuvo del registro civil. Se registraron variables clínicas y anatomopatológicas y se calculó la supervivencia. Se calculó la supervivencia con el modelo de Kaplan-Meier, se comparó mediante la prueba de Breslow.

Resultados: Se registraron 31 pacientes con GIST. Veinte fueron de sexo femenino, (Hombre: Mujer 1,8:1). La edad promedio fue 60,9 +/- 14,7 (mínima: 26; máxima 91). Se confirmaron 20 pacientes con IHQ, 3 presentaron enfermedad metastásica al momento del diagnóstico. La distribución por primario fue: gástrico (n=18), intestinal (n=4), recto (n=3), duodeno (n=3), colon (n=1), mesocolon (n=1), otro (n=1). La manifestación clínica más frecuente fue el sangrado digestivo (n=8), seguido por dolor, obstrucción y baja de peso. Cinco fueron asintomáticos. Se realizó resección curativa en 28 pacientes. La más frecuente fue la resección con márgenes libres (n=8) seguida de gastrectomía subtotal (n=7), gastrectomía total (n=4), resección intestinal (n=4) y proctosigmoidectomía (n=3). Solo 1 paciente presentó metástasis linfonodal. En 3 pacientes se indicó adyuvancia con imatinib. El seguimiento promedio fue de 47 meses. La supervivencia global a un año fue de 93,5 +/- 4,4%, 79,7 +/- 7,4% a los 3 años y 70,8 +/- 10,6% a 5 años. Se observa tendencia a una mejoría en la supervivencia en pacientes con tamaño tumoral <10cm (p=0,190), el índice mitótico <10/HPF (p=0,426), la resección completa (p=0,489) o la adyuvancia con imatinib (p=0,365) sin lograr significación estadística

Conclusión: Los GIST son neoplasias de baja incidencia. La ubicación gástrica es la más frecuente. La resección quirúrgica completa se puede llevar a cabo en la mayoría de los casos, con resultados acordes a lo reportado en la literatura.

NUEVA TÉCNICA PARA EL CIERRE DEL MUÑÓN DUODENAL, EXPERIENCIA DE 43 CASOS

Drs. W. Medina¹, C. Derosas², B. Gil², J. Amat P³

¹. Cirujano Equipo Cirugía General, Complejo Hospitalario San José, ². Residentes de Cirugía Universidad de Santiago de Chile, ³. Cirujano Jefe Equipo Cirugía Bariátrica Clínica Dávila.

Introducción: El cierre del muñón duodenal según sus distintas indicaciones siempre ha sido un desafío para el cirujano, principalmente por la asociación a complicaciones que este presenta. Por lo que el presente estudio presenta una nueva técnica para el cierre del muñón duodenal.

Pacientes y Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de una serie de 43 casos a los que se les realizó resección gástrica (total o sub-total, abierta o laparoscópica) cerrándose el muñón duodenal con técnica propuesta. Se analizaron múltiples variables

en SPSS 13.0.

Técnica: Tanto para técnica abierta como laparoscópica, sección de primera porción del duodeno (a 2 cm. del píloro en la patología maligna) con stappler líneal GIA o ENDOGIA (dependiendo la técnica) carga azul de 60mms. Refuerzo con sutura continua no invaginante de monofilamento reabsorbible bajo la línea de sutura mecánica. Resultados: Del total de pacientes 64,3% fueron hombres, el media de edad fue $59,31 \pm 13,8$ años (rango 35-86 años) el 66,7% de las resecciones fueron por cáncer y el resto por patología benigna. A 22 pacientes (51,2%) se le realizó gastrectomía total, 1 (2,3%) esofagogastrectomía por ingesta de ácido muriático (urgencia), 2 (4,7%) por esófago de Barret y el resto fueron gastrectomías subtotales. 6 pacientes (14%) fueron operados por laparoscopia con esta misma técnica. 6 pacientes (14%) fueron operados por becado de tercer año tutoriado por los autores. En un caso (2,3%) se presentó una fístula del muñón, quien en su biopsia definitiva presentó margen duodenal positivo para adenocarcinoma difuso con células en anillo de sello. No se presentó mortalidad asociada en esta serie.

Discusión: La técnica propuesta para el cierre del muñón duodenal se presenta como una técnica fácil, reproducible y con mínimas complicaciones en nuestro grupo de trabajo, por lo cual pensamos que se aporta una solución sencilla en uno de los pasos claves de cualquier gastrectomía. Cabe señalar que es una serie pequeña que requiere de posteriores estudios comparativos.

SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE CÁNCER GÁSTRICO INCIPIENTE TRATADOS CON RESECCIÓN LOCAL.

Drs. G. Astete¹, O. Lynch², F. Kawaguchi³, J. Madariaga³, G. Astete³, M. Fernandez⁴, A. Giacaman(-), G. Calderon(-), C. Alarcón(-), J. Contreras(-).

¹Cirujano Universidad Católica de la Santísima Concepción ²Servicio de Pensionado Hospital G. Grant B. de Concepción. ³Universidad de Concepción. ⁴Radioterapeuta Clínica Sanatorio Alemán de Concepción. (-) Alumno Fac. Medicina Universidad de Concepción.

El cáncer gástrico incipiente tiene indicación de gastrectomía. El advenimiento de la Endosonografía permite determinar con mucha precisión la profundidad de la invasión tumoral (T) en la pared gástrica y la presencia de linfonodos comprometidos (N). Considerando que esta herramienta permite planificar un tratamiento mas conservador, se presenta el seguimiento de tres casos de cáncer gástrico incipiente, del tercio superior, tratados con resección local de la pared gástrica, y por ende, sin gastrectomía. Criterios de Inclusión: Estudio con endoscopia digestiva alta, endosonografía, radiografía contrastada, TAC de abdomen y confirmación histológica preoperatoria. Aceptación y consentimiento informado. Técnica quirúrgica: Gastrotomía, identificación de la lesión con índigo carmín, previa digestión con gascón; demarcación

de bordes de seguridad a 1,5 cm del tumor, resección de la pared gástrica, confirmación biopsica transoperatoria.

Seguimiento: endoscópico cada 6 meses. Caso 1: mujer de 76 años, con adenocarcinoma mucosal tipo I, fúndico. Fecha de intervención: noviembre de 1985. Caso 2: mujer de 66 años, adenocarcinoma intramural tipo IIc, subcardial, intervenida en enero de 2001. Caso 3: varón de 50 años, con adenocarcinoma submucosal tipo IIc + IIb, del tercio superior, intervenido en enero de 2003. Sin complicaciones operatorias. Seguimiento: Caso 1, sobrevida de 4 años, 8 meses, falleciendo por causa cardiovascular (infarto miocárdico). Casos 2 y 3 con sobrevida actual, sin enfermedad residual (9 años y 7 años, respectivamente). Sin afectación en calidad de vida, de acuerdo a su curva de vida natural. Se concluye que, toda vez que se cuenta con los recursos actuales (endosonografía) se puede planificar resección local en casos seleccionados de cáncer gástrico incipiente.

SD. BOOERHAAVE. DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Drs. O. Orellana, Jp. Hurtado

Hospital San Juan de Dios. Departamento de Cirugía, Universidad de Chile.

Introducción: La rotura espontánea del esófago, conocida como síndrome de Boerhaave, es una enfermedad poco frecuente, con una alta tasa de mortalidad y un difícil diagnóstico; ya que comúnmente se confunde con otras patologías graves como infarto agudo al miocardio, pancreatitis aguda o úlceras pépticas perforadas. El retraso en su diagnóstico ensombrece rápidamente el pronóstico, es por esto fundamental estar familiarizado con este síndrome para así facilitar su diagnóstico. Objetivos: Describir el caso clínico de un paciente diagnosticado y manejado en nuestro servicio, así como revisión y discusión de la bibliografía disponible.

Materiales y Metodos: Reporte de 1 caso, análisis de antecedentes clínicos y revisión bibliográfica. Resumen: Paciente M.E.Z, sexo masculino, 62 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus y consumo alcohol, que inicia cuadro de dos semanas de evolución de dolor abdominal, nauseas y vómitos persistentes (> a 5 episodios al día). Evaluado en forma ambulatoria sin hallazgos significativos. Evolucionan con mayor CEG, dolor hemitorax derecho y disnea progresiva. Ingresa al servicio de urgencia con cuadro de sepsis severa, requiriendo intubación e ingreso a UCI. En Rx Torax se observa derrame pleural derecho y ensanchamiento mediastínico. Toracocentesis: Líquido turbio purulento, compatible empiema. Pleurostomía: 500 cc pus. Eco Torax: derrame laminar bilateral. Cultivos (+) flora orofaríngea. TAC de torax: Signos de derrame pleural bilateral y mediastínico, mediastinitis y neumomediastino. Dado hallazgos compatibles con Sd. Boerhaave se realiza resolución quirúrgica con Exclusión esofágica:

Esofagostomía cervical, esófagorrafia, gastrostomía descompresiva, yeyunostomía de alimentación, toracostomía posterolateral izquierda, pleurostomía y drenaje. Paciente evoluciona grave en UCI, con shock séptico refractario, falleciendo en los días posteriores.

Discusión: La perforación del esófago torácico es una de las lesiones digestivas más severas en cuanto a morbimortalidad. Produce una seria condición incluyendo mediastinitis y sepsis dada por extravasación del contenido. El pronóstico depende fundamentalmente en la demora del diagnóstico y tratamiento siendo según la literatura la mortalidad tan alta como un 90% sin tratamiento y de un 60% si este es retrasado.

Conclusión: Siendo la perforación esofágica espontánea una entidad de difícil diagnóstico; en este caso, la presencia de vómitos persistentes, derrame pleural, toracocentesis con líquido sospechoso y cultivos con flora orofaríngea fueron factores importantes en definir diagnóstico y resolución quirúrgica, siendo el retraso en la consulta y diagnóstico oportuno condicionantes de aumento de la morbimortalidad.

SÍNDROME DE BOUVERET A PROPÓSITO DE UN CASO

Dr. P. Hernández B. (1), Dra. D. Bravo O. (1), Dr. A. Inzulza C. (2), Dr. J. Vergara C. (2)

1. Servicio Cirugía Hospital Juan Noé Crevani
2. Servicio Imagenología Hospital Juan Noé Crevani

Objetivo: describir las características clínicas, radiológicas y endoscópicas sugerentes de síndrome de Bouveret.

Palabras Clave: Síndrome de Bouveret, íleo biliar, Fístula biliodigestiva, Obstrucción intestinal. **Materiales y Métodos:** presentación de un caso clínico y revisión de la literatura.

Descripción del caso: Varón de 60 años, acude a servicio de urgencia de Hospital Juan Noé Crevani por dolor epigástrico de 4 días de evolución progresivo sin irradiación, en las últimas 12 horas se agrega vómitos alimentarios y deposiciones líquidas sin productos patológicos. Es ingresado con diagnóstico de obstrucción intestinal y deshidratación severa para estudio y tratamiento. Se realiza ecografía abdominal que evidencia alteración compatible con fístula biliodigestiva y retención gástrica secundaria (fig. 1). El scanner muestra vesícula mal visualizada reconociéndose un pequeño cálculo y otro de gran tamaño de 32 mm. que proyecta sombra acústica y está impactado en la unión gastroduodenal asociado con gran distensión de la cámara gástrica con retención de contenido líquido heterogéneo. Vía biliar visible de calibre normal. (Fig 2)

En la EDA se observa Obstrucción duodenal por gran cálculo que no es posible extraer por no contar con litotriptor. (fig 3). En la intervención quirúrgica se evidencia gran cálculo en 1º porción de duodeno, que a través de píloro complaciente se logra desplazar manualmente a la cámara gástrica y extraerlo a través de Gastrotomía trasversa, (fig 4). En control endoscópico al mes de operado se en-

cuentra zona de mucosa duodenal área de colesterosis compatible con remanente vesicular. (Fig 5). **Conclusiones:** El Síndrome De Bouveret es una entidad clínica infrecuente, que generalmente se presenta en pacientes añosos con variadas comorbilidades, en los cuales el manejo debe ser lo menos invasivo posible.

En este caso gracias a que presentaba un píloro complaciente se logra realizar la litoextracción a través de gastrotomía, ya que la vía endoscópica no logra resolver el cuadro.

Bibliografía:

- 1) Síndrome de Bouveret. Resolución endoscópica y quirúrgica de cuatro casos clínicos Armando Iñiguez, Jean Michel Butte, José Miguel Zúñiga, Fernando Crovari, Osvaldo Llanos.
- 2) Síndrome de Bouveret resuelto mediante litotricia mecánica endoscópica REV ESP ENFERM DIG (Madrid) Vol. 98, N.º 10, pp. 789-798, 2006.
- 3) Characterization of Bouveret's Syndrome: A Comprehensive Review of 128 Cases Characterization of Bouveret's Syndrome. Mitchell S Cappell and Michael Davis. The American Journal of Gastroenterology 101, 2139-2146 (September 2006).

CARCINOIDE TÍMICO ATÍPICO PRODUCTOR DE ACTH: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Drs. M. Petric, L. Peralta, J. González, D. Arbulo, M. Cid.

Servicio de Cirugía Hospital Militar de Santiago - Universidad de Valparaíso-Universidad de Los Andes.

Introducción: Los carcinomas neuroendocrinos del timo (carcinoides) son tumores raros y representan el 2 a 4% de los tumores mediastínicos. Se originan de las células enterocromafines del timo. Son más frecuentes en varones de edad media, habitualmente se localizan en el mediastino anterosuperior y tienen un comportamiento agresivo.

Objetivo: Describir el caso clínico de un paciente diagnosticado y tratado en nuestro centro. **Material y método:** Reporte de un caso, análisis antecedentes clínicos y revisión bibliográfica. **Resumen:** paciente hombre, 30 años, fumador, HTA y DM2 de reciente diagnóstico. Debuta con cuadro de TVP extensa extremidad inferior derecha. Al ingreso destaca obesidad centrípeta, estrías violáceas y cara de luna llena, fenotipo Cushinoide. Se realiza estudio endocrinológico destacando cortisol plasmático matinal, cortisol libre urinario 24 horas y niveles ACTH elevados, lo que sugiere un Síndrome de Cushing ACTH dependiente. Durante hospitalización cursa insuficiencia respiratoria aguda, se realiza angiotac de tórax para descartar TEP dado antecedente de TVP, revelándose tumor mediastínico anterosuperior derecho. Dada la clínica del paciente se plantea entre los diagnósticos diferenciales un tumor tímico productor de ACTH ectópica. Se decide realizar resección quirúrgica, mediante esternotomía media. Biopsia revela carcinóide tímico atípico, márgenes quirúrgicos negativos. Evolución

postoperatoria tórpida por cushing severo, con múltiples infecciones dada inmunosupresión, atrofia muscular y osteoporosis severa. Requiere reintervención quirúrgica por hematoma mediastínico infectado y dehiscencia esternotomía a los 15 días postoperatorios. Recibe tratamiento multidisciplinario de rehabilitación. A los 2 meses postoperatorios se obtienen valores normales de cortisol plasmático y libre urinario.

Discusión: los carcinoides típicos se asocian a Síndrome de Cushing u otras endocrinopatías en el 38% de los casos. Existen pocos reportes en la literatura, comportándose habitualmente como tumores invasores localmente y encontrándose diseminación metastásica a ganglios linfáticos mediastinales y cervicales, hígado, hueso, piel y pulmones en el 20% de los casos al momento del diagnóstico. Es difícil el diagnóstico diferencial con otras masas del mediastino anterior, jugando un rol fundamental el estudio inmunohistoquímico. La mejor posibilidad de curación es la resección quirúrgica, aunque la invasión local y metástasis con frecuencia impiden la resección completa. El tratamiento complementario en estos casos es controvertido.

GASTRECTOMÍA PARCIAL VIDEOLAPAROSCÓPICA DE LOS TUMORES GÁSTRICOS DEL TIPO GIST, EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO

Drs. J.Gantz; C. Cavalla; I. Turu; E. Rivas; P. Salinas; G.Wiedmaier; Internos: V. Salvador; M. Vergara; R. Retamal; I. Correa; C. Iñiguez
Servicio de Cirugía Hospital Padre Alberto Hurtado; Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo

Introducción. Los tumores estromales gastrointestinales (GIST, del inglés gastrointestinal stromal tumor) son las neoplasias mesenquimales más frecuentes del tubo digestivo, y suponen el 2% del total de los tumores del tubo digestivo. La localización gástrica corresponde al 50-60% del total de GIST. El objetivo del presente estudio es describir la casuística de nuestro centro Hospitalario en el manejo Videolaparoscópico de los tumores Gástricos del tipo GIST. Pacientes y método. Estudio retrospectivo descriptivo del manejo Videolaparoscópico de 7 pacientes con diagnóstico de GIST gástricos entre Enero de 2004 y Diciembre de 2009, en el Hospital Padre Hurtado de Santiago de Chile. Del total de pacientes de la serie, 5 corresponden a sexo femenino y 2 masculinos; cuyas edades promedio es de 67,57 años (rango, 53 - 76 años). El diagnóstico, en todos ellos, se realizó mediante biopsia pre operatoria endoscópica y marcadores inmunohistoquímicos tras resección videolaparoscópica de la pieza operatoria. Resultados. Se realizaron la totalidad de procedimientos en forma electiva. Todos los casos correspondieron a gastrectomías parciales videolaparoscópicas, con un tiempo promedio de 117,85 minutos por procedimiento; sin necesidad de conversión a cirugía abierta en ninguno de los casos de nuestra serie. La ubicación mas frecuente de las lesiones

fue la unión gastroesofágica, con tamaños tumorales que varían entre los 16 y 55 mm en su diámetro mayor. En los tumores de la unión gastroesofágica se realizó siempre asistencia endoscópica. El promedio de estadía hospitalaria fue de 5,28 días (rango, 4 – 7 días), no encontrando morbilidad asociada al procedimiento, con seguimiento máximo de 108 meses. En la histología definitiva se confirma bordes negativos para tumor.

Conclusiones. La resección Videolaparoscópica en nuestra casuística, resulta una aproximación terapéutica segura para aquellos pacientes con diagnóstico GIST gástrico.

SCHWANNOMA GÁSTRICO; CASO CLÍNICO, MANEJO QUIRÚRGICO VIDEOLAPAROSCÓPICO & ENDOSCÓPICO

Drs. Gantz JT⁽¹⁾, Las Heras R⁽¹⁾, Vivanco M⁽¹⁾, Salvador V⁽²⁾, Correa I⁽²⁾, Vergara M⁽²⁾, Retamal R⁽²⁾, Iñiguez C⁽²⁾, Salinas P⁽³⁾, Cavalla C⁽³⁾, Wiedmaier G⁽⁴⁾.

¹ Residente de Cirugía General, Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo, ² Interno de Medicina, Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo, ³ Cirujano Digestivo, Hospital Padre Hurtado, ⁴ Jefe de Servicio de Cirugía, Hospital Padre Hurtado

Introducción: Los Schwannomas son lesiones raras a nivel gastrointestinal, pero se incluyen dentro de la clasificación de tumores mesenquimáticos del tubo digestivo. Tienen su origen a nivel de la pared muscular del tubo digestivo, desarrollándose a partir de las vainas periféricas de los nervios incluidos en los plexos parietales de Meissner y Auerbach. Corresponden a lesiones pequeñas (2 – 3 cm diámetro), siendo su topografía más frecuente el estómago.

Metodología: Presentamos el reporte de un caso de schwannoma gástrico y su manejo quirúrgico combinado con resección videolaparoscópica y endoscopia digestiva alta.

Caso Clínico: Paciente de 76 años de edad, sexo femenino con antecedentes de hipertensión arterial y artritis reumatoide. Consulta por cuadro de un año de evolución caracterizado por dispepsia, distensión abdominal, pérdida del apetito y baja de peso de 10 kg en seis meses. Se realiza Endoscopia Digestiva Alta (EDA) que muestra en cuerpo alto por curvatura mayor un tumor redondeado de 4 cms umbilicado y ulcerado, con lo que se sospecha GIST. La biopsia concluye gastritis corporal folicular activa, erosiva, sin elementos sugerentes de malignidad. Tomografía Axial Computada de abdomen y pelvis muestra en curvatura mayor una lesión de 3.5 cms de diámetro que presenta moderado realce con el contraste, sin adenopatías sospechosas. Los hallazgos son compatibles con GIST gástrico.

Dados los hallazgos endoscópicos e imagenológicos se resuelve manejo quirúrgico, realizándose gastrectomía subtotal laparoscópica y comprobación de indemidad de mucosa gástrica intraoperatoria mediante EDA para corte adecuado. Biopsia definitiva de pieza operatoria informa Schwannoma. Paciente se encuentra asintomática y en buenas condiciones generales 10 meses posterior a su cirugía

RECIDIVA DE CÁNCER DE VESÍCULA IN SITU SEIS AÑOS POSTERIOR A COLECISTECTOMÍA

Las Heras Rocío ⁽¹⁾, Fuentes Constanza ⁽²⁾, Bernstein Tomás ⁽²⁾, Cavalla Cristián ⁽³⁾, Wiedmaier Gonzalo ⁽⁴⁾.

¹ Residente de Cirugía General, Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo, ² Interno de Medicina, Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo, ³ Jefe Equipo Cirugía Digestiva, Hospital Padre Hurtado, ⁴ Jefe de Servicio de Cirugía, Hospital Padre Hurtado

Introducción: El Cáncer de vesícula in situ (CVIS) es un hallazgo poco común en las colecistectomías electivas por coledolitiasis y con la resección quirúrgica el paciente se considera libre de enfermedad. Pese a ello, existen reportes de casos con recidiva y metástasis a distancia posterior a la colecistectomía. **Método:** Se revisa el caso de una paciente en Hospital Padre Hurtado (HPH) con recidiva de cáncer vesicular seis años posterior al diagnóstico de CVIS tras una colecistectomía electiva.

Discusión: Paciente de sexo femenino de 51 años de edad, sin antecedentes mórbidos. Colecistectomizada en forma electiva el año 2003 por coledolitiasis; la biopsia diferida evidencia CVIS, se revisa por un segundo patólogo para certificar diagnóstico, quien realiza un mapeo vesicular. Se presenta a comité donde se decide control clínico. A los 5 años de control sin evidencias de recidiva se da de alta y al año siguiente consulta en reiteradas ocasiones en distintos centros por vómitos a repetición, manejándose en forma conservadora y sin mayor estudio. Consulta posteriormente al Servicio de Urgencia de HPH con cuadro de síndrome pilórico y sepsis asociada. Se estabiliza en unidad de pacientes críticos donde se realiza EDA y se observa estenosis pilórica infranqueable. La TAC muestra lesión de partes blandas de la región antropilórica asociada a significativa disminución de calibre y dilatación gástrica secundaria, planteándose lesión infiltrativa. Se realiza laparoscopia exploradora donde se observa un tumor del lecho hepático con infiltración de región pilórica y primera porción de duodeno. Linfonodo en arteria hepática resulta positivo en la biopsia contemporánea para adenocarcinoma. Se realiza gastroyeyunoanastomosis paliativa. Biopsia definitiva confirma macrometastasis de adenocarcinoma tubular bien a moderadamente diferenciado. Dado pronóstico, paciente se deriva a cuidados paliativos. **Conclusión:** La importancia de presentar este caso clínico radica en lo inusualmente tardío de la recidiva y además la forma de presentación infrecuente de ésta como síndrome pilórico.

COLECTOMÍA PARCIAL EN EL CONTEXTO DE UNA GASTRECTOMÍA POR CÁNCER GÁSTRICO CON INVASIÓN DE COLON.

Drs. J. López, M. Zambra, E. Coddou, M. Barra, N. Velasco, S. Häberle.

Servicio Cirugía. Hospital Clínico San Pablo. Coquimbo. Departamento de Clínica. Facultad de Medicina. Universidad Católica del Norte. Coquimbo. Chile.

Introducción: Un porcentaje importante de pacientes con cáncer gástrico se presentan con lesiones avanzadas al momento del diagnóstico, decidiendo en el intraoperatorio si son sometidos a una cirugía con intención curativa o paliativa. En algunos de ellos existe un aparente compromiso tumoral del colon, lo que obliga a la resección de este segmento en el contexto de una gastrectomía con intención curativa.

Objetivo: Mostrar nuestra experiencia en pacientes portadores de cáncer gástrico a quienes se les realizó una gastrectomía con intención curativa y se les adicionó una colectomía parcial por aparente compromiso tumoral.

Material y métodos: Estudio descriptivo que incluye nueve pacientes, de un total de 123, que fueron operados por cáncer gástrico con intención curativa durante el periodo 1999 a abril de 2010. **Resultados:** Se trata de 6 hombres y 3 mujeres, con una edad promedio de 62,5 años. A la endoscopia 5 de los tumores se ubican en el cuerpo gástrico, 3 en el antro y 1 subcardial. Uno de ellos presentó sintomatología atribuible al compromiso colónico, que consistió en vómitos fecaloideos secundario a una fístula gastrocólica. Se realizó gastrectomía total + D2 en 8 (88,9%) pacientes, y en 1 (11,1%) una gastrectomía subtotal + D2, con un promedio de 36,7 linfonodos resecados; a 3 (33,3%) se les adicionó una pancreato-esplenectomía distal y a 3 (33,3%) sólo esplenectomía. A todos se les realizó una resección segmentaria del colon transversero en block con el primario y anastomosis primaria termino terminal. La reconstitución del tránsito se realizó mediante una Y de Roux en todos los casos. No hubo mortalidad en la serie, y la morbilidad fue de 33,3%, en los cuáles se incluyen dos fístulas pancreáticas y una fístula colónica; todos se manejaron en forma conservadora. El tiempo de hospitalización promedio fue de 16,2 días. Uno de estos casos corresponde a un linfoma gástrico y los restantes a adenocarcinoma. En las biopsias se encontró compromiso tumoral colónico en 7 (77,7%) de ellos, y en 2 (22,2%) sólo compromiso inflamatorio. De los adenocarcinomas seis fueron etapificados en estadio IV, y dos en estadio III B. La sobrevida media fue de 17 meses.

Discusión: La resección de colon en este tipo de pacientes constituye una opción quirúrgica válida, sin embargo se trataría de pacientes con una enfermedad localmente avanzada, con baja sobrevida. Creemos que este tipo de procedimiento mejoraría levemente la sobrevida y calidad de ésta.

SÍNDROME DE BOUVERET. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Drs. E. Coddou, J. López, M. Zambra, M. Barra. Servicio Cirugía. Hospital Clínico San Pablo. Coquimbo. Departamento de Clínica. Facultad de Medicina. Universidad Católica del Norte. Coquimbo. Chile.

RESÚMEN: Introducción: El Síndrome de Bouveret está caracterizado por una obstrucción gastroduodenal, debido a la impactación de un cálculo de origen biliar en el píloro o en el bulbo

duodenal, después de la migración de éste a través de una fístula. Esta es una entidad clínica infrecuente con aproximadamente 300 casos publicados en el mundo.

Objetivo: Presentar el caso de un paciente que fue sometido a cirugía y realizar una revisión del tema. **Caso clínico:** Hombre de 80 años de edad, con antecedentes de cardiopatía coronaria con doble by pass, arritmia por fibrilación auricular e hipertensión arterial. Presenta historia de tres meses, caracterizado por mala tolerancia al régimen, vómitos postprandiales y baja de peso. Paciente ingresa por progresión brusca de su sintomatología, asociado compromiso del estado general y deshidratación. Endoscopia digestiva alta revela retención gástrica secundaria a un píloro obstruido por cálculo que es infranqueable, ecografía abdominal muestra colelitiasis con vía biliar fina y en la tomografía abdominal destaca medio de contraste oral en la vía biliar. Se realiza hidratación y asistencia nutricional parenteral por siete días y es intervenido quirúrgicamente. Se realiza gastrotomía longitudinal en zona antral y se extrae gran cálculo que comunica con una fístula colecistogástrica, saliendo otros cálculos de menor tamaño. Colangiografía a través de fístula muestra remanente vesicular y una vía biliar indemne. Evoluciona en forma favorable sin complicaciones hasta el cuarto mes de seguimiento. **Discusión:** Se trata de una patología de muy baja incidencia, secundaria a patología biliar litiasica crónica que se presenta principalmente en pacientes añosos. La endoscopia es una de las mejores alternativas diagnósticas. El tratamiento endoscópico, así como las distintas alternativas quirúrgicas, basados en la extracción del cálculo vía gastro o duodenotomía, con o sin reparación de la fístula son aplicables en cada caso en particular, considerando los riesgos operatorios y las expectativas de vida del enfermo.

ÍLEO BILIAR COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE APENDICITIS AGUDA. PRESENTACION DE UN CASO CLÍNICO

Drs. V. Tobar⁽¹⁾; C. Barrientos⁽¹⁾; G. Czwiklitzer⁽¹⁾; M. Sierra⁽²⁾

⁽¹⁾Becado 3º Cirugía. Hospital San Juan de Dios. Universidad de Chile, ⁽²⁾Servicio Cirugía. Equipo Digestivo Alto. Hospital San Juan de Dios

Introducción: El Íleo Biliar es una obstrucción mecánica del tubo digestivo producida por un cálculo de gran tamaño, casi siempre después del paso de éste a través de una fístula bilioentérica. La edad media de presentación son 70 años y puede representar hasta el 25 % de las obstrucciones intestinales seniles en pacientes sin cirugía abdominal previa ni hernias. El siguiente caso ilustra la presentación de un Íleo Biliar como diagnóstico diferencial de apendicitis aguda

Material y Método: Diagnóstico y seguimiento de un caso clínico desde su ingreso a la Unidad de Emergencia del Hospital San Juan de Dios hasta su resolución quirúrgica y postoperatorio. **Resultados:** Paciente de sexo femenino, 76 años,

hipertensa, sin antecedentes de cirugía previa ni patologías médico quirúrgicas actuales. Ingresó por cuadro de 3 días de evolución caracterizado por dolor epigástrico y periumbilical que se desplaza a fosa iliaca derecha (FID). Asocia distensión abdominal y ausencia de deposiciones desde el inicio. Al examen inicial el paciente se encuentra afebril, hemodinámicamente estable, con abdomen distendido, dolor a palpación en FID y blumberg en la zona. Tacto rectal: ampolla rectal sin deposiciones. Recuento de glóbulos blancos normal, electrolitos normal, función renal normal, glicemia normal, con PCR aumentada 165. Radiografía de abdomen simple muestra dilatación de asa de intestino delgado con niveles hidroaéreos. Se plantea el diagnóstico de obstrucción intestinal, ¿origen apendicular?. Durante las primeras horas de evolución remite sintomatología, con solo leve distensión abdominal sin signos de irritación peritoneal. Nueva radiografía de abdomen muestra dilatación de asas de intestino delgado, sin niveles hidroaéreos, con imagen sugerente de pneumobilia. TAC de abdomen confirma pneumobilia, imagen litiasica en íleon distal, dilatación patológica de asas a proximal y probable fístula colecistoduodenal. Se decide cirugía encontrándose engrosamiento íleon a 30 cm de válvula ileocecal con cálculo que se desplaza con facilidad a proximal. Se realiza enterotomía y litoextracción. Paciente evoluciona favorablemente en el postoperatorio.

Conclusión: Se muestra un caso de obstrucción intestinal que plantea el diagnóstico diferencial de entre un Íleo biliar y un proceso apendicular en el que la intermitencia de sintomatología obliga a un mayor estudio y permite llegar al diagnóstico final.

ANGIOGRAFIA CON ESTIMULACION DE SANGRADO Y EMBOLIZACION SELECTIVA EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DE ORIGEN DESCONOCIDO: REPORTE DE UN CASO

Dr. G. Inostroza¹, C. Silva², M. B. Martínez³, Dr. G. Caselli¹, Dr. G. Urrejola¹, Dra. M. E. Molina¹, Dr. F. Bellolio¹, Dr. J. Reyes¹, EU. X. Meneses¹, Dr. A. Zuñiga¹, Dr. L. Meneses⁴, Dr. G. Pinedo¹

¹Unidad de Coloproctología del Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile, ² Interno Medicina Universidad Católica del Maule, ³Interna Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile, ⁴Departamento de Radiología Intervencional, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La hemorragia digestiva es una causa frecuente de hospitalización. En la mayoría de los casos, es suficiente la realización de un estudio endoscópico completo (alto y bajo) para aclarar su etiología. El porcentaje de paciente con hemorragia digestiva de etiología no aclarada es de un 10 a 20%. Reportamos el caso de un paciente con hemorragia digestiva alta activa con estudio endoscópico y radiológico persistentemente negativo, el cual fue sometido a una angiografía con provocación de sangrado intra-arterial y luego embolización selectiva

de vaso sangrante exitosa.

Caso clínico: Paciente de 21 años, sexo femenino. Ingresó al hospital de San Felipe para estudio por baja de peso de causa no precisada. Durante hospitalización cursó con cuadro de hemorragia digestiva alta masiva con compromiso hemodinámico y baja del hematocrito hasta 14%, que requirió politransfusión. Se trasladó al Hospital Clínico Universidad Católica para estudio y manejo. Ingresó hemodinámicamente estable, con hematocrito de 35%, persistiendo clínicamente la hemorragia (melena). Se realizó endoscopia digestiva alta que mostró duodenitis erosiva y hematoma duodenal. Se realizó angioTAC sin evidencia de sangrado activo que muestra hematoma duodenal en tercera y cuarta porción duodenal de 5x4 cm. Paciente persiste con hemorragia digestiva alta asociada nuevamente a compromiso hemodinámico y caída de hematocrito hasta 25%, por lo cual se decidió realizar angiografía para embolización selectiva. Durante ese procedimiento no se logró identificar el vaso sangrante, por lo cual se propuso incluir a paciente en protocolo de angiografía con provocación. Se realizó estimulación del sangrado con bolo de 5000 U heparina intra-arterial en sitio de sospecha de sangrado (arco pancreato-duodenal). Posterior a eso, se logró visualizar sitio de extravasación de contraste a nivel de cuarta porción duodenal, realizándose embolización selectiva de esa rama. Paciente evolucionó satisfactoriamente desde punto de vista hemodinámico, sin evidencia de nuevos episodios de hemorragia digestiva. Discusión: En las hemorragias digestivas de origen desconocido, el protocolo de angiografía con provocación de sangrado intra-arterial y luego embolización selectiva de vaso sangrante ha sido reportado en series internacionales como una herramienta segura, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de los pacientes, logrando resolución definitiva en al menos el 50% de ellos. En este caso, la aplicación de esta innovadora técnica evitó la necesidad de una intervención quirúrgica compleja y de su morbilidad asociada.

RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA DE ILEO MECÁNICO DE INTESTINO DELGADO. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 17 CASOS.

Dr. N. Quezada, Int. P. Pino, Dr. E. Norero, Dr. R. Funke, Dr F. Crovari, Dr. N. Jarufe. Departamento de Cirugía Digestiva. División de Cirugía. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La obstrucción mecánica de intestino delgado es una causa frecuente de consulta en los servicios de urgencia. Se estima que aproximadamente un 50% de estos pacientes requerirán cirugía y el abordaje tradicional para esta es una laparotomía. El objetivo de este trabajo es describir una serie de 17 pacientes con obstrucción de ID en que se intentó resolución mediante laparoscopia.

Métodos: Análisis retrospectivo de la base de datos del servicio de cirugía. Se seleccionaron los casos

con diagnóstico de ingreso de Ileo mecánico que requirieron cirugía, cuya resolución se intentó por laparoscopia. Se extrajo la información clínica relevante.

Resultados: Se identificaron 17 casos, 9 hombres y 8 mujeres, con edad promedio de 46 ± 12 años (rango: 27-68). Todos los pacientes contaron al ingreso con TAC de abdomen y pelvis cuyo diagnóstico fue de obstrucción intestinal por bridas. Diez pacientes tenían cirugías abdominales previas y 7 bridas congénitas. De los 17 casos, 14 se resolvieron por laparoscopia (83%) y 3 requirieron conversión, 2 por resección intestinal y una por duda diagnóstica. El ingreso a la cavidad abdominal se realizó en 9 casos con técnica de Hassan, en 5 casos con trocar óptico y en 3 casos con Verres. La inserción de trócares no fue uniforme. El tiempo operatorio promedio fue de 65 ± 27 (rango: 30-120). La realimentación en promedio ocurrió a las 43 ± 25 horas (rango: 24-96) y la estadía hospitalaria fue de $5,1 \pm 1,9$ días (rango: 2-8). Solo un paciente presentó como complicación una atelectasia. Ningún paciente requirió reintervención y no se han registrado reingresos por obstrucción intestinal. Conclusión: La resolución por laparoscopia fue factible en un porcentaje importante de los casos de esta serie, prácticamente sin morbilidad y con estadía hospitalaria y realimentación similar al abordaje clásico. Se requiere ampliar la experiencia para tener conclusiones categóricas.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE CARDIAS

Drs. José Salinas¹, Gabriela Walter¹ y Juan Stambuk^{2,3}

¹ Becario Cirugía General, Universidad de Chile, H. San Juan de Dios, ² Equipo Cirugía Oncológica H. San Juan de Dios, ³ Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Fuerza Aérea de Chile

Introducción: En los últimos años, los estudios epidemiológicos han demostrado una mayor incidencia del adenocarcinoma esofágico en relación al carcinoma espinocelular, lo cual está relacionado con el reflujo gastroesofágico y la metaplasia secundaria de la mucosa esofágica. Por otro lado, se ha producido una migración en la ubicación del cáncer gástrico hacia las regiones proximales, afectando secundariamente el cardias. El objetivo del estudio fue evaluar a los pacientes resecados de tumores que comprometían la unión gastroesofágica o región cardial, los cuales fueron clasificados utilizando la clasificación de Siewert. El estudio tiene como objetivo analizar las técnicas quirúrgicas utilizadas, la morbilidad operatoria, número de linfonodos resecados y la sobrevida. Material y Métodos: Revisión retrospectiva de los pacientes sometidos a gastrectomía y/o esofagectomía por cáncer que compromete la unión gastroesofágica en el equipo de Cirugía Digestiva del Hospital San Juan de Dios y del Hospital de la Fuerza Aérea de Chile.

Resultados: Se operaron 40 pacientes en los últimos 10 años, la mayoría de los pacientes de sexo

masculino (75%) de un promedio de 61.9±8.4 años (43-78). Hubo 5 (12.5%) pacientes con lesiones Siewert I a quienes se sometió a una esofagogastrrectomía en dos campos (Lewis-Tanner). A los pacientes con lesiones Siewert II (17.5%) y Siewert III (70%) se les practicó una gastrectomía total D2RO con esofagectomía distal, accediendo al mediastino a través de la maniobra de Pinotti y reconstrucción del tránsito con asa en Y-de-Roux. El tiempo operatorio promedio fue de 222.3±30.4 minutos (180-255). El 75% de las anastomosis fueron con engrapadoras mecánicas. No hubo mortalidad durante los primeros 30 días post-operatorios. Hubo 2 (5%) complicaciones quirúrgicas por fístula y abscesos. La tasa de complicaciones médicas fue de 5%. Todas las lesiones fueron adenocarcinomas, tipo intestinal 62.5%, tipo difuso 25% y mixto 12.5%. Todas las lesiones fueron avanzadas excepto un caso. El total de ganglios resecaados fue de 30.5±15.4 (8-64) y los ganglios comprometidos fueron en promedio 4.2±4.8 (0-19). La distribución por etapas fue: Etapa I 15%, Etapa II 15%, Etapa III 55% y Etapa IV 15%.

CONCLUSIÓN: En los Siewert I la cirugía recomendada es la esofagogastrrectomía con linfadenectomía en dos campos y en los cánceres Siewert II y III la cirugía recomendada es la gastrectomía total más esofagectomía distal con acceso al mediastino a través de la maniobra de Pinotti. En nuestra serie se realizó el tratamiento quirúrgico con una baja morbilidad y sin mortalidad peri-operatoria.

CÁNCER GÁSTRICO Y PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICO INMUNE: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Dres. A. Riquelme¹, S. Hidalgo¹, F. Monsalve¹, M. Henríquez², O. Gamarra³, E. Rivas³

¹Residente Cirugía Universidad de Concepción, Hospital Las Higueras. ²Hematólogo, Servicio Medicina Interna, Hospital Las Higueras. ³Cirujano Digestivo, Servicio de Cirugía, Hospital Las Higueras, Talcahuano, Facultad de Medicina, Departamento de Postgrado, Universidad de Concepción

Si bien el púrpura trombocitopénico autoinmune y el cáncer gástrico son dos entidades frecuentes de observar, la coexistencia de éstas es infrecuente. El Púrpura Trombocitopénico Idiopática (PTI) es una enfermedad hemorrágica mediada por anticuerpos antiplaquetarios los cuales ocasionan una acelerada destrucción de plaquetas circulantes, combinada con una deficiente producción de plaquetas. Si bien su evolución generalmente es puede presentar un comportamiento refractario, siendo necesario en algunos casos realizar esplenectomía.

De acuerdo a la literatura, si bien el PTI se asocia con trastornos linfoproliferativos, sólo ocasionalmente se observa la coexistencia con tumores sólidos, como el cáncer gástrico. No obstante presentan un agente en común: la infección crónica por *Helicobacter Pylori*, observando en el caso del PTI, una recuperación del conteo plaquetario al erradicarlo.

Caso Clínico: Paciente de sexo femenino de 65 años hipertensa, con antecedentes de LCFA, pielonefritis crónica además de apendicectomía y embarazo ectópico.

Inicia estudio en policlínico de hematología del Hospital Base Las Higueras en mayo de este año, por plaquetopenia (48.000) sin signos ni síntomas hemorrágicos. Se certifica diagnóstico de PTI por mielograma y clínica, iniciando tratamiento con prednisona con buena respuesta.

Paralelamente se solicita endoscopia digestiva alta por antecedente de reflujo gastroesofágico que informa una lesión ulcerada tipo Bormann II de 20 mm de diámetro en cara posterior con biopsia positiva para adenocarcinoma gástrico, derivándose al policlínico de cirugía para completar estudio de diseminación el que resulta negativo. Se hospitaliza en Julio de este año para resolución quirúrgica, realizando nuevo recuento plaquetario que evidencia plaquetas de 53.000. Se solicita reevaluación por hematología, indicando cursos de dexametasona, sin respuesta, alcanzando conteo plaquetario de 15.000 (14/07/10).

Ante la refractariedad se decide realizar esplenectomía más gastrectomía dentro del mismo acto quirúrgico. Se inicia Azatioprina asociado a dexametasona 4 días previo a la cirugía, recuperando cifra plaquetaria a 48.000 (20/07). Ingresa a pabellón el día 22/07/10. Se realiza esplenectomía, con transfusión de 8 unidades de plaquetas previa a gastrectomía, la cual se realiza sin incidentes. La paciente evoluciona favorablemente, con recuentos plaquetarios seriados normales a la fecha. **Discusión:** La esplenectomía permanece aún como el tratamiento más efectivo en PTI crónico con una respuesta del 75% a largo plazo, aunque con un 20% de recaídas. Respecto a nuestro caso, si bien la asociación entre ambas entidades no es común, esta pudiese tener sustentación en la infección crónica por *Helicobacter Pylori*.

TRATAMIENTO LAPAROSCOPICO QUISTE HIDATIDICO HEPATICO

Dres. P. Pinto (1), C. Vallejos (1), E. Cruces (1), J. Lobos (2), F. Hernández (1), M. Ríos (1)

(1) Servicio de Cirugía, Hospital Regional de Coyhaique. (2) Servicio de Cirugía, Hospital del Salvador, Santiago.

Introducción: La hidatidosis es una zoonosis endémica en el país, siendo las regiones de la Araucanía, Magallanes y Aysen las más afectadas. Destaca nítidamente esta última con una incidencia 23 veces mayor que la nacional. Lo anterior hace que este equipo de trabajo presente una amplia experiencia (30 años) en cirugía abierta de la hidatidosis hepática (HH).

En esta oportunidad se desea dar a conocer un estudio prospectivo, iniciado en el año 2006, sobre la utilización de la cirugía laparoscópica en el manejo de la enfermedad hidatídica hepática. El objetivo de esta comunicación es describir los detalles técnicos, protocolo de manejo y resultados de la aplicación de la laparoscopia en la HH. **Material y Metodo:** Análisis prospectivo y descriptivo

de una serie de 31 casos consecutivos de pacientes portadores de HH intervenidos quirúrgicamente, entre enero 2006 a enero 2009 (3 años) en el Hospital Regional de Coyhaique.

El protocolo de estudio utilizado incluye a todos los paciente portadores de HH tipo I y III y los tipo II menores a 5 cms. según la clasificación de la OMS Todos fueron estudiados mediante laboratorio general y hepático, además de la realización de Rx. de tórax y ecotomografía abdominal.

Previo a la realización de la cirugía se les indicó quince días de Albendazol (10 mg/kg/día divididos en dos dosis) y dos meses en el post operatorio, con el propósito de disminuir la posibilidad de recidiva hidatídica.

La técnica quirúrgica empleada fue la evacuación de la membrana parasitaria y resección parcial de la periquística prominente. Siempre se dejó drenaje a la cavidad residual.

Los controles post-operatorios se realizaron al 1º, 3º y 6º mes y luego anualmente a modo de conocer la evolución y pesquisar eventuales complicaciones o recidivas.

Resultados: Treinta y un pacientes con 40 quistes fueron considerados para el manejo laparoscópico, de ellos 17 fueron mujeres y 14 hombres con un promedio de edad de 37 años (rango: 5-73). El estudio radiológico según clasificación OMS reveló que el 68.6% de ellos correspondía a CE1, siendo únicos en el 74% y ubicados mayoritariamente en el lóbulo hepático derecho (68%). El tiempo quirúrgico fue de $79,83 \pm 35,5$ (30-160) y hubo que efectuar dos conversiones (6.45%) por presencia de bilis y falta de visualización del quiste. La evolución fue sin complicaciones en 22 (75.86%). La complicación más frecuente fue la fístula biliar en 3 pacientes (10.34%). Se reoperaron dos (6.9%) por infección de la cavidad residual. La estadía post-operatoria fue de 3.6 ± 3.2 días (1-14). El promedio de seguimiento ha sido de 28.42 ± 9.55 meses (16-48) habiéndose constatado hasta la fecha una recidiva (3.45%). No hubo letalidad en esta serie. Cabe hacer mención que la revisión de los resultados estuvo a cargo de un médico independiente al grupo de trabajo quirúrgico.

Conclusiones: La técnica laparoscópica, aplicada con criterio selectivo, es una alternativa útil para el tratamiento de pacientes con hidatidosis hepática puesto que sus resultados son comparables con los de estudios existentes de la cirugía abierta.

ESOFAGOGASTRECTOMIA TOTAL EN BLOCK EN CANCER GASTROESOFAGICO TIPO IV

Drs. Rodrigo Abularach C., Ricardo Cerda S., Federico Hernández F.*, Fernando Uribe R**, Yamile Haito Ch **, Alejandra Quintas W., Carlos Matus F.*

Servicio de Cirugía Complejo Asistencial Barros Luco. Depto. Cirugía Sur. F. de Medicina. U. de Chile. * Académicos U. de Chile. ** Becado Cirugía General U. de Chile.

Introducción: El Cáncer Gastroesofágico (CGE) avanzado representa un enorme desafío para los cirujanos, especialmente cuando se trata del tipo IV de la clasificación de Siewert modificada por Burmeister, que compromete el tercio superior del estomago, unión gastroesofágica, el esófago distal y torácico, porque su manejo quirúrgico, exige la resección de estómago y esófago, y su reemplazo con un ascenso del colon con criterio mas bien paliativo.

Material y Métodos: Se trata de una serie de casos prospectiva de 3 pacientes sometidos a una Esófago-Gastrectomía total (EGT) en block sin t toractomía con reemplazo esofágico con ascenso de colon transverso isoperistaltico por mediastino posterior, con esófago-coloanastomosis cervical y colo-yeyunoanastomosis sobre asa de Roux. entre los años 2008 al 2009. Son 3 varones, con edad promedio de 52 años, (max 68 años, min 34 años) con un cancer gastroesofágico tipo IV de Siewert modificado, estudiados con Endoscopia y biopsia, Tomografía axial computada (TAC) de tórax abdomen y pelvis, Rx. con doble contraste de esofago, estomago y duodeno, con evaluación cardiovascular, respiratoria y anestésica, con colonoscopia y consentimiento informado, que se ajusten a los criterios de operabilidad, y en el acto operatorio, a los de reseccabilidad, que cumplieron los requisitos para someterse a la cirugía programada. Todos los pacientes fueron operados por un mismo cirujano. RESULTADOS.- Los 3 pacientes consultaron por disfagia lógica y progresiva con baja de peso de 10-15-16 kgs. respectivamente, con exámenes compatibles con el diagnóstico de CGE tipo IV de Siewert modificada, etapificados de la misma forma y sometidos a la técnica planificada ya descrita; se realimentan al 8º-10º día, presentan 5 complicaciones respiratorias (Neumotórax 1, Derrame pleural 1 y Neumopatía aguda 3) y 2 quiúrgicas (1 fistula de colo-yeyunoanastomosis autolimitada y 1 evisceración contenida bien tolerada), no requieren reoperaciones, ni se observa mortalidad, y se van de alta a los 23, 16 y 20 días de postoperados. CONCLUSIONES.- Con una adecuada selección de los casos, una evaluación y etapificación preoperatoria ajustadas, con una preparación de colon adecuada, y un equipo quirúrgico solvente es perfectamente posible aplicar este tipo de resección, con el objetivo de mejorar el tiempo y la calidad de sobrevida.

SOBREVIDA DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO INCIDENTAL DE CANCER DE VESICULA REOPERADOS CON CUÑA HEPATICA

Drs. Y Haito, C Suazo, A Lopez, H Kosler, F Uribe, E Lira, R Abularach.

Servicio de cirugía, Hospital Barros Luco Trudeau, Servicio de Salud Metropolitano Sur.

Introducción:El cáncer de vesícula biliar (CV) constituye la primera causa de muerte por cáncer en la población femenina. La mayoría de los casos son

diagnosticados incidentalmente en pacientes colecistectomizados por patología biliar aguda o crónica, con una incidencia de 1 a 2%. El tratamiento y pronóstico del CV depende directamente del estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico. La cirugía es la única opción potencialmente curativa, sin embargo, sólo entre el 10 - 30% de los pacientes son candidatos a resección curativa al momento del diagnóstico.

Objetivo: Evaluar la sobrevida de los pacientes reoperados por diagnóstico incidental de cáncer de vesícula biliar entre los años 2000 y 2009 en el servicio de cirugía del Hospital Barros Luco Trudeau. **Material y método:** Se realizó una revisión retrospectiva de fichas clínicas de los pacientes con diagnóstico incidental de cáncer de vesícula biliar post colecistectomía y sometidos posteriormente a cuña hepática con márgenes quirúrgicos negativos entre los años 2000 y 2009, sin tratamiento coadyuvante. El análisis estadístico fue mediante las curvas de sobrevida de Kaplan-Meier y la comparación de sobrevida con el test log-rank. **Resultados:** Se identificaron 22 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión. La edad promedio fue 59 años (intervalo: 34 a 71 años) con predominancia del sexo femenino (73%). El tiempo de espera promedio entre ambas cirugías fue 73 días (intervalo: 29 a 192). Por no contar con el número mínimo requerido de ganglios en la pieza operatoria no se pudo realizar una adecuada etapificación. De los pacientes evaluados el 4,6% (1 paciente) correspondió a un Tis, el 40,9% (9) a T1, el 45,5% (10 pacientes) a T2 y el 9,1% (2 pacientes) a T3. El 32,8% (7 casos) de los pacientes fallecieron. En 2 casos se debió a complicaciones postoperatorias, en 4 a recidiva y en 1 fue debido a patología no relacionada. La recidiva se presentó en promedio a los 18 meses del diagnóstico (intervalo: 10 a 95). La sobrevida general libre de enfermedad de estos pacientes fue de 74 meses y la sobrevida de acuerdo al estadio fue 71 meses para T1 y 58 meses para T2 (p 0.586) no se calculó la sobrevida para las etapas Tis y T3 por ser muestras independientes insuficientes.

Conclusión: La sobrevida general de pacientes sometidos a cuña hepática en esta serie fue 74 meses.

No se encontró diferencia significativa al relacionar la sobrevida con el grado de infiltración tumoral en la pared.

CIRCUITO ENTERO ENTERAL EN YEYUNOSTOMÍA A 15 CM ÁNGULO TREITZ. CASO CLÍNICO.

Drs. M. Slako⁽¹⁾, C. Cavalla⁽¹⁾, A. Rojas⁽¹⁾, L. Muñoz⁽¹⁾, C. Bergh⁽¹⁾, C. Rojas⁽²⁾.

⁽¹⁾ Servicio de Cirugía Adulto, ⁽²⁾ Nutricionista Servicio Alimentación. Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar.

El uso de ostomías en un abdomen séptico secundario a una filtración de una anastomosis es una alternativa que puede salvar la vida de un paciente pero que se asocia a sus propias complicaciones. A su vez,

mientras más proximal sea en el intestino, es más difícil el manejo nutricional del paciente. El objetivo de este trabajo es presentar una alternativa de tratamiento nutricional en un paciente con una yeyunostomía proximal a 15 cm del ángulo de treitz secundario a un shock séptico abdominal por una filtración de anastomosis.

Caso Clínico: Paciente de 28 años, extranjera, obesa mórbida, con poliadicciones que es intervenida de urgencia por una necrosis intestinal de 70 cm de yeyuno a 15 cm del ángulo de treitz, en un cuadro de dolor abdominal, hematemesis, diarrea sanguinolenta y anemización de una semana de evolución. La paciente fue resecada y anastomosada, evolucionando con una sepsis abdominal secundaria a una filtración de su anastomosis. Fue reintervenida realizándose un desmontaje de la anastomosis y una yeyunostomía más fístula mucosa y laparostomía. Requirió 35 días de hospitalización en UCI, 8 días de ventilación mecánica. Evoluciona con una yeyunostomía de alto débito y sin continuidad del tránsito intestinal, se inicia NPT asociado a un sistema de alimentación por vía enteral a través de la fístula mucosa, por donde se hace reingresar la totalidad del débito recolectado de la yeyunostomía hacia la misma fístula mucosa, junto a la nutrición enteral mediante un sistema de bombas de infusión continua constituyendo un circuito entero - enteral. Se suspende NPT al 7mo día de inicio. Desde el 8vo día en UCI con alimentación enteral exclusiva, cubre 100% de los requerimientos nutricionales a través de sistema de recirculación, el que mantuvo hasta cirugía de reconstitución tránsito. La paciente presentó recuperación de su estado séptico y de sus parámetros nutricionales. Se realiza reconstitución del tránsito intestinal el día 62. Con buena evolución post operatoria. **Conclusión:** El circuito entero enteral es una técnica descrita principalmente para recién nacidos con intestino corto secundario a enterocolitis necrotizante. En el caso presentado fue una herramienta útil en el manejo nutricional de la paciente ya que permitió realizar con éxito su reconstitución precozmente.

MORBIMORTALIDAD DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER GÁSTRICO HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE.

Dres: G. Llewelyn¹, A. Rojas², M. Slako¹, C. Bergh¹, V. Silva¹, L. Muñoz¹.

¹Servicio de Cirugía Hospital Dr. Gustavo Fricke, ² Becado de cirugía general. Facultad de Medicina Universidad de Valparaíso.

Introducción: El cáncer gástrico es una patología neoplásica de pobre pronóstico y de alta mortalidad. El único tratamiento que puede lograr curación y sobrevida prolongada es, hasta ahora, la cirugía con criterio oncológico. Sin embargo, se trata de una cirugía prolongada, técnicamente compleja que no esta exenta de morbimortalidad importante para los pacientes. **Objetivos;** evaluar la morbimortalidad asociada al tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico en pacientes sometidos a cirugía con intención

resectiva, según tipos de gastrectomías y linfadenectomías, buscando factores predictores de resultados adversos. Materiales y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo de la de pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico entre el 1 de enero de 2000 al 31 de diciembre de 2009, en servicio de cirugía del Hospital Dr. Gustavo Fricke. Se define la mortalidad operatoria, como aquella que ocurre hasta 30 días después de la cirugía o bien durante la hospitalización asociada a la intervención quirúrgica. Morbilidad en tanto, como aquella situación clínica contraria a la evolución clínica esperada. Se analiza la mortalidad global y según tipos de gastrectomías y linfadenectomías. También se describe la morbilidad global y aquella asociada a la magnitud de la cirugía. El análisis estadístico fue realizado mediante la prueba de Chi cuadrado (univariados) y regresión logística (multivariados), se considero diferencias significativas un valor de $p < 0.05$. Resultados: El grupo de estudio consistió en 350 pacientes operados por cáncer gástrico en el periodo de estudio. El 70% del total es del género masculino, con un promedio de edad de 64 años (35-88). Mortalidad global de 5.7%, Morbilidad general del 17%. Según tipos de gastrectomías, 5.9% para total y 3.7% para subtotal de porcentaje de mortalidad. Morbilidad de total v/s subtotal, 17.8% v/s 11.27% respectivamente. Mortalidad según linfadenectomía, 4.8% en D1 y 6.16% en D2. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre tasas de morbimortalidad según cirugía realizada y tipo de linfadenectomía practicada. Mostraron valor predictivo de morbimortalidad, el ASA, edad y las comorbilidades medicas asociadas. Conclusiones: Las cifras de morbimortalidad se encuentran dentro de las esperadas para este tipo de cirugía. Mostrando una reducción significativa en relación a publicaciones previas de este centro, sin embargo aun es necesario reducir estas cifras para buscar resultados similares a centros de alto volumen quirúrgico.

PERFORACION INTESTINAL POR TUMOR DE GIST, REPORTE DE UN CASO

Drs. B. Gil¹, P. Cortés², C. Derosas¹, R. Bahamondes², W. Medina³

1. Residentes de Cirugía Universidad de Santiago de Chile
2. Cirujano Servicio de Urgencias 3. Jefe Turno VI Servicio de Urgencias. Complejo Hospitalario San José.

Introducción: Los tumores de GIST son de baja frecuencia (menor del 1% de los tumores gastrointestinales) pudiendo aparecer en cualquier lugar del tracto digestivo siendo la ubicación más frecuente el estómago. En nuestro centro en los últimos 8 años se han diagnosticado 19 casos, y de estos el 26,3% a GIST de intestino delgado (2 duodenales y 3 de yeyuno).

Presentación del Caso: Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 52 años con antecedente de tres hospitalizaciones previas por hemorragia digestiva alta sin encontrarse un origen en los estudios. Acude al servicio urgencia por presentar cuadro clínico de dolor abdominal, fiebre

y vómitos, al examen físico destaca marcada sensibilidad abdominal, con signos de irritación peritoneal. Se realizan exámenes complementarios de laboratorio demostrando leucocitosis de 17.000/dl sin otro parámetro alterado. Se realiza TC abdomen y pelvis que demuestra neumoperitoneo y colección a nivel de yeyuno proximal por lo que se decide realizar laparotomía exploradora encontrándose un gran plastrón abscedado de asas de yeyuno, íleon terminal y mesocolon sigmoides, secundario a tumor perforado de yeyuno (a 10 cm del ángulo de treitz aprox.), se reseca segmento de yeyuno afectado realizándose anastomosis intestinal termino terminal con monofilamento reabsorbible a 5 cm del ángulo de treitz, se manda la pieza a biopsia diferida cuyo informe definitivo corresponde a tumor GIST de bajo grado. Paciente evoluciona en forma satisfactoria con soporte nutricional parenteral y enteral progresivo además de antibiótico terapia siendo dada de alta al octavo día postoperatorio sin complicaciones.

Discusión: Si bien los tumores de GIST son de baja frecuencia y asociados al estómago, estos pueden ser causa de perforación intestinal. Es por esto que el seguimiento de los pacientes y de sus biopsias luego de una cirugía de urgencia es fundamental ya que condicionará su pronóstico.

LINFOEPITELIOMA PRIMARIO DE ESÓFAGO

Drs. E. Celedón, F. Imigo, C. Cifuentes, A. Venturelli, C. Cárcamo.

Sub Departamento de Cirugía. Hospital Regional de Valdivia. Instituto de Cirugía. *Instituto de Anatomía Patológica. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile.

El linfopitelioma es un carcinoma indiferenciado (de Schminke) con un prominente infiltrado linfocitario, característico de la nasofaringe. Se han reportado múltiples casos en piel, mama, cuello uterino, estómago y pulmón. Se asocia a infección por virus Epstein-Barr, situación que en el esófago es rara. Paciente mujer de 70 años consultó por disfagia lógica progresiva de 5 meses asociada a baja de peso de 7 kg. Se realizó Endoscopia digestiva alta la cual evidenció lesión ulcerada en el tercio inferior con esofagitis secundaria. La biopsia evidenció células neoplásicas de un carcinoma escamoso. Se realizó esofagectomía transhiatal con ascenso del tubo gástrico vía retroesternal. Sin complicaciones postoperatorias fue dada de alta a los 16 días.

La biopsia operatoria evidenció un cáncer avanzado de tipo carcinoma nasofaríngeo no queratinizante variedad de Schmincke (linfopitelioma) indiferenciado ubicado en esófago inferior y unión gastroesofágica de 4 por 3,5 cm. el cual compromete hasta la adventicia, sin compromiso ganglionar. Inmunohistoquímica para virus Epstein-Barr negativo. Evaluada por Otorrinolaringología se descarta primario nasofaríngeo. Paciente se somete a radioterapia al lecho tumoral completando 4000 cintigray. En control en policlínico de cirugía paciente esta viva sin evidencia de recidiva del tumor con una sobrevida de 132 meses.

HERNIA TRAUMÁTICA DE LA PARED ABDOMINAL.

Drs. J. Morales^{1,2}, A. Osses³, J. Hermosilla⁴, M. Medina⁴, P. Navarrete⁴.

¹Jefe Internado Cirugía, Universidad Católica de la Sma. Concepción, ²Servicio Cirugía Hospital Clínico Herminda Martín, ³Servicio de Urgencia, Hospital Clínico Herminda Martín, ⁴Interno Medicina, Universidad Católica de la Sma. Concepción Servicio de cirugía, Hospital Clínico Herminda Martín.

Introducción: La hernia traumática de la pared abdominal (HTPA) es de baja frecuencia, con una ocurrencia de 1% para traumatismos violentos, es producto de una serie de factores como el incremento de la tensión muscular, la dirección y grado de la fuerza de choque, y tamaño del objeto impactante. El efecto final son fuerzas de cizalla sobre los músculos de la pared, seccionándolos a distintos niveles o desinsertándolos. Se clasifican según el agente lesional, donde los más frecuentes son causados por accidente automovilístico. Su definición, clasificación y manejo aun es controversial, principalmente en cuanto al momento de su resolución quirúrgica (urgencia o diferida) y técnica empleada.

Objetivo: Presentar cuadro clínico de hernia traumática de la pared abdominal y revisión de la literatura.

Caso Clínico: Paciente de 76 años que consulta por cuadro de dolor abdominal intenso y vómitos fecaloídeos de 5 días de evolución, posterior a trauma abdominal contuso por caída de bruceos sobre mueble. Al examen físico destaca abdomen distendido con resistencia muscular, dolor abdominal intenso y equimosis difusa en región supraumbilical. Se realiza Laparotomía exploradora encontrando hernia abdominal traumática en la pared abdominal, con asa de intestino delgado, sufriente, con microperforación, bajo el plano celular subcutáneo, en región supraumbilical, con orificio herniario traumático de aprox. 5 cms, y gran cantidad de coágulos en su vecindad. La exploración abdominal demuestra hemoperitoneo de escasa cuantía y lesión intestinal de aprox. 2 mm a 60 cm de la válvula ileocecal. Se realiza enterorrafia con dexón y se instala malla de prolene suprafascial. Paciente evoluciona de manera favorable con RHA (+) y deposiciones (+) a los 5 días post operada, siendo dada de alta en buenas condiciones.

Discusión: La presentación clínica de HTPA puede ser tardía, por lo que requiere de un alto índice de sospecha. En la mayoría de los casos el diagnóstico es clínico y en un menor porcentaje como hallazgo quirúrgico. El examen más sensible para su diagnóstico es el TAC, teniendo además la ventaja de informar la presencia de lesiones intraabdominales asociadas, las que se pueden encontrar en un 67% de los casos. Existe importante controversia en cuanto a su manejo.

El uso de mallas protésicas ha disminuido la recidiva de hernias ventrales y HTPA, y sólo estaría contraindicada, dependiendo del criterio quirúrgico, cuando existe gran contaminación de la zona. Creemos que la utilización de material protésico en este tipo de cuadros clínicos es una alternativa viable.

REDUCCIÓN LISTA DE ESPERA DE HERNIAS DE PARED ABDOMINAL, POR CIRUJANOS ACOGIDOS AL ART. 44

Drs. C. Silva, G. Guzman, R. Vela, P. Velazquez
Hospital Barros Luco Trudeau. Departamento Cirugía Sur, Universidad de Chile.

Introducción: Hasta el año 2008 la lista de espera por hernias de pared abdominal, se había incrementado, alcanzando cifras de 1983 pacientes. Con el objetivo de disminuir esta lista, los cirujanos acogidos al beneficio de jubilación parcial, Art. 44 del CABL (Complejo Asistencial Barros Luco), se comprometieron a intervenir un número indeterminado de pacientes con esta patología. En esta revisión se podrá demostrar el impacto que tuvo este programa en la reducción de la lista de espera una vez que comenzó a funcionar desde Marzo del año 2009.

Material y Método: Se revisó la lista de espera de pacientes con hernias de pared abdominal del Hospital Barros Luco desde el año 2005 al 2008 (datos de unidad de estadística CABL), estos fueron separados por tipo de hernias, además de obtener el número promedio por año de pacientes nuevos que fueron ingresados a esta lista. Estos resultados se compararon a la lista de espera obtenida en diciembre del año 2009 una vez que comenzó el programa de cirugías realizadas por cirujanos de Art. 44 en Marzo de ese mismo año.

Resultados: Hasta diciembre del año 2008 existía un número de 1983 pacientes en lista de espera por hernias de pared abdominal. El promedio de ingreso por año de pacientes nuevos por esta patología a esta lista fue de 760 pac. Entre el año 2005 y 2008, se obtuvo un promedio de 472 hernioplastias realizadas por año. Una vez que comenzó el programa de reducción de esta lista de espera, desde Marzo del 2009, se realizaron durante este periodo (Marzo a Diciembre) 752 hernioplastias, reduciendo esta lista a 974 pacientes a Diciembre 2009. Hay que señalar que esta lista se redujo también gracias a que se realizó una revisión exhaustiva de esta y se sacaron parte de estos pacientes.

Conclusión: Con estos resultados, se puede concluir que gracias a este programa se pudo reducir en forma importante la lista de espera de pacientes con esta patología, esto realizado con recursos del Hospital Barros Luco y el grupo de cirujanos de Art. 44. A pesar de esta reducción, se podría aún más reducir

e incluso hacer desaparecer esta lista de espera, si se pudieran realizar estrategias para poder aumentar aún más el número de hernioplastias realizados por cirujanos acogidos al Art. 44.

CIRUJANO DE HERNIAS. ES REALMENTE POSIBLE. ANÁLISIS EN UN HOSPITAL PÚBLICO.

Drs. J. Grageda, H. Bosch, C. Godoy, C. Vargas, R. Peña.
Hospital de Urgencia de la Asistencia Pública.

Introducción: En Chile se realizan un promedio de 30.000 Hernioplastia al año, siendo un 10% Recidivas (70.000), siendo la más frecuentes la Hernia Inguinofemoral (75%). La relación varón/mujer general fue de 2,7/1 para las herniorrafias inguinales, siendo 4/1 para los adultos y 1,7/1 para los menores de 15 años. El estudio a nivel nacional se efectuó utilizando las bases de datos del Instituto Nacional de Estadísticas, y del Ministerio de Salud. Llevado a un creciente grupo de cirujanos tome un especial interés por este campo específico de cirugía. En los años 90 surge el concepto de “cirujano de hernias”, respaldando los conceptos pioneros de la Clínica Shouldise.

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. Es este el punto de análisis al respecto, Cual debería ser el perfil del cirujano de hernia?. Debería operar exclusivamente hernia? Habrá suficientes cirujanos y centros especializados para dar cobertura a las necesidades de nuestra población?
Métodos: Se realiza un estudio sobre la prevalencia de hernioplastias inguinales efectuado a nivel nacional durante el año 2008. Esta información estadística la obtuvimos del INE y del MINSAL. Utilizando como método estadístico retrospectivo, transversal de la información disponible en la Unidad de Estadística del servicio de cirugía del hospital de la Asistencia Pública y a las bases de datos elaborada por el equipo responsable del presente estudio para evaluar nuestros resultados de manera comparativa.
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 releguen esta área a los residentes de menor jerarquía, que en muchos casos se limitaron a simplemente cerrar orificios sin el conocimiento anatómico-funcional para comprender los que se estaba Pseudo-reparando. Llegando a la conclusión que “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 ser Cirujano de Hernias no es un título que se adquiere por asignación. El verdadero significado de ese termino es solo 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 y residentes cuando somos invitados a apoyar en el área académica o en la atención de aquellos casos dificultosos o especiales.

INFECCIONES DE HERIDA OPERATORIA EN REPARACION HERNIARIA INGUINAL CON MALLA.

Drs. J. Grageda, H. Bosch, C. Godoy, C. Varga, R. Peña.

Hospital de Urgencia de la Asistencia Pública.

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 e el INE el cual ha definido en el año 2009 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, Pubmed, SCielo) utilizando las palabras claves “Hernia inguinal, material protésico e infección postoperatoria”. Así como se evaluó el comportamiento bacteriológico del propilpropileno y de los nuevos materiales como las prótesis ligeras parcialmente absorbibles, 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 (propilpropileno), está entre el 3-4%. Con 5 casos reportados en un total de 133 pacientes operados entre los años 2000 y 2009 en nuestro servicio de cirugía. 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 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.

MANEJO DE LA HERNIOPLASTIA INGUINAL ABIERTA EN TIEMPOS DE CIRUGÍA MINIMAMENTE INVASIVA. ANÁLISIS EN UN HOSPITAL PÚBLICO.

Drs. J Grageda, H Bosch, C Godoy, C Vargas, R Peña.

Hospital de Urgencia de la Asistencia Pública.

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. La hernia inguinal es la primera causa de cirugía para el cirujano general, su presentación y frecuencia constituyen un gran problema social y económico. Pretendemos encontrar la mejor forma para realizar la reparación de este tipo de hernias.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo en donde se analizaron los datos obtenidos de la revisión de fichas clínicas de hospital pública de la Asistencia pública entre los años 2000 y 2009 que incluyó 629 cirugías. Se efectuó un estudio descriptivo con el objetivo de conocerlas las características de edad y sexo, permanencia promedio de hospitalización de los pacientes egresados por hernioplastia inguinal. Mediante el estudio estadístico retrospectivo, transversal de la información disponible en la Unidad de Estadística del servicio de cirugía y a las bases de datos elaborada.

Resultados: De los 347 pacientes estudiados con patología herniaria inguinal, los datos que se recabaron fueron edad, sexo, sitio de la hernia, tipo de hernia, técnica quirúrgica, material utilizado para la reparación, tiempo quirúrgico, anestesia, complicaciones anestésicas y operatorias inmediatas, tiempo transcurrido entre el diagnóstico, el tratamiento quirúrgico. Del total de pacientes predominaron los pacientes operados con cirugía tradicional sin malla, con anestesia general y solo en la tercera parte de los pacientes se colocó una malla(138 pacientes), con anestesia peridural, con menor número de complicaciones postquirúrgicas(18), y tiempo quirúrgico similar en la mayoría de los casos.

Conclusiones: La hernia inguinal en nuestro país, constituye una patología muy importante por la frecuencia tan alta que tiene la incapacidad social y laboral que provoca y los costos que implica su reparación.

Por estas razones, se ha buscado afanosamente encontrar el mejor método para su tratamiento. Después del estudio realizado, consideramos que el procedimiento de elección debe de ser una operación libre de tensión, es decir, con prótesis de material inerte (polipropileno), por vía de abordaje anterior o tradicional, bajo anestesia local o en su defecto regional, ya que los costos hospitalarios con esta técnica son menores, el tiempo operatorio es más corto, la recuperación inmediata requiere una cantidad baja de analgésicos y el retorno a la actividad normal, tanto física como laboral, es más rápida. Aunque las técnicas laparoscópicas comparten con las libres de tensión la pronta recuperación del paciente junto con todo lo que implica esto, son más costosas, definitivamente más difíciles de realizar y requieren de forma indispensable un entrenamiento especial en este tipo de procedimientos, así como una gran cantidad de equipo caro y sofisticado; por lo tanto, sus resultados son poco reproducibles y directamente dependientes del cirujano que las realiza.

MANEJO DE LA PATOLOGÍA HERNIARIA EN PACIENTES GERIÁTRICOS.

Drs. J. Grageda, H. Bosch, C. Godoy, C. Vargas, R. Peña.

Hospital de Urgencia de la Asistencia Pública.

Objetivo: El manejo de la patología herniaria en el adulto mayor requiere consideraciones especiales debido a la comorbilidad y reducida reserva fisiológica que presentan este grupo etario. Considerando el envejecimiento de nuestra población y la aun reducida evidencia de los resultados del manejo en este grupo. Decidimos evaluar los resultados de la técnica libre de tensión, en pacientes mayores de 60 años, en un hospital público. Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo, transversal, donde se estudiaron 228 pacientes entre los años 2000 y 2009, con diagnóstico de patología herniaria complicada o no, que incluyó 629 cirugías. Los criterios de inclusión fueron: pacientes mayores de 60 años, con diagnóstico de hernia inguinal a su ingreso, operados en forma electiva o urgente; se excluyeron los que no aceptaron la cirugía y los que al ser valorados pre-quirúrgicamente tenían alguna contraindicación para operarse o tenían un problema médico de gravedad. Se analizaron las siguientes variables: sexo, edad, localización de la hernia, tiempo de evolución, enfermedades concomitantes, tiempo de estancia intrahospitalaria, complicaciones y recidiva. Se clasificaron las hernias de acuerdo a la clasificación de Gilbert.

Resultados: De los 228 pacientes estudiados, 167 fueron hombres y 61 mujeres, todos mayores de 60 años, con rango de 60 a 96 años. 176 pacientes presentaban hernia inguinal, 100 presentaban hernia inguinal derecha, 76 izquierda, dos bilateral y 50 femoral, en 76 pacientes tenían más de cinco años de evolución. Ciento noventa y cuatro primarias y 34 recidivantes, con 30 pacientes operados en más de una oportunidad. Hubo padecimientos concomitantes en 124 pacientes (54%), con predominio de patología cardiológica. En ciento

sesenta se empleó bloqueo peridural y anestesia general en 68. El tamaño del anillo herniario varió de 0.5 cm a 28 cm. El tipo II de la clasificación de Gilbert fue el más frecuente, encontrándose en 68 de los casos asas estranguladas y en cien atascadas. Se realizaron 85 plastías tipo Lichtenstein (38%), 143 Herniorrafias simples. La morbilidad fue del 18% (42 pacientes), presentando (7%), 14 casos de mortalidad asociados principalmente a la complicación por sepsis severa. Presentando cinco recidivas después de 42 meses de seguimiento. Conclusión: Es de gran importancia el alto número de pacientes de más de 60 años, que ingresan por

patología herniaria, lo que evidencia la tasa de sobrevida a nivel nacional. Siendo intervenidos en todos los casos, a pesar de la presencia de una o más patologías concomitantes, lo que demuestra que no es una contraindicación al tratamiento quirúrgico. Siendo en la mayoría de los procedimientos realizados con anestesia peridural, minimizando los riesgos operatorios. El empleo de técnicas libres de tensión ofrece buenos resultados en pacientes mayores de 60 años, con mínimas complicaciones quirúrgicas, solo 5% del total, sin ningún fallecimiento asociado, demostrando ser una técnica fácil y reproducible en pacientes geriátricos.

Poster: HIGADO, VIAS BILIARES Y PANCREAS

ABSCESO HEPÁTICO POR LISTERIA MONOCYTOGENES: REPORTE DE UN CASO

Drs. DH. Ríos¹, C. Onetto², C. Estay³, G. Schiappacasse⁴

¹Jefe Departamento Cirugía Hospital Militar, ²Residente de Cirugía Universidad de los Andes, ³Interna Medicina Universidad de los Andes, ⁴Radiólogo Hospital Militar, Hospital Militar de Santiago.

Las infecciones por *Listeria Monocytogenes*, ocurren generalmente asociadas a estados de inmunosupresión. La mayoría de los casos se asocian a cuadros de meningitis o bacteremia primaria. Manifestaciones distintas a las ya mencionadas son excepcionales. Reportamos el caso de un paciente de sexo masculino, 57 años, diabético en tratamiento. Presenta cuadro clínico de 3 meses, que comienza con 2 semanas de compromiso del estado general y fiebre de hasta 40°. A las 2 semanas, la fiebre se torna intermitente, y se agregan mialgias, anorexia y baja de peso. Es hospitalizado para estudio con 1.5 meses de evolución. Se realiza Tomografía Computada (TC), donde se detectan en hígado 2 lesiones hipodensas de 25 mm en segmento 8 y otras 2 en segmento 7 y 6 de 52 y 59 mm. En el tercio medio del riñón derecho se describe imagen de 25 mm sugerente de carcinoma de células renales. Es derivado a Hospital Militar para su manejo. Se inicia estudio de diseminación del cáncer renal. En los exámenes de laboratorio destacan; leucocitos 7.4 K/uL, baciliformes 11%, VHS 75 mm/hr. En TC destaca hígado con defectos focales hipodensos en segmentos hepáticos 7 y 8 (8 cm), caudado (2,5 cm) y 6 y 7 (8 cm). Se inicia tratamiento antibiótico empírico con Ceftriaxona y Metronidazol intravenosos. Se realiza punción percutánea guiada por TC de lesión hepática, obteniendo líquido purulento, cuyos cultivos resultan positivos para *Listeria Monocytogenes*. Se inicia tratamiento con Ampicilina y Sulbactam por 3 días, Ampicilina intravenoso 16 días más. A los 10 días se constata regresión parcial de lesiones en TC, colección subcapsular de 4 cm en segmento VI hepático. Se instala drenaje percutáneo por 5 días. Se completa tratamiento con Amoxicilina vía oral por 4 semanas. Responde favorablemente, asintomático, con regresión progresiva de lesiones. Las infecciones hepáticas por *Listeria Monocytogenes* son excepcionales. Existen 2 mecanismos de infección propuestos; llegada a circulación hepática posterior a una bacteremia, y translocación bacteriana al sistema portal posterior a colonización entérica. En los casos reportados, sin manifestaciones extrahepáticas, el motivo de consulta son síntomas inespecíficos, de inicio insidioso. Existen 3 patrones distintos de infección hepática; absceso único, abscesos múltiples y hepatitis. Los casos reportados

de abscesos solitarios han sido en pacientes diabéticos. El manejo es la terapia antibiótica prolongada. No se ha establecido si el drenaje de los abscesos, acorta el tiempo de tratamiento y resolución de la infección.

FISTULA BILIOBRONQUIAL POST RESECCIÓN DE QUISTE HIDATÍDICO. MANEJO MEDIANTE COLANGIOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA

Drs. R. Martinez, F. Delgado.

Hospital San Camilo, San Felipe. Servicio de Salud Aconcagua.

Hombre de 61 años. En noviembre del año 2007 se diagnostica quiste hidatídico hepático. Tratado mediante quistectomía y epiploplastía. Evoluciona presentando fistula biliocutánea, que se maneja mediante el implante de dos endoprotesis biliares de 7F durante colangiografía retrograda endoscópica (CPRE). Estas son retiradas dos años después durante nueva CPRE. Aproximadamente un año después del retiro de la endoprotesis, inicia cuadro consistente en accesos de tos con bilioptisis e intensa reacción inflamatoria, que motiva ingreso en servicio de medicina, sospechándose patología pulmonar, pero con nula respuesta a tratamiento antibiótico iniciado. Mediante Tomografía Computada y Resonancia Magnética se certifica la presencia de lesión subdiafragmática derecha de 13x8x7 con centro líquido, adyacente al parénquima hepático. En abril del presente año se le practica una nueva CPRE durante la cual, y gracias a la utilización de medio de contraste, se logra visualizar una imagen sacular que en sentido cefálico se hace filiforme, impresionando se extravasa en el parénquima pulmonar. Se implanta una prótesis de 7F en la vía biliar, posterior a lo cual la sintomatología desaparece, siendo dado de alta.

La fistula biliobronquial es una complicación relativamente frecuente de los quistes hidatídicos en tránsito torácico. Lo que hace destacable este caso es el manejo endoscópico y la buena respuesta clínica al tratamiento establecido.

VESÍCULA BILIAR DOBLE, UNA EXTRAÑA ANOMALÍA ANATÓMICA DEL ÁRBOL HEPATOBILIAR.

Drs. Rodrigo Torres-Quevedo¹, Gonzalo Bustos^{1,2}, Luis Martínez¹, Enrique San Martín³.

¹Servicio de Cirugía, Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción; ² Residente de Cirugía, Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción; ³ Servicio de Imagenología, Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción.

Introducción: Dentro de las alteraciones congénitas descritas en la región hepatobiliar, se encuentra el

término de vesícula doble, la cual constituye una anomalía rara, que se presenta en series con una frecuencia de 1 por 3000 a 4000 casos. En el pasado constituía un hallazgo intraoperatorio, pero en la actualidad se puede diagnosticar en el preoperatorio mediante estudios de imágenes. Existen varias clasificaciones sobre duplicación vesicular, sin embargo, el concepto de vesícula doble verdadera se traduce en la existencia de dos vesículas independientes con un conducto cístico por cada una, los cuales pueden continuar por separado (en "H") o reunirse previamente (en "Y" invertida) antes de desembocar en el colédoco.

Objetivo: presentar caso clínico de una vesícula doble, diagnosticada por imagenología y tratada por videolaparoscopia.

Paciente: mujer de 22 años, que consulta por clínica de colecistitis aguda. A su ingreso se realizó ecografía abdominal que informó "duplex vesicular", y luego una colangio-resonancia magnética confirmó el diagnóstico previo. Posteriormente, se efectuó una colecistectomía videolaparoscópica, encontrando como hallazgo intraoperatorio una duplicación vesicular tipo "H". El estudio histopatológico de la pieza reseca informó la presencia de dos vesículas biliares, cada una con conducto cístico independiente, y una de ellas con signos de colecistitis aguda, y la otra de aspecto normal.

Conclusión: Se presenta caso clínico de una vesícula biliar doble tipo H, resuelta por colecistectomía VL.

GANGRENA DE FOURNIER SECUNDARIA A ABSCESO PERIANAL SUBTRATADO.

Drs. J. Morales^{1,2}, A. Osses³, J. Hermosilla⁴, M. Medina⁴, P. Navarrete⁴.

¹Jefe Internado Cirugía, Universidad Católica de la Sma.

Concepción ²Servicio Cirugía Hospital Clínico Herminda

Martin ³Servicio de Urgencia, Hospital Clínico Herminda

Martin. ⁴Interno Medicina, Universidad Católica de la Sma. Concepción.

Servicio de cirugía Hospital Clínico Herminda Martin.

Introducción: La gangrena de Fournier (GF) fue descrita inicialmente por BAURIENNE en 1764 y posteriormente por A.L. FOURNIER en 1883 como una infección necrotizante subcutánea de origen urogenital o anorrectal, que afecta a la zona genital, periné y pared anterior del abdomen en la que están implicados gérmenes aerobios y anaerobios. Su mayor frecuencia se observa en pacientes de 20 a 50 años, es más frecuente en varones, con alta tasa de morbilidad. El manejo clínico debe ser rápido y oportuno, con aplicación intravenosa de líquidos, electrolitos y antibióticos de amplio espectro, a fin de lograr la estabilización hemodinámica del paciente antes de la intervención quirúrgica. La cirugía precoz con debridamiento extenso de tejidos desvitalizados, constituye la base principal del mismo.

Objetivo: Presentar caso clínico de gangrena de Fournier secundaria a absceso perianal subtratado y revisión de la literatura.

Caso clínico: Paciente de 62 años con antecedentes de DM e HTA sufre caída a horcajadas hace 2 semanas, evoluciona con absceso en región perianal con nula respuesta a tratamiento con cloxacilina y

metronidazol. Es derivada al servicio de urgencia destacando al examen físico: hipotensión, taquicardia, fiebre y necrosis extensa perianal, diagnosticando gangrena de Fournier.

Durante exploración quirúrgica se encuentra gran absceso desde el labio mayor que se comunica con el muslo y región perianal, realizando debridamiento amplio con salida de colección purulenta de muy mal olor, que compromete los planos profundos musculares de forma completa. Se realiza aseo quirúrgico profuso y dejando los planos ampliamente expuestos.

La paciente evoluciona de forma tórpida con caída a ventilación mecánica en UCI, descompensación hemodinámica y compromiso de conciencia. Se realizan 2 nuevos aseos quirúrgicos con 2 PCR manejados intraoperatoriamente, falleciendo al 3 día desde el ingreso.

Discusión: Es una enfermedad poco frecuente, pero potencialmente letal, cuya causa desencadenante en el caso de la región anorrectal son los abscesos y la perforación, ya sea traumática o espontánea. Debe sospecharse, en todo paciente con inicio abrupto de fascitis necrotizante de periné o áreas vecinas, con infección confirmada o no y sin discriminación de sexo ni edad, sobretodo en pacientes con comorbilidades e inmunidad disminuida.

COLANGIOPATÍA VIH, UNA CAUSA INFRECUENTE DE ICTERICIA OBSTRUCTIVA.

Drs. M. Fernández, L. Manríquez, P. Balbontín, F. Orellana, R. Plass, R. Humeres.

Equipo de Cirugía Hepatobiliopancreática, Servicio de Cirugía Hospital Militar de Santiago, Facultad de Medicina Universidad de Valparaíso.

Introducción: la patología específica del tracto biliar en pacientes con SIDA es de interés quirúrgico endoscópico, principalmente por la dificultad del diagnóstico diferencial y la posibilidad de tratamiento sintomático. Objetivo: presentar el caso de una paciente portadora del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que debuta con ictericia obstructiva secundaria a colangiopatía VIH, diagnosticada y tratada en el Hospital Militar de Santiago en el año 2007, y realizar una revisión bibliográfica enfocada principalmente al manejo endoscópico de esta patología. Caso clínico: paciente mujer, 40 años de edad, con antecedentes de consumo excesivo de alcohol, tabaquismo y depresión en tratamiento. Consulta por cuadro clínico de 5 días de evolución caracterizado por dolor opresivo en hipocondrio derecho, asociado a náuseas, vómitos y deposiciones líquidas ocasionales. Al examen físico destaca paciente taquicárdica, febril, ictericia, hemodinámicamente estable; abdomen blando, depresible, doloroso en hipocondrio derecho, sin signos peritoneales ni masas palpables. El perfil hepático es compatible con ictericia obstructiva. Ecotomografía abdominal revela vesícula biliar de paredes finas sin cálculos, dilatación de la vía biliar extrahepática con nódulo hipoecogénico cercano al páncreas.

Ante la sospecha de colangitis se realiza colangiografía endoscópica retrógrada (CER) con papilotomía e instalación de prótesis biliar 7 french frente al hallazgo de una papila normal y estenosis del colédoco distal con dilatación de vía biliar proximal. Se complementa el estudio posterior con una tomografía axial computada de abdomen y pelvis que muestra engrosamiento parietal de la vía biliar asociado a linfonodos adyacentes mayores de un centímetro de aspecto necrótico. Estudio VIH resulta positivo en etapa C3. Paciente evoluciona favorable, con mejoría de perfil hepático e inicia terapia antirretroviral; persiste viva hasta la fecha. Discusión: la colangiopatía VIH es una manifestación poco frecuente de este síndrome, secundaria a la infección del epitelio ductal hepático por virus oportunistas, que producen un compromiso isquémico de éste en pacientes intensamente inmunodeprimidos. La CER es el procedimiento ideal para realizar el diagnóstico, clasificación y tratamiento sintomático de esta patología. La terapia antirretroviral mejora significativamente la sobrevida de de estos pacientes.

LINFANGIOMA QUÍSTICO RETROPERITONEAL SINTOMÁTICO. REPORTE DE UN CASO.

Drs. W. Vásquez, J. Reyes, M. Garrido, A. Urizar, A. López, H. Kosler.
Universidad de Chile. Hospital Barros Luco Trudeau.

Introducción: El linfangioma quístico retroperitoneal corresponde a una patología infrecuente. Es una entidad principalmente asintomática, descubierta incidentalmente en estudios de imágenes. Cuando presentan sintomatología, esta deriva de sus complicaciones, entre las cuales se han descrito: obstrucción intestinal, hemorragia, ruptura e infección. Presentamos el caso de un paciente con episodios de pancreatitis aguda a repetición que podrían atribuirse a un linfangioma quístico retroperitoneal. **Objetivo:** Presentación de caso clínico y revisión de la literatura existente. **Caso Clínico:** Paciente de sexo masculino, 64 años de edad, con antecedentes mórbidos de alcoholismo crónico detenido 1 mes previo a hospitalización. Ingresó por cuadro compatible con pancreatitis aguda leve, posible etiología etílica a pesar de que el paciente negaba actual consumo etílico. Amilasa 69 U/I, lipasa 215 U/I. TC de abdomen informado como Balthazar A, con imagen de pseudoquiste pancreático. Estudio ecográfico sólo demostró pólipo vesicular de 3mm. Alta tras resolución del cuadro, reingresando 2 meses después con nuevo episodio de pancreatitis. Amilasa 751 U/I, lipasa en 5371 U/I. TC abdominal muestra imagen quística retroperitoneal en relación al páncreas y segunda porción duodenal, desplazando vena mesentérica inferior, sin cambios respecto a examen anterior. Se plantean las siguientes etiologías: linfangioma quístico, quiste de duplicación intestinal y pseudoquiste pancreático. Por la sospecha de factor mecánico como causante de los episodios de pancreatitis se decide su resección quirúrgica. Ante

la imposibilidad de abordaje endoscópico se realiza laparotomía exploradora y resección del quiste. Estudio anatomopatológico concluye linfangioma quístico retroperitoneal de 6 x 3 cms. Paciente completó postoperatorio satisfactorio, sin recidiva tras cuatro meses de control. **Conclusiones:** Los linfangiomas quísticos corresponden a tumores benignos de origen linfático, relativamente infrecuentes, con predominio en el género masculino. Se ubican preferentemente en la región cervical y axilar. La localización retroperitoneal es < 1%. Los linfangiomas quísticos usualmente se presentan en edad pediátrica, ya que corresponderían a defectos congénitos en la formación de vasos linfáticos, tornándose ciegos y dilatados, perdiendo unión con el sistema venoso. En su gran mayoría son asintomáticos y corresponden a hallazgos imagenológicos. La sintomatología descrita deriva de sus complicaciones, como obstrucción intestinal, hemorragia, ruptura e infección. El tratamiento definitivo lo constituye la resección quirúrgica completa para evitar recidivas, habiendo reportes a favor del abordaje laparoscópico. Existe un reporte reciente en el que un linfangioma quístico mesentérico originó un episodio de pancreatitis aguda. No existen reportes en la literatura sobre pancreatitis aguda como forma de presentación de los linfangiomas quísticos retroperitoneales.

LA OBESIDAD NO IMPACTA EN LA EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA DE RECEPTORES INFECTADOS POR VHC, SOMETIDOS A TRASPLANTE HEPÁTICO.

Drs. Rodrigo Torres-Quevedo^{1,2}, Ángel Moya², Marina Berenguer³, Fernando Sanjuan², Martín Prieto³, José Mir².

¹.Servicio de Cirugía, Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción; ² Unidad de Cirugía y Trasplante Hepático, Hospital Universitario La Fe de Valencia, España; ³ Unidad de Hepatología, Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Universitario La Fe de Valencia, España.

Introducción. La obesidad ha demostrado tener un efecto en la evolución de la hepatitis C en pacientes inmunocompetentes.

Objetivo: Analizar el efecto de la obesidad en los resultados de pacientes VHC positivo sometidos a trasplante hepático (TH).

Material y Método. Estudio caso-control de pacientes VHC positivo (edad entre 25 y 65 años) sometidos a TH en el Hospital Universitario La Fe (HULF) de Valencia, entre los años 1993 y 2004. Se definió obesidad como IMC > 30 kg/m². Los criterios de exclusión fueron: TH con injerto reducido (split), tumores hepáticos distintos a carcinoma hepatocelular, fallo hepático fulminante, serología VIH-positivo y retrasplante.

Resultados. De 905 TH, 373 cumplían los criterios de selección. La edad media fue de 54 + 8 años, y el 65% eran hombres. Un total de 79 pacientes (21%) eran obesos (grupo de estudio), mientras que el resto 294 (79%) constituyeron el grupo control. Con respecto a variables biodemográficas, no hubo

diferencias significativas entre los grupos, a excepción del género, siendo un 28% de las mujeres obesas, vs un 17% de los hombres. La supervivencia actuarial, a 1 y 5 años, no difirió entre los grupos, con tasas 78% y 58% en no obesos, y 77% y 54% en los obesos. Un año posterior al TH, la fibrosis grave relacionada con el VHC (fibrosis en puente y cirrosis) estuvo presente en el 32% de obesos vs 25% de los controles ($p = 0,421$).

Conclusión. La obesidad no afecta la supervivencia, a corto ni mediano plazo, de receptores VHC-positivos sometidos a TH. Además, la historia natural de la hepatitis C recurrente no fue afectada por la obesidad pretrasplante.

SUPERVIVENCIA DEL RETRASPLANTE TARDÍO, ¿SE JUSTIFICA EL RETRASPLANTE TARDÍO?

Drs. Rodrigo Torres-Quevedo^{1,2}, Ángel Moya², Fernando Sanjuan², José Mir².

¹Servicio de Cirugía, Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción; ²Unidad de Cirugía y Trasplante Hepático, Hospital Universitario La Fe de Valencia, España.

Introducción: El retrasplante hepático (ReTH) supone la única opción de supervivencia (SV) del paciente cuando fracasa el injerto hepático. Los resultados de SV global del paciente retrasplantado son 10% a 30% inferior a la obtenida con el primer trasplante. Objetivo: Evaluar la SV de pacientes retrasplantados según causa de ReTH.

Material y método: cohorte histórica, en 1181 pacientes sometidos a TH entre los años 1991 a 2006. Se analiza y comparan SV actuarial a 1 y 5 años entre aquellos pacientes con y sin ReTH. Resultados: Se realizan 1260 TH y 79 son ReTH (tasa 6,3%). La indicación de ReTH fue: fallo primario de injerto (FPI 17), trombosis arteria hepática (TAH 25), recidiva cirrosis viral (VHC 24, VHB 1), rechazo crónico (7), trombosis venas suprahepáticas (3), recurrencia tumoral (1) y cirrosis biliar secundaria (1). La mediana de seguimiento fue 51 meses (0 – 205), con supervivencia global media de 128,2 + 2,9 meses. La SV actuarial de pacientes fue mayor en aquellos sin ReTH (83% y 69% versus 66% y 42%, $p < 0,001$). Al comparar SV según indicación de ReTH y aquellos sin ReTH, no hubo diferencias en FPI (76% y 63%, $p = 0,388$) y TAH, de diagnóstico y ReTH antes de 30 días del primer injerto (57% y 57%, $p = 0,290$). Sí hubo diferencia estadística en TAH, de diagnóstico y ReTH tardío (56% y 38%, $p < 0,001$); recurrencia de cirrosis por VHC (67% y 32%, $p < 0,001$), y las otras indicaciones de ReTH tardío (69% y 34%, $p = 0,01$).

Conclusión: Los resultados varían según indicación e intervalo de tiempo entre el trasplante inicial y el ReTH. Frente a los malos resultados de un ReTH tardío, ¿esta justificada esta alternativa terapéutica en estos pacientes?

¿ES EL NITROGENO UREICO PLASMÁTICO UN MARCADOR PRECOZ DE SEVERIDAD EN PANCREATITIS AGUDA?

Drs. D. Rappoport, M. Musleh, A. Marambio, E. Lanzarini, Als. D. Eisen, W. Chang, N. Torres. Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: La pancreatitis aguda sigue siendo una enfermedad potencialmente grave. Diversos marcadores de severidad se han descrito para predecir la evolución de una pancreatitis aguda. Se ha despertado un gran interés por el nitrógeno ureico, como marcador de la volemia y función renal del paciente como examen simple, barato y ampliamente disponible.

Objetivo: Demostrar la utilidad de la medición de nitrógeno ureico, como marcador de severidad de pancreatitis aguda grave.

Material Y Método: Estudio de cohorte retrospectivo de todos los pacientes que presentaron una pancreatitis aguda en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile de enero a diciembre 2005. Se analizaron valores de laboratorio al ingreso y a las 24 hrs. Se tomó como valores de referencias los rangos del laboratorio del mismo centro. Se analizaron otras variables, como estadía en UCI y requerimientos de ventilación mecánica.

Resultados: 42 Pacientes, con una edad promedio de 47,5 años. 28 hombres (57%). Las etiologías fueron: Biliar 64%, Post CPRE 23%, Hipertrigliceridemia 10%, OH 3%. Se subdividió a los pacientes en 2 grupos: BUN dentro de rango normal (<20) GRUPO 1= 34 pacientes y BUN alterado (>20) GRUPO 2 = 7 pacientes. Se evidenció diferencia significativa con respecto a BUN 12 v/s 37 ($p < 0,001$); Creatinina 0,79 v/s 1,8 ($p < 0,001$); relación BUN/creatinina 16,3 v/s 25,4 ($p 0,03$); PCR 36 v/s 98 ($p 0,48$); APACHE II 5,5 v/s 11,5 ($p 0,08$); requerimientos de cuidados intensivos 31,4% en G1 v/s 85,7% para G2 ($p 0,008$); VM 0% G1 v/s 42,8% G2 ($p < 0,001$). No hubo mortalidad en nuestra serie. Discusión: La sola medición del nitrógeno ureico, es un marcador simple, barato y de amplia disponibilidad para pancreatitis aguda grave. En esta serie se ve una clara relación entre el nivel de nitrógeno ureico al ingreso y a severidad de la pancreatitis aguda, incluso al compararlo con otros marcadores.

Conclusión: El Nitrógeno ureico, medido al ingreso en forma aislada resultó ser un marcador de severidad para pancreatitis aguda, en nuestra serie. Se requieren estudios con mayor número de pacientes para validar estos resultados.

CÁNCER DE PÁNCREAS CON METÁSTASIS EN PARED ABDOMINAL. REPORTE DE CASO CLÍNICO

Drs. E. Castillo Residente Cirugía General. Instituto de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile., E. Celedón¹, F. Imigo¹.

¹Instituto de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile.

Introducción: El cáncer de páncreas se caracteriza por su mal pronóstico y además porque hasta en un 80-90% tienen metástasis al momento del diagnóstico, sin embargo, es infrecuente su presentación inicial con metástasis en pared abdominal.

Objetivo: Reportar el caso de una paciente que consulta por tumor de pared abdominal y se diagnostica cáncer de cabeza de páncreas, señalar proceso diagnóstico y resolución quirúrgica. **Caso clínico:** Mujer de 51 años, rural. Consulta por cuadro de vómitos, dolor abdominal, baja de peso y masa abdominal. Se pesa tumor de pared abdominal en hipocondrio derecho de aproximadamente 5 cm. Se solicita TC de abdomen y pelvis que confirma tumor de pared abdominal de 5.4 x 3.5 x 4.2 cm y también evidencia probable imagen de tumor periampular. Cursa con insuficiencia renal aguda y síndrome de retención gástrica, por lo cual se realiza endoscopia digestiva alta que muestra píloro excéntrico y retraído hacia curvatura menor, con estrechez de aproximadamente 7 mm infranqueable endoscópicamente. No se aprecia lesión ulcerada o tumor. Bulbo duodenal normal. Se toman biopsias del píloro, las cuales concluyen gastritis crónica congestiva, sin elementos de malignidad. Ingres a pabellón realizándose biopsia escisional del tumor de pared abdominal, el cual compromete todo el espesor de la pared, de consistencia fibrosa y dura, de aproximadamente 5 cm de diámetro. Además se palpa tumor duro en área postpilórica de aproximadamente 5 cm. Biopsia concluye metástasis masiva de adenocarcinoma tubular con áreas de tipo mucinoso, con compromiso de los márgenes quirúrgicos. Estudio inmunohistoquímico compatible con origen pancreático. Persiste en regulares condiciones, con mala tolerancia incluso a líquidos y presentando hipermesis secundaria. Por lo señalado se realiza laparotomía exploradora y gastroyeyunoanastomosis antecólica, destacando ausencia de implantes peritoneales, a nivel de segmento 6 hepático impresiona existir masa intraparenquimatosa de 3 x3 cm de bordes irregulares y además a nivel del hilio hepático se encuentra una masa dura y retraída que impresiona de tipo tumoral. Actualmente en cuidados paliativos.

Discusión: Al enfrentar un tumor de pared abdominal, siempre hay que descartar que corresponda a una metástasis y por lo frecuente en nuestro medio, es necesario investigar la vía digestiva. Diagnosticado el primario, el pronóstico está dado por el origen y etapificación, lo cual guiará el enfrentamiento y/o terapias paliativas. Destaca en este caso que pese a lo avanzado de la enfermedad la paciente no presentó ictericia en ningún momento de la evolución.

¿HA DISMINUIDO LA MORTALIDAD POR CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR DESDE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES)?

Drs. C. Derosas¹, J. Azolas², J. Bravo², P. González², W. Medina³, B. Gil¹

¹Residentes de Cirugía, ²Internos de Medicina, Universidad de Santiago de Chile, ³Cirujano Equipo Cirugía General, Complejo Hospitalario San José

Introducción: El cáncer de vesícula biliar es la primera causa de muerte por cáncer en la mujer chilena, es por esto que a través de medidas gubernamentales desde julio de 2006 se implementó la Colectomía preventiva del Cáncer de Vesícula en adultos de 35 a 49 años sintomáticos como parte del GES, proponiendo disminuir la mortalidad por cáncer en un 25% hacia el 2010. A cuatro años de su comienzo el objetivo del presente estudio es evaluar el impacto de este plan en relación a la mortalidad por cáncer de vesícula biliar. **Métodos:** Se revisaron retrospectivamente todas las biopsias de vesícula biliar analizadas en el servicio de anatomía patológica del Complejo Hospitalario San José desde enero de 2002 a junio de 2010 inclusive. Se aisló el grupo que presentó cáncer de vesícula biliar y en el Registro Civil de Identificación se revisó la mortalidad atribuida a esta patología a julio de 2010. Se analizaron múltiples variables demográficas. Se comparó el grupo perteneciente al período GES v/s NO GES (previo a la implementación de éste). Las curvas de supervivencia mediante el método de Kaplan-Meier (48 meses de observación (período ges)) y fueron comparadas con el test de Breslow. Análisis en SPSS 13.0. **Resultados:** Se analizaron 7325 biopsias, de estas el 2,3% (170 casos) presentaron cáncer de vesícula biliar (2,4% de las mujeres y 1,9% de los hombres (p = 0,190)). Del grupo de pacientes con cáncer 78,8% fueron mujeres, la edad media fue de 60,6 ±11,8 años. Al último día de observación falleció el 57,1% de los pacientes. El 44,7% de los pacientes correspondió al grupo GES. La mortalidad acumulada a 4 años de observación es de un 65% para el grupo no GES y de un 52% para el grupo GES (p = 0,045), la mediana de supervivencia para cada grupo fue de 17 y 32,5 meses respectivamente.

Discusión: El presente estudio muestra que desde la implementación del GES la mortalidad por Cáncer de Vesícula Biliar a 48 meses de observación disminuyó en un 13 %, aumentando casi al doble la mediana de supervivencia para el mismo período.

ELEMENTOS MORFOLÓGICOS PRONÓSTICOS EN EL CÁNCER DE LA VESÍCULA BILIAR EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSÉ.

Drs. C. Derosas¹, J. Azolas², J. Bravo², P. González², W. Medina³, B. Gil¹

¹Residentes de Cirugía, ²Internos de Medicina, Universidad de Santiago de Chile, ³Cirujano Equipo Cirugía General, Complejo Hospitalario San José.

Introducción: El cáncer de vesícula biliar es un importante problema epidemiológico en nuestro país. En un esfuerzo por caracterizar esta enfermedad los de Aretxabala y colaboradores en el año 2002 concluyeron que ciertos elementos morfológicos eran fundamentales para precisar el pronóstico de esta enfermedad. El objeto de este trabajo es mostrar la importancia de los elementos morfológicos propuestos por estos autores relacionados con el pronóstico del cáncer de la vesícula biliar según la realidad de nuestro centro.

Métodos: Se revisaron retrospectivamente todas las biopsias de vesícula biliar analizadas en el servicio de anatomía patológica del Complejo Hospitalario San José desde enero de 2002 a junio de 2010 inclusive. Se aisló el grupo que presentó cáncer de vesícula biliar y en el Registro Civil de Identificación se revisó la mortalidad atribuida a esta patología a julio de 2010. Se analizaron múltiples variables demográficas. Y se comparó el grado de infiltración de la pared vesicular. Las curvas de supervivencia mediante el método de Kaplan-Meier y fueron comparadas con el test de log-rank. Análisis en SPSS 13.0.

Resultados: Se analizaron 7325 biopsias, de estas el 2,3% (170 casos) presentaron cáncer de vesícula biliar (2,4% de las mujeres y 1,9% de los hombres ($p = 0,190$)).

Del grupo de pacientes con cáncer 78,8% fueron mujeres, la edad media fue de $60,6 \pm 11,8$ años. La mortalidad acumulada a 5 años para el total de los pacientes fue de 64,4%, y según el nivel de infiltración fue de un 12,2% para los mucosos, 31,2% para los musculares, 56,4% para los subserosos y 94,2% para los serosos ($p > 0,001$).

Discusión: El presente estudio muestra que tal como proponen los autores citados el grado de infiltración tumoral son un buen factor pronóstico, siendo de mucha utilidad dado que la mayoría de los diagnósticos son incidentales post colecistectomía por lo que no se puede realizar una adecuada etapificación.

RESCATE DE PACIENTE CON CARCINOMA HEPATOCELULAR AVANZADO PARA TRASPLANTE HEPÁTICO TRATADO CON SORAFENIB

Drs. Rodrigo Torres-Quevedo^{1,2}, Fernando Sanjuan², Roberto Díaz³, Martín Prieto⁴, José Mir².
1. Servicio de Cirugía, Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción; 2. Unidad de Cirugía y Trasplante Hepático, Hospital Universitario La Fe de Valencia, Valencia, España; 3. Servicio de Oncología, Hospital Universitario La Fe de Valencia, España; 4. Unidad Hepatología, Servicio de Medicina Digestiva, Hospital

Universitario La Fe de Valencia, España.

Introducción: sólo un 30-40% de carcinoma hepatocelular (CHC) se diagnostica en etapa temprana susceptible a tratamiento curativo (cirugía, trasplante hepático o ablación local). Los estados avanzados no tratados presentan una mediana de supervivencia de 6-7 meses. Actualmente se ha comprobado que Sorafenib (inhibidor de tirosina-quinasa) permite aumentar la supervivencia y el tiempo hasta progresión radiológica.

Objetivo: presentar caso clínico de CHC tratado con Sorafenib que permitió realizar trasplante hepático (TH) de rescate con intención curativa. **Paciente:** mujer de 58 años, diagnosticada de hepatitis crónica por VHB, asintomática por 20 años. En enero 2008 consultó por dolor abdominal y síndrome constitucional. Los estudios complementarios mostraron: a-fetoproteína (AFP) de 57100 ng/ml; ecografía hepática y TAC abdominal, masa sólida de 8 cm en lóbulo hepático izquierdo y trombosis completa de rama portal izquierda, compatible con CHC con infiltración vascular. Biopsia confirmó CHC injertado sobre hepatopatía con discreto grado de actividad histológica y expansión fibrosa portal con puentes. Se consideró no susceptible de tratamiento local. Se indicó quimioterapia con Sorafenib por vía oral a dosis de 400 mg 2 veces al día, en forma continua, desde febrero hasta diciembre del 2008. Presentó excelente respuesta, con reducción de AFP y tamaño tumoral hasta 4 cm., persistiendo trombosis portal pero sin signos de afectación tumoral (confirmado por biopsia). Dado el buen comportamiento biológico de la neoplasia, que cumplía criterios de Milán y baja carga viral del VHB, se decide TH que se realizó el 21 de diciembre del 2008. Anatomía-patológica de la pieza demostró CHC trabecular de 3x4x5 cm de diámetro máximo, en lóbulo hepático izquierdo, con diferenciación de Edmonson II/IV, encapsulado parcialmente y con extensos focos de necrosis. Trombosis portal no tumoral. La evolución posterior ha sido satisfactoria, sin signos de recidiva en la actualidad (18 meses). **Conclusión:** Excelente respuesta de CHC avanzado con Sorafenib, permitiendo realizar TH.

CARCINOMA LOBULILLAR DE MAMA. EXPERIENCIA DE LA UNIDAD DE PATOLOGÍA MAMARIA HOSPITAL SAN JOSÉ ENTRE LOS AÑOS 2002 AL 2010

Drs. G. Ibañez, C. Paulsen¹, S. Lopez¹, G. Montesinos¹, F. Papic, M. Guerrero, C. Ramis, P. Adonis, R. Trehwela, H. Peña.

Unidad de Patología Mamaria. Unidad de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario San José. ¹Residente Cirugía HCUCH / Universidad de Chile.

Introducción: El Carcinoma Lobulillar (CL), es el segundo cáncer de mama más frecuente, después del Carcinoma Ductal (CD). Su incidencia varía del 1 al 20% en distintas series, lo cual indica el desacuerdo que existe en la definición histopatológica. Una característica del CL es su patrón multifocal (50%) y bilateral (14 al 30%), sobre todo en la variante pleomórfica. El carcinomaA lobulillar destaca por sus dificultades diagnósticas, clínicas y radiológicas.

Objetivo: Describir la conducta y manejo en CL en la Unidad de Patología Mamaria del CHSJ / SSMN. **Material y Método:** Se revisaron retrospectivamente las fichas y antecedentes de pacientes ingresadas al Programa de Atención de la Unidad de Patología Mamaria (UPM) del CHSJ, con diagnóstico de Cáncer Lobulillar entre los años 2002 y 2010. Los registros seleccionados fueron los que contaban con la totalidad de antecedentes clínicos (Estudio Imagenológico e Histológico, registros completos y seguimiento a largo plazo). Se analizaron datos clínico-demográficos, estudio diagnóstico y aspectos terapéuticos. **Resultados:** Durante este período se intervinieron quirúrgicamente 27 pacientes por Cáncer de Mama Lobulillar (Infiltrante). El promedio de edad fue de 48 años +/- 14,3 (31-83), y como forma de presentación habitual un nódulo palpable (92,1%). Los hallazgos mamográficos correspondieron a Birads 4 y 5, con estudio Ecográfico complementario en todos los casos y RNM Mamaria en 2 de ellos. En todos los pacientes se realizó Biopsia Core. Destaca 6 casos de multicentricidad y 1 caso de bilateralidad asincrónica. En la histopatología destaca 8 CL Pleomórficos, 18 CL Clásicos y un caso con Células en Anillo de Sello. En inmunohistoquímica 18 resultaron Estrogénico (+). Respecto a la conducta quirúrgica en 19 pacientes se realizó Mastectomía Total + Disección Axilar ; 8 pacientes se realizó Mastectomía Parcial + Ganglio Centinela. Destaca un TRAM en primer tiempo quirúrgico. En 9 casos se realizó QT y RT post-operatoria y en 10 casos solo RT adyuvante. Se describen 3 casos de recurrencia local y 4 pacientes con compromiso a distancia (recurrencia ósea y pulmonar), con un seguimiento promedio de 3,2 años.

Conclusiones: Tanto el carcinoma mamario lobulillar como ductal, son producto de la proliferación del

epitelio del ducto terminal del lobulillo mamario, con diferentes manifestaciones histopatológicas y comportamiento clínico. En la serie presentada de CL destaca la heterogeneidad de presentación clínica con patrones histopatológicos más bien acotados, con conductas quirúrgicas y complementarias estandarizadas y resultados a mediano y largo plazo comparables.

FIBROADENOMA MAMARIO REGIÓN AXILAR. REPORTE DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LITERATURA.

Drs. G. Ibañez, S. Lopez¹, C. Paulsen¹, V. Toro, E. Olave, P. Adonis, R. Trehwela.

Unidad de Patología Mamaria. Unidad de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario San José. Clínica Dávila, ¹Residente Cirugía HCUCH / Universidad de Chile.

Introducción: Entre 1 a 5 % de la población femenina presenta politelia y menos aún polimastia. El tejido mamario supernumerario está expuesto a las mismas patologías, tanto benignas como malignas, del tejido mamario normal, aunque en muy baja frecuencia. Dentro de las neoplasias benignas de mama, el fibroadenoma es el más frecuente. En relación a lo anterior, se presentan los siguientes casos. **Objetivo:** Descripción y revisión de literatura en Fibroadenoma Región Axilar, a propósito de dos casos. **Resultados:** Caso N°1: Paciente de 40 años sin antecedentes de patología mamaria previa. Consulta durante 1° semestre 2010, presentando tumor palpable retroareolar izquierdo y axilar ipsilateral de 6 meses de evolución. Al examen físico destaca nódulo periareolar UCE Izquierdo de 2,5 x 2 cms y tumor axilar izquierdo móvil de 2,2 x 2,5 cms, en contexto de mama axilar.

En estudio mamográfico presenta signos de Mastopatía Fibroquistica y ecografía mamaria con nódulo a 1 cms de pezón derecho y 2 nódulos retroareolares izquierdos (superficial y profundo). Todos Birads 4. Se realiza Biopsia Core de lesiones descritas, resultando en el nódulo mamario derecho, retroareolar profundo izquierdo y axilar izquierdo tejido compatible con Fibroadenoma con cambios mixoides del estroma. Se planifica extirpación amplia de lesiones descritas previa marcación ecográfica. Post-operatorio sin complicaciones. Resultados de biopsia quirúrgica concordantes con biopsia core. Caso N°2: Paciente de 25 años con antecedentes de cáncer mamario parental. Consulta durante 1° semestre 2010, presentando tumor palpable axilar derecho de 2 meses de evolución. Al examen físico destaca nódulo axilar derecho móvil de 2 x 1,5 cms. En estudio ecográfico destaca nódulo sólido axilar derecho de 2,3 cms x 1,4 cms y mamografía con mamas densas. Se realiza estudio citológico por punción con frotis positivo para células neoplásicas

malignas sugerentes de carcinoma. En este contexto se planifica extirpación de nódulo axilar derecho y disección axilar, con post-operatorio sin complicaciones. Informe biopsico intraoperatorio y biopsia definitiva compatibles con fibroadenomas canaliculares.

Conclusiones: Los tumores malignos y benignos en mamas supernumerarias son raros, siendo el fibroadenoma descrito con mayor frecuencia.

Las lesiones tumorales en estos casos deberían ser estudiadas con los mismos métodos diagnósticos que en tejido mamario normal. Es recomendable el seguimiento imagenológico e histopatológico periódico en caso de conducta no quirúrgica. Respecto al estudio citológico de tejido mamario, en series con resección quirúrgica posterior los falsos positivos son raros y los falsos negativos aparecen hasta en el 15 % de los casos.

PERFORACIÓN CARDIACA SECUNDARIA A LINFOMA CARDIACO

Drs. José Martínez González – Felipe Alegría González

Unidad de Urgencias de Adultos, Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso

La ruptura cardiaca es un evento infrecuente de urgencias y generalmente deriva en la muerte súbita. El intervalo entre este evento y el shock hemodinámico es breve e independiente del tamaño del defecto. Las causas descritas según su frecuencia son el infarto del miocardio, mediastinitis, absceso miocárdico, miocarditis, enfermedad de Chagas, neoplasias cardíacas y el postoperatorio de una cirugía de la válvula mitral. Clínicamente se presentan como un taponamiento cardiaco.

Se clasifican en: 1) de presentación grave inicial, con muerte súbita; 2) presencia de tejidos friables y formaciones aneurismáticas que posibilitan la reparación con urgencia relativa; 3) ruptura crónica que da lugar a pseudoaneurismas y posibilidad de reparación electiva.

Los tumores cardíacos son infrecuentes, representando el 2% de todas las neoplasias. En particular los linfomas cardíacos representan hasta el 1% de todos los linfomas y el 1.3% de los tumores cardíacos que corresponden a linfomas primarios no Hodgkin del tipo difusos de células B, presentándose generalmente en pacientes inmunocomprometidos. Pueden comprometer primariamente miocardio y/o pericardio, presentándose de forma endo o extracavitaria. Pueden existir metástasis extratorácicas a hígado, riñón y la tiroides. Por continuidad se pueden comprometer la vena Cava superior, pulmón, aorta y la pared torácica. Clínicamente se puede encontrar derrame pericárdico y taponamiento, fibrilación auricular, bloqueo auriculoventricular completo, aumento de las enzimas cardíacas por infiltración tumoral del miocardio e infarto originado por la infiltración tumoral y tóxica de la circulación cardíaca. El diagnóstico finalmente se efectúa con ecocardiografía o resonancia magnética, citología positiva del líquido pericárdico, y biopsia positiva, siendo esta última mandatoria dado que el 75% del total de tumores cardíacos son benignos. La quimioterapia asociada parece aumentar la sobrevida, aunque sigue siendo baja. Se presenta el caso de un varón de 66 años que ingresa a la Unidad de Urgencias del Hospital Carlos Van Buren que se encontraba en estudio por insuficiencia cardíaca. Dentro de su estudio se pesquisarón fibrilación auricular, derrame pericárdico y adenopatías en el scanner de tórax de hasta 2,8 cms. distribuidas en el mediastino medio a nivel paratraqueal y la ventana aortopulmonar, compatibles con linfoma. Agudamente se compromete con clínica de taponamiento cardiaco, por lo que ingresa de

urgencia a pabellón, practicándose una toracotomía anterolateral izquierda, encontrándose una perforación cardiaca. Se trata la lesión, iniciando luego reanimación sin resultado, falleciendo el paciente durante el procedimiento. En la biopsia se describe infiltración linfática epicárdica por un carcinoma escasamente diferenciado.

CARCINOMA EXADENOMA PLEOMORFO PAROTÍDEO. REPORTE DE UN CASO.

P. Mariángel¹, I. Goñi¹, A. Solar²

Departamento de Cirugía Oncológica¹ y Anatomía Patológica². Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

El carcinoma exadenoma pleomorfo (CEAP) de las glándulas salivales, es una neoplasia maligna infrecuente, agresiva, con tendencia a desarrollar metástasis regionales y que presenta una elevada mortalidad. Presentamos un caso de CEAP de la glándula parótida; se discuten sus aspectos clínico-patológicos, opciones de tratamiento y pronóstico. Caso Clínico

Paciente masculino, 51 años. Historia de adenoma pleomorfo parotídeo izquierdo desde el año 2000. El año 2001 se realizó enucleación del adenoma. El paciente solicita una 2° opinión al equipo de Cirugía Oncológica PUC. El año 2003 y 2004 fue reintervenido por recidivas locales. Ambas biopsias fueron concordantes con recidiva de adenoma pleomorfo, sin evidencia de malignidad. El año 2006 presenta nuevo tumor cervical izquierdo, duro, en contacto con glándula submandibular. TAC de cuello muestra un nódulo sólido, en espacio submandibular izquierdo, sugerente de adenopatía. Se realiza submandibulectomía + resección del nódulo tumoral. Biopsia informa "infiltración nodular linfática por adenoma pleomorfo, sin signos de malignidad". En febrero del 2010, presenta nuevo tumor cervical izquierdo, duro, adherido a planos profundos, de rápido crecimiento. TAC de cuello informa nódulo sólido, 4 cm de diámetro, ubicado bajo el hueso hioides, sugerente de recidiva. Adenopatías negativas. Se realiza tumorectomía de la lesión con márgenes macroscópicamente libres. La biopsia informa "Neoplasia maligna de la glándula salival, compatible con carcinoma mioepitelial ex adenoma pleomórfico, 3.5 x 3 x 1cm. Bordes negativos < 1mm. Permeaciones vasculares negativas". TAC de Tórax informa presencia de metástasis pulmonares. Comité Oncológico decide realizar quimioterapia. Discusión: El CEAP es un tumor infrecuente, corresponde al 11% de las neoplasias malignas de las glándulas salivales. El 84% se originan en la glándula parótida. La edad de presentación promedio es 60 años. 70% de los pacientes refiere historia de masa cervical de larga data con crecimiento súbito.

Existe consenso que se originan por “malignización” de un adenoma pleomorfo preexistente. Histológicamente corresponden a adenocarcinomas de alto grado. Se subclasifican según el grado de compromiso capsular. La Resonancia Nuclear Magnética es el estudio de elección preoperatorio. La citología presenta un 70% de falsos negativos, dificultando el diagnóstico y la planificación quirúrgica preoperatoria. La cirugía de elección es la parotidectomía total + disección cervical ipsilateral. La resección del nervio facial se debe realizar sólo con compromiso macroscópico evidente. La radioterapia adyuvante provee buen control locoregional, aún con márgenes quirúrgicos positivos. El grado de invasión extracapsular es el principal factor pronóstico. La supervivencia a 5 años se estima en 50%.

TUMOR PAROTÍDEO: EXPERIENCIA DE 8 AÑOS EN EL HOSPITAL BARROS LUCO-TRUDEAU.

Ints. R. Veas, E. Pavez, Drs. M. Nicola, G. Rossel, P. Laime, M. González

Hospital Barros Luco-Trudeau, Servicio de Cirugía.

Introducción: Los tumores de parótida se presentan con una incidencia de 0,5 a 2,4 por cien mil habitantes. La proporción de tumores benignos y malignos es de 3: 1. El aumento de volumen localizado es el elemento clínico que permite sospechar este diagnóstico. El tratamiento quirúrgico recomendado es la parotidectomía suprafacial o total de acuerdo a la ubicación tumoral y su complicación más significativa es la parálisis facial (12-38%). **Materiales y Método:** Se realiza un estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos en el Hospital Barros Luco Trudeau por un tumor de parótida entre Enero de 2002 a Enero del 2010. **Objetivos:** Establecer la distribución según sexo y edad de la cirugía de parótidas y presentar los resultados histológicos obtenidos, en comparación con estadísticas nacionales e internacionales. **Resultados:** Durante este período se realizaron 105 parotidectomías. Se excluyeron 6 pacientes por ser parte de un vaciamiento ganglionar. La muestra está constituida por 99 pacientes. Son 45 (45,5%) mujeres y 54 (54,5%) hombres, con una media de edad de 51,6 años (15-82). El aumento de volumen fue el motivo de consulta en el 100%, siendo la glándula derecha la de mayor compromiso con un 51,5% (51). En el 73% (72) la histología determinó una patología benigna: Adenoma pleomorfo en 44 (61%), tumor de Whartin 6 (8,3%), sialoadenitis crónica 6 (8,3%), linfadenopatía benigna 5 (6,9%), mioepitelioma benigno 3 (4,2%), quiste simple 2 (2,7%), linfangioma 1 (1,4%), hemangioma 1 (1,4%), lipoma 1 (1,4%), absceso 1 (1,4%) y tejido parotídeo normal 1 (1,4%); y en el 27% (27) un tumor maligno: Cáncer epidermoide 5 (18,5%), cáncer mioepitelial 5 (18,5%), linfoma 4 (14,8%), cáncer mucocutáneo 2 (7,4%), cáncer de células acinares 2 (7,4%), oncocitoma 2 (7,4%), neoplasia

maligna indiferenciada 2 (7,4%), cáncer adenoideoquístico 1 (3,7%) y 3 (11,1%) pacientes con metástasis (renal, mama y tiroides). En el 90% (89) se realizó una parotidectomía suprafacial (71 benignos y 18 malignos), 9% (9) una parotidectomía total (8 malignos y 1 benignos) y una biopsia incisional en un caso maligno.

Discusión: Los tumores benignos constituyen el 73% de la patología parotídea operada, particularmente el adenoma pleomorfo. En la patología maligna existe una alta variedad histológica sin un predominio claro. La parotidectomía suprafacial es el tratamiento de elección con un 90%, principalmente en tumores benignos, y la total en tumores de histología maligna.

CIRUGÍA TIROIDEA EN EL HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU: REVISIÓN DE 5 AÑOS.

Ints. E. Pavez, R. Veas, Drs. M. Nicola, G. Rossel, P. Laime, M. González.

Hospital Barros Luco-Trudeau, Servicio de Cirugía.

Introducción: La cirugía de tiroides es la más frecuente del sistema endocrino y de la patología de cabeza y cuello. Sus indicaciones son múltiples y bien establecidas. Sin embargo, la imposibilidad de descartar un cáncer por los exámenes preoperatorios estándares es muchas veces la indicación más frecuente.

Materiales y método: Se realiza un estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos en el Hospital Barros Luco Trudeau por patología tiroidea entre Enero de 2005 a Enero del 2010. **Objetivos:** Se busca analizar las indicaciones de cirugía del tiroides, su distribución según sexo y edad y comparar los tipos histológicos de cáncer con las estadísticas nacionales e internacionales. **Resultados:** Durante este período se realizaron 179 tiroidectomías. La mayoría de sexo femenino con el 78,8% (141). La edad promedio fue de 50,1 años (17-93). La indicación quirúrgica más frecuente con el 53,1% (95) fue por Bocio multinodular. La sospecha de cáncer en el 24% (43), nódulo solitario en 20% (36), bocio compresivo 1,7% (3) y enf. de Basedow Graves 1,1% (2). De las sospechas de cáncer (43 casos), la histología lo confirma en 34 (79%) pacientes. En 31/136 (22,8%) pacientes operados por patología presuntamente benigna, la histología demostró un cáncer, siendo más frecuente en aquellas indicadas por nódulo solitario con un 58% (18/31) que por bocio multinodular (42%). Del total de biopsias, en el 63,7% (114) se informó una patología benigna y en el 36,3% (65) se demostró un cáncer cuyas histologías son: 78,5% (51) cáncer papilar, 12,3% (8) cáncer folicular, 4,6% (3) cáncer medular y 4,6% (3) linfoma no Hodgkin. Del total de tiroidectomías indicadas por presunta patología benigna, el 27,2% (31) resultó en cáncer, y por el contrario, en aquellas cirugías indicadas por sospecha de cáncer el 22,2% (8) descartaron neoplasia. **Discusión:** La principal indicación de tiroidectomía

es patología benigna como bocio uni o multinodular, pero aproximadamente en 1 de 4 casos resultan en cáncer a pesar del estudio preoperatorio. Por otra parte, en casi la misma proporción en pacientes que se sospecha cáncer ya sea por clínica, citología o imágenes, se descarta finalmente el diagnóstico. La distribución de los tipos histológicos en cáncer en la población estudiada se asemeja a otras estadísticas nacionales e internacionales. A pesar de los múltiples estudios diagnósticos preoperatorios aún no se cuenta con un método suficientemente confiable para la decisión de la indicación de la cirugía de tiroides.

CANCER INSULAR DE TIROIDES. DESCRIPCION Y REPORTE DE UN CASO

Drs. Patricio Cabané¹, Patricio Gac¹, Jaime Carrasco², Matías Pruzzo³, Rafael Ramírez³, Maria Jose Mundi⁴ ¹Equipo Cirugía Endocrina, Cabeza y Cuello y Oncología General, ²Residente Cirugía General, ³Alumno Medicina General, ⁴Alumno Odontología, Hospital Clínico Universidad de Chile.

El carcinoma insular de tiroides es una neoplasia muy rara, de baja frecuencia, originaria de las células foliculares, que corresponde a un intermediario biológico entre el carcinoma bien diferenciado y el anaplástico, pocas veces altera la función endocrina de la glándula. Corresponde a un tumor agresivo que infiltra estructuras locales y metastatiza principalmente a pulmones. Se desarrolla en la quinta década de vida, la relación entre hombres:mujer es de 1:2, y en el 50% de los casos compromete linfonodos locales. La supervivencia de los pacientes a los 5 años es del 72% y a 10 años es de un 53%. En su pronóstico influyen muy pocos factores, siendo los determinantes la edad y la presencia de metástasis a distancia.

A nuestro servicio acude una mujer de 75 años con un nódulo cervical acompañado de disfagia, que se resuelve quirúrgicamente. La biopsia intraoperatoria de la tiroidectomía total demostró corresponder a una neoplasia folicular con células oncocíticas. Durante su seguimiento presentó dos recidivas del nódulo originario pesquiasadas producto del aumento en los niveles plasmáticos de tiroglobulina. Este nódulo infiltraba traquea y presentaba metástasis pulmonares. Finalmente se realiza la resección del tejido tumoral recidivado con resección en cuña de traquea infiltrada por tumor más anastomosis

termino-terminal seguido de un segundo tiempo operatorio en donde se reseco el tejido metastásico y los nódulos pulmonares, que ante las biopsias fueron catalogados como tejido carcinomatoso tiroideo insular.

INCIDENCIA DE CÁNCER DE TIROIDES EN PACIENTES TIROIDECTOMIZADOS POR PRESUNTA PATOLOGÍA BENIGNA.

Ints. R. Veas, E. Pavez, Drs. M. Nicola, G. Rossel, P. Laime, M. González
Hospital Barros Luco-Trudeau, Servicio de Cirugía, Santiago.

Introducción: El cáncer de tiroides es la neoplasia de origen endocrino más frecuente y muchas veces se descubre como un hallazgo en la cirugía de una patología tiroidea presuntamente benigna. **Objetivos:** En este estudio retrospectivo se pretende establecer la incidencia de cáncer de tiroides en aquellas cirugías indicadas por enfermedades benignas de la glándula, su distribución según sexo y edad y el tamaño del tumor.

Materiales y método: Se analizaron retrospectivamente las fichas clínicas de 65 pacientes tiroidectomizados y con diagnóstico de cáncer de tiroides entre enero de 2005 y Julio de 2010 en el Hospital Barros Luco-Trudeau en forma consecutiva. En este período se realizaron 179 tiroidectomías. Se analizaron datos demográficos, indicación quirúrgica, tamaño tumoral y resultado histopatológico de la muestra. **Resultados:** El 36,3% (65) de los pacientes tiroidectomizados presentaron un cáncer. De estos el 47,6% (31) su cirugía fue indicada por patología presuntamente benigna. La distribución según sexos fue 71% (22) mujeres y 29% (9) hombres, con una edad promedio de 51,3 años (Mujeres 46,8 años y hombres 62,7 años). El tamaño tumoral promedio fue de 2,5 cm (0,2 - 8) de diámetro mayor, siendo mayor en aquellas tiroidectomías indicadas por bocio uninodular (3,11 cm) que en bocio multinodular (1,83 cm). La histología de éstos fue 27 (87%) de variedad papilar, 2 (6,5%) folicular y 2 (6,5%) medular. **Discusión:** Una proporción importante de pacientes con cáncer de tiroides (47,6%) son diagnosticados al momento del análisis histológico, pese a los estudios preoperatorios estándar. En las mujeres se presenta a edades más tempranas y es más frecuente hallarlo en nódulos tiroideos únicos presuntamente benignos. El tamaño y extensión tumoral también es mayor en los bocios uninodulares.

TRAUMA VASCULAR CAROTÍDEO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Drs. I. Nachari¹, G. Chacón², N. Arancibia², A. Fierro².

¹ Residente de Cirugía General Hospital San Juan de Dios. Universidad de Chile.

² Servicio de Cirugía. Departamento de Cirugía Vascular. Hospital San Juan de Dios. Universidad de Chile Hospital San Juan de Dios. Sede Occidente, Universidad de Chile.

El trauma vascular es una entidad clínica de creciente importancia e incidencia en el contexto de la urgencia, constituyendo las lesiones de los vasos del cuello alrededor del 10% del total de las lesiones vasculares, dependiendo de las series. Ahí radica la importancia de su manejo oportuno y eficiente por el cirujano de urgencias.

De las estructuras vasculares del cuello, las de mayor importancia son las arterias carótida común e interna (5% de las lesiones vasculares), ya que su lesión compromete la perfusión del encéfalo. La zona II cervical contiene estas estructuras vasculares. Persiste aún la controversia de exploración mandatoria en pacientes con herida penetrante cervical de esta área, hemodinámicamente estables y sin signos de daño de estructura vital, versus un enfrentamiento selectivo, previo estudio que confirme lesiones quirúrgicas.

Se presenta el caso de un hombre de 38 años, sin antecedentes mórbidos, que ingresa al Servicio de Urgencia con una herida penetrante cervical en zona II (con arma blanca in situ), hemodinámicamente estable (PA: 102/62; FC: 99 x'; SatO₂ : 99% con FiO₂ ambiental) y vigil.

Se realiza cervicotomía longitudinal izquierda, con disección siguiendo el trayecto del arma blanca, confirmando que esta compromete y transfixia la arteria carótida común, con indemnidad de los otros vasos carotídeos. Previa heparinización sistémica procedemos al control vascular carotídeo con cintas. Se retira el cuchillo y se comprueba buen flujo hacia proximal y distal. Reparamos la pared posterior con Prolene® 7.0 y luego la cara anterior con un parche de poliuretano (Braun®), para evitar estenosis. Posteriormente comprobamos flujo normal en carótidas común, externa e interna, con buena hemostasia y drenaje cervical, culminando el procedimiento. Drenaje cervical con débitos decrecientes es retirado a las 48 hrs. y el paciente es dado de alta a las 72 hrs. del evento, sin secuelas neurológicas ni de otro tipo. No regresa a controles posteriores.

MANEJO DEL TRAUMATISMO PENETRANTE CERVICAL.

Drs. J. Jans¹, P. Borquez², A. Marambio³, D. Villegas⁴.

¹Cirujano General. Hospital Base Osorno, ²Cirujano Oncólogo. Hospital Base Osorno, ³Becado Cirugía General. Hospital Clínico de la U. De Chile, ⁴Interno Medicina. Universidad Austral De Chile.

Introducción: El traumatismo penetrante cervical constituye una patología de baja frecuencia, pero de alta gravedad que afecta a los Servicios de Urgencia. Su morbilidad y mortalidad se deben a lesiones de estructuras vasculares o de la vía aerodigestiva. Su manejo quirúrgico o conservador depende de una serie de factores, entre ellos la estabilidad hemodinámica, la zona cervical comprometida y la presencia de signos clínicos de alerta, como sangrado activo, fuga aérea, enfisema subcutáneo, disfonía, entre otros. La conducta de exploración obligatoria ante lesiones que penetran el platismo ha ido quedando en el pasado, debido al alto número de exploraciones negativas, cercano al 50%. Objetivo: Describir la presentación, manejo y resultados de los traumatismos penetrantes cervicales manejados en el Servicio de Urgencia del Hospital Base Osorno, entre Enero del 2004 y junio del 2010. Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes con traumatismo penetrante cervical manejados en nuestro centro en el periodo mencionado. Los datos fueron obtenidos de los registros de los Servicios de Urgencia, Pabellón, Estadística y de las fichas clínicas. Los resultados fueron procesados en Planilla Excel. Resultados: ocho pacientes con traumatismo penetrante cervical fueron manejados durante el periodo analizado. Siete de sexo masculino. El rango de edad fue de 4 a 53 años. Hubo 3 lesiones de Zona I y 5 lesiones de Zona II. Tres fueron traumatismos accidentales domiciliarios, 4 lesiones por arma blanca y una lesión auto inferida con una botella. Todos los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente. Las principales indicaciones fueron el sangrado activo, el enfisema subcutáneo y la salida de aire por la herida. El tiempo promedio de hospitalización fue de 4,5 días. Todos los pacientes sobrevivieron. Conclusiones: En nuestro medio el traumatismo penetrante cervical es una patología de baja frecuencia, pero de alta morbilidad que obliga al cirujano de urgencia a estar atento a pesquisar los signos de alerta, para determinar la necesidad de una exploración quirúrgica o un manejo conservador.

MANEJO SELECTIVO NO QUIRÚRGICO EN TRAUMA ABDOMINAL PENETRANTE POR HERIDA DE ARMA DE FUEGO. REPORTE DE UN CASO

Drs. A. Jadue¹, M. Salazar¹, C. Maldonado², P. Fernández¹, S. Uribe Echevarría³

¹Residente de Cirugía General, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

²Estada de Capacitación, Universidad de Chile

³Equipo de Cirugía Hepatobiliar, Hospital del Salvador .

Introducción: Las heridas penetrantes abdominales por arma de fuego han sido una indicación de laparotomía de urgencia durante el último siglo. En trauma abdominal contuso o penetrante por arma blanca el tratamiento no quirúrgico ha ganado aceptación en las pasadas dos décadas. La mayoría de las heridas por arma de fuego requieren una exploración quirúrgica de urgencia para controlar el sangrado o contener la contaminación

Caso Clínico: Se presenta un caso de un paciente de sexo masculino de 18 años.

Herido por arma de fuego transfixiante en codo derecho y re-entrada de proyectil en la región toracoabdominal derecha. Ingresa al Servicio de Urgencia con estabilidad hemodinámica, ventilando sin apremio, sin compromiso de conciencia. Al examen físico destaca aumento de volumen e impotencia funcional de codo derecho, sin evidencia de peritonitis. La radiografía confirma la fractura expuesta de codo. Se realiza una TC de tórax abdomen y pelvis que evidencia laceración hepática AAST tipo V, sin compromiso del hilio portal, sin evidencia de líquido libre o aire libre. Se realiza aseo quirúrgico

de la fractura expuesta y se decide observación del trauma abdominal. Evoluciona clínicamente sin compromiso hemodinámico ni peritonitis. Control con TC a las 24 horas no muestra evolución de la laceración hepática. Control seriado de hematocrito, pruebas hepáticas, parámetros inflamatorios sin alteración. Es dado de alta al décimo día.

Discusión: El manejo del trauma abdominal penetrante con inestabilidad hemodinámica o peritonitis es mediante laparotomía de urgencia, mientras que pacientes estables pueden ser manejados sin cirugía. A esta última práctica clínica se le ha llamado "manejo selectivo no quirúrgico". Las guías clínicas actuales recomiendan el manejo selectivo no quirúrgico en pacientes con hemodinamia estable sin irritación peritoneal en heridas por arma blanca y arma de fuego. En heridas por arma de fuego ha existido más resistencia a esta última recomendación. El manejo no quirúrgico en trauma abdominal penetrante por arma de fuego es una alternativa terapéutica en un seleccionado grupo de pacientes en ausencia de inestabilidad hemodinámica o peritonitis clínica.