



LXXXV CONGRESO CHILENO E INTERNACIONAL  
DE CIRUGIA

XLIV JORNADAS CHILENAS DE COLOPROCTOLOGIA

X 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

LA SERENA - 25 AL 28 DE NOVIEMBRE DE 2012.

SEDE: HOTEL DE LA BAHIA

## **DIRECTORIO DE LA SOCIEDAD DE CIRUJANOS DE CHILE 2012**

Presidente:

Dr. Carlos Benavides C.

Vice-Presidente:

Dr. Mauricio Camus A.

Secretario General:

Dr. Juan Carlos Díaz J.

Tesorero:

Dra. Verónica Silva O.

Past-President:

Dra. Jamile Camacho N.

**DIRECTORES:**

Dr. Günther Bocic A.

Dr. Carlos Farias O.

Dr. Patricio Huidobro M.

Dr. Vicente Irrázaval E.

Dr. Jorge Martínez C.

Dr. Juan Stambuk M.

Dr. Mario Uribe M.

Dr. Enrique Waugh C.

## COMITÉ PLANIFICADOR DEL CONGRESO:

Presidente

Dr. Carlos Benavides C.

Dr. Patricio Burdiles P.

Dr. Eduardo Coddou C.

Dr. Juan Carlos Díaz J.

Dr. Carlos García C.

Dr. Patricio Huidobro M.

Dr. Jorge León C.

Dr. Jorge Martínez C.

Secretarias Sociedad de Cirujanos de Chile:

Srta. Margarita Ferrer S.

Sra. Paula Estrada A.

Dr. Alberto Castillo N.

Presidente Capítulo II Región

Dr. Eduardo Coddou C.

Presidente Capítulo IV Región

Dr. Juan Bombin F.

Presidente Capítulo V Región.

Dr. Franco Innocenti C.

Presidente Capítulo VIII Región

Dr. Luis Burgos San Juan

Presidente Capítulo IX Región

Dr. Pedro Pablo Pinto G.

Presidente Capítulos XIV, X y XI Regiones

Dr. Claudio Vallejos L.

Presidente del Departamento de Cirugía Vascular

## COMITÉ PLANIFICADOR DEL CONGRESO:

Dr. Pablo Mena S.  
Presidente del Departamento de Cirugía Torácica

Dr. Raúl Lasagna G.  
Presidente del Departamento de Trauma

Dr. Félix Raimann-La Manna.  
Presidente del Departamento de Cirugía Bariátrica y Metabólica

Dr. Marcos Rocha G.  
Presidente Departamento de Hernias

Dr. Nicolás Jarufe C.  
Presidente Departamento de Hígado, Vías Biliares y Páncreas.

Dra. Carolina Barriga Sch.  
Presidenta Departamento de Mama

Dr. Carlos Manterola D.  
Presidente Departamento de Investigación y Evidencia.

Dr. Jaime Rappoport S.  
Presidente Departamento de Educación Médica

Dr. Leonardo Espíndola S.  
Presidente Sociedad Chilena de Coloproctología

Dr. Rodrigo Hernández N.  
Presidente de la Sociedad Chilena de Cirugía de Cabeza-Cuello y Plástica  
Máxilo-Facial.

Dra. Teresa de la Cerda A.  
Presidente de la Sociedad Chilena de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética.

Dra. Dare Turenne R.  
Presidente Sociedad Chilena de Quemaduras

# INDICE

LXXXV CONGRESO CHILENO E INTERNACIONAL DE CIRUGIA  
XLIV JORNADAS CHILENAS DE COLOPROCTOLOGIA  
X JORNADAS CHILENAS DE CIRUGIA PLASTICA

## Resúmenes de Trabajos

Seccional: Cirugía Bariátrica y Metabólica .....	1
Seccional: Cirugía de Cabeza , Cuello y Plástica Maxilo-facial .....	22
Seccional: Cirugía General .....	29
Seccional: Cirugía Plástica y Reparadora .....	40
Seccional: Cirugía Torácica .....	47
Seccional: Cirugía Vascul ar .....	50
Seccional: Coloproctología .....	56
Seccional: Digestivo .....	70
Seccional: Hernias .....	87
Seccional: Hígado, Vías Biliares y Páncreas .....	94
Seccional: Mama .....	108
Seccional: Trauma .....	115
Seccional: Oncología .....	121
Seccional: Poster .....	125
Seccional: Videos .....	229



### **TITULO: EL TRÁNSITO DE NUTRIENTES A TRAVÉS DEL DUODENO NO REVIERTE LOS EFECTOS DEL BYPASS GÁSTRICO EN BAJA DE PESO NI EN CONTROL GLICÉMICO EN RATAS OBESAS**

*Drs. R. Muñoz<sup>1,2</sup>, A. Escalona<sup>1</sup>, L. Kaplan<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica. <sup>2</sup> Obesity, Metabolism, & Nutrition Institute, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School.

**Introducción.** La exclusión del tránsito de nutrientes del duodeno y yeyuno proximal es considerada esencial para mediar los efectos del Bypass Gástrico (BPG). Con el objetivo de determinar el rol de la exclusión duodeno-yeyunal después del BPG, realizamos infusión duodenal de nutrientes en ratas sometidas al BPG por 10 semanas consecutivas. **Materiales y Métodos.** Ratas obesas macho pareadas por edad y peso fueron distribuidas al azar en grupos control Sham (Sh, n=5), BPG + infusión duodenal de una dieta líquida (BPG-DL, n=5) y BPG infusión duodenal de solución control (BPG-Ctrl, n=5). Las infusiones se realizaron utilizando un catéter gastrointestinal instalado al momento de la cirugía en el estómago distal excluido de ratas BPG el cual fue conectado a una bomba de infusión continua que contenía las jeringas cargadas con dieta líquida o solución control. La progresión del peso corporal fue determinada semanalmente. La glicemia de ayuno (GA), prueba de tolerancia a la glucosa oral (PTGO), duodenal (PTGD) así como los niveles plasmáticos de GLP-1 fueron determinados a partir de muestras de sangre obtenidas después de un ayuno nocturno de 12-14 hrs.

**Resultados.** Después de 8 semanas, las ratas BPG-DL y BPG-Ctrl tuvieron una pérdida de peso equivalente de un 30% comparado con el grupo Sh (BPG-DL 537±12g; BPG-Ctrl 553±27g versus Sh 783±51g, p<0.05). Diez semanas después de la cirugía, las ratas BPG-DL y BPG-Ctrl experimentaron mejorías similares en la glicemia de ayuno (BPG-DL 106±4; BPG-Ctrl 112±3 versus Sh 136±2 mg/dl, p<0.05). La infusión duodenal de nutrientes no logró revertir los efectos del BPG en la tolerancia a la glucosa como queda demostrado por disminuciones similares en el área bajo la curva de la PTGO (BPG-DL 2660±45; BPG-Ctrl 2858±196 versus Sh 7028±726, p<0.05) y PTGD (BPG-DL 2790±447; BPG-Ctrl 2827±155 versus Sh 7028±726, p<0.05) comparado con ratas control. La infusión duodenal de nutrientes no logró revertir el aumento de 3.4 veces en la secreción de GLP-1 estimulada por glucosa a los 15 minutos después de la administración oral de glucosa (BPG-DL 15±3.2; BPG-Ctrl 16±2.2 versus Sh 4.4±0.6 p<0.05) y duodenal (BPG-DL 14±1.2; BPG-Ctrl 15±0.9 versus Sh 4.4±0.6, p<0.05).

**Conclusiones.** Estos resultados sugieren que la exclusión duodeno-yeyunal de nutrientes no es necesaria para mediar los efectos del BPG en la pérdida de peso y el control glicémico. Al parecer, otros componentes anatómicos del BPG son los responsables de mediar los efectos fisiológicos de esta cirugía en la regulación del balance energético y glicémico.

### **LA MEJORÍA INDUCIDA POR EL BYPASS GÁSTRICO EN EL CONTROL GLICEMICO EN RATONES OBESOS REQUIERE DE LA SEÑALIZACIÓN MEDIADA POR EL RECEPTOR DE GLP-1**

*Drs. Rodrigo Muñoz<sup>1,2</sup>, Huali Yin<sup>2</sup>, Alex Escalona<sup>1</sup>, Lee M. Kaplan<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica. <sup>2</sup> Obesity, Metabolism, & Nutrition Institute, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School.

**Introducción.** La remisión de la diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) después del Bypass Gástrico (BPG) se asocia a niveles post-prandiales elevados de GLP-1. Debido a estos mayores niveles y sus efectos en la secreción de insulina GLP-1 ha sido considerada esencial en mediar los efectos anti-diabéticos del BPG.

**Materiales y Métodos.** Con el objetivo de determinar el rol de la acción de GLP-1 en el control glicémico inducido por el BPG, la acción de GLP-1 fue bloqueada utilizando el antagonista farmacológico de su receptor Exendin 9-39 (Exe9). Para esto ratones machos obesos C57/BL6 sometidos al BPG o controles (Sham, Sh) fueron implantados con bombas mini-osmóticas cargadas con Exe9 o solución control (Ctrl) por 8 semanas. Luego de 6 semanas, la glicemia de ayuno (GA), prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTGO) y secreción de insulina estimulada por glucosa (SIEG) fueron determinadas después de un ayuno nocturno de 12-14 hrs.

**Resultados.** El BPG mejoró la glicemia de ayuno en un 30% comparado con el grupo Sham (GA mg/dl: BPG-Ctrl, 117.8 ±3.6 versus Sh-Ctrl 164.7±6.8, p<0.05). Comparado con el grupo Sham, Exe9 aumento la GA en un 18% en ratones BPG y Sham (GA mg/dl: BPG-Exe9 137.6±11.2; BPG-Ctrl, 117.8±3.6; Sh-Ex9 195.8±6.4; Sh-Ctrl 164.7±6.8, p<0.05). El BPG disminuyó el área bajo la curva de la excursión de la glucosa después de la PTGO en un 57% comparado con el grupo Sham (BPG-Ctrl 7697±512 versus SO-Ctrl 17830±1856, p<0.05). En ratones Sham, Exe9 deterioró la PTGO en un 9%. En cambio, en ratones BPG Exe9 deterioró en un 87% la PTGO, lo que corresponde a una reversión del 65% del efecto del BPG en PTGO (PTGO: BPG-Exe9 14296±882 versus BPG-Ctrl 7697±512, 117.8±3.6; Sh-Ex9 19468±1514 versus Sh-Ctrl

17830±1856, p<0.05). Durante la PTGO, Exendin 9-39 disminuyó en un 70% y 40% la secreción de insulina en ratones sometidos al BPG y Sham comparados con sus controles(SIEG: BPG-Exe9 7.1±1.9; BPG-Ctrl 23±3; Sh-Ex9 23±4.8; Sh-Ctrl 39±7).

Conclusión. Los resultados indican que la señalización periférica de GLP-1 después del BPG es esencial en mediar gran parte de la mejoría observada en la tolerancia a la glucosa en ratones obesos. En cambio, GLP-1 parece contribuir modestamente a la mejoría observada en la GA inducida por el BPG. Los efectos observados del Exendin 9-39 en la secreción de insulina sugieren que gran parte del control glicémico inducido por el BPG se deben al conocido efecto incretina de GLP-1.

### LA EXCLUSION DUODENAL AISLADA AUMENTA EL GASTO ENERGETICO EN RATAS OBESAS

Dr.S. Rodrigo Muñoz <sup>1,2</sup>, Nicholas Stylopoulos <sup>1</sup>, Alex Escalona <sup>1</sup>, Philip Davis <sup>1</sup>, Lee Kaplan <sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica. <sup>2</sup> Obesity, Metabolism, & Nutrition Institute, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School.

Introducción. El Bypass Gástrico (BPG) ha demostrado aumentar el gasto energético (GE) en modelos animales de obesidad. Sin embargo, los procedimientos quirúrgicos gástricos aislados como la Gastrectomía en Manga (GM) no consiguen aumentar el GE.

Objetivo. El objetivo de este trabajo fue determinar la contribución de la exclusión duodenal aislada en el aumento del GE observado después del BPG. Materiales y Métodos. En ratas machos obesos Sprague-Dawley inducidas por dieta pareadas por edad y peso se implantaron dispositivos endoluminales (ELS, endoluminal sleeve) de distintos tamaños (n=5 ELS-1 cm, n=5 ELS-4 cms, n=5 ELS-10 cms) y se realizó un grupo control Sham (Sh, n=5) Además un grupo Sh El dispositivo endoluminal es un tubo flexible impermeable a los nutrientes y secreciones gastrointestinales que se implanta en la primera porción duodenal. La progresión del peso corporal se realizó semanalmente. La absorción de nutrientes se determinó por medio de calorimetría directa. El gasto energético (GE) fue obtenido mediante la utilización de calorimetría indirecta. La ingesta de alimentos se calculó como el total de calorías ingeridas durante 7 semanas consecutivas. Resultados. Ocho semanas después de la cirugía, todas las ratas implantadas con el ELS pesaron menos que el grupo Sh, siendo el grupo de ratas ELS-10 las que experimentaron la mayor pérdida de peso (peso corporal 733±11g [ELS-10]; 772±14g [ELS-4]; 780±15g [ELS-1] versus 851±26g [Sh], p<0.05). La calorimetría directa no demostró evidencia de malabsorción de nutrientes. La ingesta de alimentos disminuyó en un 10% en ratas ELS-1 y en un 13% en el grupo de ratas ELS-4 y ELS-10. El grupo ELS-10 exhibió un aumento en el GE

total de un 13% (VO<sub>2</sub> 708±12 ml/h/kg<sup>0.75</sup> [ELS-10]; 625±6 [Sh]; p<0.05) y de un 9% (VO<sub>2</sub> 566±5 ml/h/kg<sup>0.75</sup> [ELS-10]; 505±6 [Sh]; p<0.05) en el GE de reposo. En cambio, el grupo de ratas ELS-1 y ELS-4 no aumentaron el GE total ni tampoco el GE de reposo.

Conclusión. La exclusión duodenal aislada consigue reproducir los efectos del BPG al reducir la ingesta de alimentos y aumentar el GE. Estas observaciones sugieren que señales originadas en el intestino delgado en respuesta al re-direccionamiento del tránsito de nutrientes y secreciones bilio-pancreáticas a través del tracto gastrointestinal pueden modular los cambios observados en la ingesta de nutrientes y GE. La identificación de los mecanismos responsables de estos efectos permitirá el desarrollo de nuevas terapias para el tratamiento de la obesidad.

### PREDICTORES DE PERDIDA DE PESO EN PACIENTES OBESOS IMPLANTADOS CON EL DISPOSITIVO DUODENAL ENDOBARRIER POR 12 MESES

Drs. Rodrigo Muñoz <sup>1,2</sup>, Angelica Dominguez <sup>3</sup>, Cesar Muñoz <sup>1</sup>, Milenko Slako <sup>1</sup>, Juan Cristobal Cassina <sup>2</sup>, Cecilia Gomez <sup>1</sup>, Fernando Pimentel<sup>1</sup>, Alan Sharp <sup>1</sup>, Danae Turiel<sup>1</sup>, Alex Escalona <sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica. <sup>2</sup> Residente Cirugía General, División de Cirugía, Pontificia Universidad Católica.

<sup>3</sup> Departamento De Salud Publica, Pontificia Universidad Católica.

Introducción. El tratamiento endoscópico de la obesidad utilizando el Endobarrier ha demostrado ser efectivo, induciendo en promedio un porcentaje de pérdida del exceso de peso (%PEP) de un 47% doce meses después de su implantación. Sin embargo, al igual de lo que ocurre en los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos como el al bypass gástrico (BPG), la pérdida de peso obtenida es variable. Objetivo. Identificar predictores clínicos de %PEP al año en pacientes obesos tratados con el Endobarrier. Materiales y Métodos. Las fichas clínicas de 61 pacientes implantados consecutivamente con el Endobarrier fueron identificadas. Cuarenta y cuatro (72%) eran mujeres. Veintiuno (34%) eran diabéticos tipo 2 (DMT2). La edad, e índice de masa corporal (IMC) preoperatorio promedio fue de 35.4±9.7 años y 43±5.6 kg/m<sup>2</sup>, respectivamente. Las variables demográficas, antropométricas, bioquímicas y comorbilidades asociadas fueron identificadas. Se realizó un análisis univariado y multivariado de las variables seleccionadas con el objeto de identificar aquellas asociadas a la pérdida del exceso de peso después de un año de tratamiento. Resultados. Después de doce meses de tratamiento los pacientes perdieron en promedio un 46±18% de su exceso de peso. El análisis univariado identificó a la glicemia de ayuno (r<sup>2</sup> = -0.303, p<0.013), índice de insulino resistencia HOMA-IR (r<sup>2</sup> = -0.457, p<0.019) y hemoglobina glicosilada (HbA1c) (r<sup>2</sup> = -0.471, p<0.013) como asociados de forma inversa con la pérdida del exceso



de peso al año de tratamiento. Sin embargo, la regresión multivariada demostró que solamente los niveles iniciales de Hb1Ac se asocian inversamente con el %PEP inducida por el Endobarrier a un año de su implante (coeficiente  $\beta$  ajustado -0.758,  $p < 0.016$ ). La presencia de DMT2 no afectó la pérdida del exceso de peso al año (%PEP DMT2  $46.7 \pm 20$  versus %PEP no DMT2  $46.8 \pm 18.6$ ,  $p = 0.988$ ). Conclusión. Los resultados de este trabajo indican que niveles iniciales elevados de HbA1c se asocian inversamente y de manera independiente a la pérdida del porcentaje del exceso de peso inducida por el Endobarrier en pacientes obesos con y sin DMT2. Estos resultados han sido previamente descritos en procedimientos quirúrgicos como el BPG. La identificación de factores clínicos predictores de pérdida de peso permitirá identificar aquellos pacientes que podrían beneficiarse de estrategias complementarias destinadas a aumentar la efectividad de intervenciones quirúrgicas y no quirúrgicas destinadas al tratamiento de la obesidad.

### **EJERCICIO FÍSICO PROGRAMADO DURANTE 12 MESES DESPUÉS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA PREVIENE LA PÉRDIDA EXCESIVA DE MASA MAGRA INDUCIDA POR LA CIRUGÍA EN OBESOS MÓRBIDOS.**

*Drs. R. Muñoz<sup>1</sup>, N. Salgado<sup>1</sup>, J. Pino<sup>1</sup>, M.J. Ríos<sup>1</sup>, M. Olivares<sup>1</sup>, M. Salinas<sup>1</sup>, P. Becerra<sup>1</sup>, G. Pérez<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup> Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica.

**Introducción.** La determinación de la composición corporal en pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica ha demostrado inducir no solamente la pérdida de masa grasa (MG), si no que también inducir una pérdida significativa de masa magra (MM). El objetivo de este trabajo fue determinar si la incorporación de ejercicio físico programado (EFP) en el post-operatorio de pacientes bariátricos logra disminuir la pérdida de MM.

**Materiales y Métodos.** Se identificaron pacientes obesos sometidos al Bypass Gástrico (BPG) o Gastrectomía en Manga (GM) que contaran con impedanciometría bioeléctrica basal, a los 3, 6, y 12 meses operados entre Enero 2008 y Abril 2011. La impedanciometría permitió determinar la cantidad de MM y MG. Se identificaron 35 pacientes, 57% ( $n=20$ ) de los cuales realizaron EFP(+) y 43% ( $n=15$ ) no realizó EFP(-). El EFP consistió en un programa de entrenamiento mixto: resistencia aeróbica y fortalecimiento muscular que se realizó a partir de la segunda semana post-operatoria en 3 sesiones semanales, durante los primeros 12 meses. **Resultados.** La edad e IMC promedio pre-operatorio en el grupo EFP(+) y EFP(-) fue de  $33.5 \pm 8.9$  años y  $44 \pm 12.5$  años ( $p = 0.003$ ) y de  $40.4 \pm 7.1$   $\text{kg/m}^2$  y  $35.3 \pm 6$   $\text{kg/m}^2$  ( $p = 0.04$ ). El peso pre-operatorio en el grupo EFP(+) y EFP(-) fue de  $109 \pm 25$  kg y de  $96 \pm 17$  kg ( $p = \text{NS}$ ). A los 12 meses el porcentaje de pérdida del exceso de peso (%PEP) en el grupo EFP(+) y EFP(-) fue de  $70 \pm 41\%$  y de  $68 \pm 48\%$  y el IMC fue de  $26.7 \pm 3.3$   $\text{kg/m}^2$  en pacientes EFP(+) y de

$26.2 \pm 3.4$   $\text{kg/m}^2$  en pacientes EFP(-) [ $p = \text{NS}$ ]. La pérdida porcentual de MM con respecto al basal en el grupo EFP(+) y EFP(-) fue de  $15.2 \pm 18\%$  y de  $32 \pm 14\%$  ( $p = 0.009$ ). La pérdida porcentual de MG con respecto al basal en el grupo en el grupo EFP(+) y EFP(-) fue de  $89 \pm 23\%$  y de  $72 \pm 19\%$  ( $p = 0.028$ ). **Conclusiones.** Estos resultados demuestran que la incorporación de un programa de ejercicio físico programado en el manejo post-operatorio de pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica consigue reducir de manera efectiva la pérdida masiva de MM observado en pacientes obesos operados no entrenados. Esta pérdida de MM inferior al 20% sitúa al EFP como una intervención efectiva en la prevención de la pérdida masiva de MM inducida por la cirugía. Al mismo tiempo el EFP permite conseguir pérdidas de MM inferiores al 20% cumpliendo con las recomendaciones actuales.

### **GASTRECTOMIA EN MANGA (GML) EN UN TIEMPO COMO CIRUGIA REVISIONAL PARA BANDA GASTRICA FALLIDA**

*Drs. M. Berry, P. Lamoza, L. Urrutia, R. Rossi*  
Unidad de Cirugía Bariátrica, Clínica Las Condes

**Introducción:** La revisión de una banda gástrica ajustable (BGAL) fallida se ha vuelto una situación común en cirugía bariátrica y existe debate en relación al mejor procedimiento para su resolución. La literatura internacional destaca una elevada morbilidad en relación a la conversión de una BGAL a una GML en un tiempo quirúrgico y una baja de peso sub-óptima. Evaluamos los resultados de un procedimiento en un tiempo, con conversión de la BGAL a una GML como un procedimiento revisional para una baja de peso inadecuada y/o complicaciones post BGAL, analizando tiempo operatorio, estadía hospitalaria, % pérdida de exceso de IMC (PEIMC), y morbi-mortalidad.

**Material y Método:** Una serie prospectiva de pacientes consecutivos sometidos a un retiro de BGAL y GML en un tiempo, entre junio 2007 y enero 2012. Se desarmó la funduplicatura y se retira la banda y la capsula peri-banda en forma cuidadosa, previo a realizar la GML.

**Resultados:** 47 pacientes, 27 mujeres, de edad promedio 43.6 (20-62) fueron operados. Tiempo quirúrgico promedio fue de 106 minutos (90-180). Estadía hospitalaria media fue de 3 días. IMC promedio preop. fue de 34,9 (28-44). Durante el seguimiento de 16 meses promedio (6-34), el IMC bajo a un promedio de 29,6 (22-39) y el %PEIMC fue de 76,9% +/- 12,1%. Tres pacientes (6,3%) presentaron morbilidad: disfagia que fue resuelta con una endoscopia digestiva alta, fiebre persistente que obligo a una exploración laparoscópica que fue negativa, y un hematoma peri-gástrico que se manejo en forma no-quirúrgica. No hubo filtraciones ni mortalidad en esta serie.

**Discusión:** La GML puede ser realizada en forma segura como un procedimiento revisional en un tiempo por cirujanos bariátricos de experiencia, y es efectiva para obtener una adecuada baja de peso. Mayor seguimiento es necesario para establecer su eficacia a largo plazo.

## **TROMBOSIS PORTO-MESENTÉRICA POST GASTRECTOMÍA EN MANGA LAPAROSCÓPICA, UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE PERO POTENCIALMENTE SERIA**

*Drs. M. Berry, L. Urrutia, P. Lamoza, R. Rossi*  
Unidad de Cirugía Bariátrica, Clínica Las Condes

**Introducción:** La trombosis venosa porto-mesentérica (TVPM) ha sido reportado en hasta el 1% de pacientes luego de ser sometidos a una gastrectomía en manga laparoscópica (GML) y puede causar morbi-mortalidad significativa. Reportamos nuestra experiencia con esta complicación. **Material y Método:** Evaluamos la incidencia de TVPM en una serie consecutiva de GML entre abril 2006 y enero 2012, y analizamos las características de los pacientes, factores de riesgo, presentación clínica, la extensión de la trombosis y secuelas. **Resultados:** 1013 pacientes fueron sometidos a GML durante este periodo, 4 (0,4%) presentaron TVPM, edad promedio 35 (31-38), imc promedio 36 (32-42), y tiempo operatorio promedio 91 min (80-95). Todos recibieron enoxaparina 40 mg sc diaria durante su hospitalización y fueron dados de alta al tercer día postoperatorio. El motivo de consulta principal fue dolor epigástrico al día 29 postoperatorio (14-59). Dos pacientes eran fumadores, una mujer había reiniciado su tratamiento anticonceptivo oral, y uno tenía una historia familiar de trombosis venosa. El diagnóstico se realizó con TAC y angioTAC de abdomen-pelvis, demostrando trombosis exclusivamente de la vena porta en dos, en otro extensión a la vena esplénica y en dos extensión a las venas mesentérica superior (VMS) y esplénica. Tres pacientes fueron manejados exitosamente con tratamiento anticoagulante. El paciente con extensión de la trombosis a la VMS requirió cirugía debido a isquemia del intestino delgado. Durante el seguimiento promedio de 29 meses (5-45), todos los pacientes están clínicamente asintomáticos. Los estudios de trombofilia fueron positivos en 3, y están pendientes en el último paciente. AngioTACs de seguimiento demostraron vasculatura normal en 3, y una resolución parcial de la trombosis en el último paciente. **Discusión:** A pesar de que la TVPM es una complicación rara, debe ser considerada en el diagnóstico diferencial en las primeras semanas post GML. Un diagnóstico oportuno es crucial para adecuadamente tratar a estos pacientes. Trombofilia fue frecuentemente identificada como causa subyacente en nuestra experiencia.

## **GASTRECTOMIA EN MANGA EN PACIENTES OBESOS CON DIABETES MELLITUS 2**

*Drs. M. Berry, P. Lamoza, L. Urrutia, R. Rossi*  
Unidad de Cirugía Bariátrica, Clínica Las Condes

**Introducción:** Reportamos nuestra experiencia en el tratamiento de pacientes obesos con diabetes mellitus 2 (DM2) con gastrectomía en manga laparoscópica (GML), analizando el porcentaje de pérdida de exceso de peso (%PEP), comportamiento metabólico postoperatorio, y morbi-mortalidad. **Material y Método:** Una serie prospectiva de

pacientes obesos con DM2 bien controlada fueron sometidos a GML entre abril 2006 y enero 2012, y fueron seguidos según un protocolo estricto. **Resultados:** 63 pacientes, 25 mujeres, edad promedio 50 años (24-70), fueron operados y seguidos por un promedio de 18 meses (6-46). El IMC promedio preoperatorio y durante seguimiento fue 36,4 (30,2-51) y 27,6 (21,3-35), respectivamente, y %PEP promedio fue 80,5%. Glicemia en ayuno y HbA1C preoperatorios disminuyeron desde 151 mg% (84-250) a 95mg% (72-120) y de 7,05% (5,2-11,6) a 5,79% (5,3-6,9), respectivamente, durante seguimiento. En el seguimiento, 82% de los pacientes no requirieron mantener hipoglicemiantes orales, y el 18% presentó una disminución significativa en la dosis de su medicación y/o estaba en proceso de retiro gradual de la medicación. No hubo conversiones. Dos pacientes (4%) presentaron morbilidad: un hemoperitoneo y un hematoma perigástrico - ambos fueron manejados en forma no quirúrgica. No hubo mortalidad en esta serie. **Discusión:** GML es un tratamiento seguro y efectivo para pacientes con DM2 bien controlada, logrando un muy buen control metabólico. Mayor seguimiento es necesario para evaluar los resultados a largo plazo, lo que podría entregar información valiosa para optimizar la selección de pacientes para este procedimiento.

## **EFFECTOS A CORTO PLAZO DE LA GASTRECTOMIA SUBTOTAL SOBRE LA DIAETES MELLITUS TIPO 2, EN PACIENTE OBESOS CON IMC ENTRE 31 Y 52**

*Drs. A. Pérez Castilla, E. Mollo, W. Martínez, F. Zambra, F. Zambra, J. Rubilar, P. Fagalde, J. Kehr, C. Droguett, L. Gambinni, J. Vega, G. Meller, E. Troncso*

Centro de Obesidad Clínica INDISA  
Universidad Andrés Bello

**Introducción :** Los datos sobre la efectividad de la gastrectomía en manga en la mejoría o resolución de la diabetes mellitus tipo 2 son escasos. **Métodos:** Se llevó a cabo un estudio prospectivo de 18 meses de duración sobre la homeostasis glucémica de 12 paciente obesos y diabéticos sometidos a gastrectomía en manga. Se consideraron en este estudio pacientes con diagnóstico previo de diabetes, 3 de ellos tenían obesidad grado 1, 7 de ellos obesidad grado 2 y 2 de ellos eran obesos mórbidos. Se tomaron como puntos de interés, la baja de peso, control de la glicemia, normalización de la insulinemia entre otros

**Resultados:** En un seguimiento promedio de 6 meses, observamos en este subgrupo de pacientes una baja de peso promedio de 24 Kilos. A los 6 meses el 100% de los pacientes había normalizado su glicemia y el 100% de aquellos pacientes que presentaban hiperinsulinemia normalizaron su insulinemia, El 100% de los pacientes habían suspendido su medicación a los 6 meses.

**Conclusion:** Nuestros datos muestran que la gastrectomía en manga en pacientes obesos y diabéticos es una alternativa altamente eficaz. Debemos reportar los datos obtenidos del seguimiento a largo plazo.

## **EXPERIENCIA DEL CENTRO DE OBESIDAD CLINICA INDISA EN 480 CASOS CONSECUTIVOS DE GASTRECTOMIA SUBTOTAL PARA MANEJO DE OBESIDAD.**

*Drs. A. Pérez Castilla, E. Mollo, W. Martínez, F. Zambra, F. Zambra, J. Rubilar, P. Fagalde, J. Kehr, C. Droguett, L. Gambinni, J. Vega, G. Meller, E. Troncoso, Al. J. Vergara*

Centro de Obesidad Clínica INDISA  
Universidad Andrés Bello

**Objetivos:** Comunicar la experiencia en 480 casos consecutivos de gastrectomía subtotal para el manejo de la obesidad, dando a conocer aspectos epidemiológicos, técnicos y resultados a la fecha. **Métodos:** Se procedió a la realización de la revisión de la base de datos de los pacientes sometidos a gastrectomía subtotal entre Noviembre del 2006 y Julio del 2012.

**Resultados:** Se revisó la base de datos, constatando 480 pacientes en este período, de los cuales el género femenino fue predominante en un 61.6 %. Los pacientes tenían comorbilidad conocida en un 70,5%, siendo un 27.7% Hipertensos, un 44.4 % insulinoresistentes y un 51.1% tenían el antecedente de hígado graso, entre otros. El tiempo quirúrgico fue de 82 minutos, sin conversiones a técnica abierta y solo un 4.1% de uso de drenaje correspondiendo a los casos iniciales. Se presentaron 9 complicaciones, 4 filtraciones, 2 hemoperitoneos, 2 hematomas perigástricos tardíos y una trombosis de vena porta. El tiempo de hospitalización promedio fue de 3,2 días

El seguimiento promedio es de dos años, En el 100% de los pacientes se consideró un éxito quirúrgico, ya que presentaron una baja mayor al 60% del exceso de peso. La baja de peso promedio a los 6 meses fue de 25 kilos. Un 42% normalizaron su IMC.

**Conclusión:** La técnica de gastrectomía subtotal es actualmente la Técnica de elección para el manejo de la obesidad en el Centro de Obesidad de Clínica Indisa. Nuestros resultados son equiparables a los resultados reportados internacionalmente por centros de alto volumen. Recomendamos esta técnica quirúrgica como aproximación de elección para el manejo quirúrgico de la obesidad

## **TASA DE DISMINUCIÓN DE DIABETES MELLITUS 2 EN PACIENTES OBESOS SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA EN EL PERIODO 2008-2010.**

*Drs. A. Venegas<sup>1</sup>, R. Lago<sup>1</sup>, A. Medina<sup>1</sup>, M. Reimberg<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Internos Medicina Hospital El Pino, San Bernardo.

**Introducción:** La obesidad es un síndrome de evolución crónica, caracterizado por un aumento generalizado de la grasa corporal que se asocia a comorbilidades que deterioran la calidad y reducen las expectativas de vida.

Se define como un IMC > 30 Kg/m<sup>2</sup>, siendo una patología cuya prevalencia ha aumentado progresivamente en Chile y el mundo, con una

prevalencia de 25,1% en la población chilena, según datos obtenidos de la encuesta nacional de salud 2009-2010. La cirugía para la obesidad es lo que llamamos cirugía bariátrica.

Diversos estudios han demostrado las ventajas de mantener niveles normales de glicemia en pacientes diabéticos, como es la disminución de las comorbilidades vasculares. En base a esto cobra importancia la pronta obtención del control glicémico, principalmente obtenido, mediante cirugía bariátrica. **Objetivo general:** Evaluar la resolución de diabetes tipo 2, como comorbilidad de obesidad, luego de la realización de cirugía bariátrica tipo bypass gástrico, mediante la evaluación en controles médicos posteriores al procedimiento quirúrgico. **Pacientes y Método:** Estudio retrospectivo y descriptivo realizado mediante la revisión de historias clínicas de pacientes diabéticos que por definición de la OMS requieren cirugía bariátrica, hospitalizados en Hospital El Pino, durante el período comprendido entre los años 2008 y 2010.

**Resultados:** De un total de 212 pacientes, el 86.3% correspondió a sexo femenino y el 13,7% a sexo masculino. Sólo un 6,6% de los pacientes tenían diagnóstico preoperatorio de Diabetes Mellitus tipo 2. De estos el 78,57% tuvo un buen seguimiento postoperatorio. La edad promedio de mujeres diabéticas sometidas a cirugía bariátrica fue de 48,86 años, mientras que en varones la edad promedio fue de 43,85 años. Del total de pacientes diabéticos sometidos a cirugía el 63,63% presentó resolución de esta comorbilidad.

**Discusión:** Pacientes con IMC >30 Kg./m<sup>2</sup> y diagnóstico de DM Tipo 2, sometidos a cirugía bariátrica entre los años 2008-2010, presentan tasas de resolución de comorbilidad en 37%, alejado de tasas de resolución de 77% reportados en literatura. La disminución en remisión de la diabetes está relacionada al mal control metabólico evaluado preoperatoriamente con HbA<sub>1c</sub> y falta de programa de alimentación.

**Conclusión:** Los bajos resultados en la resolución de Diabetes Mellitus 2 se debe fundamentalmente a 3 factores: mal control de diabetes en el manejo pre-hospitalario, la oportuna y estricta evaluación y seguimiento del régimen alimenticio en pacientes post operados y la obligatoriedad del control pre-bariátrico para determinar comorbilidades asociadas y control postoperatorio para observar evolución de las mismas.

## **BYPASS GÁSTRICO TRANSUMBILICAL CON TROCAR DE ASISTENCIA Y ANASTOMOSIS GASTROYEYUNAL MANUAL**

*Drs. J.I. Fernández<sup>1</sup>, C. Farías<sup>1,2,3</sup>, C. Ovalle<sup>1,2,3</sup>, J. de la Maza<sup>1,2,3</sup>, C. Cabrera<sup>1,2,3</sup>*

Clínica Tabancura<sup>1</sup>. Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile<sup>2</sup>. Universidad de Valparaíso<sup>3</sup>.

**Introducción:** La cirugía laparoscópica de puerto único ha experimentado un gran desarrollo; siendo utilizada en diferentes procedimientos, incluyendo cirugía bariátrica. El objetivo de este trabajo es describir una técnica quirúrgica de bypass gástrico

por abordaje transumbilical (BPGTU), con anastomosis gastroyeyunal manual. Métodos: Se seleccionaron dos pacientes con indicación de bypass gástrico, y una paciente con indicación de bypass gástrico resectivo; con deseos de un mejor resultado cosmético. El procedimiento se inicia con el cirujano entre las piernas del paciente, el primer ayudante al costado izquierdo del paciente y el segundo ayudante al costado derecho. Se realiza una incisión vertical transumbilical de 2.5cm. Utilizamos el dispositivo de puerto único Gelpoint® con tres trocares de 10mm y un trocar de asistencia de 5mm en el flanco izquierdo. En los dos primeros casos se utilizó un separador hepático de 2mm subxifoideo. Se diseña ángulo de His con bisturí armónico y pasador de banda de 5mm, por trocar lateral izquierdo. Se confecciona bolsa gástrica calibrada con sonda de 36Fr, utilizando stapler EchelonFlex. Se realiza Y de Roux con rama biliar de 50cm y rama alimentaria de 120cm. La anastomosis gastroyeyunal se realiza en forma manual en dos planos con vicryl 3-0; utilizando portagujas por puerto lateral izquierdo. El pie de la Y de Roux se realiza con stapler. Se realiza prueba de azul de metileno de ambas anastomosis y se secciona yeyuno, con stapler; separando ramas alimentaria y biliar. Se cierra brecha mesentérica con seda 3-0. En el caso del bypass resectivo, primero se realiza disección de curvatura mayor completa desde primera porción duodenal al pilar izquierdo; para luego confeccionar bolsa gástrica y seccionar duodeno con stapler. Resultados: Tres mujeres fueron sometidas a TUGB, con edades de 28, 31 y 42 años; e IMC de 40.3, 33 y 38.2 respectivamente. Los tiempos operatorios fueron de 150min, 200min y 150 min. respectivamente. Las dos primeras correspondieron a BPGTU y la última a un BPGTU resectivo. No hubo conversiones a técnica multitrocar o abierta. No se registraron complicaciones ni hubo mortalidad. Las tres pacientes se mostraron satisfechas con el resultado cosmético. Discusión: El TUGB con la técnica descrita, resulta factible de realizar por cirujanos con experiencia en abordaje transumbilical. El beneficio pareciera ser principalmente estético. La progresiva experiencia en el abordaje transumbilical probablemente permita reducir tiempos quirúrgicos y expandir la indicación a un mayor número de pacientes.

#### **GASTRECTOMIA EN MANGA TRANSUMBILICAL: RESULTADOS QUIRÚRGICOS Y SEGUIMIENTO A UN AÑO EN 264 PACIENTES**

*Drs. C. Farías<sup>1,2,3</sup>, J.I. Fernández<sup>1</sup>, C. Ovalle<sup>1,2,3</sup>, R. Stock<sup>1</sup>, J. de la Maza<sup>1,2,3</sup>, C. Cabrera<sup>1,2,3</sup>*  
Clínica Tabancura<sup>1</sup>. Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile<sup>2</sup>. Universidad de Valparaíso<sup>3</sup>.

Introducción: Desde la introducción de NOTES en 2004, la comunidad quirúrgica a desarrollado gran interés para mejorar la cirugía mínimamente invasiva. Sin embargo, limitaciones técnicas, han desviado la atención del NOTES a otros abordajes como la cirugía laparoscópica de puerto único. La gastrectomía en manga transumbilical fue descrita por primera vez en el 2009; desde entonces se han

públicado múltiples trabajos con diferentes tipos de acceso transumbilical y elementos de asistencia. El objetivo de este trabajo es presentar los resultados quirúrgicos de un abordaje transumbilical simplificado para gastrectomía en manga (GMTU), y seguimiento a un año. Materiales y Métodos: Se incluyeron todos los pacientes sometidos a GMTU entre Julio del 2010 y Julio del 2012. La técnica quirúrgica consiste en una incisión transumbilical de 2.5cm, introducción del sistema de puerto único Gelpoint preparado con tres trocares de 10mm, y un puerto accesorio de 5mm en el flanco izquierdo. Fueron utilizadas pinzas rígidas convencionales en todos los pacientes. Se disecó la curvatura mayor gástrica con Enseal por puerto lateral izquierdo, desde 4cm proximal al píloro hasta el pilar izquierdo del diafragma; utilizando el fondo gástrico para levantar el lóbulo hepático izquierdo. La sección gástrica se realiza con stapler Echelon Flex, a través de trocar de 12mm que se intercambia por uno de los trocares de 10mm en dispositivo Gelpoint; calibrada con una sonda de 36fr transpilórica. Se realiza hemostasia selectiva de la línea de corchetes con clips metálicos. Resultados: Un total de 247 mujeres (94%) y 17 hombres (6%), fueron sometidos a GMTU. El IMC y edad promedio fue de 33.6±3.4 Kg/m<sup>2</sup> (rango de 30 to 46.3 Kg/m<sup>2</sup>) y 36±10 años, respectivamente. El tiempo operatorio promedio fue de 50±14 min. No fue necesario conversión a técnica multitrocar o técnica abierta en ningún paciente. No hubo mortalidad en esta serie. Siete pacientes presentaron complicaciones precoces (2.6%), que correspondieron a tres hemoperitoneos, dos filtraciones, una enterotomía inadvertida y una trombosis portal. Cuatro pacientes requirieron reoperación (1.5%). Dos pacientes presentaron complicaciones tardías, que correspondieron a dos hernias incisionales (0.7%). El tiempo de hospitalización promedio fue de 2.2±1 días. El resultado cosmético final fue calificado como satisfactorio en el 100% de los pacientes. El %BEP a tres, seis y 12 meses fue de 84±33%, 107±41% y 117±38%, respectivamente. Conclusión: El abordaje transumbilical para la GM es un procedimiento seguro con la técnica expuesta, realizable en tiempos operatorios razonables; y con buenos resultados a corto plazo.

#### **GASTRECTOMIA EN MANGA Y COLECISTECTOMÍA SIMULTÁNEAS POR VIA TRANSUMBILICAL**

*Drs. J.I. Fernández<sup>1</sup>, C. Ovalle<sup>1,2,3</sup>, C. Farías<sup>1,2,3</sup>, R. Stock<sup>1</sup>, J. de la Maza<sup>1,2,3</sup>, C. Cabrera<sup>1,2,3</sup>*  
Clínica Tabancura<sup>1</sup>. Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile<sup>2</sup>. Universidad de Valparaíso<sup>3</sup>.

Introducción: El abordaje transumbilical para cirugía de puerto único o puertos reducidos, se ha aplicado en numerosos procedimientos; incluyendo colecistectomía y cirugía bariátrica. Sin embargo, no existe información en la literatura de la realización de ambos procedimientos combinados. El objetivo de este trabajo es establecer la factibilidad técnica y mostrar los resultados quirúrgicos de gastrectomía

en manga y colecistectomía simultáneas con abordaje transumbilical. Material y Métodos: Un total de 13 mujeres; con diagnóstico de obesidad y colelitiasis, fueron sometidos a gastrectomía en manga y colecistectomía simultáneas por abordaje transumbilical. La edad e IMC promedio fue de  $42 \pm 8.8$  años y  $33.4 \pm 3.6$  Kg/m<sup>2</sup>, respectivamente. El procedimiento se inicia con incisión transumbilical de 2.5cm e inserción de dispositivo GelPoint con tres trocares. Se inserta trocar lateral de 5mm en flanco izquierdo. Se diseña curvatura mayor con Enseal a través de puerto lateral izquierdo, desde 4cm proximal al píloro hasta pilar izquierdo. Se realiza gastrectomía tubular calibrada con sonda orogastrica de 36fr mediante staplers. Se realiza hemostasia selectiva con clips. Se expone hilio vesicular con dos pinzas a través del GelPoint y se realiza disección del triángulo de Calot con hook en trocar lateral. Se colocan clips intercambiando clipadora con una de las pinzas y seccionando arteria y conducto cístico con tijeras a través de puerto lateral izquierdo. Se realiza disección vesicular con hook por puerto lateral. Se extraen ambas piezas, junto con dispositivo GelPoint. Resultados: En todas las pacientes se completo el procedimiento sin incidentes. El tiempo operatorio promedio fue de  $68.6 \pm 9.5$ min. No se registraron complicaciones ni mortalidad. Todas las pacientes fueron dadas de alta al segundo día postoperatorio. El resultado cosmético fue satisfactorio en el 100% de las pacientes. Conclusión: La gastrectomía en manga y colecistectomía, son procedimientos factibles de realizar en forma simultánea por abordaje transumbilical, en forma segura y en tiempos operatorios razonables con la técnica expuesta.

#### **MANEJO ENDOSCÓPICO DE LAS COMPLICACIONES DE CIRUGÍA BARIÁTRICA. EXPERIENCIA TRAS MÁS DE 500 INTERVENCIONES.**

*Dr. C. Flores, Dr. R. Villagrán, Dr. A. Bizjak, Int G. Bizjak, Dra M. Yañez, Dra P. Fuentes, Dra G. Bustos y Dra. S Araya.*  
Clínica Antofagasta

**Introducción:** Dentro de las complicaciones de la cirugía bariátrica que requieren manejo endoscópico se encuentran las filtraciones de la línea de sutura, las filtraciones de las anastomosis, las hemorragias gastrointestinales y las estenosis.

**Objetivos:** Evaluación del rol que cumple el manejo endoscópico de complicaciones de cirugía bariátrica  
**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes sometidos a cirugía bariátrica. Se utilizó estadística descriptiva. Todos los tratamientos endoscópicos fueron realizados por un solo cirujano endoscopista. A todos los bypass gástricos se les realizó endoscopia intraoperatoria al finalizar la cirugía con el objetivo de observar: presencia de sangrado, diámetro de la gastroenteroanastomosis y realizar prueba hidroneumática endoscópica descartando fuga anastomótica.

**Resultados:** El grupo comprende el período entre Noviembre 2009 y Julio 2012. 520 pacientes, 135

hombres (26%) y 385 mujeres (74%), edad promedio 35.5 años (15-66). El índice de masa corporal promedio fue 38.8 (30-64). Se realizaron 111 bypass gástrico laparoscópico (21,3%) y 409 gastrectomías verticales laparoscópicas (78,7%).

Hubo 2 (0,4 %) sangrado gastrointestinal, uno en el grupo de bypass y otro en el grupo de gastrectomía vertical. Ambas se manejaron exitosamente con técnica endoscópica estándar. Dos filtraciones agudas (0,4%), una en bypass la cual fue reoperada vía laparoscópica, sutura del orificio e instalación de drenajes, una filtración en el grupo de gastrectomía vertical, la cual se reoperó vía laparoscópica con drenaje de la coelección e instalación de un Stent "bariátrico" (Hanaarostent) el cual se recambio a las 5 semanas por un segundo stent comprobando el cierre de la fístula al momento del retiro de la segunda prótesis (72 días). Se constató adecuada exclusión del sitio de la fístula, nula migración y fácil retiro en comparación con prótesis utilizadas con anterioridad (2 Poliflex de Boston Scientific y 3 Evolution de Wilson Cook) en 3 pacientes derivados de otros centros para manejo por nuestro equipo. No se presentaron casos de estenosis ni mortalidad en esta serie.

**Conclusiones:**

- 1.-Es imprescindible el apoyo de la endoscopia terapéutica avanzada para el manejo de algunas de las complicaciones secundarias a cirugía bariátrica.
- 2.-El tratamiento endoscópico de estas complicaciones es seguro y efectivo.
- 3.-La endoscopia intraoperatoria en el Bypass gástrico aumenta la seguridad del procedimiento y ayuda a mantener una baja tasa de complicaciones precoces y tardías.
- 4.-El desarrollo de las nuevas prótesis "Bariátricas" cubiertas, de mayor diámetro y longitud son útiles en el manejo de las fístulas secundarias a gastrectomía vertical y ofrecen ventajas en relación a prótesis que no fueron diseñadas para este propósito específico.

#### **COMPARACIÓN DE DOS DIFERENTES HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA**

*Drs. P. Marín<sup>1,2</sup>, J.E Contreras<sup>1,2</sup>, C.Santander<sup>1</sup>, I. Court<sup>1</sup>, J.Bravo<sup>1,2</sup>, G. Czwiklitzer<sup>1,2</sup>, P. Brante<sup>1</sup>, J. Hamilton<sup>1</sup>, D. Bravo<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Unidad de Cirugía Bariátrica, Clínica Santa María  
<sup>2</sup> Unidad Cirugía Bariátrica, Hospital del Salvador, Santiago

**Introducción:** El tromboembolismo venoso (TEV), manifestado clínicamente como trombosis venosa profunda (TVP) y tromboembolismo pulmonar (TEP), es una complicación significativa asociada a los procedimientos de cirugía bariátrica. Si bien se recomienda el uso de profilaxis de TEV en estos casos, faltan recomendaciones basadas en la evidencia respecto al mejor tipo de heparina de bajo peso molecular (HBPM), principalmente por el bajo número de ensayos clínicos controlados en esta población. El objetivo de este estudio es determinar la mejor alternativa terapéutica entre dos diferentes

regímenes de HBPM en pacientes sometidos a gastrectomía vertical tubular laparoscópica (GVL) en términos de complicaciones tromboembólicas y sangrado.

**Material y método:** Ensayo clínico controlado, enmascaramiento simple y asignación aleatoria. Criterios de inclusión: mayores de 18 años, indicación formal de cirugía bariátrica, sin historia de TEV ni trombofilia, aceptar consentimiento informado para estudio. Criterios de exclusión: uso de anticoagulantes orales. Se seleccionaron 331 pacientes sometidos a GVL por un solo cirujano entre enero de 2009 y agosto de 2011 para recibir uno de los siguientes regímenes subcutáneos: enoxaparina 40mg ó dalteparina 5000 UI, ambas diariamente a partir de 24 horas postoperatorias hasta el alta hospitalaria. En todos los casos se siguió un protocolo clínico estandarizado de prevención de TEV. Variables resultado primarias correspondieron a frecuencia de eventos tromboembólicos documentados clínicamente y eventos de sangrado postoperatorios. El análisis se realizó en base a pacientes tratados utilizando estadística descriptiva con promedios y desviación estándar y para comparación de variables pruebas paramétricas (t test).

**Resultados:** 331 pacientes (212 con enoxaparina, 118 con dalteparina), con características clínicas, demográficas y factores de riesgo para TEV similares. 225 (67,9%) mujeres y 106 hombres con promedio de edad 39,5 ( $\pm$  11,01) años. Índice de masa corporal (IMC) promedio de 36,97 ( $\pm$  4,39) kg/m<sup>2</sup>. Promedio de estadía postoperatoria 3 días. Ningún paciente presentó algún episodio de TVP ni TEP clínicamente significativos. No existieron diferencias significativas en cuanto a episodios de sangrado mayores (1,4% versus 2,5%, p= 0,692) o menores (0,46% versus 0%, p= 0,439) entre ambos grupos. Dentro de los eventos de sangrado postoperatorio: 5 se resolvieron con manejo conservador y 1 paciente requirió reoperación. No ocurrieron muertes en esta serie.

**Conclusión:** Nuestros resultados muestran que no existe diferencia entre ambas opciones terapéuticas en términos de incidencia de complicaciones tromboembólicas y sangrado postoperatorio, lo que podría traducirse en una equivalencia en cuanto a efectividad como profilaxis de TEV en esta población de riesgo.

### **EXPERIENCIA CON ENDOPRÓTESIS EN EL TRATAMIENTO DE FILTRACIONES SECUNDARIAS A GASTRECTOMÍA TUBULAR VERTICAL**

*Drs. C.Santander<sup>1,2</sup>, J.E. Contreras<sup>1,2</sup>, C. Harz<sup>3</sup>, H. Richter<sup>3</sup>, I. Court<sup>1</sup>, J.Bravo<sup>1,2</sup>, G. Czwiklitzer<sup>1,2</sup>, P. Brante<sup>1</sup>, J. Hamilton<sup>1</sup>, F. Brito*

<sup>1</sup> Unidad de Cirugía Bariátrica, Clínica Santa María  
<sup>2</sup> Unidad de Cirugía Bariátrica, Hospital del Salvador, Santiago  
<sup>3</sup> Unidad de Cirugía Endoscópica, Clínica Santa María

**Introducción:** Las complicaciones más temidas en cirugía bariátrica corresponden a las relacionadas con la línea de sutura y anastomosis, las que tienen

un manejo complejo. El uso de dispositivos endoscópicos (stents) como parte del tratamiento mínimamente invasivo de estas complicaciones es una alternativa a considerar. En esta serie de casos presentamos nuestra experiencia con endoprótesis en el tratamiento de filtraciones secundarias a gastrectomía tubular vertical laparoscópica (GTV). **Material y método:** Serie de casos tratados en un solo centro en las que se describen características biodemográficas y de tratamiento de los pacientes sometidos a GTV que evolucionaron con filtraciones de la línea de sutura por las que requirieron endoprótesis como parte de su tratamiento. **Resultados:** Desde marzo de 2009 hasta abril de 2012, 7 pacientes, (4 de sexo femenino y 3 de sexo masculino), edad promedio 32,86 ( $\pm$  10,2) años) e IMC preoperatorio promedio 36,5 fueron tratados con un total de 10 stents metálicos autoexpandibles, uno con recubrimiento parcial y 9 con recubrimiento total; dos de los cuales son de tipo bariátrico. 3 pacientes de nuestro equipo y 4 pacientes provenientes de otros centros. Todos casos de GTV que evolucionaron con dehiscencia y filtración de la línea de sutura: 6 de ellas presentaron colecciones intraabdominales y un caso desarrollo peritonitis difusa. En 3 casos se asoció estenosis distal de la manga. El tiempo promedio desde la cirugía hasta la manifestación clínica de la complicación fue de 8,7 ( $\pm$  4,3) días. El uso de stents fue exitoso en el manejo definitivo de 3 casos, persistiendo evidencias de algún grado de filtración en 4 casos, los que se resolvieron completamente con manejo médico. 5 pacientes requirieron intervenciones adicionales; 3 fueron sometidos a exploración quirúrgica y dos a drenaje percutáneo de sus colecciones. 6 pacientes recibieron nutrición enteral temprana por SNY (sonda nasoyeyunal) y un paciente requirió NPP (nutrición parenteral periférica) por rechazo de la SNY. Dentro de las complicaciones asociadas al uso de stents tenemos dos casos de impactación y un caso de migración, todos los cuales fueron resueltos vía endoscópica. El tiempo promedio de resolución de las filtraciones fue de 56 ( $\pm$  15,3) días. No se presentó mortalidad.

**Conclusión:** El uso de endoprótesis en el tratamiento de las filtraciones de la línea de sutura en GTV es una herramienta terapéutica más en su complejo manejo, que debe realizarse por un equipo con experiencia y en centros de referencia para optimizar resultados.

### **RELACIÓN ENTRE EDAD Y PÉRDIDA DEL EXCESO DE PESO AL AÑO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA**

*Drs. C.Santander<sup>1,2</sup>, J.E Contreras<sup>1,2</sup>, I. Court<sup>2</sup>, J. Bravo<sup>1,2</sup>, G.Czwiklitzer<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup> Unidad de Cirugía Bariátrica, Clínica Santa María  
<sup>2</sup> Unidad de Cirugía Bariátrica, Hospital del Salvador, Santiago

**Introducción:** Existe evidencia contrapuesta en la literatura respecto a la edad como factor determinante de la pérdida del exceso de peso posterior a la cirugía bariátrica. El objetivo de este estudio de corte

transversal es determinar si existen diferencias significativas en el porcentaje de pérdida de exceso de peso a 1 año en adultos obesos sometidos a cirugía bariátrica entre dos grupos de pacientes: edad igual o mayor a 45 años y menores de 45 años. Material y método: Población de todos los pacientes mayores de 18 años sometidos a gastrectomía en manga (GML) y bypass gástrico laparoscópicos (BGL) que cumplen criterios de selección y seguimiento a 1 año, agrupados según edad mayor o igual y menor a 45 años operados por el mismo equipo de cirujanos entre enero de 2003 y junio de 2010. Se analiza si existen diferencias significativas entre la variable dependiente pérdida del exceso de índice de masa corporal al año postoperatorio (PEIMC) y la variable dependiente principal edad utilizando t test o test no paramétrico (Kruskal-Wallis) según el tipo de distribución de la variable. Además se evaluaron diferencias con las variables técnica quirúrgica y comorbilidades: diabetes mellitus tipo 2 (DM), hipertensión arterial (HTA) y dislipidemia (DLP) e interacción de éstas con la asociación entre edad y PEIMC utilizando técnicas de regresión múltiple.

Resultados: 337 pacientes (72,5% género femenino), 196 (50,1%) menores de 45 años y 141 (49,9%) de edad igual o mayor a 45 años. Al comparar ambos grupos no se encontraron diferencias en cuanto a género, índice de masa corporal inicial (IMCi), técnica quirúrgica ni presencia de DLP. Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre grupo etéreo y PEIMC ( $p < 0,001$ ) a favor del grupo de edad menor a 45 años. Mediante regresión lineal múltiple se obtuvo un efecto de interacción significativa entre la PEIMC, grupo etéreo ( $p < 0,001$ ) y presencia de HTA ( $p = 0,001$ ) en tanto que la técnica quirúrgica, la presencia de DM ni de DLP no modifican la asociación entre edad y PEIMC ( $p = 0,361$ ;  $p = 0,079$  y  $p = 0,031$ ).

Conclusión: Existe una asociación significativa entre la edad y la pérdida del exceso de peso en adultos sometidos a cirugía bariátrica, evidenciándose una mayor baja de peso en los menores de 45 años. Esta tendencia podría servir como factor predictor de la baja del exceso de peso en la evaluación preoperatoria de pacientes candidatos a procedimientos de cirugía bariátrica.

#### **GASTRECTOMÍA VERTICAL TUBULAR: SEGUIMIENTO A 3 AÑOS**

*Drs. G. Czwiklitzer<sup>1,2</sup>, J.E. Contreras<sup>1,2</sup>, C. Santander<sup>1,2</sup>, I. Court<sup>1</sup>, J. Bravo<sup>1,2</sup>, P. Brante<sup>1</sup>, J. Hamilton<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Unidad de Cirugía Bariátrica, Clínica Santa María  
<sup>2</sup> Unidad Cirugía Bariátrica, Hospital del Salvador, Santiago

Introducción: Entre las técnicas utilizadas en cirugía bariátrica, la gastrectomía vertical tubular laparoscópica (GVL) ha cobrado creciente importancia validándose su efectividad en la pérdida del exceso de peso y resolución de comorbilidades a 3-5 años de seguimiento postoperatorio. Nuestro objetivo es presentar los resultados en una cohorte

de pacientes sometidos a GVL con seguimiento completo a 3 años en términos de pérdida y reganancia de peso.

Material y método: Estudio de cohorte retrospectivo con protocolo de estudio y seguimiento de pacientes sometidos a cirugía bariátrica en dos centros. La población en estudio corresponde a todos los pacientes sometidos a GVL entre enero del 2006 y febrero del 2009 con seguimiento completo a 3 años. Las variables resultado primarias corresponden a porcentaje de baja del exceso de peso (% PEP) y reganancia de peso. La % PEP se evalúa en forma global y según grado de obesidad y la reganancia de peso se describe de acuerdo al porcentaje de aumento de peso igual o mayor al 10% del IMC inicial (IMCi). Análisis con estadística descriptiva (promedios y desviación estándar) mediante programa estadístico SPSS 13.0.

Resultados: 74 pacientes, 75,7% mujeres, edad grupal promedio 39,7 años, índice de masa corporal inicial (IMCi) promedio 41,82. En cuanto al % PEP promedio del grupo se obtuvo un 88% a los 12 meses, 82% a los 24 meses, 76,3% a los 36 meses y un 70,5% a los 48 meses post cirugía. Se presenta una diferencia significativa entre el grado de obesidad y el % PEP para todos los períodos de control, existiendo mayor pérdida relativa del exceso de peso a menor grado de obesidad ( $p = 0,0035$ ). Al analizar la reganancia de peso al tercer año se presenta en el 23% de los pacientes, de los cuales el 41,2% regana entre 10-15% del IMCi, el 35,3% entre 15,1-20% y el 23,5% más del 20%. Con parcial seguimiento al cuarto año postoperatorio 28% de los pacientes reganan peso: 33,3% entre 10-15% del IMCi, 50% entre 15,1-20% y 26,6% de este grupo aumenta más de 20% del IMCi.

Conclusión: Nuestros resultados para la GVL en términos de baja del exceso de peso y reganancia de peso se encuentran dentro de lo reportado en la literatura. Para validar la efectividad de ésta técnica a largo plazo se requiere aumentar el número de pacientes con seguimiento completo y el período de seguimiento además de determinar factores asociados a reganancia de peso en este grupo.

#### **ESTUDIO DE CONCORDANCIA ENTRE DESCRIPCIÓN INTRAOPERATORIA Y LA RADIOLOGÍA POSTOPERATORIA, ACERCA DE LA MAGNITUD DE LA ANTRECTOMÍA EN GVL**

*Drs. . Salvador, F. Maluenda, V. Parada, A. O'Brien, P. Burdiles, M. Castro, P. Guzmán, J. Giordano, M. Berry, M. Ferrario.*

Dpto. de Cirugía Clínica Las Condes, Dpto. de Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile, Serv. Radiología Clínica Las Condes.

La importancia funcional del antro en la Gastrectomía Vertical Laparoscópica (GVL) no está precisada. La anatomía resultante puede determinarse mediante la radiografía contrastada de estómago. Objetivo: Determinar concordancia entre la distancia al píloro en que se inicia la resección reportada en el

intraoperatorio y la distancia observada en la radiología estándar postoperatoria. Muestra: 67 pacientes sometidos a GVL fueron estudiados. Criterios de inclusión: Pacientes sometidos a GVL, operados por alguno de los 5 autores, periodo Junio 2011 a Mayo 2012, tener estudio radiológico contrastado postoperatorio. Criterios de exclusión: pacientes sometidos a otra técnica bariátrica y pacientes operados vía transumbilical. Método: De cada paciente se obtiene las siguientes variables: datos demográficos, pondoestaturales, calibre de sonda utilizada, paso de la sonda de calibración hacia duodeno y distancia al píloro en que se inicia la resección. Los estudios radiológicos fueron informados por un radiólogo para la variable: distancia entre el píloro e inicio de la gastrectomía. Se consideró como relevante la diferencia  $\leq 5$  mm. Entre la medición radiológica e intraoperatoria. Análisis estadístico: Se realizó estadística descriptiva para datos demográficos y pondoestaturales. Para las variables continuas de distancia quirúrgica y radiológica, se calculó el delta. Se realizó un Shapiro Wilks para determinar la distribución de los resultados. Para determinar si existe diferencias entre las medias de los deltas (distribución normal) de los grupos  $\leq 5$  mm. y  $> 5$  mm., se realizó un T student. Resultados: 64% son mujeres (43/67). Edad promedio 35,5 años e IMC promedio 34,1 kg/m<sup>2</sup> (30,3 a 46,5). La mediana de la distancia radiológica es 23 mm (0-62) y la mediana de la misma distancia, medida intraoperatoria es 20 mm. (10-50). El promedio del delta entre ambas mediciones es 5,8 mm (-45 a 50), DS: 20,4 mm. Un 46,3% (31 pctes.) muestra una diferencia  $\leq 5$  mm entre ambas mediciones y un 53,7% (36 pctes.), una diferencia  $> 5$  mm ( $p < 0.000$ ). Del grupo con diferencias  $> 5$  mm, se encuentran diferencias de 10 mm, 20 mm, 30 mm, 40 mm y 50 mm, en un porcentaje de 19,4%, 50%, 16,7%, 11,1% y 2,8% respectivamente. Conclusión: Más de la mitad de los casos presenta una diferencia clínicamente significativa entre ambas mediciones. Existe baja concordancia entre la medición reportada en el intraoperatorio y la informada en el estudio radiológico postoperatorio.

#### **CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES OBESOS SOMETIDOS A CIRUGÍA SEGÚN SCORE HISTOLÓGICO DE ESTEATOHEPATITIS NO ALCOHÓLICA EN BIOPSIAS DE HÍGADO.**

*Drs. F. Maluenda, I. Roa, P. Burdiles A. Csendes, J. Brahm, M. Castro, V Parada.*

Dpto. de Cirugía Clínica Las Condes, Dpto. de Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile, Serv. Anatomía Patológica Clínica Alemana.

El hígado graso corresponde a un espectro de componentes funcionales, imagenológicos e histopatológicos del hígado. La biopsia hepática obtenida por punción con aguja del lóbulo derecho continúa siendo el estándar diagnóstico en las enfermedades hepáticas difusas. Objetivo: Caracterizar clínicamente a los pacientes según su score histopatológico de hígado para el diagnóstico

de esteatohepatitis no alcohólica. Muestra: 41 pacientes portadores de IMC  $\geq 35$  Kg./m<sup>2</sup> sometidos a cirugía bariátrica. Criterios de inclusión: portador de obesidad con IMC  $\geq 35$  Kg./m<sup>2</sup>, indicación de tratamiento quirúrgico, firma del consentimiento informado. Criterios de exclusión: IMC  $< 35$  Kg./m<sup>2</sup>, Diabetes Mellitus 2, esteatosis hepática focal a la ecografía abdominal preoperatoria. Método: En cada paciente, al inicio de la intervención quirúrgica laparoscópica, se le tomó una biopsia de hígado mediante punción con aguja trucut del espesor del lóbulo derecho (segm. VI). Las biopsias fueron procesadas con tinción es HE y Tricrómico de Mason para fibras colágenas y estudiadas por un mismo patólogo. Se usó la Clasificación de Score Histológico de NAS (Nonalcoholic Steatohepatitis Activity Score) para dividir a la población estudiada en 3 grupos según puntaje, 1° Esteatosis hepática (0-2 pts.), 2° No diagnóstico de Esteatohepatitis (3-4 pts.) y 3° Diagnóstico de Esteatohepatitis (5-8 pts.). Análisis estadístico: Se realizó estadística descriptiva general y de cada grupo, en relación a características demográficas, ponderales, comorbilidades, exámenes de laboratorio y hallazgos ecográficos. Luego estadística analítica aplicando test de chi cuadrado, para determinar si existe diferencia estadísticamente significativa entre los 3 grupos estudiados. Se consideró como significativo un  $p < 0,05$ . Resultados: Veintisiete de los 41 pacientes son de sexo masculino (65,9%), edad promedio 37,7 años (rango 19-59) e IMC promedio de 38,8 Kg./m<sup>2</sup> (rango 35 - 44). En nueve pacientes (22%) se diagnosticó solo esteatosis, en 26 (63,4%) se obtuvo puntaje considerado no diagnóstico de esteatohepatitis y 6 (14,6%) pacientes se obtuvo puntaje diagnóstico de esteatohepatitis no alcohólica. Se describen los hallazgos en relación a datos ponderales, presencia de síndrome metabólico, alteración de las pruebas de función del hígado para los tres distintos grupos diagnósticos según puntaje histopatológico de hígado. Conclusión: Existe todo un espectro de presentación clínica asociada al diagnóstico de esteatohepatitis no alcohólica, aunque éste diagnóstico histológico exacto se logró solo en una minoría de los pacientes de esta muestra.

#### **CERTEZA DIAGNÓSTICA MACROSCÓPICA EN ENFERMEDADES HEPÁTICAS DIFUSAS, EN LOS PACIENTES OBESOS SOMETIDOS A CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA**

*Drs. K Carrillo, F. Maluenda, V. Parada, A. Sanguinetti, P. Csendes A., P. Burdiles, M. Castro, J. Giordano, L. Contreras.*

Dpto. de Cirugía Clínica Las Condes, Dpto. de Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile, Serv. de Anatomía Patológica Clínica Las Condes

La alta frecuencia con la que se presenta esteatosis hepática, esteatohepatitis, fibrosis y hasta cirrosis hepática en el paciente obeso, determina la necesidad de conocer la capacidad de certeza diagnóstica macroscópica de las enfermedades hepáticas difusas en los pacientes obesos sometidos a cirugía. Objetivo: Determinar la concordancia entre el aspecto



macroscópico del hígado durante la cirugía laparoscópica y la descripción histológica determinada por biopsia hepática. Muestra: 40 cirujanos activos, todos postbecados de cirugía general o con certificación CONACEM. Criterios de inclusión: cirujanos que realizan cirugía bariátrica, cirujanos que forman parte de equipos de trasplante de hígado, cirujanos que practican cirugía abdominal no incluidos en los grupos anteriores. Criterios de exclusión: Cirujanos abdominales coloproctólogos. Método: a cada cirujano se le mostró información de 8 casos clínicos. Cada caso constaba de datos antropométricos, exámenes de laboratorio, informe ecográfico y un video de 20 segundos de duración que mostraba el aspecto macroscópico, videolaparoscópico, del hígado izquierdo y derecho, de su superficie, sus bordes y el aspecto a la compresión con pinza de la superficie. Se entregó una lista escrita de 6 diagnósticos posibles para cada caso. Un caso correspondía a hígado normal y 7 casos a pacientes con enfermedad hepática difusa. Todos los casos fueron diagnosticados mediante biopsia hepática. Análisis estadístico: Se realizó estadística descriptiva del grupo en relación a la frecuencia absoluta y relativa de respuestas correctas e incorrectas para cada pregunta. Se determinó nivel de concordancia a través del índice Kappa. Resultados: El 92% (37/40) de los encuestados logra identificar correctamente el hígado normal. La correcta identificación de los hígados con enfermedad baja a 40% (112/280 respuestas) globalmente. El porcentaje de diagnóstico correcto y el índice kappa para cada uno de los diferentes diagnósticos histológicos se observa en la siguiente tabla:

Dg. Histológico	Dg. correcto (%)	Indice Kappa
Normal	92	0,90
Esteatosis leve	62,5	0,62
Esteatosis severa	46,3	0,48
Esteatohepatitis con fibrosis	37,5	0,37
Enf. de depósito	0	0

Conclusión: El bajo nivel de concordancia diagnóstica en enfermedad hepática difusa según el aspecto macroscópico a la visión laparoscópica, sugiere la necesidad de tomar muestras de biopsia hepática si el aspecto macroscópico del hígado no es normal.

### **GASTRECTOMIA VERTICAL CON BYPASS YEYUNAL EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD MORBIDA: RESULTADOS A LARGO PLAZO.**

*Dr. M. Alamo, Dr. M. Sepúlveda, Dr. C. Astorga, Dr. M. Herrera*  
Hospital DIPRECA

Introducción: El objetivo de la presente revisión es evaluar los resultados a largo plazo de la Gastrectomía Vertical con Bypass Yeyunal (GVBY) en relación a Pérdida de Exceso de Peso (PEP) y resolución de comorbilidades.

Método: Serie de casos prospectiva de pacientes

con Índice de Masa Corporal (IMC) > 40 kg/m<sup>2</sup> or > 35 kg/m<sup>2</sup> con comorbilidades sometidos a GVBY entre Febrero de 2004 y Noviembre de 2011, por vía laparoscópica y abierta en el Hospital DIPRECA, Santiago. La técnica consiste en una gastrectomía vertical grapada asociada a un bypass del yeyuno realizando una yeyuno-íleo anastomosis a 300cm del ángulo de treitz. Se evalúa en el seguimiento PEP y resolución de comorbilidades.

Resultados: se incluyen 239 pacientes con una edad media de 41±12.5 (17-69) años. 67.4% de mujeres. Peso e IMC preoperatorio de 108.8±16.5 (76-165) kg and 40.1±4.3 (35-58.3) kg/m<sup>2</sup> respectivamente. Tiempo operatorio promedio de 120±35 (70-240) min. Se realizó abordaje laparoscópico en 82% de los casos con una tasa de conversión de 3.1%. Estadía hospitalaria media 2±1 (2-44) días. IMC y %PEP a 12, 24, 36, 48, 60, 72 y 84 meses fue 26.9, 27.2, 27.9, 28.6, 28.9, 29.4, 27.8 kg/m<sup>2</sup> y 71.8, 70.4, 66.5, 63.7, 62.2, 61.6, 68.0% respectivamente. Morbilidad quirúrgica 10.5% con mortalidad de 0.8%. 81.5% (31/38) logró remisión completa de Diabetes Tipo 2 con remisión parcial en 18.5% (7/38) de los casos. Resolución completa de Dislipidemia en 95% de los casos. Hipertensión Arterial presentó resolución completa en 66.6% con 26.7% de resolución parcial. No se observó dumping, síndrome de malabsorción ni sobrecrecimiento bacteriano.

Conclusión: La GVBY es una técnica efectiva y segura para el tratamiento de la Obesidad Mórbida y en la resolución de las comorbilidades asociadas.

### **ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE BYPASS GASTRICO Y GASTRECTOMIA VERTICAL CON BYPASS YEYUNAL EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD MORBIDA**

*Dr. Matías Sepúlveda; Dr. Munir Alamo; Dr. Percy Brante; Dr. Cristián Astorga; Dr. Diego Reyes; Int. Patricio Galaz; Int. Daniel Pastrian; Int. Rodrigo Palma*

Hospital DIPRECA

Introducción: La Gastrectomía Vertical con Bypass Yeyunal (GVBY) fue descrita el año 2004 como una nueva técnica para el manejo de la obesidad mórbida. El objetivo de la presente revisión es comparar los resultados de esta técnica con los resultados del Bypass Gástrico (BPG) en el manejo de pacientes con obesidad mórbida.

Método: Cohorte retrospectiva de casos. Revisión de fichas de pacientes sometidos a cirugía bariátrica con ambas técnicas con índice de masa corporal IMC > 35 kg/m<sup>2</sup> en el Hospital DIPRECA, Santiago, entre los años 2006 y 2009.

La técnica consiste en una gastrectomía vertical grapada asociada a un bypass del yeyuno realizando una yeyuno-íleo anastomosis a 300cm del ángulo de treitz. Se estudian en el seguimiento datos demográficos generales, morbilidad quirúrgica, pérdida de exceso de peso y resolución de comorbilidades. El análisis estadístico de datos se realizó con el Software STATA 10, utilizando pruebas t-test, p-test, chi<sup>2</sup> y prueba exacta de Fisher con

nivel de significancia de  $p < 0.05$ .

Resultados: 296 pacientes cumplieron criterios de inclusión. 229 pacientes sometidos a GVBV y 67 pacientes sometidos a BPG con los siguientes resultados. IMC preoperatorio en GVBV / BPG de  $39,9 \pm 4,2$  /  $40,7 \pm 3,7$  kg/m<sup>2</sup> respectivamente. Tiempo operatorio promedio de  $127 \pm 35$  /  $130 \pm 45$  min. Morbilidad quirúrgica GVBV / BPG 11,5% / 11,9% sin diferencia estadística en los parámetros descritos. En relación a mejoría de comorbilidades GVBV / BPG 85,4% / 78,3% respectivamente con diferencia estadística significativa. Pérdida de exceso de peso GVBV / BPG en seguimiento a 36 meses de 71,1% / 63,4% respectivamente con diferencia estadística significativa.

Conclusión: A pesar de las limitaciones del estudio la GVBV tiene resultados comparables con el BPG en términos de baja de peso y manejo de comorbilidades mostrando una tendencia a mejores resultados en ambos parámetros.

#### **UTILIZACIÓN DE DRENAJES DE RUTINA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA LAPAROSCÓPICA. ESTUDIO COMPARATIVO EN 520 PACIENTES.**

*Dr. R. Villagrán, Dr. A. Bizjak, Dr. C. Flores. Int G. Bizjak, Dra M. Yañez, Dra P. Fuentes, Dra G. Bustos y Dra. S Araya.*  
Clínica Antofagasta

Introducción: Las cirugía bariátrica laparoscópica han demostrado ser procedimientos con bajas tasas de morbilidad y mortalidad. Es común el uso de drenajes en forma rutinaria en algunos grupos, sin embargo, sigue siendo un tema controversial. Objetivos: Evaluar los diferentes resultados en grupos de pacientes sometidos a cirugías bariátricas laparoscópicas, con uso de drenajes y sin éstos. Materiales y métodos: se presenta una serie de casos, estudio de tipo prospectivo, no randomizado, de pacientes con IMC mayor a 30 y comorbilidades, sometidos a gastrectomía vertical laparoscópica o bypass gástrico laparoscópico como tratamiento definitivo entre Noviembre 2009 y Julio 2012. En los últimos 221 pacientes no se continuó con el uso rutinario de drenajes.

La información fue analizada con Microsoft Excel y Stata 10.0.

Resultados: El grupo comprende 520 pacientes, 135 hombres (26%) y 385 mujeres (74%), edad promedio 35.5 años (15-66), IMC promedio 38.8 (30 - 64), 409 sometidos a gastrectomía vertical laparoscópica (78,7%) y 111 bypass gástrico laparoscópico (21,3%). En 299 pacientes se utilizó drenaje vs 221 pacientes en los que no se utilizó. En los pacientes con drenaje hubo 5 (1,7%) casos de hemoperitoneo (2 requirieron recirugía) y 1(0,3%) sangrado gastrointestinal. En los pacientes sin drenaje hubo 3 (1,3%) casos de hemoperitoneo (1 requirió recirugía), 2 leaks (1 en bypass y 1 en manga gástrica, ambas reoperadas evolucionando satisfactoriamente), 2 (0,9%) colecciones tratadas con antibióticos y 1 (0,45%) sangrado gastrointestinal. No se presentaron casos de estenosis ni mortalidad en esta serie.

Las diferencias no fueron estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ).

Conclusión: El uso de drenajes en cirugías bariátricas laparoscópicas no disminuiría las complicaciones perioperatorias.

#### **BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO CON ASA ALIMENTARIA LARGA (200 CM) VS ASA STANDARD (150 CM) EN PACIENTES CON IMC ENTRE 40 - 50 KG/M2. COMPARACIÓN DEL % DE PÉRDIDA DE EXCESO DE PESO A 5 AÑOS.**

*Drs. Nicolás Quezada, Alex Jones, Julián Hernández, Aaron Kuroiwa, Alejandro Raddatz, Ricardo Funke, Fernando Crovari, Gustavo Pérez, Alex Escalona, Fernando Pimentel, Camilo Boza.*

Departamento de Cirugía Digestiva. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: El Bypass gástrico laparoscópico (BPGL) es el gold estándar como tratamiento de la obesidad. Sin embargo, no existe acuerdo sobre la longitud óptima del asa alimentaria.

Objetivo: comparar el % de pérdida de exceso de peso (%PEP) a 5 años en pacientes con IMC entre 40 -50 Kg/m<sup>2</sup> que fueron sometidos a BPGL con asa alimentaria larga (AAL) vs asa alimentaria estándar (AAS).

Métodos: Análisis retrospectivo de la base de datos. El AAL se confeccionó con 200 cm de yeyuno y el AAS con 150 cm. El asa bilio-pancreática se confeccionó con 25 - 30 cm de yeyuno proximal desde el Treitz.

Resultados: 285 pacientes con AAL y 375 pacientes con AAS fueron comparados. El %PEP se describe como promedio desviación estándar para cada tiempo post op comparando AAL vs AAS: Mes6: 70 29 vs 66 17, Mes 12: 82 20 vs 82 18, Mes 24: 82 21 vs 84 19, Mes 36: 84 23 vs 79 20, Mes 48: 79 24 vs 78 24, Mes 60: 76 20 vs 71 24 ( $p > 0.05$ ).

Conclusión: El BPGL con asa alimentaria larga no ofrece mejor %PEP en ningún momento del post operatorio en pacientes con IMC entre 40-50 Kg/m<sup>2</sup>.

#### **EVOLUCIÓN DEL NIVEL DE MICRONUTRIENTES PLASMÁTICOS TRAS DOS AÑOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA. COMPARACIÓN ENTRE BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO Y GASTRECTOMÍA EN MANGA LAPAROSCÓPICA.**

*Drs. Nicolás Quezada, Alex Jones, Aron Kuroiwa, Nicolás Orbenes, Julián Hernández, Carlo Marino, Gustavo Pérez, Alex Escalona, Ricardo Funke, Fernando Crovari, Camilo Boza*

Departamento de Cirugía Digestiva. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: Es bien sabido que la cirugía bariátrica se asocia a deficiencias de micronutrientes en el tiempo, pero existen escasos reportes en la literatura.

Objetivo: Describir la evolución de las deficiencias de micronutrientes 2 años después de cirugía bariátrica en población suplementada, comparando Manga Gástrica (MG) vs bypass gástrico (BG).

Métodos: Análisis retrospectivo de nuestra base de datos. Se analizaron el porcentaje de pérdida de exceso de peso (%PEP) y exámenes postoperatorios (hemograma, perfil de hierro, calcio, PTH intacta, ácido fólico, vitamina B12), se tomaron los datos de los 6, 12 y 24 meses post op. Todos los pacientes fueron suplementados, con suplementos orales comunes y recibieron suplemento de vitamina B12 por lo menos una vez al año.

Resultados: 100 pacientes fueron identificados en cada grupos. La edad media fue 42 +- 10 en el grupo de MG y de 41 +- 11 en el grupo BG. El índice de masa corporal inicial fue de 36 mg/kg<sup>2</sup> en ambos grupos. La evolución del %PEP fue de la siguiente manera (BG vs MG): mes 1: 29 ± 13 vs 30 ± 13, mes 6: 80 ± 25 vs 80 ± 20, mes 12: 100 ± 22 vs 90 ± 30, mes 24: 100 ± 30 vs 100 ± 18 (p> 0,05). No hubo diferencias significativas en la evolución del hematocrito, pero hubo 24 casos de anemia en BG y 20 en MG. El perfil de hierro no mostró diferencias significativas, pero en el grupo de BG hubo 13 casos alterados frente a 7 en MG. No hubo diferencias en la evolución de la vitamina B12, pero hubo más casos alterados en BG (11 frente a 2). Finalmente no hubo diferencias ni valores alterados en calcio, PTH intacta ni ácido fólico.

Conclusión: Se observa que en BG y MG se pueden desarrollar deficiencias de micronutrientes, incluso en pacientes suplementados. Además, el bypass gástrico interfiere con mayor severidad que MG en el metabolismo del hierro y vitamina B 12.

### **BRECHAS MESENTÉRICAS ABIERTAS POSTERIOR A BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO. FRECUENCIA DE APERTURA DE BRECHAS EN PACIENTES OBSTRUIDOS, PACIENTES CON DOLOR ABDOMINAL AMBULATORIOS Y PACIENTES ASINTOMÁTICOS.**

*Drs. Nicolás Quezada, Alex Jones, Julio Cerda, Carlo Marino, Julián Hernández, Alex Escalona, Gustavo Pérez, Ricardo Funke, Fernando Pimentel, Fernando Crovari, Camilo Boza.*

Departamento de Cirugía Digestiva. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La obstrucción intestinal post Bypass gástrico laparoscópico (BPGL) ocurre con una frecuencia del 2-10% y la causa más frecuente es la hernia interna a través de las brechas mesentéricas (BM). Sin embargo, no se ha descrito la frecuencia de apertura de brechas mesentéricas en pacientes obstruidos, pacientes con dolor abdominal ambulatorios explorados por dolor y pacientes asintomáticos explorados por otras causas (colecistitis)

Objetivo: Describir la frecuencia de BM abiertas en pacientes con BPGL que se presentan con obstrucción intestinal, pacientes explorados por dolor abdominal y pacientes explorados por colecistitis.

Métodos: Análisis retrospectivo de nuestra base de datos. Se revisaron protocolos operatorios y se extrajo información relevante.

Resultados: se identificaron 117 pacientes con

obstrucción intestinal post BPGL, de los cuales el 70% correspondieron a obstrucción por hernia interna. Otras causas correspondieron a adherencias en 20% y bezoar en 4%. El 74% de los pacientes obstruidos tenían al menos una BM abierta y el 22% tenía dos BM abiertas. 23 pacientes fueron explorados electivamente por dolor abdominal cólico recurrente, de ellos el 65% tenía al menos una BM abierta. 90 pacientes asintomáticos con colecistitis detectada por control rutinario post op fueron explorados demostrando que el 20% de ellos tenían alguna BM abierta.

Conclusión: La presencia de BM abiertas es altamente frecuente en pacientes obstruidos. Notablemente las BM se encontraron abiertas en un % elevado de los pacientes con dolor abdominal cólico recurrente sin obstrucción y en 20% de los asintomáticos, por lo que la aparición de síntomas debe plantear la posibilidad de exploración en busca de BM abiertas.

### **COMPARACIÓN DEL BYPASS GÁSTRICO VS GASTRECTOMÍA EN MANGA EN LA EVOLUCIÓN DE LAS DISLIPIDEMIAS A 5 AÑOS.**

*Drs. Nicolás Quezada, Alex Jones, José Galindo, Carlo Marino, Julián Hernández, Nicolás Orbenes, Fernando Pimentel, Alex Escalona, Fernando Crovari, Ricardo Funke, Gustavo Pérez, Camilo Boza.*

Departamento de Cirugía Digestiva. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: Es bien reconocido que la cirugía bariátrica corrige las comorbilidades asociadas a la obesidad. Sin embargo, la evolución a largo plazo en cuanto a resolución de las dislipidemias no está ampliamente descrita.

Objetivo: Comparar la evolución de las dislipidemias en pacientes sometidos a Bypass gástrico (BG) vs gastrectomía en manga (GM) a 5 años de evolución.

Métodos: Análisis retrospectivo de base de datos. Las dislipidemias fueron definidas de acuerdo a los criterios de ATPIII. El perfil lipídico fue medido preop y en varios momentos del post operatorio, luego el promedio y desviación standard fueron calculados y comparados. El % de pacientes dislipidemicos fue calculado para los distintos momentos del post op.

Resultados: 70% de los pacientes fueron de sexo femenino. El IMC inicial y en el post op fue similar en ambos grupos. Los datos son presentados comparando BG vs GM mostrando el porcentaje de pacientes dislipidemicos.

Colesterol total: Preop: 45 vs 48, Mes6: 6 vs 31, Mes12: 15 vs 36, Mes60: 31 vs 45.

Colesterol HDL: Preop: 26 vs 23, Mes6: 4 vs 6, Mes12: 4 vs 3, Mes60: 5 vs 0.

Colesterol LDL: Preop: 39 vs 49, Mes6: 4 vs 21%, Mes12: 9 vs 25, Mes60: 18 vs 36.

Triglicéridos: Preop: 47 vs 43, Mes6: 10 vs 16, Mes12: 8 vs 15, Mes60: 20 vs 54.

Conclusión: Las dislipidemias alcanzan un alto% de resolución a los 6 y 12 meses post op para ambas

técnicas. Sin embargo, tienden a recurrir en el tiempo. La GM tiene un buen efecto inicial y se mantiene para el colesterol HDL, sin embargo, el colesterol total, LDL y triglicéridos se alteran nuevamente en el tiempo. El BG tiene mayor control de las dislipidemias en el tiempo.

### **EXPERIENCIA Y RESULTADOS DEL USO DE STENTS ENDOSCÓPICOS EN EL TRATAMIENTO DE FILTRACIONES POSTOPERATORIAS EN CIRUGÍA BARIÁTRICA**

*Drs. César Muñoz, Juan Carlos Cassina, Camilo Boza, Fernando Crovari, Ricardo Funke, Alejandro Raddatz, Alex Escalona, Gustavo Pérez, Allan Sharp, Fernando Pimentel.*

Departamento de Cirugía Digestiva. Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** La cirugía es el terapia más efectiva para el tratamiento de la obesidad, sin embargo, puede asociarse a complicaciones como son las filtraciones postoperatorias (FP). Los stents endoscópicos (ES) son una herramienta útil y efectiva en el tratamiento de otras complicaciones y/o enfermedades gastrointestinales pero con una experiencia limitada en el tratamiento de las FP de la cirugía bariátrica. Nuestro objetivo es presentar la experiencia y resultados con el uso de ES en el tratamiento de las FP en cirugía bariátrica. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo en el se incluyen a todos los pacientes en los que se utilizó un stent endoscópico como tratamiento de FP de cirugía bariátrica entre enero del 2007 a diciembre del 2011. Se evaluaron variables biodemográficas, IMC preoperatorio, tipo y lugar de la cirugía, tiempo desde la cirugía hasta el diagnóstico de la filtración, reoperaciones, características del ES utilizado y necesidad de reposicionamiento, tiempo de permanencia del ES y resultado terapéutico entre otras. Los resultados fueron analizados en el programa estadístico STATA 10.0 y expresados en medidas de tendencia central y dispersión. **Resultados:** En el periodo de estudio en 18 pacientes se han utilizado ES en el tratamiento de una FP a cirugía Bariátrica.

El 55.6% es sexo femenino con una media de edad de 35.6 años. El IMC preoperatorio fue en promedio 39,1 Kg/m<sup>2</sup>. En el 57% de los casos, la cirugía fue realizada en nuestro centro. La media entre la cirugía y el diagnóstico de la FP fue 10 días. La gastrectomía en manga fue la cirugía en la que con mayor frecuencia requirió de un ES. El 82% de los pacientes tuvo a lo menos una reoperación para tratar la FP, siendo la media entre la aparición de la filtración y la instalación del ES 27 días. En cinco pacientes se requirió a lo menos un procedimiento endoscópico para reposicionar el ES. Cinco pacientes (27.7%) presentó una complicación asociada al ES, dos de ellos requirieron de cirugía para su resolución. En el 94% de los pacientes el ES fue el tratamiento definitivo de su FP con una media de 83 días. **Conclusión:** El uso de ES en el tratamiento de las FP a cirugía de la obesidad es una herramienta útil

y efectiva aún cuando su utilización sea tardía porque otros procedimientos han fallado. La utilización de ES permite en el tratamiento de las FP permite una realimentación precoz del paciente por vía oral.

### **ESTUDIO PROSPECTIVO SOBRE EL USO DE DRENAJES EN CIRUGÍA BARIÁTRICA. RESULTADOS PRELIMINARES.**

*Drs. E. Lanzarini, G. Montesinos, S. López, Int. C. Domínguez, M. Musleh, C. Paulsen, J.C. Molina, Int R. Cáceres, Int P. Sfeir, A. Sauré, J.L. Rojas, H. Lembach, L. Gutiérrez, I. Braghetto, A. Csendes.* Departamento de Cirugía. Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCh)

El uso de drenajes de rutina en cirugía bariátrica es una práctica extendida, bajo el precepto de la pesquisa precoz y eventual manejo conservador de complicaciones postoperatorias. Existen reportes en la literatura que cuestionan su costoefectividad, más aún, demuestran complicaciones asociadas a su uso. Se presenta un estudio prospectivo realizado entre diciembre 2011 y julio de 2012 en el Departamento de Cirugía del HCUCh. Todos los pacientes fueron evaluados por equipo multidisciplinario que definió el tipo de cirugía a realizar. Se excluyó del estudio a los pacientes con otras cirugías simultáneas, a excepción de la colecistectomía. Diariamente se evaluó el dolor postoperatorio con escala visual análoga (EVA). Todos los pacientes fueron sometidos a estudio contrastado previo a la realimentación. Se incluyó un total de 124 pacientes, 81 de ellos con drenaje y 43 sin drenaje. Variables como edad, sexo, IMC y comorbilidades no presentaron diferencias estadísticamente significativas entre cada rama. La edad promedio fue 39,2 años (DE  $\pm$  11,5), con mayoría sexo femenino (74,2%). La media de índice de masa corporal (IMC) fue 39,1 (DE  $\pm$  6,02). Un subgrupo de 59 pacientes fue randomizado al final de la cirugía al uso de drenaje por un cirujano externo al procedimiento (47,6% de la serie). Un 50,8% de los pacientes fue sometido a BPGYR, mientras que un 49,2% a GVT. Hubo un total de 14 complicaciones en la serie, 8 de ellas (6,4%) fueron quirúrgicas: Obstrucción intestinal, filtración de línea de sutura, colección subfrénica, hemorragia digestiva alta. Se reoperaron 3 pacientes (2,4%). No hubo diferencias estadísticamente significativas en el número de complicaciones ni tasa de reoperación en cada rama (2,3% vs 2,5%). Se aprecia mayor dolor postoperatorio al 2do día en el grupo usuario de drenaje, diferencia que fue estadísticamente significativa. Al analizar el subgrupo de pacientes randomizados, se mantuvo el mayor dolor postoperatorio como diferencia estadísticamente significativa entre los grupos con y sin drenaje. No hubo diferencias en la tasa de complicaciones ni reoperaciones.

En los pacientes que requirieron reoperación, la clínica (íleo, taquicardia, fiebre) fue el determinante en la sospecha y conducta posterior. No hubo alteraciones en las características de los drenajes sugerentes de complicación así como tampoco se lograron manejar dichas complicaciones en forma

conservadora utilizando los drenajes. El uso de drenajes no contribuyó en la detección de complicaciones quirúrgicas ni en el manejo de ellas, y se asoció a mayor dolor postoperatorio.

### **CIRUGÍA REVISIONAL: BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE A BYPASS GÁSTRICO. EXPERIENCIA EN LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE**

*Drs. D. Barros, M. Slako, F. Muñoz, E. Buckel, J. Galindo, J. Salinas, R. Funke, A. Raddatz, L. Ibañez, G. Pérez, A. Escalona, F. Pimentel, C. Boza.* Departamento de Cirugía Digestiva, División de Cirugía, Pontificia Universidad Católica de Chile

**Introducción:** La banda gástrica ajustable (BGA) es uno de los procedimientos bariátricos más realizados en la última década con una baja tasa de complicaciones reportadas. Los resultados no satisfactorios a largo plazo la han puesto en desuso siendo reemplazada por otros procedimientos. En algunos pacientes, los malos resultados obtenidos motivan la conversión a otro procedimiento. El objetivo de este estudio es evaluar la experiencia en nuestra institución de los pacientes sometidos a BGA y que han sido convertidos posteriormente a un bypass gástrico.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes sometidos a BGA que fueron convertidos a bypass gástrico como cirugía revisional. Se estudiaron las comorbilidades, intervalo operatorio, indicaciones de cirugía, morbilidad y resultados a corto plazo.

**Resultados:** Se efectuaron un total de 37 bypass gástricos revisionales en pacientes sometidos a BGA entre Enero de 2000 y Julio de 2011. Del total de pacientes, 10 habían sido sometidos de BGA en nuestra institución (27.0%) que corresponde a un 4.9 % de bypass revisional de las 202 BGA realizadas en este centro. El retiro de la BGA se realizó en un tiempo con el bypass gástrico en 21 pacientes (56.8%). El intervalo promedio entre el retiro de banda y bypass fue de 3 meses (0-60). Las indicación más frecuente de cirugía revisional fue fracaso de pérdida de peso en 29 pacientes (78.4%). Diez pacientes manifestaron una mala calidad de vida (27.0%), 3 reflujo gastroesofágico (8.1%), 1 paciente presentó vómitos (2.7%), y un deslizamiento de banda (2.7%). La mediana de IMC preoperatorio fue de 37.1 kg/m<sup>2</sup> para la BGA y 37.8 Kg/m<sup>2</sup> para el bypass. La mediana operatoria de bypass gástrico fue 135 minutos, 75.7% de los bypass se realizaron por vía laparoscópica, no hubo conversión a cirugía abierta en esta serie. En relación con la cirugía, hubo 2 complicaciones precoces (5.4%), que correspondieron a un paciente con HDA y otro con filtración de anastomosis, y 8 complicaciones tardías (21.6%) que correspondieron a 3 estenosis gastroyeyunal (8.1%), 3 íleo mecánicos (8.1%), 2 RGE (5.4%) y 1 paciente con dumping (2.7%). La mediana de IMC al año de seguimiento fue 29.0 kg/m<sup>2</sup>.

**Conclusión:** El bypass gástrico revisional posterior a una BGA es un procedimiento que se puede realizar

en forma satisfactoria por vía laparoscópica con una pérdida de peso significativa al año de seguimiento, sin embargo, se asocia a una mayor tasa de complicaciones comparado con la cirugía no revisional.

### **BYPASS GÁSTRICO Y GASTRECTOMÍA EN MANGA LAPAROSCÓPICA: RESULTADOS A 5 AÑOS**

*Drs. D. Barros, C. Maldonado, J. Galindo, E. Buckel, J. Salinas, R. Funke, A. Escalona, A. Raddatz, F. Crovari, F. Pimentel, G. Pérez, C. Boza.* Departamento de Cirugía Digestiva, División de Cirugía, Pontificia Universidad Católica de Chile

**Introducción:** El bypass gástrico (BG) y la gastrectomía en manga laparoscópica (GML) son actualmente los procedimientos bariátricos más frecuentemente realizados, ambos se consideran tratamientos efectivos para la obesidad y mejoría en comorbilidades con una baja morbimortalidad. Existen pocos estudios a largo plazo que comparen ambos tipos de cirugía.

**Objetivos:** Comparar los resultados a 5 años de pacientes sometidos a BG y GML para el tratamiento de la obesidad.

**Material y método:** Estudio de cohorte no concurrente de pacientes sometidos a BG y GML que completaron 5 años de seguimiento y pareados por IMC. Se estudiaron variables demográficas, comorbilidades y resultados quirúrgicos a 5 años. **Resultados:** Se incluyeron 30 pacientes sometidos a gastrectomía en manga y 30 pacientes sometidos a bypass gástrico. Las comorbilidades asociadas para GML y BG fueron respectivamente: DM 3.3% y 3.3%, RI 60% y 40%, HTA 16.6% y 30%, DLP 53.3% y 63.3%. El IMC preoperatorio fue 35.2 kg/m<sup>2</sup> para gastrectomía en manga y 35.9 kg/m<sup>2</sup> para bypass gástrico (p=NS). La mediana de edad para gastrectomía en manga fue 30 (16-62) años y 35 (18-58) años para bypass gástrico (p=NS). Todos los pacientes se operaron por vía laparoscópica, no se registró conversión a cirugía abierta en ningún paciente. La mediana de tiempo operatorio fue 85 (55-150) minutos para la GML y 125 (75-300) minutos para el BG (p< 0.001). La proporción de mujeres fue 80% para GML y 100% para BG. Tres pacientes (10%) operados de BG requirieron reoperación por íleo mecánico, no se registraron reoperaciones para pacientes operados de GML. No se reportó mortalidad perioperatoria en esta serie. La mediana de porcentaje de pérdida de exceso de peso (%PEP) para GML y BG respectivamente fue: a 1 año 91.3% y 111.9% (p= 0.027), a 2 años 84.8% y 115.0% (p< 0.001) y a 5 años 75,6% 99,09% (p< 0.001).

**Conclusión:** La GML y el BG son procedimientos eficaces para el tratamiento de la obesidad. La GML presenta una menor tasa de complicaciones que el BG. A largo plazo el BG obtiene mejores resultados en el %PEP al compararlo con la GML, la mayor diferencia se presenta al segundo año postoperatorio, sin embargo, ambas muestran un %PEP mayor al 60% a 5 años de seguimiento.

## **GASTRECTOMÍA EN MANGA CON SONDA DE CALIBRACIÓN DE 34F VS 60F: PÉRDIDA DE PESO, INGESTA NUTRICIONAL Y CALIDAD DE VIDA**

*Drs. D. Barros, A. Palacio, J. Galindo, E. Buckel, J. Salinas, R. Funke, G. Pérez, A. Raddatz, F. Crovari, C. Boza.*

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

**Introducción:** Existen diversos aspectos técnicos en la Gastrectomía en manga que pueden afectar los resultados en términos de complicaciones y baja de peso. El tamaño de la sonda de calibración es controversial. El objetivo de este estudio es comparar pacientes operados de GML con sondas de 34 y 60 en términos de complicaciones, baja de peso e ingesta nutricional.

**Material y Método:** Estudio de cohorte no concurrente de pacientes con IMC entre 35 y 50 kg/m<sup>2</sup> sometidos a GML como procedimiento único con sonda de 34F y 60F. Se estudiaron variables demográficas, comorbilidades, complicaciones postoperatorias y resultados. Se documentó la ingesta nutricional y se estudió la calidad de vida según una encuesta escrita.

**Resultados:** Sesenta y ocho pacientes cumplieron con los criterios de inclusión. Las comorbilidades en nuestra serie fueron Diabetes Mellitus 5.9%, resistencia a la insulina 64.7%, hipertensión arterial 20.6%, dislipidemia 45.6% e hipotiroidismo 14.7%. La mediana de edad fue 33 años (18-60), la mediana de IMC preoperatorio fue 39,1 kg/m<sup>2</sup>. (35.3-47.6), 85% de la serie fueron mujeres. La edad, el IMC y exceso de peso preoperatorio no presentaron diferencias significativas entre ambos grupos. El seguimiento a 12 meses fue de 78%. La mediana de porcentaje de pérdida de exceso con sondas de 34F y 60F respectivamente fueron: 32.5% y 33.4% al mes (p=NS), 42.5% y 45.5% a los 2 meses (p=NS), 78.0% y 65.2% a los 6 meses (p=0.001), 90.1% y 69.2% a los 12 meses (p=0.002). Los pacientes operados con sonda de 60F muestran mayor ingesta de volumen alimentario al mes (p=0.009), a los 2 meses (p<0.001) y a los 6 meses p<0.001), mayor número de comidas promedio a los 2 meses (p=0.03) y mayor satisfacción al primer mes (p=0.018). El análisis nutricional muestra que los pacientes con sonda de 60F presentan mejor ingesta alimentaria pero ambos grupos se encuentran bajo lo recomendado.

**Conclusión:** La gastrectomía en manga es un procedimiento efectivo, una sonda de calibración de 34F se asocia a mejores resultados en pérdida de exceso de peso a los 6 y 12 meses de seguimiento. La medida de la sonda de calibración no influye en la calidad de vida de los pacientes a los 12 meses de seguimiento. Los pacientes sometidos a gastrectomía en manga requieren de suplementación alimentaria por no cumplir con los requerimientos nutricionales recomendados.

## **BYPASS GÁSTRICO RESECTIVO: EXPERIENCIA EN LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE.**

*Drs. D. Barros, J. Salinas, E. Buckel, J. Galindo, C. Boza, G. Pérez, R. Funke, A. Raddatz, F. Pimentel, A. Escalona, F. Crovari.*

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

**Introducción:** En pacientes seleccionados que presentan riesgo aumentado de desarrollar cáncer gástrico post bypass se ha planteado la resección del estómago excluido como alternativa al bypass tradicional. Este procedimiento presenta un mayor riesgo filtraciones postoperatorias según lo reportado en series anteriores. El objetivo de este estudio es evaluar la experiencia en nuestra institución de los pacientes sometidos a bypass gástrico resectivo. **Material y Método:** Estudio retrospectivo de pacientes sometidos a bypass gástrico resectivo como tratamiento para la obesidad mediante revisión de nuestra base electrónica centralizada de obesidad mórbida. Se evaluaron variables demográficas, comorbilidades, indicaciones quirúrgicas y resultados quirúrgicos iniciales.

**Resultados:** Entre Julio de 2001 y Junio de 2012 se efectuaron un total de 29 bypass gástricos resectivos de un total de 3071 pacientes sometidos a Bypass gástrico laparoscópicos (0.94%). La mediana de edad fue 46 (28-56) años, 65.5% fueron de sexo femenino. Las comorbilidades fueron DM 20.6%, RI 48.2%, HTA 41.3%, DLP 41.3%, hígado graso 44.8%, hipotiroidismo 24.1%, colecistolitiasis 3.4% y RGE 13.7%. La mediana de IMC preoperatorio fue 37.1 (32.7-52.6) kg/m<sup>2</sup>. Las indicaciones de cirugía fueron metaplasia intestinal 15 pacientes (51.7%), displasia en 2 pacientes (6.89%), tumor carcinoide en 1 paciente (3.44%), antecedente familiar de cáncer gástrico 5 pacientes (17.2%) y 2 pacientes con metaplasia intestinal y antecedente familiar de cáncer gástrico (6.89%). La mediana de tiempo operatorio fue 135 (65-180) minutos, no se registraron pacientes convertidos a cirugía abierta. Dos paciente presentaron una estenosis gastroyeyunal, otro paciente presentó una filtración de la bolsa gástrica que requirió reoperación. No se reportó mortalidad en la serie.

**Conclusión:** El bypass gástrico resectivo es un procedimiento de excepción en nuestra institución. Las principales indicaciones fueron la presencia de metaplasia intestinal y el antecedente familiar de cáncer gástrico. La mediana de tiempo operatorio y la frecuencia de complicaciones no difieren significativamente con respecto a lo observado en otras series de bypass no resectivos, no hubo filtraciones del muñón duodenal. El bypass gástrico resectivo es una alternativa quirúrgica en pacientes debidamente seleccionados.

## **CIRUGÍA REVISIONAL: GASTRECTOMÍA EN MANGA A BYPASS GÁSTRICO. EXPERIENCIA EN LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE**

*Drs. D. Barros, J. Galindo, E. Buckel, J. Salinas, N. Quezada, C. Boza, G. Pérez, A. Escalona, A. Raddatz, L. Ibañez, F. Crovari, A. Escalona, R. Funke.*

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

**Introducción:** En los últimos años la gastrectomía en manga se ha consolidado como procedimiento bariátrico primario con excelentes resultados y baja morbimortalidad. Sin embargo, existe un grupo de pacientes sometidos a gastrectomía en manga que presentan reganancia de peso, sufre de reflujo gastroesofágico (RGE) importante o presentan complicaciones postoperatorias que requieren de cirugía revisional.

**Objetivos:** Evaluar la experiencia en nuestra institución de los pacientes operados de gastrectomía en manga sometidos posteriormente a un bypass gástrico y analizar los resultados de éste último como cirugía revisional.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes sometidos a gastrectomía en manga que fueron convertidos a bypass gástrico laparoscópico como cirugía revisional. Se estudiaron las comorbilidades, intervalo operatorio, indicaciones de cirugía, morbilidad y resultados a corto plazo. **Resultados:** Un total de 2114 gastrectomías en manga laparoscópica han sido realizadas en la Pontificia Universidad Católica entre Agosto de 2005 y Junio de 2012. De éstos, 11 pacientes (0.52%) han sido sometidos a un bypass gástrico laparoscópico como cirugía revisional. Además, se analizaron 3 pacientes operados primariamente en otra institución. El total de la serie se compone de 14 pacientes. Las indicaciones de cirugía fueron: 9 reganancia de peso (60%), 2 RGE asociado a reganancia (13.3%), 1 RGE sin reganancia (6.7%), 1 retención gástrica (7.14%) y 1 como cirugía programada en dos tiempos (6.7%). Dos pacientes (13.3%) tenían el antecedente de una banda gástrica previo a la gastrectomía en manga. La mediana de intervalo entre cirugías fue 26 (15-60) meses. La mediana de IMC preoperatorio fue 37.1 (32.8-52.8) kg/m<sup>2</sup> para la gastrectomía en manga y 35.1 (30-43.2) kg/m<sup>2</sup> para el bypass gástrico. La mediana de tiempo operatorio fue 120 (85-360) minutos y mediana de estadía hospitalaria 3 (2-7) días. La mediana de %PEP a los 12 meses de seguimiento fue 62.5% para la gastrectomía en manga original y 80.9% para el bypass revisional. Todos los pacientes con RGE presentaron resolución de su sintomatología posterior al bypass gástrico, 2 pacientes obtuvieron control de sus patologías asociadas sin medicamento, no se reportaron complicaciones postoperatorias graves en esta serie. **Conclusión:** La indicación más frecuente de bypass gástrico revisional es la reganancia de peso seguida por el RGE. En nuestra serie, el bypass gástrico revisional es un procedimiento seguro, logra buenos resultados en la pérdida de peso a los 12 meses de seguimiento y permite la resolución de la sintomatología en pacientes con RGE posterior a la gastrectomía en manga.

## **TROMBOSIS PORTO MESENTÉRICA POSTERIOR A GASTRECTOMÍA EN MANGA LAPAROSCÓPICA**

*Drs. J. Salinas, D. Barros, N. Salgado, G. Viscido, R. Funke, G. Pérez, F. Pimentel, C. Boza.*  
Departamento de Cirugía Digestiva, División de Cirugía, Pontificia Universidad Católica de Chile

**Introducción:** La trombosis portomesentérica es una complicación relativamente infrecuente, con un diagnóstico difícil y consecuencias potencialmente severas. El objetivo de este estudio es presentar una serie de pacientes que desarrollaron esta complicación posterior a una gastrectomía en manga laparoscópica. **Material y método:** Análisis retrospectivo de pacientes sometidos a gastrectomía en manga entre Junio de 2005 y Junio de 2011 que desarrollaron trombosis portomesentérica. Se estudiaron las variables demográficas, factores de riesgo, antecedentes personales y familiares, y resultados de estudio de trombofilia.

**Resultados:** Se efectuaron un total de 1713 gastrectomías en manga. Diecisiete pacientes (1%) desarrollaron trombosis portomesentérica después de la cirugía. De este grupo 16 (94.1%) eran mujeres, 8 (47%) tenían historia de tabaquismo, 7 (41.1%) historia de uso de ACO y 3 (17.6%) historia familiar de un evento trombótico. Todos los pacientes fueron dados de alta al tercer día sin evidencia de complicaciones precoces. El síntoma más común de presentación fue dolor abdominal en dieciséis pacientes (94.1%) con una mediana de 15 días (8-43) postoperatorios, 5 pacientes presentaron compromiso del estado general, 3 pacientes dorsalgia y un paciente se mantuvo asintomático evidenciándose una trombosis en la rama derecha de la vena porta como hallazgo en una TAC 1 año postoperatorio. Todos los pacientes fueron diagnosticados con TAC con contraste de abdomen. Un caso requirió una esplenectomía de emergencia debido a un hematoma con sangrado activo y trombosis portomesentérica masiva. Once casos presentaron trombosis de la rama portal principal, 15 de la rama derecha y 10 de la rama izquierda. Once pacientes presentaron trombosis de la vena mesentérica superior y 10 pacientes una trombosis concomitante de la vena esplénica. Una trombosis portomesentérica masiva se identificó en 6 pacientes. Siete pacientes mostraron un estudio de trombofilia positivo. Una vez estables, todos los pacientes fueron tratados con heparina no fraccionada endovenosa hasta obtener rango terapéutico. Todos los casos presentaron remisión de los síntomas las primeras 48 horas posterior al inicio de tratamiento. El tiempo promedio de hospitalización fue de 6 días. **Conclusión:** La trombosis portomesentérica es una complicación relativamente infrecuente en pacientes sometidos a cirugía bariátrica. En nuestra serie de pacientes sometidos a gastrectomía en manga en un centro con alto volumen de cirugía bariátrica, esta complicación fue la más frecuente. El diagnóstico precoz con TAC con contraste de abdomen y el inicio inmediato de anticoagulación en pacientes estables puede prevenir la aparición de complicaciones de mayor severidad como un infarto intestinal.

## **INCREMENTO DE LA ESOFAGITIS EROSIVA POST GASTRECTOMÍA SUBTOTAL VERTICAL**

*Drs. Francisco Pacheco Bastidas, Héctor Molina Zapata, Rimsky Alvarez Uslar, Marcos Rodríguez Barra, Mónica Valdebenito Quiroz, Carla Cofré Arancibia*

Centro de Obesidad de Concepción, COBEC Hospital Clínico del Sur, Concepción, Chile

**Introducción:** La Gastrectomía Subtotal Vertical Laparoscópica (GSVL) ha sido aceptada como una opción válida para el tratamiento quirúrgico de la Obesidad. Es importante conocer la incidencia de efectos adversos y / o complicaciones no solo en el post operatorio inmediato (30 días) sino a mediano y largo plazo. El Reflujo Gastro Esofágico Patológico se ha reportado como un problema post op. El objetivo de este estudio es evaluar los hallazgos endoscópicos después de una GSVL.

**Método:** Revisamos nuestra base de datos prospectiva entre los años 2006 y 2010. Se incluyeron los pacientes operados de GSVL con Endoscopia Digestiva Alta (EDA) pre operatoria y EDA entre los 6 y 18 meses post op. Se les indicó tratamiento con Inhibidores de la bomba de protones durante los 6 primeros meses post op. Se describen los hallazgos endoscópicos y datos clínicos. Se utilizó la clasificación de Los Angeles para la evaluación de los hallazgos endoscópicos de Esofagitis. Se utilizó el Test de Mc Nemar como validación estadística con un margen de 95 % de confianza bajo el modelos Antes - Después.

**Resultados:** Durante este período 165 pacientes fueron sometidos a una GSVL con EDA pre y post operatoria. La edad promedio fue de 35 años (17 - 64), siendo el 85% mujeres. El IMC promedio fue de 37,3 kg/m<sup>2</sup> (31-54). La EDA pre op fue anormal en 100 pacientes (61%). Encontramos 25 pacientes con Esofagitis pre op (15,1%), 22 tenían grado A, 2 grado B y 1 con esófago de Barrett. La EDA post op fue anormal en 85 pacientes (51,5%). Encontramos 69 pacientes con Esofagitis post op (41,8%), 57 tenían grado A, 11 grado B y 1 con esófago de Barrett. De los 25 pacientes con Esofagitis pre op 10 de ellos mejoraron, 10 permanecieron igual y 5 empeoraron. De los 69 pacientes con Esofagitis post op, 17 tenían Esofagitis pre op, 32 tenían una EDA anormal y 20 tenían una EDA normal.

**Conclusión:** Después de una GSVL existe una alta probabilidad de que los pacientes presenten una Esofagitis Erosiva al estudio endoscópico (42 % en nuestra serie) (OR: 6,5; p>0,0001). Un 75 % de los pacientes con Esofagitis Erosiva post op no la tenían en el pre op, de ellos un tercio tenían EDA normal.

## **CARACTERIZACION DE COMPLICACIONES QUIRURGICAS EN 1000 GASTRECTOMIAS SUBTOTALES VERTICALES CONSECUTIVAS**

*Drs. F. Pacheco B., H. Molina Z., R. Alvarez U., M. Rodríguez B., A. Alarcón M.*

Centro de Obesidad de Concepción, COBEC Hospital Clínico del Sur, Concepción, Chile

**Introducción:** Para mejorar la toma de decisiones en cuanto a elegir el tratamiento quirúrgico para la obesidad, es necesario caracterizar adecuadamente los riesgos de los distintos procedimientos bariátricos. El objetivo de este estudio fue caracterizar las complicaciones quirúrgicas de las gastrectomías subtotales verticales laparoscópicas (GSTV) en nuestro grupo.

**Método:** Revisamos nuestra base de datos prospectiva entre Octubre del 2006 y Marzo del 2010. Se incluyeron todos los pacientes operados de GSVL por nuestro equipo. Se analizaron y caracterizaron todas las complicaciones quirúrgicas ocurridas en este grupo durante los siguientes 30 días post op. **Resultados:** Durante este período hubo 1000 pacientes consecutivos sometidos a una GSVL. La edad promedio fue de 36,21 años (15 - 66), siendo el 82,4% mujeres. El IMC promedio fue de 37,0 kg/m<sup>2</sup> (30-62,8). Hubo una muerte postoperatoria (0,1%), una paciente que murió a los 18 días del posoperatorio de muerte súbita (fibrilación ventricular), sin complicaciones quirúrgicas asociadas. Durante los primeros 30 días post op hubo 40 pacientes que presentaron complicaciones quirúrgicas (4%). De ellos 27 correspondieron a filtraciones de la línea de sutura (2,7%). De las filtraciones sólo 6 pacientes requirieron re operación (0,6%). Los restantes 21 pacientes fueron tratados en forma conservadora (77,8%). Endoprótesis recubierta fueron utilizadas en 8 pacientes (29,8%). Las filtraciones curaron en un promedio de 26,84 días (rango 6 a 140 días). Las filtraciones en el grupo sometido a re operación curaron en promedio a los 55 días (rango 7-140), sin embargo en el grupo sometido a tratamiento conservador las filtraciones curaron en promedio a los 19,8 días (rango 6-60). El resto de las complicaciones fueron: 4 pacientes con hemoperitoneo, 4 pacientes con lesión intestinal, 1 paciente con lesión esplénica y 1 paciente con lesión vascular. De la serie total 8 requirieron re operación (0,8%). Dos pacientes fueron convertidos a laparotomía.

**Conclusión:** La GSVL nos parece una alternativa segura, tal vez debido a un alto volumen de procedimientos. La incidencia de reoperación en nuestra serie es baja. Después de una GSVL es posible un tratamiento no quirúrgico de las filtraciones en un grupo seleccionado de pacientes.



## FACTORES PREDICTORES DE REMISIÓN EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 E ÍNDICE DE MASA CORPORAL ENTRE 25 Y 35 KG/MT<sup>2</sup> SOMETIDOS A BYPASS GÁSTRICO

Drs. E. Lanzarini, P. Cuevas, I. Lara, J.C. Molina, H. Lembach, I. Gutierrez, M. Musleh, K. Papapietro, V. Araya, A. Csendes.

Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile

**Introducción:** Distintos grupos quirúrgicos realizan estudios para determinar la eficacia, riesgos y beneficios de un tratamiento quirúrgico en pacientes diabéticos tipo 2. Es indispensable identificar que factores clínicos preoperatorios se asocian con mejores resultados. El objetivo de este estudio es identificar factores predictores de remisión de esta enfermedad en pacientes sometidos a bypass gástrico. **Metodología:** Estudio prospectivo que incluye 48 pacientes diabéticos tipo 2 con Índice de Masa Corporal entre 25 y 30 Kg/mt<sup>2</sup> sometidos a bypass gástrico laparoscópico para manejo de su diabetes, dentro de un protocolo de investigación, con seguimiento a 2 años. Se definió como remisión una glicemia en ayunas menor a 100 mg/dl, hemoglobina glicosilada menor a 6.0% y sin uso de hipoglicemiantes orales ni insulina. Se dividió el total de pacientes en 2 grupos: Grupo A que cumple con criterios de remisión y Grupo B que no cumple criterios de remisión a 2 años de operados. Para detectar factores predictores de remisión se analizó edad, tiempo de duración de la diabetes, IMC, hemoglobina glicosilada y Péptido C preoperatorios. Se realizaron pruebas estadísticas T Student y Wilcoxon para comparar ambos grupos (p significativo < 0.05), y un análisis de regresión logística bivariado y multivariado (intervalo de confianza de 95%).

**Resultados:** A 2 años de seguimiento, 36 pacientes lograron remisión (Grupo A) y 12 pacientes no lograron remisión (Grupo B), 75 y 25% respectivamente. La edad promedio para el Grupo A fue 49,1±8,1 y para el Grupo B 55,4±5,4 años (p=0,008), el IMC 31,2 y 27,3 Kg/mt<sup>2</sup> (p=0,002), la hemoglobina glicosilada 7,6±1,9 y 8,6±2,0 % (p=0,07), el Péptido C 2,8±1,0 y 3,5±1,5 ng/ml (p=0,06) y el tiempo de duración de la diabetes 4,6±3,1 y 8,1±3,5 años (0,001) respectivamente. Se asoció a mayor probabilidad de remisión una edad menor o igual a 50 años OR 6,3 (0,89-44,78), un mayor IMC preoperatorio OR 1,3 (0,99-1,72) y menor tiempo de evolución de la diabetes OR 0,8 (0,62-1,06).

**Conclusión:** Los factores predictores de remisión de la diabetes tipo 2 en pacientes sometidos a bypass gástrico identificados en nuestro estudio son el menor tiempo de duración de la diabetes, menor edad y mayor IMC en el preoperatorio.

## ¿TIENE ALGÚN ROL LA GASTRECTOMÍA EN EL CONTROL METABÓLICO DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 SOMETIDO A BYPASS GÁSTRICO? ESTUDIO PROSPECTIVO

Drs. E. Lanzarini, J.C. Molina, P. Cuevas, H. Lembach, I. Lara, L. Gutierrez, I. Braghetto, A. Csendes

Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile

**Introducción:** El rol de la resección gástrica en pacientes diabéticos tipo 2 (DM2) sometidos a cirugía bariátrica está en discusión. El objetivo de este estudio es comparar los resultados de control metabólico e índice de masa corporal (IMC) en pacientes sometidos a bypass gástrico laparoscópico convencional y resectivo.

**Métodos:** Diseñamos un estudio de cohorte prospectivo incluyendo 50 pacientes con IMC entre 25 a 35 kg/mt<sup>2</sup> y DM2, dividido en dos grupos. El Grupo A fue sometido a bypass gástrico laparoscópico convencional (BPGL) y el grupo B fue sometido a bypass gástrico laparoscópico resectivo (BPGLR). El IMC y los parámetros de control metabólico (glicemia, hemoglobina glicosilada, péptido C, colesterol total, HDL, LDL y triglicéridos) fueron evaluados durante un período de seguimiento de 2 años.

**Resultados:** En la evaluación preoperatoria, el IMC promedio fue de 30,3 y 30,5 kg/mt<sup>2</sup> para el grupo A y el B respectivamente. Los parámetros de control metabólico fueron los siguientes: glicemia 137 y 179 mg/dl, hemoglobina glicosilada 7 y 8,9%, Péptido C 2,95 y 3,5 ng/ml, colesterol total 199 y 207 mg/dl y triglicéridos 227 y 356 mg/dl, para el grupo de bypass convencional y el resectivo. A los 2 años de seguimiento, los resultados para el grupo A y B respectivamente fueron los siguientes: IMC promedio de 22,8 y 24,6 kg/mt<sup>2</sup>, glicemia de 84 y 100 mg/dl, hemoglobina glicosilada de 5,3 y 6,1%; péptido C 1,3 y 1,5 ng/ml, colesterol total de 183 y 160 mg/dl y triglicéridos 86 y 130 mg/dl. Ninguna de éstas diferencias alcanzó significancia estadística. **Conclusión:** El bypass gástrico resectivo no demostró diferencias estadísticamente significativas en IMC ni en el control metabólico en pacientes con DM2 e IMC entre 25-35 kg/mt<sup>2</sup> al compararlo con la técnica convencional durante un seguimiento de 2 años.

## EMBARAZO POST CIRUGÍA BARIÁTRICA.

H. Molina<sup>1</sup>, R. Álvarez<sup>1</sup>, F. Pacheco<sup>1</sup>, M. Polanco<sup>2</sup>, F. Solís<sup>2</sup>, C. Norambuena<sup>3</sup>, M. Rodríguez<sup>4</sup>, J. Gajardo<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Cirujano Digestivo, Hospital Clínico del Sur, Universidad de Concepción

<sup>2</sup>Residente Cirugía General, Universidad de Concepción

<sup>3</sup>Médico Cirujano Universidad de Concepción

<sup>4</sup>Cirujano, Hospital Clínico del Sur

<sup>5</sup>Interno, Universidad de Concepción

Hospital Clínico del Sur, Universidad de Concepción

**Introducción:** La obesidad mórbida representa un importante factor de riesgo para el embarazo,

asociándose a síndrome hipertensivo del embarazo (SHE), diabetes gestacional (DG), macrosomía fetal y aborto espontáneo. La literatura evidencia que las pacientes sometidas a cirugía bariátrica tienen menor riesgo de presentar estas patologías, sin embargo, se ha asociado con algunos resultados perinatales adversos, tales como retardo del crecimiento intrauterino (RCIU), rotura prematura de membranas (RPM), parto prematuro (PP) y malformaciones congénitas (MC).

**Objetivos:** Presentar los resultados obstétricos de nuestras pacientes sometidas a cirugía bariátrica. **Material y métodos:** 16 pacientes sometidas a Cirugía bariátrica realizada en el Hospital Clínico del Sur, entre los años 2007 y 2011, con embarazo posterior. Se analizan variables demográficas, IMC pre operatorio, tiempo transcurrido entre cirugía y embarazo, técnica quirúrgica utilizada, antecedentes obstétricos, complicaciones obstétricas y resultados obstétricos.

La información clínica fue recopilada de nuestra base de datos, se contactó a cada una de las pacientes y se obtuvo datos de la ficha médica, carnet obstétrico y de entrevista telefónica.

**Resultados:** Seguimiento adecuado en 13 pacientes, edad media de intervención 28 años, IMC pre operatorio 39.69 (DS 6.4), IMC al inicio del embarazo 25.1 (DS 3.6), tiempo entre cirugía y embarazo 14.69 (12.48) meses, la técnica quirúrgica empleada en el 76% de los casos fue la gastrectomía vertical en manga mientras que en el 23% el Bypass gástrico. La edad promedio de embarazo fue de 29 años (DS 4.7), 46,2% primigestas, 53,9% multíparas. En el 30,8% el embarazo se resolvió por vía vaginal, mientras que el 69,2% se resolvió por cesárea. Síntomas de parto prematuro en una paciente, SHE en una paciente, no hubo DG ni macrosomía fetal. 2 pacientes presentaron RCIU. El peso medio de los RN fue de 3076 gr (DS 581.6) y la talla de 49,4 cm (DS 1.95). Edad gestacional promedio de 37.9 semanas (DS 1.5). Se registraron dos malformaciones congénitas, un lipomielocele lumbar y un linfangioma cervical.

**Conclusión:** En nuestra serie no hubo pacientes con DG ni macrosomía fetal, la incidencia de SHE es similar a la de la población general, no hubo recién nacidos con malformaciones graves y la mayoría de los embarazos llegó a término. Faltan aún más datos, seguimiento y estudios a largo plazo que avalen nuestros resultados.

#### **BAJA DE PESO POSTERIOR A REIMPLANTE DE DISPOSITIVO ENDOSCÓPICO PARA BYPASS DUODENOYEUINAL**

*Drs. F. Muñoz, C. Muñoz, A. Escalona, F. Pimentel, A. Sharp, D. Turiel, C. Gómez*  
Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile

**Introducción:** El dispositivo para bypass duodeno-yeyunal endoscópico (DJBL) (EndoBarrier®, GI Dynamics, Inc., Lexington, MA) es un dispositivo implantado endoscópicamente que simula la exclusión duodeno-yeyunal del bypass gástrico en

Y de Roux. El DJBL ha demostrado ser efectivo en reducir el exceso de peso y las comorbilidades asociadas a la obesidad posterior a un año de implante como tratamiento primario a la obesidad mórbida y a la diabetes mellitus tipo 2. Nuestro objetivo es evaluar los resultados en términos de baja de peso de un protocolo de reimplante del DJBL. **Materiales y Método:** Estudio de cohorte prospectiva en el que veinticuatro (24) sujetos obesos previamente implantados con el DJBL por 52 semanas y quienes completaron por lo menos 31 semanas de seguimiento posterior al explante del DJBL fueron reclutados para participar voluntariamente de este estudio. Los criterios de selección fueron basados en la condición médica general y los hallazgos endoscópicos a las 32 semanas de seguimiento. El reimplante del dispositivo se realizó de acuerdo a la técnica previamente comunicada. Los sujetos fueron seguidos clínicamente cada 4 semanas con registro de variables antropométricas. Este estudio fue evaluado y aprobado por el comité de ética del centro de investigaciones médicas de la Facultad de Medicina. El análisis de los resultados se realiza utilizando estadística descriptiva y analítica en el programa STATA 10.0.

**Resultados:** Diecinueve (19) de los 24 sujetos elegibles fueron reimplantados con un DJBL. 11 sujetos a las 32 semanas y 8 sujetos a las 50 semanas de seguimiento. Dos (2) sujetos que no pudieron ser reimplantados a las 32 semanas post explante fueron reimplantados en un segundo intento a las 52 semanas. No hubo complicaciones en relación al procedimiento. Durante el primer periodo de implante del DJBL, estos sujetos perdieron  $20.3 \pm 10$  kg y  $8.7 \pm 3.8$  kg/m<sup>2</sup> de su IMC de base. El IMC al retiro y reimplante fue de  $35.4 \pm 5.1$  y  $37.7 \pm 5.45$  kg/m<sup>2</sup>, respectivamente. La pérdida de peso durante el segundo periodo de estudio fue progresiva y significativa con un promedio 8,43,9 kg ( $p < 0.001$ ) o 3,411,57 kg/m<sup>2</sup> ( $p < 0.001$ ). Al analizar la pérdida de peso total en los sujetos que completaron el periodo de 3 años desde el primer implante, estos sujetos perdieron en promedio 2511.6 kg o 10,14,7 kg/m<sup>2</sup> ( $p < 0.001$ ).

**Conclusión:** El reimplante del DJBL es seguro y efectivo en la reducción del exceso de peso tras un periodo de a los menos 31 semanas de explante. La pérdida de peso evidenciada por este protocolo de reimplante sugieren que el efecto intestinal del DJBL no es adaptativo.

#### **BYPASS DUODENOYEUINAL ENDOSCÓPICO (ENDOBARRIER) PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD EN ADOLESCENTES: EXPERIENCIA PRELIMINAR.**

*Drs. F. Muñoz, C. Muñoz, F. Pimentel, D. Turiel, C. Gómez, A. Sharp, L. Ibáñez, A. Escalona.*  
Departamento de Cirugía Digestiva, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** En nuestro país la obesidad afecta aproximadamente al 10% de la población entre 15 y 24 años con tasas que van sostenidamente en aumento. El tratamiento quirúrgico de la obesidad

en este grupo etáreo es controversial. El dispositivo endoscópico de bypass duodenoyeyunal (EndoBarrier) ha demostrado ser una alternativa efectiva en el tratamiento de la obesidad y diabetes tipo 2 en adultos.

**Objetivo:** Evaluar los resultados del bypass duodenoyeyunal endoscópico en pacientes adolescentes con obesidad mórbida.

**Materiales y Métodos:** Se analizaron los datos de todos los pacientes menores de 18 años sometidos a implante del dispositivo EndoBarrier por obesidad mórbida. Se solicitó el consentimiento informado de los padres tanto para el procedimiento como para el registro de los datos de acuerdo a la aprobación del comité de ética.

**Resultados:** Desde diciembre de 2010 a abril de 2012, 5 pacientes fueron sometidos a implante del dispositivo EndoBarrier. La mediana de edad es de 15 años (R: 14 - 16) con una mediana de peso e IMC de 85 kg. (R: 76,6 - 97) y 32,6 (R: 28,1 - 34) respectivamente. De los cinco pacientes, todos correspondieron a sexo femenino, dos de ellas presentan resistencia a la insulina en tratamiento con Metformina oral, una hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina. Una paciente no fue implantada por presentar bulbo duodenal corto. El tiempo promedio del procedimiento y fluoroscopia fue de 15 y 1,75 minutos respectivamente. No hubo complicaciones asociadas al procedimiento. Dos pacientes completaron el año de tratamiento con mala adherencia al régimen alimentario y de actividad física; observándose al momento del explante, reducción de IMC a 31,2 (IMC inicio de 33,8) y 30,1 (IMC inicio 32,6), disminución de peso de 8 y 6,2 kg, y porcentaje de pérdida de peso de 8,2% y 7,6% respectivamente. No se reportan cambios en la medicación previa ni eventos adversos a consecuencia del dispositivo. Dos pacientes han sido explantadas con un tiempo promedio de procedimiento y radioscopia de 7,5 minutos y 32 segundos, sin presentar complicaciones durante el tratamiento o el procedimiento de explante del dispositivo.

**Conclusión:** El uso del dispositivo EndoBarrier en pacientes adolescentes con obesidad es factible, sin complicaciones en esta experiencia preliminar. El dispositivo de bypass duodeno-yeyunal es una alternativa a evaluar en estudios controlados el tratamiento de pacientes adolescentes con obesidad mórbida.

## **RESULTADOS DE LA GASTRECTOMÍA VERTICAL EN MANGA EN 460 PACIENTES CON IMC MENOR A 35 EN CLÍNICA ALEMANA SANTIAGO (CAS)**

*Drs. C. Gonzalez Z, F. Oppliger B, C. Villalón M, J. León C, X. de Aretxabala U, C. Benavides C.*  
Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo

**Introducción:** La obesidad es un problema de salud a nivel mundial. La indicación estándar de cirugía bariátrica es con IMC > 40 e IMC entre 35-40 más comorbilidades asociadas. Existe evidencia del beneficio de la baja de peso en pacientes con IMC entre 30-35 que presentan patología asociada, siendo la cirugía bariátrica la mejor herramienta terapéutica para lograr este objetivo, mejorando no solamente las patologías asociadas sino que la calidad de vida. **Objetivos:** Presentar los resultados de la cirugía bariátrica en pacientes con IMC <35 con comorbilidades.

**Materiales y Métodos:** Análisis retrospectivo de 460 pacientes operados entre el año 2007 y 2012 en el Centro de Cirugía Bariátrica de CAS. Se analizan las variables demográficas, complicaciones y resultados en cuanto a baja de peso, resolución de comorbilidades y calidad de vida a 3 años de la cirugía.

**Resultados:** De los 460 pacientes operados, un 31% son hombres, 69% mujeres, con un promedio de edad de 42,7 años (18-68). El promedio de IMC previo a la cirugía fue de 32,8 (28,9 - 35). Las comorbilidades son: resistencia a la insulina 60%, hígado graso 44,7%, dislipidemia mixta 40%, hipertensión arterial 26,1%, glicemia de ayuno alterada 20,6%, intolerancia a la glucosa 13,2%, compromiso osteoarticular 8,1%, apnea del sueño 7,8%, Diabetes tipo 2 4,3% y depresión 6,7%. Dentro de las complicaciones quirúrgicas hubo 2 casos de filtración (0,4%) y 2 presentaron sangrado post-operatorio (0,4%) que requirieron reintervención. 27 pacientes (5,6%) desarrollaron colelitiasis posterior. El porcentaje de la pérdida del exceso de peso fue de un 92,8%, 112,4%, 102,5% y 72,3% a los 6, 12, 24 y 36 meses respectivamente. Las comorbilidades que presentan los pacientes mejoraron en un 80% en promedio. Respecto a la calidad de vida evaluada mediante la Bariatric Analysis and Reporting Outcomes System (BAROS), hubo una mejoría respecto al autoestima, mayor capacidad de realizar actividad física, mejoría en las relaciones sociales, capacidad de trabajo e interés sexual.

**Conclusión:** La cirugía bariátrica en pacientes bien seleccionados en un equipo multidisciplinario, es una buena alternativa de tratamiento para pacientes con IMC < 35 asociados a comorbilidades, mejorando su calidad de vida y comorbilidades a corto y mediano plazo.

## Seccional: CABEZA Y CUELLO

---

HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS EN PACIENTES TRATADOS POR TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVALES MAYORES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE VALDIVIA, REVISIÓN ÚLTIMOS 5 AÑOS.

*Drs. F. Silva, J. del Valle, J. Yáñez, E. Koch, A. Steuer, R. Miranda.*

Becado Cirugía General Universidad Austral de Chile. Interno de medicina Universidad Austral de Chile. Cirujano Hospital Clínico Regional Valdivia. Anatomopatólogo Hospital Clínico Regional Valdivia.

**Introducción:** Los tumores de glándulas salivales, constituyen alrededor de 5% de las neoplasias de cabeza y cuello y el 0,6% de todas las neoplasias. El tratamiento inicial en tumores benignos y malignos en glándulas salivales es principalmente quirúrgico debiéndose realizar una resección parotídea, submandibular o sublingual, siendo la biopsia y el tratamiento quirúrgico definitivo, con frecuencia, el mismo procedimiento. **Objetivo:** Presentar los hallazgos histopatológicos en los pacientes tratados por tumores de glándulas salivales en el Hospital Regional de Valdivia (HRV) entre los años 2007 y 2012. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo. Se revisó las fichas clínicas de todos los pacientes operados en HRV entre enero del 2007 y mayo 2012. Se registró edad, género, localización, histología y especialidad del equipo quirúrgico. **Resultados:** Se analizó 35 casos. La incidencia de tumores de glándulas salivales en la Región de los Ríos estimada fue de 1,96 casos por 100.000 habitantes. Un 74,2% correspondió a mujeres. La mediana de la edad del grupo fue de 53 ( $\pm 20$ ) años. Al diagnóstico la edad media en los tumores benignos fue 53,5 años y en los malignos 54 años. El 60% (21 pacientes) correspondió a tumores parotídeos, 37,1% a tumores submandibulares y 2,8% a sublinguales. Un 48,5% correspondió a tumores benignos y entre estos la variedad más frecuente fue el adenoma pleomorfo localizado mayoritariamente en la parótida. Las neoplasias malignas alcanzaron el 51,4% de la serie, el carcinoma mucoepidermoide fue la variedad predominante siendo todos ellos de ubicación parotídea. El 60% de los casos fue manejado por cirujanos, un 37,1% por otorrinolaringólogos y un 2,8% por cirujano dentistas maxilofaciales. **Conclusión:** Los tumores de glándulas salivales constituyen una patología de baja frecuencia en nuestra región y se presenta al comenzar la sexta década de la vida. La distribución entre tumores malignos y benignos es casi equivalente siendo para ambos casos la glándula parótida la ubicación más frecuente. Si bien su incidencia es baja, su alto porcentaje de malignidad podría sugerir la necesidad de concentrar el manejo de estos casos en un sólo equipo con cirujanos subespecialistas.

ESTUDIO DEL PROTO-ONCOGEN RET EN CÁNCER MEDULAR DE TIROIDES. RESULTADOS DE LOS PRIMEROS 7 CASOS EN CLÍNICA LAS CONDES.

*Drs. R. Montes<sup>1</sup>, C. Letelier<sup>2</sup>, P. Trincado<sup>3</sup>, G. Encina<sup>3</sup>, C. Hurtado<sup>3</sup>, M. J. Mullins<sup>4</sup>, U. Kronberg<sup>1</sup>, R. Schwartz J.<sup>1</sup>, G. Vial<sup>1</sup>.*

Clínica Las Condes, Departamento de Cirugía<sup>1</sup>. Departamento de Endocrinología<sup>2</sup>. Laboratorio de Oncología y Genética Molecular<sup>3</sup>. Centro Clínico del Cáncer<sup>4</sup>.

**Introducción:** El cáncer medular de tiroides (CMT), si bien corresponde al 4% de todos los cánceres de tiroides, es un tumor neuroendocrino agresivo derivado de las células parafoliculares y se caracteriza por una elevada producción de calcitonina. El pilar del tratamiento del CMT es la cirugía y su pronóstico esta dado principalmente por el estadio tumoral y el adecuado tratamiento quirúrgico inicial. El 20% de los casos de CMT corresponden a casos de tumores familiares asociados a enfermedades endocrinas múltiples (NEM tipo 2) con herencia autosómica dominante. Diversas mutaciones en el proto-oncogen RET dan cuenta de un riesgo cercano al 100% de desarrollar la enfermedad, lo que obliga al estudio de los familiares directos del caso índice, quienes de portar la mutación deben someterse a una tiroidectomía profiláctica.

**Objetivo:** Mostrar los resultados del estudio para las mutaciones del proto-oncogén RET en 6 pacientes diagnosticados con CMT y en 1 paciente derivado para diagnóstico diferencial.

**Materiales y método:** En los primeros dos meses de implementado el estudio genético se han estudiado 6 pacientes tratados por CMT tanto en Clínica Las Condes (CLC) como en otras instituciones y una paciente con sospecha clínica de NEM tipo IIB. El estudio se inicia recopilando los antecedentes clínicos y de historia familiar mediante una entrevista. Una vez consentido al paciente se procede a tomar una muestra de sangre periférica para realizar la extracción de DNA genómico, posteriormente se realiza la amplificación mediante técnica de PCR convencional y luego, mediante secuenciación de sangre de dichos fragmentos amplificados se procede a analizar las secuencias. Mediante esta técnica se estudiaron los exones 10, 11, 13, 14, 15 y 16, donde se encuentra el 90% de las mutaciones descritas. **Resultados:** De los 6 pacientes con CMT estudiados, se encontró 1 paciente con la mutación C634R. Al correlacionar los datos con el pedigrí familiar, sólo el paciente con la mutación encontrada tenía antecedentes familiares de CMT. Además, en todos los pacientes se encontraron polimorfismos ampliamente descritos y dos variantes intrónicas con efecto incierto no descritos previamente. **Discusión:** El estudio del proto-oncogen RET ayuda a clasificar a los pacientes con antecedentes de historia con CMT, y permite identificar a familiares de alto riesgo que portan la mutación.

**TRAUMA MAXILOFACIAL EN EL HOSPITAL DR. HERNAN HENRIQUEZ ARAVENA DE TEMUCO. EXPERIENCIA DE 6 AÑOS.**

*Drs. J.P. Droguett<sup>1</sup>, C. Gottschalk<sup>1</sup>, R. Guerra<sup>1</sup>, A. Cabello, J.J. Bernales, F. Jélvez<sup>2</sup>, M. Cartagena<sup>2</sup>*  
Equipo de Cirugía de Cabeza, Cuello y Plástica Hospital Hernán Henríquez A. Temuco. Departamento de Cirugía y Traumatología. Facultad de Medicina. Universidad de La Frontera<sup>1</sup>. Internos Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de La Frontera<sup>2</sup>

**Introducción:** Las fracturas maxilofaciales secundarias a trauma (TMF), corresponden a una patología frecuente dentro de las consultas de urgencia del país y estas han ido en aumento en los últimos años.

**Objetivo:** Describir el manejo de los pacientes con trauma maxilofacial ingresados al Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco entre enero 2006 y diciembre 2011.

**Pacientes y Método:** Estudio descriptivo retrospectivo de 327 pacientes con diagnóstico de TMF resueltas en el mismo centro. La selección de pacientes se obtuvo con el registro de cirugías maxilofaciales de pabellón y la revisión de fichas clínicas. **Resultados:** Hubo un promedio de 65,4 cirugías por año, siendo el año 2010 el de menor cantidad (46 pacientes) y el año 2009 con mayor cantidad (66 pacientes). Del total de pacientes, el promedio de edad fue de 35,58 años (DE±14,79), con una distribución por género de 90,52% hombres y 9,48% mujeres. Un 27,83% correspondió a origen mapuche. El trauma fue en medio urbano en un 84,10%. Entre los mecanismos de lesión se identificaron la agresión por terceros con un 45,88%, seguida del accidente de tránsito con un 36,89%. Del total de pacientes un 26,92% el trauma se asoció a etilismo agudo. Se presentó traumatismo encéfalo-craneano en 109 pacientes (33,33%). Las fracturas más frecuentes fueron: hueso malar en 181 pacientes (55,35%) asociada en un 72,38% a lesión de otra estructura craneofacial. En un 91,76% se realizó TAC y de estos 57,23% con reconstrucción 3D. El tiempo transcurrido entre la fractura y la resolución quirúrgica es en promedio de 10,51 (DE±7,71) días. Se utilizaron antibióticos en un 82,26% ya sea como tratamiento o profilaxis preoperatoria. Se realizó osteosíntesis múltiple en el 50,80%, única en un 40,7% y solo reducción en un 8,5% (arco cigomático). El promedio de seguimiento fue de 1,52 (DE±2,05) meses, encontrándose un 4,89% con complicaciones funcionales

**Conclusión:** El trauma maxilofacial es una patología frecuente, mayoritariamente en medio urbano, principalmente en pacientes varones adultos con lesión en el tercio medio de la cara y una alta asociación a compromiso de otras estructuras craneofaciales que requieren resolución quirúrgica. El descenso de intervenciones del año 2010 se atribuye a la incidencia del terremoto.

**Palabras Claves:** Trauma, Maxilofacial, Temuco

**TRAUMA PENETRANTE CERVICAL: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DR SÓTERO DEL RÍO**

*Drs. R. Yáñez<sup>1</sup>, JP. Ramos<sup>a</sup>, FJ. Loyola<sup>1</sup>, J. Cornejo<sup>1</sup>.*

a.Interno de Medicina.

1.Servicio de Cirugía. Cirugía de Cabeza y Cuello. Hospital Dr. Sótero del Río.

**Introducción:** El trauma cervical presenta una mortalidad general de un 11% y su tratamiento es un desafío permanente en el Servicio de Urgencias, donde el manejo va desde la observación clínica en el trauma de primer grado, hasta la exploración de emergencia en el trauma de cuarto grado. **Objetivo:** Presentar los resultados obtenidos en los pacientes con trauma cervical de tercer y cuarto grados sometidos a tratamiento quirúrgico. **Pacientes y método:** Análisis retrospectivo de 42 casos de pacientes sometidos a exploración cervical por trauma penetrante cervical entre los años 2001 y 2011. **Resultados:** La serie estuvo compuesta por 42 pacientes, mediana de 32 años (rango, 16 - 54 años) sometidos a exploración cervical. El 88,1% son hombres, en el 90,5% el mecanismo de trauma es por arma blanca. La zona II es la más afectada en un 71,5%. La indicación operatoria más frecuente fueron signos duros de lesión vascular (hematoma expansivo y sangrado activo). El 45,2% presentó lesión vascular, el 35,7 % lesión de vía aérea y el 11,9% presentó lesión esofágica. En el 38,1% la exploración fue negativa para lesiones vasculares, de vía aérea o digestiva. En el 40% de los casos el tiempo preoperatorio fue menor a una hora y en el 50% entre una y doce horas. La mediana de estadía hospitalaria fue 6 días (rango, 1-28 días). La mortalidad fue de 12%. **Discusión:** De acuerdo a los datos presentados es recomendable el manejo selectivo no quirúrgico en el trauma cervical de primer grado (leve) que permite tratamiento ambulatorio; y en el trauma cervical penetrante el tratamiento será según el grado de severidad: de segundo grado (moderado) permite ser observado y estudiado y resolverse diferidamente de ser necesario, de tercer grado (severo) siempre deberá ser explorado y cuarto grado (crítico) que debe ser explorado inmediatamente, disminuyendo así el retraso en el tratamiento quirúrgico oportuno y evitando mayor morbilidad para el enfermo.

**EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA RECONSTRUCCIÓN ORBITARIA MEDIANTE MALLAS DE TITANIO**

*Drs. F. Verdugo, E. Gonzalez, C. Pedemonte, I. Vargas*

Hospital Clínico Mutua de Seguridad C. Ch.C. Evaluación clínica de la reconstrucción orbitaria mediante mallas de titanio

**Introducción:** Las fracturas orbitarias son un componente específico del trauma del tercio medio facial, ya sean aisladas o asociadas a otra estructura ósea. Estas afectan a un 40% de del trauma craneofacial. La literatura describe diferentes

procedimientos quirúrgicos para la reconstrucción orbitaria y dispone de varios tipos de materiales. Sin embargo, los resultados terapéuticos no siempre son satisfactorios y pueden ocurrir diferentes complicaciones post-quirúrgicas. Las mallas de titanio son utilizadas rutinariamente para tratar estas fracturas y han mostrado buenos resultados cuando son usadas de manera apropiada.

El objetivo de este estudio descriptivo es la evaluación de los resultados en la reconstrucción orbitaria mediante mallas de titanio en un centro de referencia de trauma nivel I.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de los casos de fracturas orbitarias que fueron tratados por el servicio de cirugía maxilofacial del Hospital Clínico Mutual de Seguridad C.Ch.C. en un periodo de 3 años (enero 2009 - diciembre 2011).

Todas las fracturas orbitarias fueron consignadas y el requerimiento de reconstrucción fue el criterio de inclusión. La información fue obtenida a través de revisión sistemática de fichas clínicas electrónicas. Dadas las características retrospectivas de este estudio, no fue requerida la aprobación bioética. **Resultados:** Un total de 88 pacientes sufrieron fractura orbitaria. 78 tipo blow-out, dentro de las cuales 61 correspondieron a piso orbitario y 17 a pared medial. 10 pacientes sufrieron fracturas de hueso frontal o techo orbitario. 72.8% de estas fueron tratados mediante reconstrucción con malla de titanio. Dentro de estas, se consigno un 3% de complicaciones en la evolución clínica. No hubo significancia estadística entre las variables. **Discusión:** Este análisis revela el patrón de las fracturas orbitarias en la población de trabajadores chilenos sometidos a trauma. La tasa de complicaciones asociadas al biomaterial fueron bajas. Al igual que otros investigadores nosotros concluimos que las mallas de titanio son una opción simple y eficaz para la reparación rutinaria de la orbita.

#### CARCINOMA BASOCELULAR FACIAL: SERIE DE CASOS

*Drs. M. Häberle<sup>1</sup>, M. Nicola<sup>2</sup>, M. Zambra<sup>1</sup>, O. Venegas<sup>3</sup>, H. Nuñez<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Residente de cirugía Universidad Católica del Norte

<sup>2</sup>Cirujano Hospital San Juan de Dios de La Serena

<sup>3</sup>Cirujano Dentista Maxilofacial Hospital San Juan de Dios de La Serena  
Hospital San Juan De Dios De La Serena

**Introducción:** El carcinoma basocelular (CBC) es la neoplasia maligna más frecuente en humanos. Se caracteriza por ser de lento crecimiento, localmente agresivo y de poder metastásico excepcional. Se localiza principalmente en áreas expuestas a la radiación solar, siendo su ubicación mas frecuente en la cara y cuello con más del 80%. Dentro de esta área las regiones mas afectadas son nasal, mejilla, periorbitaria y auricular. Debido a que su ubicación se da principalmente en cara, los desafíos reconstructivos son fundamentales.

**Resultados:** Se presenta una serie de casos de CBC de la región facial operados por el mismo cirujano entre septiembre 2011 y julio 2012 en el Hospital San Juan de Dios de La Serena. Se presenta el tratamiento realizado en diferentes áreas de la región facial y su seguimiento posterior. Se analizan sus resultados estético y funcional.

**Discusión:** Hemos revisado las implicancias que tiene el CBC en la región facial y la importancia de un adecuado tratamiento oncológico y reconstructivo. En esta área son los colgajos locales los que proveen el mejor resultado estético, por sus características similares en color, textura y grosor a la piel reseçada. Lograr buenos resultados tanto en el aspecto oncológico, estético y funcional representa un enorme desafío.

#### CÁNCER MEDULAR DE TIROIDES. EXPERIENCIA QUIRÚRGICA EN 10 AÑOS

*Drs. D. Pulgar, F. León, J. Jans, M. Petric, A. León, M. Camus, I. Goñi, F. Domínguez, N. Droppelmann, R. Clauze y H. González.*

Departamento de Cirugía Oncológica, Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** El cáncer medular de la tiroides (CMT) comprende entre el 3 a 4% de todos los cánceres tiroideos. Es un tumor neuroendócrino que se diferencia hacia células parafoliculares productoras de calcitonina. Puede presentarse como componente de neoplasias endocrinas múltiples (NEM), pero en el 80% de los casos son esporádicos.

**Objetivo:** Describir las características clínicas, anatomopatológicas y experiencia de nuestro centro en el tratamiento de los pacientes con CMT

**Material y Método:** Estudio retrospectivo descriptivo. Se revisaron los registros clínicos de los pacientes con diagnóstico de CMT tratados en el Hospital Clínico de la Universidad Católica entre enero del 2002 a junio de 2012. Se registraron variables demográficas y clínicas, análisis de sobrevida y recurrencia. El análisis estadístico se realizó en SPSS 15.0. **Resultados:** Durante el período descrito se intervinieron 26 pacientes, 19 mujeres (73%) y 7 hombres. El promedio de edad fue 48 años (16 a 81 años). El tamaño promedio del tumor fue de 2.1 cm, siendo multifocal en 2 pacientes. La principal forma de presentación fue aumento de volumen cervical (42.3%). Ningún paciente presentó antecedentes familiares de CMT. Se realizó diagnóstico preoperatorio por punción con aguja fina (PAF) en 19 pacientes, realizándose tiroidectomía total más disección cervical en el 84% de los pacientes (16/19). En los 3 casos en que no se realizó disección cervical los valores preoperatorios de calcitonina y Antígeno carcinoma embrionario (CEA), eran normales. En los 7 pacientes en que el diagnóstico se realizó en forma diferida (biopsia de pieza quirúrgica), dos de ellos, fueron sometidos a disección linfática cervical; Dos pacientes presentaron carcinoma papilar asociado, por lo que recibieron radioyodo como tratamiento adyuvante. Siete pacientes (27%)

presentaron metástasis linfáticas, que afectaron a grupos ganglionares ipsilaterales al tumor. Tres de los cuales mantuvieron calcitonina persistentemente elevada en el post operatorio. Tres pacientes desarrollaron enfermedad recurrente clínica, en 2 de los cuales se realizó re-exploración cervical. La mediana de seguimiento de esta serie 50 meses (2-120 meses). No se registró mortalidad secundaria a CMT.

Conclusiones: EL CMT es un tumor raro cuyo tratamiento de elección es la cirugía. El 100 % de nuestra serie corresponde a la forma esporádica.

#### PARATIROIDECTOMÍA TOTAL MÁS REIMPLANTE DE ¼ COMO TRATAMIENTO EN HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO, EXPERIENCIA DE LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS EN HOSPITAL BARROS LUCO-TRUDEAU.

Drs: J. Molano<sup>1</sup>, G. Rossel<sup>2</sup>, I. Plass<sup>3</sup>, M. González<sup>4</sup>, A. Gutiérrez.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Becado Cirugía de Cabeza y Cuello Universidad de Chile

<sup>2</sup> Cirujano Cabeza y Cuello Hospital Barros Luco Trudeau.

<sup>3</sup> Becada Cirugía General Universidad de Chile

<sup>4</sup> Jefe programa Cirugía Cabeza y Cuello Universidad de Chile, Hospital Barros Luco Trudeau.

<sup>5</sup> Medica General Pasante Universidad de Chile Complejo Asistencial Barros Luco Trudeau – Universidad de Chile.

Introducción: El hiperparatiroidismo secundario es una alteración del equilibrio fosfo-cálcico secundario a enfermedad renal crónica, en la que se produce, como consecuencia, retención de fosfatos, déficit de vitamina D y aumento patológico de secreción de hormona PTH, produciendo hiperplasia de células paratiroides. El tratamiento quirúrgico está indicado al no lograr respuesta con manejo médico, y suele lograr un buen control de la enfermedad. Materiales Y Métodos: Se realiza estudio descriptivo, retrospectivo, mediante revisión de fichas de pacientes con diagnóstico de hiperparatiroidismo secundario (HPT2<sup>o</sup>) y operados de paratiroidectomía total más reimplante ¼ desde Junio 2010 a Junio 2012 en Hospital Barros Luco Trudeau. Resultados: Se presentan 20 pacientes con diagnóstico de HPT2<sup>o</sup> y operados de paratiroidectomía total más reimplante de ¼, de los cuales 55% de sexo femenino y 45% masculino. El promedio de edad registrado es 44.6 años con rango entre 28-65 años.

Todos los casos estudiados presentan enfermedad renal crónica en hemodiálisis y en 4 de ellos (20%) antecedentes de trasplante renal con rechazo crónico. Un 75% de pacientes son hipertensos, 20% diabéticos, y uno presenta tumor pardo en el brazo derecho. La mayoría presenta dolor óseo y 35% fracturas patológicas. La cifra de PTH preoperatoria fue en promedio 2030 pg/ml, oscilando entre 386-3720 pg/ml. La cifra de calcio sérico preoperatorio fue en promedio 9.38mg/dL y la de fósforo 5.39mg/dL. A todos los pacientes se les solicitó

ecografía cervical y se realizó un Sestamibi paratiroideo prequirúrgico. Los pacientes se sometieron a paratiroidectomía total con reimplante de ¼ de paratiroides en músculo esternocleidomastoideo. En promedio los pacientes estuvieron hospitalizados 11.2 días. La PTH postoperatoria tuvo promedio 33.3pg/ml, oscilando entre 4.3-56.1pg/ml, el calcio y fósforo sérico 7.5mg/dL y 2.83mg/dL, respectivamente. La complicación inmediata más frecuente fue síndrome de hueso hambriento, en 25% de los pacientes. Se logró seguimiento en todos los casos a los 3 meses y en el 100% de las paratiroides extraídas el informe de patología reportó hiperplasia paratiroidea. Discusión y Conclusiones: Se presenta esta serie con un alto número de casos en poco tiempo de estudio, al comprar con la literatura nacional e internacional. Los pacientes estudiados presentan excelente respuesta al tratamiento quirúrgico, demostrándose que la cirugía de paratiroidectomía total más reimplante de ¼ paratiroides muestra buen resultado en el control de la enfermedad, evitando un hipoparatiroidismo quirúrgico definitivo. Resulta ser además, un tratamiento seguro y con gran repercusión sobre la calidad de vida de los pacientes tratados.

#### ESTUDIO DE GANGLIO CENTINELA EN CARCINOMA ESCAMOSO DE CAVIDAD ORAL.

Drs. D. Cohn; M. Lavín; L. Marín; M. Barría; M. Faraggi; F. Contreras; A. Carrasco; M. Meneses; H. Amaral; H. Lavados; R. Pruzzo; F. Arredondo; F. Fuenzalida.

Clínica Oncológica Fundación Arturo López Pérez.

Introducción: La disección selectiva de cuello permanece como el gold standard en el tratamiento y etapificación de los pacientes con carcinoma escamoso de cavidad oral. Esta tendría un efecto terapéutico en el grupo de pacientes en los que se identifique enfermedad oculta, que representa un 25%. La alternativa de "wait and see" implicaría un importante grupo de pacientes no tratados con enfermedad oculta.

La morbilidad asociada a la disección cervical refuerza la importancia de hallar alternativas para evaluar y etapificar los pacientes con cuello N0. El estudio de linfonodo centinela podría lograr la etapificación sin la morbilidad de la disección de cuello.

Método: El estudio se inició en Noviembre del 2010. Los criterios de inclusión fueron pacientes con cáncer de cavidad oral etapificados como T1-T2 / N0 / M0. Técnica: Los pacientes fueron sometidos a la resección del tumor primario más biopsia de linfonodo solamente o a disección electiva asistida por linfonodo centinela. La ubicación se realizó utilizando estudio linfocintigráfico y el uso de Gamma Probe en todos los pacientes. El estudio histológico de linfonodo centinela se realizó en forma diferida. Los pacientes que resultaron positivos en estudio de linfonodo solo fueron reoperados

completando la disección.

Resultados: Se estudiaron 10 pacientes. 6 hombres y 4 mujeres. La edad promedio fue 60,9 años. En 5 pacientes se realizó la disección de cuello asociada a biopsia de linfonodo centinela. En 4 pacientes se realizó solamente linfonodo centinela. Localización: Lengua: 6 Trígono retromolar: 2 Gingiva: 1 Labio: 1. Etapificación: 8 tumores T1, 2 tumores T2. En un paciente la linfocintigrafía no marcó ninguna vía de drenaje linfático.

En los 9 pacientes en que hubo marcación se identificaron 20 linfonodos centinelas. En 2 pacientes hubo marcación contralateral al primario. Los resultados histológicos fueron 3 pacientes con 1 linfonodo positivo.

En un paciente la técnica incluyó el control con disección cervical, no encontrándose enfermedad adicional.

En 2 pacientes se completó la disección en forma diferida, encontrando en uno de ellos 2 linfonodos metastáticos adicionales

En el seguimiento no se han detectado recidivas ganglionares en ningún caso.

Conclusiones: El bajo número de pacientes no permite conclusiones estadísticas. La identificación de linfonodos centinelas se logró en el 100% de los casos. Se obtuvo una tasa de positividad del 30%, similar a otros estudios en cáncer oral.

#### RESULTADOS EN CIRUGÍA DE HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO. EXPERIENCIA DE 14 AÑOS (1998 - 2012).

*Drs. L. Pizarro, A. Marchant, L. Soto, R. Duval, R. Flores.*

Hospital Dipreca.

El Hiperparatiroidismo primario (PHPT) es una de las condiciones endocrinas más frecuentes que necesitan un procedimiento quirúrgico como parte de su tratamiento. Siendo la presentación más frecuente la hipercalcemia asintomática. Hipótesis: El objetivo del trabajo es conocer la realidad de esta patología en nuestro centro. Materiales y Métodos: Desarrollamos un estudio retrospectivo, descriptivo, de revisión de fichas clínicas a todo paciente operado de cirugía paratiroidea y exploración cervical, en el Hospital DIPRECA, Santiago.

Selección de la muestra: De aquellos, se seleccionaron sólo aquellos operados de PHPT, desde el 1 de enero de 1998, hasta el 31 de marzo de 2012. Se excluyeron los pacientes con hiperparatiroidismo secundario y terciario. Tamaño de la muestra: Se revisaron 46 fichas de pacientes operados entre las fechas ya descritas. De ellas, 29 pacientes correspondieron a cirugía de PHPT entre el 1 de enero de 1998 y el 31 de marzo de 2012.

Resultados: La mediana de edad de la muestra fue de 64 años, con un promedio de 58 años, 75,9% de las pacientes tenían sexo femenino (n=22). El antecedente mórbido más frecuente fue la hipertensión arterial, con 72% de la muestra, luego

urolitiasis, positiva en 9 pacientes, con un 31%. Los motivos de consulta o derivación más frecuentes fueron la hipercalcemia (48,28%; 14 pacientes) y urolitiasis (13,79%; 4 pacientes). No se registraron casos con síntomas neuropsicológicos. En cuanto a los exámenes preoperatorios, los resultados fueron los siguientes: Calcemia: Mediana 11,25 mg/dl (rango 9,4 - 14,9 mg/dl), Fosfemia: Mediana 2,5 mg/dl (rango 1,2 - 4,2 mg/dl), PTH preoperatoria: 152 pg/ml (rango 13,1 - 1739 pg/ml). El cintigrama preoperatorio tuvo hallazgos positivos en 28 de 29 pacientes, con una muy buena correlación con la positividad de la biopsia diferida ( $p < 0,01$ ). La glándula más frecuentemente culpable del HPTH primario fue la inferior derecha, en 13 casos (44,8%). Se realizó tiroidectomía en 5 pacientes, constituyendo el 17,2%. La estadía postoperatoria mediana fue de 4 días, rango entre 1 y 14 días.

La calcemia a 24 horas de la cirugía mostró una mediana de 8,9 mg/dl, con un promedio de 9,7 mg/dl (rango 7,8 a 27 mg/dl). La PTH de control postoperatoria mediana fue de 74 pg/ml (15 - 202 mg/dl).

El resultado postoperatorio de la cirugía tuvo un éxito en 82% de los pacientes.

Conclusión: la cirugía ha demostrado ser el tratamiento de elección en esta patología y este estudio marca un precedente en nuestra población para estudios posteriores de screening.

#### ¿SAN HASHIMOTO?

*Drs. P. Laime, D. Vivar, A. Ortiz, O. Andrade, F. Gabbler, J. Bitran*

Servicio de Cirugía. Unidad de Oncología. Hospital Clínico San Borja Arriarán. Universidad de Chile.

Introducción: La tiroiditis de Hashimoto es la enfermedad inflamatoria más común de la glándula tiroidea y se caracteriza por la insuficiencia tiroidea progresiva. El cáncer papilar, es la forma más frecuente de cáncer de tiroides. El riesgo de carcinoma papilar de tiroides en pacientes con nódulos tiroideos asociados a tiroiditis de Hashimoto es discutible. Dados los estudios que afirman o niegan su relación, revisamos nuestra experiencia local.

Material y Método: Revisión retrospectiva de todos los pacientes sometidos a tiroidectomía, en el Hospital Clínico San Borja Arriarán desde marzo de 2004 a julio de 2012. Se evalúan variables demográficas generales, características anatomopatológicas de las piezas quirúrgicas. Resultados: Se realizaron de 526 tiroidectomías, 473 (90%) de sexo femenino y 53 (10%) de sexo masculino. Presentaron tiroiditis de Hashimoto 93 (17,6%). Se identificaron 131 cánceres papilares de tiroides, de los cuales 38 se asociaron a tiroiditis de Hashimoto ( $P = 0,0003$ ).

Conclusión: En nuestra población estudiada la coexistencia de Tiroiditis de Hashimoto y cáncer papilar de tiroides fue estadísticamente significativa, siendo comparable con los hallazgos obtenidos en otras series.



## CARCINOMA DE CELULAS DE MERKEL: ANALISIS DE 7 CASOS

*Drs. M.Barría; D.Cohn; M.Salvatierra; A.Gallego;  
J.Plasser; A.Pinto*  
Hospital Del Salvador

**Introducción:** El Carcinoma de células de Merkel es un tumor neuroendocrino localizado en la piel. Es un tumor de rápido crecimiento que se da en pacientes añosos, en las zonas más expuestas al sol, y en pacientes inmunosuprimidos. Es altamente agresivo con un gran potencial de dar metástasis ganglionares, en tránsito y a distancia. Se revisa la experiencia de los autores, detectándose 7 pacientes. El objetivo es analizar su cuadro de presentación, la extensión de la enfermedad, su tratamiento y evolución para que sirva de experiencia. La gran mayoría son mayores de 60 años, 2 mujeres y 5 hombres. Se detectan algunos factores predisponentes como la inmunosupresión y la exposición a arsénico.

El diagnóstico se ha hecho más frecuente en el último tiempo, y en todos fue confirmado con inmunohistoquímica. En 4 pacientes la localización fue en la región de cabeza y cuello.

Su tratamiento fundamental fue con Cirugía + Radioterapia, salvo en 1 paciente en que se invirtió el orden por debutar con metástasis ganglionares masivas y tener alto riesgos de metástasis a distancia. De los 7: hay 3 fallecidos y 4 vivos.

Se resumen las historias de los 7 pacientes y su evolución.

Todos los pacientes han tenido un estudio y seguimiento prospectivo hasta su fallecimiento o hasta la actualidad. Se discute brevemente su tratamiento en la institución, se compara en con la experiencia internacional y se bosquejan los criterios de tratamiento que se considerarían según la extensión de la enfermedad.

## TIEMPOS DE ESPERA QUIRÚRGICA DE PACIENTES CON LOCALIZACIÓN EN CABEZA Y CUELLO, Y DE PIEL Y PARTES BLANDAS

*Drs. M.Barría; D.Cohn; M.Salvatierra; A.Gallego;  
J.Plasser; A.Pinto*  
Institucion: Hospital Del Salvador

**Introducción:** Siempre se está comentando que hay un largo tiempo de espera entre que se indica la cirugía y la fecha en que esto se realiza. Para objetivar lo anterior se utilizó el registro computacional prospectivo del Hospital del Salvador desde el 23 Abril 2008 (fecha en que se inició) hasta el 30 Mayo 2012.

Se revisaron los datos de este registro y se cotejaron y revisaron las fichas de todos los pacientes operados en ese tiempo. Se hizo este doble análisis para que no hubieran errores en la información obtenida y no hubieran factores discutibles. Se obtuvieron intervenciones de casi 2.000 pacientes. El análisis se efectúa por intervenciones con anestesia local y anestesia general pues la disponibilidad de

pabellones depende mucho de tipo de anestesia que se requiera.

Dentro de estos grandes grupos se desglosan por Patología GES, maligna y benigna, y dentro de cada subgrupo según la localización.

**Resultados:** Los pacientes que tiene menos latencia de esperan son los que necesitan anestesia local, y dentro de estos los con patología GES: biopsia de tumores linfoproliferativos, seguidos por los tumores malignos de piel y melanoma. Tienen una demora no despreciable los tumores benignos. Dentro de los pacientes que requieren anestesia general u otra otorgada por anestesista demoran menos los que padecen de una enfermedad maligna siendo algo menor en los de mayor agresividad, de ahí que enfermedades cancerosas del tiroides tienen una demora mayor que el resto. Los pacientes que tienen que esperar un largo tiempo son los que necesitan anestesia por anestesista, y son benignas; llegando a tiempos bastante prolongados las cirugía benignas de partes blandas y glándulas salivales y tiroides o trastornos del desarrollo, y paratiroides. Lamentablemente hay pacientes que tienen una muy larga espera y que no se traduce en este estudio, y son los que aún no han sido intervenidos, y que pasan a constituir las listas crónicas de espera, y la única solución es que accedan a licitaciones de estas listas de espera, pues las disponibilidades de pabellón son limitadas.

## TIROIDECTOMÍA TOTAL CON DISECCIÓN CENTRAL TERAPÉUTICA DE CUELLO EN CARCINOMA DE TIROIDES. EXPERIENCIA QUIRÚRGICA DE 4 AÑOS.

*Drs. D.Revello, R.Schwartz, C.Lizana, R.Montes,  
M. Moreno, G.Vial.*

Cirugía de Cabeza y Cuello. Servicio de Cirugía.  
Clínica Las Condes.

**Introducción:** La disección central terapéutica está indicada cuando se detectan metástasis linfonodales en estudio de imágenes o en la evaluación intraoperatoria. La disección debe ser compartimental y completa. La resección incompleta de enfermedad nodal conocida en el momento de la tiroidectomía, es la principal causa de recidiva central. Se evaluará las características clínicas, morbilidad y resultados oncológicos de una serie de casos consecutivos de tiroidectomía total con disección central de cuello. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo de casos. Se revisaron las fichas clínicas de pacientes sometidos consecutivamente a Tiroidectomía Total con Disección Central de Cuello, asociado o no a disección lateral terapéutica, operados entre los años 2008 y 2011 en el Servicio de Cirugía de Clínica Las Condes. Se analizaron las características clínicas, evaluación preoperatoria, informe de Anatomía Patológica, morbilidad y seguimiento a largo plazo a través de evolución clínica y contacto telefónico. Realizando Test de Incapacidad de la voz (Voice Handicap Index).

Para el análisis de resultados se utilizó método estadístico descriptivo.

Resultados: Se operaron 18 mujeres (75%) y 6 hombres (25%). Un 25% requirió además Disección Lateral de Cuello. El promedio de Adenopatías estudiadas fue de 21 (rango: 2 - 66). Siendo el promedio de adenopatías con metástasis de 8. En el estudio del tiroides se encontró compromiso tumoral multifocal en un 46%, infiltración capsular en un 75% y compromiso extratiroideo en el 38% de los casos. En 9 pacientes se observaron, en el estudio histopatológico, áreas focales de Células Altas, en 3 Carcinoma Papilar Warthin-like y en 1 carcinoma folicular pobremente diferenciado. Se administró Radio yodo en un 100% de los

pacientes. 1 caso fue reintervenido por recidiva ganglionar en nivel IV en un área sin disección previa. No se detectaron alteraciones significativas de la voz y solo un paciente requiere de dosis bajas de calcio oral.

Discusión: En nuestra serie la presencia de metástasis linfonodales centrales confirmadas con biopsia, detectables con ecografía o por su aspecto macroscópico durante la cirugía, se asoció a variantes histológicas de mayor agresividad y frecuencia alta de multifocalidad y compromiso extratiroideo. La morbilidad por la disección central fue baja y no se han observado recurrencias centrales durante el seguimiento.

## Seccional: CIRUGIA GENERAL

---

### FILTRACIÓN DE BILIS A TRAVÉS DE HERIDA OPERATORIA RECIENTE: REPORTE DE CASO CLÍNICO

*Drs. Manuel Grez I. y Juan Pablo Lahsen H. Al. Francisco Vera O.*

Hospital Base de Curicó

**Introducción:** Se define hernia como la protrusión anormal de un saco peritoneal a través de las capas musculo aponeuróticas del abdomen. La prevalencia de la hernia abdominal espontánea es de un 5 a 10% (2) Es una patología que frecuentemente requiere tratamiento quirúrgico. En los Estados Unidos se realizan anualmente unas 700.000 herniorrafias inguinales, siendo la cirugía general más común, sobrepasando ampliamente o tras cirugías, como la apendicectomía.

Existen diversos tipos de hernia. La gran mayoría corresponden a hernias inguinales (75%), le siguen la hernia incisional, umbilical, crural y epigástrica. La relación hombre a mujer para las hernias inguinales es de 7:1, mientras que para la femoral es de 1:1,8. Las hernias atascadas son la segunda causa de obstrucción de intestino delgado, dando cuenta de aproximadamente el 10% de ellas. La gran mayoría de ellas requieren resolución quirúrgica de urgencia. La hernia estrangulada es aquella con compromiso vascular. Es una patología común en los Servicios de Urgencia y presenta una morbimortalidad significativa. Es frecuente como modo de presentación de una hernia abdominal. Se ha observado en series nacionales un predominio de esta patología en pacientes mayores, con un promedio de 68,36 años y también en el sexo femenino, con un 74%. Con respecto a la localización, la hernia estrangulada más frecuente es la crural, con 43,2%, seguida de las hernias incisionales e inguinales.

La mortalidad global en series nacionales va de 15,25 a 33,8% (8, 9), y ésta aumenta cuando la cirugía incluye resección intestinal.

El objetivo del presente trabajo es presentar el caso de un paciente de 60 años que ingresó de urgencia con pequeña hernia umbilical de larga data, con atascamiento de pocas horas y sin evidencias de complicación. Se realizó herniorrafia de urgencia sin pesquisar anomalías en vísceras, presentando al día siguiente filtración de bilis a través de cicatriz de herniorrafia. En nueva laparotomía se confirmó biliperitoneo masivo por perforación yeyunal. Siendo esta una de las complicaciones más temidas de la hernia atascada, sin una resolución quirúrgica precoz. Deseando destacar que la hernia atascada sigue siendo una patología siempre presente en nuestras Unidades de Urgencia, en las que debe sospecharse su complicación y por lo mismo requiere cirugía de urgencia en su resolución.

Este caso clínico reportado nos recuerda y nos

enseña, especialmente a las generaciones de cirujanos más jóvenes, que; a) La hernia atascada es un consulta frecuente en nuestras unidades de urgencia. b) La hernia estrangulada no debe intentar reducirse ya que es una urgencia quirúrgica que amerita una cirugía inmediata con la inconveniencia de colocar analgésicos y antiespasmódicos, enmascarando el cuadro clínico y dejándola en observación por algunas horas sin resolverla quirúrgicamente. c) Una vez producida la isquemia y la anoxia a nivel tisular en la pared intestinal se producen fenómenos líticos irreversibles, por lo que no debe esperarse, una perforación inmediata, aunque una exploración cuidadosa en el intraoperatorio puede ayudar a sospecharla. d) Ante la presencia de bilirragia a través de la herida operatoria de una herniorrafia reciente, en un paciente previamente sano, la primera causa etiológica a sospechar es la perforación de la pared intestinal por isquemia y anoxia local

### COLECISTITIS AGUDA ALITIÁSICA. DIAGNÓSTICO IMAGENOLÓGICO ATÍPICO: REPORTE DE UN CASO.

*Drs. A. del Canto<sup>1</sup>, E. Aylwin<sup>1</sup>, A. Medina<sup>1</sup>, P. Arenas<sup>1</sup>*  
<sup>1</sup>Interno Medicina, Universidad Andrés Bello

**Introducción:** La colecistitis aguda alitiásica (CAA) es una patología poco frecuente, de la cual no existen datos estadísticos de Chile, pero que en países como EEUU se estima que corresponde a un 10% aproximadamente del total de casos de colecistitis aguda. La mortalidad es de por lo menos un 30% debido a que el diagnóstico implica un desafío para el médico, y que además puede progresar rápidamente, existiendo una alta prevalencia de gangrena (50%) y perforación (10%).

Paciente sexo femenino, 40 años, sin antecedentes mórbidos, en estudio por posible Enfermedad Celíaca. Consulta al SU por dolor epigástrico intenso, punzante, constante, con irradiación hacia hipocondrio derecho, asociado a vómitos. Exámenes de laboratorio Hto: 38,2% GB: 10.200 mm<sup>3</sup>, BT: 0.90 mg/dl, Fosfatasa: 112 U/L. ECO abdominal: Vesícula biliar de paredes finas, sin litiasis, vía biliar intra y extra hepática no dilatada. Resto de las estructuras, sin alteraciones. TAC abdomen y pelvis: Vesícula moderadamente distendida, de paredes finas, y contenido de densidad homogénea. Sin otros hallazgos patológicos. Al no existir diagnóstico claro, se realiza EDA: Antro con compresión extrínseca por vesícula. Se realiza colecistectomía: Vesícula de paredes gruesas, edematosas, sin litiasis. **Discusión:** La mayoría de los casos de CAA se presentan en pacientes críticos. Sin embargo actualmente se ha asociado a patologías como DM, embolización de colesterol a la arteria cística, inmunosuprimidos, etc. La sensibilidad del ultrasonido para el diagnóstico de colecistitis aguda

es de un 95% y la especificidad entre un 78 y 80%, el TAC presenta sensibilidad y especificidad cercanas al 95%. En el caso de una CAA, si bien el ultrasonido corresponde a la primera herramienta diagnóstica, la sensibilidad en este caso oscila entre 23-95% y la especificidad entre 40-96% por lo cual se desarrollaron criterios específicos para el diagnóstico de CAA, que aumentan considerablemente la sensibilidad y la especificidad en el diagnóstico. Conclusión: Se presenta el caso de CAA de diagnóstico inusual, debido a que se presenta en paciente que no posee ninguna de las condiciones consideradas de mayor riesgo para el desarrollo de esta patología, y en la cual los exámenes de elección con alta sensibilidad y especificidad para su diagnóstico, fueron negativos. El diagnóstico de CAA puede ser un desafío para el profesional y su retraso en el diagnóstico provoca la mayor tasa de complicaciones al momento del diagnóstico en este tipo de pacientes.

#### ENDOMETRIOMA DE LA PARED ABDOMINAL. REPORTE DE UN CASO *Dr. C. Schlack<sup>1</sup>, A. Quinchavi<sup>2</sup>, F. Poncé<sup>2</sup>, E. Poncé<sup>2</sup>, A. Parrá<sup>2</sup>, M. Oyaneder<sup>2</sup>.*

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía Coloproctológica, Clínica Reñaca

<sup>2</sup>Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso.

**Introducción:** La endometriosis se define como la presencia de glándulas o estroma del endometrio fuera de la cavidad y musculatura uterina. La localización intrapélvica es la presentación más frecuente, siendo la localización extrapélvica un evento raro. El Endometrioma de la Pared Abdominal (EPA) afecta principalmente a los músculos rectos del abdomen, manifestándose clínicamente como dolor y presencia de masa palpable a nivel de la pared abdominal. La importancia de la endometriosis radica en su amplio espectro sintomático y a que rara vez es considerada dentro del diagnóstico de patologías de la pared abdominal, todo esto repercute finalmente en un retraso diagnóstico. El tratamiento del EPA es quirúrgico asociado a un tratamiento supresor de la función ovárica. El éxito de la cirugía se relaciona con el respeto de márgenes adecuados libres de enfermedad. Presentamos el caso de una paciente de sexo femenino de 39 años de edad, a la cual se le diagnostica EPA, confirmado por biopsia, después de un fracaso terapéutico ante un diagnóstico erróneo de hematoma de la vaina de los rectos.

#### PERFIL BIBLIOMÉTRICO DE LAS PUBLICACIONES QUIRÚRGICAS ISI DE AUTORÍA SUDAMERICANA 2007-2011. ¿CUÁL ES LA PARTICIPACIÓN DE LOS CIRUJANOS CHILENOS?

*Drs. J. Moraga, R. Cartes, C. Manterola, S. Urrutia*  
Universidad de La Frontera

**Introducción:** Caracterizar la producción científica personal, institucional, nacional e internacional es una necesidad para comprender y mejorar la

generación de conocimiento. El objetivo de este estudio es definir el perfil bibliométrico de las publicaciones quirúrgicas ISI, de autores sudamericanos, en la base de datos SCI-E Web of Knowledge de Thomson Reuters (WOK), en el período 2007-2011 e identificar cual es la participación de autores chilenos.

**Material y método:** Estudio bibliométrico. Se realizó una búsqueda en la plataforma WOK respecto de la productividad científica de los cirujanos sudamericanos en los últimos 5 años mediante el siguiente algoritmo de búsqueda SJ = SURGERY AND (CU = CHILE OR ARGENTINA OR BRAZIL OR BOLIVIA OR PERU OR ECUADOR OR COLOMBIA OR VENEZUELA OR PARAGUAY OR URUGUAY) AND PY = 2007-2011 Type Articles. Las variables analizadas fueron número de publicaciones, citaciones de artículos sudamericanos por año (factor de impacto [FI] e índice-H [IH]), revistas en las que se publicó, idioma de las publicaciones, autores, instituciones y países de coautoría. Se aplicó estadística descriptiva. La tabulación y presentación de los datos se realizó con MS Excel 2010.

**Resultados:** Se identificaron 4491 artículos, los que fueron citados en 17155 oportunidades (FI de 3,82 e IH de 37); de estos 473 (10,5%) corresponden a autores chilenos, los que fueron citados en 1233 oportunidades (FI 2,91 e IH 17). Las revistas en las que se publicó una mayor proporción de artículos fueron Acta Cir Bras (10,1%), Transplant Proc (9,7%), Rev Bras Cir Cardiovasc (6,6%) y Rev Chil Cir (4,9%). El idioma en que más se publicó fue inglés (88,6%). En relación con los autores, el primer autor nacional aparece en el lugar número 35 del ranking. Las instituciones con mayor representación fueron Universidad de Sao Paulo (22,3%), Universidad Federal de Sao Paulo (9,2%), Universidad Estadual Campinas (4,4%) y Universidad de Chile (3,3%). La coautoría más frecuente de cirujanos chilenos fue con autores estadounidenses.

**Conclusión:** La producción científica de los cirujanos sudamericanos registrada en la base WOK, se encuentra liderada por autores brasileños, quedando a continuación, cirujanos chilenos y argentinos; pero muy por sobre el resto de los países sudamericanos; lo mismo sucede al analizar la situación por instituciones.

#### HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS EN APENDICETOMIAS: REPORTE DE 348 CASOS EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

*Drs. I. Obaid<sup>1</sup>, T. Desenzani<sup>2</sup>, G. Castro<sup>1</sup>, M. Lizana<sup>3</sup>*

1. Medico Becado Universidad de Chile, Servicio de Cirugía Hospital San Juan de Dios; 2. Interno Medicina Universidad de Chile, Servicio de Cirugía Hospital San Juan de Dios; 3. Staff Servicio de Coloproctología Hospital San Juan de Dios.

**Introducción:** El apéndice cecal es asiento de variada patología, desde la apendicitis aguda a una serie de otras enfermedades y procesos no inflamatorios. El objetivo de este estudio fue la revisión retrospectiva

de los hallazgos histológicos, etiología, edad, género y diagnóstico de las apendicectomías realizadas en el Hospital San Juan de Dios desde Enero del 2012 a Mayo del 2012.

**Material y Método:** Se revisaron 348 casos. El 94% de las apendicectomías se realizaron con el diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda. El 88.5% del total presentó apendicitis aguda histológica y el 8.8% de estas perforada. El promedio de edad fue de 30.5 años y el 52% eran hombres. Un 6% de las intervenciones resultaron de etiología no apendicular. Del total de los apéndices vermiformes estudiados el 11.5% eran normales, un 40% presentaba hiperplasia linfoide, un 0.5% *Enterobius vermicularis*, 0.97% fueron plastrones y un 0.32% presentó un tumor.

**Conclusión:** la patología apendicular es importante en la práctica quirúrgica de urgencia, siendo la apendicitis aguda la más frecuente de ellas. Sin embargo, existe un porcentaje no despreciable de otras patologías que afectan o coexisten en este órgano y que deben ser incluidas en la lista de diagnósticos diferenciales.

#### COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA CON HALLAZGO DE BAZO SUPERNUMERARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

*Drs. L. Rendón, A. Rendón, V. Rendón.* Residente Asistencial del Servicio de Cirugía del Hospital IVSS Uypapar.

Residente de 2° año del Postgrado de Cirugía del Hospital IVSS "Dr. Raúl Leoni Otero". Adjunto del Servicio de Cirugía del Hospital IVSS "Dr. Raúl Leoni Otero".

Hospital IVSS Uypapar. Puerto Ordaz, Estado Bolívar. Venezuela

**Objetivo:** Exponer la experiencia con un hallazgo de un bazo supernumerario casual.

**Ambiente:** Servicio de Cirugía General. Hospital IVSS Uypapar. Puerto Ordaz, Estado Bolívar. Venezuela.

**Métodos:** Revisión de historia médica. Se efectuó revisión bibliográfica de la entidad clínica. **Resultados:** Se presenta el caso de una paciente femenina de 45 años de edad, con diagnóstico de Litiasis Vesicular quien es llevada a colecistectomía laparoscópica, con técnica cerrada, evidenciándose salida hemática importante por lo que se convierte la intervención, encontrándose como hallazgo lesión de un bazo accesorio. Se procedió al control vascular y extirpación del bazo supernumerario, evidencia de indemnidad del otro bazo. Se realizó posteriormente colecistectomía.

**Conclusión:** La presencia de tejido esplénico accesorio es una entidad rara, y su diagnóstico se hace incidentalmente. Rara vez son sintomáticos. Son de origen congénito por la falta de fusión de los esbozos esplénicos. La TAC es el estudio de imagen de elección. La certeza diagnóstica mediante imagen nos permiten tener una conducta conservadora en casos asintomáticos, reservándose la cirugía para aquellos con clínica o la permanencia de la duda diagnóstica oncológica.

#### TERAPIA DE ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA DEL ESFÍNTER ESOFÁGICO INFERIOR (TEE-EEI) COMO TRATAMIENTO DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO. RESULTADOS A UN AÑO.

*Drs. L. Rodríguez<sup>1</sup>, P. Rodríguez<sup>1</sup>, B. Gómez<sup>1</sup>, O. Isla<sup>1</sup>, M. Galvao<sup>2</sup>, D. Oksenberg<sup>3</sup>, J. Ayala<sup>3</sup>, A. Perez-Castilla<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>CCO Obesidad y Diabetes, Santiago, Chile. <sup>2</sup> Gastro Obeso Center, Sao Paulo, Brazil. <sup>3</sup> Clinica Indisa, Santiago, Chile.

**Introducción:** El Reflujo Gastroesofágico (RGE) es una patología frecuente que se estima, afecta al 30% de la población chilena. Los tratamientos médicos disponibles actualmente no siempre logran adecuados resultados y los quirúrgicos, son invasivos y su efectividad es relativa. La terapia de estimulación eléctrica (TEE), del Esfínter esofágico inferior, (EEI), podría tener lugar en las alternativas terapéuticas de este grupo de pacientes.

**Objetivo:** Evaluar la seguridad y efectividad de la TEE a largo plazo del EEI en pacientes con RGE crónico.

**Material y Método:** Se estudió pacientes con al menos respuesta parcial a los Inhibidores de Bomba de Protones (IBP), con resultado  $\geq 20$  puntos en cuestionario HRQL (calidad de vida),  $\text{pH} < 4$  en  $> 5\%$  en pHmetría de 24 horas, hernia hiatal  $\geq 3\text{cm}$ , y esofagitis  $\geq$  Grado C LA. Se implantó vía Laparoscopia un electrodo bipolar y un generador de impulsos. Se estimuló a 20Hz, durante 220usec, con 3-8mA durante 30 minutos en 6 a 12 sesiones diarias. Los pacientes fueron evaluados usando cuestionarios HRQL, diario de síntomas y exámenes de pHmetría y Manometría HR.

**Resultados:** Fueron implantados 25 pacientes (edad:  $53 \pm 12$ ; hombres: 14). 23 cumplieron su seguimiento a 12 meses. A los 12 meses hubo una significativa mejora en el promedio de HRQL ( $p=0.002$  y  $p<0.001$ ) y en el promedio de la exposición acida en el esófago distal en pHmetría de 24 hrs. ( $10.1 \text{ v/s } 3.1$ ,  $p<0.001$ ). 77% de los pacientes presentaron normalización o al menos un 50% de reducción de la exposición acida en esófago distal. Todos, menos un paciente dejaron de usar IBP de forma regular. No se reportaron eventos adversos no anticipados relacionados con el implante o la estimulación. Según Manometría HR no se presentó disfagia ni alteraciones en la deglución.

**Conclusión:** La TEE del EEI es segura y efectiva para el tratamiento del RGE a 1 año plazo. Hubo una mejora significativa y sostenida de síntomas, disminución de la exposición ácida y reducción del uso de IBP.

#### QUISTE HIDATÍDICO RETROPERITONEAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

*Drs. D. Hernández, F. Uribe, E. Merino, C. Hermansen, A. Iglesias, H. Maldonado.* Hospital de Santa Cruz, Hospital Barros Luco Trudeau, Universidad de Chile.

**Introducción:** La hidatidosis es una zoonosis endémica en nuestro país encontrándose entre las

VI y XII regiones, siendo más prevalente en las XI, IX y VI regiones. En nuestro medio es muy frecuente dada la poca vigilancia sanitaria de los productos cárnicos y a las faenas clandestinas de animales tanto bovinos como caprinos. Sus ubicaciones más frecuentes son el hígado y el pulmón. Localizaciones extra hepato-pulmonares son raras, dada la fisiopatología de la infección, siendo la retroperitoneal aún más rara, el cuadro clínico normalmente es asintomático dando síntomas cuando el quiste supera tamaños importantes. En el estudio las imágenes tradicionales juegan un papel importante como ecografía y TAC complementándose con la serología.

**Materiales y Método:** Revisión de la literatura y de un caso clínico, cuadro clínico, etapa diagnóstica, tratamiento y pronóstico.

**Resultados:** Paciente masculino de 33 años, sin antecedentes morbidos de importancia, cuadro de 6 meses de evolución de dorsolumbalgia izquierda asociado posteriormente a aumento de volumen en la misma zona. Se estudió inicialmente con ecotomografía que evidencia quiste complejo. Se complementa estudio con TAC de abdomen que muestra mixoma retroperitoneal que protruye bajo polo renal inferior comprometiendo uréter ipsilateral. Serología para Hidatidosis inicialmente negativa. Se instala pig-tail preoperatorio para ubicar uréter. Se realiza cirugía encontrándose en el intraoperatorio membranas hidatídicas e hidátides hijas por lo que se realiza cirugía entre compresas salinas, destechamiento, aseo y drenaje con buen resultado. Serología del líquido positiva para hidatidosis. **Conclusión:** Si bien la ubicación retroperitoneal es inhabitual en el quiste hidatídico, se debe tener presente al momento de hacer diagnóstico diferencial de quistes complejos, sobre todo en pacientes en zonas endémicas de la parasitosis.

#### CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN EL HOSPITAL DE QUILPUÉ DURANTE LOS AÑOS 2010 - 2011.

*Drs. S. Pacheco<sup>1</sup>, J. Holá<sup>2,3</sup>, A. Jiménez<sup>1</sup>, M. Vera<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> *Residente de Cirugía General, Universidad de Valparaíso.*

<sup>2</sup> *Servicio de Cirugía, Hospital de Quilpué.*

<sup>3</sup> *Departamento de Cirugía, Universidad de Valparaíso.*

**Introducción:** La cirugía mayor ambulatoria (CMA) es una modalidad de cirugía que permite aumentar la eficacia del sistema de salud al reducir los gastos, además produce una menor desorganización de los hábitos del paciente y disminución de las complicaciones asociadas a las hospitalizaciones prolongadas. El objetivo de este estudio fue evaluar los resultados de los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas en el programa de CMA del servicio de cirugía del Hospital de Quilpué. **Material y método:** Estudio descriptivo y retrospectivo. Se analizaron todos los pacientes ingresados e intervenidos en el programa de CMA del servicio de cirugía del hospital de Quilpué entre

los años 2010 y 2011, según los criterios de inclusión y exclusión de este programa. Se analizaron los registros clínicos de los pacientes, reuniendo los datos en una base en el software Microsoft Excel, el análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 15.

**Resultados:** Durante el período en estudio se operaron 850 pacientes, 511 (60,1%) fueron de sexo femenino y 339 (39,9%) de sexo masculino, el promedio de edad fue de  $50,9 \pm 14,9$  años. Las cirugías realizadas fueron hernioplastias en 436 pacientes (51,2%), colecistectomías laparoscópicas en 323 pacientes (38%), de las cuales 9 (2,7%) fueron convertidas, cirugía de várices en 60 pacientes (7%), hemorroidectomía en 9 pacientes (1%), ginecomastia en 8 pacientes (0,9%), resección de quiste pilonidales en 6 pacientes (0,7%), como las más frecuentes. De las hernioplastias 269 (61,4%) fueron inguinales, 93 (21,2%) fueron umbilicales y 61 (13,7%) fueron incisionales. En cuanto a la estadía, 796 pacientes (93,6%) realizaron una estadía ambulatoria y 54 pacientes (6,4%) tuvieron una estadía más prolongada. No se registró mortalidad en los pacientes en estudio.

**Discusión:** La CMA constituye una opción confiable y segura, con baja morbilidad, con gran parte de los pacientes resueltos de manera ambulatoria lo cual aumenta la resolutivez de los centros hospitalarios.

#### COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA AMBULATORIA EN EL HOSPITAL DE QUILPUÉ ENTRE LOS AÑOS 2009 Y 2011.

*Drs. S. Pacheco<sup>1</sup>, J. Holá<sup>2,3</sup>, A. Jiménez<sup>1</sup>, M. Vera<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> *Residente de Cirugía General, Universidad de Valparaíso.*

<sup>2</sup> *Servicio de Cirugía, Hospital de Quilpué.*

<sup>3</sup> *Departamento de Cirugía, Universidad de Valparaíso.*

*Servicio de Cirugía, Hospital de Quilpué.*

**Introducción:** En la actualidad la colecistectomía laparoscópica (CL) constituye el tratamiento de elección para la colelitiasis. Existe abundante evidencia en la literatura que señala la factibilidad y seguridad en la realización de la CL de manera ambulatoria, lo cual permite disminuir en parte el gran déficit que existe actualmente en las camas de hospitales públicos al aumentar la capacidad de resolutivez de éstos. El objetivo de este estudio fue evaluar los resultados de la CL en el programa de cirugía mayor ambulatoria del Hospital de Quilpué entre los años 2009 y 2011.

**Material y método:** Estudio descriptivo, retrospectivo. Se realizó revisión de las fichas clínicas y protocolos operatorios de los pacientes operados de CL ambulatoria durante los años en estudio según los criterios de inclusión y exclusión de este programa. Los datos fueron reunidos en una base realizada en el programa Microsoft Excel, para el análisis estadístico se utilizó el software SPSS 15. **Resultados:** Durante el período en estudio se operaron 433 pacientes, 360 (83,1%) fueron de sexo femenino y 73 (16,9%) de sexo masculino, el promedio de edad fue de  $45,3 \pm 11,3$  años. En cuanto a la estadía,

397 pacientes (91,6%) completaron un régimen ambulatorio, mientras que 36 pacientes (8,4%) necesitaron una hospitalización más prolongada. Las causas de estadía prolongada fueron dolor intenso en 11 pacientes (2,5%), vómitos en 7 (1,6%), dificultad técnica en la cirugía en 6 (1,3%), sangramiento intraoperatorio en 4 (0,9%), conversión en 7 (1,6%) e hipotensión en 1 paciente (0,2%). Se presentó 1 paciente (0,2%) con lesión de vía biliar, el cual fue reintervenido en el postoperatorio. No se observó mortalidad en la serie en estudio. Discusión: El presente trabajo nos muestra los resultados obtenidos en el servicio de cirugía del hospital de Quilpué, los que confirman que la CL ambulatoria es un procedimiento quirúrgico seguro, con baja morbilidad, que aumenta la resolución del centro hospitalario al acortar las estadías.

#### HERNIA DE AMYAND, PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

*Drs. A. Jiménez<sup>1</sup>, S. Pacheco<sup>2</sup>, C. Canales<sup>2</sup>, P. Acuña<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Residente de Cirugía General, Universidad de Valparaíso.

<sup>2</sup> Unidad de Emergencia Adultos, Hospital Carlos Van Buren, Universidad de Valparaíso.

<sup>3</sup> Interna de Medicina, Universidad de Valparaíso. Unidad de Emergencia Adultos, Hospital Carlos Van Buren, Universidad de Valparaíso.

Introducción: La apendicitis aguda constituye la patología más frecuente a la que se encuentra expuesto el cirujano en los servicios de urgencia. Dentro de sus presentaciones clínicas poco frecuentes se encuentra la presencia del apéndice cecal inflamado dentro del saco de una hernia inguinal, descrita por primera vez por el cirujano inglés Claudius Amyand en 1735. La incidencia reportada por la literatura para la hernia de Amyand es de un 0,13%, predominando significativamente en el género masculino y como diagnóstico intraoperatorio. Caso clínico: Paciente de sexo masculino de 63 años de edad, sin antecedentes mórbidos conocidos, consulta por cuadro de cinco horas de evolución de aumento de volumen inguinal derecho, doloroso e irreductible. Al ingreso se encuentra hemodinámicamente estable, afebril. Al examen físico segmentario, destaca abdomen blando, depresible, indoloro, ruidos hidroaéreos presentes y aumento de volumen inguinal ya descrito, sin otros hallazgos. Exámenes de laboratorio en rango normal. Se interviene quirúrgicamente con diagnóstico preoperatorio de hernia inguinal derecha atascada. En el intraoperatorio, una vez incindida la aponeurosis del oblicuo externo, se aprecia hernia inguinal indirecta con gran componente edematoso, cuyo saco herniario contiene el apéndice cecal inflamado con características flegmonosas. Se realiza apendicectomía habitual y posterior herniorrafia según técnica de McVay. El paciente evoluciona favorablemente, dándose de alta al cuarto día postoperatorio. Actualmente, posterior a un mes de la intervención, el paciente se encuentra completamente asintomático.

Discusión: El presente caso nos muestra un cuadro clínico característico de una hernia de Amyand, en el cual la mayoría de los casos son de diagnóstico intraoperatorio en el contexto de una hernia inguinal complicada. El tratamiento indicado es la apendicectomía a través de la región inguinal y posterior reparación del defecto herniario. Gran parte de la literatura médica recomienda el no usar materiales protésicos en la reparación inguinal para prevenir las complicaciones infecciosas postoperatorias.

#### APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN APENDICITIS AGUDA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA (HUAP).

*Dr. L. Díaz F, Dra. T. Fuentes M, Dr. W. Adelsdorfer O, Alumna M. Astroza H.*

Servicio de Urgencia y Cirugía. Hospital de Urgencia Asistencia Pública

Introducción: La apendicectomía clásica es el procedimiento más frecuente en el servicio de urgencia del HUAP. La apendicectomía por laparoscopia ha ido en aumento los últimos años debido principalmente a la mayor experiencia de los cirujanos en esta técnica. Su uso ha sido preferentemente en pacientes obesos y en mujeres, especialmente cuando existe duda diagnóstica. Son pocas las series publicadas en nuestro medio con un volumen y diversidad de pacientes como el nuestro. Objetivos: Evaluar la experiencia y los resultados de la apendicectomía laparoscópica en el tratamiento de la apendicitis aguda en el servicio de urgencia del HUAP.

Metodología: Estudio retrospectivo, descriptivo. Se revisaron las fichas de los pacientes egresados con diagnóstico de apendicitis aguda entre enero de 2010 y Julio del 2012. Se seleccionaron los pacientes operados por técnica laparoscópica. Los datos fueron tabulados, se analizaron las variables demográficas, resultados quirúrgicos, morbilidad y mortalidad postoperatoria. Las cirugías fueron realizadas por los cirujanos de turno del servicio de urgencia o residentes adjuntos.

Resultados: Se realizaron 2130 apendicectomías en el periodo de estudio. 83 (3,8%) fueron apendicectomías por laparoscopia. La edad promedio fue  $30 \pm 13$  años con un rango de 15-69 años. Predominio de género femenino (51 casos, 61,4%); hombres (32 casos, 38,6%). El 8,4% eran pacientes Obesos. El Diagnóstico operatorio fue apendicitis aguda en 70 casos (84,3%), peritonitis localizada 8 (9,6%) y peritonitis difusa 5 (6%). Se usó drenaje en 5 casos (6%). Conversión a técnica abierta sólo en 2 casos (2,4%). En 5 casos fue necesario reintervención quirúrgica por complicación postoperatoria, en 4 casos se abordó por laparotomía (3 casos por colección intra-abdominal y 1 por dehiscencia del muñón) y 1 por laparoscopia (solo exploradora, sin hallazgos). Presentaron infección de herida operatoria 4 pacientes (4,81%), 3 de ellos fueron los que presentaron complicación postoperatoria (colección intra-abdominal). La estadía

hospitalaria fue en promedio  $2 \pm 2$  días (rango 1-10 días). No hubo mortalidad en nuestra serie. Discusión: La apendicectomía clásica es la técnica más usada en el servicio de urgencia del HUAP, sin embargo, la apendicectomía laparoscópica ha ido en aumento, principalmente por elección del cirujano. Se prefiere en mujeres y pacientes obesos. Los resultados en nuestra serie indican que un procedimiento factible y seguro, con baja morbilidad, corta estadía hospitalaria y baja tasa de infección de herida operatoria, con resultados comparables a la cirugía abierta.

#### CICATRICES ESTÉTICAS EN APENDICECTOMIA

*Drs. F. Gaete, A. Martínez, H. Farías, R. Corral, L. Barrientos, E. García.*  
Hospital Dr. Víctor Ríos Ruiz Los Ángeles

**Introducción:** La extirpación del apéndice cecal clásicamente se realiza por medio de una laparotomía de Mc. Burney, la cual se ubica en un punto en la unión de los dos tercios internos con el tercio externo de la línea trazada desde el ombligo a la cresta iliaca anterosuperior derecha, esta incisión, si bien permite encontrar fácilmente el apéndice, deja una cicatriz visible difícil de ocultar.

Es frecuente la consulta de pacientes pos operados con esta incisión, solicitando una opinión para atenuar esta cicatriz, esto nos motivo a realizar una incisión oculta, la cual se realiza 2 cm bajo la línea que une ambas crestas iliacas anterosuperiores en la intersección con la línea medio clavicular derecha. **Objetivo:** Mostrar nuestra experiencia en apendicectomías con incisiones estéticas en un hospital provincial.

**Material y Metodo:** Se realizaron 30 apendicetomías con incisiones estéticas, en el hospital de Los Ángeles Región del Bio - Bio, entre septiembre y diciembre del 2011, se registró la edad de cada paciente, sexo, diagnóstico histológico, evolución postoperatoria, encuesta de nivel de satisfacción subjetiva, complicaciones, además de registro fotográfico. **Resultados:** Se intervinieron 26 pacientes de sexo femenino, la edad promedio fue 19 años, 22 apendicitis resultaron edematosas, 5 flegmonosa, 1 peritonitis localizada, 1 absceso apendicular, se encontró infección de la herida operatoria en 1 paciente, no hubo mortalidad en la serie, el nivel de satisfacción de las pacientes fue muy conforme en 27 pacientes, conforme en 3.

**Conclusión:** En esta serie se demostró que se puede realizar apendicetomías con incisiones estéticas con resultados satisfactorios para el paciente.

#### NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA EN TUMORES RENALES: EXPERIENCIA INICIAL EN 60 CASOS.

*Drs. O. Castillo, E. Alemán, I. Vidal-Mora, Y. Rodríguez, J. López-Vallejo, G. Aranguren, A. Gómez, R. Yañez, R. Gómez*

Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA.

Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello.

**Introducción:** La nefrectomía parcial robótica, es una técnica alternativa con mínima invasión de

preservación de nefronas con el beneficio potencial de disminuir el tiempo de isquemia, sin comprometer el resultado oncológico. Nuestro objetivo es presentar nuestros resultados con la técnica robótica. **Materiales y Métodos:** Análisis prospectivo de 60 pacientes en los cuales se realizó una nefrectomía parcial robótica por tumor renal entre Abril de 2010 y Julio de 2012. La técnica quirúrgica en todos los casos consiste en control vascular total o solo arterial, sección de parénquima con tijera fría, sutura del plano pielo-calicular y un segundo plano de sutura parenquimatoso mediante fijación con Hem-O-Lok. Sobre la línea de sutura se coloca concentrado de trombina con SurgiFlo. Se analizan variable demográficas y peri operatorias.

**Resultados:** La mediana de seguimiento de la serie es de 27 meses (1 - 120), la edad promedio de la serie fue de 54 años (22 - 77) y la distribución hombre/mujer fue de 2/1. El tiempo operatorio promedio fue de 105.5 min. (40 - 202), realizándose clampeo arterial en 51 pacientes (88%) (51/58). El sangrado intraoperatorio promedio fue de 420.9 cc. (20 - 3500), 4 pacientes (6.8%) requirieron de transfusión de glóbulos rojos empacados. A un 55% se les realizó nefrectomía parcial izquierda y 45% derecha. La estadía intrahospitalaria promedio fue de 3.37 días (1 - 7). La complicación post-operatoria más frecuente fue el sangrado en 4 pacientes (6.89%), en 1 paciente fue necesario re intervenir y realizar nueva sutura del parénquima renal, a 2 pacientes se les realizó embolización selectiva y a un 1 paciente requirió transfusión de glóbulos rojos. Durante el seguimiento, no ha existido recidiva local ni evidencia de progresión de la enfermedad a distancia. **Conclusión:** La nefrectomía parcial robótica es una alternativa segura y viable que provee resultados oncológicos equivalentes a la nefrectomía parcial abierta. Ofrece la ventaja de menor estadía hospitalaria, menor sangrado trans-operatorio y menor tiempo de isquemia caliente.

#### ADRENALECTOMIA LAPAROSCÓPICA: EXPERIENCIA EN 338 CASOS

*Drs. O. Castillo, I. Vidal-Mora, J. López-Vallejo, G. Aranguren, Y. Rodríguez, A. Gómez, E. Alemán, E. Landerer, R. Yañez.*

Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA.

Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello.

**Introducción:** La adrenalectomía laparoscópica es actualmente la técnica quirúrgica de elección para las lesiones benignas de la glándula suprarrenal, sin embargo, existe aún controversia para el manejo de lesiones malignas. Varios abordajes y técnicas laparoscópicas han sido descritas utilizando la vía transperitoneal. El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia en adrenalectomía laparoscópica transperitoneal en 19 años. **Material y métodos:** Se realiza una revisión retrospectiva de todos los pacientes sometidos a una adrenalectomía laparoscópica desde junio de 1993 hasta julio de 2012. Se analizaron las características demográficas, quirúrgicas y oncológicas de los



pacientes como edad, sexo, lado, tiempo operatorio, estancia hospitalaria, complicaciones intraoperatorias, sangrado intraoperatorio estimado, conversión a cirugía abierta, necesidad de hemoderivados, resultado histopatológico, peso promedio de la pieza quirúrgica, tamaño promedio de la pieza quirúrgica, márgenes quirúrgicos, cirugías asociadas, muertes, tiempo de seguimiento y sobrevida.

Resultados: Durante el periodo mencionado se han realizado 338 adrenalectomías laparoscópicas en una población de 332 pacientes (siendo bilateral en 8 pacientes). La edad promedio fue de 50 años (rango, 8-79), 199 pacientes (60%) fueron del sexo femenino y 131 pacientes (40%) del sexo masculino, 167 fueron derechas (49%) y 171 (51%) izquierdas. El tiempo quirúrgico promedio fue de 76 minutos (rango, 25-240), tiempo hospitalario promedio de 3 días (rango, 1-14), el sangrado promedio fue de 73 ml (rango, 0-2,500), existieron 26 complicaciones hubo 1 conversión a cirugía abierta, 9 pacientes requirieron hemoderivados, y existió 1 muerte intraoperatoria. El peso promedio de la pieza quirúrgica fue de 73 gr (rango, 3-600), el tamaño de la pieza quirúrgica promedio fue de 5 cm (rango, 1-16), en 2 pacientes se reportaron márgenes quirúrgicos positivos. Hasta el momento han fallecido 20 (6%) pacientes por diversas causas. Conclusiones: La adrenalectomía laparoscópica es una técnica reproducible con baja morbilidad. Hoy en día constituye el estándar de tratamiento quirúrgico para las lesiones benignas de la glándula adrenal y una alternativa ante la sospecha de carcinoma suprarrenal.

#### DERIVACIÓN URINARIA CONTINENTE CATETERIZABLE TIPO INDIANA: EXPERIENCIA UNIPERSONAL EN 80 CASOS.

*Drs. O. Castillo, I. Vidal-Mora, G. Aranguren, E. Alemán, Y. Rodríguez, J. López-Vallejo, A. Gómez, E. Landerer, R. Yáñez*

Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA.

Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello.

Introducción: Los reservorios urinarios continentes de intestino delgado o colon son una opción de reconstrucción del tracto urinario tras cirugías urológicas o uro-ginecológicas. Manejados mediante autocateterismo, son útiles en casos de fistulas complejas y tras radioterapia.

Material y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los reservorios intestinales continentes cateterizables (Indiana) realizados en un período 20 años. Estudiamos las indicaciones para estas derivaciones, así como sus complicaciones a corto y largo plazo.

Resultados: De marzo de 1991 a enero de 2011, se realizaron 80 reservorios urinarios continentes tipo Indiana, 62 mujeres y 18 varones, con edad media de 56 años (rango 31-77 años). La indicación principal fue para la resolución de complicaciones derivadas del tratamiento de un cáncer cervicouterino en 49 casos. Los otros pacientes corresponden a carcinoma vesical infiltrante en 23 casos,

exanteración anterior por cáncer cervico-uterino en 6 casos, carcinoma de recto recidivado en 1 caso, y sarcoma pelviano 1 caso. La intervención practicada fue solamente la derivación urinaria en 32% de casos, mientras que incluyó exanteración anterior (26%), cistectomía radical (26%) u operación de Parks (26%) en los restantes pacientes. La derivación urinaria se realizó como ha sido clásicamente descrito. En todos los casos el ileon se dejó como un estoma plano en la base del ombligo. La duración media de la cirugía fue de 188,73 minutos (rango 80-330 minutos), con sangrado de 450 cc (rango 100-1000); transfundiéndose 29,2% de pacientes. La estancia hospitalaria fue 19 días (rango 5-60 días).

Del total, 20 pacientes (25%) tuvieron complicaciones en el postoperatorio inmediato siendo la más frecuente ITU, evolucionando satisfactoriamente con antibioterapia. En el seguimiento alejado (seguimiento medio de 56,26 meses, rango 7 a 151 meses), el 67,9% de los pacientes estuvieron libres de complicaciones. La más frecuente fue estenosis de la unión ureteral al reservorio (14,3%), manejada quirúrgicamente. El 10,7% precisó reparación de estenosis del estoma cutáneo, y el 7,2% para extracción de litiasis del reservorio.

Conclusiones: La reconstrucción del tracto urinario con reservorios intestinales continentes cateterizables es una opción válida para el tratamiento tanto de neoplasias urológicas o ginecológicas, como para el manejo de patologías pélvicas relacionadas con estados post-radioterapia.

#### LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL LUMBOAÓRTICA LAPAROSCÓPICA EN EL RESCATE DE MASA POST-QUIMIOTERAPIA DEL CÁNCER TESTICULAR

*Drs. O. Castillo, I. Vidal-Mora, E. Landerer, G. Aranguren, E. Alemán, Y. Rodríguez, J. López-Vallejo, A. Gómez, R. Yáñez*

Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA.

Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello.

Introducción: El cáncer testicular es la neoplasia más frecuente en hombres entre 20 y 35 años, representando aproximadamente el 1% de todos los cánceres. Los pacientes portadores de enfermedad avanzada, luego de un tratamiento quimioterápico tri-asociado basado en Cisplatino, presentarán una masa residual, principalmente retroperitoneal, hasta en un 30% de los casos. Como estrategia terapéutica luego de una falla a quimioterapia de primera línea, se puede plantear una segunda quimioterapia, sin embargo las tasas de sobrevida a 5 años oscilan entre el 15 y el 40%. Lo expuesto fundamenta la realización de una linfadenectomía lumboaórtica (LALA) como alternativa terapéutica en el manejo de este subgrupo de pacientes. Nuestro objetivo es exponer nuestra experiencia en el manejo laparoscópico (LALA-L) de las masas residuales post quimioterapia en pacientes con cáncer testicular avanzado.

**Material y Métodos:** 43 pacientes reclutados prospectivamente, fueron sometidos a LALA-L post quimioterapia entre los años 1993 y 2009. **Resultados:** Del total 17 pacientes (39,5%) fueron intervenidos resecando un templado y 26 pacientes (60,5%) fueron sometidos a una disección ganglionar bilateral. Del primer grupo, 4 pacientes (23,5%) presentaron recidiva, siendo las mismas nulas para el segundo grupo. Tras un seguimiento promedio de 21 meses, la tasa de supervivencia global fue de un 95%. Sólo se registró un 9,3% de complicaciones perioperatorias.

**Conclusiones:** La LALA-L es una alternativa quirúrgica técnicamente factible en el tratamiento de pacientes portadores de un cáncer testicular avanzado con masas residuales post quimioterapia que no solo ofrece buenos resultados oncológicos sino que disminuye ampliamente la morbilidad de la técnica abierta. La disección realizada debe ser bilateral en pro de evitar las recidivas tumorales y prolongar la tasa de supervivencia de estos pacientes.

#### CISTECTOMÍA RADICAL ABIERTA VS. LAPAROSCÓPICA: EVALUACIÓN DE RESULTADOS ONCOLÓGICOS.

*Drs. O. Castillo, I. Vidal-Mora, E. Alemán, Y. Rodríguez, J. López-Vallejo, A. Gómez, G. Aranguren, R. Yáñez*

Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA.  
Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello.

**Objetivo:** Comparar la supervivencia libre de recurrencia y enfermedad específica entre cistectomía radical abierta (CRA) y cistectomía radical laparoscópica (CRL).

**Material y métodos:** Se analizaron retrospectivamente los datos de 185 pacientes consecutivos tratados con cistectomía radical (CR) entre 2000 y 2010 en un centro. El análisis comparativo se limita a los pacientes que se sometieron a CRA (n = 83) o CRL (n = 99) desde 2000 a 2010. La supervivencia libre de recurrencia se calculó utilizando los métodos de Kaplan-Meier. Un modelo multivariable de Cox se utilizó para evaluar la asociación entre el abordaje quirúrgico y la recidiva de la enfermedad. La mortalidad por enfermedad específica se estimó en función de la incidencia acumulada.

**Resultados:** Las características clínicas y patológicas fueron similares para todos los pacientes. Las probabilidades libres de recurrencia fueron similares entre CRA y CRL (a 2 años las estimaciones: el 38% y 42%, respectivamente, (p = 0,9 con la prueba de log-rank) En el análisis multivariable, el abordaje quirúrgico no se asoció significativamente con la recurrencia de la enfermedad. (hazard ratio [HR]: 0,88 para CRL vs CRA, y un 95% intervalo de confianza [IC]: 0,57-1,38, p = 0,6). no hubo diferencia significativa en la pelvis (HR: 0,78 para el LRC vs ORC, IC 95% , 0,46-1,34, p = 0,4) o en la mortalidad por enfermedad específica de (p = 0,9).

**Conclusiones:** En base a los resultados de este estudio retrospectivo, no hay evidencia que indique que el control oncológico se ve comprometida en los pacientes tratados con la CRL, en comparación con el CRA

#### CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN FEOCROMOCITOMA MAYOR DE 7 CM.

*Drs. O. Castillo, V. Borgna, E. Landerer, I. Vidal-Mora, J. López-Vallejo, G. Aranguren, E. Alemán, Y. Rodríguez, A. Gómez, R. Yáñez*

Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA.  
Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello.

**Introducción:** A pesar de los numerosos reportes en la literatura que avalan la resección laparoscópica de tumores adrenales mayores a 6cm como un tratamiento seguro, su uso en feocromocitomas sigue siendo controversial e incluso, no recomendada para tumores de tamaño mayor a 7cm.

**Objetivo:** El objetivo del estudio es comparar la factibilidad técnica, los resultados quirúrgicos, morbilidad y seguimiento de la resección laparoscópica pura de tumores adrenales (AL) con diagnóstico de feocromocitoma, menores y mayores de 7 cm.

**Materiales y Métodos:** Entre Junio de 1993 y Marzo del 2011, se realizaron un total de 46 AL en pacientes con diagnóstico de feocromocitoma adrenal.

Mediante un diseño de cohorte retrospectivo, se analizaron los resultados intra y post-operatorios, dividiendo el universo muestral en dos grupos, de acuerdo a la variable tamaño tumoral: Grupo A: masa menor 7cms. Grupo B masa > 7cm. El análisis estadístico se realizó comparando las variables categóricas mediante el test de Chi-cuadrado y las variables numéricas mediante la prueba "t-student". **Resultados:** El grupo A estuvo compuesto por 33 pacientes; el grupo B por 13 pacientes. En el grupo A, el tiempo operatorio promedio fue de 75,5 min; el tamaño tumoral promedio fue de 4,6 cms; el sangrado intra-operatorio promedio fue de 20 cc; la estadía hospitalaria promedio fue de 3,1 días; no se registraron complicaciones en el grupo.

En el grupo B, los promedios del tiempo operatorio, el sangrado intra-operatorio y el tamaño tumoral fueron mayores que en el grupo A (p <0,05). Pese a esto, tanto la estadía hospitalaria como el número de complicaciones (1) no mostraron una diferencia estadísticamente significativa. A los 36 meses de seguimiento, no se han reportado recurrencias. **Conclusiones:** La resección laparoscópica de feocromocitomas suprarrenales, es una opción quirúrgica segura, factible y terapéutica, aún en masas mayores de 7 cms.

#### INFARTO SEGMENTARIO DEL EPIPLÓN EN ADULTO; REPORTE DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

*Drs. D. Ruiz<sup>1</sup>, C. Concha<sup>2</sup>, I. González<sup>2,3</sup>, V. Lobos<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Residente de Cirugía, Universidad de los Andes.

<sup>2</sup>Departamento de Cirugía Hospital Parroquial de San Bernardo

<sup>3</sup>Servicio de Radiología, Hospital Parroquial de San Bernardo.

**Introducción:** El infarto epiploico constituye una causa inhabitual de abdomen agudo. Su etiología no ha sido del todo aclarada, se postula alteración

de irrigación, congestión vascular, aumento de presión intraabdominal, entre otras. Con mayor frecuencia se presenta como dolor abdominal en cuadrante inferior derecho, siendo este lugar más afectado y susceptible a presentar torsión e isquemia. El objetivo de este trabajo es destacar la importancia del infarto epiploico como diagnóstico diferencial de abdomen agudo, a propósito de un caso. Caso clínico: Se presenta el caso de un hombre de 25 años, sin antecedentes mórbidos que inicia cuadro de dolor abdominal aproximadamente dos semanas antes de su consulta en nuestro hospital. Dolor localizado en hipocondrio derecho, de tipo puntada, intensidad EVA 9/10, que aumenta con el movimiento, sin otros síntomas asociados. Fue evaluado por médico particular tras múltiples consultas en servicios de urgencia, siendo estudiado con una ecografía abdominal que no informa hallazgos patológicos y con TAC de abdomen y pelvis que informa compromiso inflamatorio de peritoneo y planos mesentéricos en flanco derecho por delante de colon ascendente, sin líquido libre, asociado a derrame pleural derecho. Sin un diagnóstico claro, se indica tratamiento antibiótico con Moxifloxacino por 10 días. Terminado el tratamiento, consulta en el servicio de urgencias del HPSB por cuadro de 12 horas de evolución, caracterizado por dolor abdominal con iguales características a las presentadas anteriormente. Se constata. Al examen físico, hemodinamia normal, afebril. Dolor a la palpación en hipocondrio derecho al examen abdominal. Se solicita nueva TAC de abdomen y pelvis, en la cual se evidencia un proceso inflamatorio de la presa epiploica en flanco derecho, sugerente de infarto segmentario del epiplón mayor. Se ingresa al servicio de cirugía para manejo del cuadro con antiinflamatorios endovenosos, consiguiéndose regresión del dolor al tercer día de hospitalización, por lo que es dado de alta, manteniéndose asintomático en controles posteriores. Discusión: El infarto epiploico representa un diagnóstico infrecuente, que frecuentemente es diagnosticado incidentalmente por imágenes o incluso como hallazgo en una laparotomía indicada por la sospecha diagnóstica de otra causa de abdomen agudo. El manejo de este cuadro es sintomático, respondiendo habitualmente de manera satisfactoria a AINEs. Creemos importante considerarlo en el contexto del diagnóstico diferencial de abdomen agudo, ya que un adecuado diagnóstico y tratamiento evitará sufrimiento y morbilidad innecesaria a nuestros pacientes.

#### ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA PUNTUACIÓN DE BOEY Y LA PUNTUACIÓN PORTSMOUTH-POSSUM EN PACIENTES CON ÚLCERA PERFORADA

*Drs. Marcelo Beltrán, Ramón Díaz, Mauricio Zambra, Rodrigo Tapia, Cristóbal Larraín, Catalina Valenzuela, Gabriel Iribarren, Andrea De Balanzo, Andrés Vera, Francisca Arcos*

Servicio de Cirugía, Hospital San Juan de Dios de La Serena  
Escuela de Medicina, Universidad Católica del Norte

Introducción. Múltiples estudios han demostrado la utilidad de la puntuación de Boey en pacientes con

úlcera perforada. Recientemente se publicó un estudio que utilizó la puntuación Portsmouth-POSSUM (PP) en pacientes con úlcera perforada. No existen estudios comparativos entre la puntuación de Boey y PP. Hipótesis. La puntuación PP podría ser más específica y sensible para predecir complicaciones que la puntuación de Boey en pacientes con úlcera perforada. Objetivo. Comparar la puntuación de Boey con la puntuación PP.

Pacientes y Método. Se operaron 118 pacientes por úlcera perforada entre Enero 1999 y Junio 2012. Se incluyeron 108 pacientes con toda la información requerida en la ficha clínica. Se estudiaron variables demográficas, clínicas, de laboratorio, quirúrgicas, complicaciones y las puntuaciones de Boey y PP. El reporte de los resultados utiliza estadística descriptiva y los test Chi-cuadrado y Kolmogorov-Smirnov. La puntuación de Boey, puntuación PP, tiempo total de perforación, valor de la Proteína C reactiva (PCR) y recuento de leucocitos, fueron analizados mediante curvas ROC determinándose puntos de corte, intervalos de confianza y Odds Ratio (OR).

Resultados. El promedio del tiempo de perforación fue 22,1 horas. Ochenta y tres pacientes (77%) se presentaron dentro de las primeras 24 horas. La mayoría de los pacientes no tenían patología asociada (70%). La mayoría de los pacientes (51%) tenían un puntaje de Boey de 0; 34% tenían un puntaje de 1; 12% un puntaje de 2; y 3% tenían 3 puntos. El promedio del PP fisiológico fue 16,5 puntos (12-29±3,8). El promedio del PP quirúrgico fue 13,4 puntos (10-19±1,6). El promedio del PP predictivo de mortalidad fue 2,2% (0,5-22±2,8). El promedio de la leucocitosis fue 13745 x mm<sup>3</sup> (7900-21500±2764). El promedio de la PCR fue 118,2 mg/l (0,2-435,1±122,2). La mayoría de los pacientes (79%) no presentaron complicaciones. Los puntos de corte determinados por curvas ROC fueron PCR mayor a 37,5 mg/l (p=0,002, área bajo la curva 0,713, OR 2,9), recuento de leucocitos mayor a 11600 x mm<sup>3</sup> (p<0,0001, área bajo la curva 0,773, OR 4,4), puntaje de Boey mayor a 1 (p<0,0001, área bajo la curva 0,814, OR 5,7), puntaje PP fisiológico mayor a 14 (p=0,013, área bajo la curva 0,670, OR 3,6), puntaje PP quirúrgico mayor a 12 (p<0,0001, área bajo la curva 0,780, OR 6,2), puntaje PP predictivo mayor a 0,8% (p<0,0001, área bajo la curva 0,779, OR 4,6) y tiempo de perforación mayor a 9 horas (p<0,0001, área bajo la curva 0,850, OR 4,5) y tiempo de perforación mayor a 24 horas (p=0,040, área bajo la curva 0,905, OR 35,0). Conclusión. El puntaje de Boey no demostró ser más sensible y específico que el puntaje PP para el pronóstico de complicaciones en cirugía por úlcera perforada. El PP fisiológico, quirúrgico y predictivo presentaron mayor sensibilidad y especificidad que el puntaje de Boey para predecir complicaciones. La variable tiempo de perforación mayor a 24 horas, independientemente de ambos puntajes, demostró una mayor sensibilidad y especificidad que el puntaje de Boey y el PP. Las variables independientes PCR y recuento de leucocitos demostraron una elevada sensibilidad y especificidad como predictores de complicaciones.

## RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA A LA APENDICITIS DE ACUERDO AL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DEL CUADRO CLÍNICO

*Drs. Marcelo Beltrán, Rodrigo Tapía, Matías Pérez, Cristian Peralta, Gabriel Iribarren, Andrés Vera, Francisca Arcos*

Servicio de Cirugía, Hospital San Juan de Dios de La Serena  
Escuela de Medicina, Universidad Católica del Norte

**Introducción.** El síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) implica la presencia de 2 o más criterios de los 4 posibles. La respuesta inflamatoria a la apendicitis utilizando el SIRS y parámetros inflamatorios independientes como la proteína C reactiva (PCR) no se encuentra caracterizada en la literatura actual. **Hipótesis.** La respuesta inflamatoria a la apendicitis será más importante de acuerdo al tiempo de evolución del cuadro clínico. **Objetivo.** Caracterizar la respuesta inflamatoria sistémica en pacientes operados por apendicitis.

**Pacientes y Método.** Se estudiaron 183 pacientes consecutivos seleccionados de acuerdo al siguiente criterio; pacientes entre 15 y 90 años de edad con apendicitis confirmada con biopsia. Fueron excluidos aquellos pacientes en los que no se midieron los parámetros requeridos y los pacientes portadores de patología asociada a inmunodepresión o inmunosupresión. Se dividió la serie en 4 grupos de acuerdo al tiempo de evolución de la sintomatología; 0 a 24 horas, 25 a 48 horas, 49 a 72 horas y más de 73 horas. Se midieron los criterios del SIRS y los valores de la PCR al ingreso. Se analizaron las variables del SIRS y la PCR. Se utilizó estadística descriptiva y los test Chi<sup>2</sup>, ANOVA y Wilcoxon-Bonferroni.

**Resultados.** La serie estuvo compuesta por 183 pacientes. El promedio de edad fue 29,7±13,8 (15-87) años. Los pacientes con 0 a 24 horas de evolución fueron 45 (25%), de 25 a 48 horas 67 pacientes (37%, p=0,002), de 49 a 72 horas 38 pacientes (21%) y 73 horas o más 33 pacientes (18%). De acuerdo al puntaje SIRS, 12 pacientes tuvieron 0 puntos (7%), 43 pacientes 1 punto (23%), 79 pacientes 2 puntos (43%, p>0,0001), 36 pacientes 3 puntos (20%) y 13 pacientes 4 puntos (7%). Por lo tanto 128 pacientes (70%, p<0,0001) presentaron SIRS. El análisis de las variables del SIRS muestra 73 pacientes (40%) con temperatura mayor a 38°C, 109 pacientes (60%) con frecuencia cardíaca mayor a 90x', 27 casos (15%) con frecuencia respiratoria mayor a 20x' y leucocitosis mayor a 12000xmm<sup>3</sup> en 152 pacientes (83%). El promedio de PCR fue 211,5±125,1 (15,8-760,5) mg/L. El análisis multivariado determinó que después de 48 horas los pacientes presentan con mayor frecuencia 3 o 4 criterios SIRS (p<0,0001). El análisis de las variables independientes del SIRS demuestra que los leucocitos no presentan diferencias significativas entre los 4 periodos de tiempo, la temperatura se eleva significativamente después de las 48 horas (p=0,001), la frecuencia cardíaca presenta variaciones en los 4 periodos y la frecuencia respiratoria se eleva solo

después de las 73 horas (p<0,0001). Respecto a la PCR, se observó que sus valores aumentan de acuerdo al periodo de la evolución clínica, presentándose los valores más altos después de las 48 horas (p<0,0001), en el análisis multivariado se evidenció que los valores más altos comparados con los otros 3 periodos estudiados se presentan después de las 73 horas (p=0,005).

**Conclusiones.** La repercusión sistémica de la apendicitis de acuerdo al periodo de evolución del cuadro clínico evaluada con los criterios del SIRS y la PCR presenta la curva evolutiva esperada, siendo más notoria la respuesta inflamatoria después de las 48 horas.

## APENDICECTOMIA LAPAROSCOPICA CONTRAABIERTA EN PACIENTES OBESOS. ESTUDIO PROSPECTIVO ALEATORIO.

*Drs. Dr. M. Zamorano<sup>1</sup>, M. Quiroz<sup>2</sup>, N. Drolett<sup>3</sup>*

1. Cirujano. Hospital Regional de Antofagasta. Universidad de Antofagasta.

2. Interno 6to Año Medicina Universidad de Antofagasta

3. Alumno 2do Año Medicina Universidad de Antofagasta

Desde la introducción de la cirugía laparoscópica se ha establecido sus beneficios como técnica quirúrgica y sus ventajas sobre otros procedimientos, sin embargo la Apendicectomía es un punto controversial. Existen estudios que establecen ventajas de la apendicectomía laparoscópica en pacientes con índice de masa corporal (IMC) aumentado. Dada esta interrogante, nuestro objetivo es comparar los resultados y complicaciones postoperatorias en pacientes con IMC mayor o igual a 30, atendidos en el Hospital Regional de Antofagasta.

Realizamos un estudio prospectivo aleatorio, mediante método computacional de probabilidad uniforme. Se incluyeron en forma consecutiva a todos los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda y con IMC mayor o igual a 30, desde el 01 julio del 2010 al 30 de abril 2012, atendidos en el Hospital Regional de Antofagasta. Se protocolizaron ambas técnicas quirúrgicas. Se analizaron las variables mediante estadística descriptiva y chi cuadrado.

Se incluyeron un total de 35 pacientes por rama, no hubo diferencias estadísticamente significativas en las variables demográficas de ambos grupos. En cuanto al tiempo quirúrgico en técnica abierta y laparoscópica, obtuvimos una media de 32 y 43 min respectivamente, sin diferencias estadísticamente significativas. Los días de estadía fueron de 2,5 y 2,1 respectivamente, p > 0,05. En cuanto a las complicaciones locales incluyendo seroma e infección de herida operatoria, fueron mayores en el grupo de Apendicectomía Abierta, estadísticamente significativo (p < 0,05). Se convirtió de Laparoscopia a Técnica abierta en un 2,9% de los casos. La Cirugía Laparoscópica continúa presentando beneficios, sin embargo se debe indicar según cada paciente las diversas técnicas, en nuestro estudio,

la Apendicectomía Laparoscópica obtiene buenos resultados, con bajo índice de conversión y con menos complicaciones locales en pacientes obesos. Con leve mayor tiempo quirúrgico, que pudiese estar en relación al manejo de la técnica protocolizada, sin embargo necesitamos mayor muestra para objetivarlo.

#### ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: EXPERIENCIA HOSPITAL MILITAR ENTRE LOS AÑOS 2005 A 2010

*Drs. D. Arbuló<sup>1</sup>, K. Werner<sup>2</sup>, J. Irarrazaval<sup>3</sup>, A. Sepúlveda<sup>4</sup>, C. Ibarra<sup>5</sup>, R. Sepúlveda<sup>5</sup>*

Servicio de Cirugía. Hospital Militar de Santiago. Universidad de los Andes.

<sup>1</sup>Residente de Cirugía Universidad de los Andes.

<sup>2</sup>Interno de la Universidad de los Andes. <sup>3</sup>Alumno de la Universidad de los Andes. <sup>4</sup>Cirujano Hospital Militar de Santiago. <sup>5</sup>Jefe Cirugía Hospital Militar de Santiago

**Introducción.** En la actualidad, la esplenectomía laparoscópica es la técnica de elección para la resolución de enfermedades hematológicas benignas, siendo el púrpura trombocitopénico idiopático (PTI) su principal indicación. La remoción del bazo por vía laparoscópica ha sido un procedimiento seguro y ampliamente aceptado en nuestro país, con mínimas complicaciones y estadía intrahospitalaria breve. El objetivo de este trabajo es describir características clínicas y resultados quirúrgicos en pacientes sometidos a esplenectomía laparoscópica por enfermedades hematológicas benignas en el Hospital Militar de Santiago.

**Materiales y Métodos.** Estudio retrospectivo entre enero 2005 y diciembre del 2010. Se revisaron fichas clínicas de todos los pacientes sometidos a esplenectomías laparoscópicas entre dicho periodo, registrándose los datos demográficos, características clínicas, descripción de la técnica quirúrgica, características e histología del bazo, transfusiones y evolución postoperatoria.

**Resultados:** Durante el periodo mencionado se realizaron 10 esplenectomías laparoscópicas. El promedio de edad fue de 50,6 años (SD: 21,49, Mediana: 57) con predominio del sexo femenino, a razón de 7:3. La indicación de esplenectomía más frecuente fue PTI (6 casos), seguido por Anemia Hemolítica Autoinmune (2 casos) y por último, Microesferocitosis Familiar y tumor esplénico, ambas con 1 caso. El tiempo operatorio promedio fue de 114 minutos (SD: 51,7, Mediana: 139,5). En dos pacientes se realizó además una colecistectomía a continuación de la esplenectomía y en otros dos casos se encontraron bazos supernumerarios que fueron resecados. Durante el intraoperatorio no fue necesario realizar ninguna transfusión. Se convirtieron dos esplenectomías a cirugía abierta debido a hemorragia intraoperatoria asociado a bazos de mayores a 25 centímetros. Dos pacientes presentaron complicaciones precoces, uno de ellos desarrolló una atelectasia basal izquierda y otro una

fibrilación auricular. Dentro de las complicaciones tardías se encontró una colección subfrénica. En esta serie se constató el fallecimiento de dos pacientes, uno de ellos producto de un shock séptico de foco neumónico y el otro debido a una hemorragia digestiva alta masiva. El promedio de tiempo de hospitalización fue de 5,3 días (SD: 1,88, Mediana: 5). **Conclusión:** La esplenectomía laparoscópica es una alternativa quirúrgica segura y debe ser considerada para resolución de enfermedades hematológicas benignas, especialmente para pacientes portadores de PTI. Al igual que otras series publicadas en nuestro país, ha permitido una baja estadía hospitalaria y baja tasa de complicaciones.

#### COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA A TRAVÉS DE INCISIÓN ÚNICA UMBILICAL.

*Drs. J. León C, J Hepp K, X. de Aretxabala U, C. Benavides C., C. Villalón M, F. Oppliger B.* Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo

**Introducción:** La cirugía laparoscópica por múltiples puertos logró un cambio radical en la recuperación del paciente y en los resultados estéticos. La cirugía por puerto único, busca mejorar aún más estos aspectos y se encuentra en pleno desarrollo en muchos equipos de trabajo.

**Objetivo:** Presentar la experiencia de la colecistectomía por puerto único umbilical, de la unidad de Cirugía General de Clínica Alemana. Además de clasificar las herramientas disponibles para su implementación y desarrollo.

**Material y Método:** Presentamos nuestra experiencia en colecistectomía laparoscópica por puerto único umbilical, entre marzo de 2009 y junio de 2012 en Clínica Alemana de Santiago. Se analiza la técnica, el tiempo operatorio. Se describen resultados en relación al dolor post operatorio, complicaciones quirúrgicas, estadía hospitalaria, resultado estético de la incisión y satisfacción del paciente. **Resultados:** En este periodo de tiempo se intervienen 200 pacientes. Edad promedio 41 años, 68% mujeres y 32 % hombres. La técnica varió desde el uso de tres trócares de 5 mms, hasta el puerto único (Gel Port) que facilita mejor la técnica. El tiempo operatorio tiene un promedio de 55 minutos, y si eliminamos las primeras 30 colecistectomías, el tiempo operatorio es similar a la colecistectomía laparoscópica clásica. El porcentaje de conversión es de 1.5 %. Colangiografía intraoperatoria, la realizamos en forma selectiva. El dolor postoperatorio es similar a la colecistectomía por laparoscopia clásica. La estadía hospitalaria es de 1,2 días. El resultado estético es óptimo, no hay más cicatriz que el ombligo y de los pacientes entrevistados al año, están muy satisfechos.

**Conclusión.** La colecistectomía laparoscópica por puerto único es factible, segura y reproduce en su totalidad la técnica de la colecistectomía. La principal ventaja es estética y debiera poder ofrecerse al grupo de pacientes que quieren la menor secuela de cicatriz.

## Seccional: CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA

5 AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE GRANDES QUEMADOS EN LA UNIDAD DE QUEMADOS DE CLÍNICA INDISA, COMPARACIÓN DE RESULTADOS CON EL CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL (HUAP).

*Drs. S. Villegas<sup>1,3</sup>, J. Villegas<sup>2,3</sup>, C. Soto<sup>2,3</sup>, C. Alborno<sup>2</sup>, V. Peña<sup>2,3</sup>*

1. Unidad de Cirugía Plástica y Quemados, Servicio de Cirugía Infantil, Hospital Exequiel González Cortés; 2. Centro de Referencia Nacional para gran Quemado Adulto, HUAP; 3. Unidad Quemados, Clínica Indisa.

**Introducción:** El 2007 comienza la atención de quemados adultos con garantía explícita de salud del sistema público. Esto trasparenta la demanda efectiva, que excede la capacidad del Centro de Referencia Nacional (HUAP). Para responder al excedente el MINSAL extendió la red de atención a centros privados entre esos Clínica INDISA. El objetivo de este trabajo es comparar los resultados de la implementación del GES en el sistema de salud privado con los de HUAP.

**Material y Métodos:** Se realizó estudio descriptivo-retrospectivo que incluyó el total de pacientes quemados ingresados a Clínica Indisa y al Servicio de Quemados de HUAP entre Julio del 2007 a Julio del 2012. El tratamiento clínico-quirúrgico aplicado, basado en Guías Clínicas GES, fue igual en ambos centros. Se obtuvieron estadísticas descriptivas de los pacientes y de las quemaduras y se compararon usando chi cuadrado o Mann-Whitney test según necesidad. Los resultados analizados incluyeron mortalidad ajustada por grupo de gravedad de Garcés y por injuria inhalatoria y se compararon entre ambos centros usando chi cuadrado. Mediante regresión logística se obtuvo Dosis letal 50 (DL50) que es un indicador utilizado en quemados para estimar la superficie corporal quemada (SCQ) en que existe un 50% de probabilidad de morir.

**Resultados:** Durante el período analizado se trataron 222 pacientes adultos en Indisa, 69% género masculino. La etiología fue fuego en 79,4%. Edad promedio fue 46,2 (+20) y la SCQ 24,1% (+21). 28% de los pacientes presentó injuria inhalatoria. En el mismo período se trataron 936 pacientes en HUAP, 65,7% género masculino. La etiología fue fuego en 73%. La edad media fue de 47,2 años (+20,1) y la SCQ 27% (+20). 22% de los pacientes presentó injuria inhalatoria. No hubo diferencias significativas entre pacientes atendidos en Indisa y HUAP. La mortalidad ajustada por grupos de gravedad fue menor en Indisa, sin embargo, no alcanzó diferencia estadísticamente significativa (p=NS). La mortalidad en pacientes con injuria inhalatoria fue similar en ambos centros, 39,2% en HUAP y 40% en Indisa (p=NS). DL50 fue de 50% SCQ en Indisa y 43% en HUAP.

**Conclusiones:** Los pacientes tratados en Clínica Indisa son similares en complejidad a los de HUAP. La mortalidad ajustada por grupo de gravedad es menor en Clínica Indisa que en HUAP. Probablemente la disponibilidad de mayor oportunidad quirúrgica, al eliminar el horario inhábil como limitante, juega un rol en estos resultados. Se debe estudiar este aspecto con mayor profundidad.

EVALUACION DE CRITERIOS DE HOSPITALIZACION, TRATAMIENTO Y PRONOSTICO EN EL MANEJO DE ULCERAS POR PRESION EN EL SERVICIO DE SALUD VALPARAISO SAN ANTONIO.

*Drs. E. Aliaga, J. Montedónico, Y. Palta, S. Retamal*  
Equipo Cirugía Plástica - Hospital Eduardo Pereira Valparaíso

**Introducción:** Las úlceras por presión (UPP) son un motivo de consulta y derivación frecuente para el cirujano plástico, sin embargo el actuar médico-quirúrgico se ve sobrecargado por una derivación que no tiene los criterios básicos de evaluación, y pronóstico del paciente al momento de su ingreso al sistema de salud o en su traslado al equipo de cirugía plástica.

El tratamiento quirúrgico de las UPP debe ser anticipado por la evaluación y tratamiento de su estado nutricional, presencia de osteomielitis, tratamiento de comorbilidades, y la logística necesaria para su movilización y cuidados post alta. El objetivo del presente trabajo es evaluar el cumplimiento de estos criterios al momento de su ingreso al sistema de salud, así como la calidad de controles al momento de alta.

Se tomó en cuenta las fichas médicas que tuvieron como diagnóstico UPP en los últimos 5 años en el sistema de salud Valparaíso - San Antonio, ingresando por la posta del Hospital Carlos Van Burén y que fueron trasladados al equipo de Cirugía Plástica en el Hospital Eduardo Pereira en Valparaíso. Se analizaron un total de 41 fichas médicas en su mayoría con UPP e tipo III y IV, se evaluó el estado nutricional en 15 pacientes (36,6%), se realizó estudio por imágenes para descartar osteomielitis en 3 pacientes (7,31%) en ningún caso se realizó cultivo óseo. Se realizaron aseo quirúrgicos en 18 pacientes (43,9%), teniendo indicación final de cobertura por el equipo de cirugía plástica en 4 pacientes (9,75). En la evaluación post alta se controló si tenían colchones anti escaras en 8 pacientes, no se controló el estado nutricional a ningún paciente. Se concluye que existen deficiencias en la evaluación inicial del paciente portador de UPP al momento de su ingreso y en el traslado al equipo de cirugía plástica en los criterios de hospitalización y pronóstico. Se observa la necesidad de implementar protocolos de manejos multidisciplinario y guías de evaluación pre hospitalaria a ser utilizada por otras especialidades antes de la derivación final al equipo de cirugía plástica.

## USO DE COLGAJO FASCIO GRASO ANTEBRAQUIAL BASEADO EN PERFORANTES RADIALES COMO COBERTURA EN NEUROMA DEL TUNEL DEL CARPO.

*E. Aliaga Santos*

Residente 3<sup>er</sup> Año Servicio Cirugía Plástica y Cirugía de Mano Enfermería 11

Santa Casa de Misericordia . Rio de Janeiro - Brasil

**Introducción:** Durante el tratamiento quirúrgico del túnel de carpo , al realizar la liberación completamente de este, el paciente puede evolucionar con un neuroma producto que el nervio Mediano queda muy superficial , problema que complica al paciente produciéndole choques y signos de "Tinel" positivo que no mejoran con la medicina física. El colgajo ante braquial o "chino" basado en la arteria radial es muy usado en diversas coberturas de la extremidad superior , sin embargo provoca gran morbilidad en la zona dadora restringiendo su uso en algún tipo especial de paciente. El uso del colgajo ante braquial fasciograsso basado solo en las perforantes de la arteria radial a nivel de la apófisis estiloides del radio surge como un colgajo de fácil ejecución sin grandes morbilidades en la zona dadora.

Se presenta el caso de una mujer de 40 años de edad en la que se realizo una liberación de túnel del carpo por compresión crónica con hipotrofia de la región tenar , evoluciona favorablemente los primeros 6 meses , luego refiere sensación de choque eléctrico en región carpal volar y signos de "Tinel" positivo en la misma región.

Se realizo un el colgajo ya descrito , disecándolo baja manguito neumático , y elevándolo hasta cubrir la región carpal volar.

En controles posterior la paciente no refiere sentir sintomatología de neuroma ni signos asociados. Se concluye que el colgajo ante braquial fascio graso es una buena alternativa para coberturas pequeñas de miembro superior y con baja morbilidad.

## “COMPRESIÓN DEL SMAS Y DEL PANÍCULO ADIPOSO MALAR PARA EL REJUVENECIMIENTO FACIAL”

*Drs. J. Mesa<sup>1</sup>, F. Huetner<sup>1</sup>, N. Pereira<sup>2</sup>, J. De la Torre<sup>1</sup>, L. O. Vasconez<sup>1</sup>*

1. División de Cirugía Plástica, University of Alabama at Birmingham. 2. Hospital Clínico Universidad de Chile.

**Introducción:** El lifting continúa siendo la piedra angular en cuanto a rejuvenecimiento facial. Se han descrito múltiples técnicas, siendo las que se basan en el levantamiento del SMAS las más populares por su capacidad de levantar el cuello simultáneamente, sin embargo, no logran corregir todos los cambios del envejecimiento. El lifting basado en la elevación del panículo adiposo malar (MFPE) ha mostrado ser seguro, efectivo, reproducible y capaz de corregir la mayoría de los cambios relacionados con la edad. El objetivo de este trabajo es comparar el efecto que tienen ambos tipos de lifting sobre los estigmas del envejecimiento en una disección de cadáver.

**Material y Método:** Se realizaron lifting sub-SMAS y MFPE en un cadáver fresco. Se evaluaron y compararon las características de la prominencia malar, pliegue nasogeniano, posición del ángulo de la boca y de la piel del ángulo de la mandíbula. **Resultados:** Ambos de lifting lograron mejorar la apariencia de los tejidos blandos de la prominencia malar y del pliegue nasogeniano. Sin embargo, el MFPE reposiciona de mejor manera los tejidos blandos del pómulo con una proyección más juvenil. El lifting sub-SMAS no logra corregir la posición del ángulo de la boca y tiene efectos moderados sobre la piel del ángulo de la mandíbula. MFPE movilizó el ángulo de la boca hacia superior y mejoró significativamente el ángulo de la mandíbula. La disección sub-SMAS más allá del borde anterior de la parótida expone las ramas del nervio facial, lo que no sucede con MFPE.

**Conclusiones:** MFPE es una técnica muy poderosa para el rejuvenecimiento facial. La disección en cadáver sirvió para confirmar que MFPE es superior que el lifting sub-SMAS, en la corrección de la prominencia malar, posición del ángulo de la boca y piel del ángulo de la mandíbula. Adicionalmente, se asocia con un menor riesgo de lesión del nervio facial por su disección por un plano alejado de sus ramas.

## “PURIFICACIÓN Y CULTIVO DE MELANOCITOS HUMANOS PARA SU APLICACIÓN EN CIRUGÍA PLÁSTICA”

*Drs. N. Pereira<sup>1,2</sup>, C. Sciaraffia<sup>2</sup>, P. Caviedes<sup>1</sup>*

1. Laboratorio de Cultivo de Tejidos y Terapia Celular, Facultad de Medicina Universidad de Chile. 2. Hospital Clínico Universidad de Chile.

**Introducción:** Los melanocitos se han utilizado para el tratamiento de múltiples patologías de la piel. La purificación y posterior cultivo de melanocitos epidérmicos humanos se realiza desde la década del 50 con resultados variables. El objetivo de este trabajo es presentar el desarrollo de una técnica apropiada para la purificación celular y cultivo de melanocitos humanos, de manera de obtener cultivos primarios con adecuada densidad celular para utilizarse posteriormente en el tratamiento cosmético de algunas afecciones de la piel.

**Material Y Método:** Se tomó una muestra de piel humana y se purificaron melanocitos utilizando tres técnicas diferentes (Tripsina 0,2% por 50 minutos a 37°C y 5% CO<sub>2</sub>; Tripsina 0,2% por 24 horas a 4°C y luego 30 minutos a 37°C y 5% CO<sub>2</sub>; Dispasa por 24 horas a 37°C y 5% CO<sub>2</sub>) para luego ser cultivadas por cuatro semanas. Se cambió el medio de cultivos dos veces por semana.

**Resultados:** Al final de la cuarta semana se realizaron 9 conteos por cada muestra. Se obtuvo mayor densidad celular en aquella que se utilizó "Tripsina 0,2% por 24 horas a 4°C y luego 30 minutos a 37°C y 5% CO<sub>2</sub>" para la purificación celular. **Conclusiones:** Se han propuesto muchos métodos para cultivar melanocitos humanos. En este trabajo se utilizó una técnica con un medio de cultivo selectivo para el crecimiento de melanocitos y

queratinocitos. Se aplicaron 3 métodos diferentes para la disociación y purificación celular, siendo la utilización de tripsina 0,2% por 24 horas a 4°C y luego 30 minutos a 37°C y 5% CO<sub>2</sub>, el método más eficiente ya que logra mayor concentración celular por cultivo en igual período de tiempo. La densidad celular obtenida con los otros métodos, fue insuficiente, por lo que recomendamos la utilización del Tripsina en frío para la purificación celular. Perspectivas: El trasplante de melanocitos autólogos cultivados se ha utilizado en la reconstrucción de la areola y en el tratamiento del vitíligo, así como en otras leucodermas. Se propone que esta técnica podría aplicarse para el manejo de cicatrices hipopigmentadas y también en la repigmentación de estrias.

### TRES ALTERNATIVAS DE COBERTURA PARA DEFECTO GRAVE DE TALÓN EN NIÑOS

*Dr. S. Acosta*

Hospital Roberto del Río. Santiago de Chile.

**Introducción:** En niños, los defectos del talón se deben principalmente a úlceras por presión, siendo esta ubicación la segunda en frecuencia después del occipucio. Es importante restablecer en dichas lesiones una cobertura que evite la osteomielitis y, por otro lado, que sea estable en el tiempo. El segundo agente etiológico es el trauma. Independiente de la causa, clásicamente se utilizan el colgajo sural reverso, el calcáneo lateral o el supra maleolar lateral con resultados probados.

En algunas ocasiones, las características de los tejidos comprometidos hacen imposible la utilización de algunos de los colgajos mencionados, siendo necesario buscar alternativas que cumplan con las mismas expectativas de éxito.

**Objetivos:** Documentar 3 casos pediátricos de lesiones complejas de talón que presentan, además, otras características que le aportan mayor dificultad a la reparación.

**Pacientes y Metodología:**

Revisión retrospectiva de tres casos clínicos de niños con graves defectos de talón en que se debió buscar alternativas de segunda línea para lograr cobertura adecuada.

**Caso 1:** Úlcera por presión grado IV en talón izquierdo en paciente con daño neurológico completo de extremidades inferiores con las siguientes características agregadas:

importante desnutrición calórico-proteica y déficit de tejido donante en pierna, zona medial de tobillo con escoriación y zona de tobillo lateral con apoyo permanente del otro pie.

**Caso 2:** Trauma con pérdida de tejido en todo el talón, parte importante de la planta y el tobillo con inflamación circular que hace no posible levantar un colgajo en forma segura de dicha zona.

**Caso 3:** Gran úlcera por presión grado IV, que presenta como dificultad extra, escoriación en zona de maléolo lateral y tejidos de pierna poco utilizable. Se discute elección y ejecución de cada opción.

**Resultados:** Se logra, en los tres casos, reconstrucción de cobertura adecuada y estable, sin complicaciones

con un promedio de seguimiento de 12,6 meses (rango 6 meses- 27 meses). **Discusión:** Se presentan tres casos pediátricos con lesión compleja de talón y que tenían como agravante, condiciones adversas locales que impedían la utilización de coberturas clásicas. Se utilizaron colgajos de segunda línea los que se adecuaron a las características de cada lesión. El éxito obtenido pone en evidencia lo importante de planificar meticulosa y particularmente cada cobertura, teniendo en consideración las condiciones locales, de apoyo y, especialmente en los niños, los referentes anatómicos descritos para cada colgajo.

### EFFECTIVIDAD DE TRIAMCINOLONA INTRALESIONAL EN NIÑOS PORTADORES DE QUELOIDES.

*Dr. S. Acosta*

Hospital Roberto del Río. Santiago de Chile.

**Introducción:** El enfrentamiento a un queloide en la actualidad, incluye el uso de diversas modalidades terapéuticas, ninguna de ellas altamente efectiva. La radioterapia está además contraindicada en los niños por su repercusión en los tejidos en crecimiento. Se decide estudiar la respuesta al uso de la triamcinolona acetónida intralesional, midiendo sus efectos en el volumen de la lesión.

**Pacientes y metodología:** Estudio clínico prospectivo con todos los pacientes entre 1 y 14 años que consultaron en el policlínico de Cirugía Plástica por queloides desde 01 enero de 2008 al 30 junio 2010 que no hubiese recibido ningún tratamiento ( médico o quirúrgico) en los últimos 12 meses. Al ingreso, se efectuó ecografía de partes blandas para calcular el volumen del queloide y el paciente fue infiltrado con triamcinolona acetónido. Una nueva ecografía postratamiento cuantificó el cambio de volumen atribuible a la terapia.

Se aplicó análisis para muestras pareadas con significancia <0,05 y se estudió la relación existente entre la antigüedad de la lesión, ubicación y edad del paciente con la respuesta al tratamiento aplicando Chi cuadrado.

**Resultados:** Se enrolaron 20 pacientes con un total de 24 queloides (promedio edad 11,9). Los lugares más frecuentes son el brazo y tórax, constituyendo el 46 % de los casos entre ambos. El volumen inicial de la lesión fue en promedio 3,2 cc y el final de 0,48 cc, lo que da un delta de 2,72 cc, es decir, 84,6% de disminución entre la primera y última infiltración (p< 0.05). En cuanto a zona afectada, el porcentaje de disminución en brazo fue de: 86 %, en tórax de: 81 % , en hombro de: 82 % y auricular de: 72 %. Las complicaciones se presentaron en 12,5% lesiones. Considerando el agente causal, en los casos secundarios a varicela la disminución fue de un 69%, en vacunación fue 76% de disminución y en causa traumática el 87,6% de la lesión desapareció. En promedio se requirieron 2,35 sesiones por paciente. **Discusión:** Los resultados demuestran que la Triamcinolona acetónido intralesional es efectiva en la edad pediátrica presentando bajas



complicaciones. Los resultados son mejores en los casos de etiología traumática y menores en los secundarios a varicela. En la oreja la respuesta es menor que en otros segmentos corporales y se requieren varias sesiones por paciente. No hay publicaciones similares en la literatura para efectuar comparaciones.

#### MAMOPLASTIA DE AUMENTO VIA ABDOMINAL Y ABDOMINOPLASTIA EN UN TIEMPO.

*Drs. M. Marín, M. Zamorand, F. Cruz, F. Jofre*

1: Equipo de Cirugía Plástica y Fisurados. Hospital Regional de Antofagasta

2: Interno de medicina Universidad de Antofagasta.

Introducción: La realización de diversas técnicas de Cirugía Plástica en un tiempo, se ha hecho cada vez más común. Tanto la Mamoplastia como la Abdominoplastia son dos procedimientos quirúrgicos frecuentes en Cirugía Plástica, por lo cual consideramos que la realización de la Mamoplastia de aumento a través del abordaje de la Abdominoplastia, con el consiguiente ahorro de una cicatriz, sería de gran beneficio para el paciente. Por lo que nuestro objetivo es describir los resultados y complicaciones de Mamoplastia de aumento vía abdominal en forma sincrónica con la Abdominoplastia.

Se realizó un estudio descriptivo transversal, desde enero del 2005 a enero 2012. La técnica se protocolizó y se realizó por el mismo cirujano. Se analizaron variables demográficas, hábito tabáquico, tratamiento farmacológico, antecedentes mórbidos, cirugías previas, índice de masa corporal (IMC), volumen del implante, complicaciones y reoperaciones. Los datos fueron analizados y tabulados con XLSTAT.

Fueron intervenidas un total de 50 pacientes. El rango de edad fue de 22 - 51 años, con una media de 36.7. El IMC promedio fue de 23.97. Diez pacientes presentaban hábito tabáquico y un 95% tenía antecedente de embarazo previo. El total de los implantes utilizados fueron de silicona y el 100% se posicionó retromuscular. El volumen promedio de los implantes utilizados fue de 350cc. Con respecto a las complicaciones, un paciente presentó sangrado intraoperatorio, el 2% presentó contractura capsular que requirió reoperación (n=1) y una paciente presentó descenso parcial unilateral de prótesis mamaria. No hubo morbimortalidad asociada a la casuística presentada.

Si bien es una técnica no convencional de aumento mamario, se evidencia una tasa baja de complicaciones, tanto intraoperatorias como postoperatorias. Siendo similar a otros estudios de Mamoplastia de aumento.

Consideramos nuestra técnica factible y reproducible, aportando el beneficio de menor número de cicatriz. Sentando una base para posteriores estudios de comparación con metodología a fin de dicho objetivo.

#### FACTORES DE RIESGO DE COMPLICACIÓN EN CIRUGÍA PLÁSTICA COMBINADA

*Drs. Hoppmann R., Hasbun A., Ibarra C.*

<sup>1</sup>Clinica Tabancura, <sup>2</sup>Hospital Roberto del Rio, <sup>3</sup>Hospital Militar

Introducción: La popularidad de la cirugía estética se ha incrementado enormemente los últimos años, siendo la abdominoplastia y la lipoescultura los procedimientos más solicitados. Habitualmente las pacientes solicitan además un tercer procedimiento, con mayor frecuencia el aumento mamario, para lograr un resultado más integral y armónico. Es por esto que es fundamental entregar información confiable sobre los riesgos quirúrgicos, para que los pacientes se encuentren en conocimiento de las posibles complicaciones asociadas a estos procedimientos.

El objetivo de este trabajo es determinar los factores de riesgo de morbi mortalidad de pacientes sometidos a cirugía de remodelamiento corporal combinada. Pacientes y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo que evaluó a 279 de pacientes sometidos a lipoescultura, abdominoplastia y un tercer procedimiento, como cirugía mamaria u otro, entre enero del 2010 y enero del 2012.

Los pacientes se subdividieron en dos grupos, el Grupo I comprende solo lipoabdominoplastia y el grupo 2 comprende lipoabdominoplastia asociada a otro procedimiento quirúrgico. Se analizan comparativamente las complicaciones observadas como infección, dehiscencias, TVP / TEP, hematomas, prolongación de hospitalización, necesidad de transfusión o reoperación y muerte. Adicionalmente se recolectan y analizan datos demográficos, tales como sexo, edad, presencia de comorbilidad, tabaquismo, fármacos, entre otros. Se realiza análisis uni y multivariado sin encontrar factores de riesgo significativos de complicación; salvo la presencia de antecedente de cirugía bariátrica ( $p < 0,05$ ).

Conclusión: La cirugía estética se ha incrementado en el último tiempo y con mayor frecuencia las pacientes solicitan procedimientos combinados. Los resultados de este estudio retrospectivo indican que la cirugía combinada no tendría más factores de riesgo, por lo que no debiera aumentar el número de complicaciones menores o mayores. Podemos decir que una apropiada selección de pacientes, un cuidado pre operatorio meticuloso y tiempos operatorios adecuados permiten obtener una cirugía combinada segura, equivalente a si se realizara un solo procedimiento.

#### EXPERIENCIA DEL HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO EN EL TRATAMIENTO DE LOS QUELOIDES. SERIE DE CASOS.

*Drs. D. Arbuló, E. Troncoso, C. Ibarra, J. P. Sorolla, A. Bautista, R. Cabello, M. Fontbona, P. Wisnea*

Servicio de Cirugía Plástica. Hospital Militar de Santiago. Universidad de los Andes.

1: Equipo Cirugía Plástica Hospital Militar de Santiago. 2: Residente de Cirugía Universidad de los Andes.

Introducción. Queloide es una cicatriz patológica, que resulta de una respuesta exagerada del tejido fibroconectivo, excediendo los márgenes de la herida inicial. Este tipo de cicatriz son motivo frecuente de consulta en cirugía plástica alcanzando una frecuencia 5-15%. Los tratamientos disponibles son múltiples y con resultados desalentadores. Dentro de las terapias descritas se encuentra la cirugía propiamente tal, infiltración intralesional con corticoides, tensoterapia, crioterapia, láser, radioterapia, agentes antitumorales e inmunosupresores y la combinación de estos procedimientos. Actualmente, existe consenso que la radiación ionizante es un método efectivo para tratar queloides. El mecanismo es el control de la producción exagerada de matriz extracelular mediante la síntesis de colágeno frenando la actividad excesiva de los fibroblastos.

El objetivo es mostrar la efectividad y seguridad de una terapia complementaria como lo es la radioterapia en el tratamiento de queloides. Materiales y Métodos. Presentamos una serie de casos de los pacientes que fueron intervenidos con el diagnóstico de cicatriz queloidea en el servicio de cirugía plástica del Hospital Militar de Santiago entre julio 2010 y julio 2012.

Resultados. En el periodo de tiempo descrito se intervinieron un total del 21 pacientes. El promedio de edad fue de 36 años con un intervalo entre 11 y 78 años. Todos los pacientes fueron sometidos a resección quirúrgica de la lesión más terapia complementaria. 70% pacientes recibieron solo radioterapia adyuvante, 20% solo infiltración corticoidal intralesional y 10% recibieron terapia combinada. Respecto a los sitios anatómicos comprometidos, el pabellón auricular fue el más frecuente afectado con un total de 14 pacientes; lo siguió la región del tórax con 7 pacientes; abdomen y extremidades superiores se observaron afectadas en 3 pacientes cada una y sólo uno tuvo compromiso facial. Solo se reportó una complicación que fue infección de sitio operatorio, manejado con curaciones con buena respuesta.

Conclusión. El tratamiento y manejo de la cicatriz queloide es compleja y requiere ser planificada en función a su localización y número. La evidencia ha respaldado a la radioterapia como un procedimiento seguro, indoloro, y simple. El tratamiento combinado con radioterapia ha demostrado tener el mejor resultado de éxito, con una baja tasa de complicación asociado a un bajo índice de recidiva. Es así como se ha situado como el principal método de adyuvancia en el tratamiento de esta patología. En nuestra experiencia la resección local más adyuvancia con radioterapia sola o combinada con corticoideterapia ha demostrado ser el principal método de tratamiento con resultados estéticos satisfactorios, sin recidivas y sólo una complicación menor.

“ÚLCERA POR PRESIÓN EN PACIENTES CON LESIÓN MEDULAR CRÓNICA. ENFOQUE TERAPÉUTICO BASADOS EN LA LITERATURA. REVISIÓN DEL TEMA A PARTIR DE UN CASO”

*Drs. JP Cisternas<sup>1</sup>, V Toró<sup>2</sup>, JJ Lombardi<sup>3</sup>, D Calderón<sup>3</sup>, W Calderón<sup>3</sup>, K Guler<sup>1</sup>, A Euluff<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Del Salvador; <sup>2</sup>Interno de medicina; <sup>3</sup>Residente de cirugía general, Universidad de Chile.

Introducción: Las úlceras por presión (UPP) son resultado del daño isquémico de las partes blandas sobre una prominencia ósea. Los pacientes con lesión medular crónica presentan mayor riesgo de presentar estas complicaciones, pero también comparten características que los diferencian del resto de la población en su manejo. A continuación presentamos el manejo de un caso clínico basados en la literatura. Caso Clínico: Hombre de 31 años, con antecedentes de hidrocefalia operada con derivación ventriculo-peritoneal, escoliosis y paraplejia secundaria a mielomeningocele desde la infancia. Presentaba UPP trocánterea derecha de un año de evolución de 5 por 4 centímetros, relacionada a puntos de fricción de la silla de ruedas con las prominencias trocántereas. Fue manejado ambulatoriamente con curaciones convencionales y, dado la mala respuesta, fue derivado a nuestra unidad. Ingresó sin compromiso sistémico y una UPP con extensión a estructuras óseas (Grado IV según clasificación de NUAP), asociado a secreción purulenta y eritema con edema de la piel contigua.

Inicialmente se realizó resección de la bursa completa, y de las prominencias óseas comprometidas. Tras múltiples aseos quirúrgicos y obtener cultivos cuantitativos negativos, se realizó la cirugía reparadora del defecto mediante un colgajo fasciocutáneo de tensor de la fascia lata en hacha. En el postoperatorio se manejó sin medidas de tromboprofilaxis, evolucionando sin complicaciones tromboembólicas confirmadas ecográficamente y sin signos de infección o dehiscencia de la herida operatoria.

Durante el seguimiento ambulatorio se corrigieron los puntos de fricción de las prominencias trocántereas con la silla de ruedas, se mantuvo la piel limpia y seca, y se educó al paciente y su red de apoyo en los cuidados necesarios. Al seguimiento de 3 meses no presentó complicaciones ni recidiva.

Discusión: El manejo de estos pacientes se inicia desde la aparición del daño medular y se mantiene de por vida enfocándose inicialmente en la identificación de los factores de riesgo e implementación de medidas de prevención de úlceras por presión. Ante su aparición, es primordial la identificación correcta de la lesión y clasificación adecuada. Las medidas terapéuticas dependen del grado de compromiso y estado infeccioso, que incluye tratamientos conservadores (curaciones avanzadas de heridas, sistemas de disminución de la presión y control de los factores agravantes) y tratamientos agresivos (amplios desbridamientos quirúrgicos y complejos procedimientos reconstructivos).

## “DESAFÍOS EN RECONSTRUCCIÓN DE LABIOS”

*Drs. K Guler<sup>1</sup>, JP Cisternas<sup>1</sup>, D Calderón<sup>2</sup>, W Calderón<sup>1</sup>, JJ Lombardi<sup>1</sup>, A Euluf<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Del Salvador;  
<sup>1</sup>Residente Cirugía General, Universidad de Chile.

**Introducción:** Los labios son una unidad anatómo-funcional muy importante dentro de la región facial y su reparación es una de las más complejas de la anatomía.

Están conformados por 3 capas (mucosa, músculo, y piel) que tienen que ser recreadas y respetadas, al igual que los distintos elementos topográficos, cuando se realiza la reconstrucción.

El objetivo de este trabajo es presentar pacientes reconstruidos con colgajos por defectos en esta zona y revisar la literatura.

**Material y Método:** Análisis retrospectivo de una serie de pacientes operados por patología labial. Se seleccionaron aquellos reparados con colgajos complejos, tanto en etapa aguda como en secuelas durante los últimos 10 años.

Se analizaron las características demográficas, mecanismos etiológicos, características de las lesiones, manejo perioperatorio, alternativas quirúrgicas, complicaciones y evolución. **Resultados:** Se recolectaron 11 pacientes (7 hombres y 4 mujeres) con un promedio 36 años de edad. De estos 6 fueron lesiones agudas (5 mordeduras de perro, 1 mordedura humana), 2 secuelas de trauma (quemadura eléctrica, patada caballo), y 2 por resección tumoral (1 basocelular, 1 escamoso). Los defectos en la mayoría fueron mayores a 1/3 del labio comprometido.

Los colgajos realizados fueron: N°1 Karapandzic, 3 Webster, 1 miomucoso vestibular Wilson-Walker, N°2 comisuroplastias de Zisser (en el mismo paciente), y 5 Abbé.

No se registraron complicaciones durante la hospitalización ni el seguimiento. El 100% de los pacientes recuperó la competencia oral con un resultado estético aceptable.

**Discusión:** Para el tratamiento de los defectos labiales existen múltiples técnicas. La selección de cada una se aplica según cada caso y para ello es fundamental el conocimiento tanto de las estructuras anatómicas como de las distintas técnicas descritas en la literatura. Con esto se logra una adecuada reparación prácticamente en todos los casos logrando un buen resultado estético y funcional.

## USO DE EXPANSORES TISULARES PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS CRÁNEO FACIALES

*Drs. C. Ibarra<sup>2</sup>, D. Arbuló<sup>2</sup>, A. Bautista<sup>1</sup>, R. Cabelló<sup>1</sup>, M. Fontbona<sup>1</sup>, P. Wisnea<sup>1</sup>, J. P. Sorolla<sup>1</sup>*

Servicio de Cirugía Plástica. Hospital Militar de Santiago. Universidad de los Andes.

1: Equipo Cirugía Plástica Hospital Militar de Santiago. 2: Residente de Cirugía Universidad de los Andes.

**Introducción.** La reconstrucción de los defectos cráneo faciales es un desafío quirúrgico debido a

las características únicas y propias de las estructuras comprometidas. La restauración de la forma y función en cirugía reconstructiva ha sido facilitada por los expansores de piel, que permiten el uso de los tejidos locales para mejorar alteraciones estéticas, y proporcionan un grosor, textura, color y sensibilidad similar, con mínimas repercusiones para el sitio dador. La piel generada por la expansión tisular se produce como una respuesta dinámica a un estrés mecánico constante.

**Materiales y Métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes operados entre 1999 al 2002, en el servicio de Cirugía Plástica del Hospital Militar, H. Roberto del Río, San Juan de Dios, Instituto de Neurocirugía.

**Resultados** Se recopilaron datos de 36 pacientes en los que se realizaron un total de 28 expansiones cutáneas. La media de la edad quirúrgica fue de 17 años, correspondiendo a 21 Hombres y 15 mujeres. Las indicaciones más frecuentes para la reconstrucción cráneo facial fueron la aplasia cutis, alopecia post tiña capitis, expansión en microtia, neurofibromatosis, pérdida de tejidos blandos, entre otros.

El plan quirúrgico fue diseñado individualmente, evaluándose el área anatómica a expandir, forma y el tamaño del defecto a reparar. Se emplearon expansores variando en tamaño y en forma. En el 60% de los casos se logró la cobertura adecuada con un solo expansor, en el 40% se requirió expansión en dos tiempos, 30% en 3 tiempos y solo el 10% con expansores en 4 tiempos. El tiempo promedio de expansión fue de 8 semanas. Tiempo de cicatrización en promedio fue de 16 días. Dentro de las complicaciones, un 15% se presentó durante la instalación, destacando la exposición del expansor, infección y hematoma. Al momento del retiro del expansor, un 20% presentó problemas constatando ensanche de confluencia, cicatriz ensanchada y resultado insatisfactorio.

**Discusión:** Los expansores tisulares son ampliamente aceptados como herramienta disponible para la reconstrucción de alteraciones cráneo faciales, tanto como en adultos como en niños. El objetivo final de tratamiento debe ser la extirpación total del defecto y así restaurar la condición estética del paciente. El éxito de la reconstrucción requiere una adecuada planificación pre operatoria y una ejecución intraoperatoria precisa.

## RECONSTRUCCIÓN EN UN TIEMPO DE PABELLÓN AURICULAR EN AMPUTACIÓN PARCIAL: REVISIÓN DE LA LITERATURA Y PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

*Drs. R. González C. (1, 2, 3), T. Gantz V. (2, 3), V. Salvador U. (3)*

(1) Cirujano equipo de Cirugía Plástica Hospital Padre Hurtado (HPH). (2) Cirujano Servicio de Urgencia Adultos HPH (3) Docente Universidad del Desarrollo

**Introducción:** Las amputaciones parciales del pabellón auricular son anecdóticamente reportadas en la literatura, especialmente aquellas en las que el

pedículo remanente es uno distinto al superior. En estos casos la posibilidad de supervivencia depende de la presencia de un puente cutáneo angosto que contenga su vascularización. Estudios realizados en cadáveres demuestran la existencia de una pequeña rama horizontal de la arteria temporal superficial bajo el trago. De no preservarse el pedículo vascular, deben considerarse la microcirugía y los procedimientos de rescate del esqueleto cartilaginoso como la única alternativa de supervivencia del pabellón auricular.

Se presentan dos casos de reimplante inmediato de pabellón auricular parcialmente amputado. Caso 1: Hombre de 31 años sano. Consulta presentar una herida cortante, con sección parcial del pabellón auricular y completa del conducto auditivo externo (CAE), respetando el lóbulo (2.5 cm de ancho), desde el antitragus hacia distal. Se administraron tres dosis de Cefazolina. Se realizó aseo quirúrgico y regularización de bordes. Se reparó el esqueleto cartilaginoso con sutura discontinua no reabsorbible monofilamento, obteniendo un resultado similar en proyección, posición y tamaño al contralateral. Se suturó con puntos discontinuos de material reabsorbibles el pabellón a la fascia temporal. La piel fue suturada con puntos separados de material no reabsorbible. No se utilizaron antibióticos en el postoperatorio. El paciente es dado de alta al quinto día postoperatorio, sin presentar zonas de sufrimiento o infección ni requerir procedimientos adicionales. El seguimiento al año no muestra defectos del reimplante.

Caso 2: Hombre de 46 años, hipertenso en tratamiento. Luego de un accidente de tránsito presenta una amputación parcial del pabellón auricular, con indemnidad del CAE y lóbulo (3 cm de diámetro), con sección completa del hélix y antihélix. Se administraron tres dosis de Cefazolina. Se realiza aseo quirúrgico y regularización de bordes. Se reconstruyó el esqueleto cartilaginoso con sutura discontinua no reabsorbibles y se suturó con puntos discontinuos de material reabsorbibles 3.0 el pabellón a la fascia temporal. La piel fue suturada con puntos separados de material no reabsorbibles. Paciente evoluciona favorablemente sin complicaciones agudas ni tardías, no requiere de procedimientos adicionales.

#### Discusión

El reimplante inmediato del pabellón auricular puede sobrevivir en una amputación parcial basado en un

puente cutáneo bajo el trago dado que una de las ramas auriculares de la arteria temporal superficial parecería ser constante en su ubicación y suficiente para su irrigación, sin necesidad de microcirugía ni procedimientos adicionales.

#### RECONSTRUCCION DE HERNIA DIAFRAGMATICA CONGENITA CON COLGAJO INERVADO DE LATISSIMUS DORSI

*Drs. Alejandro Conejero, Bruno Dagnino, Miguel Guelland*

Departamento de Cirugía Plástica y Departamento de Cirugía Pediátrica  
Clínica Las Condes

**Introducción:** Los avances en el manejo neonatal han permitido aumentar la sobrevida de los pacientes con hernia diafragmática congénita a valores entre 80 y 90%. Actualmente el diagnóstico se puede realizar con ecografía en el periodo prenatal. Se describe el caso de un paciente sometido a una reconstrucción definitiva del defecto con un colgajo de latissimusdorsi reverso inervado con técnica microquirúrgica.

**Material y Métodos:** Paciente de 2 años de edad con diagnóstico prenatal de hernia diafragmática congénita. Sometido a 3 intervenciones previas de reconstrucción del defecto diafragmático con GoreTex®. El paciente presentó una recidiva posteromedial del defecto con una hernia de intestino delgado y colon hasta el hilio pulmonar izquierdo. Se indica una reconstrucción definitiva del defecto con un colgajo ipsilateral de latissimusdorsi manteniendo la inserción en la columna vertebral. Se realiza una anastomosis del nervio toracodorsal al nervio frénico con técnica microquirúrgica. El paciente evolucionó en buenas condiciones generales. **Resultados:** El defecto fue reparado en forma satisfactoria. A los 3 meses se observa una adecuada separación toracoabdominal. Del punto de vista general y respiratorio evolucionó en forma satisfactoria, mejorando su estado general, dependencia de oxígeno y relación peso/edad y peso/talla.

**Conclusiones:** Los colgajos musculares son en la actualidad la mejor alternativa para la reconstrucción de defectos diafragmáticos congénitos. La posibilidad de inervación funcional del músculo latissimusdorsi asegura un adecuado trofismo muscular en el postoperatorio tardío.

## Seccional: CIRUGÍA TORÁCICA

¿ES ÚTIL EL 18FDG PET-CT PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS MASAS DEL MEDIASTINO ANTERIOR? CARACTERIZACIÓN MORFO-METABÓLICA DE LAS MASAS SÓLIDAS DE MEDIASTINO ANTERIOR CON 18FDG PET-CT.

*Drs. R. Pruzzo, A. Pizarro, F. Suárez, H. Lavados, F. Redondo, B. Monje, H. Amaral, C. Suárez.*  
1.-Centro de Medicina Nuclear y PET-CT, Fundación Arturo López Pérez (FALP).  
2.-Dpto. Cirugía Torácica, Clínica Santa María.

**Introducción:** Los timomas representan el 20% de todas las neoplasias mediastínicas en adultos; y es la lesión tumoral primaria más frecuente de mediastino anterior. El diagnóstico histológico puede ser difícil ya que existe una continua diferenciación entre los diversos subtipos de timomas y el carcinoma tímico, incluso pueden ser sincrónicos. La biopsia previa a la cirugía, puede no demostrar si el timoma es invasivo y potencialmente diseminar esta enfermedad. El PET-CT tendría la ventaja de detectar indemnidad de la cápsula y/o grado de diseminación, lo cual tendría implicancia directa en el tratamiento. El objetivo del trabajo fue analizar las características anatómicas y metabólicas del 18FDG PET-CT integrado que orientan al diagnóstico diferencial de los tumores sólidos de mediastino anterior.

**Método:** Se evaluaron retrospectivamente los estudios 18FDG PET-CT efectuados en 17 pacientes, 6 mujeres y 11 hombres, con un rango de edad entre 24 a 72 años, derivados al Centro de Medicina Nuclear y PET-CT de FALP, con el diagnóstico de una masa de mediastino anterior, no biopsiadas ni tratadas previamente. El PET-CT se realizó en un equipo Siemens, tras la administración de 8 mCi de 18FDG ev. simultáneamente a una tomografía computada contrastada.

Se analizaron las siguientes características de las masas mediastínicas: tamaño, localización, grado de metabolismo a través del SUV max, bordes, estructura interna, grado de infiltración a estructuras vecinas, la presencia de calcificaciones, necrosis, de adenopatías y siembra pleuro-pericárdica. Las patologías estudiadas fueron confirmadas histológicamente y consistieron en 6 timomas, 5 de ellos de bajo grado, 7 carcinomas tímicos, 3 linfomas (LH y LNHCGB) y 1 tumor fibroso de la pleura. **Resultados:** Los timomas de bajo grado se caracterizaron por ser tumores bien delimitados, sin invasión a la grasa o estructuras adyacentes y por presentar un leve a moderado hipermetabolismo, con un SUV max. promedio 4,3 (rango 3,3 a 5,5). Los carcinomas tímicos destacaron por un elevado metabolismo, con un SUV promedio de 10,4 (rango 5,6 a 13,2). Los linfomas presentaron uniformemente

elevada captación de 18FDG, SUV 15,4 (rango 15,2 a 15,7). Tanto linfomas como carcinomas o timomas de alto grado se asociaron a adenopatías hipermetabólicas. La presencia de un contorno irregular de la masa, con compromiso de la grasa y de estructuras vecinas, la presencia de calcificaciones, parálisis frénica y de siembra pleural orientaron a carcinoma tímico.

**Conclusión:** El PET-CT con glucosa marcada es útil en el diagnóstico diferencial de las neoplasias de mediastino anterior y en la etapificación de la enfermedad.

TRAUMA DE TORAX. 1 AÑO DE EXPERIENCIA DE LA U. DE EMERGENCIA DEL CABL

*Drs. C. Alvarez, I. Ruiz, B. Sanhueza.*

Unidad de Emergencia Complejo Asistencial Barros Luco. Departamento de Cirugía USACH.

**Introducción:** el traumatismo de tórax (TT) es uno de los principales desafíos para el cirujano de urgencia. El TT está involucrado en el 50% de la mortalidad por trauma.

**Objetivos:** reportar la experiencia de 1 año (2011) en la Unidad de Emergencia (UE) de nuestro hospital de los pacientes tratados por traumatismo de tórax. **Materiales Y Metodos:** Se recolectaron de las bases de datos del hospital los pacientes ingresados con diagnóstico de traumatismo torácico solo o en concomitancia con otro trauma. Se revisaron las fichas de los pacientes. Se excluyeron los pacientes sin ficha y los ambulatorios. 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 98 pacientes por TT, de los cuales se obtuvieron los datos completos en 85 (grupo estudiado), 75 hombres (88,3%) y 10 mujeres (11,7%), estadísticamente significativo. La edad promedio fue 33,2 años (16 a 79 años). Sobrevivieron 71 pacientes (83,5%) y fallecieron 14 (16,5%). Hubo 67 (78,8%) heridas, 9 (10,6%) por arma de fuego, 56 (65,9%) por arma blanca (1 paciente tuvo herida por arma blanca y fuego), 1 (1,2%) herida por cierra circular y 1 (1,2%) empalamiento por fierro. Dieciocho (21,2%) provenían de la penitenciaria. Se uso solo pleurotomía en 36 (42,4%) pacientes. Se operaron del tórax 27 (31,8%) pacientes, se realizaron 15 toracotomías anteriores izquierdas (TAI), 4 toracotomías anteriores derechas (TAD), 1 toracotomía posterolateral izquierda (TPLI), 2 toracotomías de Clamshell, 5 videotoracoscopias

(VTC), 1 VTC asistida, 1 VTC convertida y 1 esternotomía. Se encontraron 53 órganos lesionados, donde el más frecuente fue corazón (14 pacientes), seguido de pulmón con 8 pacientes. La causa más frecuente de toracotomía fue herida cardíaca, en 14 (16,5%), seguida de hemotórax.

Discusión: la violencia actual es el origen más importante del TT, su mortalidad ha disminuido con las mejoras en el manejo durante los años. La estandarización de los protocolos, la toracotomía en reanimación y el adecuado uso de la pleurotomía y las indicaciones quirúrgicas logran los mejores resultados. Nuestra experiencia muestra que los más afectados son los varones, jóvenes y más habitualmente por heridas. La mayoría sólo requirió pleurotomía. La toracotomía es un recurso que salva vidas. Es interesante el recurso de la VTC en los pacientes con TT y dos abordajes por T de Clamshell. Conclusiones: en nuestra experiencia el TT es más frecuente en los hombres jóvenes, las heridas por arma blanca son su principal causa, la pleurotomía es el recurso quirúrgico más usado y suele resolver la mayoría de los traumatismos. La causa más frecuente de toracotomía es la herida cardíaca y la vía de abordaje más usada es la TAI, la VTC es un recurso terapéutico que se debe considerar.

## NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO PRIMARIO. MANEJO Y SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO.

*Dr. P. Salas, Dra. M. Martínez, Dr. F. León, Int R. Villarroel, Al. T. Gómez, Dr. F. Bannura, Dra. M.E Solovera*

Sección de Tórax, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: El Neumotórax espontáneo primario (NEP) tiene una incidencia de 24/100.000 en hombres y 9,8/100.000 en mujeres por lo que representa una patología prevalente en el ámbito de la cirugía torácica.

No hay guías con evidencia categórica que definan el manejo más adecuado de los NEP en el primer episodio en cuanto a la necesidad de cirugía. En nuestra institución el primer episodio se maneja con pleurostomía a menos que haya alguna indicación clara de cirugía (hipertensivo, fuga persistente de aire, bilateral, condiciones especiales del paciente). Objetivos: Describir la evolución de los NEP atendidos en la Sección de Cirugía de Tórax de la Pontificia Universidad Católica de Chile considerando principalmente el número de episodios por paciente incluyendo los ocurridos previamente, la recurrencia a largo plazo y el tratamiento efectuado. Materiales y métodos: Revisión retrospectiva de los pacientes atendidos en nuestra institución desde enero de 2000 hasta mayo de 2012, consignando edad, número de NEP, tratamiento recibido y recidivas a largo plazo.

Resultados: Entre enero de 2000 a mayo de 2012 se presentaron 168 pacientes con NEP. El promedio de edad es 25 años (rango 14 - 73). El 75% (126 pacientes) son hombres. El tratamiento inicial fue

pleurostomía en 124 (73,8%) pacientes. Las indicaciones de cirugía en el primer episodio fueron: NEP hipertensivo 15 (8,9%), fuga persistente de aire 27 (16%), bilateral sincrónico 1 (0,6%), condiciones del paciente 9 (5,4%).

Un 44,6% (75 pacientes) presentó recurrencia del neumotórax ipsilateral y un 3% (6 pacientes) presentó neumotórax contralateral durante el seguimiento. Un 9,5% (16 pacientes) presentó más una recurrencia.

De los 52 pacientes operados en primer episodio, un 11,5 % (6 pacientes) presentó recurrencia del lado intervenido.

De 63 pacientes sometidos a cirugía por segundo episodio luego de tratamiento no quirúrgico del primer episodio, 8 (12,7%) presentaron un tercer episodio.

Conclusiones: Presentamos una serie con una tasa de recurrencia de neumotórax algo mayor que lo reportado a nivel mundial, por lo que se evaluará un cambio de conducta en relación a operar a los pacientes con neumotórax en el primer episodio.

TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA; MODIFICACIÓN DE TÉCNICA CLÁSICA  
*Drs. R. Berrios, C. Hevia S, M. Parra, J. Ortega.*  
Servicio de Cirugía Hospital Padre Alberto Hurtado; Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo.

Objetivo: Describir las modificaciones a la técnica de traqueostomía percutánea clásica, en una serie de 90 pacientes.

Materiales y métodos: Descripción de modificaciones a la técnica clásica de traqueostomía percutánea en 90 pacientes consecutivos y revisión de las complicaciones a corto plazo.

Descripción: La técnica descrita de traqueostomía percutánea requiere de visualización de fibrobroncoscopia lo que encárese el procedimiento, requiere de la participación de diversos profesionales e imposibilita su realización en hospitales con menores recursos.

Modificación de Técnica: Selección del paciente (cuello adecuado, sin coagulopatía, sin infección sitio inserción, sin cirugía previa cervical, sin masas cervicales). Monitorización del paciente (presión, oximetría, capnografía) conectado a ventilación mecánica. Se coordina con médico intensivista la administración de sedoanalgesia y relajó. Se posiciona al paciente en decubito supino, con hiperextensión cervical. Se realiza la asepsia de piel con clorhexidina y se posicionan el campo estéril. Se realiza exploración cervical, identificando cartilago tiroides, cricoides y la escotadura esternal. Se abre set de traqueostomía percutánea, se realiza incisión de 2 cm. horizontal, inmediatamente bajo cricoides, hasta plano de grasa. Puntos de fijación seda 2-0 en ambos extremos de la incisión, sin anularlos. Se fija tráquea entre índice y pulgar a la altura de la incisión, se indica al médico intensivista que retire de tubo oro-traqueal, con balón inflado, una vez que se siente el paso de este entre los dedos se retirar 1 cm. mas, sin retirar completamente tubo.

El paciente persiste bajo ventilación mecánica con tubo oro-traqueal insinuado. Se realiza punción en 90°, verificando la posición aspirando aire o secreciones. Mediante técnica de Seldinger se pasa guía y dilatadores, se introduce cánula de traqueostomía montada sobre dilatador, se retira completamente el tubo oro-traqueal, desinflando cuff y se conecta la cánula de traqueostomía al ventilador. Se anuda puntos de espera a piel, cerrando así parcialmente la incisión. Con los cabos de estos puntos se fija la cánula de traqueostomía. Se realiza aseo con suero fisiológico, se posiciona gasa entre piel y cánula de traqueostomía, se asegura esta con cinta.

La instalación de Traqueostomía percutánea con esta técnica ha sido realizada por nuestro equipo en 90 pacientes consecutivos sin presentar complicaciones inmediatas.

Conclusión: Al simplificar la técnica de traqueostomía percutánea, sin mediar un aumento en las complicaciones logramos disminuir el costo asociado al procedimiento a su vez permitiendo la realización de Traqueostomía en hospitales con menos recursos.

**CIRUGÍA DE TÓRAX HOSPITAL PADRE HURTADO, EXPERIENCIA 4 AÑOS**  
*Drs. C. Hevia S, R. Berríos, M. Parra, J. Ortega.*  
Servicio de Cirugía Hospital Padre Alberto Hurtado; Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo.

**Introducción:** La cirugía torácica es considerada como algo infrecuente en la mayoría de los hospitales públicos, por lo que se han establecido centros de derivación. Hoy en día la presión de asistencia ha llevado a que un mayor número de patologías torácicas sean resueltas en los hospitales base. **Objetivo:** Análisis descriptivo de las cirugías realizadas por el equipo de tórax en el Hospital Padre Hurtado en 4 años

**Materiales y métodos:** Revisión retrospectiva de protocolos de tabellón desde mayo 2009 hasta mayo

2012. Rescatando datos demográfico de los pacientes, diagnósticos pre y post operatoria y datos de la cirugía realizada.

**Resultados:** En los últimos 4 años se han realizado 309 cirugías por el equipo de tórax. Excluyendo las cirugías de urgencia contamos con un total de 228 cirugías electivas. Dentro de las cirugías se encuentran: 27 biopsias pulmonares 2 por tumores pulmonares, 25 por enfermedad pulmonar difusa (19 VTC, 6 toracotomías mínimas anteriores, 2 toracotomías); 47 empiemas (25 toracotomías 3 de estas mínimas, 13 VTC 3 de estas fueron convertidas, 8 manejo con pleurostomía, 1 TBC manejo con sonda petzel); 44 biopsias de pleura, 3 TBC, 3 EPD, 3 patología benigna de pleura, 6 neoplasias primaria de pleura, 28 implantes pleurales metastásico (41 de estas realizadas por VTC) en todas las patologías de carácter oncológico se realizó pleurodesis con talco; 6 biopsias (4 cervicales, 1 axilar 1 costilla); 16 apicectomías por neumotórax espontáneo (1 bilateral, 3 pleurodesis con talco el resto mecánica); 10 pacientes operado por defectos de pared costal (pectum carinatum 3, pectum excavatum 7); 8 traqueotomías (3 cierre de traqueotomía, 4 TQT percutáneas 1 reparación de TQT) cabe destacar que el equipo de cabeza y cuello realiza la gran mayoría de las traqueotomías quirúrgicas y casi la totalidad de las traqueotomías percutáneas son realizadas en UCI; 7 simpatectomía (2 Reynaud, 2 rubor facial, 2 sudoración axilar, 1 sudoración palmar); 16 segmentectomías (3 toracotomía mínima, 13 VTC); 5 lobectomías (4 cáncer pulmonar, 1 MAQ); 13 cirugías de mediastino (2 resecciones tumorales, 7 aseos por mediastinitis, 4 biopsias); 3 ventanas pericárdicas todas por taponamiento cardíaco no traumático; 7 cirugías de resección de tumores de partes blandas; 10 reparaciones diafragmáticas por hernias diafragmáticas traumáticas; 9 derrames neoplásico pleurodesis por tubo.

**Conclusión:** Hoy en día existe gran presión de asistencia en los hospitales base, lo que hace necesario la disponibilidad de distintas especialidades quirúrgicas en estos centros ya que resulta imposible la derivación de todos estos pacientes.

### CIRUGÍA ENDOVASCULAR AÓRTICA, EXPERIENCIA DE 28 CASOS CONSECUTIVOS

*J. Vergara<sup>1,2</sup>, S. Valenzuela<sup>1,2</sup>, M. Raffo<sup>2</sup>, F. Acuña<sup>2</sup>, P. Huerta<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Campus Sur.

<sup>2</sup> Servicio de Cirugía del Hospital Barros Luco Trudeau, Unidad de Cirugía Vascular.

**Introducción:** La cirugía endovascular de la aorta abdominal y torácica se ha expandido a través del mundo y Chile no ha estado fuera de este desarrollo. Las menores cifras de morbimortalidad quirúrgica al compararla con la cirugía abierta han permitido este crecimiento vertiginoso. **Objetivo:** Comunicar los resultados obtenidos en el Hospital Barros Luco Trudeau desde el inicio del tratamiento endovascular en el hospital en 2008, considerando los resultados inmediatos y su seguimiento. **Materiales y métodos:** Registro prospectivo de casos realizados, seguimiento en policlínico y registro civil. **Resultados:** Se han realizado 28 casos de reparación endovascular de la aorta en 27 pacientes, de estos nueve fueron de la aorta torácica y 19 del segmento abdominal, con una edad promedio de 68.3 años y rango de 35 a 90 años, las etiologías tratadas fueron aneurisma abdominal en 18 casos (uno de ellos roto), aneurisma torácico en 4, disección aortica complicada tipo b en 2, transección aorta torácica en 2 casos y úlcera aórtica en 2 casos. Los resultados precoz fueron: 100% de éxito en la instalación del dispositivo, 1 caso de morbilidad mayor por infarto agudo al miocardio perioperatorio que evolucionó en forma favorable. Un paciente falleció al día 16 de la instalación de la endoprótesis debido a insuficiencia respiratoria, secundaria a una neumonía intrahospitalaria. En el seguimiento inicial se han evidenciado 3 endoleak uno de tipo II que desapareció en forma espontánea al 3<sup>er</sup> mes de seguimiento otro tipo II que también se resolvió en forma espontánea al 6<sup>o</sup> mes de seguimiento y finalmente el tercer endoleak atribuible a endotensión debido a progresión de su enfermedad arterial oclusiva caracterizado por estenosis crítica de la iliaca izquierda y no disminución del tamaño del aneurisma. En cuanto a la mortalidad han ocurrido tres casos uno secundario a un infarto agudo al miocardio a los 8 meses, el segundo por un accidente cerebro vascular a los 20 meses y otro debido a ruptura de aneurisma de aorta abdominal al los 2 meses de instalada una endoprotesis torácica. **Conclusión:** El tratamiento endovascular de la aorta torácica y abdominal se ha podido realizar de forma segura y efectiva. Resulta fundamental el seguimiento de los pacientes tratados para así poder detectar en forma temprana las complicaciones tardías. **Palabras Clave:** Cirugía Endovascular, EVAR, TEVAR

### FALLA DE MADURACIÓN EN ACCESOS VASCULARES PARA HEMODIÁLISIS

*Drs. I. Galleguillos, C. Vallejos, J. Vergara, H. Pizarro, F. Cossio, J. Ortega*

Centro de Accesos Vasculares (CAV) ASODI.

**Objetivo:** comunicar nuestra experiencia en Falla de Maduración en un Centro con dedicación exclusiva a la construcción de accesos vasculares. **Material y Método:** entre el 01 de Enero de 2008 y el 31 de diciembre de 2009 se realizaron 1.233 procedimientos en el CAV en 862 pacientes, de los cuales 663 (53,8%) correspondieron a fístulas arteriovenosas nativas primarias. Entre estas se presentaron 23 casos (3,5%) de falla de maduración en 14 (60,9%) mujeres, 16 (69,6%) diabéticos, edad entre 12 y 85 años (promedio 58 años). De rutina se realiza mapeo venoso pre operatorio con eco doppler (por mismo cirujano) para definir el sitio del acceso y flebografía si está indicada. Definimos como falla de maduración si a las 4 semanas no hay dilatación clínicamente suficiente o inferior a 4 mm. por Ecografía, o si el flujo es insuficiente durante las primeras sesiones de diálisis. Todos los pacientes son sometidos a pesquisa precoz de Falla de Maduración en base a control clínico y ecográfico. Su manejo es quirúrgico activo.

**Resultados:** Entre los 23 casos de falla de maduración hubo 15 (65,2%) fístulas arteriovenosas radiocefálicas, 5 (21,7%) antecubitales, 2 (8,7%) transposiciones basilicas y 1 (4,3%) cubitoulnar. El diagnóstico de falla de maduración se hizo a las 7 semanas como promedio (rango entre 1 y 30). De acuerdo con la ubicación anatómica la falla se atribuyó a la anastomosis arteriovenosa en 3 (13%) casos, a la arteria en 4 (17%) y a la vena en 16 (69,6%). La etiología de la falla de maduración fue por estenosis preexistente de vena proximal en 9 (39,1%) casos, estenosis yuxtaanastomótica en 7 (30,4%) casos, aterosclerosis en 4 (17,4%) y falla de anastomosis en 3 (13%) casos. El tratamiento consistió en 19 (82,6%) reparaciones quirúrgicas y 4 (17,4%) nuevos acceso con PTFE. Dentro de las reparaciones fueron 15 (78,9%) reanastomosis proximales, 3 (15,8) angioplastias con parche y 1 (5,3) resección mas anastomosis termino terminal. Se logró maduración en todas las reparaciones quirúrgicas en tiempo promedio de 5 semanas y su permeabilidad actuarial fue de 100%, 94% y 84% a los 3<sup>o</sup>, 6<sup>o</sup> y 12<sup>o</sup> meses respectivamente. **Conclusiones:** la pesquisa y el tratamiento quirúrgico activo de la falla de maduración de los accesos vasculares basado en la clínica y eco doppler realizado por el mismo cirujano tiene excelentes resultados y permite rescatar, en un período razonable, un número importante de accesos antes del inicio de las punciones.



## ACCESOS VASCULARES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS (H.E.G.C)

*Drs. J. Vergara<sup>1,2</sup>, P. Huerta<sup>2</sup>, S. Valenzuela<sup>1,2</sup>, G. Grandy<sup>3</sup>; M. Raffo<sup>2</sup>, G. Victoriano<sup>1,2</sup>; F. Acuña<sup>2</sup>, C. Pinto<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Campus Sur.

<sup>2</sup> Servicio de Cirugía del Hospital Barros Luco Trudeau, Unidad de Cirugía Vascular.

<sup>3</sup> Servicio de Nefrología Hemodiálisis Hospital Exequiel González Cortés.

**Introducción:** el principal método de sustitución de la función renal en pacientes pediátricos con insuficiencia renal crónica terminal (IRC) es la peritoneodiálisis; utilizando la hemodiálisis como alternativa cuando este procedimiento está contraindicado. Es así que la elección y la confección de un acceso vascular en pacientes pediátricos sigue siendo un desafío en esta población.

**Objetivo:** mostrar la experiencia en accesos vasculares en pacientes con IRC en hemodiálisis del Hospital Exequiel González Cortés (H.E.G.C) desde el 2008 al 2011, teniendo como finalidad evaluar los pacientes con fistulas arterio-venosas (FAV), así como supermeabilidad.

**Materiales y métodos:** Se analizaron datos como sexo, edad, peso, el tipo de acceso vascular, tiempo de hemodiálisis y permeabilidad.

**Resultados:** La cohorte fue de 25 pacientes (14 hombres y 11 mujeres), el promedio de edad de inicio de hemodiálisis fue  $13.39 \pm 5.11$ , la permeabilidad promedio fue 21.8 meses. De los accesos vasculares: 34% fueron fistulas braquio-cefálicas y 29% fistulas radiocefálicas sin diferencias significativas entre los tipos de acceso. Las permeabilidades fueron 15.8 meses en las FAV radio-cefálicas izquierdas, 10 meses en las FAV braquio-cefálicas izquierda y 7.8 meses para la FAV braquio-cefálicas derechas.

**Conclusión:** Las FAV son una alternativa confiable como acceso de hemodiálisis en pacientes pediátricos siendo mejor la permeabilidad en las fistulas arterio-venosas proximales. Son necesarios mayores datos para conocer las ventajas y desventajas en la población pediátrica.

**Palabras Clave:** insuficiencia renal crónica terminal, peritoneodiálisis, fistula arterio-venosa, permeabilidad.

## ENDOPROTESIS OVATION® DE BAJO PERFIL (14F) PARA EL TRATAMIENTO DE AAA EN 20 CASOS: RESULTADOS A 12 MESES

*Drs. F Valdés<sup>1</sup>, R Mertens<sup>1</sup>, A Krämer<sup>1</sup>, M Bergoening<sup>1</sup>, L Mariné<sup>2</sup>, R Canessa<sup>2</sup>, J Vergara<sup>3</sup>, M Valdebenito<sup>3</sup>*  
1: Dpto. de Cirugía Vascular y Endovascular, 2: Dpto. Anestesiología, 3: Enfermera Universitaria, Facultad de Medicina, P.Universidad Católica de Chile.

**Introducción.** La endoprótesis (EP) Ovation® de Trivascular para el tratamiento de aneurismas aórticos abdominales (AAA) usa un introductor OD 12-14F,

y tiene un sistema de fijación independiente del mecanismo de sellado, siendo una alternativa para aortas pequeñas o de cuello < de 15 mm. **Objetivo.** Presentamos nuestra experiencia con la EP Ovation® en 20 casos que ya completaron 1 año de seguimiento, y que forman parte de un estudio multinacional.

**Material y Método.** Entre Noviembre 2009 y Febrero 2011 tratamos 20 pacientes ( $71.6 \pm 8$  años, 57-85, 2 mujeres) 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). 85% de los casos son ASA II o III, siendo los principales factores de riesgo la hipertensión (75%), tabaquismo (65%) e hiperlipemia (55%). Nueve casos tenían acceso vascular < 7mm y en 3 casos el cuello fue menor de 15mm. La EP se instaló según técnica operatoria estándar, en pabellón híbrido habilitado con angiógrafo Philips Allura (Best, Holanda). Los pacientes son seguidos con angioTAC a los 30 y 180 días y luego vez al por 5 años. Se registran todos los eventos adversos.

**Resultados.** Éxito técnico 100%. El tiempo operatorio fue  $131 \pm 40$  min. El tiempo de despliegue fue  $42.3 \pm 8$  min, y la estadía postoperatoria  $2 \pm 04$  ds. Un paciente registro pérdida de sangre > 1000ml, sin consecuencias y un caso requirió una angioplastia iliaca antes de 30 días. No se han registrado eventos adversos relacionados al dispositivo ni mortalidad operatoria. Los 20 pacientes han completado más de 12 meses de seguimiento. No han ocurrido endofugas tipo I ni III. No se ha observado migración, ruptura aórtica ni fractura del dispositivo ni hubo necesidad de re-intervenciones posterior a los 30 días. En 30% se redujo el diámetro del AAA >5mm a los 12 meses, sin observarse cambio significativo en el resto.

**Conclusiones.** Los resultados observados a un año plazo con la EP Ovation® son altamente satisfactorios, demostrando excelentes propiedades de navegación por vasos pequeños, despliegue preciso y sellado en cuellos cortos, cumpliendo con los estándares de eficacia y seguridad. Estos resultados han permitido iniciar el proceso de PMA ante la FDA.

## HIPERTENSION ARTERIAL SECUNDARIA EN NIÑOS: RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO EN 20 CASOS CONSECUTIVOS DE 1 A 30 AÑOS.

*Drs. F Valdés<sup>1</sup>, M Bergoening<sup>1</sup>, A Krämer<sup>1</sup>, R Mertens<sup>1</sup>, L Mariné<sup>2</sup>, F Vargas<sup>1</sup>, F Heusser<sup>2</sup>, C Saleh<sup>3</sup>*

1: Dpto. de Cirugía Vascular y Endovascular, 2: Cardiología Pediátrica, P.Universidad Católica de Chile, 3: Nefrología Pediátrica, Clínica Las Condes

**Introducción:** La prevalencia de la hipertensión arterial (HTA) en niños y adolescentes promedia 3,5%, siendo la patología arterial la causa más común de HTA curable (5-10%). Síntomas frecuentes son: cefalea, epistaxis, vómitos, irritabilidad, retardo de crecimiento, incluso insuficiencia cardíaca,

convulsiones, falla renal terminal o muerte. Objetivo: Presentar los resultados de la cirugía vascular reconstructiva en 20 niños hipertensos severos por causa vascular, tratados entre Enero 1982 y Diciembre 2011.

Pacientes y Métodos: Operamos 20 niños (10 de cada sexo, edad promedio 11,1 años, rango 1-17, PA  $185\pm 30/119\pm 22$ ), referidos por el hallazgo de patología arterial causal. Cuatro casos previamente tratados con angioplastia y/o stent en una o mas ocasiones y un niño previamente operado en otro país, presentaban re-estenosis de las lesiones tratadas. Uno se encontraba en hemodiálisis. Cinco niños presentaron enfermedad renovascular (ERV) aislada y 15 presentaron coartación de la aorta media, con ERV asociada en 13. En 8 casos la patología causal fue arteritis de Takayasu, y en 12, alguna forma de displasia fibrosa. Efectuamos 9 puentes protésicos tóraco-abdominales, 1 puente aorto-bi-iliaco y 1 plastia aórtica. En la misma intervención revascularizamos 25 riñones (puente aorto-renal:13, puente ilio-renal:10, reimplante/reanastomosis:2) usando material autólogo en 22 puentes (arterial:11, vena reforzada:6, vena:5). Sólo efectuamos nefrectomía de un riñón contralateral marcadamente atrófico.

Resultados: No hubo mortalidad operatoria, falla renal ni trombosis de injerto. Un niño se reexploró por sangramiento, 1 presentó derrame pleural y 2, neumonía post-operatoria. La estadía promedio fue 8,8 días (5-11). Durante el seguimiento (mediana 15,8 años), se pierde un caso a los 11,3 años. Seis casos requirieron re-intervención de la reparación original entre 6 meses y 18 años. La sobrevida libre de re-intervenciones a 10 años fue 90% en casos sin patología inflamatoria vs. 45% en Takayasu. ( $p=0,0045$ ). En 3 casos revascularizamos el riñón contralateral entre 3 y 17 años después. La HTA se controló en todos, con reducción de los medicamentos de  $3,1\pm 1$  a  $1\pm 1$  ( $p<0,0001$ ), preservando su función renal sin diálisis. Dos casos de Takayasu fallecieron a los 58 y 123 meses, por muerte súbita y ruptura de falso aneurisma respectivamente. La sobrevida global es 90,5% a los 15 años.

Conclusiones: La reconstrucción arterial permite el control duradero de la HTA con recuperación y/o preservación de la función renal en este grupo etario con larga expectativa de vida. Los niños portadores de arteritis de Takayasu presentan una mayor tasa de complicaciones alejadas y menor sobrevida libre de reintervención.

#### ENDARTERECTOMIA CAROTIDEA – EXPERIENCIA DE 3 AÑOS Y SEGUIMIENTO

*Drs. J. Vergara<sup>1,2</sup>, S. Valenzuela<sup>1,2</sup>, V. Rodríguez<sup>1,2</sup>, M. Rallo<sup>2</sup>, F. Acuña<sup>2</sup>, C. Hermansen<sup>2</sup>, Int R. Gurrea<sup>1</sup>*

Servicio de Cirugía del Hospital Barros Luco Trudeau, Unidad de Cirugía Vascular

Introducción: El conocimiento de la enfermedad arterosclerótica carotídea y su asociación con eventos cerebrovasculares isquémicos han permitido el tratamiento de la estenosis carotídeas ateromatosas

y la prevención primaria y secundaria de accidentes cerebrovasculares. Objetivos: Realizar un análisis descriptivo de los pacientes sometidos a Endarterectomía carotídea en el Hospital Barros Luco Trudeau (HBLT) y su seguimiento a mediano plazo. Materiales y Métodos: Revisión retrospectiva de registros clínicos de pacientes sometidos a Endarterectomía carotídea entre marzo de 2009 y marzo de 2012, referidos a la Unidad de Cirugía Vascular del HBLT. Se utilizó como fuente el libro de pabellón en el que se registran la totalidad de las cirugías realizadas por el equipo. Los datos de evolución y seguimiento se obtuvieron a través de la ficha clínica.

Resultados: En el periodo estudiado se operaron 33 pacientes de los cuales 21 fueron hombres y 12 mujeres, con un promedio de edad de 63,6 años (51-83). De ellos el 33.3% presentaba diabetes y obesidad, el 66.6% tabaquismo, el 45.8% dislipidemia, 20% cardiopatía coronaria y el 100% hipertensión arterial.

El diagnóstico principal de presentación fue el AVE c/ o sin secuelas en 25 pacientes, seguidos por TIA en 7 casos y una amaurosis fugax. Solo se intervinieron pacientes sintomáticos con estenosis mayor a 70%, a todos los pacientes se les estudió con Ecodoppler asociado a AngioTAC o Angioresonancia. En el postoperatorio inmediato no debió ser intervenido ningún paciente, en cuanto a morbilidad significativa destacaron un ACV isquémico, siendo dado de alta al noveno día con secuelas menores, un caso de paresia de hipogloso y un IAM postoperatorio. El seguimiento con un tiempo promedio de 15 meses, sin complicaciones en 27 casos, 2 pacientes en estudio por reestenosis y 1 paciente con AVE secuelado no invalidante. En cuanto a la mortalidad 3 pacientes fallecieron a los 5, 10 y 18 meses por patología no asociada a estenosis carotídea (IAM, Cáncer)

Conclusión: En la serie descrita hemos tratado pacientes con estenosis carotídea sintomática significativa, con resultados satisfactorios, acorde a los estándares para el tratamiento de esta patología.

#### LESIONES VASCULARES POR CATETERISMO, ¿QUE HACER, COMO ENFRENTAR EL PROBLEMA?

*Dr. S. Hugo Dr. M. Cubelli Dr. A. Arancibia*  
Servicio de Cirugía, Complejo Asistencial Sótero del Río

Los Pseudoaneurismas son lesiones adquiridas, provocadas por la ruptura de la pared arterial, que dan lugar a la formación de un hematoma extravascular que comunica libremente con la pared del vaso, contenida por los tejidos blandos adyacentes.

Los pseudoaneurismas iatrogénicos más frecuentes son los secundarios a complicaciones de un cateterismo. Como cada vez es más habitual que lo instale un Intensivista o un nefrólogo u otro es necesario tanto para el cirujano general y vascular saber como enfrentar la situación.

Se revisó la literatura con la idea de presentar las diferentes opciones que existe para solucionar el

problema. A propósito de un caso.

Paciente Varón de 70 años ingresa por shock séptico a UCI, con indicación de diálisis de urgencia con altos requerimiento de drogas vasoactivas, se instala catéter venoso central de hemodiálisis, que se refluye inmediatamente, se decide conectar a line arterial objetivándose curva de presión arterial, se ubica en arteria carótida derecha, dado inestabilidad de paciente se decide dejar in situ, y llevar a pabellón una ves más estable, se realiza arteriorrafia. Las posibilidades de tratamiento son varias, y deben ser individualizadas en función del tamaño, la localización y la etiología y ubicación de la lesión; Si los pseudoaneurismas no son manejados oportunamente pueden romperse, fistulizarse o comprimir estructuras anatómicas adyacentes. Si el pseudoaneurisma es pequeño es posible anticoagular y controlar periódicamente. Si el pseudoaneurisma es grande el tratamiento más tradicional ha sido la reparación quirúrgica con interposición de injerto protésico o autólogo.

En la actualidad existen dos tipos de tratamiento: el primero es la resección del pseudoaneurisma e interposición de material protésico o autólogo para restablecer el flujo, aunque el injerto autólogo suele ser de elección cuando la posibilidad de infección es elevada. La segunda opción de tratamiento es la terapia endovascular, de elección en casos de alto riesgo quirúrgico, cuello hostil por tratamiento radioterápico o cirugía de cuello previa, anatomía desfavorable.

Cabe agregar según la disponibilidad los dispositivos Perclose™ A-T Suture-Mediated Closure System y Angio-Seal™ VIP que sirven para cerrar o sellar lesiones hasta 8fr.

El aumento de procedimientos intervencionistas y cateterismos realizados por diferentes especialistas, intensivistas, cardiólogos y radiólogos, ha llevado a un aumento de las complicaciones asociadas a estos procedimientos, por lo que tanto para el cirujano general y vascular es importantísimo conocer, para realizar un correcto diagnóstico y tratamiento adecuado al tipo de lesión que se presentan.

#### ANEURISMA DE LA CAROTIDA INTERNA EXTRACRANEANA. CASOS CLINICOS.

*Drs. Roberto Tapia Riepel(1), Dra. Sandra Hasbun Atala(1). Dr. Patricio Tepper Lawrence(1).EU. Srta. Gabriela Molina González(1).Int. Goría Vergara Almeida(2)*

1.Equipo de Cirugía Vascular y Laboratorio Vascular. Servicio de Cirugía.Hospital Regional Talca.  
2.Escuela de Medicina Universidad Católica del Maule

Presentamos dos casos de aneurisma de carótida interna extracraneana. Uno de ellos consulto por un Accidente vascular del hemisferio izquierdo (ipsilateral al aneurisma) y el otro es un caso asintomático.El diagnóstico se efectuó con Duplex en un caso y Angiotac en el otro. Ambos fueron operados exitosamente y han evolucionado asintomáticos en el postoperatorio alejado. We present two cases of extracranial internal carotid artery aneurisms. One of them presented as a

cerebrovascular accident of the left hemisphere (ipsilateral), the other one was asymptomatic. The diagnosis was done by Duplex in one case and angioscanner in the other. Both were operated without incidents and in the long term control are asymptomatic.

#### TITULO: DISECCIÓN ESPONTÁNEA DE ARTERIA ILÍACA ASOCIADA A EJERCICIO Y USO DE ERGOTAMINA. REPORTE DE UN CASO

*Drs. J.P. Fuenzalida, A. Puentes, J. Vergara, S. Osorio, S. Terrazas, E. Schwartz, R. Soumastre*  
Unidad de Cirugía Vascular, Departamento Cardiovascular, Clínica Dávila  
Servicio de Urgencia, Clínica Dávila

Introducción: La disección espontánea de la arteria ilíaca sin compromiso de la aorta es un cuadro muy poco frecuente y está asociado a diferentes etiologías. Hasta el año 2006 sólo habían 34 casos publicados. El objetivo es reportar un caso de disección espontánea de la arteria ilíaca asociado a ejercicio y consumo de ergotamina y su manejo por vía endovascular.

Material y método: Se reporta el caso de un paciente de 48 años, sin factores de riesgo cardiovascular, con antecedente de consumo crónico de tartrato de ergotamina por migraña, quien mientras practicaba deporte (jugador habitual de tenis), presenta cuadro de dolor inguinal e isquemia aguda de la extremidad inferior izquierda. angio tomografía computada (AngioTC) demostró disección de la arteria ilíaca común y externa izquierda, sin otras alteraciones arteriales.

Se realizó reparación endovascular con stents autoexpandibles en la arteria ilíaca común y externa, logrando la corrección de la lesión, el restablecimiento del flujo y la recuperación de la isquemia de la extremidad. El control con AngioTC al mes, mostró permeabilidad del eje arterial ilíaco, el paciente se mantuvo asintomático y con recomendación de suspensión de medicamentos con ergotamina.

Conclusión: No existe reporte previo en la literatura que muestre asociación conjunta de ejercicio y uso de ergotamina en esta rara patología. La reparación endovascular, en este caso, representó una alternativa óptima de tratamiento.

#### TERMOABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA EN CIRUGÍA DE VÁRICES

*Drs. J.P. Fuenzalida, S. Terrazas, J. Vergara, S. Osorio, E. Schwartz, R. Soumastre*  
Unidad de Cirugía Vascular, Departamento Cardiovascular, Clínica Dávila  
Servicio de Urgencia, Clínica Dávila

Introducción: La termoablación por radiofrecuencia es una técnica menos invasiva para el manejo quirúrgico de la patología varicosa. El objetivo de nuestro estudio es mostrar los resultados iniciales de esta nueva técnica.

**Material y métodos:** Se presenta un estudio descriptivo prospectivo con 134 pacientes consecutivos intervenidos mediante termoablación por radiofrecuencia de venas safenas internas entre septiembre de 2010 y agosto de 2011. Se programaron controles postoperatorios a una semana, un mes y tres meses.

**Resultados:** Fue intervenido un total de 134 pacientes, 54% bilaterales (206 piernas), 96 mujeres (72%), con una edad promedio de 49 años (17 - 74). En la clasificación CEAP se distribuyeron: clase 2:80%, clase 4:13%, clase 5:7%. El diámetro de las safenas tratadas fue en promedio de 7,4 mm (4 - 14, DE±1,8). Otros procedimientos asociados: safenectomía externa (n=34), resección de perforantes (n=40) y resección de colaterales (n=134).

El 97,5% de los procedimientos fueron realizados completamente percutáneos. A todos los pacientes se les realizó profilaxis de trombosis venosa profunda (TVP) y todos fueron dados de alta a la mañana siguiente. El 98,5% de los pacientes fueron intervenidos con anestesia espinal. Se realizaron 3 controles postoperatorios; en promedio a los 7 días (96,2% de los operados), a los 36 días (75,3%) y los 108 días (36%). No hubo infecciones de heridas operatorias ni TVP ni embolia pulmonar. Tres pacientes presentaron en el primer control ecográfico un trombo en el cayado de la vena safena y fueron tratados con anticoagulación por 1 mes. La cuantificación del dolor máximo postoperatorio (escala de 0 a 10) fue: grado 0: 68% de los pacientes, grado 1: 8%, grado 2: 20%, grado 3: 5%. La evaluación de equimosis en las zonas post operatoria fue: sin equimosis: 43%, equimosis leve: 56% y equimosis moderada: 1%. Ningún paciente presentó edema postoperatorio ni quemaduras de piel y sólo 2 pacientes tuvieron hiperpigmentación en el muslo a los 3 meses de control.

**Conclusión:** La termoablación por radiofrecuencia representa una nueva técnica, menos invasiva en la cirugía de várices. Los resultados iniciales muestran escasas molestias postoperatoria y un bajo índice de complicaciones a corto y mediano plazo. Se requieren estudios a más largo plazo para su evaluación.

#### CONTROL ECOGRÁFICO PRECOZ EN TERMOABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA

*Drs. J.P. Fuenzalida, S. Terrazas, J. Vergara, S. Osorio, E. Schwartz, R. Soumastre, C. Varela*  
Unidad de Cirugía Vascular, Departamento Cardiovascular, Clínica Dávila  
Departamento de Imagenología, Clínica Dávila

**Introducción:** La termoablación por radiofrecuencia es una técnica menos invasiva en el manejo de la patología quirúrgica de várices. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la utilidad de los controles ecográficos postoperatorios a corto plazo en esta técnica, en relación a la obliteración del trayecto tratado, la extensión proximal del trombo y la presencia de trombosis venosa profunda (TVP).

**Material y métodos:** Se presenta un estudio prospectivo descriptivo de 134 pacientes consecutivos

intervenidos mediante termoablación por radiofrecuencia de venas safenas internas, desde septiembre de 2010 a agosto de 2011, a los cuales se les programó control ecográfico antes de una semana y al mes postoperatorio.

**Resultados:** Se realizó termoablación por radiofrecuencia a un total de 134 pacientes, 54% bilaterales (206 piernas) a los cuales médicos radiólogos realizaron control ecográfico postoperatorio del procedimiento.

El primer control se efectuó a 110 pacientes (169 piernas, 82% de las tratadas) a los 5,5 días de promedio (2 - 11 días, DE±1,4) y mostró un 100% de oclusión de las safenas tratadas y en 3 pacientes (1,8%) se evidenció un trombo en el cayado de la safena. No se registró ningún caso de TVP. El segundo control ecográfico se realizó en 91 pacientes (143 piernas, 69% de las tratadas) a los 31 días de promedio (23 - 49, DE±4,6) y mostró un 100% de oclusión de las safenas intervenidas. En los 3 pacientes en que hubo trombo en el cayado, se evidenció la desaparición de éste. Tampoco hubo ningún caso de TVP.

**Conclusión:** El control ecográfico precoz en la termoablación por radiofrecuencia permite evaluar la oclusión del trayecto tratado, la extensión proximal del trayecto trombosado, así como la presencia de posibles complicaciones. En nuestra experiencia, el primer control ecográfico fue de gran utilidad para la pesquisa de tres pacientes en que se detectó precozmente trombo en el cayado de la vena safena. Salvo en estos pacientes, los cuales fueron controlados posteriormente, la realización de un segundo control ecográfico al mes, no tuvo ninguna otra utilidad, ya que en todos se evidenció oclusión de todas las safenas tratadas. Se requerirían controles más alejados para evaluar la permeabilidad de los trayectos tratados a largo plazo.

#### CIRUGÍA VASCULAR EN HOSPITAL SAN JOSÉ, ¿ES POSIBLE MEJORAR LOS RESULTADOS APOSTANDO EN LA FORMACIÓN?

*Drs. A. Reyes, C. Derosas, P. Cassis*

Equipo de Cirugía Vascular, Complejo Hospitalario San José, Universidad de Santiago de Chile

**Introducción:** Diversos estudios han demostrado que la capacitación de las personas produce profundos cambios en los resultados de un proyecto. El objetivo del presente reporte es mostrar los resultados obtenidos luego de la capacitación de un especialista en los resultados quirúrgicos de un equipo de cirugía vascular.

**Pacientes Y Metodos:** Estudio retrospectivo y descriptivo. Se revisaron todas las intervenciones quirúrgicas realizadas por el equipo de cirugía vascular de nuestro hospital desde noviembre de 2010 a mayo de 2011 (período 1) y desde noviembre de 2011 a mayo de 2012 (período 2), los datos fueron comparados según procedimientos. Se excluyeron los pacientes operados en el servicio de urgencias y procedimientos realizados en la unidad de cirugía ambulatoria.

**Resultados:** Durante los períodos estudiados se

realizaron 196/189 procedimientos (período 1/ período 2). Amputaciones (110/78): Muslo 56/14, Pierna 10/21, Pié 7/23, Ortejos 37/20. By Pass: Aórtico 0/4, Extremidades Inferiores: 3/27. Endarterectomía Carotídea 0/3. Embolectomía 4/4. Escarectomía 9/0. Fasciotomía 7/11. Filtro vena cava inferior (FVC) 6/4. Fistula Arteriovenosa compleja 0/3. Regularización de muñones 38/6. Trauma Vascular 8/8. Aseo quirúrgico 11/7. Procedimientos angiográficos 0/30. En relación a los procedimientos angiográficos se realizaron 20 diagnósticos y 10 terapéuticos (1 TEVAR, 1 Kissing stent, 2 PTA femoral, 1 PTA arteria tibial anterior, 3 PTA iliaca + Stent, 1 PTA subclavia + Stent y 1 FVC).

Discusión: La capacitación y formación de especialistas es un objetivo primordial en el desarrollo de los distintos estamentos y servicios médicos, esto tiene mayor relevancia tal vez en las especialidades quirúrgicas, donde el impacto respecto a los cambios de los resultados suele ser mas inmediato. Lo expuesto en esta muestra compara dos periodos equivalentes en tiempo y estacionalidad, donde el mayor cambio respecto a alguna intervención de un equipo de cirugía vascular, resulta en la reincorporación de un especialista en cirugía vascular con formación completa sobretodo en técnicas endovasculares. Esto explica el aumento en cirugías de revascularización de extremidades inferiores, cirugías de mayor complejidad como carótida y aorta, incorporación de técnicas endovasculares, pero por sobre todo en la disminución de amputaciones mayores de extremidades inferiores.

De esta manera podemos concluir con resultados que parecen ser tan evidentes, que cuando los servicios quirúrgicos invierten en tiempo de capacitación y formación de sus cirujanos el beneficio es real con un clara mejoría en el desarrollo de las especialidades siendo los pacientes los mas beneficiados.

## CIRUGÍA EN LA INSUFICIENCIA VENOSA PROFUNDA CRÓNICA. RESULTADOS ALEJADOS

*Ismael Pizarro, Fernando Ibáñez, Alfredo Cam, Waldo Bastías, Juan A. Parra, Cristián Salas, Rodrigo Julio, Felipe Corvalán.*

Hospital del Salvador, Servicio y Departamento de Cirugía Vascular, Santiago, Chile.

Propósito: Destacar la posibilidad de tratamiento quirúrgico para un porcentaje de pacientes con severa insuficiencia venosa profunda crónica, la mayoría de origen post trombótico.

Método: Se revisaron los pacientes operados mediante reconstrucción del Sistema Venoso Profundo (SVP) entre el 1-Enero-2001 y el 31-Diciembre -2008, que tuvieran más de 5 años de seguimiento. Se encontraron 31 enfermos, 17 mujeres y 14 hombres con 34 extremidades operadas, todos con antecedentes de edema y úlceras abiertas (C-6). Se evaluó la obstrucción y el reflujo mediante neumopletismografía, fotopletismografía y Doppler color venoso. Se efectuaron flebografías ascendentes y descendentes. Se utilizaron diversas técnicas para corregir los reflujos y obstrucciones encontrados. Resultados: Se efectuaron 18 operaciones antirreflujo en 18 extremidades lográndose cicatrizar un 72% de las úlceras en el período estudiado. Cinco extremidades recidivaron y permanecen en tratamiento con compresión elástica y curaciones. Dieciséis extremidades fueron sometidas a 10 operaciones de Palma y 6 a combinaciones de Palma más Husni. Trece extremidades cicatrizaron y permanecen libres de úlceras, correspondiendo a un 81%. Las 3 restantes se mantienen con compresión elástica y ulceraciones recidivantes, en similares condiciones al periodo preoperatorio.

Palabras Clave: sistema venoso profundo, ulceraciones venosas recidivantes, derivaciones venosas, reconstrucciones venosas.

## Seccional: COLOPROCTOLOGÍA

### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL MEGACOLON DEL ADULTO EN EL HOSPITAL DE COQUIMBO

*B. Naranjo, M. Zambra, E. Peña, M. Barra, J. López, K. Rojas, E. Coddou, J. Arcos.*

Hospital San Pablo de Coquimbo

**Introducción:** La enfermedad de Chagas es una entidad endémica en ciertas áreas del Norte Chico. Las publicaciones del tema son escasas y se han publicado cambios epidemiológicos respecto a la etiología en estudios previos.

**Objetivo:** Analizar los resultados del tratamiento quirúrgico del Megacolon en una serie histórica de nuestro centro.

**Material y Método:** Se trata de una serie retrospectiva de pacientes diagnosticados y operados entre 2000-2010 en la que se estudian los antecedentes, etiología, cirugía y morbilidad.

**Resultados:** Se trata de 61 pacientes, el 60% hombres, con una edad promedio de 65 años (16-87). Previamente a la cirugía se habían sometido un 16% a algún procedimiento quirúrgico. La etiología del megacolon fue Chagásica en el 74%, idiopática en 21% y congénita en el 5%. Las intervenciones efectuadas de manera electiva fueron la operación de Duhamel en el 81%, la Resección Anterior Baja en el 7% y en un 5% se realizó otro tipo de colectomía. La morbilidad quirúrgica mayor fue del 19%. No se registra mortalidad operatoria en esta serie. El tiempo de hospitalización promedio fue de.

**Conclusión:** En nuestra serie existe un predominio de la etiología chagásica y la cirugía que se realiza con mayor frecuencia es la operación de Duhamel. Es relevante enfatizar la importancia de la etiología, edad y forma de presentación en la toma de decisiones para la cirugía a realizar, en donde generalmente se privilegia la operación de Duhamel en pacientes Chagásicos y Hirschprung, con menor tasa de recidiva, no obstante siendo una cirugía de mayor complejidad técnica. La Resección Anterior Baja se indica en pacientes añosos por expectativa de vida y su relación con la recidiva. En esta serie la morbilidad quirúrgica es comparable a series publicadas previamente.

### PROTOCOLO PROSPECTIVO PARA LA RESECCIÓN TRANSANAL MÍNIMAMENTE INVASIVA POR PUERTO ÚNICO (TAMIS) EN LESIONES BENIGNAS Y MALIGNAS DE TERCIO MEDIO Y SUPERIOR DE RECTO.

*Drs. Gino Caselli M.<sup>2</sup>, Misael Ocares U.<sup>2</sup>, Claudio Benavides Y., Claudio Zuñiga T., Felipe Martín Q.*

<sup>1</sup>Equipo De Coloproctología, Servicio De Cirugía, Hospital Clínico Regional Guillermo Grant Benavente De Concepción.

<sup>2</sup>Departamento De Cirugía, Facultad De Medicina, Universidad De Concepción

**Introducción:** La cirugía transanal mínimamente invasiva fue descrita como un abordaje híbrido para la resección endoluminal de lesiones de recto medio y superior, surgiendo como una alternativa más económica al uso del TEM. La resección transanal (RL) de adenomas, así como de pequeñas lesiones malignas rectales con instrumentos laparoscópicos y de puerto único, utiliza la tecnología desarrollada inicialmente para NOTES, con ventajas respecto a la cirugía resectiva como una menor estadía hospitalaria y dolor.

**Objetivos:** Evaluar la experiencia preliminar, técnica quirúrgica y resultados de un protocolo prospectivo para la resección transanal mínimamente invasiva por puerto único y su aplicación en el manejo de lesiones tanto benignas como malignas no abordables a través de una RL estándar.

**Pacientes y métodos:** Serie prospectiva de pacientes sometidos a resección transanal utilizando un dispositivo de puerto único (SILSPort, Coviden, Mansfield, MA) y portadores de lesiones benignas o malignas de recto medio o superior. Se excluyó a todo pacientes portadores de adenocarcinoma de recto, incluyendo aquellos con respuesta patológica completa (ypT0).

**Resultados:** Sometimos a resección transanal por SILSa 8 pacientes, 6 de ellos de sexo femenino. La edad media fue de 69 años (59-86). La clasificación de ASA medio fue de 2 e IMC de  $27 \pm 3.1$  Kg/mt<sup>2</sup>. Todos los pacientes presentaban estudio endoscópico y endosonográfico previo al procedimiento. La distancia de las lesiones desde el margen anal fue de 8 cm (6-10). El tiempo quirúrgico medio fue de 47.5 minutos (20-90). La indicación de cirugía fue por patología benigna en 7 casos y un tumor neuroendocrino, alcanzando la resección de la pieza hasta la submucosa en todos los pacientes, excepto uno que se alcanzó la muscular propia. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico endoscópico previo en todos los pacientes, encontrando atipias intensas en 3 casos. Ninguno de los pacientes presentó dolor postoperatorio y la estadía hospitalaria fue de 2.5 días. La única complicación consistió en una paciente con rectorragia posterior al alta, y en la que no se evidenció sangrado activo al momento de la revisión endoscópica.

**Conclusiones:** La cirugía TAMIS es una técnica factible y con resultados prometedores en un grupo de pacientes bien seleccionados con criterios de inclusión y exclusión. Los nuevos horizontes que ha entregado la cirugía de puerto único dio nacimiento a ésta nueva aplicación para el abordaje transanal y que representa una nueva frontera en la cirugía rectal, surgiendo además como paso intermedio hacia la cirugía endoscópica transluminal por orificios naturales.

## RECTOSIGMOIDECTOMÍA PERINEAL EN EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO RECTAL COMPLETO.

*Drs. F. Illanes; A. Barrera; C. Gallardo; C. Suazo; J.A. Riquelme; C. Melo; G. Bannura.*

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

**Introducción:** La alternativa de elección para el tratamiento del prolapso rectal completo es controversial. Si bien las técnicas abdominales han demostrado tener menos recidiva, aún existe controversia sobre los resultados a largo plazo de las técnicas perineales resectivas en el manejo de esta patología.

**Objetivos:** Evaluar los resultados a corto y mediano plazo de la rectosigmoidectomía perineal (RSP) en el tratamiento del prolapso rectal

**Material y método:** Revisión retrospectiva de fichas clínicas de los pacientes operados por prolapso rectal con la técnica de RSP en el Hospital San Borja Arriarán entre los años 2006 y 2012.

**Resultados:** En el período estudiado se operaron 26 pacientes por prolapso rectal completo, 13 de ellos por RSP (ocho mujeres), con una mediana de edad de 60 años. El tiempo evolución del prolapso varía entre 1 y 20 años. Todos los paciente presentaban ensuciamiento de la ropa interior, 4 referían incontinencia fecal completa y 3 una constipación de salida. Se utilizó anestesia regional en 8 pacientes. El tiempo operatorio promedio fue 119 minutos (80-240). Se realizó plastia de elevadores en 11 casos. La estadía post operatoria fue en promedio 5 días (2-11). La longitud de la pieza operatoria fijada promedio fue 20 cms. (6 a 34). Un paciente reingresó por sangrado autolimitado y dos presentaron una colección drenada en forma espontánea por vía anal (morbilidad global 23%). Se completó el seguimiento en policlinico o telefónico al 100%, con un promedio de 26 meses (1-101), una paciente presentó una recidiva a los 3 meses y fue reoperada con la misma técnica.

**Conclusión:** La RSP es una técnica eficaz en el tratamiento del PRC, con una morbilidad significativa, aunque de manejo sencillo y los resultados a corto y mediano plazo parecen justificar su indicación.

## SEGURIDAD ONCOLÓGICA DE LA LAPAROTOMÍA TRANSVERSA PARA CIRUGÍA EN CÁNCER DE COLON

*Drs. C. Gallardo, A. Barrera, J.A. Riquelme, C. Suazo, F. Illanes, C. Melo, G. Bannura.*

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

**Introducción:** El abordaje tradicional en la cirugía abierta del cáncer de colon (CC) es la laparotomía media. Permite una exploración completa de la cavidad peritoneal y el abordaje de lesiones en prácticamente cualquier localización; no obstante, también presenta inconvenientes: se asocia a dolor postoperatorio importante y morbilidad respiratoria

y una elevada incidencia de hernias incisionales. Estudios randomizados controlados han evidenciado una ventaja de la laparotomía transversa (LT), con menor dolor postoperatorio, menor tasa de complicaciones pulmonares y menor incidencia de hernias. Sin embargo, la limitación en la exposición del campo operatorio con este abordaje podría afectar la resección oncológica de los tumores en CC. **Objetivo:** Evaluar la calidad oncológica de las piezas resecadas mediante LT en pacientes con CC. **Material y Método:** Revisión retrospectiva de la base de datos prospectiva de la Unidad de Coloproctología. Se incluyeron todos los pacientes con CC con intención curativa, resecados por LT entre enero de 2005 y diciembre de 2011. Para medir la calidad oncológica de la LT se registró la calidad de los márgenes proximal y distal, el número de ganglios en cada pieza y el porcentaje de piezas quirúrgicas con a lo menos 12 ganglios resecados. Se evaluó además la morbilidad que pudiese estar relacionada a una exposición limitada del campo operatorio.

**Resultados:** En el período señalado fueron intervenidos 253 pacientes por CC. En 41 casos (16%) se realizó LT. El 56% corresponde a sexo femenino. Edad promedio de 72 años (50-87). IMC promedio 26 (20-41). El 82% presentaba comorbilidades asociadas. Localización: 68% (28) colon derecho; 22% (9) sigmoides y 10% (4) transverso. Se utilizó anestesia regional en el 51%. En todos se logró reseca macroscópicamente en forma completa el tumor. Morbilidad asociada: Un caso con lesión de uréter identificada y reparada en la misma cirugía. Informe anatomopatológico: 85% corresponden a tumores pT3/pT4. El total de las piezas presentaron márgenes libres de tumor. Tamaño tumoral promedio 6 cms. (intervalo). Veintinueve pacientes (71%) tuvieron un recuento ganglionar mayor o igual a 12. Un 43% presentaban ganglios comprometidos. El promedio de ganglios resecados fue 15.9.

**Conclusión:** En pacientes seleccionados, la laparotomía transversa es un abordaje oncológicamente seguro para el tratamiento del CC.

## FRECUENCIA, DISTRIBUCION Y TIPOS DE MUTACIONE PUNTUALES DE CODONES 12 Y 13 GEN K-RAS Y CODON 15 GEN B-RAF EN CANCER DE COLON.

*Drs. I. Roa, T. Sanchez, S. Lantadilla, Schalper K, A. Majlis.*

Servicio de Anatomía Patológica Clínica Alemana de Santiago. Departamento de Oncología Clínica Alemana de Santiago.

**Introducción:** el cáncer colo-rectal representa la cuarta causa de muerte en hombres y la quinta en mujeres en nuestro país. El proto-oncogen K-Ras está involucrado en el 22-45%. La mutación del gen B-Raf es excluyente en el cáncer de colon. La mutación de K-Ras es factor predictivo al tratamiento (cetuximab y panitumumab), en cambio B-Raf es considerado un factor pronóstico.

**Objetivo:** determinar la frecuencia y tipos de mutaciones del gen K-Ras y B-Raf en el cáncer de colo-rectal.

**Material y Método:** se realizó estudio de mutaciones del gen K-Ras y B-Raf en tumores primarios y metástasis de cánceres colo-rectales, en tejidos fijados en formalina e incluidos en parafina. Se comprobó la integridad del ADN extraído mediante amplificación del gen de la globina, (110pb y 268pb). Se realizó estudio de mutaciones mediante RFLP (Restriction Fragment Length Polimorphism) y secuenciación directa (ABI PRISM 3100 Applied Biosystems). Se amplificó el exón 1 de K-Ras y del exón 15 de B-Raf.

**Resultados:** grupo constituido por 112 mujeres y 106 hombres edad promedio de 60 y 61,4 años (DS 13,7 y 10,7 años). Los tumores primarios estaban localizados en colon en 168 casos (77%) y 47 casos (22%) en el recto. En 92 casos (42,2%) se demostró mutación del gen K-Ras en los codones 12 y 13. En el 81,3% estaban en el codón 12 (G12D(41%); G12V(24%); G12S(8%); G12A(4%); G12C(3%); G12R(1%) y en el 19% en el codón 13 (G13D). En sólo un caso (0,4%) el RFLP fue negativo con secuenciación positiva. No se logró demostrar diferencias en la frecuencia y distribución de las mutaciones por género, tumores primario/metástasis, ni localización. Las mutaciones se observaron en todas las edades, entre los 45 y los 50 años alcanzó un 78% de los casos. La frecuencia de mutaciones fue mayor en los menores de 50 años (p= 0,04). Se observó mutación de B-Raf V600E en cinco casos (17,2%).

**Conclusiones:** en el 42% de los cánceres colo-rectales se observa mutación del gen K-ras. Se observa mayor frecuencia de mutaciones en sujetos menores de 50 años. Los dos métodos utilizados para la detección de mutaciones presentan un alto grado de concordancia. La frecuencia de mutaciones es similar en tumores primarios y metástasis. No se observan diferencias en frecuencia y tipo de mutación entre cánceres de colon y recto. En el 17% de cánceres colo-rectales K-Ras negativos presentan mutación de B-Raf. Ensayos clínicos son requeridos para determinar el valor predictivo y pronóstico de estas mutaciones en nuestro medio.

**RESULTADOS QUIRURGICOS Y FUNCIONALES A LARGO PLAZO DE LAS ANASTOMOSIS ILEORECTALES EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA**  
*Dr. G. Inostroza<sup>1</sup>, J. Hartmann<sup>2</sup>, Dr. J. Gellona<sup>1</sup>, Dra. C. Godoy<sup>2</sup>, Dr. G. Urrejola<sup>1</sup>, Dra. M. E. Molina<sup>1</sup>, EU. X. Meneses<sup>1</sup>, EU. A.M. Rodríguez<sup>1</sup>, Dr. A. Zuñiga<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Unidad de Coloproctología del Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile, <sup>2</sup> Residente Cirugía General Pontificia Universidad Católica de Chile,

<sup>3</sup>Interno de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** La colectomía total con anastomosis ileorectal (AIR) es una alternativa para el tratamiento de la Colitis Ulcerosa (CU) en un grupo seleccionado de pacientes. Los resultados funcionales de esta técnica quirúrgica en este grupo de pacientes, no han sido evaluados previamente mediante el uso de herramientas universalmente aceptadas.

**Objetivo:** Describir los resultados quirúrgicos y funcionales a largo plazo de la AIR en pacientes con CU

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo. En la base de datos de enfermedades inflamatorias se identificó a todos los pacientes sometidos a una AIR por CU entre los años 1976 y 2010. Se registraron los datos demográficos y clínicos de los pacientes y para determinar los resultados funcionales se usó el Gastro Intestinal Functional Outcome Score (GIFO).

**Resultados:** En el período mencionado se practicó una AIR en 29 pacientes. Edad promedio 48 años, 17 de sexo femenino (58%). Tres pacientes (10,3%) presentaron complicaciones postoperatorias precoces. Cuatro pacientes (13,7%) han necesitado rehospitalizaciones por cuadros de obstrucción intestinal, siendo necesaria la intervención quirúrgica en 3. En el seguimiento, 3 pacientes han fallecido por causas no relacionadas a la CU ni AIR. Tres evolucionaron como enfermedad de Crohn (EC). Un paciente necesitó proctectomía e ileostomía definitiva por reactivación de la enfermedad. De los 22 pacientes evaluables en la actualidad, 3 usan medicación rectal tópica para el manejo de su CU y uno es usuario de terapia biológica. Se aplicó el GIFO score a los 12 pacientes evaluables. La frecuencia de deposiciones en 24 hrs. fue de 4,2. El GIFO score promedio fue de: 20,2 +3,5, del cual al desglosarse el 63,7% de los pacientes no presentan "soiling" diurno ni nocturno. El 90,9% son continentes. El 27,3% utiliza medicamentos antidiarreicos. El 72,7% no tiene restricciones dietéticas. Sólo 2 pacientes cumplen con los controles endoscópicos seriados recomendados.

**Conclusiones:** Los resultados de la AIR en CU medidos mediante el GIFO score permiten objetivar buenos resultados funcionales. Particularmente en cuanto a continencia, frecuencia defecatoria, uso de medicación antidiarreica y restricciones dietéticas. El control endoscópico no se cumple en la mayoría de los pacientes.

**RECTOPEXIA VENTRAL CON MALLA POR PROLAPSO RECTAL EXTERNO. RESULTADOS A CORTO PLAZO.**

*Drs. ME. Molina, J. Gellona, R. Migueles, G. Inostroza, G. Urrejola, F. Bellolio, A. Zuñiga.* Unidad de Coloproctología. Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** La Rectopexia Ventral con Malla fue descrita por D'Hoore el año 2004 para el tratamiento de pacientes con prolapso rectal, presentado buenos resultados funcionales y una baja recurrencia a largo plazo (4,7% a 5 años). La ventaja de esta técnica radica en disminuir el riesgo de denervación del recto, evitando el empeoramiento de la constipación preexistente o su aparición, sin tener que realizar una sigmoidectomía.

**Método:** Estudio de cohorte, se incluyeron todos los pacientes a los que se les realizó una rectopexia ventral con malla por prolapso rectal externo entre 2007 y junio de 2012. Se evaluaron datos



demográficos, vía de abordaje quirúrgico, morbimortalidad, grado de satisfacción con la cirugía y la recurrencia del prolapso durante el seguimiento. Se comparó el Score de Constipación y de Incontinencia Fecal de Cleveland Clinic Pre y postoperatorio mediante prueba T para muestras pareadas.

Resultados: Se incluyeron 13 pacientes, todos de sexo femenino. La mediana de edad fue de 68 años (18 - 84). El antecedente de histerectomía estaba presente en 6 (46,2%) pacientes. Dos (15,4%) pacientes tenían una enfermedad reumatológica asociada y utilizaban esteroides en forma crónica. El abordaje quirúrgico se realizó por vía laparoscópica en 8 pacientes (61,5%) y vía abierta en 5 (38,5%). Hubo una conversión a cirugía abierta (7,7%). La morbilidad fue de 7,7% (1 paciente con infección de la herida operatoria). No hubo mortalidad. La estadía postoperatoria fue de 4 días (3-6). El Score Constipación preoperatorio fue de 17,4 y el postoperatorio de 5,4 ( $p < 0,001$ ). El Score de Incontinencia Fecal preoperatorio fue de 9,8 y el postoperatorio de 3,6 ( $p = 0,01$ ). El seguimiento fue en promedio de 14,9 meses (1,7 - 41,5), durante el cual una paciente (7,7%) presentó recidiva del prolapso. Diez (76,9%) pacientes recomendarían la cirugía a otra persona.

Conclusión: La rectopexia ventral con malla es un procedimiento seguro, tiene una baja recidiva y buenos resultados funcionales a corto plazo.

#### CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA VERSUS ABIERTA PARA EL CÁNCER DE RECTO, ¿SON LOS RESULTADOS ANATOMOPATOLÓGICOS SIMILARES?

*Drs: J. Gellona, R. Miguielles, D. Espinola, G. Urrejola, ME. Molina, G. Inostroza, JM. Zúñiga, T. Larach, F. Bellolio, J. Reyes, JC Roa, A. Zúñiga.* Unidad de Coloproctología. Departamento de Cirugía Digestiva. Departamento de Anatomía Patológica. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: El abordaje laparoscópico del cáncer de recto ha sido aceptado como técnica válida dado sus resultados similares a la técnica tradicional. El objetivo de este trabajo es analizar comparativamente las piezas de anatomía patológica (AP) obtenidas en cirugía por vía abierta (GA) o laparoscópica (GL) por cáncer de recto. Método: Estudio de cohorte no concurrente, se incluyeron pacientes operados electivamente con intención curativa por cáncer de recto entre agosto de 2005 y mayo del 2012. Se analizaron y compararon los resultados del estudio AP de las piezas operatorias, en cuanto a tamaño de la pieza y del tumor, compromiso de márgenes, número de ganglios obtenidos y de ganglios comprometidos. Se utilizó estadística descriptiva,  $\chi^2$  y fisher para variables categóricas, prueba t y Mann Whitney para variables numéricas. Resultados: Se incluyeron 154 pacientes, de los cuales 64 (41,5%) corresponden a GA y 90 (58,5%) a GL. Ambos grupos eran similares en cuanto a sexo, edad, ASA, cirugía previa, tipo de cirugía, neoadyuvancia y uso de ileostomía de protección. La longitud total de la pieza fue de 34,5 cm. en GA y 28 cm en GL

( $p=0,0001$ ). El tamaño promedio del tumor fue de 3,85 cm en el GA y 3,50 cm en el GL ( $p=0,95$ ). El número de ganglios obtenidos fue de 17 para el GA y 15,5 para el GL ( $p=0,285$ ). La distancia al margen distal fue de 25 y 20 mm en el GA y GL respectivamente ( $p=0,128$ ). En el GA, un 6,3% tuvo el margen circunferencial comprometido, mientras que en el GL se observó un 5,5% ( $p=0,727$ ). Un 50% de los pacientes con margen circunferencial positivo había recibido neoadyuvancia en el GA, mientras que en el GL un 20%. El margen distal se vio comprometido en 2, (2,2%) de los pacientes del GL y ningún paciente en el GA ( $p=0,214$ ). Uno de los márgenes comprometidos fue por adenoma y no carcinoma. En el GA se obtuvo menos de 12 ganglios en un 29,7% y en el GL en un 33,7% ( $p=0,367$ ). De los pacientes con menos de 12 ganglios, un 73% había recibido neoadyuvancia. En cuanto a la etapificación TNM final, no hubo diferencias entre ambos grupos. Conclusión: El estudio AP de las piezas operatorias no demostró diferencias significativas en compromiso de márgenes, número de ganglios ni tamaño tumoral. La longitud de la pieza operatoria fue significativamente menor en el grupo laparoscópico.

#### FACTORES ASOCIADOS A MORBILIDAD PRECOZ EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA COLORRECTAL

*Drs: J. Gellona, R. Miguielles, D. Espinola, G. Urrejola, ME. Molina, G. Inostroza, JM. Zúñiga, T. Larach, F. Bellolio, J. Reyes, A. Zúñiga.* Unidad de Coloproctología. Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: Se han descrito factores que se asocian a mayor riesgo de complicaciones en cirugía laparoscópica colorrectal. El objetivo de este trabajo es identificar estos factores en nuestra serie. Método: Estudio de cohorte no concurrente. Se incluyeron todos los pacientes sometidos a cirugía de colon o recto por vía laparoscópica en el período entre enero del 2000 y junio del 2012. Se identificaron los pacientes que tuvieron complicaciones (quirúrgicas y/o médicas) post operatorias hasta 30 días después de la operación. Se analizaron mediante estadística descriptiva, pruebas de asociación y regresión logística uni y multivariada. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, ASA, IMC, neoplasia, tiempo operatorio, cirugía abdominal previa, conversión y transfusión de glóbulos rojos. Se utilizó como criterio de entrada al modelo multivariado los  $p < 0,2$  y como criterio de significancia un  $p$  de 0,05. Resultados: La serie consta de 848 pacientes, 55% de sexo femenino, con una mediana de edad de 58 + 22 años. Las principales indicaciones operatorias fueron: neoplasia (41,2%), enfermedad diverticular (21,6%) y enfermedad inflamatoria intestinal (6,7%). Las operaciones realizadas con mayor frecuencia fueron: sigmoidectomía (38,5%), resección anterior de recto (13,3%), hemicolectomía derecha (12,2%), colectomía total (8,6%) y reconstituciones de tránsito. La tasa de conversión fue de 7,2%. La morbilidad global fue de 11,6%. Filtración de anastomosis, colecciones y hemoperitoneo se observaron en 7

(1% de los pacientes con anastomosis), 6 (0,7%) y 3 (0,4%) pacientes respectivamente. Un paciente falleció (mortalidad: 0,1%). En el análisis univariado, los factores asociados a complicación fueron: la edad sobre 75 años (OR de 1,82; IC 95% 1,02 - 3,25) y la transfusión de glóbulos rojos (OR 8,47; IC 95% 3,69 - 19,43). Al realizar el análisis multivariado, la transfusión de glóbulos rojos (OR 7,9 95% IC 1,78 - 35,88) y el ASA III o IV (OR 3,26 95% IC 1,01 - 17,23) fueron factores de riesgo independientes de complicaciones en el postoperatorio. El modelo tiene un área bajo la curva de 0,6345. La estadía postoperatoria fue de 5 + 2 días en pacientes sin complicación y 9 + 7 días en los que se complicaron ( $p < 0,001$ ). La tasa de reoperaciones fue de 2,6%. Conclusión: En este estudio, la necesidad de transfusión y el ASA igual o mayor a III son factores de riesgo independientes para predecir complicaciones en cirugía colorrectal laparoscópica. Por otro lado, las tasas de conversión, morbilidad y mortalidad son similares a las comunicadas por otras series.

#### FACTORES ASOCIADOS A ÍLEO POSTOPERATORIO EN PACIENTES OPERADOS POR VÍA LAPAROSCÓPICA DE PATOLOGÍA COLORRECTAL.

*Dres V. Parada, A. J. Zárate, F. López-Köstner, V. Salvador, C. Wainstein, R. Liendo, U. Kronberg*  
Unidad de Coloproctología Clínica Las Condes

**Introducción:** El íleo postoperatorio (IPO) en cirugía colorrectal se asocia a un aumento en la morbilidad y estadía hospitalaria. La cirugía laparoscópica ha disminuido el periodo de hospitalización postquirúrgica, sin embargo, en pacientes con IPO este periodo permanece aumentado.

**Objetivo:** Analizar los factores asociados al IPO en pacientes sometidos a cirugía colorrectal laparoscópica.

**Métodos:** Estudio transversal de pacientes operados entre enero 2008 y enero 2012, registrados en la base prospectiva de cirugías laparoscópicas. Se compararon variables demográficas y clínicas en pacientes con y sin IPO con datos completos. Este se definió como la ausencia de función intestinal al quinto día postquirúrgico, o la necesidad de inserción de sonda nasogástrica debido a distensión abdominal, náuseas y vómitos luego de haber iniciado el régimen vía oral, en ausencia de obstrucción intestinal mecánica.

**Resultados:** Se incluyó un total de 167 pacientes, con una edad promedio de 52,7 años y un leve predominio masculino (55%). Presentaron IPO 24 pacientes (14,3%). El grupo con IPO tuvo una mayor edad (51,1 vs 62,3 años;  $p = 0,0007$ ), mayor porcentaje de cirugías abdominales previas (58,3% vs 37,1%;  $p = 0,0189$ ), y mayor comorbilidad expresado en una mayor frecuencia de pacientes ASA II/ASA III en el grupo con IPO (83,3% v/s 45,4%;  $p = 0,0009$ ). El IMC fue similar para ambos grupos (25,8 vs 27,1;  $p = 0,1211$ ). En pacientes con colectomía derecha se observó una mayor frecuencia de IPO comparado con colectomía izquierda y total (31,8% v/s 9,5% v/s 20,7%  $p = 0,0122$ ). En pacientes operados por cáncer se presentaron más IPO

comparado con enfermedad diverticular (19,4% v/s 4,3%;  $p = 0,0299$ ). El uso preoperatorio de corticoides, el nivel de albúmina preoperatoria, las dosis intraoperatoria de opiáceos, el uso de narcóticos postoperatorios y la concentración de K+ postoperatorio fue similar entre pacientes con y sin IPO. La caída de hemoglobina fue mayor el grupo de los pacientes con IPO (0,97 vs 1,7;  $p = 0,0406$ ). El 12,5% de los pacientes con IPO presentaron absceso intraabdominal y/o filtración de la anastomosis v/s el 4,2% de los pacientes sin íleo ( $p = 0,0955$ ).

**Conclusión:** Los factores asociados a la aparición de IPO son mayor edad, antecedente de cirugías abdominales, la hemicolectomía derecha, pacientes operados por cáncer, y la caída de hemoglobina postoperatoria.

#### HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA POR CÁNCER COLORRECTAL.

*Dres V. Parada, A. J. Zárate, F. López-Köstner, C. Wainstein, V. Salvador, U. Kronberg*

Unidad de Coloproctología Clínica Las Condes.

**Introducción:** La vigilancia endoscópica en pacientes operados por cáncer colorrectal (CCR) es fundamental en el seguimiento, ya que permite diagnosticar lesiones metacrónicas, susceptibles de tratamiento precoz.

**Objetivo:** Describir los hallazgos endoscópicos preoperatorios y a un año de seguimiento en pacientes operados por CCR.

**Metodología:** Desde la base de datos prospectiva del registro de colonoscopias, se seleccionaron pacientes operados entre Julio 2007 a Julio 2011 con registros completos de las colonoscopias pre y postoperatorias. Se registraron hallazgos y complicaciones endoscópicas, los hallazgos intraoperatorios, los resultados de las anatomías patológicas y de colonoscopias virtuales. **Resultados:** Se incluyeron 68 pacientes con estudio endoscópico preoperatorio y seguimiento a un año. En este grupo hubo 30 mujeres (44,1%) y la edad promedio fue de 64 años. No se registraron complicaciones en las colonoscopias pre ni postoperatorias.

En las colonoscopias preoperatorias se observó la presencia de pólipos concomitantes en el 44,1% (30/68), hallando un número promedio de 3,3 pólipos (r: 1 a 25) por paciente, con un tamaño promedio de 9,2 mm (r: 2 a 25 mm). En 4 pacientes se evidenciaron 10 o más pólipos. En 2 (2,9%) se observaron tumores sincrónicos (1 cecal y recto, 1 en colon derecho y transversal). En 18/68 (26,5%), la colonoscopia preoperatoria fue incompleta. Las causas fueron: 79% por lesión estenosante, 11% por mala preparación, 5% por mala tolerancia del paciente y un 5% por presencia de colon flexuoso. En 7 de los 18 pacientes con colonoscopias incompletas se realizó una colonoscopia virtual, identificando lesiones polipoideas en 1 de éstas. El seguimiento endoscópico se realizó en promedio a los 13,2 meses. Una colonoscopia postoperatoria fue incompleta (mala preparación). En 27/68 (39,7%)

se encontraron pólipos, de estos, 2 (7,4) fueron adenomas con displasia de alto grado. En pacientes con colonoscopia preoperatoria incompleta (18), se realizó el seguimiento endoscópico a los 11,8 meses promedio desde la cirugía. Cinco de ellos presentaron pólipos en colonoscopia postoperatoria; uno de ellos con displasia de alto grado.

Conclusión: El estudio endoscópico es útil en el seguimiento, evidenciando lesiones precancerosas en más de un tercio de los pacientes.

#### INFLIXIMAB COMO ALTERNATIVA PARA EVITAR CIRUGÍA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) EXPERIENCIA LOCAL.

*Drs. M.I Quijada, D. Simian, C. Estay, J. Lubascher, R. Acuña, R. Quera.*

Departamento de Gastroenterología, Clínica las Condes. Fondecyt regular nº 1110381

Introducción: El tratamiento de la EII es complejo y su objetivo es lograr remisión sin esteroides, inducir y mantener mucosa sana, remisión radiológica, mantener función gastrointestinal normal, prevenir cirugías, hospitalizaciones y discapacidad, entre otros.

Durante el curso de la enfermedad, un porcentaje importante de pacientes con Enfermedad de Crohn (EC) requieren de uno o más procedimientos quirúrgicos y en menor proporción, cerca del 20% de los pacientes con Colitis Ulcerosa (CU). En lograr estos objetivos Infliximab (anticuerpo monoclonal anti-TNF?) juega un rol fundamental en la inflamación de la EII, permitiendo mantener la remisión de manera rápida y efectiva, demostrando un rol fundamental tanto en prevenir cirugía como recurrencia postoperatoria. No obstante, aún existe una subindicación por temor a los eventos adversos asociados a su uso.

Objetivos: Describir el uso de Infliximab en pacientes con EII tratados en nuestra clínica durante los años 2007-2012, cuantificando su respuesta al tratamiento, necesidad de cirugía y la presencia de eventos adversos.

Métodos: Estudio descriptivo a partir de una base de datos prospectiva, sobre características clínicas, tratamiento y complicaciones. Se evaluó la respuesta posterior a la 2ª dosis, y a los 3-6 meses (control endoscópico/radiológico).

Resultados: Se incluyen 23 pacientes, 17 con Enfermedad de Crohn y seis con Colitis Ulcerosa. Edad promedio 38 años (18-61). Todos los pacientes fueron presentados en reunión multidisciplinaria de Patología Inflamatoria Intestinal, decidiendo el inicio de tratamiento con Infliximab. La indicación fue refractariedad a tratamiento en 14 pacientes y compromiso perianal en nueve. Nueve pacientes iniciaron tratamiento con <2 años de evolución de enfermedad. Veinte pacientes recibieron terapia asociada y tres monoterapia. El número de dosis de Infliximab es de 2-60. El 78% respondió clínicamente después de dos dosis y el 56% de los pacientes ha presentado remisión

endoscópica/radiológica a los 3-6 meses. Diez pacientes han suspendido Infliximab, tres por mala respuesta, cuatro por decisión del paciente/médico y tres por costo económico. Tres han presentado eventos adversos (herpes zoster y sinusitis), ninguno de ellos motivó la suspensión del tratamiento. Una paciente con EC requirió cirugía, instalación de setón, post uso de Infliximab.

Conclusión: Infliximab resulta ser una droga segura, logrando respuesta clínica, endoscópica e histológica en el 56% de los pacientes a los 3-6 meses, indicado oportunamente parece prevenir la necesidad de cirugía, ya que en nuestra serie solo una paciente requirió drenaje post uso de terapia biológica.

#### HEMORROIDEPEXIA GRAPADA: RESULTADOS A CORTO PLAZO EN 5 AÑOS DE EXPERIENCIA.

*Drs. C. Villalón, G. Guíñez, E. Melkonian, A. Cúneo, C. Jensen, L. Espíndola, G. Vial, Int. K. Schönfeldt.*  
Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo - Clínica Alemana de Santiago

Introducción: La hemorroidopexia grapada, descrita inicialmente por Longo en 1998 es una alternativa a la hemorroidectomía excisional.

Los estudios que comparan esta técnica con la hemorroidectomía excisional han demostrado significativamente menos dolor Y sangrado post operatorio.

Objetivo: Presentar la experiencia acumulada en esta técnica en Clínica Alemana de Santiago, con un seguimiento a corto plazo.

Materiales Y Método: Estudio descriptivo, retrospectivo, analizando las fichas clínicas de pacientes operados en la Clínica Alemana de Santiago entre enero de 2006 y junio de 2012.

Se realizó un análisis descriptivo de variables como la edad, género, estadía hospitalaria, requerimientos de analgesia, complicaciones, tiempo de seguimiento y recidiva a corto plazo.

Resultados: Durante el período estudiado se realizaron 428 cirugías hemorroidales, de las cuales 133 fueron hemorroidopexias grapadas (31%). El grupo está constituido por 38 pacientes (28.6%) de género femenino, 95 (71.4%) de género masculino, con un promedio de edad de 47 años. Trece pacientes habían tenido algún tratamiento previo para la patología hemorroidal.

Un 26% de los pacientes requirió resección de plicomas y hemorroides externos como procedimiento adicional en el mismo tiempo quirúrgico.

La estadía hospitalaria presentó una mediana de 1 día (1 a 4 días).

La gran mayoría (93.2%) de los pacientes requirió analgesia estándar (AINEs) en el post operatorio, sin embargo 9 pacientes (6.8%) requirieron analgesia adicional con opiáceos. El seguimiento postoperatorio promedio fue de 82 días, con una dispersión de 7 días a 2 años. 15 pacientes (11.8%) presentaron

algún tipo de complicación, de los cuales 5 (3.8%) fueron reintervenidos, 4 por sangrado y 1 por absceso post operatorio.

Se observó recidiva en 4 pacientes, y uno de ellos, requirió una nueva intervención.

Conclusión: La hemo rroidopexia grapada, en nuestra serie, presenta una estadía hospitalaria corta, con bajos requerimientos de analgesia en el post operatorio. Así también presenta una baja tasa de complicaciones, la mayoría de las cuales no requirieron de reintervención quirúrgica.

#### HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES CON POSITIVIDAD DEL TEST INMUNOLÓGICO DE SANGRE OCULTA EN UN PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE LESIONES NEOPLÁSICAS COLORRECTALES.

*Drs. A.J. Zarate, C. Estay, AM. Wielandt, U. Kronberg, C. Wainstein, AM. Wielandt, E. Pinto, A. Ponce, F. López-Köstner.*

Unidad de Coloproctología. Clínica las Condes. Laboratorio de Oncología y Genética Molecular. Clínica las Condes.

Introducción: El test inmunológico de sangre oculta en deposiciones (TSODi) es un pilar fundamental en los programas de detección precoz de lesiones neoplásicas colorrectales. El poseer un resultado positivo implica la continuación del proceso diagnóstico con un estudio endoscópico. Objetivo: Analizar los hallazgos endoscópicos en pacientes con TSODi positivo en un programa de detección precoz de neoplasias colorrectales. Métodos: Estudio prospectivo de un protocolo de detección precoz de lesiones colorrectales, desde el año 2009 al 2012. En el protocolo a todo paciente mayor de 50 años, asintomático se le indica TSODi, y al ser positivo se indica una colonoscopia total. Se seleccionan a los pacientes con estudio de TSODi positivo. Se analizó las anatomías patológicas de las biopsias endoscópicas y de pieza operatoria. Resultados: En el periodo mencionado se evaluaron 2.154 pacientes, de ellos 1.706 (79%) se realizó un TSODi, de ellos 156 (9,1%) tuvieron un TSODi positivo. De ellos, en 102 (65%) se realizó la colonoscopia, de los cuales 87 (85%) presentaron diversos hallazgos endoscópicos; 57 (56%) pacientes tuvieron uno o más pólipos/tumores.

Hubo 7 pacientes con pólipos de alto riesgo y 5 pacientes con CCR. De los 5 pacientes con CCR, 1 fue resuelto vía endoscópica, 3 vía laparoscópica y sólo uno mediante laparotomía. El estadio de los CCR fue I, II y III, en 1, 3 y 1 paciente, respectivamente. Dieciséis pacientes no presentaron alteraciones en su colonoscopia. No hubo complicaciones derivadas del procedimiento. Conclusión: La adherencia al estudio endoscópico es superior al 60%. En el estudio colonoscópico más de la mitad de los pacientes presentó lesiones polipoideas, destacando un 12% pólipos de alto riesgo o neoplasia.

#### ANÁLISIS DE INESTABILIDAD MICROSATELITAL EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL ESPORÁDICO.

*Drs. A.J. Zárate, AM. Wielandt, K. Álvarez, C. Hurtado, C Estay, D Simian, U. Kronberg, F. López-Köstner.*

Laboratorio de Oncología y Genética Molecular. Clínica Las Condes.

Unidad de Coloproctología. Clínica Las Condes. Financiado por Clínica Las Condes y Proyecto FONDECYT 1111020

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es la cuarta causa de muerte por cáncer en Chile y el 80% de los casos son esporádicos. Un 15% de los pacientes presenta tumores con inestabilidad microsatelital (MSI), la cual esta dada por una falla del sistema de reparación del ADN. Se ha determinado que la MSI tiene un factor pronóstico y predictivo, por lo que es una herramienta útil para personalizar el manejo de estos pacientes.

Objetivos: Evaluar el estado de MSI y variables anatomopatológicas clásicas en tumores de pacientes con CCR esporádico.

Métodos: Estudio prospectivo, seleccionando pacientes operados por CCR esporádico en Clínica las Condes entre los años 2010 y 2012. El análisis de MSI se realizó estudiando los 5 marcadores establecidos por el National Cancer Institute. Para ello se extrajo el ADN del tumor y de tejido sano del mismo paciente, a partir del cual se amplificó por PCR cada marcador y se comparó el perfil de migración. Además, se analizaron los datos demográficos, clínicos y anatomo-patológicos en conjunto con los resultados de MSI. El análisis estadístico se realizó con el test de chi cuadrado. Resultados: Se analizaron 73 pacientes con una edad promedio de diagnóstico de 62 años (r: 36-97), 52% de ellos son hombres. El 18% de los tumores (13/73) presentó MSI-alta (MSI-H). Al analizar la MSI según localización, se observó predominio del lado derecho en tumores MSI-H (77%) (p=0,0001), por el contrario el 78% de los MSS se localizaron en el lado izquierdo. Respecto de la estadificación, un porcentaje similar de tumores presentaron invasión pT3-pT4 (MSI-H 77% vs MSS 78%); invasión linfonodal positiva un 31% y 45% de los tumores MSI-H y MSS, respectivamente. El 69% de los tumores de MSI-H se presentaron en estadios tempranos en comparación con el 53% de los tumores MSS. Un alto porcentaje de los tumores MSS (91%) presentó moderada diferenciación y sólo un 9% pobre diferenciación, en comparación con una similar distribución observada en los tumores MSI-H (p=0,01).

Conclusión: Este estudio sugiere que la MSI-H se asocia con tumores localizados en el colon derecho, además de presentarse en tumores pobremente diferenciados.

## IDENTIFICACIÓN DE MUTACIONES GERMINALES EN EL GEN STK11 EN PACIENTES CHILENOS CON SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS

*Drs. P. Orellana, K. Álvarez, E. Pinto, C. Heine, C. Suazo, J. Church, P. Carvalho, F. López-Köstner*

Laboratorio de Oncología y Genética Molecular, Unidad de Coloproctología, Clínica las Condes, Santiago-Chile<sup>1</sup>. Cleveland Clinic Foundation, Ohio-USA<sup>2</sup>. Departamento Biología Celular y Molecular, Facultad Ciencias Biológicas, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago-Chile<sup>3</sup>.

**Introducción:** El Síndrome Peutz-Jeghers (SPJ) es un desorden autosómico dominante causado por mutaciones en la línea germinal en el gen serina/treonina kinasa 11 (STK11). Este síndrome se caracteriza por la presentación de máculas mucocutáneas en boca, manos y pies; pólipos hamartomatosos en el tracto gastrointestinal que pueden producir sangrado, anemia e intususcepción; y un riesgo aumentado de neoplasias en distintos órganos. El objetivo de este estudio fue determinar la causa genética en pacientes chilenos con Síndrome de Peutz-Jeghers.

**Metodología:** El ADN genómico fue extraído desde sangre venosa periférica. Se reclutaron 13 pacientes desde 8 familias con SPJ. En una primera etapa, el gen STK11 fue amplificado por PCR y analizado mediante secuenciación de ADN. En pacientes sin mutación puntual identificada se realizó el análisis de rearrreglos genómicos mediante la técnica de multiplex ligation-dependent probe amplification (MLPA).

**Resultados:** Un total de 13 pacientes (10 mujeres y 3 hombres, rango edad actual: 9-54 años), desde ocho familias fueron incluidas en el estudio. La edad de diagnóstico osciló entre 1-37 años de edad. Cinco familias presentan historia familiar de la enfermedad, en tanto que las demás familias son aparentemente casos de novo. En seis familias, los pacientes presentaron intususcepción debiendo someterse a múltiples cirugía. Ninguno de los pacientes incluidos en este estudio ha desarrollado cáncer. Entre los antecedentes familiares, se encontraron dos casos afectados por cáncer y SPJ, uno con cáncer colorrectal y otro con cáncer pancreático, ambos fallecidos a los 71 y 53 años, respectivamente. El estudio genético demostró la presencia de 7 mutaciones diferentes en el gen STK11 en 7/8 familias (88%), las cuales corresponden a 3 mutaciones puntuales (una proteína trunca y dos cambios intrónicos) identificadas por secuenciación, y 4 grandes deleciones que involucran desde un exón o el gen completo identificadas por MLPA. Todas las mutaciones conducen a la pérdida de dominios funcionales de la enzima. Las mutaciones puntuales no han sido previamente descritas en otras poblaciones.

**Conclusión:** Nuestros resultados demostraron mutaciones en el gen STK11 en el 88% de las familias que cumplen con los criterios diagnósticos de SPJ. La combinación de dos técnicas moleculares en el estudio permitió identificar un alto porcentaje de mutaciones.

Financiado por Cleveland Clinic Foundation and Clínica Las Condes.

## ANÁLISIS DE MUTACIONES PUNTUALES Y REARREGLOS GENÓMICOS EN LOS GENES MLH1, MSH2, MSH6 Y PMS2 EN EL SÍNDROME DE LYNCH.

*Drs. P. Orellana, A. Wielandt, K. Álvarez, C. Hurtado, E. Pinto, P. Carvalho, J. Church, U. Kronberg, F. López-Köstner*

Laboratorio de Oncología y Genética Molecular, Unidad de Coloproctología, Clínica las Condes

**Introducción:** La estrategia de estudio del Síndrome de Lynch incluye la selección de las familias por criterios clínicos (Amsterdam y Bethesda), y el análisis de inestabilidad microsatelital (MSI). Inicialmente, el análisis genético se realizó mediante búsqueda de mutaciones puntuales en los genes MLH1 y MSH2. Desde el año 2009, se agregaron estudios para mutaciones puntuales en los genes MSH6 y PMS2, y el análisis de rearrreglos genómicos en los 4 genes.

**Objetivo:** Evaluar la estrategia aplicada en el estudio genético de pacientes con Síndrome de Lynch. **Métodos:** Inicialmente, pacientes sospechosos de Síndrome de Lynch fueron clasificados según criterios de Amsterdam y Bethesda. Las biopsias de los pacientes fueron analizadas para MSI utilizando 5 marcadores (panel de Bethesda). El estudio genético de los genes MLH1, MSH2, MSH6 y PMS2 se realizó utilizando diferentes técnicas como SSCP (Single Strand Conformation Polymorphism), secuenciación directa y MLPA (Multiplex Ligand-dependent Probe Amplification).

**Resultados:** Estudios genéticos fueron realizados en 50 familias sospechosas de Síndrome de Lynch, 21 de ellos con criterios de Amsterdam y 29 de Bethesda. Se identificaron 17 mutaciones diferentes en 20 familias (17 Amsterdam y 3 Bethesda). Las mutaciones de 15 familias están localizados en el gen MLH1, y de las 5 restantes en MSH2. Catorce familias portan mutaciones puntuales, y en 6 se observaron rearrreglos genómicos (30%). En los genes MSH6 y PMS2, se detectaron solamente variantes alélicas. Para el análisis de MSI se contaba con muestras tumorales en 41 familias, de las cuales 33 mostraron MSI-alta (18 Amsterdam y 15 Bethesda).

**Conclusiones:** Aplicando las diferentes técnicas de análisis genético, se logró identificar una mutación en MLH1 ó MSH2 en el 94% de las familias Asterdam y 20% de las familias Bethesda con MSI-alta. En familias Amsterdam, se permite realizar el estudio genético directamente, mientras en familias Bethesda se recomienda analizar el estado de MSI primero para aumentar la probabilidad de encontrar una mutación. Las variantes alélicas encontradas en MSH6 y PMS2 requieren estudios funcionales para determinar su eventual patogenicidad.

## REARREGLOS GENÓMICOS EN EL GEN APC Y MUTACIONES EN EL GEN MUTYH EN PACIENTES CON POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR.

*Drs. K. Álvarez, A. Wielandt, P. Orellana, M. De la Fuente, C. Hurtado, E. Pinto, U. Kronberg, P. Carvalho, J. Church, F. López-Köstner*

Laboratorio de Oncología y Genética Molecular, Unidad de Coloproctología, Clínica las Condes

**Introducción:** En 2003, nuestro grupo de trabajo inició un Registro de Tumores Hereditarios. Hasta la fecha, se incluyeron 69 familias con Poliposis Adenomatosa Familiar (PAF), tanto en variante clásica como atenuada. Inicialmente, en los pacientes se realizaron análisis genéticos para detectar mutaciones puntuales en el gen APC. Desde el año 2009, se agregaron nuevas técnicas para detectar rearrreglos genómicos y mutaciones en el gen MUTYH en pacientes sin mutación diagnosticada con las técnicas anteriores. Finalmente, cuando se identifica la mutación patogénica, se le ofrece un diagnóstico molecular a los familiares. **Objetivo:** Evaluar la estrategia de análisis de los genes APC y MUTYH aplicada en pacientes con PAF.

**Métodos:** El estudio de APC fue realizado mediante SSCP (Single Strand Conformation Polymorphism), PTT (Test de proteína trunca), MLPA (Multiplex Ligand-dependent Probe Amplification) y secuenciación directa del ADN. En el análisis del MUTYH se utilizó únicamente la secuenciación. **Resultados:** Se estudiaron 55 familias con PAF en total, 37 de ellos de variante clásica y 18 atenuada. En PAF clásica, se detectaron 28 mutaciones diferentes en 35 de las 37 familias. En 31/35 familias (89%) se observó una mutación puntual, y en las otras 4 (11%) un rearrreglo genómico. Más de la mitad de las mutaciones no fueron descritas anteriormente. En el gen MUTYH se encontraron mutaciones homocigotas en 2 familias (una PAF clásica y una atenuada), y una mutación heterocigota en otra familia con PAF atenuada. Una de estas mutaciones no ha sido descrita previamente. El diagnóstico molecular fue realizado en 108 familiares directos de pacientes portadores de mutaciones en APC, y en 30 de ellos (28%) se demostró la mutación. **Conclusión:** En familias con PAF clásica, el análisis de APC para mutaciones puntuales lleva a un diagnóstico genético en el 83% de los casos. Agregando técnicas nuevas como MLPA y análisis de MUTYH, la probabilidad de encontrar una mutación aumenta al 97%. Por otro lado, la tasa de detección de mutaciones en PAF atenuada es más baja (28%), y todas las alteraciones fueron encontradas en MUTYH.

#### MANEJO DE LOS PACIENTES CON METÁSTASIS HEPÁTICAS DE CÁNCER COLORRECTAL EN EL HOSPITAL DEL SALVADOR COMO CENTRO DE REFERENCIA.

*Drs. C. Heine, R. Fernández, G. Bascur, E. Mordojovich, R. Figueroa, P. León, A. Readí, E. Melkonian.*

Servicio de Cirugía, Unidad de Coloproctología, Hospital del Salvador - Campus Oriente Universidad de Chile.

**Introducción:** En Chile, el cáncer colorrectal (CCR) es la tercera causa de muerte por cáncer de origen gastrointestinal. Cerca de la mitad de los pacientes con CCR desarrollarán metástasis hepáticas (MH) como evolución natural de la enfermedad. En estos

pacientes el tratamiento quirúrgico ofrece la mejor alternativa para mejorar la sobrevida.

**Objetivo:** Caracterizar las cirugías, morbilidad, mortalidad, resolución quirúrgica y la sobrevida de los pacientes diagnosticados con CCR etapa IV en el Hospital del Salvador.

**Material y método:** Estudio retrospectivo de la base de datos de los pacientes presentados al comité de tumores del Hospital del Salvador entre los años 2009 al 2012. La mortalidad se obtuvo de los registros clínicos y de informes del Registro civil y de Identificación. Para el análisis de las curvas de sobrevida se utilizó el método de Kaplan-Meier mediante el software SPSS 15.0.

**Resultados:** Se presentaron a comité un total de 102 casos. De ellos un 45% (46 pacientes) presentan tratamiento y seguimiento en este centro. La edad promedio fue de 64 años (i:40/83) siendo 20 de ellos mujeres (56%). Los síntomas principales fueron 52% por baja de peso y 39% por rectorragia. El diagnóstico del tumor primario se realizó principalmente por colonoscopia en un 71% siendo en 18 pacientes un tumor de recto (39%). Dos pacientes (4%) presentaban un tumor sincrónico de Colon derecho y sigmoides. En la serie un 58% de los pacientes fueron intervenidos del tumor primario. Las cirugías fueron 3 Resecciones Anteriores Bajas, 5 Resecciones Ultrabajas, 6 Hemicolectomías derechas, 6 Hartmann, 2 colectomías totales y 5 sigmoidectomías. Un 86% de los pacientes presentaba la MH al momento del diagnóstico del CCR. Seis pacientes (13%) fueron tratados del tumor primario y de sus MH en un tiempo. No hubo morbilidad ni mortalidad en los pacientes operados por el tumor primario. Al momento del diagnóstico 13 pacientes (28%) presentaban además metástasis pulmonares. Un 71% recibió Quimioterapia y de ellos 10 pacientes (30%) recibieron de 2ª línea. En cuanto al tratamiento de las MH, se realizaron 5 ablaciones (10%), 5 resecciones bilobares (10%) y 19 metastasectomías (41%). La estadía hospitalaria fue de 8,7 días promedio. No hubo complicaciones intraoperatorias y sólo hubo un fallecimiento por neumonía intrahospitalaria. La sobrevida global de esta serie a 3 años fue de 74%.

**Conclusión:** El enfoque multidisciplinario en el manejo de los pacientes con MH de CCR permite conseguir buenos resultados a mediano y largo plazo.

#### PLICATURA ESFINTERIANA : ¿UNA ALTERNATIVA VÁLIDA PARA LA INCONTINENCIA SEVERA?

*Drs. E. Melkonian, C. Heine, E. Mordojovich, G. Bascur, R. Fernández.*

Unidad de Coloproctología, Servicio de Cirugía, Hospital del Salvador - Campus Oriente Universidad de Chile.

**Introducción:** La incontinencia anal es una patología muchas veces invalidante para los pacientes y cada vez más frecuente por el envejecimiento de la población. El tratamiento incluye la sobreposición esfinteriana, implante de esfínter artificial, terapias médicas de re-educación pelviperineal. Últimamente

la neuro-estimulación tibial o de nervios sacros. A pesar de todo esto, hay pacientes que no responden a terapias habituales o no presentan defectos anatómicos que reparar. Como tratamiento para la incontinencia severa para casos sin defecto esfinteriano externo, la plicatura esfinteriana es una técnica poco reportada en la literatura. Objetivo: Presentar una serie de casos de pacientes portadores de incontinencia severa sin defecto del esfínter externo, sin respuesta a otros tratamientos y que fueron tratadas con plicatura del esfínter externo.

**Material y Método:** Se revisan los protocolos de incontinencia de la Unidad de Coloproctología del Hospital del Salvador entre los años 2005 y 2010, seleccionando los pacientes con Incontinencia severa y a los sometidos a plicatura esfinteriana. La técnica quirúrgica consistió en una incisión arciforme perineal anterior, identificación de cara anterior del esfínter externo y plicatura sobre sí mismo con puntos en U de prolene 2-0, ajustando el tono del esfínter y canal anal. Se utilizó t-test para significancia estadística.

**Resultados:** Se encontraron 24 pacientes estudiados por incontinencia severa en el servicio de Coloproctología del Hospital del Salvador. De ellos un total de 5 pacientes fueron tratados con Plicatura esfinteriana. por incontinencia severa en el servicio de Coloproctología del Hospital del Salvador. Todos los pacientes eran de sexo femenino, con una edad promedio de 63 años (i: 52-75). Una paciente tenía el antecedente de un desgarro vaginal en uno de sus 4 partos. Todas presentaban incontinencia severa a sólidos con un score de Wexner promedio de 15. De las 5 pacientes, 4 requirieron Biofeedback como terapia complementaria pre y post-operatoria. Hubo mejoría franca en 4 de las 5 pacientes (80%) llegando a un score de Wexner promedio de 4 lo que fue estadísticamente significativo ( $p < 0,003$ ). Una paciente requirió plicatura de ambos esfínteres presentando solo mejoría parcial, manteniendo incontinencia a gases. En ninguno de los 5 casos hubo complicaciones de la técnica quirúrgica. Todas las pacientes presentaron una evolución favorable, con escape de gases ocasionales. y se mantienen en controles frecuentes.

**Conclusión:** La plicatura esfinteriana puede ser una buena y relativamente simple solución para pacientes con incontinencia severa y por ende con alteración de su calidad de vida y que no han tenido respuesta o posibilidad de realizar otras terapias.

**RESULTADOS DE NEUROMODULACIÓN NERVIOS TIBIAL POSTERIOR TRANSCUTÁNEA EN PACIENTES CON INCONTINENCIA FECAL: EVALUACIÓN CLÍNICA Y DE CALIDAD DE VIDA**  
*Drs. A. Sanguineti, M. Abedrapo, R. Azolas, K. Carrillo, A. Readí, M. Díaz, G. Bocic, J.L. Llanos, A. Aguilera, V. Manriquez.*

Hospital Clínico Universidad de Chile, Departamento de Cirugía, Unidad de Coloproctología y Piso Pélvico.

**Introducción:** La neuromodulación periférica del nervio tibial posterior (NMTP) es una técnica más simple y asequible que la neuromodulación central clásica. Sus resultados en patología del piso pélvico han demostrado resultados prometedores. En incontinencia fecal ha mostrado eficacia, sin embargo, aún faltan estudios para validar los resultados.

**Objetivo:** Analizar la mejoría clínica y de calidad de vida posterior al tratamiento con NMTP objetivada mediante cuestionarios estandarizados. **Materiales y Métodos:** Se reclutaron pacientes con diagnóstico de incontinencia fecal de forma prospectiva. Se midió el score de Wexner previo y posterior al tratamiento a las 12 semanas. Se realizó además previo y posterior al tratamiento la encuesta de calidad de vida Fecal Incontinence Quality of Life (FIQoL), validada al idioma español, la cual mide 4 ítems: estilo de vida, conducta, depresión y vergüenza. La NMTP se realiza mediante estimulación a nivel de un punto estandarizado a través de un electrodo aguja. Las sesiones tienen duración de 30 minutos y se realizan 2 veces por semana durante 12 semanas (total de 24 sesiones). Para el análisis de realizaron pruebas estadísticas para muestras pareadas.

**Resultados:** Se reclutó un total de 10 pacientes. Todos sexo femenino con edad promedio 58,6 ± 16 años. El score de Wexner previo y posterior al tratamiento 11,1 ± 1,3 vs 9 ± 1,1 puntos ( $p=0,01$ ). El puntaje total del FIQoL fue de 65,6 ± 5,8 previo y 77,7 ± 4,8 posterior al tratamiento, demostrando una mejoría significativa ( $p=0,02$ ). Al analizar los ítems medidos por FIQoL todos mejoraron significativamente: estilo de vida 24,7 ± 2,4 vs 29 ± 2,4,  $p=0,03$ ; conducta 18,6 ± 1,7 vs 22 ± 1,3,  $p=0,03$ ; depresión 17,4 ± 1,8 vs 20,7 ± 1,5,  $p=0,04$ ; vergüenza 4,9 ± 0,7 vs 6 ± 0,8,  $p=0,04$ .

**Conclusión:** Se observa una mejoría de la severidad clínica de la incontinencia fecal y de la calidad de vida inmediatamente posterior al tratamiento con NMTP. Sin embargo, se requiere mayor seguimiento para evaluar resultados a mediano y largo plazo.

**RESULTADOS ONCOLÓGICOS DE PACIENTES OPERADOS POR VÍA LAPAROSCÓPICA EN UN HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO**

*Drs. K. Carrillo, M. Abedrapo, R. Azolas, A. Sanguineti, A. Readí, M. Díaz, G. Bocic, J.L. Llanos, S. Cortés.*

Hospital Clínico Universidad de Chile, Departamento de Cirugía, Unidad de Coloproctología

**Introducción:** El abordaje laparoscópico en pacientes con cáncer colorrectal (CCR), inicialmente controversial, se considera actualmente una técnica segura con resultados oncológicos adecuados. **Objetivo:** Analizar la sobrevida en pacientes operados por vía laparoscópica por CCR en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron prospectivamente los pacientes sometidos a cirugía por cáncer colorrectal por vía laparoscópica. Se analizaron los pacientes con al menos 24 meses de

seguimiento. Se analizaron los datos demográficos, de pieza operatoria y seguimiento clínico postoperatorio. Se revisaron los certificados de defunción obtenidos del registro civil. Se analizaron los datos mediante análisis de sobrevida de Kaplan-Meier.

Resultados: Se reclutaron un total de 138 pacientes. Dos pacientes fallecieron de causas no relacionadas al cáncer por lo que se excluyeron del análisis. La mediana de seguimiento fueron 40 meses (r: 24 - 143). El 48,5% de los pacientes eran de sexo femenino, y la mediana de edad fue 64 años (RI: 55-72). El 26% de las cirugías fueron por cáncer de recto, de los cuales el 39% recibió neoadyuvancia. La distribución por estadios fue estadio 0 un 3%, estadio I 18%, estadio II 32%, estadio III 36% y estadio IV 11%. La sobrevida global a 5 años fue de 79,65% (IC: 69-87%). Por estadios la sobrevida fue de 100%, 95,83%, 93,83%, 76,93% y 14% para los estadios 0, I, II, III y IV respectivamente. Conclusiones: La mortalidad en esta serie es comparable con los resultados de la literatura internacional. Nuestro resultados muestran la técnica laparoscópica como segura con adecuados resultados oncológicos, sin embargo, un seguimiento a más largo plazo debe ser evaluado.

#### PREVALENCIA DE LA INCONTINENCIA FECAL EN PERSONAS QUE ACUDEN A POLICLINICOS DEL HCUCH

*Drs. A. Sanguinetti, G. Bocic, C. Dominguez, M. Díaz, S. López, R. Azolas, M. Abedrapo, J.L. Llanos, A. Readí, M. Maas, J. Laso, R. Iturriaga* Hospital Clínico Universidad de Chile, Departamento de Cirugía.

Introducción: La incontinencia fecal (IF) es una condición anormal en la defecación. Pacientes con IF pueden tener un severo impacto en su bienestar social y psicológico lo que conlleva a subestimar la prevalencia de esta. En Chile solo hay un estudio del año 2008 el cual muestra una prevalencia de IF a gases de un 20,5% y de IF a sólidos y líquidos de un 2,7%; la cual aumenta en forma significativa en los adultos mayores.

Objetivos: Estudiar la prevalencia de la IF en Chile, los factores asociados a esta y las diferencias por sexo y edad.

Metodología: Se diseñó un estudio prospectivo en pacientes y familiares de estos que acuden al policlínico del HCUCH exceptuando coloproctología, el cual se realizó entre los meses de mayo y junio del año 2012. La encuesta era anónima y comprendía factores de riesgo para IF, el tipo de incontinencia y su severidad, mediante el Score CCFIS. El análisis estadístico se realizó con T de Student, Chi cuadrado e índice de correlación de Pearson según correspondiera.

Resultados: En el período señalado se entrevistaron a 1170 personas, de estas 688 (58,8%) correspondieron a sexo femenino, el promedio de edad fue 49 años. Se observó una prevalencia de IF a gases de un 30,6% y de un 3,2% para IF a líquidos y sólidos (2,1% y 2,0% respectivamente); siendo la IF a gases mayor en forma significativa en los adultos

mayores (> 65 años). El número de partos, forceps y RN macrosómico no se relacionó con IF. La Incontinencia urinaria fue estadísticamente significativa a favor de las mujeres al igual que en el grupo de los adultos mayores. En cuanto a las patologías anorrectales que fueron operadas las fistulas, el prolapso y las hemorroides se reaccionan en forma significativa a IF. Al contrario las personas sin cirugías se relacionan en forma inversa con la IF.

Discusión: Los resultados de prevalencia de IF a gases demuestra que esta patología es frecuente en nuestro país, y aun más las cifras que muestran los adultos mayores, lo cual asociado al envejecimiento de la población, ésta irá aumentando en forma progresiva. Es ahí la importancia de preguntar dirigidamente a los pacientes por esta sintomatología y derivarlos al especialista de forma precoz para mejorar así su calidad de vida; al igual que en patologías anorrectales las cuales deben tener controles estrictos para poder detectar de forma inicial esta patología.

#### RESECCIÓN ANTERIOR ULTRABAJA INTERESFINTERICA (RAUBIE) LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR PUERTO ÚNICO TRANS ANAL. A PROPOSITO DE 2 CASOS.

*Drs. R. Azolas (1,2), M. Abedrapo (1,2), A. Readí (1), M. Díaz (1), G. Bocic (1), J. Llanos (1), A. Sanguinetti (1), K. Carrillo (1), R. Ramírez (3).*

(1) Equipo Cirugía Coloproctológica Hospital Clínico Universidad de Chile.

(2) Clínica Dávila

(3) Interno Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: El tratamiento del cáncer de recto bajo a evolucionado en los últimos años. La etapificación con Resonancia Magnética (RM) de Pelvis permitió mejorar la indicación de neoadyuvancia y desde el punto de vista quirúrgico, con la aparición de la Resección Anterior Ultra Baja Interesfinterica (RAUBIE) ha aumentado en forma significativa la cirugía oncológica con preservación de esfínter, disminuyendo la indicación de la Resección Abdomino Perineal (RAP). En la actualidad el RAUBIE es una cirugía que muestra una baja mortalidad y una morbilidad asociada de un 24%. Se describe una recurrencia local 5,8% y una sobrevida global de un 83,2% a 5 años. Se ha desarrollado un puerto único, que permite vía tras anal la disección del recto.

Caso Clínico 1: L.M.U, 45 años. Consulta por cuadro 1 mes de evolución caracterizado por rectorragia, asociado a alteración del tránsito intestinal. Colonoscopia muestra tumor a nivel del recto medio-bajo. La RM de pelvis muestra tumor a 4 cm del margen anal, con adenopatías (+) en mesorrecto. Estudio de etapificación sin lesiones secundarias. Se indicó neoadyuvancia con Xeloba + radioterapia por 5 semanas.

Después de 8 semanas se realiza una RAUBIE Laparoscópica, cuyo tiempo perineal se realiza a través de puerto único, se deja ileostomía en asa de protección.

Evoluciona sin complicaciones, siendo dada de alta al 5° día.



La biopsia muestra un Adenocarcinoma Moderadamente Diferenciado con 13 ganglios sin compromiso tumoral y un margen quirúrgico distal a 0,5 cm.

Caso Clínico 2: P.L.A, 63 años. Cuadro de rectorragia y dolor abdominal 3 meses de evolución. La colonoscopia muestra un tumor en recto bajo. La RM de pelvis muestra un tumor a 4 cm del margen anal, con adenopatías (+). Estudio de etapificación sin lesiones secundarias.

Se indica neoadyuvancia con Xeloba+radioterapia por 5 semanas.

Después de 6 semanas se realiza RAUBIE Laparoscópico, asistido por el puerto único trans anal, se deja ileostomía en asa de protección. Evolucionó de buena forma, siendo dado de alta al 5° día.

La biopsia muestra un Adenocarcinoma Tubular Moderadamente Diferenciado con 12 ganglios sin compromiso tumoral y Margen quirúrgico distal a 1,5 cm.

Conclusión: La RAUBIE Laparoscópico es una técnica reproducible, con buenos resultados oncológicos y que permite preservar el esfínter en pacientes que antes solo tenían con alternativa la RAP. El uso del mono puerto trans anal facilita la disección en el mesorrecto durante el tiempo perineal. Se necesitan estudios prospectivos para evaluar su impacto.

#### HISTORIA DE LA DIVERTICULITIS AGUDA SIMPLE, ¿JUEGA ALGÚN ROL EN EL DESARROLLO DE LA DIVERTICULITIS COMPLICADA?. SEGUIMIENTO DE COHORTE A 2 AÑOS DEL DIAGNÓSTICO INICIAL.

*Drs. J. Irarrázaval<sup>1</sup>, M. Fernández<sup>1</sup>, D. Arbuló<sup>2</sup>, C. Arenas<sup>2</sup>, F. Fuenzalida<sup>2</sup>, A. Navia<sup>3</sup>, A. Larach<sup>1</sup>, L. Espindola<sup>1</sup>.*

1: Equipo Coloproctología Servicio de Cirugía Hospital Militar de Santiago. 2: Residente de Cirugía Universidad de los Andes. 3: Interno Universidad de los Andes.

Hospital Militar De Santiago

**Introducción:** La enfermedad diverticular afecta a dos tercios de los pacientes mayores de 80 años y tiene una prevalencia similar en ambos sexos. Reportes actuales sugieren un aumento en las hospitalizaciones, complicaciones e intervenciones por esta enfermedad. La historia natural de esta patología fue descrita primeramente por Parks, existiendo solo algunos trabajos que identifican factores de riesgo, por lo que aún no existe claridad sobre la evolución de ésta. Clásicamente se ha sugerido que la resección del segmento afectado se realice una vez presentado el segundo episodio de diverticulitis aguda simple o el primero de diverticulitis aguda complicada, aún cuando las guías actuales no presentan evidencias sólidas sobre esto. **Objetivo:** Evaluar la historia natural de la diverticulitis aguda simple en una cohorte de pacientes cautivos del Hospital Militar de Santiago, con un seguimiento de 2 años del primer episodio y evaluar el riesgo de desarrollar una diverticulitis complicada.

**Materiales y Métodos:** Se revisaron los registros clínicos de la totalidad de pacientes que presentaron el primer episodio de diverticulitis aguda simple, diagnosticados por clínica y certificados por TAC, entre el 1 de Enero de 2009 y el 31 de Diciembre de 2010. Se incluyeron solo pacientes con registro y seguimiento completo. Se registraron datos demográficos, tipo de manejo, tiempos de hospitalización, nuevas recidivas, cirugías y mortalidad.

**Resultados:** Se llevó a cabo la revisión de 71 fichas clínicas de pacientes que cursaron con el primer episodio de diverticulitis aguda simple. Un 63,3 % corresponde al sexo femenino. La mediana de edad fue de 60 años (31 - 93 años). Un 52,1 % de los pacientes se manejó de forma de forma ambulatoria y un 47,9 % internado, con un promedio de 3 días de estadía. El promedio de días de tratamiento antibiótico fue de 14 días. Un 19,7 % de los pacientes presentó nuevos episodios de diverticulitis aguda durante el seguimiento. Un 5,6 % presentó recidivas complicadas y solo un paciente requirió una cirugía de urgencia. Un 9,8 % fue sometido a una sigmoidectomía programada con una estadía promedio de 5 días. No se reportó mortalidad asociada al estudio durante el período de seguimiento.

**Conclusiones:** La enfermedad diverticular sigue siendo un tema controversial. Los resultados presentados en este trabajo concuerdan con las publicaciones recientes sobre la evolución de ésta patología. Son necesarios estudios multicéntricos para lograr entender la evolución natural y los factores que determinan esta enfermedad.

#### LAVADO PERITONEAL LAPAROSCOPICO EN DIVERTICULITIS AGUDA PERFORADA

*Drs. JA Mansilla<sup>1,2,3</sup>, A. Soto<sup>1,2</sup>, R. Fernández<sup>1</sup>*  
Servicio de Cirugía - Hospital Hernan Henríquez Aravena<sup>1</sup>, Temuco

Departamento de Cirugía y Traumatología- Universidad de la Frontera<sup>2</sup>, Temuco

Servicio de Cirugía-Clínica Alemana de Temuco<sup>3</sup>

**Introducción:** La prevalencia de enfermedad diverticular ha aumentado notablemente en los últimos 50 años. Durante años se recomendó la resección del segmento perforado junto a una colostomía terminal (operación tipo Hartmann) ante un caso de diverticulitis aguda perforada. Esta operación se acompaña de alta morbilidad y entre un 30-40% de estos pacientes no se reconstituyen. El lavado peritoneal a través del acceso laparoscópico de la cavidad abdominal es un planteamiento que ha ido cobrando adeptos en el manejo de la diverticulitis aguda junto con peritonitis purulenta. Evitamos una cirugía resectiva de urgencia junto con sus complicaciones asociadas, el riesgo de mortalidad, los costos y la necesidad de una ostomía por un periodo prolongado.

**Objetivo:** Describir nuestra experiencia inicial en el manejo de la diverticulitis aguda perforada mediante el lavado peritoneal laparoscópico.

**Material y Método:** Estudio prospectivo de pacientes hospitalizados con diagnóstico de diverticulitis aguda desde el año 2010. Los pacientes fueron sometidos a una tomografía computada de abdomen y pelvis

y a exámenes de laboratorio y fueron catalogados según clasificación de Hinchey. Los pacientes Hinchey III se manejaron con tratamiento antibiótico más un lavado peritoneal laparoscópico y drenaje. Resultados: En el periodo estudiado se ingresaron 174 pacientes con el diagnóstico de diverticulitis aguda. De éstos, 7 pacientes presentaban una diverticulitis aguda Hinchey III. Todos los pacientes son de sexo masculino. El promedio de edad es de 43 años. De los exámenes de laboratorio al ingreso destaca un promedio de leucocitos de 15725/mm<sup>3</sup> y una proteína C reactiva de 145 mg/L. La tomografía computada de abdomen y pelvis mostró la presencia de líquido libre en la cavidad peritoneal en todos los casos y en 4 de ellos (57%) la presencia de neumoperitoneo. El tiempo promedio de la cirugía fue de 65 minutos (45-70) y la estadía hospitalaria promedio fue de 5,4 días. El seguimiento a largo plazo es en promedio de 18 meses. Discusión: En este estudio inicial el lavado peritoneal laparoscópico fue realizado con éxito en todos los pacientes los cuales tuvieron una buena evolución postoperatoria sin requerir cirugía resectiva de urgencia y tampoco hubo casos de conversión a cirugía abierta. En pacientes con peritonitis diverticular y sin perforación evidente al momento de su exploración laparoscópica, el lavado peritoneal puede ser una alternativa que permitiría disminuir las múltiples complicaciones de una cirugía resectiva de urgencia y una ostomía con todas sus consecuencias.

**LA PERSISTENCIA DE CÉLULAS TUMORALES CIRCULANTES DESPUÉS DE LA RESECCIÓN DE UN CÁNCER COLORECTAL ESTA RELACIONADO A SUS PARÁMETROS ANATOMOPATOLÓGICOS.**  
*Drs. N. P. Murray, V. Albarrán R<sup>o</sup>, G. Pérez O.<sup>3</sup>, A. Ruiz M., A. M. Castillo C., J. Porcell R*  
<sup>1</sup>Soc. Ch. Coloproctología<sup>2</sup> Soc. Cirujanos Chile  
Hospital de Carabineros

Método y pacientes: Las células tumorales circulantes (CTCs) fueron obtenidas usando centrifugación diferencial e inmunohistoquímica con anti-CEA para su identificación en 57 pacientes chilenos con cáncer colorectal (CCR), confirmado histológicamente. La presencia de CTCs. fue comparada con parámetros anatomopatológicos pre y post cirugía oncológica. Resultados: En 57 pacientes consecutivos tratados de CCR en el Hospital de Carabineros se detectaron CTCs en el 91 % antes de la cirugía, de ellos 52 pacientes fueron controlados 3 meses después de la operación. La detección de CTCs post cirugía esta asociada con la clasificación TNM : grado de infiltración tumoral, compromiso linfático y presencia o ausencia de metástasis. Comparando el estudio de CTCs pre y post operatorio, la detección de CTCs disminuye a 16,6 % y 54,5 % en etapa II y III respectivamente. Considerando solo el N0 y N1 bajan a 17,7% y 75 % respectivamente. En relación al M0 disminuye a 31% y en M1 persiste sin cambios detectándolas el en 91% de los casos. Conclusión: La diseminación de las CTCs es un evento precoz en el cáncer colorectal, pero no todas las CTCs logran sobrevivir e implantarse en otros

órganos, la reducción en la detección de CTCs post quirúrgico es lo habitual. La mantención de la positividad del examen en pacientes post operados se relaciona con enfermedad persistente locoregional o a distancia. Proponemos utilizar esta técnica para aquellos casos de CCR etapa II ya operados con examen de CTCs positivos exprese un factor determinante en la decisión de agregar terapia adyuvante. Este examen es de bajo costo y podría implementarse en hospitales de mediana complejidad.

Palabra clave: Cáncer Colo-Rectal, Células Tumorales Circulantes, Clasificación TNM.

**LIGADURA INTERESFINTERIANA DEL TRAYECTO FISTULOSO ANORECTAL (LIFT). EXPERIENCIA INICIAL.**

*Drs. M. Fernández, J. Irarrázaval, C. Arenas, V. Salvador, A. Larach, L. Espíndola.*

Equipo de Coloproctología, Servicio de Cirugía Hospital Militar de Santiago, Servicio de Cirugía Clínica Las Condes, Facultad de Medicina Universidad de los Andes y Universidad de Chile.

Introducción: la fistula anal compleja constituye un desafío clínico principalmente por la dificultad técnica, la variabilidad de opciones quirúrgicas y los diversos resultados de éstas en cuanto a continencia fecal y recidiva. La ligadura interesfinteriana del trayecto fistuloso anorrectal (LIFT) es una cirugía relativamente nueva con resultados iniciales alentadores ya que logra la curación en un porcentaje importante de pacientes manteniendo indemne el aparato esfinteriano. Objetivo: presentar el reporte de nuestra experiencia inicial en el tratamiento de fistulas anales complejas con LIFT, describiendo la técnica quirúrgica, criterios de selección, características clínico demográficas, recurrencia y morbimortalidad de los pacientes operados. Materiales y Método: estudio descriptivo prospectivo de una serie de casos de pacientes portadores de fistula perianal compleja sometidos a técnica de LIFT entre los años 2010 y 2012. La cirugía consiste en realizar una incisión paralela al espacio interesfinteriano adyacente a la fistula, separar el esfínter anal externo del esfínter anal interno hasta aislar el trayecto fistuloso el cual se liga en su extremo distal y proximal seccionando la porción media entre ambas ligaduras, con posterior cierre del plano mucoso dérmico. Resultados: se operaron 9 pacientes durante el período descrito, 6 mujeres y 3 hombres, con edad promedio de 44.6 años (rango 29-56). Siete casos eran fistulas transesfinterianas y 2 correspondían a fistulas rectovaginales. El 77.8% tenía el antecedente de absceso perianal y el 55.6% había sido intervenido previamente para corregir la fistula anal. El 77.8% de los pacientes fue estudiado en el preoperatorio con resonancia magnética de pelvis o endosonografía anorrectal. El período de seguimiento postoperatorio promedio fue de 33.3 semanas (rango 9-106). La recurrencia se presentó sólo en un caso. No hay incontinencia ni morbimortalidad asociada en la serie estudiada. Conclusión: la técnica de LIFT es una alternativa quirúrgica válida y segura en pacientes con fistula anal compleja.

## MANEJO DEL ABSCESO DE ORIGEN DIVERTICULAR

*Drs. M. Fernández, J. Irarrázaval, C. Arenas, A. Larach, L. Espíndola*

Equipo de Coloproctología, Servicio de Cirugía Hospital Militar de Santiago, Facultad de Medicina Universidad de los Andes.

**Introducción:** El absceso diverticular (AD) es el responsable del 20-30% de las diverticulitis complicadas (DC). Actualmente no hay consenso en definir la mejor estrategia terapéutica en estos pacientes. **Objetivos:** describir las características clínicas y evolución de los pacientes portadores de AD según tamaño, ubicación y manejo. **Material y método:** estudio descriptivo de pacientes con AD hospitalizados en el Hospital Militar de Santiago durante los años 2009 y 2012. **Resultados:** se hospitalizaron 94 pacientes con diverticulitis aguda. El 43.6% (41 pacientes) fueron DC, de las cuales el 53.6% (22 casos) eran AD, cuya edad promedio fue de 65.2 años (rango 35-86), el 63% eran mujeres y las comorbilidades más comunes fueron hipertensión arterial (45.5%), diabetes mellitus (18.2%) e hipotiroidismo (13.6%). El 18.2% tenía el antecedente de diverticulitis. Todos consultaron por dolor abdominal, asociado a fiebre en el 61.5%, náuseas y vómitos en el 18.2%, y diarrea en el 22.7%. Al ingreso todos los pacientes estaban hemodinámicamente estables, con taquicardia el 31.8%, fiebre el 27.3%, signos peritoneales el 22.7%, leucocitosis el 54.5% y proteína C reactiva > 100 el 63.6%. El 68.2% (15 casos) eran AD pericólico: 7 casos ? 3 cm todos con buena respuesta tratamiento médico; 4 pacientes tenían un absceso de 3-5 cm, de estos 3 se puncionaron bajo TAC AP, sin respuesta 2 casos que requirieron cirugía de urgencia; 4 casos fueron > 5 cm, sólo uno se puncionó bajo TAC AP; ningún paciente de este subgrupo requirió cirugía de urgencia. El 31.8% restante (7 casos) eran AD pélvicos o retroperitoneales, en este grupo no hubo casos ? 3 cm; 4 pacientes presentaron colección de 3-5 cm, todos con respuesta favorable a manejo médico; 3 pacientes tenían un absceso > 5 cm, de los cuales sólo un caso se puncionó bajo TAC AP. No se realizó cirugía de urgencia en ningún paciente de este grupo. De los 20 pacientes que no requirieron cirugía de urgencia, sólo en 5 casos se realizó sigmoidectomía electiva, los 15 pacientes restantes han mantenido una evolución favorable durante 15.73 meses de seguimiento (rango 4-36.75). No hay mortalidad en la serie estudiada. **Conclusión:** Es factible el manejo conservador de AD > 5 cm de diámetro. No hay mayor recurrencia de diverticulitis simple o complicada en pacientes con antecedente de AD en el grupo evaluado, independiente del tamaño, ubicación y manejo inicial.

## PARÁMETROS DE PERFUSIÓN GLOBAL (LACTATO Y SCVO<sub>2</sub>) COMO ESTIMADORES DE RIESGO DE DELIRIUM POSTOPERATORIO EN ADULTOS MAYORES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE COLON ABIERTA.

*Drs. M. Abedrapo, E. Tobar, A. Sanguinetti, J. Godoy, M. Díaz, J.L. Llanos, R. Azolas, G. Bocic, A. Readi*  
Hospital Clínico Universidad de Chile

**Introducción:** El delirium postoperatorio (DPO) constituye una complicación frecuente en adultos mayores sometidos a cirugía de colon abierta. **Objetivo:** Evaluar si alteraciones en parámetros de perfusión global (lactato y ScvO<sub>2</sub>) en el perioperatorio se asocian al desarrollo de DPO. **Métodos:** Se enrolan adultos mayores sometidos a cirugía de colon o de reconstitución intestinal electiva. El proyecto cuenta con aprobación del Comité de ética institucional. Luego de consentimiento informado se procede a laboratorio basal. Los pacientes fueron sometidos a procedimiento anestésico estandarizado incluyendo monitorización invasiva de presión arterial y ScvO<sub>2</sub> instalando catéter venoso central Presep (Edwards®), conectado a equipo Vigilance II. Durante el intraoperatorio (IO) se registraron cada 5 minutos las siguientes variables: PAS, PAM, FC, ScvO<sub>2</sub>, BIS. En el postoperatorio (PO), ellas se monitorizan cada 1 hora, controlándose además lactato, hematocrito y hemoglobina cada 6 horas, hasta 24 horas PO. La analgesia PO fue mediante catéter peridural. La aparición de delirium se evaluó por un periodo de 5 días, empleando instrumento CAM. Para explorar asociación entre las características basales, IO y PO, con delirium, se emplea Test T Student, o test exacto de Fisher según corresponda, con un nivel de significación estadística de p < 0,1.

**Resultados:** Se enrolaron 22 pacientes, edad 73 + 7 años, sexo femenino 13 (59,1%). 18 pacientes fueron sometidos a resección de un cáncer de colon o recto (81,8%). Albúmina 3,4 + 0,7 gr/dl; Hematocrito 34 + 5 %. El tiempo quirúrgico fue 153 + 47 minutos y el tiempo anestésico 209 + 48 minutos. Solo 2 pacientes desarrollaron DPO (9,1%). Diez pacientes (45,5%) presentaron lactato superior a 2,5 meq/lit, y 5 casos (22,7%) mayor de 4 meq/lit. En relación a ScvO<sub>2</sub>, 10 pacientes (45%) presentaron valores inferiores a 70% durante el IO, y 16 pacientes (72,7%) presentaron valores inferiores a 70% durante el PO. Las variables asociadas a DPO fueron la presencia de ScvO<sub>2</sub> bajo 70% en el PO (p = 0,076), y el empleo de dosis superiores de efedrina en el intraoperatorio (p=0,002; 38 + 28 mg en el grupo sin delirium; respecto a 384 + 517 mg en grupo con delirium). No se observó asociación entre los valores de lactato y presencia de delirium.

**Discusión:** Resultados preliminares sugieren que el empleo de efedrina como vasopresor en el intraoperatorio, y descensos en la ScvO<sub>2</sub> en el postoperatorio se asocian a DPO. Es necesario confirmar estos hallazgos en futuros estudios, para planificar estrategias de prevención.

## Seccional: DIGESTIVO

### HERNIAS HIATALES: ¿CUÁNDO Y POR QUÉ DEBEN SER OPERADAS?

*Drs. I. Braghetto, A. Csendes, O. Korn, M. Musleh, E. Lanzarini, B. Hananías, A. Saure, H. Valladares.*  
Departamento de Cirugía, Hospital clínico Dr. José J. Aguirre", Facultad de Medicina, Universidad de Chile

En la literatura se evidencia la controversia existente entre el tratamiento médico expectante versus el tratamiento quirúrgico, respecto a cuál es la opción más adecuada dependiendo de la presencia o no de síntomas. En este estudio se presentan los resultados obtenidos por nuestro grupo considerando el tiempo de evolución de la enfermedad y los resultados postoperatorios.

**Material y método:** Se incluyen 121 pacientes divididos por edad, tiempo de evolución y tipo de la hernia hiatal y se evalúan los resultados postoperatorios. El 32% de los pacientes menores de 70 años tenían más de 11 años de evolución de los síntomas en cambio en el grupo de pacientes mayores de 71 años el 68% tenían síntomas de larga data, ( $p < 0.05$ ). Mediante abordaje laparoscópico se efectúa una Hernioplastia hiatal y funduplicatura de acuerdo a las técnicas ya publicadas. Las etapas fundamentales de la técnica quirúrgica son a: disección del saco herniario, b) reducción de la hernia y sección de adherencias y lipomas paraherniarios con resección total o parcial del saco herniario, c) hiatoplastia (c/s malla dependiendo del tamaño de la hernia), d) funduplicatura, e) gastropexia posterior.

**Resultados:** Respecto de las características epidemiológicas de los pacientes estudiados, destaca que el 85.4% de los pacientes menores de 70 años tenían síntomas menos de 10 años, en cambio en el grupo de pacientes mayores de 71 años el 68% de ellos tenía más de 11 años de evolución de los síntomas, incluso algunos de ellos llegando a presentar síntomas de 30 años antes de ser operados. Los síntomas derivados del reflujo gastro-esofágico son muy frecuentes sin diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos de pacientes. ( $p = n.s.$ ). En cambio los síntomas extraesofágicos son más frecuentes en pacientes más añosos con más de 11 años de evolución de los síntomas y en presencia de grandes hernias hiatales. En el grupo de pacientes de mayor edad y de más tiempo de evolución se observaron hernias de tipo IV, complejas de mayor tamaño. Síntomas relacionados como dolor retroesternal, cardiacos, y respiratorios se registraron como significativa mayor frecuencia en pacientes con más años de evolución. Disfagia y vómitos también se observaron en pacientes con más de 11 años de evolución. En nuestra serie las complicaciones se observaron más frecuentemente el grupo de mayor edad, tiempo de evolución de los

síntomas o en pacientes con hernias tipo IV complejas. No hubo mortalidad postoperatoria y solo 1 paciente (0.8%) con hernia tipo III y esofagitis severa debió ser re-operado. Los síntomas observados en pacientes con recurrencia de la hernia ocurrieron independientes de la edad y fueron fundamentalmente síntomas derivados del reflujo gastro-esofágico y correspondieron a 3 pacientes con hernias hiatales tipo I, 3 pacientes con hernias hiatales de tipo III y 6 hernia tipo IV. Once de ellos presentaron hernias pequeñas tipo I de menos de 5cm. por lo que su manejo fue médico. Las hernias tipo IV (complejas) y de tamaño mayor de 16cm. de diámetro se observaron en el grupo con mayor tiempo de evolución de los síntomas. Las complicaciones se observaron más frecuentemente el grupo de mayor edad, tiempo de evolución de los síntomas o en pacientes con hernias tipo IV complejas. No hubo mortalidad postoperatoria y solo 1 paciente (0.8%) con hernia tipo III y esofagitis severa debió ser re-operado.

**Conclusión:** Pensamos que los pacientes con hernia hiatal deben operarse en el momento de su diagnóstico para evitar riesgos de complicaciones y los pacientes añosos no se deben excluir de la indicación quirúrgica pero deben ser evaluados en forma completa multidisciplinaria para evitar complicaciones y mortalidad postoperatoria.

### NEUMATOSIS GASTICA Y PORTAL DE ORIGEN NO PRECISADO EN UN VARON DE 77 AÑOS

*Drs. J. Quide!, J. Martínez<sup>2,3</sup>, G. Cordova<sup>2</sup>, G. Sommer<sup>4</sup>*  
Universidad de Valparaíso(1). Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso.(2). Hospital Eduardo Pereira, Valparaíso(3). Universidad Austral de Chile(4).

Paciente de 77 años, sexo masculino, con antecedentes de Hipertensión Arterial, ingresa a la Unidad de Emergencia por cuadro de cuatro días de evolución de dolor abdominal difuso y progresivo que se asocia a vómitos biliosos en las últimas horas del ingreso con escasas deposiciones por ano. Examen físico de ingreso, taquicárdico, polipneico, afebril; presenta abdomen distendido, depresible, sensible a la palpación difusamente, con ruidos hidroaéreos disminuidos y sin irritación peritoneal. Se estudia con Pielo Tac de urgencia que muestra dilatación difusa del intestino delgado y neumatosis a nivel gástrico y portal. Se decide intervención de Urgencia encontrándose en el intraoperatorio escasa cantidad de contenido seropurulento de origen no precisado, en prolija revisión abdominal la presencia de neumatosis en pared gástrica indemne, se realiza apendicectomía, aseo y cierre del abdomen. La neumatosis gástrica, también conocida como enfisema gástrico o gastritis enfisematosa,

corresponde a una situación excepcional, de etiopatogenia poco clara y mortalidad variable. El enfisema gástrico es generalmente asintomático y de origen mecánico, secundario a un aumento de la presión intraluminal y requiere un tratamiento expectante; mientras que la gastritis enfisematosa es un cuadro grave que presenta alta mortalidad y resulta de la infección de la pared gástrica por microorganismos productores de gas; su diagnóstico debe ser precoz y el tratamiento se basa en el uso de antibióticos y aspiración gástrica, reservándose la cirugía para los casos de perforación. La neumatosis intestinal es la presencia de gas intramural a nivel de la pared del tracto digestivo .. En cuanto a su etiología el 85% es secundario y el 15% restante es primario o ideopático, siendo las causas asociadas con isquemia y perforación intestinal las que presentan mayor tasa de morbimortalidad. Uno de los signos que pueden acompañar a esta entidad es la neumatosis portal y portomesentérica, considerada usualmente un signo pronóstico ominoso con mortalidad de hasta un 75%, cifra muy elevada en comparación con reportes actuales donde no superan el 30%.

**Conclusión :** Es fundamental tener presente que la neumatosis gástrica o intestinal y/o portomesentérico, corresponden a un signo y no a un diagnóstico; tiene un pronóstico variable que depende de su etiología; y su interpretación y manejo deben estar basados en la clínica y exámenes de laboratorio e imagenológicos.

#### TUMORES Y QUISTES ESOFÁGICOS BENIGNOS: ABORDAJE TORACOSCÓPICO.

*Dr. I. Braghetto, Dr G. Cardemil, Dr. M. Figueroa, G. Fernandez*

Departamento de Cirugía, Hospital Clínico DR J.J.Aguirre, Facultad de medicina, Universidad de Chile

**Introducción:** Los tumores y quistes benignos del esófago son patologías relativamente infrecuentes, siendo el leiomioma el tumor intramural más prevalente. La presencia de GISTs o quistes de duplicación son patologías muy infrecuentes. **Objetivo:** Reportar el manejo quirúrgico toracoscópico de patología tumoral esofágica benigna que incluye tumores benignos y quistes de duplicación.

**Materiales y Método:** Análisis retrospectivo de la experiencia quirúrgica toracoscópica del autor en estas patologías. Se seleccionó y editó los videos recopilados de las cirugías, confeccionando un video demostrativos de estas patologías. Se incluye un total de 8 pacientes con tumores benignos de esófago y 4 pacientes con quistes de duplicación. El síntoma más frecuente fue disfagia leve a sólidos y deglución sintomática. El estudio preoperatorio incluyó endoscopia digestiva alta, endosonografía , radiografía esófago-estomago-duodeno y tomografía computada de tórax. Se excluyeron los tumores de menos de 2 cm. Ya que fueron sometidos a tratmineto endoscópico.

**Resultados:** El diámetro promedio de los tumores resecados fue 41,2mm (25mm-50mm), 4 fueron de tercio superior, 2 de medio y 2 de inferior. El diámetro promedio de los quistes de duplicación fue 26,6mm (20mm-30mm), 2 fueron de tercio medio y uno inferior. Sólo un caso presentó complicaciones post operatorias siendo neumonía y derrame pleural en una paciente con patología pulmonar previa. No se reportó mortalidad. En el seguimiento hubo 1 recurrencia de quiste de duplicación. Ningún GIST requirió Imatinib®. La histología de los tumores sólidos correspondió a 5 leiomiomas, 3 GIST y se confirmó quistes de duplicación en los otros 4 casos, 1 de ellos con hemorragia intraquistica. **Discusión:** Los GISTs son los tumores mesenquimales mas frecuentes del tubo digestivo a excepción de del esófago donde se presentan en < 2% de los casos y donde ocupan el segundo lugar luego de los leiomiomas. El manejo toracoscópico lo reservamos para aquellos tumores mayores de 2 cm. Dentro de los factores de mal pronóstico destacan los tumores con indice mitótico > 5/50 CMA y los mayores de 5 cm de diámetro haciendo necesario el uso de Imatinib®, lo que no se reportó en esta serie. Los Quistes de duplicación esofágicos constituyen el 0,5-2,5% de los tumores benignos del esófago, diagnosticándose en su mayoría durante la infancia, en el tercio inferior derecho esofágico. El abordaje toracoscópico es común para ambas patologías. Con buenos resultados a largo plazo. **Conclusión:** La resolución toracoscópica es segura bajo equipos de alta experiencia quirúrgica.

#### SÍNTOMAS LARÍNGEOS Y LARINGITIS POSTERIOR: ¿SIEMPRE ES SECUNDARIO A REFLUJO GASTROESFÁGICO?

*I. Braghetto, F. Venturelli, A. Rodriguez, B. Brunetto, J. Maass, A. Henriquez*

Departamento de cirugía y otorrinolaringología  
Facultad de medicina  
Hospital Clínico Universidad de Chile

**Introducción:** El RGE ha sido asociado como causa de laringitis posterior, sin embargo la evidencia sobre esto es controversial. El objetivo principal es establecer si los síntomas de los pacientes con diagnóstico de laringitis posterior se correlacionan con la existencia de una Enfermedad por reflujo gastroesofágico patológico.

**Objetivos secundarios** determinar el valor predictivo positivo de cada síntoma respiratorio para reflujo gastroesofágico ácido patológico.

**Material y método:** estudio correlación de corte transversal. Se incluyeron un grupo de pacientes del HCUCH derivados por los otorrinolaringólogos con laringitis posterior confirmada por fibrolaringoscopia, para evaluar la presencia de síndrome de RGE como causa de los síntomas laríngeos. Se evalúan clínicamente con endoscopia digestiva alta, manometría, monitoreo de PH de 24 hrs y en algunos casos con impedanciometría durante un periodo de 7 años.

El diagnóstico de reflujo ácido patológico se realizó mediante estudio de monitoreo de Ph de 24hrs (n= 43). Se creó una base de datos con las variables de interés donde se fue registrando cada paciente una vez obtenido el resultado de estos estudios, correlacionando los síntomas laríngeos y RGEp con la presencia de un EGE hipotenso y reflujo ácido positivo. Se utilizó la prueba de correlación de Phi para evaluar la correlación entre el los síntomas de laringitis posterior y el diagnóstico de reflujo ácido patológico. Programa Stata 10.0.

Resultados: Total 43 pacientes. 19 de sexo masculino. Sólo entre un 30-50% de los pacientes con síntomas laríngeos presentan síntomas típicos de RGEp. De los 28 pacientes con disfonía sólo 10 (35,71%) presentan pirosis y 11 (39,29) regurgitación. En 25 (58,13%) pacientes se encontró un EGI hipotensivo y 22 (51,16%) presentaron una Phmetría de 24 hrs alterada. La impedanciometría fue positiva para reflujo en los casos estudiados con este método. Los síntomas laríngeos se correlacionaron con presencia de síntomas de reflujo en un 50%. Los síntomas laríngeos se correlacionaron con un EGE hipotensivo en un 65% y se confirmó reflujo ácido patológico al monitoreo de ph de 24 hrs en un 51,16%. Los síntomas que mas frecuentemente presentaron un EGI hipotensivo fue disfagia (100%) y regurgitación (80,95%) para síntomas de RGEp y tos (100%) y carraspeo (86,96%) para síntomas laríngeos. Del total de pacientes estudiados 34 (79,06%) pacientes tuvieron EDA normal y solo 6 (13,95%) presentaron esofagitis en la EDA. El síntoma laríngeo que obtuvo una mejor correlación con reflujo ácido patológico fue la disfonía con un 0,35 (moderada baja) cuyo valor predictivo positivo fue: 64,28

Conclusión: gran parte de los pacientes con síntomas laríngeos y laringitis posterior no presentan reflujo ácido patológico. Se debe estudiar estos pacientes para descartar otras causas del compromiso laríngeo.

#### CARCINOMA ESCAMOSO SARCOMATOIDE DE LA UNIÓN GASTROESOFÁGICA: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

*Drs. I Braghetto, G. Montesinos, M. Musleh, H. Valladares, S. López, C. Paulsen, Int. C. Domínguez.*

Institución: Unidad de Cirugía Digestiva, Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile

Facultad de Medicina, Universidad de Chile  
El carcinoma escamoso sarcomatoide (CES) , descrito en 1865 por Virchow, es una entidad muy poco frecuente en el grupo de neoplasias esofágicas, con algunas características clínicas, etiológicas y patológicas que determinan un comportamiento diferente al cáncer escamoso habitual. Se presenta un caso de CES de la unión gastroesofágica inicialmente diagnosticado como GIST que fue posteriormente manejado con esofagogastrectomía total y reconstitución en 2 tiempos.

Caso Clínico: Paciente 78 años, sexo masculino. Hipertenso en tratamiento, EAO carotídea en estudio. Cuadro clínico de 3 meses de baja de peso 9 Kg,

disfagia y saciedad precoz. Endoscopia digestiva compatible con lesión pediculada subcardial en cara posterior. Biopsia endoscópica: "tumor estromal fusocelular con > 10 mitosis atípicas por 50 campos", compatible con GIST.

TAC de abdomen y pelvis: lesión subcardial de 6 cm diámetro mayor, sin adenopatías ni signos de diseminación sistémica. Tránsito Esófago Estómago y Duodeno con sulfatobde Bario: lesión pediculada subcardial.

Se programa para resección tumoral laparoscópica: Gastrotomía anterior, resección de tumor con Endo GIA a pedículo, gastrorrafia, biopsia de serosa gástrica y peritoneo. Postoperatorio sin complicaciones.

Biopsia definitiva: Carcinoma escamoso fusocelular sarcomatoide, polipoide y ulcerado

6,5 x 5 x 4 cm. Margen positivo de pedículo. Sin permeaciones vasculares, linfáticas ni perineurales. Peritoneo y serosa gástrica: sin neoplasia. Se programa para gastrectomía total+esofagectomía distal con diagnóstico de carcinoma escamoso de la unión gastroesofágica: en el intraoperatorio se recibe biopsia rápida de límite oral infiltrado por carcinoma, (Figura 8), recorte revela compromiso neoplásico proximal por lo que se decide esofagogastrectomía total transhiatal, esofagostoma cervical terminal y yeyunostomía de Wietzel. Se decide no reconstituir en un tiempo por las condiciones del paciente en el intraoperatorio.

Evoluciona con fibrilación auricular de alta frecuencia y falla ventilatoria secundaria, alta al día 15 postoperatorio sin complicaciones quirúrgicas. Biopsia definitiva: Carcinoma espinocelular esofágico con extensión hasta submucosa, compromiso de grupo 1 y 5 (4/37), sin adenopatías mediastínicas. Nódulo metastásico en epiplón menor correspondiente a ganglio N°5. Márgenes quirúrgicos sin neoplasia

Se realiza reconstrucción al mes postoperatorio: Ascenso de colon derecho e íleon terminal vía retroesternal, esófago - íleo anastomosis cervical T-L, íleo - transverso anastomosis L-L, transversoduodeno anastomosis L-L y yeyunostomía de Wietzel.

Evoluciona con fistula cervical de bajo débito sin repercusión clínica, alta al día 21 postoperatorio con régimen líquido y aporte por yeyunostomía. El carcinoma sarcomatoide esofágico ha sido denominado también carcinosarcoma, pseudosarcoma y carcinoma polipoide, entre otros.

suelen ser tumores polipoideos que alcanzan diámetros de hasta 15 cm, con superficie lisa, ulcerada, o simil de mucosa gástrica. Habitualmente adheridas a la pared por un pedículo, sin embargo en ocasiones carecen de éste y se encuentran sobre una base de implantación gruesa. La mucosa circundante suele tener aspecto normal. Desde el punto de vista histológico, presenta una configuración dual: por una parte el componente epitelial, habitualmente escamoso, limitado a pequeñas áreas; mientras que la mayor parte se encuentra constituido por tejido de aspecto sarcomatoide polipoide

El tratamiento suele ser la esofagogastrectomía total,

la detección precoz es fundamental en términos de sobrevida. Para grandes lesiones puede considerarse la quimiorradioterapia preoperatoria.

Conclusión: Se presenta este caso por ser una patología excepcional, el carcinoma escamoso sarcomatoide debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de todo tumor de la unión gastroesofágica con características atípicas tanto macro como microscópicas. Su tratamiento es la esofagogastrectomía total. Su pronóstico es diferente al del carcinoma escamoso usual.

#### DISECCION ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA EN LESIONES GÁSTRICAS Y ESOFÁGICAS INCIPIENTES. RESULTADOS INMEDIATOS Y SOBREVIDA ALEJADA.

*Drs. J. Galindo, A. Calvo, J. Rodríguez, E. Norero, E. Briceño, C. Martínez, S. Báez, A. Díaz.* Unidad de Endoscopia, Servicio de Cirugía. Hospital Dr. Sótero del Río. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La disección submucosa endoscópica (ESD) es una técnica introducida hace pocos años en el manejo de lesiones incipientes del tubo digestivo. Permite la resección en bloc de lesiones de mayor tamaño y lograr mejores márgenes de resección.

Objetivo: Analizar los resultados inmediatos del procedimiento, la anatomía patológica y la sobrevida alejada de los pacientes sometidos a disección submucosa endoscópica por cáncer gástrico y esofágico.

Material y Métodos: Estudio de cohorte no concurrente. Revisión de los registros clínicos de pacientes con lesiones gástricas y esofágicas incipientes sometidos a disección submucosa endoscópica entre 2008 y 2012.

Resultados: La serie está compuesta por 17 pacientes, nueve de sexo masculino. La mediana de edad fue 75 [45-88] años. La distribución de la ubicación tumoral en el estómago fue tercio superior en 2 pacientes, tercio medio en 5 pacientes y tercio inferior en 8 pacientes. Se ubicó en esófago distal en 2 pacientes. En 7 pacientes la lesión se ubicó en la curvatura mayor. La mayoría de los pacientes presentaron lesiones clasificadas como IIc utilizando la clasificación japonesa para cáncer gástrico incipiente. La mediana de tamaño de la lesión fue 10 [5-16] mm. Hubo complicaciones en 4 pacientes (23%). Un paciente presentó hemorragia digestiva, manejada por vía endoscópica. Tres pacientes presentaron perforación gástrica, los que fueron manejados quirúrgicamente mediante gastrotomía. Dos de ellos corresponden a los primeros casos de la serie. La mediana de hospitalización fue de 3 [2-23] días. No existió mortalidad post-procedimiento. La histología definitiva de las lesiones fue: adenocarcinoma en 12 pacientes, carcinoma escamoso en 1 paciente, adenoma más displasia de alto grado en 2 pacientes y displasia de alto grado en 2 pacientes. En tres pacientes (17,6%) la lesión invadía la submucosa. Los bordes fueron negativos

en el 94% de los casos. En un paciente con margen profundo positivo se realizó gastrectomía un mes después del procedimiento. La mediana de seguimiento fue de 13 [2-54] meses. Un paciente presentó recurrencia a los 51 meses, siendo sometido a gastrectomía. No hubo fallecidos por patología tumoral.

Conclusión: La disección submucosa endoscópica representa una alternativa en el manejo de lesiones gástricas y esofágicas incipientes sin cirugía, permitiendo un alto porcentaje de márgenes negativos.

#### "RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER GÁSTRICO. ANÁLISIS DE MORTALIDAD POSTOPERATORIA EN 1002 PACIENTES SOMETIDOS A GASTRECTOMÍA."

*Drs. C. Díaz, E. Norero, S. Báez, E. Briceño, C. Martínez, E. Viñuela, F. Moisan, A. Calvo, R. Mege, M. Caracci, A. Díaz.*

Servicio de Cirugía. Hospital Dr. Sótero del Río. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: El cáncer gástrico representa un importante problema de salud en Chile. Objetivo: El objetivo de este trabajo es revisar la experiencia de los últimos 16 años en el tratamiento quirúrgico de esta enfermedad y analizar la mortalidad postoperatoria.

Materiales y Métodos: Trabajo retrospectivo en base a una base de datos prospectiva. Se incluyeron los pacientes sometidos a gastrectomía por tumores gástricos entre 1996 y 2011. Se utilizó el TNM 7ma edición. Se realizó un análisis multivariado para predictores de mortalidad postoperatoria. Se calculó la sobrevida alejada por etapas según las curvas de Kaplan y Meier.

Resultados: Se realizaron 1002 gastrectomías (Hombres 66%; Edad 63 ± 11 años 11). La resección correspondió a una gastrectomía total en 646 casos, gastrectomía subtotal 335 y esofagogastrectomía en 21 pacientes. La histología más frecuente fue adenocarcinoma, en 944 casos (94%). La cirugía tuvo una intención curativa en 770 pacientes (82%) y paliativa en 172 (18%). Se presentaron complicaciones postoperatorias en 29% de las gastrectomías. Las complicaciones más frecuentes fueron la filtración de la esófago-yeyuno anastomosis (9%) y morbilidad respiratoria (6%). La mortalidad global fue 5,3%; para gastrectomías totales esta fue 6,3% y en gastrectomías subtotales 3,5%. Durante los últimos 8 años la mortalidad global se encuentra bajo 5%. En el análisis multivariado los factores predictores de mortalidad postoperatoria fueron; la edad, el ASA, una anastomosis esófago-yeyunal alta y la cirugía con intención paliativa. Del análisis de anatomía patológica la distribución por etapas fue IA 14%, IB 4%, IIA 8%, IIB 11%, IIIA 10%, IIIB 12%, IIIC 26% y etapa IV 14%. La sobrevida global a 5 años fue de 38%. La sobrevida por etapas fue IA 81%, IB 89%, IIA 60%, IIB 52%, IIIA 45%, IIIB 34%, IIIC 15% y IV 1%.

Conclusión: El riesgo de mortalidad postoperatoria en gastrectomía es variable. Existe una tendencia hacia una disminución de la mortalidad durante los últimos años. En esta serie se identifican factores del paciente (edad y ASA) y variables intraoperatorias (cirugía paliativa y anastomosis esófago-yeyunal alta) como predictores de mortalidad.

#### "ESOFAGOGASTRECTOMIA TOTAL Y RECONSTRUCCION CON ASCENSO DE COLON TRANSVERSO ABIERTA."

*Drs. E. Norero, F. Moisan, R. Castillo, E. Briceño, C. Martínez, S. Baez, R. Mege, A. Calvo, M. Caracci, A. Díaz.*

Servicio de Cirugía. Hospital Dr. Sótero del Río. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: El manejo de los tumores de unión gastroesofágica es controversial, existiendo varias alternativas de tratamiento.

Caso y Técnica Quirúrgica: Paciente de sexo masculino, de 60 años, con antecedente de tabaquismo y diabetes. Consulta por disfagia lógica y baja de peso. La endoscopia digestiva alta demuestra una lesión estenosante de esófago distal que no permite el paso del endoscopio. La biopsia endoscópica es compatible con adenocarcinoma mal diferenciado. El estudio con TAC de tórax, abdomen y pelvis demuestra una extensa lesión tumoral de unión gastroesofágica, sin diseminación a distancia. Se planifica cirugía.

Se demuestra la resección gástrica y esofágica por vía transhiatal, mediante laparotomía media supraumbilical y cervicotomía. Linfadenectomía abdominal y torácica. Ascenso de colon transverso isoperistáltico. Anastomosis cervical esofago-colónica. Anastomosis colo-colónica abdominal. Anastomosis colo-yeyunal abdominal. El paciente presenta buena evolución postoperatoria. Es dado de alta el día 15 postoperatorio. La anatomía patológica describe tumor de unión gastroesofágica de 13 cms de longitud, con invasión hasta subserosa y 34 de 60 ganglios. El paciente se encuentra en control en buenas condiciones, realizando tratamiento adyuvante y sin recidiva.

Conclusión: La esofagogastrectomía total es una alternativa de tratamiento quirúrgico para tumores extensos de unión gastroesofágica, en los casos en que no se puede lograr una cirugía R0 mediante una gastrectomía o esofagectomía.

#### MANEJO DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

*Drs H molina<sup>1</sup>, F Monsalve<sup>2</sup>, R Funke<sup>1</sup>, R Alvarez<sup>1</sup>, O Torres<sup>1</sup>, Int G Barrios<sup>3</sup>.*

<sup>1</sup> Cirujano Digestivo HGGB; <sup>2</sup> Residente Universidad de Concepción, <sup>3</sup> interno de medicina, UDEC.

HGGB Concepción. (Hospital Guillermo Grant Benavente), Servicio de Cirugía

Introducción: El divertículo de Zenker fue descrito por Ludlow en 1769, adjudicándosele el nombre de Zenker, pues fue quien lo describió detalladamente en 1878. Este es el más frecuente de los divertículos esofágicos y se presenta generalmente en pacientes mayores de 60 años. Se trata de un divertículo de pulsión, favorecido por la hipertonia del músculo constrictor inferior de la faringe y el incremento de la presión sobre el límite de la mucosa faringoesofágica, durante la deglución. El objetivo del trabajo es presentar la experiencia clínica, manejo y resultados de dos casos tratados en el HGGB durante el 2012.

Material y método: Serie de casos, con 2 casos clínicos. Técnica quirúrgica: incisión longitudinal borde anterior de ECM, sección del Omohioideo, separación de complejo anterior laringe-traqueal-tiroides y complejo posterior ECM y vaina carotídea, disección roma hasta llegar a prevertebral; y liberación del divertículo, sección con stappler 55 en su base. Miotomía cricofaríngea y cierre de piel con daphilon 4/0.

Caso 1 (20/02/12): Varón de 50 años, cuadro clínico de 6 años de evolución, disfagia ilógica, desde 2 meses previos a cirugía empeora cuadro, con mayor disfagia y baja de peso de 8 kg. Estudios preoperatorios: EDA estenosis infranqueable al inicio del esófago, tránsito esofágico: en unión faringoesofágica desde C5 hasta T2 divertículo de 59x25x69 mm. Albumina 3,69. PCR 1. Crea 0,72. Pieza quirúrgica: Divertículo esofágico posterior de 5 x 2,5 cm.

Postoperatorio: Evoluciona favorablemente, odinofagia los primeros tres días, herida operatoria sana, tránsito esofágico (6 día) sin fugas, al octavo día de alta tolerando papilla.

Control a los 2 meses: 3 kilogramos recuperados, disfagia ocasional.

Patología: Divertículo esofágico con hiperplasia focal mucosa sin atipias.

Caso 2 (23/5/12): Varón 72, cuadro de 2 años de evolución disfagia ilógica, regurgitación, sin baja de peso. Estudios preoperatorios: EDA estenosis con lumen puntiforme infranqueable al inicio del esófago, tránsito esofágico: en unión faringoesofágica divertículo de 40x30x10 mm. Albumina 4,19. PCR 2. Crea 0,74.

Pieza quirúrgica: Divertículo esofágico de 40x10mm Postoperatorio: Evolución favorable, disfonía hasta el cuarto día, herida operatoria sana, Tránsito esofágico (6 día) sin fugas. Alta al séptimo día. Control a los 2 meses: Asintomático.

Histología: Divertículo esofágico mucosa sin atipias.

Conclusión: La presente serie muestra congruencia con la literatura mundial donde el síntoma eje es la disfagia con predominio en varones. No hubo morbimortalidad en nuestra serie. La resección con stappler se mostro como una técnica segura en nuestra experiencia y la evolución postoperatoria fue satisfactoria.



SD. BOERHAAVE. DESAFÍO DIAGNÓSTICO  
*Drs. J.P Hurtado<sup>2</sup>, O. Orellana<sup>1</sup>, C. Moyano<sup>2</sup>, J. Rojas<sup>2</sup>, G. Castro<sup>2</sup>, D. Estay<sup>2</sup>, P. Arratia<sup>3</sup>, Nelson Aros<sup>3</sup>, Macarena Bassó<sup>3</sup>*

1 Equipo Digestivo Alto HSJD - 2 Becado Servicio de Cirugía - 3 Capacitante Cirugía  
Servicio De Cirugía, Hospital San Juan De Dios

**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 Métodos:** Reporte de 1 caso, análisis de antecedentes clínicos y revisión bibliográfica. **Caso Clínico:** Paciente J.V.T, sexo masculino, 67 años, con antecedentes de hipertensión arterial, y consumo alcohol, que inicia cuadro de 10 días de evolución de dolor abdominal, náuseas y vómitos persistentes (> a 7 episodios al día). Evaluado en forma ambulatoria sin hallazgos llamativos. Evolucionó con mayor CEG, dolor hemitórax derecho y disnea progresiva. Ingresó al servicio de urgencia con cuadro de sepsis severa, requiriendo intubación e ingreso a UCI. En Rx Tórax se observa derrame pleural derecho y ensanchamiento mediastínico. Toracocentesis: Líquido turbio purulento, compatible empiema. Pleurostomía: 700cc pus. Cultivos (+) flora orofaríngea. TAC de tórax: Signos de derrame pleural bilateral y mediastínico, mediastinitis y neumomediastino.

Dado hallazgos compatibles con Sd. Boerhaave se realiza resolución quirúrgica con Exclusión esofágica: Esofagectomía cervical, esofagorrafia, 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.

ÍLEO BILIAR DE RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA: REVISIÓN DE 5 CASOS EN HOSPITAL DR. SÓTERO DEL RÍO.  
*Drs. A. Fulle<sup>1</sup>, J. Ramos<sup>2</sup>, E. Briceño<sup>1</sup>, L. Calderón<sup>1</sup>*  
1. Servicio de cirugía Urgencias. Hospital Dr. Sótero del Río.

a. Interno de Medicina.

**Introducción:** El íleo biliar es una rara complicación de la patología biliar, pero muy prevalente en nuestro medio. Corresponde al 1- 3% de las obstrucciones intestinales mecánicas. El diagnóstico etiológico pre-operatorio es aún difícil y requiere un alto grado de sospecha, pero ha mejorado con la aplicación de estudios imagenológicos más avanzados. El objetivo del presente estudio es revisar 5 casos de íleo biliar resueltos quirúrgicamente en el Hospital Dr. Sótero del Río

**Materiales y Métodos:** Se realiza un análisis retrospectivo y descriptivo de 5 pacientes sometidos a resolución quirúrgica por íleo biliar en el Hospital Sotero del Río. Los datos son recolectados de protocolos quirúrgicos, fichas y estadística de pabellón.

**Resultados:** Se presentan 5 pacientes entre 57 y 78 años (Promedio: 72 años), 3 pacientes de sexo femenino, todos ellos ASA II. Con respecto a la presentación clínica, el 100% se manifestó con dolor abdominal y vómitos, 60% presentó ausencia de eliminación de gases y distensión abdominal. El 80% presentó leucocitosis y disfunción renal de distinto grado. Al 100% de los pacientes se le realizó una tomografía axial computarizada (TAC), siendo sugerente de la patología sólo en 3 casos. En todos los pacientes se realizó enterotomía más extracción del cálculo, siendo el abordaje por vía laparoscópica en un caso. En el 80% se objetivó intraoperatoriamente el sitio de impactación del cálculo a 60 cm del ángulo de Treitz. A ningún paciente se le reparó la fístula bilio-digestiva en la exploración de urgencia. El tiempo de hospitalización preoperatorio promedio fue 10 días (rango: 1-24 días). Sólo se presentó una complicación mayor (Clavien-Dindo III), la cual fue una obstrucción intestinal por bridas que requirió cirugía. No existió mortalidad en esta serie.

**Conclusión:** El íleo biliar es una causa prevalente de obstrucción intestinal que necesita un alto nivel de sospecha para su diagnóstico dado lo inespecífico de su presentación, su carácter fluctuante y su tendencia a presentarse en pacientes de mayor edad. La resolución en la urgencia sólo del cuadro obstructivo, difiriendo la reparación de la fístula para un segundo tiempo, ha demostrado la menor mortalidad y morbilidad

“LIPOMA GÁSTRICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA”  
*Dr. J. M. Ramírez T.<sup>1</sup>, Dr. D. Vivar M.<sup>2</sup>, Dr. J. A. Riquelme<sup>1</sup>, Dr. C. Benavides C.<sup>3</sup>, Dr. C. García C.<sup>3</sup>*

1. Becado Cirugía Universidad de Chile, Hospital Clínico San Borja Arriarán

2. Médico Cirujano Universidad de Chile, Hospital Clínico San Borja Arriarán

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

**Introducción:** Los lipomas son neoplasias benignas de crecimiento lento que pueden aparecer en cualquier punto del tracto gastrointestinal, siendo su localización más frecuente (65%-75%) el intestino grueso, especialmente el área ileocecal y el colon sigmoides. La localización gástrica es rara (4%-8%), siendo el antro (75%) la zona más habitual, y no habiéndose descrito ningún caso en el cardias ni en el canal pilórico. La mayoría tienen un origen submucoso, siendo raros los subserosos (5%) que suelen ser únicos, aunque se han descrito casos de lipomas múltiples sincrónicos (10%). Su etiología permanece incierta, apuntándose como más probable el que correspondan a restos de tejido adiposo embriológicamente desplazados. Sin embargo, los lipomas gástricos pueden manifestarse clínicamente, dependiendo sobre todo de su tamaño (a partir de 4 cm el 75% dan clínica), de su localización (los antrales pueden ser responsables de episodios de obstrucción pilórica, a menudo intermitente, y síntomas dispépticos por prolapso a través del canal pilórico), y del desarrollo de complicaciones (alrededor del 53% presentan una ulceración central, que está en el origen de hemorragias digestivas altas, tanto crónicas como agudas).

**Objetivo:** Presentación de caso clínico, manejo y evolución de un paciente portador de un tumor gástrico submucoso que resulto ser un lipoma gástrico astral y revisión de la literatura.

**Caso clínico:** Paciente de 76 años, sexo masculino, con cuadro de 8 meses de dolor epigástrico, sin irradiación, gatillado por ingesta alimentaria y asociado a vómitos alimentarios postprandiales. Se asocia baja de peso de 3 kg. en 4 meses. Se realiza endoscopia digestiva alta que revela lesión elevada astral de 8 cm sospechándose lipoma v/s GIST. La tomografía computada de abdomen y pelvis informa lesión submucosa del antro gástrico compatible con lipoma. Se realizó antrectomía laparoscópica y el paciente evolucionó en buenas condiciones, sin complicaciones. El Informe anatomopatológico confirma diagnóstico de lipoma gástrico.

#### EXPERIENCIA INICIAL CON COLECISTECTOMÍA TRANSUBILICAL

*Drs. J.I. Fernández<sup>1</sup>, C. Ovalle<sup>2,3</sup>, C. Fariás<sup>1,2,3</sup>, J. de la Maza<sup>1,2,3</sup>, C. Cabrera<sup>1,2,3</sup>*

Clínica Tabancura<sup>1</sup>. Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile<sup>2</sup>. Universidad de Valparaíso<sup>3</sup>.

**Introducción:** La colecistectomía por vía transumbilical (CTU) fue descrita por primera vez en 1993; pero no fue hasta la introducción del NOTES en el 2004, que cobró real interés. El objetivo de este trabajo es describir la técnica y resultados quirúrgicos de nuestra experiencia inicial en CTU. **Materiales y Métodos:** Todos los pacientes con diagnóstico ecográfico de colelitiasis no complicada, se les ofreció abordaje transumbilical para obtener mejor resultado cosmético. El cirujano se ubica entre las piernas del paciente y el ayudante al costado izquierdo del paciente. Se realiza incisión transumbilical de 2.5cm y se inserta dispositivo GelPoint preparado con tres trocares de 10mm. En

primeros 7 pacientes se insertó como separador una aguja de Kichner de 2mm en epigastrio, por su lado romo; y en últimos 6 pacientes un separador de 2mm especialmente diseñado. Se utilizó óptica de 10mm y 30°, e instrumental convencional. El cirujano tracciona el bacinete y el ayudante realiza contracción con el separador epigástrico comprimiendo el duodeno y exponiendo hilio vesicular. Se diseca arteria y conducto císticos con hook. Se intercambia hook por clipadora, para colocar clips a ambas estructuras y luego seccionarlas con tijeras. Se diseca vesícula con hook, mientras el cirujano tracciona la vesícula y el ayudante realiza contracción del lecho hepático con el separador epigástrico. La vesícula se extrae junto con dispositivo GelPoint. **Resultados:** Un total de 11 mujeres fueron sometidas a CTU, con una edad promedio de 38,2 años. El tiempo operatorio promedio fue de 42,9±9,7min. No hubo conversión a técnica multitrocar o abierta. No hubo morbilidad ni mortalidad. El tiempo de hospitalización fue de 1,5±0,7 días. Todas las pacientes resultaron satisfechas con el resultado cosmético. **Conclusión:** La CTU es un procedimiento factible y seguro de realizar con la técnica expuesta; replicando todos los pasos de la cirugía multitrocar y en tiempos quirúrgicos razonables.

#### TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE URGENCIA DE UN PACIENTE CON CÁNCER GÁSTRICO PERFORADO.

*Dr. M. Millán*

Equipo Cirugía Digestiva. Hospital Clínico Regional Valdivia

Instituto de Cirugía. Universidad Austral de Chile

Se presenta caso clínico de paciente de 67 años con antecedentes mórbidos de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 en control, que consulta en la unidad de emergencia del Hospital Clínico Regional Valdivia con historia de dolor abdominal difuso de un mes de evolución asociado a episodios ocasionales de melena. Este dolor se intensifica 3 días previos a la consulta. Al momento de su evaluación destaca un paciente en regulares condiciones generales, hemodinámicamente estable, PA 140/90 Pulso 107 por minuto, Tº 36.6, con intenso dolor abdominal EVÁ 10/10. Al examen abdominal presenta signos de irritación peritoneal difusos y disminución de los ruidos hidroaéreos. Se solicitan exámenes generales donde destaca un Recuento de leucocitos de 10060, Hcto 42,3%, Hb 14,6 mg/dl, Plaquetas: 74000 Creat 0.59 mg/dl. Amilasa normal y PCR discretamente elevada. Se solicita TAC de abdomen y pelvis que evidencia neumoperitoneo, escaso líquido libre periesplénico, signos de carcinomatosis peritoneal y sospecha de una neoplasia gástrica. El mismo día se realiza Laparoscopia exploradora donde se identifica abundante líquido libre purulento y en el cuerpo gástrico en relación a la curvatura menor existe una perforación gástrica de 1 cm de diámetro cubierta parcialmente por epiplón que se sutura con 2 puntos de sutura separada de vicryl 2-0. Además se

identifican nódulos sospechosos de carcinomatosis peritoneal a nivel del epiplón del cual se toma biopsia diferida. Paciente evoluciona en el postoperatorio en forma favorable con discreta disfagia. Al séptimo día postoperatorio se realiza Endoscopia digestiva alta que confirma neoplasia corporal avanzada. Biopsia del epiplón confirma metástasis de adenocarcinoma. El paciente es derivado a la unidad de manejo del dolor y cuidados paliativos.

#### “TUMORES NEUROENDOCRINO (TNE) GÁSTRICO”

*Drs. C. Esparguel<sup>(1)</sup>, C. García<sup>(1)</sup>, G. Ross<sup>(1)</sup>, V. Luengo<sup>(2)</sup>, J. Riquelme<sup>(1)</sup>, J. Zamarrín<sup>(1)</sup>, P. Rubilar<sup>(1)</sup>, C. Benavides<sup>(1)</sup>.*

(1) Servicio y Departamento de Cirugía.  
(2) Servicio de Anatomía Patológica.

Hospital Clínico San Borja Arriarán. Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Los TNE son una amplia gama de neoplasias de comportamiento dispar, dependiendo de su sitio de origen, producción hormonal y diferenciación. Los TNE gástricos representan alrededor del 6% de los todos TNE según cifras internacionales, correspondiendo al 1% de las neoplasias gástricas. Objetivo: Describir las características clínicas, estudio y tratamiento realizado a pacientes portadores de TNE gástrico (TNEG) en nuestro centro. Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo, entre los años 2004 y 2012. Se incluyen pacientes de la base de datos del servicio anatomía patológica de nuestro centro con diagnóstico de Carcinoma gástrico y TNE gástrico; conjuntamente se revisan las fichas clínicas.

Resultados: Serie de 27 pacientes con edad promedio de 56,9 años (26 -78), 14 (52%) género masculino, 17(70%) presentaban anemia, de los cuales 7 (26%) era pernicioso. Los síntomas más frecuentes que destacan en la serie son: dolor epigástrico, palidez, adinamia. Dos presentaron sangrado. Ninguno de la serie presento síndrome carcinoide. Doce presentaron lesiones < 1cm. Se determinó gastrina sérica en 7 pacientes, todos con valores elevados (400 pg/dl -1300 pg/dl). Ocho pacientes se trataron solo con polipectomía, 5 mucosectomías y 14 con cirugía (7 gastrectomías totales).

Conclusión: TNEG abarca una amplia gama de presentaciones clínicas, morfológicas y de evolución. Esto hace de los TNEG una patología que requiere manejo multidisciplinario en centro especializado.

#### EXPRESION DEL GEN HER2/neu EN CANCER GASTRICO EN CHILE.

*Drs. I Roa, J Slater, D Carvajal, T Sanchez, S Lantadilla, G de Toro, R Ares, Majlis A, K Schalper, J Leon, X de Aretxabala.*

Servicios de Anatomía Patológica Clínica Alemana de Santiago, Clínica Alemana de Temuco, Hospital Padre Hurtado, Hospital de Puerto Montt. Departamento Cirugía Clínica Alemana de Santiago. (Proyecto Convenio Internacional MD Anderson Clínica Alemana) (Proyecto Clínica Alemana de Santiago Convenio Internacional MD Anderson)

Introducción: el cáncer gástrico continúa siendo es el tumor maligno con mayor mortalidad en nuestro país. En los últimos años se ha demostrado que la sobreexpresión del gen HER2/neu, en un grupo de cánceres gástricos los hace candidatos a recibir tratamientos adyudantes con anticuerpos monoclonales como el Trastuzumab.

Objetivo: determinar la frecuencia de sobreexpresión del gen HER2/neu en cánceres gástricos avanzados y relacionar los hallazgos con algunas variables clínicas y patológicas.

Material Y Método: se seleccionaron muestras representativas en piezas de gastrectomías en 108 cánceres gástricos avanzados. Se reconocieron tres patrones histológicos principales (difuso, intestinal y mixto). Se realizó técnica de inmunohistoquímica automatizada con anticuerpo monoclonal c-erB-2 (NCL-356) Novocastra. La evaluación de la tinción positiva fue realizada por dos patólogos en forma independiente utilizando las guías de consenso propuestas por Hoffman et al. Se consideró como positivo a la tinción de membrana lateral o basolateral en más del 10% de las células tumorales identificable a baja magnificación.

Resultados: el grupo estaba constituido por 76 hombres y 32 mujeres con promedios de edades de 66,6 años y 62,6 años (DS 13,4 y 11,6 años respectivamente). Los tumores estaban localizados en el 45,4% en el cuerpo, 38% en el antro, 13% en el cardíaco y 3,7% en el fondo gástrico. En el 42% de los casos la tinción inmunohistoquímica fue negativa, en el 14% 1+; 32% 2++, y en el 13% 3+++ o positivo (14 casos). Sólo los tumores de tipo intestinal y mixto mostraron positividad. De los 19 tumores difusos (18% del total de casos), ningún caso fue positivo (0%), en cambio, el 20% (12 de 60 casos) de los de tipo intestinal fueron positivos y el 6,3% de los tumores mixtos. Es decir, del total de 14 casos positivos, el 86% eran tumores de tipo intestinal. La positividad fue más frecuente en hombres (15%) que en mujeres (6,3%), sin embargo estas diferencias no fueron significativas. Conclusiones: se observa una sobreexpresión inmunohistoquímica del gen HER2/neu, en el 13% de los cánceres de los cánceres gástricos avanzados en este estudio. La positividad se demostró en los de tipo intestinal (20%) y mixtos (6,3%), predominantemente en hombres. Es requerida la validación de estos resultados mediante técnicas de hibridación in situ (FSIH), en consideración a que un tercio de los casos el estudio inmunohistoquímico se debe considerar como un resultado equivoco. (Proyecto Clínica Alemana de Santiago Convenio Internacional MD Anderson).

#### RADIO-QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN UN PACIENTE PORTADOR DE UN CÁNCER GASTROESOFÁGICO. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

*Drs. N. Perez, P. vera, C. Orellana, C. Llanos, O. Lynch.*

Institucion: Servicio de Pensionado Médico Quirúrgico, Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant.

Benavente de concepción, Instituto de Patología de Concepción.

El cáncer gástrico es un problema global, tanto así que en Chile representa la primera causa de mortalidad por neoplasia maligna.

Mientras disminuye la prevalencia del cáncer gástrico de fondo y distal, existe un aumento de la incidencia y prevalencia del adenocarcinoma de cardias y gastroesofágico.

Pese a lo anterior, existe discrepancias en las publicaciones acerca de sus causas, clasificación, y manejo.

**Materiales y métodos:** Se reporta un caso de un paciente de 65 años, con antecedente de una hernia hiatal y esplenomegalia masiva, quien es portador de un cáncer gastroesofágico no metastásico, el cual se somete a una toracofrenolaparotomía evidenciándose la irresecabilidad tumoral por compromiso locoregional, colocándose clips para una mejor localización imagenológica y realizándose esplenectomía de necesidad.

Se decide realizar radioterapia 3D conformacional junto a quimiosensibilización neoadyuvante, completada en octubre del 2007. Posteriormente el paciente decide no someterse al procedimiento quirúrgico y solo asistir a controles de seguimiento. Actualmente en su estudio imagenológico sistémico no se evidencian metástasis, en la endoscopia digestiva alta a 38 cm de la arcada dentaria se encuentra una lesión tumoral ulcerada que produce un efecto de válvula cardinal sin impedir el paso del endoscopio. Se procede a remoción tumoral de un 80% con asa de polipectomía.

**Discusión:** El cáncer gástrico tiene un pobre pronóstico si se encuentra en enfermedad avanzada siendo su sobrevida media de 5.4 meses sin cirugía, que es el pilar de su manejo. Se sabe que el cáncer gastroesofágico se encuentra localmente avanzado a su presentación, por lo cual la neoadyuvancia, ya sea con radio-quimioterapia o sólo quimioterapia, es una estrategia racional que busca reducción tumoral, una adecuada resección quirúrgica y eliminar micrometastasis.

Actualmente el mejor manejo del cáncer cardioesofágico no está resuelto, pues esta localización es un subgrupo menor en los estudios randomizados que evalúan ambos tratamientos complementarios. De hecho en USA frecuentemente la enfrentan con radioquimioterapia pre-operatoria mientras que en Europa con quimioterapia peri-operatoria.

El presente caso representa cuan efectivo puede ser una terapia radiante con quimiosensibilización, por ello es necesario evaluar caso a caso junto a un equipo multidisciplinario.

#### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER GÁSTRICO: ANÁLISIS DE 1038 CASOS CONSECUTIVOS.

*Drs. C. García, J. Zamarín, P. Rebolledo, C. Benavides, J. Riquelme, H. Cid, I. Cañete.* Servicio de Cirugía; Hospital San Borja Arriarán, Departamento de Cirugía, campus centro Universidad de Chile.

**Introducción:** El Cáncer Gástrico (CG) constituye la primera causa de muerte por cáncer en Chile. A pesar de ello, no existe un programa de detección o pesquisa precoz, por lo cual la mayoría de los casos se presenta en estadios avanzados, y a menudo fuera del alcance quirúrgico. El tratamiento o enfoque de manejo ha variado en años recientes por la aparición de terapias adyuvantes efectivas. La cirugía también ha evolucionado con técnicas menos invasivas (laparoscópicas y endoscópicas). Las clasificaciones empleadas de antaño han tendido a uniformarse. Por lo tanto, nos parece de interés mostrar los resultados actualizados del tratamiento quirúrgico del CG. **Objetivo:** Presentar los resultados del tratamiento quirúrgico del CG en cuanto a morbi-mortalidad y supervivencia a largo plazo. **Materiales y método:** Análisis de la base de datos prospectiva, entre enero 1996 a diciembre 2011. Para la clasificación empleamos la última edición TNM. **Variables estudiadas:** Demográficas, cirugías, adyuvancia, anatomía patológica, morbi-mortalidad y supervivencia. **Resultados:** 1038 pacientes operados en forma consecutiva. Promedio edad 63,1 años, género masculino 64,7%. Cirugías con intención curativa 64,7%, laparotomía/laparoscopia exploradora 22%, cirugía paliativa 13,2% (incluye derivación y resección). Las lesiones incipientes representan el 13,2% del total. Entre los 672 casos resecaados con intención curativa, se encontraron lesiones T1: 133 pacientes, T2: 65 pacientes; T3: 200 pacientes y T4: 266 pacientes. Hubo compromiso linfonodal en 62,5%. Mortalidad general 3,8%. Mortalidad en resecciones curativas 4,3%. Tiempo de seguimiento 25,03 meses. Supervivencia global 34, 5% a 5 años. Supervivencia en resecciones curativas 53%. **Conclusiones:** Persiste la baja proporción de lesiones incipientes, que no logra superar el 20% de los casos. La cirugía con intención curativa es el pilar del manejo del cáncer gástrico, sin embargo, las terapias adyuvantes cada día adquieren una importancia mayor.

#### BENEFICIO DE LA GASTRECTOMÍA D2 EN PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO CON COMPROMISO LINFONODAL DE SEGUNDA BARRERA.

*Drs. J. Zamarín, C. García, P. Rebolledo, J. Riquelme, H. Cid, C. Benavides, I. Cañete, C. Esperguel.*

Servicio de Cirugía Hospital Clínico San Borja Arriarán. Departamento de Cirugía Campus Centro Universidad de Chile.

**Introducción:** El beneficio de la linfadenectomía extendida en cáncer gástrico es controversial en cuanto al beneficio en supervivencia a largo plazo. En Asia la cirugía estándar es la gastrectomía con disección linfática de al menos la segunda barrera, denominada D2, sin embargo, esta cirugía en occidente no es realizada de rutina y de forma estandarizada, dada la alta morbi-mortalidad asociada y la ausencia de beneficio en resultados a largo plazo. Inclusive algunos autores consideran esta cirugía exclusivamente como buena etapificadora. **Objetivo:** Mostrar los resultados de supervivencia

en los pacientes sometidos a Gastrectomía D2, con compromiso linfonodal avanzado (grupos 7-12) y con ello sugerir y aportar evidencia que la linfadenectomía D2 tiene un beneficio terapéutico. **Materiales y Método:** Cohorte de pacientes con compromiso linfonodal avanzado (segunda barrera de la antigua clasificación japonesa de Cáncer Gástrico) sometidos a gastrectomía D2 en el periodo entre 1996 y 2011. **Análisis de variable demográficas,** tipo de cirugía (extensión de la gastrectomía, resección órganos vecinos), morbi-mortalidad, anatomía patológica (Tamaño, macroscopia, diferenciación, índice ganglionar etc) y seguimiento a largo plazo. **Resultados:** 129 pacientes con compromiso linfonodal avanzado y D2. Promedio de edad 61,4 años (SD: 11,2), género masculino 62,7%. La distribución del compromiso linfonodal de acuerdo fue T1: 1,6%, T2: 4%, T3: 24% y T4: 70,4%. El 34,8% de los pacientes presentó lesiones mal diferenciadas o indiferenciadas. La Supervivencia a 5 años fue 25%. **Conclusión:** La cirugía con disección linfática extendida permite lograr una supervivencia de 25% a 5 años, en pacientes con compromiso linfonodal avanzado, que en caso de una cirugía de menor envergadura, hipotéticamente debería tener supervivencia marginal. Este hallazgo aporta evidencia al valor terapéutico de la linfadenectomía D2 en Cáncer Gástrico. Por otra parte, y como ha sido mencionado por otros autores etapifica de mejor manera evitando el fenómeno de Will Rogers.

#### CÁNCER GÁSTRICO BORRMANN IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CURATIVO.

*Drs. C. García, J. Zamarin, P. Rebolledo, J. Riquelme, H. Cid, C. Esperguel, C. Benavides, I. Cañete.*

Servicio de Cirugía Hospital Clínico San Borja Arriarán. Departamento de Cirugía Campus Centro Universidad de Chile.

**Introducción:** La forma macroscópica del Adenocarcinoma Gástrico tipo Borrmann IV, está definido como el tipo infiltrativo sin ulceración. En la literatura destaca el pésimo pronóstico de esta entidad en comparación con los otros tipos macroscópicos de Cáncer Gástrico. El objetivo de este trabajo es evaluar los resultados obtenidos en las resecciones curativas de este tipo de lesiones, identificando aquellos factores que se asocian con buen pronóstico. **Materiales y método:** Se analiza la base de datos de pacientes sometidos a cirugía y clasificados por patología como tipo Borrmann IV. Se estudiaron variables demográficas, clínicas, quirúrgicas y patológicas. **Resultados:** Entre Enero del 1996 y Diciembre del 2011 se operaron 1038 pacientes con Cáncer Gástrico, 166 de ellos tipo Borrmann IV (15,9%). En este grupo 56 pacientes fueron resecados con intención curativa, 21 con resección no curativas, 16 con derivaciones digestivas

y 73 sólo se realizó laparotomía exploradora. De los resecados con intención curativa el promedio de edad fue 63,7 años, con franco predominio del género masculino. Se realizó Gastrectomía Total Ampliada en 49 pacientes y Gastrectomía subtotal en 6 pacientes. La distribución según T fue: T2: 2 casos, T3: 15 casos y T4: 39 casos. Hubo compromiso linfonodal en 51 pacientes (91%). La mayoría de las lesiones eran mal diferenciadas o indiferenciadas (40/56). Sólo 6 pacientes tuvieron invasión a órganos vecinos. La mortalidad perioperatoria fue 5,3%. Supervivencia a 5 años de los resecados con intención curativa fue 21%. **Conclusión:** El Cáncer Gástrico tipo Borrmann IV corresponde a una variedad de tumor muy agresivo, con bajo porcentaje de resecabilidad y en cual la curación de la enfermedad se logra en un muy bajo porcentaje de pacientes. Se requieren nuevas estrategias y enfoques de manejo para lograr mejores resultados en esta entidad.

#### CÁNCER GÁSTRICO SINCRÓNICO

*Drs. C. García, J. Zamarin, P. Rebolledo, C. Benavides, H. Cid, I. Cañete.*

Servicio de Cirugía Hospital Clínico San Borja Arriarán. Departamento de Cirugía Campus Centro Universidad de Chile.

**Introducción:** El cáncer gástrico sincrónico es una entidad poco común y escasamente reportada en la literatura. Se define como la aparición de lesiones múltiples separadas por mucosa sana independiente de la morfología microscópica. La frecuencia reportada no supera el 6%. **Objetivo:** Analizar los casos diagnosticados y tratados por cáncer Gástrico Sincrónico. **Materiales y método:** Revisión de la base de datos prospectiva de Cáncer Gástrico en los que la pieza operatoria demostró la presencia de Cáncer Gástrico sincrónico. Se estudian variables demográficas generales, diagnóstico preoperatorio, cirugía realizada, resultados de la anatomía patológica y supervivencia a largo plazo. **Resultados:** En el periodo entre enero 1996 a diciembre del 2011 se han realizado 673 resecciones gástricas por CG con intención curativa, en las cuales 21 casos han mostrado lesiones neoplásicas de adenocarcinoma concomitantes (3,1%). Promedio de edad 60 años, (rango 53-89). Total de lesiones: 49. 13 pacientes con lesiones dobles, 7 con lesiones triples, 1 con 4 lesiones. Dos pacientes con lesiones incipientes exclusivas, 4 con lesiones avanzadas exclusivas y 15 con asociación de avanzadas e incipientes. **Compromiso linfático:** No hubo metástasis a linfonodos regionales en 3 casos, y en los restantes 18 sí hubo compromiso ganglionar. Fallecidos por cáncer 12/21. **Conclusión:** El Cáncer Gástrico sincrónico se presenta en el 3% de nuestra serie. La asociación más frecuente es Cáncer avanzado e incipiente. En casi la mitad de los casos hay más de dos lesiones sincrónicas. La supervivencia está comandada por el estadio de la lesión más avanzada.

## MUCOCELE APENDICULAR: REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO.

*Drs. E.Sandoval<sup>1,2</sup>; J.Gundelach<sup>1,2</sup>; A.Troncoso<sup>2</sup>; A. Cartes<sup>2</sup>*

(1) Servicio de Cirugía Adultos Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.

(2) Departamento de Cirugía y Traumatología Universidad de La Frontera, Temuco.

**Introducción:** El mucocele apendicular (MA) es una condición anátomo-patológica y clínica de baja prevalencia, que se presenta generalmente como hallazgo intraoperatorio en el contexto de una apendicitis aguda.

De curso generalmente benigno, debe ser controlado clínica e imagenológicamente en el postoperatorio por la posibilidad de carcinomatosis mucinosa de origen apendicular (Pseudomixoma peritoneal). El objetivo de este estudio es reportar un caso clínico de paciente con MA tratado en nuestro centro, en término de su diagnóstico, estudio y tratamiento. **Material y Método:** Tipo de estudio: Reporte de Caso. Revisión de literatura.

**Resultados:** Caso clínico: Hombre de 37 años con antecedente de HTA, consulta por dolor abdominal periumbilical un día de evolución que migra a FID, asociado a náuseas, vómitos y fiebre. Cuadro clínico y laboratorio compatible con apendicitis aguda. Se realiza apendicectomía encontrándose apéndice cecal distendido, congestivo y cubierto por fibrina (aprox. 16 cms. x 5 cms) de consistencia fluctuante. La biopsia confirma cistoadenoma mucinoso apendicular, apendicitis aguda úlcero flegmonosa. Presenta buena evolución post operatoria inmediata, siendo dado de alta al 2° día. Control post quirúrgico en policlínico, se solicita TC abdomen y pelvis. **Discusión:** Al revisar la literatura encontramos que los tumores apendiculares son una patología infrecuente, constituyendo el 0,5-1% de tumores gastrointestinales. Generalmente son hallazgos en biopsias por apendicectomías, más frecuentes en edad avanzada (>60 años). Los tumores carcinoides son los más prevalentes. El mucocele corresponde al 8% de tumores apendiculares y al 0,25% de apendicectomías. Dentro de sus complicaciones destaca principalmente la carcinomatosis mucinosa de origen apendicular (Pseudomixoma peritoneal). El tratamiento de elección para MA es la resección quirúrgica. La hemicolectomía derecha está indicada en pacientes con MA complicado (compromiso de íleon terminal o ciego). Si un MA se encuentra roto, la lesión debe ser extirpada junto con todos los implantes peritoneales mucinosos. El pseudomixoma peritoneal debe ser tratado agresivamente con citorreducción quirúrgica para eliminar todas las masas gelatinosas o los órganos involucrados. El uso de radioterapia o quimioterapia neoadyuvante no está bien definida.

## ANÁLISIS DE LA BIOPSIA CONTEMPORÁNEA EN EL MANEJO DEL CÁNCER GÁSTRICO.

*Drs. C. García, J. Zamarín, C. Benavides, P. Rebolledo, J. Riquelme, I. Cañete, H. Cid, C. Esperguel.*

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

**Introducción:** El principio fundamental del manejo quirúrgico del Cáncer Gástrico (CG), con criterio curativo, es la obtención de cirugía R0 en un paciente correctamente estadificado. Este objetivo se obtiene con adecuada disección linfática (D2), bordes del tumor negativos para neoplasia y descartando sitios de metástasis durante la exploración que no se evidenciaron en el estudio preoperatorio. Para cumplir estos objetivos es fundamental la evaluación intraoperatoria con el uso de biopsia contemporánea (BC). Existe escasa literatura que establezca el valor y el rendimiento de la biopsia contemporánea en CG. **Objetivo:** Analizar el rendimiento y valor de la biopsia contemporánea en CG. **Materiales y método:** Análisis de una muestra de pacientes sometidos a cirugía por CG en que se utilizó biopsia contemporánea para la adecuada estadificación. Se compararon los resultados de ésta con el informe definitivo. **Periodo de estudio** enero 2010 - diciembre del 2012. **Resultados:** Pacientes totales operados en el periodo 188. Se solicitó estudio con biopsia contemporánea en 98 casos (52,12%). Promedio de edad 61, 9 ( rango 17-84). Predominio género masculino (70,4%). Número de muestras enviadas 111. Promedio de muestras de BC/paciente: 1,32. Sitios de las muestras: Peritoneo: 52, Esófago: 40, Hígado: 16, Linfonodos: 4 y otros: 3 casos. Concordancia global: 89,7% y discordancia en 10 casos (11,3%). Al evaluar las discordancias en 5 casos la BC fue informada como no-concluyente, en 4 se informó falsos negativos y 1 caso de falso positivo. Este último no tuvo repercusión ya que se trató de una laparoscopia etapificadora para Neoadyuvancia, y la biopsia definitiva permitió la corrección y el adecuado tratamiento posterior. La mayor discordancia ocurrió al evaluar nódulos peritoneales, 4 de ellos informados como falsos negativos. **Conclusión:** La Biopsia Contemporánea en Cáncer Gástrico es fundamental para el adecuado manejo quirúrgico. Tiene un alto rendimiento, con discordancias que deben ser evaluadas caso a caso por el Cirujano. La mayor frecuencia de este fenómeno se observa al evaluar nódulos peritoneales, especialmente cuando no está presente una carcinomatosis evidente.

## INSUFICIENCIA INTESTINAL: RESULTADOS DEL MANEJO POR UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO.

*Drs. D. Espinola; J. Klassen; M.E. Molina; R. Miguielles; F. Bellolio; J.F. Guerra, J. Gellona A. Zúñiga D. y Nut. MSc. A. Valenzuela; EU. X. Meneses y EU. A. Rodríguez.*

Unidad de Coloproctología. Departamento de Cirugía Digestiva. Departamento de Nutrición y Diabetes. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** La Insuficiencia Intestinal (InI) es la reducción crítica de la masa intestinal funcionante bajo el nivel que impide la capacidad de absorción y digestión de nutrientes y líquidos. La nutrición parenteral (NP) es fundamental para la sobrevivencia de estos pacientes, sin embargo la NP prolongada puede acompañarse de graves complicaciones. La rehabilitación intestinal (RhI) permite optimizar la función de los segmentos de intestino remanentes. **Objetivo:** El objetivo de esta comunicación es dar a conocer los resultados de la RhI por un equipo multidisciplinario particularmente referido a lograr la supresión de NP.

**Material y Método:** Este estudio incluye todos los pacientes referidos a la Unidad de InI entre enero 2009 y junio 2012. Se registraron datos demográficos, causa de InI, longitud del intestino delgado (ID) y colon remanente y tiempo de NP. El tratamiento médico contempló la nutrición enteral, dieta con nutrientes específicos, suplementos vitamínicos y minerales y loperamida en dosis variables. El tratamiento quirúrgico incluyó uno o más de los siguientes procedimientos: tratamiento de fistulas entero cutáneas, drenaje abscesos crónicos, cierre ostomías y elongación intestinal (enteroplastia transversa seriada).

**Resultados:** En el periodo mencionado 12 pacientes fueron tratados. 11 (92%) mujeres; mediana de edad 58 años. La causa más frecuentes de InI fue la resección extensa de ID secundario a isquemia en 6 pacientes (50%), complicaciones de cirugía abdominal en 3 (25%) y enteritis actínica en 3 (25%). Todos los pacientes estaban en NP por periodos variables: entre 0 y 6 meses 6 (50%) pacientes, entre 6 y 18, 5 (42%) y más de 18 meses 1 (8%) paciente. La longitud de ID remanente varió entre 30 y 180 cm. Ocho (66%) pacientes tenían menos de 90 cm; 3 (25%) entre 90 y 149 cm y 1 (8%) más de 150cm. 6 pacientes (50%) tenían el colon completo, 4 (33%) la mitad del colon y 2 (16%) pacientes tenían solo el recto. La combinación de tratamiento médico y quirúrgico permitió que 11 pacientes (92%) suspendieran la NP en forma definitiva y solo 1 permaneciera en NP trisemanal.

**Conclusión:** La RhI llevada a cabo por un equipo multidisciplinario logró la independencia de NP en la mayoría de los pacientes de esta serie.

### ¿SE ESTÁ HACIENDO EL DIAGNÓSTICO MÁS TEMPRANO EN EL CÁNCER GÁSTRICO?

*Drs. Bustamante M., Justiniano J.C, Lombardi J, Aguayo A., Bravo J., Villao D., Hurtubia R., Pinto C., Talhouk O., Carvajal C.*

Equipo de Cirugía Digestiva Alta.  
Servicio y Departamento de Cirugía Universidad de Chile. Hospital del Salvador.Santiago.Chile

**Introducción y Objetivos:** El diagnóstico de cáncer gástrico se estaría haciendo en etapas más tempranas, conforme al mayor acceso de la población a tecnologías apropiadas, y a un mejor manejo de los médicos de atención primaria. El propósito de este trabajo es analizar un parámetro objetivo (T de TNM) de lo avanzado de la enfermedad en el

momento de su tratamiento quirúrgico, en un periodo prolongado de tiempo. **Métodos:** Se analizó la profundidad de la lesión neoplásica de acuerdo a la descripción del patólogo en la pieza operatoria, en la totalidad de los pacientes resecaados entre los años 1977 y 2011. **Resultados:** En el periodo estudiado se resecaron, con intención paliativa o curativa, 677 pacientes. La descripción de los números de pacientes aparece en la tabla siguiente.

	T 1		T 2		T 3		T 4		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
1977 - 81	34	3	8,8	4	11,7	23	67,6	4	11,7
1982 - 86	38	3	7,8	7	18,4	23	60,6	5	13,1
1987 - 91	50	5	9,7	6	12,1	32	64,1	7	14,6
1992 - 96	111	14	12,6	21	19	52	46,8	24	21,6
1997 - 01	119	20	16,8	20	16,8	61	51,2	18	15,1
2002 - 06	133	19	14,2	38	28,5	59	44,3	17	12,7
2007 - 11	192	37	19,2	56	29,1	64	33,3	35	18,3
Total periodo	677	101	14,9	152	22,4	314	46,3	110	16,2

**Discusión:** Se aprecia un aumento progresivo del número total de cánceres resecaados. Asimismo hay un significativo aumento de la etapas más tempranas (T1 y T2), a expensas de una baja de los cánceres T3.

**Conclusiones:** A juicio de los autores las mejoras observadas son multifactoriales: la oportunidad en la solicitud de la endoscopia, el acceso a ella por parte de los pacientes, el aumento del número de endoscopistas, y la implementación de políticas gubernamentales son los elementos más importantes en estos resultados.

### NEOADYUVANCIA EN CÁNCER GÁSTRICO LOCALMENTE AVANZADO: REVISIÓN DE 3 CASOS.

*Drs. A. Gomez<sup>1</sup>, S. Nuñez<sup>2</sup>, G. Bascur<sup>2</sup>, E. Mordojovick<sup>2</sup>, M. Bustamante<sup>3</sup>, J. Justiniano<sup>4</sup>*

<sup>1</sup> Residente de Cirugía General, Universidad de Chile, Sede Oriente, Hospital del Salvador; <sup>2</sup> Capacitante Cirugía General, Universidad de Chile, Sede Oriente, Hospital del Salvador; <sup>3</sup> Jefe Equipo Cirugía Digestiva Alta, Hospital del Salvador, <sup>4</sup> Cirujano Digestivo Alto, Hospital del Salvador

**Introducción:** El cáncer gástrico es la primera causa de muerte por cáncer en Chile, y la segunda a nivel mundial. La cirugía constituye el pilar de las terapias curativas. La neoadyuvancia mostraría beneficios en pacientes con cáncer gástrico avanzado. Nuestro objetivo es presentar casos operados en nuestro centro que recibieron neoadyuvancia y revisar la literatura.

**Pacientes y métodos:** Revisión de registro de pacientes con diagnóstico de Cáncer Gástrico avanzado del equipo de cirugía Digestiva Alto, Hospital del Salvador. Se seleccionó aquellos que recibieron quimioterapia preoperatoria, independiente del esquema utilizado, y sometidos posteriormente a cirugía curativa. (Gastrectomía total con disección ganglionar D2).

Resultado: Tres pacientes con cáncer gástrico avanzado. Dos pacientes presentaban compromiso ganglionar en tomografía y en uno de ellos se comprobó mediante biopsia previo a neoadyuvancia. Todos fueron tratados con quimioterapia preoperatoria: un paciente con EOC (6 ciclos), otro con Docetaxel- cisplatino y capecitabina (3 ciclos) y un paciente con 5-FU- leucovorina (3 ciclos). La evaluación tomográfica post quimioterapia mostró significativa disminución del tumor y de las adenopatías en los casos respectivos. En todos se realizó Gastrectomía total y disección ganglionar D2. El estudio anatomopatológico mostró dos adenocarcinomas poco diferenciados, uno con células en anillo de sello y el tercero con adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Todas las piezas tuvieron más de 15 linfonodos. Los 2 pacientes con compromiso linfático inicial, resultaron pN0. La etapificación según TNM fue: pT3 pN0 M0, en dos pacientes y pT3 pN1 M0 en un paciente. Todos los pacientes recibieron terapia adyuvante: radioquimioterapia en dos pacientes y sólo quimioterapia en uno de ellos.

Discusión: El Cáncer gástrico, corresponde al 5º cáncer más frecuente a nivel mundial y la 2º causa de mortalidad por cáncer. En Chile constituye la primera causa de muerte por cáncer. Existen diversos estudios que investigan la efectividad de la terapia neoadyuvante más cirugía versus cirugía sola. El Estudio MAGIC (UK), mostró 503 pacientes potencialmente resecables, distribuidos aleatoriamente para cirugía sola versus cirugía más quimioterapia perioperatoria. Se observó mayor supervivencia global y libre de enfermedad a 4 años en el grupo que recibió quimio perioperatoria. Se reportó una reducción de mortalidad en un 25%. En un ensayo francés multicéntrico, 224 pacientes aleatorizados en quimioterapia neoadyuvante más cirugía y 3 a 4 ciclos de quimioterapia postoperatoria versus cirugía sola, mostró mayor porcentaje de cirugía R0 en quienes recibieron neoadyuvancia y menos linfonodos positivos. El seguimiento a 6 años mostró menor recurrencia de enfermedad y menor riesgo de muerte. Un metanálisis (publicado 2010) revisó ensayos controlados donde se compara cirugía más quimioterapia neoadyuvante vs cirugía sola. Mostró mejoría significativa de supervivencia, menor etapa tumoral y mayor tasa de resección R0. Conclusión: Existe evidencia que sustenta beneficios en cuanto a supervivencia general y libre de enfermedad con el uso de quimioterapia neoadyuvante. Se demostró también mayor porcentaje de resecciones R0, lo que a su vez tendría un efecto sobre la supervivencia.

#### ADENOCARCINOMA Y TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL SINCRÓNICOS DEL ESTÓMAGO. CASO CLÍNICO.

*Drs. E. Troncoso, M. Villablanca, P. Cavalla, S. San Martín*

Hospital Parroquial de San Bernardo y Clínica Tabancura. Universidad de los Andes.

Introducción. Si bien el adenocarcinoma gástrico es el tumor más frecuente en el estómago (sobre un 95% de todos los tumores) y el tumor estromal gastrointestinal (GIST) es el tumor mesenquimático más frecuentemente encontrado (1-3%), la asociación sincrónica ha sido rara vez documentada. Presentamos un caso de un GIST gástrico asociado a una linitis plástica sincrónica.

Materiales y Métodos. Previo consentimiento de la familia se presenta la historia clínica, exámenes de laboratorio e imágenes.

Caso Clínico. Paciente de sexo femenino de 78 años de edad, con antecedentes de mastectomía radical izquierda en 2000, presenta cuadro de distensión abdominal y saciedad precoz de pocas semanas de evolución. En estudio se realiza TAC de abdomen y pelvis que muestra masa abdominal retrogástrica de 16 cm de diámetro. En exploración quirúrgica se determina origen gástrico de la lesión y se realiza gastrectomía total más esplenectomía y pancreatomecтомía parcial, resecando totalidad de la masa y enviándose a biopsia. La biopsia informa tumor doble: adenocarcinoma gástrico Bormann IV y GIST. La paciente cursa un postoperatorio tórpido con presencia de perforación isquémica de colon transversal que requiere re-intervención. Posterior a resultado de biopsia diferida y dado que paciente evoluciona persistentemente séptica, se decide manejo conservador. La paciente fallece 1 mes después de la primera cirugía.

Discusión: En la literatura anglosajona existen sólo 16 casos descritos de adenocarcinoma y tumor estromal sincrónicos, con alta letalidad reportada. El diagnóstico preoperatorio de adenocarcinoma y GIST gástrico sincrónicos en esta paciente habría hecho al menos replantear la indicación quirúrgica. Aunque el hallazgo de un adenocarcinoma y GIST gástrico sincrónico es raro, es una consideración importante al momento de realizar el estudio de un tumor gástrico. La publicación de este hallazgo contribuye a la serie de casos que se han ido recopilando a lo largo de la historia.

#### INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL EN ADULTOS. REPORTE DE 10 CASOS EN HOSPITAL DOCTOR HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA DE TEMUCO DURANTE EL PERÍODO 2004-2012.

*Drs. J. Contreras<sup>1</sup>, J. Mansilla<sup>1</sup>, J. Gundelach<sup>2</sup>, A. Troncoso<sup>3</sup>, A. Cartes<sup>3</sup>, F. Díaz<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Servicio Cirugía H.H.H.A. Temuco.

<sup>2</sup> Residente Cirugía Universidad de La Frontera Temuco.

<sup>3</sup> Interno de Medicina Universidad de La Frontera Temuco.

Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco. Departamento Cirugía Universidad de La Frontera.

Introducción: La intususcepción intestinal es una entidad poco frecuente en el adulto representando aproximadamente entre el 1 a 3% de los cuadros de obstrucción intestinal. En adultos, el diagnóstico es difícil y no siempre se realiza antes de realizar una laparotomía. El estudio imagenológico con



tomografía computada se recomienda como estudio inicial, pudiendo en algunos casos demostrar hallazgos característicos que apoyan un diagnóstico preoperatorio confiable.

**Objetivo:** Reportar la experiencia de 10 casos de intususcepción intestinal en adultos tratados en el Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco en el período 2004 - 2012, en términos de estudio, tratamiento, morbilidad y mortalidad.

**Materiales y Método:** Tipo de estudio: Serie de casos retrospectiva. Criterios de selección: pacientes adultos con diagnóstico de intususcepción intestinal tratados entre Enero de 2004 y Marzo 2012. Metodología: Revisión de las historias clínicas de la totalidad de pacientes y registro de variables en planilla de Microsoft Excel (género, edad, comorbilidades, cuadro clínico al momento del diagnóstico, exámenes de laboratorio, estudio imagenológico, distribución de la invaginación, cirugía realizada, mortalidad y estudio histopatológico). Análisis estadístico: Utilización de estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión.

**Resultados:** Se estudiaron 10 pacientes con diagnóstico de intususcepción intestinal. Del total, 6 pacientes de género masculino y 4 de género femenino. Media de edad de 38,2 años con límites de 19 a 62 años. De los antecedentes, 3 pacientes presentaban Enfermedad de Peutz - Jeghers. El cuadro clínico más frecuente al momento del diagnóstico fue obstrucción intestinal. En relación al estudio imagenológico, 1 paciente se estudió con ecografía abdominal y 4 pacientes se estudiaron con tomografía computada. La distribución de la intususcepción más frecuente encontrada fue yeyuno-yeyunal en 6 pacientes. En 9 pacientes se realizó resección del segmento comprometido y sólo en 1 paciente se redujeron asas invaginadas. No hubo complicaciones peri operatoria. Del seguimiento, 1 paciente debió ser reintervenido a los 39 días debido a obstrucción intestinal por bridas y adherencias. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de intususcepción intestinal en la totalidad de los pacientes. No hubo mortalidad en nuestra serie. **Conclusiones:** Pese a ser una patología poco frecuente en nuestro medio, es una condición a tener presente al momento de enfrentarse a un cuadro de obstrucción intestinal. El estudio imagenológico estableció la sospecha diagnóstica preoperatoria, en la mayoría de los casos mediante TAC. La resolución quirúrgica es el tratamiento mayormente utilizado tanto de urgencia como electivo en nuestro hospital.

#### INTUSUSCEPCIÓN GASTRODUODENAL SECUNDARIA A PÓLIPO GÁSTRICO. REVISIÓN DE UN CASO.

*Drs. G. Bascur, E. Mordojovich, A. Gómez, C. Heine, J. Jiménez, J. Muñoz, F. Catán, M. Pabón, L. Remolina*

Cirugía Hepatobiliopancreática, Servicio de Cirugía, Imagenología, Hospital del Salvador-Campus Oriente Universidad de Chile.

**Introducción:** La intususcepción es definida como la invaginación de una zona del tracto gastrointestinal dentro de otra. Es una patología rara en adultos, siendo más frecuentes en la edad pediátrica,

representando el 1 a 3% de las causas de obstrucción intestinal en adultos. La mayoría de los casos es secundaria a anomalías anatómicas del tracto digestivo, dado principalmente por neoplasias. Nuestro objetivo es presentar un paciente con el diagnóstico de intususcepción gastroduodenal secundaria a pólipo gástrico.

**Caso clínico:** Paciente de 82 años, con antecedentes de hipertensión, diabetes, accidente cerebrovascular, y demencia, que consultó por dolor abdominal, vómitos y compromiso de estado general de 10 días de evolución. Al examen destacaba una paciente sin ictericia, con una masa en hipocondrio derecho que impresiona ser la vesícula, levemente sensible. Dentro de los exámenes al ingreso destaca una amilasa y lipasa elevadas, con pruebas hepáticas dentro de rango normal. Se realizó ecotomografía abdominal que muestra colelitiasis, dilatación de la vía biliar intra y extrahepática sin factor obstructivo claro, con imagen en duodeno sugerente de invaginación. TC de Abdomen y Pelvis que evidencia lesión gástrica exofítica que se extiende hasta la 3ª porción del duodeno, con aspecto de intususcepción. Endoscopia digestiva alta: muestra gran deformación gástrica, se observa lesión tumoral polipoidea que se inicia en región subcardial por curvatura menor y que se introduce en el píloro, ocupando el bulbo duodenal en su totalidad y avanzando hasta segunda porción de duodeno, se realiza reducción de intususcepción y poda de la lesión enviándose muestras a biopsia. Paciente evoluciona en buenas condiciones y sin dolor abdominal, logrando reiniciar régimen oral. En espera de confirmación histológica del pólipo para resolución quirúrgica definitiva con gastrotomía y posterior gastrorrafia, idealmente laparoscópica asistida por endoscopia. **Discusión:** La intususcepción es una causa muy frecuente de obstrucción en pacientes pediátricos, lo contrario ocurre en adultos. Los sitios más frecuentemente afectados son íleon y colon, siendo muy raros, los que comprometen estómago o duodeno, cuya principal etiología es neoplásica. Los síntomas clásicamente se describen como dolor abdominal, vómitos y distensión abdominal (obstructivos). El diagnóstico, usualmente es realizado a través de técnicas no invasivas como la ecotomografía abdominal o la tomografía computada (TC), o también con exámenes más invasivos como la Endoscopia Digestiva Alta (EDA). El tratamiento habitualmente corresponde a la resección intestinal y anastomosis primaria, describiéndose pocos casos de resolución endoscópica.

#### RESECCIÓN ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA (ESD) DE TUMOR FIBROSO CALCIFICANTE DEL ESTÓMAGO

*Drs. César Muñoz, Andrés Donoso, Allan Sharp, Fernando Pimentel, Alex Escalona.*

Departamento de Cirugía Digestiva. Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** Los tumores mesenquimáticos del tracto gastrointestinal o tumores GIST son lesiones infrecuentes, y entre ellos, el tumor fibroso calcificante (TFC) o pseudotumor fibroso calcificante del estómago correspondería a <1%. Habitualmente

su hallazgo se efectúa en forma incidental en el curso de una autopsia, pero existen casos reportados de lesiones sintomáticas.

El presente video muestra la visión endoscópica, endosonográfica, la resección endoscópica submucosa (ESD) y la anatomía patológica de un TFC del estómago.

Caso clínico: Paciente masculino de 43 años de edad y asintomático, se realiza endoscopia digestiva alta por antecedentes familiares de cáncer gástrico. En la endoscopia se aprecia una lesión tumoral de la curvatura menor del cuerpo gástrico que parece corresponder a una lesión submucosa. El estudio endosonográfico evidencia una la lesión submucosa bien delimitada y con alto contenido de calcio. Se realiza una ESD sin incidentes. El estudio histopatológico e inmunohistoquímico de la pieza de resección es compatible con TFC.

Conclusión: El TFC es un tumor infrecuente del tracto gastrointestinal y que puede ser tratado exitosamente mediante ESD.

#### EFFECTO DE ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA SOBRE LA PRESIÓN DEL ESFÍNTER ESOFÁGICO INFERIOR Y EXPOSICIÓN ÁCIDA DEL ESÓFAGO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO. RESULTADOS PRELIMINARES

*Drs. F. Muñoz<sup>1</sup>, C. Muñoz<sup>1</sup>, D. Cisternas<sup>2</sup>, C. Gómez<sup>1</sup>, D. Turiel<sup>1</sup>, F. Pimentel<sup>1</sup>, A. Sharp<sup>1</sup>, A. Escalona<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup> Departamento de Cirugía Digestiva. <sup>2</sup> Departamento de Gastroenterología. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una patología de alta prevalencia en Chile y el mundo. La terapia con inhibidores de la bomba de protones (IBP) es efectiva en disminución de síntomas pero no soluciona la fisiopatología subyacente. El tratamiento quirúrgico presenta alta recidiva a mediano y largo plazo. El dispositivo médico EndoStim (EndoStim Inc, St Louis, MO) está diseñado para brindar estimulación eléctrica al esfínter esofágico inferior (EEI) para así aumentar la presión de este y disminuir el reflujo gastroesofágico.

Objetivo: Evaluar el efecto del dispositivo de estimulación eléctrica EndoStim sobre la presión del EEI y la exposición ácida del esófago a corto plazo en pacientes con ERGE.

Métodos: Se reclutaron 19 pacientes voluntarios con ERGE para este estudio. Cinco de ellos cumplieron los criterios de inclusión/exclusión y fueron implantados. Se realizó pHmetría y manometría basal, y a los 3 y 6 meses post implante del dispositivo. Se aplicó mensualmente cuestionario de calidad de vida asociada a reflujo gastroesofágico (GERD-HQOL) para dolor y regurgitación. Todos los pacientes suspendieron terapia con IBP al momento del procedimiento.

Resultados: La mediana de edad del grupo fue de 55 años, tres de ellos son hombres. El tiempo promedio del procedimiento fue 120 minutos. No

hubo complicaciones asociadas al procedimiento. Tres individuos completaron 3 meses de seguimiento, en ellos la mediana de presión del EEI fue de 13,1 mmHg previo al implante y de 9,7 mmHg a los tres meses post implante, la mediana del porcentaje de tiempo con pH < 4 previo al implante y a los 3 meses post implante fue de 11,8% y 3,6% respectivamente. El índice DeMeester fue de 35,5 antes del implante y de 17,4 a los 3 meses post implante. La mediana del puntaje basal GERD-HQOL para dolor y regurgitación fue de 27 y 19 puntos al inicio y de 11 y 6 a los tres meses de implantados disminuyendo en 11 puntos para dolor y 17 puntos para regurgitación. Ningún paciente reinició terapia con IBP.

Conclusión: El dispositivo de estimulación eléctrica del EEI EndoStim, disminuye el porcentaje de tiempo con Ph < 4 y el índice DeMeester en pacientes con ERGE a corto plazo, mejorando también el puntaje de calidad de vida. No se observó morbilidad asociada al procedimiento.

#### DISECCIÓN SUB-MUCOSA ENDOSCÓPICA PARA EL TRATAMIENTO DE LESIONES EPITELIALES Y SUB EPITELIALES DEL TUBO DIGESTIVO.

*Drs. A. Donoso<sup>1</sup>, F. Pimentel<sup>1</sup>, A. Parrá<sup>2</sup>, A. Escalona<sup>1</sup>, F. Crovari<sup>1</sup>, R. Funke<sup>1</sup>, C. Boza<sup>1</sup>, G. Pérez<sup>1</sup>, L. Ibáñez<sup>1</sup>, S. Guzmán<sup>1</sup>, A. Sharp<sup>1</sup>.* Departamentos de Cirugía Digestiva<sup>1</sup> y Gastroenterología<sup>2</sup>. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La disección sub-mucosa endoscópica (ESD) es una técnica descrita en Japón para el tratamiento endoscópico del cáncer gástrico incipiente sin riesgo de metástasis linfáticas. Esta técnica permite la resección en bloque de lesiones mayores a 2 cm con márgenes libres de tumor. Dentro de sus aplicaciones actuales se encuentra también el tratamiento de tumores epiteliales y sub-epiteliales de esófago, colon y recto. Objetivo: Presentar la experiencia inicial en ESD en el Hospital Clínico de la Universidad Católica. Material y Métodos: Se revisó el registro prospectivo de pacientes tratados mediante ESD entre diciembre de 2011 y agosto de 2012. Se analizaron las variables demográficas, las indicaciones, el tipo de lesión, su ubicación y el tamaño. Además se registró el tiempo operatorio, el tiempo de realimentación, los días de hospitalización, las complicaciones y el seguimiento a corto plazo. Resultados: La serie está compuesta por 11 pacientes (7 hombres y 4 mujeres). La mediana de edad fue 68 años (R: 26 - 89). Se realizaron 9 ESD de estómago, 1 de esófago y 1 de recto. En estómago, 5 casos correspondían a tumores epiteliales (adenocarcinomas incipientes) y 4 a tumores sub-epiteliales (3 GIST y 1 tumor fibroso calcificante). La ubicación de las lesiones de estómago resecaadas fueron el antro gástrico (3), la región sub-cardial (3) y el cuerpo gástrico (3). La ESD de esófago correspondió a un adenocarcinoma incipiente del tercio inferior y la de recto a un adenoma plano con displasia ubicado en el tercio medio. La mediana de tamaño de las piezas resecaadas fue 2,3 cm (R: 1 -

4). La mediana del tiempo operatorio fue 180 min (R: 120 – 360). Todos los pacientes fueron realimentados al primer día post-operatorio y la mediana de hospitalización fue de 2 días (2 – 5). No hubo complicaciones en esta serie. Todos los adenocarcinomas resecados correspondieron a tumores bien diferenciados, con compromiso exclusivo de la mucosa, sin permeaciones linfovasculares y con márgenes laterales y profundos libres de tumor. Todos los GIST resecados tuvieron 0-1 mitosis por 50 CAM, sin necrosis. La mediana de seguimiento fue de 2 meses (R: 1 – 7 meses). Conclusiones: La ESD es una técnica factible para el tratamiento de adenocarcinomas incipientes y tumores sub-epiteliales del tubo digestivo en casos debidamente seleccionados. En esta experiencia inicial no se registraron complicaciones ni mortalidad. Todos los pacientes cumplieron criterios de curación y actualmente se encuentran en buenas condiciones y libres de enfermedad.

#### GASTRECTOMIA LAPAROSCOPICA EN CARCINOIDE GASTRICO. RESULTADOS Y SEGUIMIENTO.

*Drs. A. Marambio, R. Maturana, F. Crovari, N. Jarufe, C. Boza*

Departamento De Cirugía Digestiva. Pontificia Universidad Católica De Chile.

**Introducción:** El carcinóide gástrico es un tumor de muy baja incidencia. Habitualmente de resección endoscópica, sin embargo una proporción de ellos requiere de cirugía para controlar la enfermedad. El tratamiento quirúrgico ideal es controversial, dado la falta de estudios que permitan realizar comparaciones de buena calidad. Se ha sugerido la cirugía laparoscópica como una alternativa de tratamiento.

**Objetivo:** Describir los resultados perioperatorios y de seguimiento de pacientes con carcinóide gástrico de indicación quirúrgica, sometidos a gastrectomía laparoscópica.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes sometidos a algún tipo de gastrectomía por vía laparoscópica por carcinóide gástrico los últimos 10 años. Se recopiló antecedentes demográficos de los pacientes, estudio preoperatorio, tipo de cirugía, complicaciones y seguimiento.

**Resultados:** Durante el período de estudio se operaron 6 pacientes, 4 eran hombres. El promedio de edad fue 52 años. En el 50% el diagnóstico fue por hallazgo durante la endoscopia mientras que en el resto la presentación fue dolor abdominal asociado a síntomas inespecíficos. En 5 pacientes el diagnóstico fue sugerido por la biopsia endoscópica mientras que en el restante la confirmación histológica se obtuvo en forma postoperatoria. El 50% de los pacientes presentaban un carcinóide tipo I asociado a gastritis crónica e hipergastrinemia y

la otra mitad presentaban carcinóide tipo III. Este último grupo además fue estudiado con PET/CT Galio68-DOTATATE revelando metástasis linfáticas perigástricas en un solo paciente. En 5 pacientes se realizó una gastrectomía total por vía laparoscópica mientras que en el paciente restante (tipo III) fue subtotal. En todos los casos se asoció una linfadenectomía D1. No hubo complicaciones postoperatorias. Durante el seguimiento un paciente requirió una reexploración quirúrgica por un íleo mecánico secundario a bridas y otro paciente requirió dilatación endoscópica por estenosis de la EYA. A los 37 meses de seguimiento promedio (24-52) ningún paciente ha recidivado.

**Conclusión:** La gastrectomía por vía laparoscópica constituye una alternativa quirúrgica en el tratamiento de los pacientes con carcinóide gástrico. Es una cirugía segura y de resultados oncológicos adecuados en el seguimiento a corto y mediano plazo de este tipo de pacientes. Dado el tamaño muestral y el tiempo de seguimiento, se requieren mayores estudios para observar la evolución de los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica antes de definir un estándar de tratamiento.

#### IMPACTO DE LA CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE ESÓFAGO.

*Drs. I. Braghetto, G. Cardemil, C. Mandiola*

1. Departamento de Cirugía del Hospital Clínico de la Universidad de Chile

**Introducción:** El tratamiento quirúrgico del cáncer de esófago está asociado a una alta tasa de morbilidad y mortalidad, siendo la esofagectomía transtorácica o transhiatal abierta los procedimientos clásicamente efectuados en su manejo, las que se asocian a múltiples complicaciones postoperatorias. La cirugía esofágica mínimamente invasiva ha surgido como una alternativa ante tales procedimientos, pues representaría un menor trauma quirúrgico y riesgo de sangrado, como así también, evitaría una disección a ciegas tanto del esófago como de estructuras linfonodales de zonas de difícil acceso quirúrgico. Sin embargo, aún es incierto su impacto en los resultados clínicos para el manejo en los distintos estadios de enfermedad, especialmente en los cánceres avanzados. El objetivo de este trabajo es evaluar los resultados clínicos de la esofagectomía por técnicas mínimamente invasivas efectuadas en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile en los últimos 5 años.

**Materiales Y Método:** Diseño retrospectivo, observacional. Se revisaron las historias clínicas de 56 pacientes sometidos a esofagectomía por cáncer mediante técnicas mínimamente invasivas entre los años 2007-2012. Se efectuó análisis de estadía hospitalaria, morbilidad, mortalidad y sobrevida para los distintos estadios de enfermedad, junto a evaluación de la calidad de la disección mediante el registro de número de linfonodos resecados.

Resultados: de los 56 casos de esofagectomías realizadas por cirugía mínimamente invasiva, 2 fueron en etapa 0, 3 en I, 16 en IIA, 11 en IIB, 23 en III y 1 en estadio IV. La estadía hospitalaria global promedio fue de  $24,48 \pm 18,37$  días, siendo las complicaciones respiratorias la morbilidad médica de mayor incidencia con un 24,5%, seguida de las cardiovasculares con 17,8%. Las complicaciones quirúrgicas más frecuentes fueron filtración de anastomosis asintomática 58,6% (n=33), siendo de relevancia clínica sólo en 3,5% (n=2). Colecciones en zona operatoria se observó en 10,7% (n=10), mientras que el derrame pleural significativo ocurrió en 8,9% (n=5). La sobrevida promedio global fue

de 22,6 meses, mientras que la tasa de sobrevida a 1, 2 y 3 años fue 73,2%, 48,2% y 42,8% respectivamente, siendo mayor en etapas precoces. En relación a la calidad de la disección lograda, el número de linfonodos resecaos promedio en todos los pacientes fue de  $17,17 \pm 9,62$ .

Conclusiones: La esofagectomía mínimamente invasiva por cáncer resulta altamente factible y segura de realizar pues permite abordar apropiadamente dificultades técnicas como disección tumoral y linfonodal, logrando resultados de morbilidad y mortalidad comparables a los publicados en cirugía abierta en las distintas etapas de enfermedad.

## Seccional: HERNIAS

---

USO DE ABORDAJES PRE PERITONEALES EN HERNIA CRURAL COMPLICADA  
*Dr. H. Bosch*  
Servicio de Urgencia .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 hernioplastía.

**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 2011 que incluyó 874 cirugías, 294 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 Epidat 34.

**Resultados:** En pacientes de entre 26 y 95 años (media de 66 años), se confirmó Hernia Crural en un 88 %, se realizó resección intestinal en un 22 %, 92% mujeres, 66% > 60 años, solo un 41% con diagnóstico previo conocido, 2% recidivado, 61% derechas, 60% más de 24 hrs de evolución, 10% estranguladas, 36% obstruidas, 14% de laparotomías con 8% eviscerados ( 1% del total) , 57% de pacientes operados vía preperitoneal en los cuales se instaló malla en un 14 % y 14 % al ser operados por otra vía, 5,7% de infectados con 3,0 % de mortalidad.

**Conclusión:** Las técnicas de Abordaje Preperitoneal pueden usarse evitando un 14% 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 pre operatorio de estrangulada y obstrucción intestinal con lo cual incluye al 100% de los pacientes. Considerando el riesgo y necesidad de realizar resección intestinal debemos subir de 57% a casi la totalidad de los pacientes el Abordajes Preperitoneales, por lo cual debe ser la 1° forma de abordaje.

MALLA EN HERNIA INGUINAL COMPLICADA  
*Drs. H. Bosch ,D Vivar M. Henriquez.*  
Servicio de Urgencia .Hospital de Urgencia Asistencia Pública

**Introducción:** La recidiva herniaria en Hernia Inguinal sin uso de Malla alcanza un alto porcentaje (5-30 %), más aún 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 Metodo:** Estudio retrospectivo observacional de Hernias Inguinales Complicadas operadas entre los años 2000 y 2011 que incluyó 443 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 Epidat 34.

**Resultados:** El promedio de Edad de los pacientes operados de Hernia Inguinal es de 63 años ( 16 a 96 años ). Hombres 78,7% . Se usó malla en 202 cirugías (45,5 %) .Se infectaron 26 pacientes (5,9%) y fallecieron 24 (5,4%). Factores predictores independientes del uso de malla son: Sexo femenino (OR=3,5), Mayor Edad (OR=2,3), Diabetes Mellitus (OR=1,8), Obesidad (OR=1,9), Tipo de síntoma > 24hrs (OR=1,5), ASA (OR=2,0). La infección de herida operatoria sólo se asoció a género femenino (p=0,026) y Mayor Edad (p=0,032) en el análisis multivariante. La ocurrencia de infección no se asoció al uso de malla, ni al puntaje ASA, ni a las patologías concurrentes que presentaban los pacientes. Finalmente, el análisis estratificado de pacientes operados con malla o sin malla no presentó diferencias significativas entre ambas.No hay retiro de Malla.

**Conclusión:** Considerando que en urgencia los cirujanos en general no son especialistas en patología herniaria, se pudiera aumentar el uso de malla de un 45,5% 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 (10,1%), lo que deja aún un 89,9% de pacientes que se benefician de la colocación de una malla, o un 85,9% al considerar además resección de colon(4%).

**ABORDAJES PRE PERITONEALES EN HERNIA INGUINAL COMPLICADA.**  
*Drs. H Bosch, D Vivar, M. Henríquez*  
Servicio de Urgencia Hospital de Urgencia Asistencia Pública.

**Introducción:** En pacientes con Hernia Inguinal 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 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 2011 que incluyó 874 cirugías, 510 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 Epidat 34.

**Resultados:** En pacientes de entre 16 y 102 años (media de 65 años), se confirmó Hernia Inguinal en un 76 %, con significación de resección en , 44% que son mayores de 70 años, 70% fueron hombres, 29 % sin diagnóstico previo; 58% derecha, 4% con diagnóstico de estrangulada, 35% con obstrucción, intestinal. Se realizó resección intestinal en un 17% . 15% requirió laparotomía (evisceración en 3 pacientes), se utilizó malla en un 35% de operados vía preperitoneal y 41% en otras vías de abordaje. Se operaron Vía preperitoneal el 18 %. 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 24 % de error diagnóstico, evitando un 15% de laparotomías con 3 pacientes eviscerados. Considerando los factores de riesgo de resección (17%) debería aumentarse desde un 18% a un 90% el abordaje preperitoneal.

**MALLA EN HERNIA CRURAL COMPLICADA**

*DrsDr H Bosch, D. Vivar, M. Henríquez*  
Hospital de Urgencia Asistencia Pública.

**Introducción:** La recidiva herniaria en Hernia Crural sin uso de Malla alcanza un alto porcentaje (3-30%), más aún 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 Método:** Estudio retrospectivo observacional de Hernias Crurales Complicadas operadas entre los años 2000 y 2011 que incluyó 431 cirugías, la gran mayoría son mujeres (87%). 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 102 años (media de 69,7 años), un 87% fueron mujeres. Se usó malla en 64 cirugías (15%) en proporción similar en ambos sexos. Se infectaron 22 pacientes (5,1%) y fallecieron 21 (4,8%). 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. Ningún retiro en caso de infección

**Conclusión:** Considerando que en urgencia los cirujanos en general no son especialistas en patología herniaria, se puede aumentar el uso de Malla de un 15% 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 intestinal (109 con 25,2%) y resección de colon (2 con 0,4%) lo que deja aún un 74,4% de pacientes que se benefician de la colocación de una malla.

**EXPERIENCIA EN LA REPARACIÓN DE HERNIA INCISIONAL EN HOSPITAL BARROS LUCO-TRUDEAU**

*Drs. J. Irarrazaval, R. Vela, J. Palma, S. Cornejo*  
Servicio de Cirugía, Hospital Barros Luco-Trudeau, Santiago, Chile.

**Introducción:** La hernia incisional es una complicación frecuente de la cirugía abdominal. Hernias incisionales se desarrollan en el 4 - 11% de los pacientes después de una cirugía abdominal abierta. Diversos tipos de reparaciones son recomendados para hernia incisional que van desde la reparación con sutura abierta a la reparación con malla protésica.

**Objetivos:** Este estudio tiene por objetivo evaluar nuestra experiencia en el tratamiento de estos pacientes, complicaciones de la herida y recurrencia de la hernia.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de revisión

de fichas clínicas de pacientes operados de hernia incisional entre enero de 2007 y diciembre de 2011. Resultados: Un total de 107 pacientes (hombres: 30 [28%] y mujeres: 77 [72%]) fueron incluidos en este estudio. El promedio de edad fue 56.6 años (rango 17 -83). El promedio IMC fue 33.6. De ellos, 22 (20.6%) de los pacientes fueron tratados con sutura primaria, 17 (15.9%) con técnica "onlay" y 62 (57.9%) con técnica "sublay". Hernias recurrentes se presentaban en 22 (20.6%) de los pacientes operados. 23 (21.4%) tenían múltiples defectos herniarios. La tasa global de complicaciones quirúrgicas fue de 29% (31/107). La tasa global de recurrencia fue 8.4% (9/107).

Conclusiones: En la gran mayoría de los pacientes se utilizan mallas protésicas para la reparación de hernia incisional, predominando la técnica "onlay". La tasa global de complicaciones quirúrgicas es similar a lo encontrado en otros estudios. Nuestros pacientes presentan una tasa de recurrencia menor a lo publicado en la literatura.

Palabras Claves: Hernia incisional, reparación, malla, complicaciones, recurrencia.

#### EFFECTIVIDAD DE LA HERNIOPLASTIA INGUINAL LIBRE DE TENSION CON Y SIN MALLA. EVALUACION DE TECNOLOGIA SANITARIA.

*Drs. C. Manterola, S. Urrutia, A. Redlich*  
Universidad de La Frontera

Introducción: Los métodos de hernioplastia inguinal (HI) libres de tensión utilizando mallas, han sido ampliamente adoptados. Aún existe controversia respecto del rol de la HI sin uso de malla. El objetivo de este estudio es revisar la evidencia disponible sobre la efectividad de las técnicas de HI libres de tensión con y sin malla.

Material y método: Evaluación de tecnología sanitaria (ETESA) a través de una revisión global de la evidencia. Se realizó una búsqueda sensible en las bases TRIP Database, The Cochrane Library, Cochrane Central Register of Controlled Trials y MEDLINE de artículos relacionados con HI libres de tensión con y sin malla; utilizando términos MeSH, palabras libres y términos booleanos. Se consideraron revisiones sistemáticas (RS) y ensayos clínicos (EC) publicados entre 1990 y 2012 sin restricción idiomática, que versaran sobre HI en adultos. Se excluyeron estudios que incluyeran pacientes con HI laparoscópica y HI de urgencia. La extracción de datos y la evaluación de la calidad metodológica de los estudios se realizaron aplicando los criterios del Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2004 y la propuesta del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford; clasificando la calidad global de la evidencia para cada intervención como "calidad alta", "moderada" o "baja". Se valoraron las variables: duración de la cirugía, dolor postoperatorio inmediato, morbilidad postoperatoria general (MPO, que incluye seroma, hematoma e infección del sitio operatorio), tiempo de hospitalización, retorno a la actividad, costes, dolor

postoperatorio persistente y recurrencia. Resultados: La búsqueda bibliográfica permitió recuperar 169 registros. La lectura detallada de los artículos permitió incluir 31 estudios que cumplieran con los criterios de selección (3 RS y 14 EC). La duración de la cirugía es similar con ambas opciones (calidad moderada y alta). El dolor postoperatorio inmediato es menor en HI con malla (calidad moderada y alta). La MPO es similar con ambas alternativas (calidad moderada y alta). El tiempo de hospitalización es menor en HI sin malla (calidad moderada y alta). El retorno a la actividad es menor en HI con malla (calidad moderada y alta). Los costes son inferiores en HI sin malla (calidad alta). El dolor postoperatorio persistente y la recurrencia son menores en HI con malla (calidad moderada y alta).

Conclusión: La evidencia disponible orienta a una mayor efectividad de la HI libres de tensión con malla.

#### ESTUDIO COMPARATIVO DE CASOS Y CONTROLES ENTRE HERNIOPLASTIA INTRAPERITONEAL LAPAROSCOPICA Y HERNIOPLASTIA INTRAPERITONEAL ABIERTA

*Drs. Marcelo Beltrán, Catalina Valenzuela, Ramón Díaz, Juan Oliva, Cristóbal Larraín, Rodrigo Tapia, Mauricio Zambra, Gabriel Iribarren, Andrés Vera, Francisca Arcos*

Servicio de Cirugía, Hospital San Juan de Dios de La Serena

Escuela de Medicina, Universidad Católica del Norte

Introducción. La cirugía laparoscópica en hernias incisionales presenta evidentes ventajas respecto a la cirugía abierta. A pesar de la amplia experiencia publicada con esta técnica aun no se la considera como el estándar dorado para la cirugía herniaria. Hipótesis. La hernioplastia laparoscópica debe constituirse en la técnica de elección para hernias primarias de la línea media supra-umbilical con un anillo herniario no mayor a 10 cm. Objetivos. Comparar los resultados de la cirugía laparoscópica y la cirugía herniaria en hernias incisionales seleccionadas cubriendo el defecto con una malla intraperitoneal de acuerdo a técnicas previamente descritas.

Pacientes Y Método. Todos los pacientes operados mediante cirugía laparoscópica y abierta entre los meses de Agosto 2008 y Enero 2012 que cumplieron los siguientes criterios fueron incluidos en el estudio: Hernias primarias de la línea media supra-umbilical (M1, M2 y M3); anillo con una longitud máxima 10 cm y anchura máxima 10 cm (W1 y W2). Se analizaron el tipo de cirugía, complicaciones de acuerdo a la clasificación de Clavien, resultados quirúrgicos y resultados de acuerdo a un cuestionario previamente validado. Se utilizó estadística descriptiva y los test de Mann-Whitney, T-Test y Chi-cuadrado.

Resultados. Se estudiaron 28 pacientes operados mediante laparoscopia y 84 pacientes operados

mediante técnica abierta. En ambos grupos la mayoría fueron pacientes femeninos ( $p=0,805$ ), con promedio de edad de 55 años para el grupo laparoscópico y 53,5 años para el grupo abierto ( $p=0,555$ ). En ambos grupos predominaron las hernias M2 ( $p<0,0001$ ), con una longitud promedio de 6,5 cm el grupo laparoscópico y 7 cm el grupo abierto ( $p=0,073$ ). Se presentaron 58 complicaciones (69%,  $p=0,003$ ) en los pacientes operados mediante cirugía abierta que se compara desfavorablemente con las 2 complicaciones (7%) del grupo laparoscópico, cuando se analizan estas complicaciones de acuerdo a la clasificación de Clavien, se observa que 29% de las complicaciones en el grupo abierto fueron menores y 40% fueron complicaciones mayores, en el grupo laparoscópico se presentó solo una complicación menor (3,5%) y una mayor (3,5%). Ningún paciente falleció. El cuestionario para el reporte de resultados de la hernioplastia intraperitoneal demuestra que los pacientes operados mediante laparoscopia tuvieron resultados excelentes en 96% de los casos ( $p<0,0001$ ) comparados con 63% de los pacientes operados mediante cirugía abierta.

Conclusiones. Los resultados obtenidos permiten intuir que la hernioplastia laparoscópica tendría que constituirse en el estándar dorado para la resolución de hernias incisionales de la línea media supraumbilical con un anillo herniario no mayor a 10 cm.

#### HERNIA INCISIONAL, IMPLEMENTACIÓN DE UNA BASE DE DATOS DIGITAL, COMUNICACIÓN PRELIMINAR.

*Drs. M. Alban, C. Dominguez, M. Pruzzo, J. Carrasco, V. Salazar, J. Silva, A. Debandi y J. Rappoport*

Unidad de hernias, Departamento de Cirugía, Hospital Clínico, Universidad de Chile.

Introducción. La implementación de una base de datos digital, permitirá optimizar la evaluación del tratamiento de esta patología.

Materiales y Métodos. Se presenta base de datos digital, confeccionada en File Maker Pro, utilizada en la Unidad de Hernias, del Departamento de Cirugía, Hospital Clínico, Universidad de Chile, que incluye 46 variables.

Desde enero 2002 a junio 2012, se han ingresado 1568 pacientes a la base de datos, de los cuales 373 (23.78%), corresponden a hernias incisionales, sexo femenino 267 (71.6%) y 106 masculino (28.4%). Edad promedio 61.3 años  $\pm 13.42$ .

Resultados. El IMC promedio fue de  $28.46 \pm 4.6$ , Tiempo quirúrgico 120 mins. (rango 30 a 420). Cirugía electiva 343 (92%), urgencia 30 (8%). Las cirugías iniciales más frecuentes fueron biliar (23%), gástrica (12.8%) y ginecológicas (12.2%). Se usó prótesis en 91%, las técnicas quirúrgicas más utilizadas fueron: malla onlay 68.9%, sublay 7.9%, inlay 3.3%, Laparoscópica 2%. Primera recidiva 75.5%, segunda 19.1% y 3 o más 3%. La laparotomía inicial fue en la línea media en 77%, paramediana 9.7%, transversas 10%, lumbotomía 2% y trocar

1.3%. Las prótesis más usadas fueron: polipropileno 73.2%, polipropileno liviano 3.6%, compuestas 3.9%, PTFEe 0.8% y biológicas 0.6%. La morbilidad postoperatoria se presentó en 22 pacientes, 5.0% en electivos y 16.7% en urgencia  $p<0.05$ . Las más frecuentes fueron: infección sitio operatorio 2.7%, pulmonar 1.1%, hematoma 0.8% y falla renal 0.8%, no se registro mortalidad en la presente serie. La hospitalización promedio fue de 6.8 días, 5.7 en cirugía electiva y 27 en urgencia,  $p<0.05$ . Conclusiones. La implementación de un registro digital, permitirá evaluar en forma más precisa, los resultados del tratamiento de las hernias incisionales. El seguimiento a largo plazo, en marcha, permitirá conocer sus resultados alejados.

#### HERNIA INGUINAL, IMPLEMENTACIÓN DE UNA BASE DE DATOS DIGITAL, COMUNICACIÓN PRELIMINAR.

*Drs. J. Rappoport, C. Dominguez, M. Pruzzo, V. Salazar, J. Carrasco, M. Alban, J. Silva y A. Debandi*

Unidad de hernias, Departamento de Cirugía, Hospital Clínico, Universidad de Chile.

Introducción. La implementación de una base de datos digital, permitirá optimizar la evaluación del tratamiento de esta patología.

Materiales y Métodos. Se presenta base de datos digital, basada en programa File Maker Pro, utilizada en la Unidad de Hernias, del Departamento de Cirugía, Hospital Clínico, Universidad de Chile, que incluye 46 variables.

Desde enero 2002 a junio 2012, se han ingresado 1568 pacientes portadores de 1950 hernias, a la base de datos, de los cuales 882 pacientes (56.25%), portadores de 996 hernias inguinales, de los cuales 57 pacientes eran portadores de hernia inguinal bilateral. Edad promedio 57.57 años (rango 14 a 88 años). 83.6% correspondieron a sexo masculino. Todos los pacientes fueron intervenidos en forma electiva.

Resultados. El IMC promedio fue de  $26,24 \pm 3,74$ , Tiempo quirúrgico 89,51 mins. (rango 20 a 240).

Las técnicas quirúrgicas utilizadas fueron: Lichtenstein 85.5%, Mc Vay 0.6%, laparoscópica 0.7%, sin prótesis 0.4%, no especificado 12.1%. Las prótesis más usadas fueron: polipropileno 48.42%, polipropileno liviano 27.6%, polipropileno liviano, auto adherente 5.0%, compuestas 0.3%, PHS 0.2%, poliéster 0.1%, y biológicas 0.8%.

La morbilidad postoperatoria se presentó en 33 pacientes, 3.7%.

Las morbilidades postoperatorias más frecuentes fueron: infección sitio operatorio 8 pacientes, 0.9%, pulmonar 1 paciente, 0.1%, hematoma 7 pacientes 0.8%, retención urinaria 4 pacientes, 0.45% No se registro mortalidad en la presente serie. La hospitalización promedio fue de 2.4 ds. Conclusiones. La implementación de un registro digital, permitirá evaluar en forma más precisa, los resultados del tratamiento de las hernias inguinales. El seguimiento a largo plazo, en marcha, permitirá conocer sus resultados alejados.



REPARACIÓN DE PATOLOGÍA HERNIARIA EN PACIENTES USUARIOS DE TERAPIA ANTICOAGULANTE ORAL.

*Drs. J. Carrasco, M. Pruzzo, C. Domínguez, V. Salazar, J. Rappoport, M. Alban, J. Silva, A. Debandi y Daniel Roizblatt.*

Unidad de Hernias, Departamento de Cirugía, Hospital Clínico, Universidad de Chile.

**Introducción:** El tratamiento peri-operatorio de los pacientes usuarios de terapia anticoagulante oral (TACO) incrementa la complejidad de la reparación de patología herniaria.

**Objetivo:** Caracterizar los pacientes con TACO operados en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile sometidos a reparación herniaria y analizar la seguridad de nuestro protocolo de tratamiento. **Materiales y métodos:** Se revisaron los datos clínicos de 1568 pacientes con 1950 hernias operadas entre los años 2002-2012. Se identificaron 29 pacientes con 36 hernias (8pacientes con hernias múltiples) en tratamiento preoperatorio con TACO. Se utilizó, como tratamiento puente peri-operatorio, un protocolo estandarizado con heparinas de bajo peso molecular (HBPM) Fragmin®. 5.000 udds c/12 horas sc. Hasta 12 horas antes de la cirugía. Control INR 24 horas antes de la cirugía. (Se consideró límite 1.5). Reinicio de HBPM 12 horas postoperatorio, hasta alcanzar niveles terapéuticos de TACO, el que se reinicia 24 horas postoperatorio. Los resultados de los pacientes con TACO se analizaron hasta 30 días después del procedimiento e incluían las siguientes variables: Sangrado, hemorragia, hematomas y episodios tromboembólicos.

**Resultados:** El rango de edad fue de 47 a 86 años, y el 79,9% son pacientes mayores de 65 años (promedio 69,24 años); la distribución por sexo correspondió a 18 hombres y 11 mujeres. Un 65,5% de los pacientes tenían ASA II y 34,5% ASA III. Se intervinieron 28 pacientes electivamente y uno de urgencia. Según técnica anestésica, 14 fueron intervenidos con anestesia General, 12 con Regional y 3 con Local. 2 casos correspondieron a hernioplastias umbilicales, 4 a femorales, 25 inguinales y 5 incisionales. La técnica quirúrgica de elección fue la hernioplastia sin tensión con mallas de polipropileno. 6 pacientes se manejaron con drenaje(16,7%). El promedio de días hospitalizados fue de 7,4 . El INR promedio basal fue de 2,60, el previo a la cirugía de 1,24 y el de alta de 1,67. El traslape se realizó en 24 pacientes hospitalizados y 4 ambulatoriamente y un paciente de urgencia sin traslape. No se registró mortalidad. Se presentaron complicaciones en 3 pacientes. Uno de ellos presentó delirium , infección de herida y dehiscencia y otros 2 pacientes presentaron equimosis, sin tromboembolismos.

**Conclusiones:** La reparación de patología herniaria en pacientes con TACO, mediante una terapia puente con HBPM en un régimen protocolizado, es un procedimiento seguro. La anticoagulación oral no es una contraindicación absoluta para cirugía.

SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE LA EVENTROPLASTÍA DE RIVES-STOPPA EFECTUADA SIN FIJACIÓN LATERAL DE LA MALLA

*Drs. Acevedo A, Justiniano, JP, Lombardi J*  
Servicio de Cirugía del Hospital del Salvador, Santiago

Departamento de Cirugía, Campus Oriente, Facultad de Medicina, U de Chile

**Introducción:** La Técnica de Rives-Stoppa para las eventraciones de la línea media instala una malla retro rectal o preperitoneal fijada a ambos lados con puntos transfixiantes, transcutáneos. Esta fijación prolonga la intervención, aumenta el riesgo de infección y se la ha responsabilizado de atrapamiento nervioso con dolor abdominal crónico. Por estos motivos se han propuesto otras formas de fijación lateral. El objeto de este estudio prospectivo es estudiar la efectividad de la implantación de la malla sin sutura: "colocada entre dos planos aponeuróticos (Rives) o preperitoneal (Stoppa) donde ésta es fijada por la fibrina orgánica y posteriormente por el tejido colágeno en la forma que Stoppa ha llamado "sutura por aposición".

**Material Y Metodo:** El presente estudio observacional descriptivo se realizó en forma prospectiva en pacientes intervenidos entre los años 1995 y 2002, en forma consecutiva, por eventraciones con un diámetro del anillo entre 4 y 10cm. Se usó anestesia epidural asociada a anestesia general con intubación traqueal. Colocamos la malla de Prolene® sin fijación alguna. Se utilizaron dos drenajes espirativos. Los pacientes usaron en el postoperatorio una faja abdominal, deambularon precozmente y se dieron de alta precozmente una vez retirados los drenajes. Los pacientes obesos mórbidos hicieron su postoperatorio inmediato en la Unidad de Cuidado Intensivo; fueron derivados a la sala una vez restablecida su función ventilatoria.. El control postoperatorio se efectuó entre el 7° y el trigésimo días después del alta. La información se introdujo en la base de datos EpiInfo. El seguimiento a largo plazo se realizó 10,8 (8 - 13) años después de la intervención mediante encuesta telefónica y entrevista personal efectuada por un cirujano del grupo en caso de duda.

**Resultados:** Se intervinieron 74 pacientes, pudiendo hacerse seguimiento en 61 (82,4%), de las cuales 29 fueron hernias xifoumbilicales y 32 umbilicopubianas. La muestra la constituyeron 50 mujeres y 11 varones con una edad promedio de 56,4 (43 - 71) años. El 24% era hipertenso, el 9% diabético, el 80,2% obeso con un IMC>30. El 20% tuvo un IMC>40. La hospitalización promedio fue de 2,8 (1 - 13) días. Hubo 6 infecciones superficiales, manejadas ambulatoriamente sin compromiso de a la malla. No hubo afecciones respiratorias, ni flebitis de las extremidades inferiores. Cuatro casos de retención de orina se trataron con cateterismo. Se comprobaron 5 recidivas (9,6%). Dolor moderado en la región lateral del abdomen sin repercusión sobre las actividades habituales se apreció en 6 pacientes (13,2%).

Conclusiones: Los resultados de este estudio avalan la instalación de la malla sin fijación en la técnica de Rives-Stoppa. Esta modificación técnica disminuye el tiempo quirúrgico, la manipulación de los tejidos y el riesgo de infección y de neuralgia postoperatoria.

"COSTO-ESFICIENCIA" DE LA ANESTESIA LOCAL (AL) Y DE LA ESPINAL (AE) EN LA HERNIOPLASTÍA INGUINAL INTERVENIDA EN FORMA AMBULATORIA (CMA) EN UN HOSPITAL DE GRAN COMPLEJIDAD.

*Drs. Justiniano JC, Acevedo A, Lombardi J, Rubio JM, Villalón E, Brito F*

Servicio de Cirugía, Hospital del Salvador, Santiago. Departamento de Cirugía, Campus Oriente, Facultad de Medicina, U de Chile

En el Hospital del Salvador existe una demanda de cirugía herniaria de aproximadamente 900 hernias al año cuya satisfacción ha hecho necesaria la implementación de área de cirugía mayor ambulatoria. Las anestésicas utilizadas han sido la espinal y la local y el propósito de este estudio es comparar la "costo-eficiencia" estas dos técnicas. Material y método: El presente es un estudio retrospectivo, observacional analítico que se efectuó en dos grupos de 50 pacientes, ASA 1 y 2, intervenidos en forma consecutiva de hernia inguinal electiva con AE (Grupo 1) y con AL (Grupo 2) utilizando la técnica de Lichtenstein. Los pacientes cumplieron con exigencias para ser operados en forma ambulatoria. La técnica quirúrgica y la anestésica se efectuaron en forma estándar siguiendo las guías clínicas del Servicio. El estudio de costos fue realizado por la Unidad de Costos del Hospital y expresado en pesos. Para el cálculo de la eficiencia se elaboró un Instrumento Indicador de eficiencia (IIE) de la anestesia con una puntuación de entre -4 y +5. La razón costo-eficiencia modificó el costo según la eficiencia y se expresó en pesos. Resultados: El IIE pudo realizarse en 45 (90%) de los pacientes del Grupo 1 formado por 10 mujeres y 35 varones con una edad promedio de 64,7 (37 - 88) años, y en 44 (88%) de los del Grupo 2, conformado por 18 mujeres y 27 varones con una edad promedio de 62,7 (15 - 84) años. El costo promedio del Grupo 1 fue de \$146.204 y el índice de eficiencia de 4 +/-2,07 con lo que la razón "Costo-Eficiencia" fue de \$36.551. En el Grupo 2 el costo fue de \$117.166, el índice de eficiencia de 4,5 y la razón "costo-eficiencia" de \$26.036.

Conclusión: La razón Costo-Eficiencia de la AL en la hernioplastia ambulatoria en un hospital de gran complejidad es 28,8% menor que la apreciada al utilizar AE. La estadía hospitalaria menor apreciada en el Grupo 2, con AL, no se expresa en los costos, ya que estos son castigados por los elevados costos generales de un centro de alta complejidad.

REPARACION DE HERNIAS INCISIONALES POR VÍA LAPAROSCÓPICA.

*Drs. J. Galindo, D. Barros, N. Quezada, R. Funke, M. Gabrielli, F. Pimentel, F. Crovari, C. Boza, N. Jarufe*

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

Introducción: La hernia incisional es una de las complicaciones más frecuentes en cirugía abdominal. La hernioplastia con malla es la técnica de elección para su tratamiento. Una alternativa terapéutica es la reparación laparoscópica.

Objetivos: Analizar las características clínicas y quirúrgicas de los pacientes sometidos a hernioplastia incisional laparoscópica en nuestro centro. Material y Métodos: Estudio retrospectivo de la base de datos de los pacientes sometidos a hernioplastia incisional laparoscópica en nuestro centro entre Enero de 2006 y Junio de 2012. Se evaluaron variables demográficas, perioperatorias, morbilidad y recidiva.

Resultados: La serie comprende 80 pacientes, 57,5% de sexo femenino. La mediana de edad fue 55,5 [27-90] años. La mediana de IMC fue 30,1 [18,9-46,9] Kg/m<sup>2</sup>. La mediana de tamaño del defecto fue de 5 [2-20] cm. La ubicación del defecto fue: LMSU (41,3%), umbilical (22,5%), LMIU (13,8%), LMSIU (5%), Mc Burney (3,8%), Pfannestiel (3,8%) y otras (10%). La mediana de tiempo desde el inicio de los síntomas fue 24 [2-480] meses. Un 30% correspondían a hernias recidivadas (24 pacientes), con al menos una reparación previa [1-4]. En todos los pacientes se utilizó malla recubierta con metilcelulosa, cuyo tamaño varió entre 10x15 y 30x35 cm. La mediana de tiempo operatorio fue 97,5 [40-350] minutos. En 17 pacientes se realizó una cirugía adicional: seis gastrectomías en manga, cuatro colecistectomías, una gastrectomía en manga más colecistectomía, un bypass gástrico, tres hernioplastias inguinales (dos abiertas y una laparoscópica), una hernioplastia hiatal y una salpingooforectomía. Hubo cuatro conversiones a cirugía abierta (5%), debido a dificultad técnica por adherencias y/o enterotomías accidentales. La mediana de estadía hospitalaria fue 2 [1-15] días. Dentro de las complicaciones postoperatorias (según Clavien), hubo 2 tipo I, 1 tipo II y 1 tipo IIIb (obstrucción intestinal). No hubo mortalidad perioperatoria. En las complicaciones tardías, hubo un hematoma, cuatro seromas (dos de los cuales se manejaron con punción) y dos pacientes presentaron dolor postoperatorio prolongado. No hubo infecciones de sitio quirúrgico. La mediana de seguimiento fue 6 [2-60] meses. Ocho pacientes presentaron recidiva herniaria (10%). De éstos, 2 habían sido reparados 2 veces previamente y uno presentaba una reparación previa.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la hernioplastia por vía laparoscópica representa una alternativa válida y segura en el tratamiento de las hernias incisionales, con baja morbilidad, corta estadía hospitalaria y baja tasa de recidiva.

HERNIOPLASTÍA INGUINAL Y FEMORAL  
MEDIANTE TAPP: EXPERIENCIA INICIAL.  
*Drs. F. Oppliger B, J. León C, C. Villalón M, X. de  
Aretxabala U, C. Benavides C.*  
Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad  
del Desarrollo

**Introducción:** La Hernioplastia laparoscópica se inició en 1992 con Arregui y cols., con claro beneficio en cuanto a: menor dolor post operatorio agudo y crónico, menor período de convalecencia y un retorno temprano a la actividad laboral. Su uso disminuyó en los años posteriores, hasta hace 4 años en que la mejora tecnológica, mejor desarrollo de prótesis y elementos de fijación generan un nuevo interés en esta vía de abordaje.

**Objetivos:** Comunicar la experiencia inicial en el manejo de la hernia inguinal y femoral mediante abordaje Transabdominal Preperitoneal (TAPP) en Clínica Alemana Santiago (CAS).

**Materiales y Métodos:** Análisis descriptivo de una serie de pacientes operados en CAS, desde Octubre del 2011 hasta Julio del 2012, con diagnósticos de hernia inguinal y/o femoral mediante la técnica

TAPP, empleando malla ULTRAPRO y fijación con SECURE-STRAP. Se analiza la técnica quirúrgica, tiempo operatorio y se describen resultados en relación al dolor y complicaciones postoperatorias, estadía hospitalaria, satisfacción del paciente y recurrencia.

**Resultados:** Durante este período se han operado 25 pacientes mediante TAPP. La edad promedio fue de 49,52 años, 22 hombres (88%) 3 mujeres (12%). Dentro de las indicaciones un 52% fueron hernias inguinales primarias, 32% con diagnóstico de hernia inguinal bilateral, 12% hernia inguinales recidivadas y 4% hernia femoral. La tasa de conversión a procedimiento abierto fue de un 8%, debido adherencias por cirugía abdominal previa y colon sigmoides adherido al saco. No se han registrado complicaciones o recidivas a la fecha. El promedio de hospitalización fue de 1,3 días. El dolor post-operatorio hasta las 24 hrs fue en su mayoría leve y los pacientes están 100% satisfechos con el procedimiento.

**Conclusión:** Dentro de nuestra experiencia inicial, la cirugía TAPP es una alternativa segura y efectiva para el manejo de las hernia inguinales y femorales de pequeño tamaño y bilaterales.

## Seccional: HIGADO, VÍAS BILIARES Y PANCREAS

### NUEVA TÉCNICA DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA LAPAROSCÓPICA PARA EL MANEJO SIMULTANEO DE LA COLECISTOCOLÉDOCOLITIASIS. PRESENTACIÓN DE 140 CASOS.

*Drs. JC. Ayala, A. Pérez Castilla, L. Ovalle, I. Robles, W. Martínez, R. Fernández, E. Rivas B, E. Rivas Z, G. Campaña, J. Mollo, E. Marmentini, E. Vera, J. Ormazabal, C. Trujillo, JP. Castro, M. Rodríguez.*

Clinica Indisa. Unidad de Cirugía Digestiva y Cirugía Endoscópica

**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 Colecistectomía 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. **Materiales y Métodos:** La técnica consiste en avanzar por vía transcística hasta duodeno una guía tipo Fusion Loop Tip Wire 0.035" (FLTW) (Cook Medical), la cual posee una punta flexible terminada en asa cerrada, 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", posteriormente el cirujano tracciona la FLTW desde el cístico obligando a la guía del esfinterótomo del endoscopista a ingresar al colédoco, asegurando el acceso a la vía biliar. Solucionada la CLT, el cirujano culmina la colecistectomía laparoscópica. Realizada la técnica, los resultados se integran en forma prospectiva a una base de datos. **Resultados:** Del 28-04-09 al 30-07-12, se realizan 140 pacientes con colecistocolédocolitiasis, todos con la técnica propuesta, acceso a vía biliar en el 100%, tiempo empleado menor de 15 segundos, tramo de guía intraduodenal usada menor de 2 cm., sin interferencia

de asas distendidas para culminar el tiempo laparoscópico y alta postoperatoria en 1,5 días. No morbilidad debido a la técnica. **Conclusiones:** La técnica planteada es original, la más corta descrita en la literatura, permite un acceso seguro, efectivo y breve a la vía biliar para resolver en el mismo acto las dos patologías, asociada a un bajo costo y menor tiempo de hospitalización.

### RESULTADOS DE PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO CON MÁS DE 10 AÑOS DE SOBREVIDA.

*Drs. E. Buckel, M. Ferrario, M. Uribe, B. Hunter, S. Alegria, A. Rojas, A. Cámara, C. Herzog, L. Calabran.*

Unidad de Trasplantes, Clínica las Condes y H. L. C. Mackenna.

**Introducción:** El trasplante hepático es el tratamiento de elección para patologías hepáticas terminales en niños. Supervivencia a 10 años hasta un 70% ha sido reportada, sin embargo existe escasa evidencia respecto de la funcionalidad y calidad de vida de estos menores en el muy largo plazo. Este es el primer reporte en Latinoamérica que muestra los resultados de niños después de los 10 años de supervivencia postrasplante.

**Métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de todos los pacientes trasplantados en Clínica las Condes y Hospital Luis Calvo Mackenna antes del 01/01/2002 con una edad menor o igual a 17 años que hubiesen alcanzado 10 años de supervivencia. La información se obtuvo desde sus fichas clínicas o a través de los médicos tratantes.

**Resultados:** Se trasplantaron 75 pacientes pediátricos, 48 (64%) lograron más de 10 años de supervivencia. Las etiologías fueron Atresia Biliar y Hepatitis Fulminante (55 y 24% respectivamente). La mediana de edad fue de 5 años (1 - 17 años). Trece pacientes (27%) requirieron de un segundo trasplante y dos pacientes (4%) un tercero. Cinco fallecieron (10.4%) después del 10° año de supervivencia. Dieciséis pacientes (33%) desarrollaron patologías crónicas: hipertensión arterial (12 pacientes) e insuficiencia renal (8 pacientes). Dos pacientes (4.1%) presentaron síndrome linfoproliferativo. Ocho pacientes (16.6%) presentaron mala adherencia al tratamiento inmunosupresor, 3 de ellos con hospitalizaciones por rechazo agudo, 1 falleció. De los 21 pacientes mayores de 18 años, 7 (33.3%) han ejercido un empleo, 7 han logrado tener una pareja estable y 4 (19%) han tenido hijos (2 mujeres). Cuarenta y cinco (93.7%) de los pacientes completaron o están cursando sus estudios escolares, 9 pacientes continuaron con estudios universitarios o técnicos (42% de los pacientes mayores de 18 años). Sólo un paciente tiene riesgo potencial de pérdida de

injerto (rechazo crónico).

Conclusión: Este es el primer trabajo Latinoamericano que presenta resultados después de 10 años en trasplante hepático pediátrico. Estos pacientes logran un buen nivel educacional, un tercio de los que alcanzan la mayoría de edad tienen empleo, hombres y mujeres han tenido hijos luego del trasplante. Casi un tercio desarrolló alguna patología crónica, sin embargo sólo excepcionalmente ocurren complicaciones graves que ponen en riesgo la supervivencia del injerto. De ellas la baja adherencia en adolescentes es la principal causa.

#### RESULTADOS DE PACIENTES SOMETIDOS A PANCREATECTOMÍAS DISTALES LAPAROSCÓPICAS.

*Drs. E. Buckel, M. Ferrario, A. Rojas, A. Cámbara, J. Ormazabal*

Unidad de Trasplante y Cirugía Hepatobiliar, Clínica las Condes

Introducción: En muchas patologías quirúrgicas la laparoscopia se ha convertido en el abordaje de elección. En cirugía pancreática la experiencia nacional reportada es limitada. El presente trabajo tiene como objetivo mostrar nuestra experiencia en pancreatectomías distales laparoscópicas. Métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de todos los pacientes a los que se les realizó una pancreatectomía laparoscópica entre los años 2003 y 2012. Luego se extrajo la información relevante desde sus fichas clínicas para su análisis posterior. Resultados: Entre las fechas mencionadas 17 pacientes fueron sometidos a pancreatectomías distales laparoscópicas, de estos 12 eran mujeres, la mediana de edad fue de 51.5 años (rango 12 - 88). Las indicaciones fueron: 6 tumores neuroendocrinos, 3 cistoadenomas mucinosos, 3 adenocarcinomas, 2 tumores pseudopapilares, 1 tumor papilar mucinoso intraductal (TPMI), 1 tumor seroso microquístico y 1 metástasis de un hipernefoma. Dieciséis (94.1%) de estos procedimientos fueron laparoscópicos puros y 1 fue mano asistido. En 6 casos (35%) el procedimiento se realizó con preservación de bazo. Hubo un caso (5.9%) de conversión a cirugía abierta, por sangramiento secundario a lesión de la vena esplénica. La mediana de días de hospitalización fue de 7.5 días (rango 5 - 23), 2 pacientes (11.7%) desarrollaron fistulas pancreáticas que se resolvieron con tratamiento médico, 2 pacientes (12.5%) desarrollaron complicaciones médicas no relacionadas con la cirugía consistiendo en una infección de CVC y una neumonía nosocomial, sólo 1 paciente requirió transfusión de hemoderivados, ningún paciente requirió de una segunda intervención quirúrgica. Hubo una tasa de rehospitalización del 5.9%. La morbilidad global fue de 29.4% con complicaciones que no superaban el Grado II de la clasificación de Clavien-Dindo. En todos los casos se logró extirpar la lesión pancreática logrando bordes negativos.

Conclusión: La pancreatectomía distal laparoscópica es en nuestra experiencia una buena alternativa a la cirugía abierta tradicional, con morbilidad perioperatoria comparable a la cirugía abierta, sin mortalidad y permite en casos seleccionados hacer preservación de bazo.

#### CÁNCER DE LA VESÍCULA BILIAR, EFECTO DE LA PERFORACIÓN DE LA PARED DE LA VESÍCULA EN EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES

*Drs. X de Aretxabala, G Tapia, J Hepp, J Leon, N Solano, C Scheihing, O Valenzuela, I Roa*  
Clínica Alemana, Hospital Quillota ( Proyecto de Fondecyt 1120208).

Introducción: El cáncer de la vesícula biliar constituye la principal causa de muerte por cáncer en la mujer y un importante problema de Salud Pública en Chile. La perforación de la vesícula biliar, representa un evento frecuente durante la colecistectomía, desconociéndose su real efecto en el pronóstico de los pacientes en los que se diagnóstica un cáncer posterior al estudio de la pieza de colecistectomía.

Material y Método: El objetivo del presente trabajo es evaluar el efecto de la perforación de la vesícula biliar en el pronóstico de una serie de 79 pacientes quienes fueron sometidos a una colecistectomía laparoscópica y en quienes un cáncer fue detectado en el estudio de la pieza de colecistectomía. Estos pacientes fueron extraídos de una serie prospectiva de 440 pacientes portadores de un tumor potencialmente curativo de la vesícula descubierto posterior al estudio de la pieza de colecistectomía. Resultados: De los pacientes estudiados en 18 (22,7%) fue reportada la existencia de una perforación de la vesícula mientras que en los restantes este evento no fue descrito. La mayoría de los pacientes presentaron compromiso de la túnica subserosa, no existiendo diferencias en la distribución de la invasión de la pared entre ambos grupos. 59 pacientes conforme a nuestro protocolo fueron sometidos a una reexploración, logrando researse 42 (71%), La reseabilidad no varió en relación a la existencia o no de perforación. De los 18 pacientes en quienes se reportó la existencia de una perforación, en 5 además se describió la caída de cálculos al peritoneo. 17 (27.8%) pacientes fallecieron en el grupo de pacientes no perforados, mientras que 7 (38,8%) lo hicieron en el grupo en el que se describió una perforación. Esta diferencia fue mayor cuando el análisis se circunscribió el grupo de pacientes con invasión subserosa, sin embargo las diferencias no alcanzaron significación estadística en ninguna de las comparaciones. (p=0,39, p=0,11)

Entre los 6 pacientes en quienes se objetivó la caída de cálculos durante la colecistectomía 4 (66.6%) han fallecido durante el seguimiento (p=0.06).  
Discusión: La perforación de la vesícula biliar constituye un hecho frecuente durante la colecistectomía, la que de acuerdo a este reporte podría asociarse a un mayor riesgo de mortalidad.

Es posible, que el estudio de un mayor número de casos o una mas certera información de los casos de perforación pueda significar que las diferencias alcancen significación estadística.

**SIGNIFICADO DEL COMPROMISO LINFONODAL EN CÁNCER VESICULAR.**  
*Drs. J. Zamarin, C. García, P. Rebolledo, J. Riquelme, C. Esperguet, C. Benavides, H. Cid*  
Departamento de Cirugía Hospital Clínico San Borja Arriarán - Universidad de Chile.

**Introducción:** El cáncer vesicular es una de las principales causas de muerte por cáncer en Chile. La única alternativa de tratamiento curativo es la cirugía, existiendo controversias con el tipo y extensión de la cirugía a realizar, pero teniendo claro que se debe lograr el R0. Para muchos autores el compromiso linfonodal implica pésimo pronóstico, sin supervivencia a 5 años. El objetivo de este estudio es mostrar los resultados de supervivencia en pacientes con compromiso linfonodal y establecer el significado de este de acuerdo a la región anatómica comprometida. **Materiales y método:** Estudio de cohorte retrospectivo de 131 pacientes operados consecutivamente con cirugía extendida para cáncer vesicular avanzado. La técnica quirúrgica y la extensión de la linfadenectomía ha sido descrita previamente. Se analizan variables demográficas, anatómo-patológicas, y supervivencia. Se clasifica el compromiso linfonodal en 3 regiones anatómicas: Pedículo hepático (Zona 1), Retropancreático (Zona 2) y Arteria hepática común y Tronco celiaco (Zona 3). El compromiso intercavo-aórtico se excluyó por considerarse enfermedad diseminada. La supervivencia se obtuvo de los datos del Registro Civil. Se utilizó curvas de Kaplan-Meier y para comparación de supervivencia el Log- Rank test. **Resultados:** 131 pacientes, 81% de género femenino. Promedio de edad 59,8 años. La distribución según T fue T1b: 14%, T2: 38%, T3:44% Y T4: 4%. El 21,4% de los pacientes tenía compromiso linfonodal loco-regional, el que tuvo directa relación con el grado de invasión de la pared vesicular. La distribución del compromiso linfonodal según regiones fue: Zona 1: 16% (21/131), Zona 2: 8,4% (11/131), y Zona 3: 4,6% (6/131). La supervivencia global a 5 años fue 58,1% , y de los pacientes con compromiso linfonodal fue 24,2%. La supervivencia de los pacientes según regiones ganglionares fue Zona 1: 17% , Zona 2: 24% y Zona 3: 0%. **Conclusión:** El compromiso linfonodal en Cáncer Vesicular es un factor de mal pronóstico, y la supervivencia de los pacientes disminuye en la medida en que se afectan las regiones linfonodales más lejanas al tumor primario, sin embargo y pesar de esto, la linfadenectomía estandarizada del pedículo hepático, retropancreático y tronco celiaco permite obtener curación una proporción no despreciable de pacientes.

**RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER VESICULAR**  
*Drs. C. García, J. Zamarin, P. Rebolledo, J. Riquelme, C. Esperguet, C. Benavides, R. Vallejos.*  
Servicio de Cirugía Hospital Clínico San Borja Arriarán.

**Introducción:** Chile posee una de las más altas incidencias mundiales de Cáncer Vesicular, siendo esta además la principal causa de muerte por cáncer en la población femenina. Su tratamiento es controversial, especialmente en estadios avanzados en el cual el rol de la cirugía extendida ha sido cuestionado por numerosos autores. El Objetivo de este estudio es mostrar los resultados del tratamiento quirúrgico de los pacientes con Cáncer Vesicular operados en un periodo de 20 años. **Materiales y método:** Estudio de cohorte retrospectivo que incluye la totalidad de pacientes intervenidos con diagnóstico de adenocarcinoma vesicular confirmado por anatomía patológica. Se analizaron las variables clínicas, quirúrgicas, patológicas, y de seguimiento a largo plazo. La supervivencia se obtuvo de los datos del Registro Civil. **Resultados:** En el periodo comprendido entre 1991 y 2011 se ingresaron a la base de datos de Cáncer Vesicular un total de 432 pacientes. 80% de género femenino. El diagnóstico fue incidental en la mayoría de los casos. Se realizó resección con intención curativa en 151 pacientes. En 20 de ellos se realizó sólo colestectomía (T1a) y en 131 pacientes cirugía extendida, con hepatectomía y linfadenectomía. La distribución según T fue T1b: 14%, T2: 38%, T3:44% Y T4: 4%. Hubo compromiso linfonodal en 21,4% de los casos reseçados, y su distribución fue N0: 79%, N1: 17% y N2: 5%. El compromiso hepático entre los reseçados alcanzó el 15,3%. El 15% de los pacientes requirió resección superextendida (Vía Biliar, Hepatectomía mayor o Pancreatoduodenectomía). La supervivencia global de los reseçados con intención curativa alcanzó el 58,1%. **Conclusión:** El Cáncer Vesicular constituye una patología neoplásica agresiva dado principalmente por el diagnóstico tardío de lesiones avanzadas y la mayoría irresecables. Sin embargo, es posible obtener supervivencias aceptables en casos de tumores confinados a la Vesícula y/o a los ganglios loco-regionales, constituyendo ésta la barrera quirúrgica para obtener resultados de supervivencia.

**MANEJO ENDOSCÓPICO DE LA ESTENOSIS MALIGNA DE VIA BILIAR. HOSPITAL BASE VALDIVIA, EXPERIENCIA LOCAL 2004-2012**  
*Drs. L. Cárcamo, C. Zárate, J. Gómez, M. Millán, C. Cárcamo, Int. F. Cárcamo*  
Servicio Cirugía Digestiva, Hospital Base Valdivia, Universidad Austral de Chile.

**Introducción:** Las neoplasias que afectan a la vía biliar han presentado una incidencia en aumento en los últimos años, constituyendo el tercer lugar dentro de los cánceres gastrointestinales. La Colangio

Pancreatografía Retrograda Endoscópica (CPRE) es una herramienta útil en el manejo de éstos pacientes.

Objetivo Primario: Evaluar los resultados del manejo o drenaje endoscópico de lesiones tumorales malignas en relación a la vía biliar en el servicio Cirugía del Hospital Base Valdivia.

Objetivos Secundarios: 1. Evaluar la sobrevida de pacientes posterior al drenaje endoscópico. 2. Porcentaje de fracaso del procedimiento y necesidad de reexploración. 3. Éxito del drenaje evaluado en relación a nivel de bilirrubinemia pre y post drenaje. 4. Complicaciones asociadas al procedimiento. Materiales Y Metodos: Análisis retrospectivo de base de datos prospectiva de pacientes con patología maligna en relación a la vía biliar en Hospital Base Valdivia en el periodo 2004-2012, sometidos a papilotomía e instalación de prótesis en vía biliar por medio de CPRE. Se evaluaron las variables de edad, género, comorbilidad asociada, bilirrubinemia al diagnóstico y post CPER, hallazgos imagenológicos, tipo de tumor, características relacionadas al procedimiento y sobrevida posterior. Análisis de datos con EPI INFO.

Resultados: Se analizaron un total de 73 pacientes. El 61,6% fueron mujeres. Edad promedio 68,3 años. La principal comorbilidad es hipertensión 47,1%. Bilirrubinemia promedio al diagnóstico de 12,98 mg/dl y de 8,05 mg/dl posterior al procedimiento. Se realizó ecografía previa en 59 pacientes, evidenciando dilatación de vía biliar en el 97,64%. El 47,7% correspondió a infiltración de neoplasia vesicular. En un 96,35% de los casos fue posible instalar prótesis biliar. No se registraron complicaciones posteriores al procedimiento a corto y mediano plazo. El 19% requirió nueva CPRE principalmente por reaparición de sintomatología obstructiva, siendo necesaria la reinstalación de nueva prótesis. La sobrevida promedio posterior a la intervención fue de 211,96 días.

Conclusión: El uso de CPRE en pacientes sometidos a paliación endoscópica ha demostrado buenos resultados en nuestro medio local y con escasa morbilidad, permitiendo el manejo sintomático de forma paliativa o en espera de la resolución quirúrgica definitiva.

#### MORBILIDAD Y MORTALIDAD POSTOPERATORIA DE PANCREATECTOMÍAS EN HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE DE CONCEPCIÓN.

*Drs. R. Lynch<sup>1</sup>, JI. Aravena<sup>1</sup>, Vivanco<sup>1</sup>, R. Mora<sup>2</sup>, F. Molina<sup>2</sup>, R. Torres-Quevedo<sup>3</sup>, JM. Grajeda<sup>3</sup>, R. Durán<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup>Médico Residente de Cirugía General, Servicio de Cirugía, Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción; <sup>2</sup>Interno Medicina, Facultad de Medicina Universidad de Concepción; <sup>3</sup>Médico Staff de Unidad Cirugía Hepatobiliopancreática, Equipo Cirugía Digestiva, Servicio Cirugía, Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción.

Introducción: La resección de la cabeza pancreática incluye la duodeopancreatectomía cefálica (DPC) estándar popularizada por Whipple y sus modificaciones como la DPC con preservación del píloro y la resección de la cabeza del páncreas con conservación del duodeno. La pancreatectomía distal se utiliza para la resección de lesiones en el cuerpo o la cola del órgano. En las últimas décadas se han observado avances importantes en cuanto a tasas de morbilidad y mortalidad asociadas con este procedimiento. En trabajos recientes se informa que la mortalidad es menor al 5%, aunque las complicaciones son elevadas (entre 30% y 60%). Objetivo: Conocer las tasas de morbilidad y mortalidad postoperatoria de pacientes sometidos a pancreatectomía.

Material y Método: Serie de casos, reclutados en manera concurrente, constituida por 33 sujetos a los que se les efectúa algún procedimiento de resección pancreática, en el Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción, en el periodo de marzo 2010 a julio 2012.

Resultados: Del total de pancreatectomías efectuadas, 23 (69,7%) corresponden a DPC. La edad media de los pacientes es 57+13,4 años, y un 57,6% corresponden al género femenino. El tiempo medio de cirugía es 261+75,4 minutos. Un 81,8% requiere efectuar su postoperatorio en UCI, con una mediana de 5 días de hospitalización. Un 8% requiere de drogas vasoactivas, 24% transfusión de glóbulos rojos y 19,3% requiere de al menos una reintervención quirúrgica. Un 19,3% presentó fistula pancreática (9,7% tipo B y 9,7% tipo C, según clasificación de Bassi). Según clasificación de Clavien-Dindo la morbilidad postoperatoria es 48,4%, siendo la mayoría de ellas la tipo II (15,1%), seguidas por IIIb (9,1%) y IIIa (6,1%). La mortalidad postoperatoria corresponde a un 12,1% (un paciente por TEP, otro por Sepsis y 2 por fallo multiorgánico). Conclusión: La cirugía pancreática se ha convertido en un procedimiento seguro con tasas de mortalidad inferiores al 10%, pese a ello aún no se logra disminuir la morbilidad, manteniendo cifras que rodean el 50%. Nuestra serie muestra cifras similares a las descritas en la literatura. Una de las contribuciones principales para este logro es el concepto de centralización. Por otra parte, mientras la experiencia del cirujano es importante, sin duda, el empleo de un equipo multidisciplinario y personal dedicado ha contribuido a este fenómeno.

#### ESTUDIO TRANSVERSAL DE CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA ENTRE BIOPSIA HEPÁTICA EN CUÑA PERIFÉRICA Y EL CILINDRO HEPÁTICO DERECHO, EN FORMA SIMULTÁNEA.

*Drs. F. Maluenda, I. Roa, A. Csendes, P. Burdiles, M. Castro, J. Brahm, J. León R, V Parada, A. Game Dpto. de Cirugía Clínica Las Condes, Dpto. de Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile, Serv. Anatomía Patológica Clínica Alemana, Serv. Gastroenterología Clínica Las Condes.*

La determinación histológica del hígado, en los pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica, se hace habitualmente mediante biopsia periférica del hígado. No está medido el grado de concordancia diagnóstica de la muestra obtenida con esta técnica, comparada con la biopsia estándar obtenida por punción del lóbulo hepático derecho. Objetivo: Determinar concordancia entre la biopsia quirúrgica, obtenida por sección periférica del segmento II-II del hígado y la biopsia hepática derecha obtenida por punción con aguja. Muestra: 41 pacientes portadores de IMC  $\geq$  35 Kg./m<sup>2</sup> sometidos a cirugía bariátrica durante el año 2011. Criterios de inclusión: portador de obesidad con IMC  $\geq$  35 Kg./m<sup>2</sup>, indicación de tratamiento quirúrgico de su obesidad a través de gastrectomía vertical laparoscópica (GVL), firma del consentimiento informado. Criterios de exclusión: pacientes sometidos a cirugía bariátrica distinta de GVL, IMC  $<$ 35 Kg./m<sup>2</sup>, Diabetes Mellitus 2, esteatosis hepática focal a la ecografía abdominal preoperatoria. Método: En cada paciente, al inicio de la intervención quirúrgica laparoscópica, se obtuvo una muestra de hígado mediante punción con aguja trucut del espesor del lóbulo derecho del hígado (segm. VI) y otra muestra mediante sección periférica con tijera, del borde libre del segmento II-III. Las muestras de biopsia fueron procesadas con técnica estándar de hematoxilina-eosina y estudiadas por un mismo patólogo de manera "ciega". Se usó la Clasificación de Score Histológico de NAS (Nonalcoholic Steatohepatitis Activity Score). Las variables en estudio fueron: Esteatosis, Inflamación lobulillar, Balonamiento de los hepatocitos y Fibrosis. Análisis estadístico: Se realizó estadística descriptiva del grupo en relación a la distribución de las biopsias. Luego estadística analítica. Se determinó nivel de concordancia a través del índice Kappa. Resultados: el índice kappa obtenido para las variables estudiadas, se expresa en la siguiente tabla:

Variable histológica	Índice Kappa
Esteatosis	0,78
Balonamiento	0,69
Inflamación lobulillar	0,34
Fibrosis	0,39

La esteatosis hepática logra el mejor nivel de concordancia, con un índice de 0,78 que permite catalogarla como buena fuerza de concordancia. Es igualmente buena, aunque de menor fuerza, para la variable balonamiento hepatocelular. La concordancia observada para inflamación lobulillar y fibrosis, 0,34 y 0,39 respectivamente, determina una fuerza de concordancia débil. Conclusión: La biopsia hepática periférica quirúrgica, representa un buen instrumento para diagnosticar nivel de infiltración grasa del hígado, pero muestra mala concordancia en relación a la muestra del lóbulo derecho, para diagnosticar otros hallazgos relevantes en el diagnóstico histológico de esteatohepatitis no alcohólica.

## RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA LA ESTENOSIS DE LA ANASTOMOSIS BILIAR POSTRASPLANTE HEPÁTICO.

*Drs. J. Galindo, D. Barros, E. Buckel, F. Moisan, M. Gabrielli, J. F. Guerra, C. Benítez, R. Pérez, N. Jarufe, J. Martínez*

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

**Introducción:** La estenosis de la anastomosis biliar en trasplante hepático representa una importante causa de morbilidad. El tratamiento actual puede ser endoscópico, percutáneo o quirúrgico. La cirugía generalmente está reservada para casos no resueltos por otras técnicas, aunque también es utilizada de forma primaria.

**Objetivo:** Analizar las características clínicas y resultados quirúrgicos en los pacientes operados por estenosis de la anastomosis biliar postrasplante hepático en nuestro centro.

**Material y Métodos:** Estudio de cohorte histórica. Revisión de la base de datos de trasplante hepático y registros clínicos de los pacientes operados por estenosis de la anastomosis biliar entre los años 1994 y 2012. Se utilizó la clasificación de Clavien para las complicaciones postoperatorias. **Resultados:** De 139 pacientes trasplantados en nuestro centro, 46 desarrollaron estenosis de la anastomosis biliar (33,1%). De éstos se analizaron 15 tratados quirúrgicamente, más 1 paciente trasplantado en otro centro, por lo que la serie se compone de 16 pacientes. Catorce (87,5%) de sexo masculino. Mediana de edad, 55,5 [14-67] años. Todos recibieron el injerto de donante con muerte encefálica. Mediana de isquemia fría, 533 [282-885] min. La anastomosis biliar fue hecha en forma término-terminal en 15 pacientes, 8 sobre tutor. Un paciente tenía una Y de Roux previa. Cuatro tuvieron asociada una complicación arterial. La mediana de tiempo entre el trasplante y la reconstrucción fue 7 [1-37] meses. Trece fueron operados el primer año postrasplante. La indicación quirúrgica fue colangitis a repetición en 7 pacientes y falla del tratamiento endoscópico o percutáneo en 6. Tres fueron operados de forma primaria, 1 como complicación perioperatoria y 2 por estenosis no susceptible de tratamiento endoscópico. La reconstrucción biliar se realizó mediante hepático-yeyuno anastomosis en Y de Roux. Hubo 2 procedimientos adicionales (CPRE intraoperatoria, angioplastia del tronco celiaco). Mediana de tiempo quirúrgico, 165 [120-240] minutos. Hubo complicaciones tipo III de Clavien en 4 pacientes (25%), 2 tipo IIIa (biliomas) y 2 tipo IIIb (perforación intestinal, hemoperitoneo). Mediana de estadía hospitalaria, 7 [5-60] días. No hubo mortalidad perioperatoria. Mediana de seguimiento, 71,5 [2-108] meses. Dos pacientes (12,5%) presentaron estenosis intrahepática 6 meses desde la cirugía. En un caso se realizó una segmentectomía derecha posterior y en el otro un re-trasplante. **Conclusión:** La estenosis de la anastomosis biliar postrasplante hepático es una complicación frecuente. La mayoría de los casos se presentan el primer año desde el trasplante. El tratamiento quirúrgico representa una alternativa segura, con baja morbilidad y baja tasa de re-estenosis.



**PANCREATECTOMÍA CÓRPOCAUDAL POR VÍA ABIERTA. RESULTADOS QUIRÚRGICOS E INCIDENCIA DE FÍSTULA PANCREÁTICA POSTOPERATORIA**  
*Drs. R. Charles, S. Hoefler, N. Kerrigan, M. Mahave, P. Salman, C. Caglevic, M. Meneses, Riggo-Rigi, S. Schmied, H. Parada, E. Waugh, H. De La Fuente*  
Instituto Clínico Oncológico Fundación Arturo López Pérez (FALP)

**Introducción:** La pancreatectomía córporo-caudal (PCC) se utiliza en el tratamiento de tumores primarios o secundarios del páncreas localizados en cuello, cuerpo y cola. En ocasiones es parte de una resección multivisceral realizada para la resección de tumores con compromiso local extenso. No está definido si la fistula pancreática postoperatoria (FPP) se asocia con mayor frecuencia a la sección pancreática con sutura mecánica, usada habitualmente en la resección laparoscópica. La incidencia reportada de FPP, complicación en ocasiones clínicamente relevante, fluctúa entre 15-30% en series laparoscópicas y abiertas.

**Objetivos:** Estudiar los resultados quirúrgicos, con énfasis en la incidencia de FPP, de una cohorte de pacientes sometidos a PCC por vía abierta.  
**Pacientes y Métodos:** Serie consecutiva de pacientes sometidos a PCC tratados entre 2006 y 2012. Seguimiento prospectivo. Se utilizó criterio de fistula pancreática clínicamente relevante (B y C) según clasificación del grupo internacional de fistula pancreática (ISGPF).

**Resultados:** serie de 53 pacientes, 30 hombres y 23 mujeres. Edad promedio 56 años. La indicación quirúrgica fue por tumores primarios en 38 pacientes, como procedimiento asociado a gastrectomía oncológica en 9, a colectomía oncológica en 4 y por metástasis pancreáticas de hipernefoma en 2. La histología de los tumores primarios fue: carcinoma ductal 9, tumor neuroendocrino 9, IPMN o neoplasias mucinosas 13 y otros tumores en pacientes 7. Requiritieron resecciones multiviscerales asociadas por compromiso locoregional 17 pacientes, 4 de ellos tenían un cáncer ductal del páncreas. El cierre del muñón pancreático se realizó con sutura manual en el 93% de los pacientes (49/53). El recuento nodal promedio de las PCC por tumores primarios fue 14 linfonodos. Se realizó esplenectomía asociada en el 94% (50/53). La mediana de sangrado intraoperatorio fue 200 cc y la mediana de estadía hospitalaria fue 7 días (rango 4 - 21). Hubo 5 FPP (10%): 3 tipo A (6%) y 2 tipo B (4%). No hubo fistulas tipo C ni mortalidad post operatoria. Se reoperaron 3 pacientes (5.6%): sangrado de gastrorrafia, ileo mecánico y filtración colo-colo anastomosis, sin FPP asociada.

**Conclusión:** en esta serie, la PCC por vía abierta no tuvo mortalidad y se asoció a baja incidencia de FPP clínicamente relevante.

**CÁNCER VESICULAR INCIDENTAL. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y SOBREVIDA**

*Drs. S. Hoefler, R. Charles, N. Kerrigan, L. Carmona, P. Barros, F. Redondo, D. Riggo-Rigi, S. Schmied, E. Waugh, H. De La Fuente*  
Instituto Clínico Oncológico Fundación Arturo López Pérez (FALP)

**Introducción:** El cáncer vesicular incidental es una causa frecuente de presentación clínica del cáncer vesicular. Se define como el hallazgo no esperado de cáncer en el estudio patológico de una pieza de colecistectomía. Su manejo clínico incluye etapificación patológica, locoregional y sistémica. El tratamiento quirúrgico está indicado en los pacientes con enfermedad loco-regional limitada resecable.

**Objetivo:** Presentar los resultados quirúrgicos y sobrevida de una cohorte de pacientes tratados en un centro de derivación oncológico.

**Método:** Revisión retrospectiva de los pacientes tratados entre el 2000 a Julio del 2012. El seguimiento clínico fue prospectivo desde el año 2006. El estudio de etapificación incluyó una revisión anatomopatológica de la vesícula resecada. La etapificación se realizó por tomografía axial computada (TAC) y/o resonancia nuclear magnética (RNM). Desde el 2006 se incluyó PET-CT. Para el estadio se utilizó TNM 7ª Ed. 2010. El seguimiento incluyó TAC, RNM y/o PET-CT.

**Resultados:** serie de 109 pacientes. Edad promedio 59 años (i:41- 91), 82% mujeres. El 98.2% fueron adenocarcinomas y el 1,8% carcinoma adenoescamoso. Luego de re-etapificación, se realizó cirugía de etapificación en 66 pacientes (61%) con enfermedad clínicamente localizada. En 20 pacientes (30%) se documentó enfermedad loco regional avanzada no resecable y/o metastásica. En 46 pacientes (70%) se logró cirugía radical R0, 28 de éstos no tenían enfermedad residual microscópica y 18 presentaron enfermedad microscópica en hígado (6) y/o linfonodos (14) y/o margen cístico (3). En los 43 restantes (39%) no se realizó cirugía por presentar estadio Tis-T1a en 5 pacientes (12%), rechazo de cirugía 16 pacientes (37%) y por metástasis en estudio de etapificación preoperatoria en 22 (51%). No hubo mortalidad operatoria. Recibieron tratamiento adyuvante 19/46 pacientes con cirugía radical R0: 13/18 de ellos del grupo con enfermedad residual y 6/28 del grupo sin enfermedad residual. Mediana de seguimiento 17 meses. La SV de los pacientes resecados R0 (n=46) fue de 48% a 5 años: con enfermedad residual 38% y sin enfermedad residual 54% (p=0.186).

**Conclusiones:** La cirugía de re-etapificación, en pacientes sin enfermedad clínica aparente, separa los pacientes en 3 grupos: metastásico no resecable, cirugía R0 con enfermedad residual y cirugía R0 sin enfermedad residual. Estos tres grupos tienen pronósticos diferentes. Esta información podría ser de utilidad para la selección de tratamiento adyuvante.

## TUMOR NEUROENDOCRINO GASTROINTESTINAL Y PANCREÁTICO. PRESENTACIÓN CLÍNICA Y RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

*Drs. R. Charles, S. Hoefler, N. Kerrigan, F. Redondo, H. Amaral, D. Riggo-Rigi, S. Schmied, H. Parada, E. Waugh, H. De La Fuente*

Instituto Clínico Oncológico Fundación Arturo López Pérez (FALP)

**Introducción:** Los tumores neuroendocrinos (TNE) son un grupo heterogéneo de tumores de baja prevalencia. Se pueden originar en el estómago, intestino delgado, apéndice cecal, colon, recto y páncreas. Su curso clínico está determinado por el grado de diferenciación histológica y el sitio de origen. Son diagnosticados frecuentemente como enfermedad metastásica. En ocasiones el sitio tumoral primario no es evidente. El manejo de la enfermedad local y loco regional es fundamentalmente quirúrgico. En ocasiones, la enfermedad metastásica requiere de tratamientos multimodales. **Objetivos:** Estudiar las características clínicas y resultados del tratamiento de una cohorte de pacientes.

**Pacientes y Métodos:** serie de pacientes con TNE tratados entre 2006 y 2012. Todos los pacientes fueron etapificados con PET-CT Galio 68. El tratamiento quirúrgico y/o multimodal fue decidido en comité oncológico centralizado. Seguimiento prospectivo.

**Resultados:** serie de 49 pacientes. El sitio del tumor primario fue: intestino delgado 19 (39%), pancreático 11 (23%), gástrico 9 (18%), duodenal 3 (6%), apendicular en 1 (2%), rectal 2 (4%), colon 2 (4%) y de ubicación múltiple (páncreas-intestino) 2 (4%). La resección del primario se logró en 47 pacientes; en 2 se realizó bypass paliativo por obstrucción intestinal. Las resecciones quirúrgicas incluyeron: resección intestinal exclusiva en 11 (23%), pancreatectomía en 15 (32%), gastrectomía en 9 (19%), resección intestinal + colectomía en 6 (13%), hepatectomía en 3 (6%) y resección rectal en 2 (4%). Tenían enfermedad diseminada hepática y/o peritoneal al diagnóstico 18/49 pacientes (37%). Se confirmó compromiso linfonodal metastásico en 18 de los 31 pacientes (58%) con enfermedad local o locoregional al diagnóstico.

Complicaciones postoperatorias ocurrieron en 4 pacientes (8.1%). No hubo mortalidad operatoria. **Conclusión:** La presencia de enfermedad metastásica visceral y linfonodal es muy frecuente al diagnóstico. A pesar de ello, en la mayoría se pudo reseccionar el tumor primario con baja morbilidad.

## RESECCIONES HEPÁTICAS POR TUMORES BENIGNOS. INDICACIONES QUIRÚRGICAS Y RESULTADOS.

*Drs. J. Galindo, D. Barros, F. Muñoz, D. Pulgar, M. Gabrielli, M. Sanhueza, J. F. Guerra, J. Martínez, N. Jarufe*

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

**Introducción:** El diagnóstico de tumores hepáticos benignos ha aumentado debido al uso frecuente de imágenes en la práctica clínica. La indicación quirúrgica depende de la sintomatología, comportamiento biológico y potencial maligno. **Objetivo:** Analizar las características clínicas, quirúrgicas y patológicas de pacientes sometidos a resección hepática por tumores benignos en nuestra institución.

**Material y Método:** Estudio de cohorte no concurrente. Revisión de la base de datos y registros clínicos de los pacientes sometidos a resección hepática con diagnóstico preoperatorio de tumor benigno entre los años 2000 y 2012. Se utilizó la clasificación de Clavien para complicaciones postoperatorias.

**Resultados:** La serie incluye 22 pacientes, 95,5% de sexo femenino. Mediana de edad, 40,5 [26-76] años. En 15 pacientes el motivo de consulta fue dolor abdominal, en 3 casos asociado a saciedad precoz. En 7 pacientes fue un hallazgo imagenológico. La evaluación diagnóstica se realizó con ecotomografía, CT y RM en 5 pacientes, ecotomografía más CT en 13, ecotomografía más RM en 2 y sólo CT en 2. El diagnóstico preoperatorio fue hemangioma en 10 pacientes, hiperplasia nodular focal (HNF) en 6, adenoma en 4 y cistoadenoma biliar en 2. En 18 pacientes la indicación quirúrgica se debió a dolor abdominal o crecimiento de la lesión en controles imagenológicos. En 4 pacientes fue por sospecha de adenoma. La mediana de tamaño de las lesiones fue 10 [4-16] cm. Se realizaron 8 segmentectomías II-III, 5 hepatectomías derechas, 1 hepatectomía izquierda y 8 resecciones de otros segmentos. Siete pacientes fueron operados por vía laparoscópica, con 1 conversión a cirugía clásica. Mediana de tiempo operatorio, 180 [85-420] min. Mediana de sangrado, 250 [50-2700] ml. Tres pacientes requirieron transfusiones. Hubo complicaciones postoperatorias en 3 pacientes, 2 tipo I (fístula biliar, hematoma de herida) y 1 tipo II (fístula biliar más colección). Mediana de estadía hospitalaria, 5,5 [3-10] días. No hubo mortalidad perioperatoria. El diagnóstico histológico fue hemangioma en 9 pacientes HNF en 8, adenoma en 2, cistoadenoma biliar en 2 y quiste de conducto biliar en 1. Hubo discordancia diagnóstica en 3 pacientes; 2 casos con diagnóstico preoperatorio de adenoma fueron HNF y 1 caso con diagnóstico preoperatorio de hemangioma fue un quiste de conducto biliar. No se presentaron complicaciones tardías. La mediana de seguimiento fue 24 [3-48] meses.

**Conclusión:** El tratamiento quirúrgico de tumores hepáticos benignos es una alternativa segura, con baja morbilidad en nuestra serie. En general, se indicó por la sintomatología y el crecimiento tumoral, significativo.

## RESECCIONES HEPATICAS ANATÓMICAS POR VÍA LAPAROSCÓPICA. RESULTADOS QUIRÚRGICOS.

*Drs. J. Galindo, F. Moisan, E. Buckel, F. Muñoz, J. F. Guerra, M. Sanhueza, J. Martínez, N. Jarufe.*  
Departamento de Cirugía Digestiva, División de Cirugía. Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** El abordaje laparoscópico se ha convertido en una alternativa segura para las resecciones hepáticas. Sus ventajas incluyen reducción en el dolor postoperatorio, en la morbilidad postoperatoria, menor estadía hospitalaria y recuperación postoperatoria reducida.

**Objetivo:** Reportar los resultados de las resecciones hepáticas realizadas por vía laparoscópicas en nuestro centro.

**Material y Metodo:** Estudio de cohorte no concurrente. Se revisó la base de datos y registros clínicos de los pacientes sometidos a una resección hepática totalmente laparoscópica entre Agosto de 2004 y Junio de 2012. Los resultados se expresan en porcentaje, medianas y rango intercuartil. **Resultados:** La serie comprende 40 pacientes, 67,5% de sexo femenino. La mediana de edad fue 47 [37-67] años. Se realizaron 19 segmentectomías laterales, 6 hepatectomías derechas, 5 resecciones de segmentos IVb y V, 4 hepatectomías izquierdas, 4 resecciones unisegmentarias, una resección de segmentos VI-VII y una resección de segmentos V-VI-VII. En 23 pacientes (57,5%) la resección se realizó debido a patología benigna (6 hemangiomas, 6 litiasis intrahepáticas, 3 hiperplasias nodulares focales, 2 quistes hidatídicos, 2 donantes vivos y 4 otras) y en 17 pacientes (42,5%) por patología maligna (6 hepatocarcinomas, 5 cancer de vesícula, 2 metastasis de cancer colorrectal, 2 metástasis de cáncer de mama, 1 colangiocarcinoma y 1 linfoma). Un total de 8 pacientes (20%) tenían cirrosis hepática, de los cuales 4 presentaban hipertensión portal. La mediana del tamaño de la lesión fue 5,5 [3,2-10,5] cm. La mediana de tiempo operatorio fue de 180 [139-259] minutos. La mediana del sangrado operatorio fue de 300 [200-800] mL. Tres pacientes requirieron transfusiones. Hubo conversión a cirugía clásica en 5 pacientes (12,5%). Dentro de las complicaciones postoperatorias hubo 2 fistulas biliares, 3 colecciones intraabdominales, un hematoma y una infección de herida operatoria. Ninguno requirió una reoperación. No hubo mortalidad perioperatoria. La mediana de días de hospitalización postoperatorios fue de 4 [3-5] días. La mediana de seguimiento fue 32 [16-55] meses. No se observaron complicaciones tardías. **Conclusiones:** En nuestro centro, las resecciones hepáticas por vía laparoscópica representan una alternativa segura en pacientes seleccionados, con baja morbilidad intra y postoperatoria, tanto para patología benigna como maligna.

## NEOPLASIA PAPILAR INTRADUCTAL MUCINOSA DEL PANCREAS (IPMN). RESULTADOS QUIRURGICOS Y SOBREVIVENCIA A LARGO PLAZO.

*Drs. J. Galindo, M. Martínez, J. Salinas, Int. R. Villaruel, M. Gabrielli, J. F. Guerra, J. Martínez, N. Jarufe*

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

**Introducción:** La neoplasia papilar intraductal mucinosa del páncreas (IPMN) representa una entidad de interés dentro de las lesiones quísticas pancreáticas debido a que se considera una lesión precursora de adenocarcinoma. Muchas veces su diagnóstico es un hallazgo imagenológico. **Objetivos:** Analizar las características clínicas, quirúrgicas y patológicas de los pacientes operados por IPMN en nuestro centro.

**Material y Metodos:** Estudio de cohorte histórica a partir de la base de datos y registros clínicos de los pacientes con diagnóstico histológico de IPMN sometidos a cirugía resectiva en nuestro centro entre los años 2005 y 2012. Se utilizó la clasificación de Bassi para fistulas pancreáticas.

**Resultados:** En el período estudiado se realizaron 188 resecciones pancreáticas. Se diagnosticó IPMN en 17 pacientes (9%). Once (64,7%) de sexo masculino. La mediana de edad fue 60 [47-87] años. Diez pacientes consultaron por dolor abdominal inespecífico, con una mediana de evolución de 6 meses. Cuatro pacientes presentaron pancreatitis a repetición. Fue asintomático en 5 pacientes. La evaluación diagnóstica se realizó con CT y RM en todos los pacientes. Se realizaron 13 pancreatoduodenotomías, 3 pancreatectomías distales, una por vía laparoscópica y un paciente fue sometido a pancreatoduodenotomía más pancreatectomía distal, preservando la porción central del páncreas. Mediana de tiempo operatorio, 270 [180-480] minutos. Dentro de las complicaciones operatorias, hubo cinco fistulas pancreáticas (3 tipo A, 1 tipo B y 1 tipo C), cinco colecciones intraabdominales (una requirió cirugía) y una hemorragia digestiva de la anastomosis pancreatogástrica. La mediana de estadía hospitalaria fue 14 [4-44] días. No hubo mortalidad perioperatoria. La mediana de tamaño tumoral fue 3,2 [1-8] cm. El tumor se ubicó en la cabeza del páncreas (11), proceso uncinado (3), cuerpo (2) y cola (3). Compromiso del conducto pancreático principal en 14 pacientes, en 8 casos asociado al conducto secundario. Compromiso exclusivo del conducto secundario en 1 caso. Se encontró adenocarcinoma invasor en 6 pacientes, carcinoma in situ en 2 y displasia severa en 1. No hubo compromiso ganglionar. Un paciente recibió quimioterapia complementaria (etapa IIA). La mediana de seguimiento fue 28 [6-82] meses. Durante este período no hubo recidiva tumoral. No hubo pacientes fallecidos por progresión de la enfermedad. **Conclusion:** La neoplasia intraductal papilar mucinosa del páncreas es una patología de

diagnóstico emergente. En nuestra serie, la mayoría de los tumores se ubicó en la cabeza pancreática y comprometió el conducto principal. Destaca la presencia de focos de adenocarcinoma en seis de los diecisiete pacientes.

#### TUMOR NEUROENDOCRINO DEL PANCREAS, RESULTADOS QUIRURGICOS Y SOBREVIDA ALEJADA.

*Drs. J. Galindo, M. Gabrielli, M. Martínez, Int. R. Villarroel, F. Moisan, J. F. Guerra, J. Martínez, N. Jarufé*

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

**Introducción:** Los tumores neuroendocrinos representan el 2% de los tumores gastrointestinales y el 1-2% de los tumores pancreáticos. Su incidencia ha aumentado en los últimos años debido a la capacidad diagnóstica de los exámenes por imágenes. **Objetivos:** Analizar las características clínicas, quirúrgicas y patológicas de los pacientes con diagnóstico de tumor neuroendocrino del páncreas operados en nuestro centro.

**Material y Metodos:** Estudio de cohorte no concurrente a partir de la base de datos y registros clínicos de los pacientes con diagnóstico histológico de tumor neuroendocrino del páncreas sometidos a cirugía resectiva en nuestro centro entre los años 2005 y 2012. Se utilizó la clasificación de Bassi para fistulas pancreáticas.

**Resultados:** En el período estudiado se realizaron 188 resecciones pancreáticas. Se diagnosticó tumor neuroendocrino en 20 pacientes (10,6%). La mediana de edad fue de 44 [20-77] años. Doce pacientes eran de sexo femenino (60%). El dolor abdominal fue el síntoma más frecuente (12 pacientes), con una mediana de evolución de 6 meses. Dos pacientes presentaban síndrome de neoplasia endocrina múltiple (NEM) tipo 1. La evaluación diagnóstica se realizó con CT y RM en todos los pacientes, complementándose con PET-CT (PET-Galio cuando estuvo disponible) en caso de duda diagnóstica y para estudio de extensión de la enfermedad. Se realizaron 5 pancreatoduodenectomías, 14 pancreatectomías corporocaudales (12 por vía laparoscópica) y 1 resección local. Mediana de tiempo operatorio, 210 [150-450] minutos (420 minutos para las pancreatoduodenectomías y 195 minutos para las pancreatectomías corporocaudales). Dentro de las complicaciones postoperatorias, hubo 5 fistulas pancreáticas tipo B y una tipo C, que determinaron 3 colecciones intraabdominales (tres requirieron reoperación). Estadia postoperatoria, 8 [4-54] días. No hubo mortalidad postoperatoria. Mediana de tamaño tumoral, 3 [0,7-10] cm. El tumor fue funcionante en 5 casos (25%) y no funcionante en 15 (75%). Dentro de los funcionantes, hubo 1 insulinooma, 1 glucagonoma, 1 somatostatinooma, 1 tumor productor de ACTH y en 1 caso resultó ser un carcinoma endocrino múltiple (insulina, VIP, ACTH, glucagón y somatostatina). En un paciente se encontró adenocarcinoma invasor asociado, y

recibió radioquimioterapia postoperatoria. Todas las resecciones fueron R0. La mediana de seguimiento fue 26 [2-84] meses. Un paciente presentó recurrencia tumoral, siendo llevado a una segunda resección (pancreatectomía total), 20 meses desde la primera cirugía. No hubo pacientes fallecidos por progresión de la enfermedad.

**Conclusion:** Los tumores neuroendocrinos del páncreas representan una patología poco frecuente. La cirugía resectiva completa es la alternativa de elección en el tratamiento.

#### RESULTADOS DE LA RECONSTRUCCIÓN QUIRÚRGICA DE LA VÍA BILIAR POR LESIONES BENIGNAS.

*Drs. J. Galindo, D. Barros, E. Buckel, J.F. Guerra, F. Pimentel, S. Guzmán, O. Llanos, J. Martínez, N. Jarufé*

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

**Introducción:** Las lesiones benignas de la vía biliar representan una entidad clínica de etiología heterogénea y enfrentamiento complejo que frecuentemente requiere un enfoque multidisciplinario.

**Objetivo:** Describir la experiencia y resultados de la reconstrucción quirúrgica de la vía biliar por lesiones benignas.

**Material y Métodos:** Estudio de cohorte no concurrente. Revisión de la base de datos y registros clínicos de los pacientes con lesiones benignas de la vía biliar tratados quirúrgicamente en nuestro centro entre los años 2003 y 2012. Se excluyeron las reconstrucciones postrasplante hepático. Se utilizó la clasificación de Bismuth para lesiones de vía biliar y de Clavien para complicaciones postoperatorias. **Resultados:** La serie incluye 40 pacientes, 27 de sexo femenino (67,5%). Mediana de edad, 55,5 [24-80] años. La etiología fue postquirúrgica en 33 (82,1%) pacientes (15 colecistectomías clásicas, 6 laparoscópicas, 5 hepatectomías, 7 otras), e inflamatoria en 7 (18,9%). Se realizaron 6 reconstrucciones precoces (< 1 mes), por lesión de vía biliar en colecistectomía laparoscópica (3), colecistectomía clásica (1) y hepatectomía derecha (2). Entre los pacientes operados en forma diferida, la mediana de tiempo entre ambas cirugías fue 36 [3-360] meses. Veintisiete pacientes (67,5%) recibieron tratamiento previo, 77,8% endoscópico. Hubo 5 lesiones tipo I (12,5%), 8 tipo II (20%), 9 tipo III (22,5%) y 18 tipo IV (45%) de Bismuth. Dos tenían asociada una lesión vascular. Se realizaron 39 hepático-yeyuno anastomosis con asa desfuncionalizada en Y de Roux y 1 con asa de Brown. La anastomosis se realizó al conducto hepático común en 30 pacientes, a uno de los hepáticos en 5, a 2 conductos en 4 y a 3 conductos en 1. Se realizaron 5 procedimientos adicionales (2 hepatectomías, 2 reparaciones arteriales, 1 necrosectomía). Mediana de tiempo operatorio, 180 [80-240] min. Hubo 5 complicaciones tipo I-II y 3 tipo IIIb (perforación intestinal, hemoperitoneo,

HDA) de Clavien. Mediana de estadía hospitalaria, 7,5 [4-50] días. No hubo mortalidad perioperatoria. Mediana de seguimiento, 33 [3-106] meses. Hubo recurrencia de la estenosis en 7 pacientes (18,9%), todas lesiones tipo IV, con una mediana de aparición de 24 [4-36] meses. Cinco fueron tratados quirúrgicamente. De éstos, 1 evolucionó con hepatolitiasis, que requirió tratamiento endoscópico complementario.

Conclusión: El tratamiento quirúrgico de lesiones benignas de la vía biliar es complejo. En la mayoría de los casos se indicó ante el fracaso de otras técnicas. En nuestra serie representa una alternativa segura, con morbilidad y re-estenosis similar a la descrita en la literatura internacional.

#### RESECCIONES HEPÁTICAS PARA METÁSTASIS DE ORIGEN NO COLORRECTAL Y NO NEUROENDOCRINO. RESULTADOS QUIRÚRGICOS Y SOBREVIDA.

*Drs. J. Galindo, N. Quezada, R. Yáñez, J. Varas, F. Crovari, J. F. Guerra, S. Guzmán, J. Martínez, N. Jarufe*

Institución: Departamento de Cirugía Digestiva. División de Cirugía. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La resección hepática de metástasis colorrectales y neuroendocrinas ofrece beneficios en la sobrevida. Por el contrario, existe controversia en la resección de metástasis hepáticas de otros primarios.

Objetivos: Analizar las características clínicas, patológicas, quirúrgicas y sobrevida de los pacientes sometidos a resecciones hepáticas por metástasis de origen no colorrectal ni neuroendocrino (NCRNNE) Material y Métodos: Estudio de cohorte no concurrente a partir de la base de datos y registros clínicos de los pacientes con metástasis NCRNNE sometidos a resecciones hepáticas en nuestra institución.

Resultados: La serie se compone de 25 pacientes, 16 de sexo femenino (65%). La mediana de edad fue 52 [22-78] años. En 4 pacientes el diagnóstico del primario y de la metástasis se hizo de forma simultánea. En los pacientes restantes, la mediana de tiempo de aparición de la metástasis fue 15 [4-170] meses. Diez pacientes recibieron quimioterapia preoperatoria. Los tumores primarios correspondieron a sarcoma en 9 pacientes, adenocarcinoma en 13 (5 gastrointestinales, 5 de mama, 1 broncogénico, 1 adrenal y 1 ovárico), GIST gástricos en 2 y melanoma en 1. La mediana de tamaño tumoral fue 2,5 [0,7-15] cm. Se realizaron 10 segmentectomías, 6 hepatectomías izquierdas, 2 hepatectomías derechas, 2 hepatectomías derechas extendidas, 1 hepatectomía izquierda extendida y 4 resecciones no anatómicas. Se logró margen negativo en 23 pacientes. La mediana de tiempo operatorio fue 180 [60-420] min. La mediana de estadía postoperatoria fue 7 [4-17] días. No hubo mortalidad perioperatoria. Se presentó una complicación precoz (TVP). Tres pacientes

Presentaron Obstrucción Intestinal En Forma Tardía, Dos De Los Cuales Requirieron Tratamiento Quirúrgico. La Mediana De Seguimiento Fue 18 [3-72] Meses. Diecinueve Pacientes Recibieron Quimioterapia Adyuvante. En 8 Pacientes Hubo Recidiva Tumoral Hepática. La Mediana De Sobrevida Fue 56 Meses. La Sobrevida A 1, 3 Y 5 Años Fue 95, 60 Y 42%, Respectivamente. Conclusiones: En Nuestra Experiencia, La Resección Hepática Para Metástasis Ncrnne Es Una Alternativa Segura, Que Permite Sobrevida A Largo Plazo En Pacientes Con Enfermedad Tumoral Avanzada. En Esta Serie, No Se Presentaron Complicaciones Mayores Ni Mortalidad Quirúrgica.

#### RESULTADOS A 5 AÑOS DEL TRATAMIENTO CON INTENCIÓN CURATIVA DEL HEPATOCARCINOMA EN PACIENTES CIRRÓTICOS.

*Drs. F. Moissat, L. Méndez, F. Barrera, J.F. Guerra, P. Domínguez, C. Benítez, Rm Pérez, N. Jarufe, J. Martínez*

<sup>1</sup>Departamento De Cirugía Digestiva, División De Cirugía, <sup>2</sup>Departamento De Gastroenterología, Facultad De Medicina, Pontificia Universidad Católica De Chile

Introducción: Existen Varias Opciones De Tratamiento Para El Hepatocarcinoma Dependiendo De Las Características De Los Pacientes Y Del Tumor. El Objetivo De Este Estudio Es Describir Los Resultados A Largo Plazo De Los Distintos Tratamientos En Nuestro Centro.

Materiales Y Métodos: Estudio De Cohorte No Concurrente. Se Incluyeron Los Pacientes Tratados Entre Los Años 2001 Y 2011 En El Hospital Clínico De La Pontificia Universidad Católica De Chile Con El Diagnóstico De Cirrosis Hepática Y Hepatocarcinoma A Los Cuales Se Les Ofreció Un Tratamiento Con Intención Curativa. Se Utilizó El Modelo De Kaplan-meier Para Calcular La Sobrevida A 5 Años Y Una Regresión De Cox Para Análisis Multivariado.

Resultados: La Serie Está Compuesta Por 69 Pacientes, La Mediana De Edad Es De 63 Años, 68% Hombres. Las Principales Etiologías De La Cirrosis Fue Nash En El 23% De Los Pacientes, Oh En El 20% Y Vhc En El 15%. El 44% De La Serie Estaba En Un Plan De Screening. El 58% De Los Pacientes Están Clasificados En El Estadio A De Child-pugh, Un 30,5% En Estadio B Y Un 11,5% En Estadio C. Un 82, % Tenía Hipertensión Portal. El Diámetro Mayor Del Tumor (Medido En Una Imagen O Anatomía Patológica) Fue De 2,7 Cm (1,9-3,1) Y El Diámetro Sumado De Las Lesiones Fue De 3,1 Cm (2,1-4,8). El Puntaje Meld Al Momento Del Diagnóstico Fue De 10 Puntos (7-14) Y Los Niveles De Áfp De 8,4 U/L (3,8-30). Cuarenta Y Cinco Pacientes (65,2%) Se Enlistaron, Se Realizó Radiofrecuencia A 30 (43,5%), 15 Con Intención Curativa Y 15 Como Terapia Puente. A 25 Pacientes (36,2%) Se Les Realizó Quimioembolización Como Terapia Puente, A 11 (15,9%) Resección Quirúrgica Y Se Trasplantaron 20 Pacientes (29%). La Mediana

De Seguimiento Fue De 39 Meses. La Sobrevida A 5 Años De Los Pacientes Trasplantados Fue De 76,8%, De Los Resecados 45,6%, A Los Que Se Les Realizó Radiofrecuencia Curativa De 40,6% Y A Los Que Se Enlistaron Pero No Llegaron Al Trasplante De 17,7%. Hazard Ratio Para Trasplante 0,15 (Ic95% 0,05-0,47). Al Realizar El Análisis Por Intención De Tratar, La Sobrevida A 5 Años De Los Pacientes Enlistados (Con O Sin Llegar Al Trasplante) Fue De 47,1%.

Conclusión: El Trasplante Hepático Fue El Tratamiento Con Mejor Sobrevida A 5 Años. La Sobrevida De Los Pacientes A Los Que Se Les Ofreció Enlistamiento Fue Similar A Los Tratados Con Cirugía O Radiofrecuencia.

#### RESULTADOS DE INJERTOS DE CRITERIO EXTENDIDO EN TRASPLANTE HEPÁTICO.

*Drs. F. Moisan, J.F. Guerra, P. Domínguez, C. Benítez, RM Pérez, N Jarufe, J. Martínez*  
1Departamento de Cirugía Digestiva, División de Cirugía, 2Departamento de Gastroenterología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: El uso de injertos de criterio extendido es una estrategia para aumentar la tasa de trasplantes, sobre todo en países como el nuestro con baja tasa de donación. Nuestro objetivo es describir los resultados en trasplante hepático con este tipo de injertos.

Materiales Y Métodos: Estudio de cohorte no concurrente. Se incluyeron los pacientes trasplantados entre los años 1994 y 2010 en el hospital clínico de la Pontificia Universidad Católica. Se dividió la serie en 2 grupos: injerto de criterio extendido (ICE) e injerto standard (IS). Se compararon los grupos mediante prueba de chi cuadrado. Se uso el método de Kaplan-Meier para calcular la sobrevida del injerto y el test de log Rank para compararla. Resultados: La serie está compuesta por 114 trasplantes en 110 receptores, de los cuales 54 (47,4% de la serie) pertenecen al grupo ICE y 60 (52,6%) al grupo IS. No hubo diferencias en sexo ni edad del receptor, puntaje MELD, score de Child-Pugh, IMC del receptor ni cantidad de transfusiones de hemoderivados entre ambos grupos. Los criterios más frecuentes de ICE fueron paro cardiaco recuperado en 16 donantes, isquemia fría mayor a 12 horas en 18 injertos, natremia mayor a 160 meq/l en 11 donantes, esteatosis mayor a 60% en 18 injertos y edad mayor a 60 años en 8 donantes. Un 24,1% de los injertos en el grupo ICE vs un 10 % en el grupo IS evolucionó con mala función inicial (p=0,044). No hubo diferencias en el desarrollo de falla primaria 3,7% vs 1,7%. Un 22,9% vs un 16,3% tuvo daño por reperusión en la biopsia de reperusión en el grupo ICE e IS respectivamente (p=NS). No hubo diferencias significativas en el desarrollo de complicaciones biliares entre ambos grupos (33% vs 31%). La sobrevida del injerto a 12 meses fue de un 79,6% vs 86,6% en el grupo ICE vs IS (p=NS). Tampoco hubo diferencias en la sobrevida del injerto

a 36 meses 64,5% vs 68,2%.

Conclusión: Los injertos de criterio extendido presentaron un mayor porcentaje de mala función inicial que los injertos standard pero no hubo repercusión en la sobrevida del injerto a 12 ni 36 meses.

#### COMPLICACIONES BILIARES POST TRASPLANTE HEPÁTICO: INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO

*Drs. G. González, M. Uribe, A. Wash, C. Bastías, R. Iñiguez, L. Flores, P. Soto.*

Programa trasplante hepático Hospital Luis Calvo Mackenna.

Introducción: El trasplante hepático (TH) es el tratamiento de pacientes con enfermedad hepática terminal. Las complicaciones biliares post TH (CBPTH) son un problema relevante dada su elevada incidencia (Estenosis 13%, filtraciones biliares 8%) y morbimortalidad. Estas complicaciones son subsidiarias de dilatación radiológica, endoscópica o resolución quirúrgica incluyendo el re-trasplante. Objetivos: Identificar la frecuencia de CBPTH, probables factores de riesgo y su resolución en un centro de referencia nacional de trasplante hepático pediátrico.

Materiales y Método: Estudio observacional, analítico y retrospectivo de fichas clínicas de pacientes trasplantados entre noviembre de 1996 y marzo del 2012. El estudio estadístico se realizó con test de Fisher. Valores de p=0.05 se consideraron significativos.

Resultados: Se realizaron 171 trasplantes en 143 pacientes, 32 injertos presentaron CBPTH (18 estenosis de anastomosis de vía biliar (10%), 12 filtraciones de anastomosis (7%), 2 estenosis intrahepática múltiple (EIHM) (1,2%)). Se analizaron diferentes factores de riesgo para CBPTH con test de Fisher, two-tailed p-value, la utilización de injertos reducidos (p= 0.0058) y de injertos provenientes de donante vivo (p=0.004) fueron factores de riesgo estadísticamente significativos, no fueron significativos las anastomosis biliodigestivas vs colédoco-colédoco, peso del receptor <10 Kg, complicaciones arteriales, grupo RH compatibles vs. Idénticos y donantes pediátricos. Manejo: 9 pacientes con filtración biliar requirieron reoperación, 3 se manejaron con drenaje externo. En los pacientes con estenosis se realizaron dilataciones transhepáticas percutáneas o endoscópica (1 a 3 procedimientos), 3 pacientes requirieron re-anastomosis y Tres pacientes requirieron retrasplante por cirrosis secundaria.

Discusión: Nuestro programa presenta un porcentaje similar de complicaciones a la reportada en series de adultos y comparable a otros centros pediátricos internacionales. El tratamiento con dilatación con balón es la primera opción de manejo de las estenosis biliares con un alto porcentaje de éxito y baja frecuencia de complicaciones secundarias al procedimiento. La cirugía debe ser reservada para

el fracaso de las técnicas menos invasivas o para las fugas o fístulas biliares de aparición precoz post trasplante.

Se debe hacer un esfuerzo para disminuir las complicaciones biliares en receptores cuyo injerto sea reducido o provenga de donante vivo relacionado, buscando nuevas técnicas que disminuyan estas complicaciones en este grupo de mayor riesgo.

#### RESULTADOS DEL TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO DE METÁSTASIS HEPÁTICAS DE CÁNCER COLORRECTAL EN UN CENTRO DE REFERENCIA.

*Drs. M. Uribe, G. Bascur, C. Heine, P. León, E. Mordojovich, M. Palma, F. Catán, S. Uribe-Echevarría, W. Martínez, J. Muñoz, I. Robles, R. Figueroa, P. Cabrera, B. Marinkovic, S. Hott, M. Fernández.*

Servicio de Cirugía, Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática, Imagenología y Oncología, Hospital del Salvador - Campus Oriente Universidad de Chile.

**Introducción:** En Chile es la tercera causa de muerte por cáncer de origen gastrointestinal. Entre un 35-50% de los pacientes con CCR desarrollarán metástasis hepáticas (MH) como evolución natural de la enfermedad. De éstas, un 20% son resecables al momento del diagnóstico. La cirugía ha permitido mejorar la sobrevida de los pacientes constituyéndose en el pilar del tratamiento de estos pacientes. **Objetivo:** Caracterizar el manejo multidisciplinario de los pacientes con MH de CCR en el Comité de Tumores Hepáticos (CTH) del Hospital del Salvador como centro de derivación nacional.

**Material y método:** Los datos fueron extraídos de la base de datos prospectiva de los pacientes presentados al CTH del Hospital del Salvador entre los años 2009 al 2012. La mortalidad se obtuvo de los registros clínicos y de informes del Registro civil y de Identificación. Para el análisis de las curvas de sobrevida se utilizó el método de Kaplan-Meier mediante el software SPSS 15.0.

**Resultados:** Se presentaron a comité un total de 102 pacientes portadores de CCR con MH. De ellos, 46 pacientes presentan tratamiento y seguimiento en nuestro hospital. El 55% de los casos corresponden a solicitudes derivadas de otros centros. La edad promedio fue de 64 años (40-83) siendo 20 de ellos mujeres (56%). El diagnóstico del tumor primario se realizó principalmente por colonoscopia en un 71% siendo en 18 pacientes portadores de un tumor de recto (39%). Un 86% de los pacientes fueron diagnosticados con MH antes del año del diagnóstico del CCR en un 97% mediante Tomografía Computada (TC). Los principales segmentos comprometidos son el II, VI, VII y VIII. Al momento del diagnóstico 13 pacientes (28%) presentaban además metástasis pulmonares. Un 71% recibió quimioterapia primaria con Folfox y a 10 de ellos se indicó quimioterapia de 2ª línea. Veintinueve pacientes (63%) fueron intervenidos quirúrgicamente. Los procedimientos fueron: ablaciones (10%),

resecciones hepáticas mayores (10%) y hepatectomías segmentarias (41%). La estadía hospitalaria fue de 8,7 días promedio. No hubo complicaciones intraoperatorias y un paciente fallece por neumonía intrahospitalaria (3%). La sobrevida global en esta serie alcanzó 74% a 3 años. **Comentario:** El CTH del Hospital del Salvador se ha constituido en un centro de referencia en patología hepática maligna. La quimioterapia de neoadyuvancia ha permitido aumentar la resecabilidad de algunos pacientes declarados inicialmente irresecables. La tasa de mortalidad es comparable a series internacionales.

#### "PERITONEAL CANCER INDEX" COMO FACTOR PRONÓSTICO EN CIRUGÍA CITORREDUCTIVA ASOCIADO A QUIMIOTERAPIA HIPERTÉRMICA INTRAPERITONEAL. ESTUDIO DE COHORTE MULTICÉNTRICO.

*Drs. M. Uribe, D. Revello, B. Marinkovic, J. Jimenez, S. Uribe-E, L. Cereceda, M. Palma, H. Auad, C. Heine, F. Catán, C. García, G. Bascur, E. Mordojovich.*  
Departamento de Cirugía Clínica Las Condes. Cirugía Hepatobiliopancreática, Servicio de Cirugía, Hospital del Salvador. Facultad de Medicina. Campus Oriente, Universidad de Chile.

**Introducción:** Las neoplasias malignas del peritoneo (NMP) corresponden a la afectación primaria o secundaria de peritoneo por cáncer de origen mesotelial, gastrointestinal o ginecológico. Esta enfermedad se asocia a mala calidad de vida y baja sobrevida. La Cirugía Citorreductiva seguida de Quimioterapia Hipertérmica Intraperitoneal (CC+QHIP) es actualmente la terapia estándar en los casos de mesotelioma y pseudomixoma, siendo aceptada como herramienta terapéutica en casos selectos de carcinomatosis secundarias a cáncer gástrico, ovárico y colorrectal. El "Peritoneal Cancer Index" (PCI) propuesto por Sugarbaker es el sistema de etapificación intraoperatoria para NMP más difundido. Este considera el tamaño y distribución de los nódulos peritoneales y ha sido ampliamente validado como indicador pronóstico de sobrevida en pacientes con NMP sometidos a CC+QHIP. **Objetivo:** Utilizar el Peritoneal Cancer Index de Sugarbaker como factor pronóstico en Cirugía de Citorreducción asociada a Quimioterapia Hipertérmica Intraperitoneal, en cohorte de pacientes con Carcinomatosis Peritoneal.

**Materiales y Métodos:** Estudio de cohorte, retrospectivo, multicéntrico, no randomizado, utilizando el Peritoneal Cancer Index de Sugarbaker, obtenido en el post operatorio inmediato, como factor pronóstico de pacientes sometidos a Cirugía de Citorreducción seguida de Quimioterapia Hipertérmica Intraperitoneal, en los Servicios de Cirugía del Hospital del Salvador y de Clínica Las Condes, entre los años 2007 y 2012. En la presentación de Resultados se utilizó Estudio Estadístico Descriptivo.

**Resultados:** Ocho pacientes fueron sometidos a

Cirugía de Citorreducción seguida de Quimioterapia Hipertérmica Intraoperatoria. Se revisaron retrospectivamente los protocolos operatorios y la calificación del Peritoneal Cancer Index de Sugarbaker. La edad promedio al momento de la cirugía fue de 47.8 años (rango de edad 24-60 años) (50% mujeres). Tumor primario fue Colorrectal en 25% y Pseudomixoma Peritoneal en 75% de los casos. El promedio del Peritoneal Cancer Index fue de 18.4 (rango 10 - 32) (DS=7.11), el promedio de regiones afectadas fue de 7.6 (rango 5-13) (DS=2.61). La estadía hospitalaria fue de un promedio de 32.8 días (rango 11 - 88) (DS=30,01). De la Cohorte, único paciente fallecido, corresponde a la paciente con Peritoneal Cancer Index más alto, con un valor de 32, y 13 regiones comprometidas, de un total de 39 y de 13, respectivamente, según la etapificación de Sugarbaker.

Discusión: Podría plantearse que PCI, que considera regiones comprometidas y tamaño del compromiso, se correlaciona con pronóstico de supervivencia en pacientes sometidos a CC seguida de QHIP. Lo que coincide con resultados internacionales publicados en la literatura, donde  $PCI > 21$  se asocia a peores resultados.

#### SPLIT HEPÁTICO IN-SITU PARA EL TRATAMIENTO DE METÁSTASIS HEPÁTICAS IRRESECCABLES EN CÁNCER COLORRECTAL.

*Drs. M. Uribe, R. Subiabre, G. Bascur, E. Mordojovich, P. Cabrera, S. Uribe-Echevaría, W. Martínez, F. Catan, M. Palma, G. Bullard, C. Heine, S. Hott.*

Cirugía Hepatobiliopancreática, Servicio de Cirugía, Imagenología, Oncología, Hospital del Salvador-Campus Oriente Universidad de Chile.

Introducción: La resección de las metástasis hepáticas extensas de origen colorrectal ha sido foco de atención hace más de 30 años, incorporándose nuevas técnicas que permitan su resección, siendo la insuficiencia hepática post operatoria la complicación más temida. Estas técnicas asociadas a los nuevos agentes quimioterapéuticos han llevado a cambiar las indicaciones de resecabilidad de muchos pacientes que ya sea por el tamaño o por el número de las metástasis quedaban fuera del alcance quirúrgico. Presentamos aquí una técnica novedosa, actualmente en desarrollo sólo en algunos países del mundo que aumenta la resecabilidad de los pacientes con metástasis hepáticas de cáncer colorrectal. El Split Hepático in-situ es una técnica de resección en dos tiempos que logra regeneración e hipertrofia del lóbulo hepático izquierdo en un período breve, permitiendo aumentar el remanente hepático, disminuyendo el riesgo de insuficiencia y obtener una cirugía R0 en un menor tiempo, facilitando el acceso a quimioterapia adyuvante.

Objetivos: Presentar la experiencia del equipo de cirugía Hepatobiliopancreática del Servicio de Cirugía del Hospital del Salvador con Split Hepático in-situ entre noviembre de 2011 y julio de 2012.

Pacientes y métodos: Se incluyeron cinco pacientes portadores de metástasis hepáticas bilobares de origen colorrectal, consideradas inicialmente irresecables, que tuvieron respuesta a quimioterapia y que cuyo remanente hepático era insuficiente al planificar cirugía R0. En un segundo tiempo se completó la cirugía resectiva del hígado derecho. Resultados: El crecimiento del hígado izquierdo varió entre un 66%-176% en un período de 10 días (104cc-240cc). Las complicaciones postoperatorias fueron un hematoma de pared abdominal, colección intraabdominal, derrame pleural. Los pacientes fueron sometidos a cirugía resectiva del hígado derecho en un segundo tiempo. Ninguno de los pacientes evolucionó con insuficiencia hepática. La histopatología post hipertrofia fue normal. Discusión: Esta nueva técnica quirúrgica se suma al armamento de resecabilidad en pacientes con metástasis hepáticas, permitiendo un éxito terapéutico con suficiencia de los segmentos II-III-IV. Las complicaciones son similares a las de los pacientes sometidos a otras resecciones hepáticas mayores.

#### CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR OPERADO EN EL HOSPITAL HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA DE TEMUCO ENTRE LOS AÑOS 2006 Y 2011.

*Dr. H. Losada, Alums: H. Hernández, R. Serpell, Dr. O. Tapia, Dr. L. Burgos S. J., Dr. J. Silva., Dr. L. Acencio.*

Equipo de Cirugía Hepatobiliopancreática, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco. Departamento de Cirugía, Universidad de La Frontera. Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.

Introducción: El cáncer de vesícula biliar es una patología de alta prevalencia en Chile, directamente relacionado con la colestasis. Tiene baja pesquisa, siendo la primera causa de muerte por cáncer en mujeres. Objetivos: Determinar las principales características epidemiológicas y los factores que influyen en el pronóstico de los pacientes diagnosticados de cáncer de vesícula biliar en el Hospital regional de Temuco.

Materiales y Métodos: Cohorte retrospectiva de pacientes con diagnóstico histológico de cáncer de vesícula biliar en el Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco, entre los años 2006 y 2011. Se utilizó estadística descriptiva y se efectuó descripción y análisis de supervivencia utilizando el método de Kaplan-Meier.

Resultados: La cohorte consta de 207 pacientes. El 82% del total de la población estudiada es de género femenino, dando una relación hombre-mujer de 4:1. La edad promedio de diagnóstico fue de 63,8 años. Un 98% de los pacientes tuvieron diagnóstico registrado de colestasis previo a la hospitalización. La sospecha diagnóstica preoperatoria fue de un 21%. El 13% de las neoplasias estaban ubicadas en la mucosa, el 18% infiltraron hasta la capa muscular, el 36% hasta subserosa, un 19% a la serosa y un



14% se extendieron más allá de la vesícula. Todos los tumores fueron adenocarcinoma, un 17% fueron bien diferenciado, 54% moderadamente diferenciado. Se llevaron a colecistectomía extendida 10 pacientes con tumores T2. Con un promedio de seguimiento de 21 ± 6 meses la sobrevida global de la serie fue 22 ± 11 meses. Se efectuó descripción de la sobrevida por nivel de infiltración y grado de diferenciación. La sobrevida de la cohorte se asoció a la edad, grado de invasión de la pared vesicular (T) y al grado de diferenciación.

Conclusiones: En la presente cohorte el cáncer de vesícula biliar fue más prevalente en pacientes de género femenino; los tumores T2 fueron el grupo más prevalente y la sobrevida se correlacionó con la invasión en la pared vesicular y el grado de diferenciación.

#### EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HIDATIDOSIS HEPÁTICA.

*Dr. Héctor Losada M., Int. Andrés Troncoso T., Dr. Luis Burgos S.J., Dr. Jorge Silva A., Dr. Luis Acencio, Int. Daniela Suárez M.*

Equipo de Cirugía Hepatobiliar y Pancreática. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco. Departamento de Cirugía y Traumatología Universidad de La Frontera. Clínica Alemana de Temuco.

Introducción: Hidatidosis hepática es una zoonosis producida por el *Equinococcus granulosus* presente en alta prevalencia e incidencia en nuestra región. Existen variadas alternativas de tratamiento, sin embargo, la cirugía sigue siendo el tratamiento más efectivo. La técnica quirúrgica más utilizada en nuestro centro corresponde a la quistectomía subtotal más epiploplastía, basado en que disminuiría la incidencia de abscesos abdominales.

Hipótesis: Tasas de morbilidad y mortalidad asociadas al tratamiento quirúrgico de hidatidosis hepática en nuestro Hospital, son comparables a series nacionales e internacionales relacionadas.

Objetivo: Describir características y resultados del tratamiento quirúrgico de hidatidosis hepática en el Hospital de Temuco entre los años 2006 y 2010. Materiales y Método: Serie de casos de pacientes con diagnóstico de hidatidosis hepática e intervenidos quirúrgicamente en el Hospital de Temuco entre Enero de 2006 y Diciembre de 2010. Se registraron las variables de edad, género, características ecográficas (número, diámetro y localización), técnica quirúrgica, número de quistes intraoperatorios, morbimortalidad, días de hospitalización, seguimiento y recurrencia. Datos fueron ingresados a planilla Microsoft Excel® y analizados programa Stata 9.0®. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión.

Resultados: La serie consta de 117 pacientes, con una promedio de edad de  $43,8 \pm 19$  años y 51,2% de género masculino. El promedio del diámetro del quiste mayor de  $11,7 \pm 4,84$  cms. De la localización del quiste de mayor tamaño, en 90 pacientes (76,9%) en el lóbulo hepático derecho. En relación a la cirugía, en 101 pacientes (86,33%) se realizó

quistectomía subtotal y dentro de éstos, a 55 (47%) además se asoció epiploplastía. Existieron complicaciones evolutivas preoperatorias del quiste en 15 pacientes (12,8%) siendo la más frecuente la ruptura a cavidad abdominal. En el intraoperatorio 11 pacientes (9,4%) presentaban absceso hepático de origen hidatídico. En 23 pacientes existieron complicaciones postoperatorias, siendo la más frecuente atelectasia en 9 pacientes (7,6%). La mortalidad de nuestra serie es de 2 pacientes (1,7%). El promedio de seguimiento fue de  $11 \pm 13,4$  meses. La tasa de recurrencia fue de 6% (7 pacientes). El promedio de días de hospitalización de  $14,9 \pm 12,2$  días.

Conclusión: La quistectomía subtotal más epiploplastía fue la técnica quirúrgica más utilizada para hidatidosis hepática. Las tasas de morbimortalidad son comparables respecto a literatura nacional e internacional y con respecto a estudio realizado en nuestro centro entre los años 2001 a 2005.

#### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS METÁSTASIS HEPÁTICAS POR CÁNCER COLORECTAL

*Drs. Mónica Martínez, Eduardo Figueroa, Enrique Norero, Rodrigo Villarroel, Daniela Luna, Diego Varas, Juan Francisco Guerra, Fernando Pimentel, Jorge Martínez, Sergio Guzmán, Nicolás Jarulfe* Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Introducción: La resección de las metástasis hepáticas por cáncer colorectal ha demostrado ser la más efectiva en mejorar la sobrevida, alcanzando hasta un 45% a cinco años.

Objetivos: Evaluar los resultados y sobrevida de los pacientes sometidos a resección hepática por metástasis de cáncer colorectal.

Pacientes y métodos: Estudio de cohorte retrospectiva. Se incluyeron todos los pacientes con metástasis de cáncer colorectal sometidos a resección hepática en el período entre enero de 1990 y enero de 2012. Se analizó estadística básica, análisis multivariado y sobrevida con Kaplan-meier con SPSS 20.

Resultados: Se realizaron un total de 108 resecciones hepáticas en 97 pacientes. La edad promedio fue de  $60,9 \pm 12,4$  (22 - 92), 70 (64,8%) de sexo masculino. Se realizó cirugía anatómica en 70,4%, siendo la hepatectomía derecha y la derecha extendida las más frecuentes (26,9% y 15,7% respectivamente). Fue resección simultánea con el tumor primario en 33,3%. El tiempo operatorio fue  $227 \pm 87$  (60 - 480) min, la estadía hospitalaria de  $12,4 \pm 10$  días, complicación postoperatoria de 35,2%, no hubo mortalidad en esta serie. La sobrevida global a 5 años fue de 52% y 58% en aquellos con margen hepático R0. En análisis multivariado, el margen (+) y el período estudiado antes del año 2000 fue estadísticamente significativo en disminución de sobrevida ( $p < 0,05$ ). No hubo diferencia en la sobrevida de acuerdo a la sincronización de la metástasis con respecto al primario ( $p = NS$ )

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico de las metástasis colorectales esta reconocida como tratamiento efectivo, con una sobrevida a 5 años en nuestro centro similar a la de centros de mayor volumen.

## Seccional: MAMA

---

ATIPIA EPITELIAL PLANA PURA EN BIOPSIAS ESTEREOTÁXICAS REALIZADAS EN CLINICA ALEMANA DE SANTIAGO.

*Dra. E.Horvath, Dr.D.Gaete, Dr. M.A.Pinochet, Dra.J.Camacho, Dra.K. Junemann, Dr.E.Cunill, TM M.P.Durán.*

Centro de la Mama Clinica Alemana de Santiago.

**Introducción:** La atipia epitelial plana (AEP) forma parte de las lesiones de células columnares y corresponde a una lesión mamaria de alto riesgo, con atipia citológica de bajo grado. Su manejo (cirugía versus seguimiento) luego del diagnóstico a través de procedimientos percutáneos, es aun controversial.

**Objetivos:** El objetivo del estudio fue determinar la frecuencia de AEP pura en biopsias estereotáxicas (BE) y la subestimación histológica (SEH) para AEP pura luego de la cirugía definitiva.

**Material y métodos:** Se realizó una revisión retrospectiva de las BE realizadas en Clínica Alemana de Santiago en un periodo que comprendió entre junio de 2009 y abril de 2012. Se evaluaron 537 focos biopsiados, de 485 mujeres entre 30 y 72 años de edad (49,9 años promedio). Para evaluar la SEH se excluyó la presencia de hiperplasia ductal atípica, neoplasia lobulillar, lesión radiada esclerosante, lesiones mucocel-like, lesiones papilares y de carcinoma ductal in situ o infiltrante en las BE, así como también los casos de AEP pura que no fueron sometidos a cirugía definitiva.

**Resultados:** Del total de los focos biopsiados, 217 (40,4%) correspondieron a lesiones de alto riesgo, encontrándose AEP en 175 (80,6%) de éstas. Se diagnosticó AEP pura en 38 de los casos (7% del total y 17,5% de las LAR); de éstos, 20 (52,6%) fueron sometidos a cirugía definitiva. Al correlacionar con la histología definitiva, en ningún caso se encontró carcinoma in situ o infiltrante (SEH de 0%). AEP se asoció en un 40% con hiperplasia ductal atípica y en un 20% con neoplasia lobulillar intraepitelial en la histología definitiva. De los 18 casos en que no se realizó cirugía, 10 (55,5%) continuaron en control, con un promedio de 14 meses de seguimiento. Sólo un caso mostró progresión de las microcalcificaciones residuales, que se sugirieron biopsiar nuevamente.

**Conclusión:** La AEP es un diagnóstico con el cual hay que estar familiarizado, especialmente considerando la falta de evidencia científica suficiente que permita generar pautas de manejo luego de su diagnóstico por procedimientos percutáneos. Nuestros resultados sugieren que la cirugía, tal vez, no es necesaria en todos los casos, especialmente en aquellos en que la AEP se presenta como hallazgo incidental o foco único, microfocos, o cuando se logra una extracción completa de las microcalcificaciones durante la biopsia.

METÁSTASIS AXILAR NO CENTINELA EN PACIENTES CON BLNC POSITIVO EN CÁNCER DE MAMA

*Drs. M. Fritis, C. Barriga, C. Torres, H. Waintrub*  
Clínica Oncológica FALP, equipo de cirugía oncoplástica mamaria

La biopsia de linfonodo centinela (BLNC) se utiliza en todas las pacientes con axila clínicamente negativa, cuando el GC sale positivo se realiza la disección axilar, el objetivo del estudio es evaluar la presencia de, nidos, micrometástasis y macrometástasis en el resto de la axila y su relación con la magnitud de enfermedad del LNC  
**Material y método:** Estudio descriptivo retrospectivo, se revisa 688 BLNC realizadas entre enero 2005 y diciembre 2011 encontrándose 116 BLNC positivas, 3 eran falsos positivos en la biopsia lenta (hiperplasia angiofollicular, linfadenitis dermatópica y negativa) estudiándose finalmente 113 BLNC positivas en 112 pacientes

El 54,5% tiene entre 51 y 70 años, leve predominio de cáncer izquierdo, 2 cáncer bilateral, 85,9% tiene estudio previo (6 citologías, 3 biopsia estereotáxica y 88 biopsia core) en 83 pacientes se realizó cirugía conservadora (73,5%) el cáncer predominante es cáncer ductal invasor (78,8%), la técnica realizada fue TC+isosulfan (85,8%), solo TC (13,3%), promedio de ganglios en la disección axilar 11,3  
**Resultados:** de los 113 BLNC positivos 15(13,3%) corresponde a nidos, 15(13,3%) a micrometástasis y 83(73,4%) a macrometástasis, solo el LNC comprometido en 58,4% y compromiso en el resto de la axila en 41,6%. Cuando el LNC presentó macrometástasis 40(48,2%) tuvo compromiso solo del LNC y 43 presentó además compromiso del resto axila (51,8%) siendo 40 macrometástasis y 3 micrometástasis. Se encontró micrometástasis en 15 LN y el 100% estaba solo en el LNC. Cuando se encontró nidos en el LNC, 11(73,3%) estaba solo en el LNC y 4(26,6%) se vio en el resto de la axila  
**Discusión:** metástasis no centinela son raras en LNC con micrometástasis y nidos, en nuestro grupo NO se encontró compromiso axilar cuando el LNC tenía micrometástasis, sin embargo 4/15 LNC con nidos presentó macrometástasis en el resto de la axila lo que pudiera ser explicado por compromiso masivo del ganglio con salto al siguiente linfonodo que fue el detectado

Macrometástasis se encontró en 83 BLNC y 51,8% presentó compromiso en el resto de la axila, con 93% de macrometástasis, observándose en ese grupo mayor proporción de c erbB2 positivo 3+, grado nuclear 3 y mayor diámetro del tumor

**Conclusión:** el 58,4% de compromiso solo en el LNC está de acuerdo a lo presentado en otras series, cuando el LNC presenta macrometástasis tiene mayor probabilidad de tener macrometastasis en el resto de la axila.

COMPARACIÓN TÉCNICA MIXTA VERSUS TECNICO EN ESTUDIO DEL LINFONODO CENTINELA (LNC) EN CÁNCER DE MAMA  
*Drs. M. Fritis, C. Barriga, C. Torres, H. Waintrub*  
Clínica Oncológica FALP, cirugía oncológica mama

**Introducción:** El LNC puede identificarse usando isosulfan blue, radiocoloide o ambos. El éxito de la detección depende de varios factores, características del paciente, del tumor, siendo el más importante la experiencia del cirujano. La técnica combinada ha mostrado reducir la tasa de falso negativo comparado con técnica con un solo agente, sin embargo esta diferencia desaparecería cuando la realiza un cirujano experimentado.

**Material y método:** de enero del 2005 a septiembre de 2010 la biopsia del linfonodo centinela (BLNC) se realizó en nuestro centro con técnica mixta TC+5cc isosulfan, validada con una buena correlación citohistológica (falso neg 8,6%). Desde octubre del 2010 se realizó estudio prospectivo comparando el LNC con Tc+isosulfan 2,5 cc (la mitad de la dosis estándar) versus solo Tecnico, se estudia 54 BLNC realizadas en forma consecutiva, 27 con técnica mixta en 25 pacientes (2 cáncer bilateral) y 27 con Tc en 26 pacientes (1 cáncer bilateral) y ambas se comparan con nuestro estándar

**Resultado:** la tasa de falso positivo, falso negativo, sensibilidad, especificidad, certeza diagnóstica, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo fue para el grupo de técnica mixta: 12,5%, 5,2%, 87,5%, 94,7%, 92,5%, 87,5%, 94,7% y para el grupo de tecnico exclusivo: 0%, 4,7%, 85,7%, 100%, 96,2%, 100%, 95,2%

**Discusión:** Con ambas técnicas hubo 100% de detección del LNC, al disminuir la dosis de isosulfan blue no cambia la sensibilidad ni especificidad, ambas técnicas presentan resultados equivalentes siendo levemente mejor la tasa de falso negativo encontrado con la técnica de Tc exclusivo  
**Conclusión:** la técnica mixta con menor cantidad de isosulfan es tan buena como la estándar, teniendo menos la zona areolar y eventualmente la zona tumoral si está cercana al sitio de inyección, la técnica usando solo Tc es limpia, requiere adiestramiento y se deben respetar detalles quirúrgicos que facilitan su detección, El hecho de encontrar tasas más bajas de falso negativo (5,2% y 4,7%) versus lo estándar puede ser explicado por la mayor experiencia de los cirujanos y del patólogo conseguida desde enero del 2005 a la fecha.

CIRUGIA CONSERVADORA EN TUMORES MAMARIOS CENTRALES CON TÉCNICA DE GRISOTTI

*Drs. C. Barriga, M. Fritis, C. Torres, M. Hurtado, H. Waintrub.*

<sup>1</sup>Equipo de Cirugía Oncoplástica Mamaria, Clínica Oncológica Fundación Arturo López Pérez (FALP).  
<sup>2</sup>Residente de Cirugía Oncoplástica Mamaria FALP

**Introducción:** En los cánceres de mama centrales con compromiso del complejo areola pezón, muchas veces se opta por la mastectomía total, debido al

mal resultado cosmético con técnicas conservadoras convencionales. Sin embargo, hay técnicas oncológicas que permiten realizar una cirugía conservadora con buenos resultados cosméticos y oncológicos. Una de ellas es la Técnica de Grisotti. El objetivo de nuestro trabajo es mostrar nuestra experiencia con ella.

**Pacientes y métodos:** estudio retrospectivo descriptivo de 24 pacientes con cáncer de mama central, sometidas a mastectomía parcial central con Técnica de Grisotti, tratadas en Falp en un periodo de 5 años (agosto de 2006 a junio de 2012). Esta técnica, diseñada para tumores pequeños, consiste en la resección del complejo areola pezón junto con el tumor y el desplazamiento de un colgajo dermoglandular para cubrir el defecto. En un segundo tiempo quirúrgico se reconstruye el complejo areola pezón y se realiza la simetrización de la mama contralateral en caso necesario.

**Resultados:** El promedio de edad de las pacientes fue de 57 años (rango 44 a 77 años). El seguimiento promedio fue de 25 meses (rango 1 a 68 meses). En 12 pacientes la cirugía realizada fue mastectomía parcial (mp) con linfonodo centinela (lc), en 4 fue mp + lc + disección axilar (da) y en 8 fue mp + da. El tamaño de los tumores fue promedio 21 mm (rango 1 a 35 mm). 23 tumores fueron carcinomas ductales infiltrantes y uno un carcinoma ductal in situ. En 14 pacientes se realizó quimioterapia adyuvante, en una quimioterapia neoadyuvante con buena respuesta clínica. La radioterapia se realizó en 23 pacientes, en una no, ya que al ser reetapificada postcirugía se diagnosticó compromiso metastático de ganglios mediastínicos. 20 pacientes están con hormonoterapia. No hay recurrencia local, una paciente presentó un segundo primario en la misma mama que requirió cirugía. Todas las pacientes están vivas, una con compromiso mediastínico ya señalado y el resto sin enfermedad a distancia. En 3 se ha realizado reconstrucción de complejo areola pezón, el resto no desea hacerlo o prefirió posponerlo. La simetrización de la mama contralateral fue hecha en dos pacientes, una fue pexia y la otra reducción.  
**Discusión:** La Técnica de Grisotti es una técnica oncológica que permite conservar la mama con buenos resultados cosméticos y buen resultado oncológico.

PREVALENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA TRIPLE NEGATIVO EN HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE

*Drs. Z. Pizarro, O. Ariscaín, R. Zúñiga*  
Unidad Patología Mamaria, Servicio Cirugía, Hospital Guillermo Grant Benave

El cáncer de mama (CM) es una patología multifactorial que puede ser clasificada según inmunohistoquímica, y entre ella, de acuerdo a la expresión de factores pronósticos, como el receptor de estrógeno, progesterona y Cerb-B2. Cuando el tumor no expresa dichos factores se le llama Triple Negativo (TN). Corresponde al 15% de los carcinomas mamarios, su comportamiento es más agresivo en relación a los otros tumores, con mayor

compromiso axilar. Afecta principalmente a mujeres afroamericanas y premenopáusicas, presentando 5 veces más riesgo de tener un TN en menores de 40 años. Objetivo: Identificar prevalencia y caracterizar a los pacientes con diagnóstico de Cáncer de Mama Triple Negativo. Materiales y Métodos: Se realizó estudio retrospectivo, descriptivo, de corte transversal, revisando tarjetas de pacientes y base de datos local de CM. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico histológico de cáncer TN, desde 2006 hasta 2011. Se analizaron: prevalencia, sexo, edad, histología, lado afectado, estadio, cirugía, terapia adyuvante. Tabulación de resultados mediante Microsoft Excel 2007. Resultados: Durante el periodo se atendieron en la unidad 930 pacientes con diagnóstico de CM, correspondiendo 60 de ellos a TN, con prevalencia de 6,45%. Todos mujeres, con una mediana de edad de 51 años (23-89), siendo la mama derecha la más afectada (35 casos). Sólo una paciente tenía antecedente remoto de CM contralateral operada. La mayoría correspondió histológicamente a Carcinoma Ductal Invasor, 54 pacientes (90%); seis en etapa I, 30 en etapa II (IIA 15) y una en etapa IV. A 45 mujeres se les realizó Mastectomía Total y a 56 Vaciamiento Axilar, resultando axila positiva en 34 casos (57%). Respecto a la adyuvancia, a 3 pacientes sólo se hizo cirugía (etapa I y IIA), mientras que 40 pacientes completaron tratamiento con Radioterapia + Quimioterapia (AC y/o TAXOL). Todas las mujeres de esta serie fueron seguidas, sin mortalidad, pero cuatro pacientes se encuentran inasistentes a controles. Finalmente cuatro tuvieron recurrencia local y una, metástasis ósea. Conclusión y discusión: En nuestra serie se observó una menor prevalencia que la descrita en la literatura, probablemente por no atender población afroamericana, afectando mujeres perimenopáusicas, casi la mitad sin compromiso linfonodal axilar, en su mayoría con buena respuesta al tratamiento quirúrgico agresivo y adyuvancia, discutida caso a caso en Comité Oncológico.

#### CÁNCER DE MAMA: INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS EN 3.207 PACIENTES SEGÚN REGISTRO POBLACIONAL, SERVICIO DE SALUD SUR ORIENTE, 1994-2011

*Drs. R. Martínez<sup>1</sup>; Dr. I. Serra<sup>1</sup>; Mag. Salud Pública: C. Aguayo<sup>2</sup>; Mat. D. Maya<sup>1</sup> Mat. A. Vásquez<sup>3</sup>*  
<sup>1</sup>Hosp. Sótero del Río. <sup>2</sup>Hosp. Regional de Concepción. <sup>3</sup>Hosp. Padre Hurtado.

Introducción: Cáncer de mama es la primera causa de muerte oncológica en la mujer chilena y su mortalidad está aumentando. Hipótesis: las causas son el envejecimiento poblacional y una alta frecuencia mantenida (30%) de estadios III y IV, en sector público. Nuestra casuística (SSMSO) demostraría la hipótesis. Existen importantes diferencias entre los 29 Servicios. Incidencia son sólo estimaciones por falta de registro nacional.

Material y Método: El estudio se basa en nuestro registro poblacional 1994-2011, con 3.207 mujeres. Incluye algunas residentes del SSMSO diagnosticadas en otros establecimientos, además de escasas de otros Servicios metropolitanos e incluso de regiones (promedio anual: 10%). Resultados: El SSMSO muestra baja incidencia en los 90, tasa de 10/100.000 mujeres, subiendo hasta 35/100.000 actualmente. Incidencia variable según comunas, más alta en La Florida con 40/100.000. Estadios 0 han subido entre 1994 y 2011 desde 0% a 10%. Estadios I suben de 10% a 22%. Estadios II A predominan sobre II B: 27% y 17%. Avanzados III y IV bajan de 50% a 22%, muy inferior al promedio nacional. Edad promedio entre 55,2 y 57,2 años. Receptores estrógeno (+): 76% y progesterona (+): 69%. Cerb-B2(+): 9% y triple(-): 11%. Tipo histológico ductal: 92% y lobulillar: 6%. Apellidos mapuches: 2%. Cánceres bilaterales son una rareza. Inflamatorios: bajo 3%. Nuestro registro es 15% superior a lo informado oficialmente. Tasa de mortalidad del SSMSO comparada con el país, ha sido desde hace una década significativamente inferior: 10,4/100.000 v/s 15,7/100.000 el 2009. Discusión y Conclusiones: Aumento de incidencia en SSMSO se debería a mayor captación de pacientes y mejor registro derivado de: aumento de mamografías, nuevos establecimientos, permanente y fuerte interacción con atención primaria, mayor educación de población y programa GES desde 2005. Influyen también en incremento de estadios precoces y disminución de los avanzados. Diferencias comunales dependen de población misma y no de oferta diferente de servicios. Edad promedio es mayor que en otros Servicios metropolitanos. Nuestras diferentes frecuencias en receptores y Cerb-B2 en relación a países desarrollados se deberían a razones genéticas. Modelo del SSMSO ratifica hipótesis. Para disminuir mortalidad por cáncer de mama en Chile el programa debería ampliar pesquisa a edades mayores, incluir a otros profesionales junto con las matronas y promover una estrecha coordinación con la atención primaria y un mayor contacto con la población.

#### ¿QUÉ HACER CON LAS MICROMETÁSTASIS Y SUBMICROMETÁSTASIS DE CÁNCER DE MAMA EN EL LINFONODO CENTINELA?

*Drs. M. Camus<sup>1</sup>, N. Escudero<sup>1</sup>, J. Jans<sup>1</sup>, A. León<sup>1</sup>, F. Domínguez<sup>2</sup>, I. Goñi<sup>1</sup>, N. Droppelmann<sup>1</sup>, F. León<sup>1</sup>, C. Sánchez<sup>2</sup>.*

Departamento de Cirugía Oncológica<sup>1</sup>, Departamento de Hematología-Oncología<sup>2</sup>, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Introducción: Los resultados del American College of Surgeons Oncology Group (ACOSOG) Z0011, han hecho replantear el beneficio de realizar Disección axilar (DA) en pacientes con linfonodo centinela (LC) positivo. Existen importantes centros que ya han modificado su conducta frente al hallazgo de metástasis en el LC. El objetivo del presente trabajo es conocer la frecuencia de metástasis axilares

de cáncer de mama en linfonodos no centinelas (LNC), de acuerdo al tamaño de la metástasis en el LC, para definir una conducta quirúrgica frente al hallazgo de macrometástasis (MA), micrometástasis (MI) y submicrometástasis (SM).

**Materiales y Métodos:** Se revisaron las biopsias de 651 pacientes con cáncer de mama infiltrante, sometidas a biopsia del LC, predominantemente con técnica mixta (tinta azul y radiofármaco), en nuestra institución, entre mayo 1999 y diciembre 2011. Se seleccionaron los casos que presentaron metástasis en el LC, los que se separaron en: MA (> 2 mm), MI (< 2 mm y > 0,2 mm) y células tumorales aisladas o SM (< 0,2 mm). El LC se estudió con cortes seriados, con tinción de hematoxilina y eosina e inmunohistoquímica para pancitoqueratinas. Se realizó análisis estadístico con Test de Chi-cuadrado. **Resultados:** Se detectaron metástasis en 208 de los 651 casos (32%) en que se realizó biopsia del LC. En 9 de 32 casos con MI y en 12 de 30 casos con SM en el LC, no se realizó disección axilar. En los 184 casos en que se realizó disección axilar (88%), se encontraron otras metástasis en los LC en 83 casos (45%). De acuerdo con el tamaño de la metástasis en el LC, la frecuencia de otras metástasis en los LNC fue la siguiente: MA (71/143) = 50%, MI (7/23) = 30%, SM (5/18) = 28%.

Las metástasis encontradas en LNC cuando había MA en el LC, cambiaron etapificación del cáncer en 27% (38/143). En los casos de LC con MI, la DA sólo logró modificar la etapificación del cáncer en 9% (2/23) ( $p=0.063$  al comparar con MA). En los casos de LC con SM se modificó la etapa del cáncer en un solo caso (1/18), ( $p<0.05$ ) al comparar con MA en LC.

**Conclusiones:** El hallazgo frecuente de otras metástasis adicionales en los LNC hace aún discutible la realización de DA cuando hay MA en el LC. La DA resultaría menos efectiva frente al hallazgo de MI, mientras que no tendría un impacto ante la presencia de SM.

**TUMOR FILODES DE LA MAMA: EXPERIENCIA DE 12 AÑOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE**  
*Drs. F. León, D. Pulgar, M. Camus, A. León, F. Domínguez, M. Petric, J. Jans, N. Escudero.*  
Departamento de Cirugía Oncológica, Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** Los Tumores Filodes (TF) de la mama son tumores infrecuentes de comportamiento variable. Tradicionalmente se clasifican según su histología en benignos, borderline y malignos, presentando estos dos últimos capacidad metastásica. El objetivo del trabajo fue evaluar los resultados de las pacientes tratadas por esta patología durante los últimos 12 años en nuestra institución. **Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo de fichas clínicas e informes histopatológicos de pacientes con diagnóstico de TF operadas entre 1999 y 2011 en nuestro hospital. Se registraron datos

demográficos, forma de presentación, diagnóstico y tratamiento, junto con características histopatológicas y resultados quirúrgicos. Se realizó análisis estadístico descriptivo.

**Resultados:** Durante dicho período se trataron 62 mujeres por esta patología, en todas el tratamiento fue quirúrgico. La edad promedio fue 40 años (rango 14 a 82). El 90% consultó por masa palpable, siendo 1,5 meses el tiempo de evolución más frecuente (rango 1 semana a 2 años) y midiendo el tumor en promedio 3,2 cm (rango 1 a 20). En 51% de los casos se realizó biopsia core preoperatoria, siendo diagnóstica de TF en un 56%, seguida de tumor bifásico fibroepitelial y fibroadenoma (22% cada uno). En 60% de los casos se realizó mastectomía parcial y en 40% tumorectomía. La biopsia definitiva concluyó: 79% TF benignos, 11% TF borderline y 10% TF malignos. En todos los pacientes con diagnóstico pre o intraoperatorio de TF se obtuvieron márgenes negativos tras la cirugía. En 18 de 49 TF benignos (36%) el margen fue positivo, realizándose ampliación de éstos en el 66% de los casos. Tres de siete TF borderline presentaron bordes positivos, requiriendo ampliación de márgenes. No se apreció tumor residual en ninguna de las biopsias tras la segunda cirugía. Respecto a los TF malignos, 4 de 6 casos requirieron mastectomía total, una de los cuales recibió quimioterapia adyuvante. Se realizó seguimiento a 76% de las pacientes durante un promedio de 4,6 años (rango 2 meses a 11 años). Una paciente portadora de un TF maligno falleció a los 85 años (3 años después de la cirugía) a causa de Neumonía. No se presentaron recurrencias en esta serie.

**Conclusiones:** Los TF son una patología inusual. Se presentan habitualmente como masa palpable de pocos meses de evolución en mujeres de edad media. Tienen un comportamiento habitualmente benigno, pero poseen potencial maligno dependiendo de su histología. El tratamiento quirúrgico adecuado asegurando márgenes libres de enfermedad permite obtener los mejores resultados a largo plazo.

**SOBREVIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA. ESTUDIO COMPARATIVO DEL VALOR PRONÓSTICO DE LOS LINFONODOS AXILARES ENTRE PACIENTES SIN COMPROMISO AXILAR (PN0) Y PACIENTES CON COMPROMISO MÍNIMO (PN1). HOSPITAL DE LA FUERZA AÉREA DE CHILE (AÑOS 1980-2012).**  
*Drs. M. Jürgensent<sup>1</sup>, F. Celedón<sup>2</sup>, F. Cardemil<sup>3</sup>, F. Papic<sup>1</sup>, A. Olivares<sup>2</sup>.*

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía Hospital de la Fuerza Aérea de Chile - Universidad de Valparaíso - Universidad Mayor. <sup>2</sup>Equipo de Cirugía de Mama del Hospital de la Fuerza Aérea de Chile. <sup>3</sup>Escuela de Salud Pública Universidad de Chile.

**Introducción.** El Cáncer de Mama representa un problema sanitario a nivel mundial. De los factores pronóstico, el estatus axilar tendría una importancia primordial, observándose tasas de recaída global mayores en pacientes con axila positiva, hecho que

aumenta a mayor número de linfonodos comprometidos. A partir de nuestra experiencia planteamos la hipótesis de que pacientes en estadios I y II sin compromiso axilar (pN0) y pacientes con 1 linfonodo comprometido (pN1-1) presentarían una evolución semejante, independiente de otros factores pronósticos y diferente de aquellas con dos o tres linfonodos positivos. El objetivo, evaluar la sobrevida de pacientes con Cáncer de Mama etapa 1 y 2 con hasta 3 linfonodos comprometidos, operadas y controladas durante 10 años.

**Materiales y métodos.** Cohorte retrospectiva entre 1980-2012 (n=404). Se incluyen pacientes etapa 1 y 2 (pT1pN0 - pT1pN1 - pT2pN0 y pT2pN1). Se excluyen pacientes con > 3 linfonodos comprometidos. Pacientes recibieron tratamiento según consensos vigentes. Pacientes se agruparon según número de ganglios positivos(#G): 0G (pT1a, pT1b, pT1c, pT2 todos pN0); 1G (pT1a, pT1b, pT1c, pT2 todos pN1-1); 2G (pT1a, pT1b, pT1c, pT2 todos pN1-2); 3G (pT1a, pT1b, pT1c, pT2 todos pN1-3). Grupos no registran diferencias en edad, paridad, menarquia, histología, uso de hormonas, lactancia o antecedentes familiares. Se evalúa supervivencia mediante curvas Kaplan Meier, analizándose diferencias con Log-Rank empleando Stata v11.0.

**Resultados.** Sobrevida global fue 93,2% y 83,5% a 5 y 10 años, respectivamente. Sobrevida a 60 meses según número de ganglios fue 95,6% para 0G (IC 95% 92,2-97,5%), 97,7% para 1G (IC 95% 85,1-99,6%), 81,9% para 2G (IC 95% 61,7-92%) y 71,8% para 3G (IC 95% 47,3-86,3%). Sobrevida a 120 meses fue 86,2% para 0G (IC 95% 80,2-90,5%), 85,7% para 1G (IC 95% 68,9-93,8%), 76% para 2G (IC 95% 53,2-88,8%) y 56,9% para 3G (IC 95% 29,7-77%). Regresiones de Cox no observaron diferencias significativas entre la curva 0G y 1G (p= 0,81), pero sí entre la curva 0G y la curva 2G (p = 0,01) y entre la curva 0G y 3G (p < 0,0001). **Discusión y conclusión.** En la presente serie el pronóstico empeora a partir del compromiso de 2 o más linfonodos, presentando éstas pacientes curvas de sobrevida más pobres respecto a los grupos con 0 o 1 linfonodo comprometido a 5 y 10 años de seguimiento. La terapia más agresiva empleada en el grupo con 1 linfonodo comprometido logra igualar su pronóstico con el de las pacientes sin compromiso axilar.

#### SOBREVIDA DE PACIENTES TRATADAS POR CÁNCER MAMARIO EN UN PRESTADOR PRIVADO.

*Drs. R. Iglesias<sup>1</sup>, P. Rodríguez<sup>1</sup> y M. Minassian<sup>2</sup>.*  
(1) Red Nacional Oncológica ONCOMED, (2) Residente Cirugía U. de los Andes.

**Introducción.** El cáncer de mama (CM) es desde hace poco tiempo la primera causa de muerte por enfermedad oncológica en mujeres en Chile por lo que su diagnóstico y tratamiento ha sido considerado prioritario por los sistemas de salud, encontrándose

incluida en el listado de enfermedades con garantías explícitas (GES). Si bien es cierto que aparecen reportes de datos nacionales sobre incidencia y mortalidad de la enfermedad, frecuentemente éstos se refieren principalmente a pacientes de centros públicos de atención. Presentamos una serie de pacientes del sistema ISAPRE atendidos por la ley de GES.

**Métodos.** Una muestra de 433 personas con cáncer de mama se caracterizó hasta diciembre del año 2009 (distribución por edad, sexo, estadios al momento del diagnóstico, antecedentes familiares de cáncer y fallecidos al término del seguimiento). Posteriormente se analizó el tiempo de sobrevivencia (sobrevida global, por estadios clínicos y por rangos de edad) mediante la estimación de curvas de sobrevida por el método de Kaplan-Meier. Para comparación de curvas de sobrevida se usó el test de Mantel-Haenszel o Log-rank.

**Resultados.** Se observa que 107 pacientes ingresaron al estudio en estadio 1 (24,7%), 167 pacientes en estadio 2 (38,6%), 96 en estadio 3 (22,2%) y 63 pacientes en estadio 4 (14,5%). Existen diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro estadios (p < 0,001, test de Mantel-Haenszel). La probabilidad estimada de sobrevivir más allá del primer año después del diagnóstico es superior a 0,97 en todos los estadios, con excepción del estadio 4 (0,825). Después de 7 años, la probabilidad de sobrevida es muy distinta entre los estadios: 0,891 para el estadio 1, 0,832 para el estadio 2, 0,506 para el estadio 3 y sólo 0,184 para el estadio 4. **Discusión y Conclusiones.** Las cifras correspondientes al estadio del paciente al momento del diagnóstico muestran una importante diferencia en comparación a algunos estudios latinoamericanos publicados, siendo mayor el número de diagnósticos en etapa I y II en nuestro caso. Esto se correlaciona con otros estudios nacionales publicados. Las cifras de mortalidad por etapas y edad son semejantes a otros estudios latinoamericanos y nacionales revisados.

#### INCIDENCIA DEL CARCINOMA DUCTAL IN SITU PURO, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, DE ESTUDIO Y TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL REGIONAL VALDIVIA. ANÁLISIS 2001 AL 2010.

*Drs. R. Guarda<sup>1</sup>, V. Vera<sup>2</sup>, F. González<sup>3</sup>, M.T. Poblete<sup>4</sup>, A. Steuer<sup>4</sup>, F. Silva<sup>4</sup>*

<sup>1</sup>Residente Cirugía General Universidad Austral de Chile. <sup>2</sup>Interna de medicina Universidad Austral de Chile. <sup>3</sup>Anatomopatóloga Hospital Regional Valdivia, profesora adjunta instituto anatomía patológica Universidad Austral de Chile. <sup>4</sup>Cirujano Hospital Regional Valdivia, profesor adjunto instituto cirugía Universidad Austral de Chile.  
Universidad Austral de Chile, Hospital Regional Valdivia

**Introducción:** El carcinoma ductal in situ (CDIS) de la mama corresponde a la proliferación de células neoplásicas dentro de los ductos mamarios sin sobrepasar la membrana basal. Corresponde al 20-

30% de los cánceres de mama en países desarrollados, incidencia que aumentó gracias al screening mamográfico, disminuyendo el diagnóstico clínico. Ha permitido incrementar el tratamiento conservador mejorando los resultados estéticos, igualando la sobrevida de la mastectomía simple, con excelente cosmética y disminución de complicaciones. Objetivo: mostrar la incidencia del CDIS puro en Hospital Regional Valdivia (HRV) y caracterizar manifestaciones clínicas e imagenológicas y tratamiento quirúrgico inicial. Materiales y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo, analizando fichas clínicas de pacientes con diagnóstico histopatológico inicial de CDIS entre los años 2001 a 2010. Universo 65 pacientes, se excluyeron aquellas cuya biopsia postoperatoria diagnosticó carcinoma invasor o focos de microinvasión, reduciéndose a 27 casos de CDIS puros. Se registraron variables de edad, género, masa palpable, mamografía, ecografía y resonancia magnética (RM), tratamiento inicial conservador v/s radical, características histológicas. Resultados: tasa de incidencia anual ajustada del CDIS puro en HRV es 3,2/100.000 mujeres mayores de 35 años, correspondiendo a un 3,5% del total de cánceres de mama en este grupo etario. Edad promedio 54 años, rango de 35 a 75 años. 14 palpables, autopalpados el 40% (11), una consultó por descarga del pezón. Mamografía consignada en 26 pacientes, 73% (19) microcalcificaciones todas BIRADS-IV/V, 11% (3) nódulos, igual porcentaje densidad asimétrica ambas BIRADS-IV/V, distorsión de la arquitectura 7,5% (2) BIRADS-V, 11% normal, una BIRADS-0 y tres con descripción pero sin BIRADS. 14 fichas consignan ecografía mamaria, el hallazgo más frecuente fue distorsión de la arquitectura (6). No se realizó RM. Se realizó cirugía conservadora inicial en el 100% de las pacientes, incluyendo la biopsia radioquirúrgica (BRQ) como 1era intervención. Conclusión: la incidencia del CDIS puro en HRV está muy por debajo de lo publicado en otros centros, esto puede estar determinado por un deficiente screening mamográfico lo que explicaría además el alto porcentaje de tumores palpables que originaron la consulta. Se contrasta con el enfrentamiento quirúrgico inicial realizándose cirugía conservadora a pesar del tamaño tumoral promedio, considerándose la BRQ como primera intervención. La mayoría de los CDIS fueron evidenciados en la mamografía como microcalcificaciones.

#### TENDENCIA EN LA MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA EN CHILE ENTRE LOS AÑOS 1955 Y 2010.

*Drs. M. Minassian<sup>1</sup>, J. López<sup>2</sup>, A. Donoso<sup>3</sup>, M. Amar<sup>3</sup>.*

- (1) Residente de Cirugía Universidad de los Andes,
- (2) Residente de Urología Universidad de los Andes,
- (3) Servicio Cirugía Hospital Militar de Santiago.

**Introducción.** El cáncer de mama (CM) representa uno de los principales problemas de salud en Chile, siendo en Chile y a nivel mundial la primera causa de muerte por cáncer en la mujer. Aparentemente no existe claridad con respecto al comportamiento

de la tasas de mortalidad por CM. A pesar de múltiples intervenciones, las estadísticas publicadas hasta ahora, no han mostrado una disminución significativa en esta tasa. Actualmente no se cuenta con estudios que describan la tendencia de este fenómeno considerando los registros históricos de mortalidad. El objetivo de nuestro trabajo es describir los cambios en la mortalidad por CM en Chile de los últimos 55 años.

**Métodos.** Se construyeron las tasas de mortalidad para CM ajustadas por población (Código CIE-10(WHO): C50/CIE-9:174) para el periodo 1955-2010 a partir de información de anuarios demográficos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (1955-1982), de registros de mortalidad del Ministerio de Salud (1983-2009) y de proyecciones poblacionales del INE. Las tendencias temporales de las tasas fueron analizadas utilizando una regresión de Joinpoint. La distribución geográfica se describió estimando razones de tasas mediante una regresión de Poisson, utilizando como referencia el total del país.

**Resultados.** La tasa bruta de mortalidad presentó un ascenso persistente, llegando a una tasa de 15,02 x 100.000 mujeres. Por otro lado, el comportamiento de la curva de tasas de mortalidad por CM ajustadas fue diferente. Se observó un ascenso de ella hasta el año 1985, año a partir del cual las tasas presentan una disminución progresiva hasta el 2010. Se identificaron tres cambios en la intensidad de esta curva; 1955-1985: PAC +1.8% (IC95%:1.6/2.1), 1985-2005: PAC -0.6% (IC95%:-1.0/-0.1) y 2005-2010: PAC -5.5% (IC95%:-8.9/-2.1), todos ellos significativos. La tasa de mortalidad 2010 ajustada llegó a 11.06 x100.000 mujeres. En la distribución regional se observó que éstas eran significativamente menores en las regiones IV, IX y X, siendo significativamente mayores en la V y XII regiones (p<0.001).

**Conclusiones.** Las tasas brutas de mortalidad por CM en Chile muestran un aumento sostenido en los últimos 55 años, sin embargo, son las tasas ajustadas las que permiten hacer comparables las poblaciones de los distintos años analizados, llevando los datos a una población estándar. Es así como podemos notar que la tasa ajustada a partir del año 1985 presenta un cambio significativo, pasando de una curva ascendente a una con descenso persistente, siendo su mayor descenso entre los años 2005 y 2010.

#### COMPARACIÓN DE LA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON EXPANSOR/IMPLANTE VS. COLGAJO TRAM PEDICULADO SEGÚN COSTOS

*Drs. A. Donoso<sup>1</sup>, M. Amar<sup>1</sup>, D. Arbuló<sup>2</sup>, M. Minassian<sup>1</sup>, C. Nilo<sup>3</sup>, R. Schwartz<sup>1</sup>, L. Gómez<sup>1</sup>, K. Lee<sup>1</sup>.*

- (1) Servicio Cirugía Hospital Militar de Santiago,
- (2) Becado Cirugía Universidad de Los Andes,
- (3) Jefe de pabellón Clínica Las Lilas.

La reconstrucción mamaria es actualmente un estándar en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama. La decisión sobre cual técnica quirúrgica

utilizar, habitualmente ha sido tomada en relación a la disponibilidad de los recursos o a la experiencia del equipo, no existiendo un algoritmo claro para todos los casos. El costo no debería ser el factor más importante en esta decisión, pero debemos tener información objetiva para decidir sobre la mejor alternativa, considerando que los recursos son limitados.

**Objetivos:** Comparar los costos de las técnicas de reconstrucción mamaria más usadas en nuestro medio.

**Material y métodos:** Se estudió el costo de la cirugía de reconstrucción mamaria con las técnicas de expansor/implante (E/I) y colgajo TRAM pediculado, evaluando los principales ítems en que ambas cirugías se diferencian, basándose en casos estándar de cada uno de los tipos de reconstrucción. Se analizó los días cama, horas de pabellón, horas del equipo médico e insumos. No se consideró los días laborales perdidos, por estar determinados por

el tratamiento oncológico y no por el tipo de reconstrucción, ni el costo de las complicaciones, que será motivo de una revisión sistemática de la literatura actualmente en curso. No se consideró tampoco el tiempo de reconstrucción del complejoaréola pezón, ni de simetrización, por no determinar diferencias entre ambas técnicas.

**Resultados:** En la reconstrucción mamaria con E/I se utilizan en promedio 100 minutos más de pabellón, 1,65 días más de hospitalización y \$538000 en insumos más que en la reconstrucción con TRAM, pero se requieren 5,5 horas de cirujano menos.

**Conclusiones y comentarios:** El costo estimado de la reconstrucción mamaria con E/I en nuestra institución, es significativamente mayor que el de la reconstrucción con colgajo TRAM a expensas principalmente del gasto en insumos. Un estudio acabado de costo efectividad, considerando porcentaje de complicaciones y evaluación de resultados es necesario para una adecuada toma de decisiones.



## Seccional: TRAUMA

---

### COLORRAFIA POR VLP POST DOBLE TRAUMA ABDOMINAL

*Dr. H Bosch Dr Henriquez*

Servicio de Urgencia. Hospital de Urgencia Asistencia Publica

**Introducción :** El abordaje clásico del trauma abdominal complicado es la laparotomía, que conlleva dolor abdominal, ileo, riesgo de infección de herida operatoria, riesgo de hernia incisional, estética, etc.. En paciente con herida toracoabdominal izquierda mas FII requiere una gran laparotomía para explorar diafragma y colon izquierdo. En paciente estable hemodinamicamente puede realizarse via laparoscópica como se muestra en el video.

**Paciente y Metodo :** Paciente masculino, 23 años, con herida por arma blanca torácica derecha, toracoabdominal izquierda y FII, se realiza pleurostomia derecha que se retira a las 24 hrs apareciendo dolor abdominal, vomitos y fiebre, es derivado a HUAP. Paciente hemodinamicamente estable, febril, dolor abdominal con blumberg en hemiabdomen izquierdo, radiografía de torax muestra neumotorax recidivado derecho y gran neumoperitoneo. Se inicia exploración vlp

**Objetivo :** Mostrar resolución laparoscópica de doble trauma abdominal complicada estable.

**Resultado :** Se muestra ubicacion de lesiones, radiografía torax y técnica quirúrgica laparoscópica con tres puertos que muestra colorrafia laparoscópica, aseó, decolación de colon para visualizar cara posterior, ubicacion drenajes y paciente postoperado. Buena evolución

**Conclusion :** Es factible la cirugía laparoscópica en trauma abdominal complicado estable hemodinamicamente.

### TRAUMA ESPLÉNICO: REVISIÓN DE 10 AÑOS DEL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA.

*Drs. D. Soto, C. Vega, R. Tirreud, D. Cambiazol, A. Villa, Dr. R. Peña*

1. Interno de Medicina, Universidad de Santiago de Chile.

2. Cirujano, Hospital de Urgencia Asistencia Pública. Director Departamento Medicina de Urgencia, Universidad de Santiago de Chile.

**Introducción:** El bazo es el órgano intraabdominal más frecuentemente lesionado en los pacientes politraumatizados, tanto por mecanismo penetrante como contuso. En diversas series se reporta que hasta un 26% de los traumatismos abdominales contusos presentan traumatismo esplénico y en los traumatismos abdominales abiertos hasta un 8%. **Objetivos:** Describir el perfil y manejo de los pacientes con traumatismo esplénico en un centro de referencia nacional de pacientes politraumatizados.

**Materiales y Métodos:** Análisis descriptivo retrospectivo de fichas clínicas de pacientes que presentaron traumatismo esplénico en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública durante el período 2002 – 2011. Datos analizados en Microsoft Excel® 2010. **Resultados:** Ingresaron 96 pacientes con traumatismo esplénico. Promedio de edad: 37 años (R: 8 – 77). Promedio días hospitalización 14 (R: 0 – 133). 73 (76%) son hombres y 26 (24%) son mujeres. 70 pacientes (73%) sufrieron trauma contuso y 26 (27%) trauma abierto. De los contusos, 52 (74%) fueron accidentes de tránsito, 8 (11%) caídas de altura, 2 (3%) accidentes en bicicleta, 4 (6%) agresión física y otros 4 (6%). Los traumas abiertos fueron 16 (62%) por arma blanca y 10 (38%) por arma de fuego. En 92 (96%) el manejo fue quirúrgico y 4 (4%) fue conservador. La laparotomía de urgencia se utilizó en 57 casos (59%). Se realizó esplenectomía en 79 (86%) pacientes y hemostasia esplénica en 13 (14%). 48 (50%) pacientes presentaron complicaciones, de los cuales 11 (23%) desarrollaron neumonía intrahospitalaria. La mortalidad fue de 25 pacientes (26%). **Discusión:** El trauma esplénico es una condición frecuente en pacientes politraumatizados, presentando una elevada mortalidad. Se presenta mayormente en pacientes jóvenes de sexo masculino. El mecanismo de lesión principal es el contuso debido a accidentes de tránsito. A pesar de los esfuerzos por manejar estos pacientes de manera expectante, el manejo quirúrgico y la esplenectomía de urgencia siguen siendo el principal tratamiento de elección.

### DESARTICULACIÓN Y AMPUTACIÓN DE EXTREMIDADES INFERIORES EN UN GRAN QUEMADO. REPORTE DE CASO CLÍNICO.

*Drs. S. Villegas, C. Soto, V. Peña, J. Villegas*  
Unidad Quemados, Clínica Indisa.

**Introducción:** En Chile la causa mas frecuente de quemaduras en adultos es el fuego (70%). Las amputaciones en grandes quemados constituyen un procedimiento de excepción. En reportes nacionales alcanza un 5%. Factores de riesgo asociados a amputación se identifican quemaduras eléctricas por alta tensión y compromiso de conciencia al momento de la quemadura.

**Objetivo:** Reportar el caso clínico de un paciente atendido en nuestra unidad quien sufre quemadura profunda por fuego de la mitad inferior de su cuerpo. Requiriendo desarticulación y amputación de extremidades inferiores.

**Caso Clínico:** Se presenta paciente sin antecedentes mórbidos, de 23 años, sexo masculino, quien en estado de ebriedad, sufre quemadura por fuego al quedarse dormido sobre fogata, en la costa de la Isla Puluqui, X Región. Consigue auxilio a las 24 horas del accidente.

La primera atención la recibe en el hospital de Calbuco, posteriormente se trasladó a Hospital Base de Puerto Montt. Donde se realizó el primer aseo quirúrgico diagnóstico, constatándose quemadura profunda de hemiabdomen inferior, periné, genitales, y extremidades inferiores (EEII), con necrosis muscular extensa. Se realizó descompresión y escarectomía parcial de EEII.

Es trasladado a la Unidad de quemados de Clínica Indisa con 72 horas de evolución, extremadamente grave, cursando falla orgánica múltiple y rabiomiolisis masiva.

Intervenido el mismo día, se comprobó quemadura de 51% de espesor total, carbonización de ambas EEII desde el tercio medio de muslos y necrosis muscular parcial de tercio proximal y glúteos, con mayor compromiso a derecha, índice de gravedad de Garcés 187 (sobrevida excepcional). Se desarticuló cadera derecha y se amputó muslo izquierdo en tercio proximal. Se realizó escarectomía subfascial de abdomen, región lumbar y glútea. Después de 9 cirugías se logró una cobertura cutánea estable. Para el manejo del periné, solo se usó sonda rectal y manejo de enfermería, logrando injertar el área exitosamente sin necesidad de colostomía. A los dos meses es trasladado a su hospital de origen usando órtesis compresiva.

Discusión: Este caso ilustra el impacto que ha tenido la implementación de la garantía explícita de salud para Grandes quemados, y el adecuado funcionamiento de la red de prestadores. Al trasladar un paciente de ruralidad extrema a un centro especializado de alta complejidad en menos de 72 horas.

La decisión de desarticular cadera y amputar muslo, demostró ser trascendente en el pronóstico posterior. La sobrevivencia de estos pacientes genera secuelas que antes no se conocían originando nuevos desafíos en rehabilitación física y sicosocial.

**CARACTERIZACIÓN DEL TRAUMATIZADO GRAVE, EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD. EXPERIENCIA DE UN AÑO EN EL HOSPITAL DR. SÓTERO DEL RÍO**  
*Drs. X. Mimica (1,2), C. Ruiz (2), ML. Lisbona (2), J. Donoso (3), P. Arriagada (3)*

1-Residente Cirugía, Complejo Asistencial Doctor Sótero del Río

2-Unidad de Pacientes Crítico, Complejo Asistencial Doctor Sótero del Río

3-Servicio de Medicina Interna, Complejo Asistencial Doctor Sótero del Río

Introducción: El trauma no solo se mantiene como la mayor causa de morbilidad y mortalidad en pacientes menores de 40 años, si no también representa un grupo de pacientes con alta demanda de recursos que requieren una atención multidisciplinaria en centros de alta complejidad. El pronóstico del paciente politraumatizado tiene directa relación con su atención en un centro de trauma calificado y una adecuada atención en el sitio del accidente.

Objetivo: Conocer y describir las características, tratamientos recibidos y evolución de los pacientes traumatizados graves de la UCI del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río durante el año 2011.

Materiales y método: se realizó un estudio observacional prospectivo, donde se incluyeron a todos los traumatizados graves, definidos por un ISS mayor a 15, con mas de 18 años que ingresaron durante el año 2011 a la UCI de adultos del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.

Se analizaron variables demográficas, requerimiento de cirugías tanto definitivas como de control de daños, necesidad de hemoderivados y complicaciones.

Se utilizó el injury severity score (ISS) para determinar la gravedad del paciente el cual se comparó con el score aplicado de forma habitual en pacientes de UCI APACHE II. (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation)

Resultados: durante el año 2011 se recolectaron datos de 70 pacientes, lo que representó el 12% del total de ingresos a la UCI en este periodo, con una edad promedio de 42,8 + 20,7 años, en su mayoría hombres (92,7%). Los pacientes correspondieron a politraumatizados en 62,8%, siendo el TEC el tipo de trauma más frecuente, 24% de los pacientes presentaron trauma penetrante, correspondiendo en la mayoría a trauma de tronco (65%). El 77% de los pacientes requirió cirugía o procedimientos asociados, siendo necesario realizar cirugía de control de daños en el 8,5% de ellos. Presentaron un ISS 32+ 19 y un APACHE de 18,7 + 7,3. Su estadía promedio en UCI fue de 5,7 + 5 días. En los 2 primeros días de estadía el 58% requirió hemoderivados. La mortalidad en UCI fue 14%, siendo menor a la esperada en relación a los scores mencionados.

Conclusión: nuestra población muestra demografía comparable con otras series, siendo el TEC es el tipo de trauma mas frecuente. Son pacientes con ISS elevado donde el 77% requiere cirugía o procedimientos. Series como la recientemente expuesta debiesen estimular la creación de centros de trauma.

**TRAUMA POR QUÍMICOS EN TRABAJADORES DE LA GRAN MINERÍA**  
*Drs. A. Torres ;, EU; C. Michea ; P. Valenzuela. J. C. Araya.*

<sup>1</sup> Sub Director Médico de Terreno, Jefe Servicio Urgencia Hospital del Cobre , MSCCH..  
Enfermera Medicina de Trabajo<sup>2</sup>, Enfermera Unidad del adulto<sup>3</sup>

Hospital Del Cobre , Codelco Chuquicamta , Calama.

Los accidentes laborales representan una causa importante de morbi-mortalidad, ausentismo laboral y pérdidas económicas para el país , dentro de los accidentes existen las quemaduras y dentro de estas últimas existen las lesiones por químicos, El contacto con ácidos y álcalis rompe los enlaces

iónicos de H de las proteínas, alterando su estructura secundaria y terciaria, provocando la destrucción irreversible a través de la desnaturalización o la coagulación de las proteínas, provocando diversos daños sobre el organismo desde una simple inflamación tisular hasta lesiones mortales. Se presenta la experiencia en el manejo de los pacientes atendidos en el Hospital del Cobre con accidentes laborales caracterizados por lesiones por químicos (ácidos – bases) en la División Chuquicamata de Codelco Chile, desde el año 2000 hasta el primer semestre del año 2012. 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, las Quemaduras por ácido ocurrieron en 29 casos. El promedio de edad de los trabajadores fue 50,02 años con una antigüedad promedio en su puesto de trabajo de 12 años. Las mujeres representan un 10% del total de pacientes, siendo el rango de edad entre los 50 y 60 años, casi el 50% de los casos. Respecto del mecanismo de la lesión, en el 54% fue proyección de la sustancia sobre el trabajador. El agente causal es ácido sulfúrico con el 20% seguido por AC clorhídrico y soda cáustica con el 17 y 13 % respectivamente. Dentro de los segmentos corporales lesionados, los más afectados son cabeza (27%) extremidades superiores (20%), extremidades inferiores (24%), tronco (10%) y múltiples (13%). De acuerdo a la clasificación de Benaim para profundidad de la quemadura, en el 34% de los casos se tratan de quemaduras tipo A, en el 65% de tipo AB y en el 1% tipo B. La superficie corporal total quemada fue en promedio de un 4% con rangos de menor de 0.2% hasta 20%. En un 41% de los casos se requirió de reposo lo que representó un total de 2241 días de tiempo perdido, en promedio 31 días por cada trabajador lesionado por este tipo de lesión, dentro de la complicaciones; las secuelas de cicatriz (Queloides, retráctil) fueron las más frecuentes, lesiones corneales, secuelas odontológicas y de mucosas en menor proporción. No hubo mortalidad en esta serie.

En la industria de la gran minería existe una gran variedad de productos químicos, que obligan al personal de salud a una capacitación permanente en el manejo de este tipo de paciente, ya que este tipo de lesiones son habitualmente son más severas en cuanto a profundidad y extensión que otro tipo de lesiones térmicas y requieren de medidas inmediatas para evitar su profundización y secuelas graves permanentes. Existen pocos reportes nacionales e internacionales en este tipo de patologías y su manejo, No obstante, la incidencia de reposo y complicaciones es menor a lo informado en estas publicaciones.

## TRATAMIENTO DEL TRAUMA ABDOMINAL CERRADO EN EL HOSPITAL HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA DURANTE EL PERÍODO 2008-2010

*Drs. E.Sandoval<sup>1,2</sup>; J.Gundelach<sup>1,2</sup>; I.Cañete; C.Ayala<sup>1,2</sup>; A.Trancoso<sup>2</sup>*

(1) Servicio de Cirugía Adultos Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.

(2) Departamento de Cirugía y Traumatología Universidad de La Frontera, Temuco.

**Introducción:** El Trauma Abdominal Cerrado (TAC) es una patología frecuente en las salas de Urgencia. El tratamiento depende de múltiples factores como etiología, órgano injuriado, lesiones asociadas, entre otros. Es necesario conocer cifras locales para enfrentar de mejor forma esta patología en cuanto a prevención y tratamiento. El objetivo de este estudio es conocer el tratamiento actual del TAC en nuestro centro.

**Material Y Metodo:** Tipo de estudio: Serie de Casos Retrospectiva. Criterios de selección: pacientes mayores de 18 años, ingresados a través del Servicio de Urgencia de nuestro centro con diagnóstico de TAC, en el período comprendido entre enero de 2008 y diciembre de 2010. Metodología: registro de variables y datos en base previamente diseñada. Análisis estadístico: Utilización de estadística descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión.

**Resultados:** Del total de pacientes (N=49), 92% correspondió a género masculino con una mediana de edad de 41 años. En el 18% se objetivó estado de ebriedad clínico. En cuanto a la etiología, el 68% correspondió a contusión por caída, accidente automovilístico 27% y aplastamiento 5%. En cuanto a órganos injuriados, el 30% no presentó lesión de órganos intraabdominales, lesión intestinal en 14%, lesión hepática o esplénica en 6% respectivamente, lesión vesical 4%, pancreática 2% y lesiones asociadas no abdominales 38%. El 51% requirió cirugía abdominal como tratamiento, de los cuales el 12% requirió reparación intestinal, 8% control de daños, 8% reparación vesical y el 72% requirió laparotomía exploradora. El 4% requirió más de una cirugía. La mediana de estancia hospitalaria fue de 4 días y la mortalidad intrahospitalaria fue de 2%. **Conclusiones:** A diferencia de lo publicado, en nuestra serie el TAC se asocia mayormente a contusión por caída y no a accidentes automovilísticos. En nuestra serie la lesión intraabdominal más frecuente fue intestinal, a diferencia de lo mayormente publicado (bazo e hígado). La asociación mayor de género masculino/rango etario 10-49 años y TAC está presente en nuestra serie. Probablemente nuestra serie difiere de lo publicado por la gran cantidad de población rural atendida en nuestro centro.

## TRAUMA PENETRANTE CARDIACO - EXPERIENCIA INICIAL EN UN CENTRO CON ALTA INCIDENCIA DE HERIDAS POR ARMA DE FUEGO

*Drs. C. Villalón, G. Vial, M. Parra, G. Guíñez, R. Berríos, J. Ortega, Int. K.Schönfeldt, A. Mercado.* Hospital Padre Hurtado. Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo

**Introducción:** El trauma penetrante cardíaco es una entidad poco común, altamente letal y representa una de las principales causas de muerte por violencia urbana. Las cifras de mortalidad varían ampliamente y son dependientes del mecanismo de lesión y de las cámaras involucradas. Lesiones por arma blanca o de fuego son el mecanismo más frecuente de trauma penetrante cardíaco.

El objetivo de este trabajo es describir las características clínicas y evaluar los resultados terapéuticos de pacientes con trauma penetrante cardíaco atendidos consecutivamente en el Servicio de Urgencia del Hospital Padre Hurtado en un período de 3 años.

**Materiales Y Métodos:** Revisión retrospectiva de los datos de atención de urgencia y la ficha clínica de los pacientes con trauma penetrante cardíaco ingresados al Hospital Padre Hurtado desde Enero del 2009 a Diciembre del 2011.

Se realizó un análisis descriptivo de las siguientes variables: sexo, edad, etiología, manejo, localización de la lesión, técnica quirúrgica, mortalidad, complicaciones postoperatorias y secuelas. **Resultados:** Se registro un total de 15 pacientes con trauma penetrante cardíaco. Se excluyeron los pacientes que presentaban lesión aislada de grandes vasos. Del total de los pacientes, 14 fueron de género masculino y 1 de género femenino. La edad promedio fue de 32 años. El 47% presentó lesión por arma de fuego y 53% por arma blanca. Al ingreso el 80% presentaba compromiso hemodinámico y en el 26% se realizó toracotomía en box por PCR presenciado. El 60% presentó lesión de Ventrículo Derecho, 33% de Aurícula Derecha, 13% Ventrículo Izquierda, 6% de Aurícula Izquierda y un 20% lesión de grandes vasos asociada. La mortalidad global fue de un 40% y del total de los pacientes fallecidos (6 pacientes) 3 fallecieron en el box y 3 en la sala operatoria. Al comparar la diferencia de mortalidad según el mecanismo de lesión, se observa que un 83% del total de los fallecidos presentó lesión por arma de fuego y un 17% por arma blanca. **Conclusiones:** Las principales causas de trauma cardíaco en nuestra serie fueron heridas por arma de fuego y arma blanca. La cámara afectada con mayor frecuencia fue el VD, lesionada en un 60% de los casos. La mortalidad total fue de un 40%, lo que es comparable con lo reportado en la literatura. Nuestra serie se caracteriza por una mayor proporción de lesiones por arma de fuego de la reportada en la literatura. Las lesiones por arma de fuego, lesiones de grandes vasos y lesiones complejas se asocian con una mayor mortalidad.

#### TRAUMA VASCULAR, EXPERIENCIA DE 4 AÑOS

*Drs. C. Hevia S, S. Guttmann, V. Salvador, C. Villalon, Int. JP. Leiva, C. Vallejos, J. Ortega*  
Servicio de Cirugía Hospital Padre Alberto Hurtado;  
Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo

**Introducción:** El trauma vascular es de relativa baja frecuencia en los servicios de urgencia (SU) de Chile. Nuestro hospital reporta tasas mayores al respecto, lo que exige un tratamiento adecuado y oportuno. Esto requiere un alto nivel de sospecha, un adecuado manejo de técnicas de abordaje vascular, e idealmente, preservar la irrigación.

**Objetivo:** Describir los casos de trauma vascular manejados en el Hospital Padre Hurtado (HPH) desde el inicio del SU.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo de pacientes con trauma vascular ingresados al HPH desde Mayo 2009-2012. Se revisan: antecedentes demográficos, clínicos y quirúrgicos; también la etiología y localización de la lesión, tipo de reparación, complicaciones y sobrevida. **Resultados:**

Se han operado 72 pacientes con lesiones vasculares. (66 hombres, 6 mujeres). Causa de las lesiones fueron: arma de fuego (57%, 41), arma blanca (36%, 26) y trauma cerrado (7%, 5). Localización de las lesiones: extremidades inferiores (EEII) (34), extremidades superiores (EESS) (14); toraco-abdominales fueron 20 (14 abdominales y 6 torácicas) y 4 son lesiones cervicales. Las lesiones identificadas fueron 36 arteriales, 12 venosas, y 24 pacientes con lesiones arteriales y venosas. Esto da un total de 60 lesiones arteriales; de éstas, 19 son reparaciones primarias (8 rafia, 11 anastomosis termino-terminal), 24 bypass (8 con vena, 16 PTFE), 11 ligaduras, 1 amputación. Fallecieron 4 pacientes en pabellón (1 puente transitorio), 1 paciente manejado endovascular. Fueron 36 lesiones venosas: 25 fueron ligadas (1 fallecido en pabellón), 9 reparadas en forma primaria, 1 esplenectomía, 1 fallecido en pabellón.

La mortalidad de nuestra serie durante las primeras 24 hrs fue de 11 pacientes (15%). Fallecen 5 pacientes en pabellón debido a la severidad de sus lesiones, todas por arma de fuego (3 abdominales, 1 torácica 1 toraco-abdominal). De éstos, solo en 1 paciente se logró intentar puente transitorio. Fallecieron 6 pacientes en el post operatorio inmediato: 4 lesiones por arma de fuego (1 EEII, 1 cervical, 2 torácicas), 2 traumas contuso de alta energía (1 EEII, 1 abdominal). Falleció 1 paciente durante el seguimiento por un TEC abierto por herida a bala. En relación a la reparación de estas lesiones, 20 fueron operados por cirujano vascular, el resto por cirujano general.

**Discusión:** El trauma vascular es una patología que requiere de un manejo quirúrgico oportuno y de las habilidades para manejar diversas lesiones vasculares. La oportunidad de contar con cirujano vascular no siempre existe. En nuestra serie predominó el trauma por arma de fuego.

#### USO DE PTFE EN TRAUMA VASCULAR, EXPERIENCIA DE 4 AÑOS

*Drs. C. Hevia S, V. Salvador, C. Villalon, N. Rojas, Int. D. Schakel, C. Vallejos, J. Ortega*  
Servicio de Cirugía Hospital Padre Alberto Hurtado;  
Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo

**Introducción:** El trauma vascular es de relativa baja frecuencia en los servicios de urgencia (SU) de Chile. Nuestro hospital reporta tasas mayores al respecto, lo que exige un tratamiento adecuado y oportuno. La base del tratamiento es la preservación de la irrigación, ya sea con reparación primaria o con puente nativo o protésico.

**Objetivo:** Descripción de los casos de trauma vascular manejados en el SU del Hospital Padre Hurtado desde el inicio del SU, en donde se utilizó un puente protésico.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo de los pacientes con trauma vascular que consultaron desde Mayo 2009 a Mayo 2012, y que fueron sometidos a cirugía con interposición de puentes de PTFE. Se revisaron los antecedentes demográficos, clínicos y quirúrgicos, además de la etiología, localización de la lesión, complicaciones y sobrevida. **Resultados:** Nuestra serie cuenta con 16 pacientes con una edad promedio de 32 años, de éstos, 15 son hombres. Todos los pacientes presentaban trauma vascular con diagnóstico clínico (en el 44% se complementó con Angio- TAC) y fueron sometidos a cirugía dentro de las primeras 24 horas de su ingreso al SU. Las lesiones fueron provocadas por arma de fuego en 81% (13) de los pacientes (1 escopeta), y 19% (3) por arma blanca. La localización de las lesiones fueron las siguientes: 2 cervicales, 13 en extremidades inferiores, 1 en extremidad superior. 5 (31%) de estos pacientes fueron manejados por cirujano vascular. El promedio de hospitalización fue de 20 días. La mortalidad dentro de las primeras 24 horas fue de 12,5% (2). Un paciente fallece durante el post operatorio inmediato por trauma cervical por arma de fuego, otro por lesión de arteria y vena femoral que ingresa en paro hipovolémico. Nuestra serie no presentó amputaciones. 1 paciente presentó infección de partes blandas con buena respuesta a antibióticos. **Discusión:** El trauma vascular es una patología que requiere de un manejo quirúrgico oportuno y de las habilidades para manejar diversas lesiones vasculares. El uso de injerto autólogo es lo recomendado, pero requiere de acceso a especialistas, quienes no están siempre disponibles. Por otro lado, la prótesis de PTFE, es de más fácil manejo y acorta el tiempo quirúrgico, siendo por ende una opción emergente respecto del manejo en trauma en un medio con restricción al recurso de especialistas.

#### **PENETRANTE ABDOMINAL DE MANEJO QUIRÚRGICO EN UN CENTRO HOSPITALARIO URBANO: EXPERIENCIA DE 151 CASOS.**

*Drs. G. Guíñez, C. Villalón, G. Vial, J. Ortega. Ints: J. Saphores, K. Schönfeldt.*

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

**Introducción:** Las lesiones penetrantes abdominales son una patología compleja que requieren de un manejo precoz y exhaustivo para obtener resultados satisfactorios. Conocer la realidad local de un centro hospitalario con alta incidencia de esta patología y caracterizarlo, entrega las herramientas que permiten definir, analizar y mejorar conductas. Se presenta

la experiencia del Hospital Padre Hurtado. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo de revisión de protocolos y epicrisis de pacientes operados por trauma abdominal penetrante en el periodo comprendido entre enero de 2009 y Junio de 2012, registrando y analizando por sexo, edad, tiempos operatorios, hallazgos intraoperatorios y su tratamiento, mortalidad operatoria, días de estadía y mortalidad intrahospitalaria.

**Resultados:** Se recopilaron 151 pacientes operados con diagnóstico de herida penetrante abdominal, de los cuales 10 fueron mujeres. La edad promedio fue 31 años.

Del total de pacientes un 46% presento lesión por arma de fuego.

La mortalidad intraoperatoria fue un 5,3%, en todos los casos la lesión se originó de una penetrante por arma de fuego(AF) y presentaban lesión de grandes vasos(7) o hígado(1).

La mortalidad en lesiones por AF fue un 11,5%, no se registraron fallecidos por lesión con arma blanca. De los pacientes que presentaron hemoperitoneo mayor a 2 litros(27), un 26% falleció. Pacientes con menor débito no presentaron mortalidad, diferencia estadísticamente significativa ( $p<0,05$ ). Un 8,6% de los pacientes presentaron lesión concomitante torácica.

En 10 pacientes se utilizo el clamp aórtico como medida de salvataje, de los cuales 4 sobrevivieron. Del total de pacientes operados, un 6,6% fue laparostomizado y un 18,5% requirió reoperaciones con un promedio de 1,3 cirugías por paciente. La estadía hospitalaria promedio fueron 11,6 días con una mediana de 5 y una moda de 2. **Conclusión:** El trauma abdominal penetrante en centros urbanos con alto nivel de marginalidad es una patología frecuente. Su manejo precoz tanto en el prehospitalario como el intraoperatorio son determinantes para la buena evolución de los pacientes. Habitualmente los pacientes son hombres jóvenes que responden favorablemente a intervenciones agresivas que resuelven la patología en primera instancia.

En esta serie se observa un elevado porcentaje de lesión por AF determinada probablemente por la ubicación geográfica de nuestro hospital y a pesar de esto la estadía hospitalaria es acotada principalmente cuando no se presenta con lesión de grandes vasos, hemoperitoneo masivo o lesiones intestinales múltiples. Con este estudio se pretende generar el lineamiento inicial para desarrollar futuros protocolos de manejo con este tipo de pacientes.

#### **FIJACIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURAS COSTALES CON PLACAS DE TITANIO: REPORTE DE 2 CASOS**

*Drs. M. Fica, P. Fernández, F. Suárez, R. Aparicio, C. Suárez*  
Clínica Santa María

Las fracturas costales son frecuentes en traumatismos torácicos contusos. Se asocian a dolor persistente, que conduce a complicaciones respiratorias y ausentismo laboral. La estabilización del foco de fractura disminuye considerablemente el dolor y el tiempo de reinserción laboral.

Se han descrito diversas técnicas de reparación costal, pero la mayoría, utiliza instrumental que no ha sido diseñado para este objetivo, y su estabilidad biomecánica es desconocida.

Actualmente existen sistemas de fijación costal especialmente diseñados, validados en algunas series de casos publicadas.

Se presentan dos casos de reparación costal múltiple con osteosíntesis con placas y tornillos de titanio. Se discuten sus indicaciones, características técnicas y ventajas clínicas observadas.

Hombre, 60 años, ingresa 8 días después de haber sufrido caída en moto con golpe torácico derecho. Refería intenso dolor, con imposibilidad de realizar sus actividades laborales habituales. Al examen, la pared torácica estaba inestable, dolorosa y con signos de ocupación pleural. El TAC de tórax demostró fracturas en 6 arcos costales derechos, 3 de ellas desplazadas, y hermoneumotorax moderado. Se realizó videotoracoscopia, drenaje del hermoneumotorax y decorticación del lóbulo inferior. Los arcos costales desplazados fueron reducidos y fijados con placas de titanio y tornillos bicorticales bloqueados, (Synthes® MatrixRIB). La reducción y su estabilidad final fueron óptimas, sin abrir el espacio intercostal. Su EVA fue 2 en el día 2 postoperatorio, tolerando la deambulacion y la kinesiterapia respiratoria con analgesia oral. Se da de alta al tercer día con control alejado sin dolor. Hombre, 60 años, obeso mórbido, con historia de traumatismo de pared torácica izquierda un año atrás, con fracturas costales múltiples y falta de consolidación, y cirugía con resección de un segmento costal izquierdo bajo más plástica con malla de polipropileno en otro centro. Consulta por dolor local de difícil manejo. Al examen, deformidad asimétrica y dolor en relación a la cicatriz de toracotomía. Se opera, encontrando un gran proceso fibrótico y un defecto parietal de 8 x 10 cms. Se retiró la malla y se realizó osteosíntesis de 2 arcos costales. Finalmente se repara el defecto parietal con malla Goretex. Evolucionó sin dolor importante. Los resultados inmediatos obtenidos en estos pacientes han demostrado un buen control del dolor, un alta precoz y una rápida reinserción laboral, siendo una técnica de fácil aplicación y reproducible.

#### AIRE COMPRIMIDO COMO MECANISMO LESIONAL

*Drs. R. Lasagna\*, N. Lasagna\*\*, F. Borghero.*  
\* Hospital Mutual de Seguridad. \*\* Jefe Servicio Urgencia Clínica Tabancura.

Introducción: El conocer el mecanismo lesional es fundamental al iniciar la atención de todo paciente traumatizado por cuanto nos permite plantear y nos obliga a descartar determinadas lesiones. Prácticamente todos ellos se encuentran detallados

in extenso en la literatura, sin embargo nos parece que no se ha hecho suficiente hincapié en el aire comprimido a pesar de su frecuencia. La utilización creciente de éste en la industria en distintos tipos de herramientas y diversas maquinarias ha ido dando origen a la aparición de riesgos específicos que se han magnificando con el mal uso de ellos. Objetivos: Dar a conocer un caso de ruptura del rectosigmoides, cuyo mecanismo lesional fue el mal uso de una herramienta activada por aire comprimido, haciendo hincapié en este hecho y dando a conocer otras lesiones que ello puede provocar. Caso Clínico: Paciente hombre, preparador de asfalto, quien luego de terminada su jornada, con una pistola conectada al aire comprimido limpia su zona de trabajo, luego otro obrero limpia el overall de nuestro paciente quien finalmente se retira su ropa y su cuerpo es limpiado de la misma forma. En los momentos en que siente el chorro de aire a nivel perianal, disparado a varios centímetros del ano, presenta g dolor abdominal intenso seguido de lipotimia. Es llevado al Hospital Mutual de Seguridad donde se constata: Paciente quejumbroso, palidez y frialdad de piel y mucosas asociado a compromiso hemodinámico junto a signos de irritación peritoneal. Una radiografía de abdomen muestra gran cantidad de aire en peritoneo. Llevado a Pabellón se constata líquido hemo fecaloideo libre en peritoneo, lesión anfractuosa completa del rectosigmoides por lo que se procedió a realizar operación de Hartmann, aseo y drenaje de la cavidad. Su evolución fue satisfactoria tanto en sala como en controles en policlínico. A las 6 semanas fue reingresado para reconstitución de tránsito lo que se realizó sin incidentes. Conclusiones: El uso de aire comprimido data de miles de años siendo el hombre primitivo el primero en utilizarlo desde el momento en que se percató que si soplaba mientras realizaba fuego, éste prendía más rápido o bien se reaviva. El primer compresor mecánico, el fuelle manual, fue inventado hacia la mitad del tercer milenio A.C., el fuelle de pie no se empleó hasta el 1500 años A.C. como quedó registrado en algunas tumbas egipcias. Sin embargo no fue hasta finales del siglo XVIII y durante el XIX cuando comenzó a investigarse su comportamiento buscándole aplicaciones. Desde entonces los industriales europeos trabajaron incansablemente en toda clase de inventos relacionados con él. El uso del aire comprimido no está exento de riesgos, su incorrecta utilización puede producir lesiones a distintos niveles: 1.-Oculares: Por el arrastre de partículas que su expansión provoca. 2.-Otológicas: secundarias al ruido. 3.-Pulmonares: Por barotrauma. 4.- Esofágicas: Por hipertensión intraluminal. 5.-Ano recto sigmoideas: Por la penetración de aire a presión elevada por el ano, como en el caso presentado.

### SINDROME DE MUIR TORRE , PRESENTACION DE 2 CASOS CLINICOS *Drs. O. Zambrano, M. Buchholtz, M. Veloso O, C. Bustamante.*

Instituto Nacional del Cáncer ,Santiago de Chile.

El Síndrome de Muir Torre corresponde a una genodermatosis autosómica dominante, que asocia carcinomas cutáneos de tipo sebáceo con tumores viscerales, especialmente colónicos, por lo que al mismo tiempo es un subgrupo de los pacientes portadores de Cáncer colorrectal no polipósico o Síndrome de Lynch. Se trata de una patología con pocos casos reportados en la literatura, cuya real incidencia es desconocida. En general tiene un comportamiento muy agresivo , en un 25% de los casos las lesiones cutáneas pueden anteceder a las neoplasias internas. Actualmente el aporte de técnicas de inmunohistoquímica permite contar con diagnóstico de certeza. El objetivo del trabajo es presentar 2 casos clínicos manejados en nuestro servicio .

Caso 1: Hombre de 47 años, que consulta en octubre de 2006, con antecedente de hemicolectomía derecha por cáncer de ciego a los 35 años de edad, consulta por aumento de volumen cutáneo en la región lumbar izquierda, se realiza biopsia excisional de la lesión, que informó un carcinoma sebáceo con bordes comprometidos. En enero de 2007, se realiza ampliación de márgenes más ganglio centinela, los que resultan negativos. Colonoscopia de control es normal. Se mantiene en seguimiento, desde agosto de 2007 a Marzo 2012, registra 9 nuevas lesiones cutáneas, cuyas biopsias informan tumores de estirpe sebáceo, varios de ellos con patrón metastásico, todas ellas se manejan con cirugía . Hasta la fecha sin evidencia de compromiso visceral, ni de recidiva colónica.

Caso 2: mujer de 47 años, con antecedente de padre con cáncer de colon, que consulta en febrero de 2005 por baja de peso asociado a masa palpable región umbilical. Estudio revela un tumor del colon transverso, se opera, biopsia quirúrgica informa adenocarcinoma, T4N0/25M0, recibe 6 ciclos de quimioterapia adyuvante ,durante el último ciclo de QT se pesquisa nódulo cutáneo dorsal, cuya biopsia informa un carcinoma sebáceo, con márgenes comprometidos. Se asocia aparición de adenopatía cervical única. Se realiza ampliación de márgenes, más biopsia ganglionar ,la que resulta positiva para metástasis de carcinoma sebáceo. Se completa disección cervical asociando radioterapia adyuvante. Evolucionan en buenas condiciones, inicia seguimiento sin presentar recidiva hasta la fecha.

Discusión: Los casos reportados reflejan el

comportamiento agresivo de los tumores sebáceos en el contexto del Síndrome de Muir Torre, lo cual exige tratamiento oportuno ,así como mantener a estos pacientes en seguimiento estrecho, por otra parte, es importante realizar estudios de pesquisa en familiares consanguíneos directos , especialmente en aquellos que debutan con lesiones cutáneas.

### MELANOMA CUTÁNEO, CASUÍSTICA ANATOMÍA PATOLÓGICA HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE *Dra. C.Morales<sup>1</sup>, interno B.Villalobos<sup>2</sup>, interna C.Bulboa<sup>2</sup>*

Servicio Anatomía patológica Hospital Clínico  
Universidad de Chile<sup>1</sup>, Universidad de Chile<sup>2</sup>

Introducción: El Melanoma Maligno (MM) corresponde al 3er cáncer cutáneo más frecuente en Chile y su incidencia mundial va en aumento. Es sabido que dentro de los factores de riesgo para desarrollar un MM se encuentran factores genéticos y ambientales, sin embargo los factores pronósticos de sobrevida están estrechamente relacionados con la histología del melanoma, más que con las características de sus factores de riesgo. Objetivo: El objetivo de este trabajo corresponde a establecer una relación entre los factores histológicos pronósticos más importantes según la literatura y los resultados de nuestra casuística.

Material y método: Estudio retrospectivo descriptivo donde se revisaron fichas e informes de biopsia de 59 pacientes con diagnóstico histológico confirmado de Melanoma Cutáneo entre los años 2005 y 2010, registrándose datos de relevancia para el pronóstico de sobrevida según la literatura. Los datos obtenidos fueron tabulados y expresados porcentualmente en gráficos de torta para su posterior análisis.

Resultados: Con promedio de aparición de 56,6 años, el 59% de los melanomas cutáneos correspondió a mujeres. El 61% del total correspondió a infiltrantes, con un 25% > 4 mm. de espesor y un promedio de 2,58 mm. El 73% de todos los melanomas presentó > 5 mm. de diámetro, con un promedio de 11,1 mm.; sin embargo se encontró que la mayoría no presentó permeación vascular, invasión perineural ni compromiso de bordes en la muestra (92%, 97%, 80% respectivamente).

Conclusión: Los melanomas cutáneos tienen factores pronósticos reconocidos claramente en la literatura y de acuerdo a nuestra experiencia y los resultados de nuestra casuística, en un gran porcentaje se pesquisan en estadios avanzados. Por esto, las políticas de salud frente al tema deben ir enfocadas a prevenir los factores de riesgo, favorecer la pesquisa precoz y disminuir así su diagnóstico en estadios avanzados.

## SARCOMA HISTIOCÍTICO VERDADERO, REPORTE DE UN CASO

*Drs. Jeanne Marie Chehadé<sup>1</sup>, Sara Mir C.<sup>1</sup>, Adolfo Cruz<sup>1</sup>, Jorge Torres<sup>1</sup>, Mario Rodríguez<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía, Unidad de Oncología y Patología Mamaria, Hospital Barros Luco  
<sup>2</sup>Becada Cirugía Universidad de Chile, Unidad de Oncología y Patología Mamaria, Hospital Barros Luco.

Hospital Barros Luco Trudeau, Servicio de Cirugía, Unidad de Oncología y Patología Mamaria.

**Introducción:** El Sarcoma histiocítico (SH) o linfoma histiocítico maligno, es una neoplasia maligna infrecuente de presentación clínica avanzada y con un curso agresivo en la mayoría de los casos. Descrito en adenopatías, piel y otros sitios extranodales en la literatura internacional, en la literatura nacional sólo hay descrito un SH cutáneo.

De difícil diagnóstico sin inmunohistoquímica, en el pasado se confundió con linfomas B difusos de células grandes, linfomas anaplásicos de células grandes y melanomas.

Presentamos el caso de un paciente en el que el SH se presentó inicialmente como un tumor de muslo, con diagnóstico inicial de lipoma, que a los hallazgos imagenológicos e histológicos posteriores se diagnosticó un sarcoma histiocítico.

Se discuten los aspectos clínicos, radiológicos y terapéuticos de esta patología de acuerdo a la literatura actual.

## ROL DE LA CIRUGÍA PROFILÁCTICA EN LOS CÁNCERES GÁSTRICO Y DE COLON HEREDITARIOS.

*Drs. V. Vial<sup>1</sup>, A. Jugó<sup>2</sup>, F. Martabid<sup>3</sup>, R. Sepúlveda<sup>4</sup>*  
1,2,3: Internas 7° año Universidad de Los Andes;  
4: Jefe de cirugía HOSMIL

Universidad de los Andes, Santiago, Chile.  
Hospital Militar de Santiago, Santiago, Chile

**Introducción:** El cáncer es una causa importante de morbimortalidad en todo el mundo, con tasas de mortalidad por sobre el 20%. El 5-10% de ellos tendría una base genética con genes involucrados bien estudiados, permitiendo su manejo a través de cirugía profiláctica y seguimiento. La primera aproximación para la identificación y manejo de los cánceres hereditarios es una acuciosa historia familiar y ante un alto riesgo o diagnóstico clínico, someter al afectado a consejería y test genéticos, con seguimiento y estudio adecuado de sus familiares. A continuación se abordarán el cáncer gástrico y de colon hereditarios.

**Materiales y métodos:** Se realizó una revisión bibliográfica extensa sobre el tema.

**Resultados:** El Cáncer difuso gástrico hereditario (CDGH) obedece a una mutación del gen CDH1 con penetrancia de 75%, asociado a un 39% de riesgo de desarrollo de cáncer de mama lobulillar. Se recomienda la gastrectomía total profiláctica en general, pero en pacientes muy jóvenes se podría realizar control endoscópico cada 6- 12 meses. Además se recomienda a las mujeres realizarse una

mamografía y RNM anual a partir de los 25 años. En cuanto al cáncer colorectal (CCR) Se han identificado alteraciones genéticas en el 5% de los pacientes. Se relaciona con dos síndromes: poliposis adenomatosa familiar (FAP) y el cáncer colon rectal hereditario no poliposo (HNPCC). El primero responde a una mutación del gen APC con penetrancia del 100%. El manejo definitivo de individuos con la mutación es la colectomía cuando la poliposis es difusa o se encuentra algún pólipo mayor a 1 cm, con histología vellosa o displasia severa. Por su parte el HNPCC se debe a una mutación con transmisión autosómica dominante, con penetrancia de 80% y fuerte asociación a cáncer de endometrio.

A los pacientes que presentan la mutación o historia familiar se realiza screening anual con colonoscopia desde los 20-25 años o 10 años previo al diagnóstico de cáncer en el familiar más joven. El beneficio de la cirugía en comparación con el seguimiento sería menos significativo a medida que avanza la edad prefiriéndose la colectomía subtotal antes que la proctocolectomía, en base a la calidad de vida postquirúrgica.

**Discusión:** De acuerdo a la penetrancia de la mutación genética, se considera una conducta de rigor realizar cirugía profiláctica a los portadores de mutaciones, CDH1 y APC. Aún existe discrepancia sobre el rol de la colectomía en pacientes asintomáticos con la mutación propia de la HNPCC.

## CIRUGÍA PROFILÁCTICA EN EL SÍNDROME DE CÁNCER HEREDITARIO: CÁNCER DE MAMA Y MEDULAR DE TIROIDES.

*Drs. A. Jugó<sup>1</sup>, V. Vial<sup>2</sup>, F. Martabid<sup>3</sup>, R. Sepúlveda<sup>4</sup>*  
1,2,3: Internas 7° año Universidad de Los Andes;  
4: Jefe de cirugía HOSMIL

Universidad de los Andes, Santiago, Chile.  
Hospital Militar de Santiago, Santiago, Chile

**Introducción:** El cáncer constituye la segunda causa de muerte en Chile, como también en Estados Unidos. Aproximadamente el 5-10% tendría una base genética, existiendo condiciones clínicas determinadas que orientan a cánceres hereditarios. En este trabajo se abordará el rol de la cirugía profiláctica en los cánceres hereditarios de mama (CM), y medular de tiroides (CMT).

**Materiales y métodos:**

Se realizó una revisión bibliográfica extensa sobre el tema.

**Resultado:** 5-10% de los cánceres de mama tienen predisposición genética siendo sus genes más representativos son el BRCA 1 y 2 asociados también a mayor riesgo de cáncer de ovario. Como cirugía profiláctica se cuenta con mastectomía profiláctica bilateral o contralateral con reducción del riesgo de CM cercana al 90% y la salpingo-ooforectomía que reduciría el riesgo de CM en 50% y el de ovario en 95%.

El cáncer (CMT) corresponde al 5% a 8% de los cánceres de tiroides, 20% hereditario de transmisión autosómica dominante, es agresivo y no responde



al tratamiento. La mutación asociada es la del proto-oncogén RET, con penetrancia de 100%. La Tiroidectomía profiláctica representa el único tratamiento eficaz y curativo.

Conclusión: La cirugía profiláctica, ha demostrado importante disminución del riesgo de cáncer en mama, y tiroides, sin embargo esta conducta involucra complicaciones inherentes al acto quirúrgico y propias del paciente. De acuerdo a la penetrancia de la mutación genética, se considera una conducta de rigor realizar cirugía profiláctica a los portadores de mutaciones del protooncogén RET (cáncer medulas de tiroides) pero aún existe discrepancia sobre el rol de la salpingooforectomía en las portadoras de la mutación BRCA.

#### CÁNCER GÁSTRICO EN PACIENTE EMBARAZADA. REPORTE DE UN CASO.

*Drs. C. Canales<sup>1</sup>, A. Jiménez<sup>2</sup>, S. Pacheco<sup>2</sup>, M. Santamarina<sup>3</sup>, A. Acevedo<sup>4</sup>*

<sup>1</sup> Cirujano, Servicio de Cirugía, Hospital Dr. Eduardo Pereira.

<sup>2</sup> Residente de Cirugía General, Universidad de Valparaíso.

<sup>3</sup> Radiólogo, Hospital Dr. Eduardo Pereira.

<sup>4</sup> Oncólogo médico, Hospital Carlos Van Buren. Hospital Dr. Eduardo Pereira, Hospital Carlos Van Buren, Universidad de Valparaíso.

Introducción: El diagnóstico del cáncer gástrico durante el embarazo es extremadamente raro, incluso en Japón que tiene las tasas más altas de esta patología se desarrolla en sólo 0,016% de las embarazadas. Generalmente se encuentra avanzado al momento del diagnóstico y el pronóstico generalmente es ominoso.

Caso clínico: Paciente de sexo femenino de 33 años de edad que ingresó a urgencia por cuadro de dolor abdominal de probable origen biliar. En exámenes preoperatorios destacaba hematocrito de 29%. En la anamnesis dirigida se constató baja de peso 21 kg y epigastralgia de 2 meses de evolución. Se solicitó endoscopia digestiva alta que reveló a nivel gástrico extensa lesión ulcerada de bordes duros e irregulares, que se extiende por la curvatura menor hasta el pliegue angular. La biopsia informó carcinoma de células en anillo de sello. Se realizó estudio de etapificación, al TAC se objetivó útero grávido con feto único en su interior, la ecografía transvaginal confirmó feto en gestación de 15 semanas, paciente refería desconocer fecha de última regla. No se evidenció diseminación. Se evaluó paciente en comité de ética y reunión digestivo oncológica. Se decidió tratamiento con quimioterapia neoadyuvante. Inició tratamiento en Agosto de 2011 con Oxiplatino, Fluoracilo y Leucovorina. Endoscopia de control de Octubre de 2011 similar a la anteriormente realizada. En Noviembre del 2011 inició trabajo de parto espontáneo a las 36 semanas de gestación. El recién nacido pesó 3,150 kg y midió 49 cm con apgar 9/9. En Enero del 2012 se realizó Gastrectomía Total + D2 que demostró lesión tumoral de 5x5 cm a nivel de la curvatura menor en cuerpo gástrico. La biopsia confirmó cáncer gástrico corporal

avanzado, Ulcerado Bormann III, tipo carcinoma de células en anillo de sello, que invadía todo el espesor de la pared gástrica y raíz de epiplón menor, sin compromiso de bordes quirúrgicos. Paciente evoluciona favorablemente, siendo dada de alta al séptimo día postoperatorio. Control a 6 meses con TAC sin recidiva locoregional.

Discusión: Se presenta el caso de una paciente embarazada en la cual se diagnosticó cáncer gástrico debido a su epigastralgia persistente, baja de peso y anemia. En nuestro caso tras reuniones con el comité de ética y digestivo oncológica se decidió realizar quimioterapia neoadyuvante con el fin de tratar a la madre en una primera instancia, previo a la cirugía planificada en el período postparto.

#### CÁNCER MEDULAR DE TIROIDES. EXPERIENCIA QUIRÚRGICA EN 10 AÑOS

*Drs. D. Pulgar, F. León, J. Jans, M. Petric, A. León, M. Camus, I. Goñi, F. Domínguez, N. Droppelmann, R. Claire y H. González.*

Departamento de Cirugía Oncológica, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: El cáncer medular de la tiroides (CMT) comprende entre el 3 a 4% de todos los cánceres tiroideos. Es un tumor neuroendócrino que se diferencia hacia células parafoliculares productoras de calcitonina. Puede presentarse como componente de neoplasias endocrinas múltiples (NEM), pero en el 80% de los casos son esporádicos.

Objetivo: Describir las características clínicas, anatomopatológicas y experiencia de nuestro centro en el tratamiento de los pacientes con CMT. Material y Método: Estudio retrospectivo descriptivo. Se revisaron los registros clínicos de los pacientes con diagnóstico de CMT tratados en el Hospital Clínico de la Universidad Católica entre enero del 2002 a junio de 2012. Se registraron variables demográficas y clínicas, análisis de sobrevida y recurrencia. El análisis estadístico se realizó en SPSS 15.0.

Resultados: Durante el período descrito se intervinieron 26 pacientes, 19 mujeres (73%) y 7 hombres. El promedio de edad fue 48 años (16 a 81 años). El tamaño promedio del tumor fue de 2.1 cm, siendo multifocal en 2 pacientes. La principal forma de presentación fue aumento de volumen cervical (42.3%). Ningún paciente presentó antecedentes familiares de CMT. Se realizó diagnóstico preoperatorio por punción con aguja fina (PAF) en 19 pacientes, realizándose tiroidectomía total más disección cervical en el 84% de los pacientes (16/19). En los 3 casos en que no se realizó disección cervical los valores preoperatorios de calcitonina y Antígeno carcinoembrionario (CEA), eran normales. En los 7 pacientes en que el diagnóstico se realizó en forma diferida (biopsia de pieza quirúrgica), dos de ellos, fueron sometidos a disección linfática cervical; Dos pacientes presentaron carcinoma papilar asociado, por lo que recibieron radioyodo como tratamiento adyuvante. Siete pacientes (27%) presentaron metástasis linfáticas, que afectaron a grupos ganglionares ipsilaterales al tumor. Tres de

los cuales mantuvieron calcitonina persistentemente elevada en el post operatorio. Tres pacientes desarrollaron enfermedad recurrente clínica, en 2 de los cuales se realizó re-exploración cervical. La mediana de seguimiento de esta serie 50 meses (2-120 meses). No se registró mortalidad secundaria a CMT.

Conclusiones: EL CMT es un tumor raro cuyo tratamiento de elección es la cirugía. El 100 % de nuestra serie corresponde a la forma esporádica.

EXPRESION DEL GEN HER2/neu EN  
CANCER GASTRICO EN CHILE.  
*Drs. I Roa, J Slater, D Carvajal, T Sanchez, S  
Lantadilla, G de Toro, R Ares, Majlis A, K Schalper,  
J Leon, X de Aretxabala.*

Servicios de Anatomía Patológica Clínica Alemana de Santiago, Clínica Alemana de Temuco, Hospital Padre Hurtado, Hospital de Puerto Montt. Departamento Cirugía Clínica Alemana de Santiago. (Proyecto Convenio Internacional MD Anderson Clínica Alemana) (Proyecto Clínica Alemana de Santiago Convenio Internacional MD Anderson)

Introducción: el cáncer gástrico continúa siendo el tumor maligno con mayor mortalidad en nuestro país. En los últimos años se ha demostrado que la sobreexpresión del gen HER2/neu, en un grupo de cánceres gástricos los hace candidatos a recibir tratamientos adyudantes con anticuerpos monoclonales como el Trastuzumab.

Objetivo: determinar la frecuencia de sobreexpresión del gen HER2/neu en cánceres gástricos avanzados y relacionar los hallazgos con algunas variables clínicas y patológicas.

Material Y Método: se seleccionaron muestras representativas en piezas de gastrectomías en 108 cánceres gástricos avanzados. Se reconocieron tres patrones histológicos principales (difuso, intestinal

y mixto). Se realizó técnica de inmunohistoquímica automatizada con anticuerpo monoclonal c-erB-2 (NCL-356) Novocastra. La evaluación de la tinción positiva fue realizada por dos patólogos en forma independiente utilizando las guías de consenso propuestas por Hoffman et al. Se consideró como positivo a la tinción de membrana lateral o basolateral en más del 10% de las células tumorales identificable a baja magnificación.

Resultados: el grupo estaba constituido por 76 hombres y 32 mujeres con promedios de edades de 66,6 años y 62,6 años (DS 13,4 y 11,6 años respectivamente). Los tumores estaban localizados en el 45,4% en el cuerpo, 38% en el antro, 13% en el cardíaco y 3,7% en el fondo gástrico. En el 42% de los casos la tinción inmunohistoquímica fue negativa, en el 14% 1+; 32% 2++, y en el 13% 3+++ o positivo (14 casos). Sólo los tumores de tipo intestinal y mixto mostraron positividad. De los 19 tumores difusos (18% del total de casos), ningún caso fue positivo (0%), en cambio, el 20% (12 de 60 casos) de los de tipo intestinal fueron positivos y el 6,3% de los tumores mixtos. Es decir, del total de 14 casos positivos, el 86% eran tumores de tipo intestinal. La positividad fue más frecuente en hombres (15%) que en mujeres (6,3%), sin embargo estas diferencias no fueron significativas. Conclusiones: se observa una sobreexpresión inmunohistoquímica del gen HER2/neu, en el 13% de los cánceres de los cánceres gástricos avanzados en este estudio. La positividad se demostró en los de tipo intestinal (20%) y mixtos (6,3%), predominantemente en hombres. Es requerida la validación de estos resultados mediante técnicas de hibridación in situ (FSIH), en consideración a que un tercio de los casos el estudio inmunohistoquímico se debe considerar como un resultado equívoco. (Proyecto Clínica Alemana de Santiago Convenio Internacional MD Anderson)

## Poster: CABEZA Y CUELLO

SINDROME DE MUIR TORRE ,  
PRESENTACION DE 2 CASOS CLINICOS  
*Drs. O. Zambrano, M. Buchholtz, M. Veloso O, C.  
Bustamante .*  
Instituto Nacional del Cáncer ,Santiago de Chile.

El Síndrome de Muir Torre corresponde a una genodermatosis autosómica dominante, que asocia carcinomas cutáneos de tipo sebáceo con tumores viscerales, especialmente colónicos, por lo que al mismo tiempo es un subgrupo de los pacientes portadores de Cáncer colorrectal no polipósico o Síndrome de Lynch. Se trata de una patología con pocos casos reportados en la literatura, cuya real incidencia es desconocida. En general tiene un comportamiento muy agresivo , en un 25% de los casos las lesiones cutáneas pueden anteceder a las neoplasias internas. Actualmente el aporte de técnicas de inmunohistoquímica permite contar con diagnóstico de certeza. El objetivo del trabajo es presentar 2 casos clínicos manejados en nuestro servicio .

Caso 1: Hombre de 47 años, que consulta en octubre de 2006, con antecedente de hemicolectomía derecha por cáncer de ciego a los 35 años de edad, consulta por aumento de volumen cutáneo en la región lumbar izquierda, se realiza biopsia excisional de la lesión, que informó un carcinoma sebáceo con bordes comprometidos. En enero de 2007, se realiza ampliación de márgenes más ganglio centinela, los que resultan negativos. Colonoscopia de control es normal. Se mantiene en seguimiento, desde agosto de 2007 a Marzo 2012, registra 9 nuevas lesiones cutáneas, cuyas biopsias informan tumores de estirpe sebáceo, varios de ellos con patrón metastásico, todas ellas se manejan con cirugía . Hasta la fecha sin evidencia de compromiso visceral, ni de recidiva colónica.

Caso 2: mujer de 47 años, con antecedente de padre con cáncer de colon, que consulta en febrero de 2005 por baja de peso asociado a masa palpable región umbilical. Estudio revela un tumor del colon transverso, se opera, biopsia quirúrgica informa adenocarcinoma, T4N0/25M0, recibe 6 ciclos de quimioterapia adyuvante ,durante el último ciclo de QT se pesquisa nódulo cutáneo dorsal, cuya biopsia informa un carcinoma sebáceo, con márgenes comprometidos. Se asocia aparición de adenopatía cervical única. Se realiza ampliación de márgenes, más biopsia ganglionar ,la que resulta positiva para metástasis de carcinoma sebáceo. Se completa disección cervical asociando radioterapia adyuvante. Evoluciona en buenas condiciones, inicia seguimiento sin presentar recidiva hasta la fecha.

Discusión: Los casos reportados reflejan el comportamiento agresivo de los tumores sebáceos en el contexto del Síndrome de Muir Torre, lo cual exige tratamiento oportuno , así como mantener a

estos pacientes en seguimiento estrecho, por otra parte, es importante realizar estudios de pesquisa en familiares consanguíneos directos , especialmente en aquellos que debutan con lesiones cutáneas.

TUMOR DEL ESPACIO PARAFARÍNGEO:  
ABORDAJE, RESULTADO Y REVISIÓN DEL  
TEMA.

*Drs. R. Yáñez, F.J. Loyola, J. Cornejo, D. Alcocer,  
G. Tapia.*  
Cirugía de Cabeza y Cuello. Servicio de Cirugía.  
Hospital Dr. Sótero del Río.

Introducción: Los tumores del espacio parafaríngeo representan menos del 1% de los tumores de cabeza y cuello, sobre el 80% son benignos y provienen principalmente de la glándula parótida, glándulas salivales accesorias y tumores de origen neurogénico: Schwannomas y Paragangliomas. Este espacio con forma piramidal de base invertida, cuyas paredes son base de cráneo, pared bucofaringea, rama ascendente mandibular y columna cervical, alberga estructuras musculares pterigoideas y neurovasculares relevantes (Carótida, vena yugular interna, arteria maxilar interna, ramo simpático cervical y nervios craneanos IX, X, XI y XII) presentando un desafío complejo al momento de su abordaje. Se ha descrito básicamente cuatro tipos de abordaje quirúrgico: Transoral, Transcervical, Transparotideo y Transmandibular. El tipo de abordaje debe considerar el tamaño tumoral, ubicación en relación a apófisis estiloides y malignidad tumoral. Objetivo: Presentar el caso clínico de un paciente con un tumor del espacio parafaríngeo, abordaje, resultado obtenido y revisión del tema. Paciente y método: Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino, de 60 años de edad, con una masa cervical izquierda de 6 meses de evolución, con disfagia progresiva y alteración de la voz por compromiso orofaríngeo izquierdo. El estudio de imágenes con TAC y RM muestran tumor de 8 cm de diámetro que ocupa el espacio pterigoideo maxilar izquierdo, parafaríngeo izquierdo con abultamiento de la pared lateral orofaríngea y que desciende en el cuello hasta la altura del cartílago tiroideos. La PAAF revela un tumor mioepitelial con probable origen en glándula salival sin diferenciar naturaleza maligna. Resultado: Se planifica cirugía resectiva mediante un abordaje mixto Cervicoparotideo-transmandibular, realizando una parotidectomía suprafacial, mandibulotomía mediolateral izquierda anterior al nervio dentario inferior y posterior osteosíntesis mandibular con 2 placas 2.0. El paciente evoluciona en forma favorable, no presenta déficit neurológico secundario, sin trastorno del lenguaje, apertura bucal normal reiniciando alimentación oral al 5° día post operatorio y es dado de alta al 10° día. Discusión: La elección del abordaje es fundamental para lograr un resultado

satisfactorio, es decir, la resección tumoral completa minimizando la comorbilidad asociada, para esto se requiere una planificación preoperatoria adecuada basada en estudio de imágenes idealmente RM y TAC y con estudio histológico compatible siempre que sea posible obtenerlo.

MELANOMA CUTÁNEO, CASUÍSTICA ANATOMÍA PATOLÓGICA HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE  
*Drs. C.Morales<sup>1</sup>, interno B.Villalobos<sup>2</sup>, interna C.Bulboa<sup>2</sup>*

Servicio Anatomía patológica Hospital Clínico Universidad de Chile<sup>1</sup>, Universidad de Chile<sup>2</sup>

**Introducción:** El Melanoma Maligno (MM) corresponde al 3er cáncer cutáneo más frecuente en Chile y su incidencia mundial va en aumento. Es sabido que dentro de los factores de riesgo para desarrollar un MM se encuentran factores genéticos y ambientales, sin embargo los factores pronósticos de sobrevida están estrechamente relacionados con la histología del melanoma, más que con las características de sus factores de riesgo. **Objetivo:** El objetivo de este trabajo corresponde a establecer una relación entre los factores histológicos pronósticos más importantes según la literatura y los resultados de nuestra casuística.

**Material y método:** Estudio retrospectivo descriptivo donde se revisaron fichas e informes de biopsia de 59 pacientes con diagnóstico histológico confirmado de Melanoma Cutáneo entre los años 2005 y 2010, registrándose datos de relevancia para el pronóstico de sobrevida según la literatura. Los datos obtenidos fueron tabulados y expresados porcentualmente en gráficos de torta para su posterior análisis. **Resultados:** Con promedio de aparición de 56,6 años, el 59% de los melanomas cutáneos correspondió a mujeres. El 61% del total correspondió a infiltrantes, con un 25% > 4 mm. de espesor y un promedio de 2,58 mm. El 73% de todos los melanomas presentó > 5 mm. de diámetro, con un promedio de 11,1 mm.; sin embargo se encontró que la mayoría no presentó permeación vascular, invasión perineural ni compromiso de bordes en la muestra (92%, 97%, 80% respectivamente). **Conclusión:** Los melanomas cutáneos tienen factores pronósticos reconocidos claramente en la literatura y de acuerdo a nuestra experiencia y los resultados de nuestra casuística, en un gran porcentaje se pesquisan en estadios avanzados. Por esto, las políticas de salud frente al tema deben ir enfocadas a prevenir los factores de riesgo, favorecer la pesquisa precoz y disminuir así su diagnóstico en estadios avanzados.

SARCOMA HISTIOCÍTICO VERDADERO, REPORTE DE UN CASO

*Drs. Jeanne Marie Chehadé<sup>1</sup>, Sara Mir C.<sup>1</sup>, Adolfo Cruz<sup>1</sup>, Jorge Torres<sup>1</sup>, Mario Rodríguez<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía, Unidad de Oncología y Patología Mamaria, Hospital Barros Luco  
<sup>2</sup>Becada Cirugía Universidad de Chile, Unidad de Oncología y Patología Mamaria, Hospital Barros Luco.

Hospital Barros Luco Trudeau, Servicio de Cirugía, Unidad de Oncología y Patología Mamaria.

**Introducción:** El Sarcoma histiocítico (SH) o linfoma histiocítico maligno, es una neoplasia maligna infrecuente de presentación clínica avanzada y con un curso agresivo en la mayoría de los casos. Descrito en adenopatías, piel y otros sitios extranodales en la literatura internacional, en la literatura nacional sólo hay descrito un SH cutáneo.

De difícil diagnóstico sin inmunohistoquímica, en el pasado se confundió con linfomas B difusos de células grandes, linfomas anaplásticos de células grandes y melanomas.

Presentamos el caso de un paciente en el que el SH se presentó inicialmente como un tumor de muslo, con diagnóstico inicial de lipoma, que a los hallazgos imagenológicos e histológicos posteriores se diagnosticó un sarcoma histiocítico.

Se discuten los aspectos clínicos, radiológicos y terapéuticos de esta patología de acuerdo a la literatura actual.

LINFOMA TIROIDEO: REPORTE DE UN CASO

*Drs. I. Obaid<sup>1</sup>, G. Castro<sup>1</sup>, T. Desenzani<sup>2</sup>, J. Moran<sup>3</sup>*

1. Medico Becado Universidad de Chile, Servicio de Cirugía Hospital San Juan de Dios; 2. Interno Medicina Universidad de Chile, Servicio de Cirugía Hospital San Juan de Dios; 3. Staff Servicio de Cirugía Cabeza & Cuello Hospital San Juan de Dios.  
Linfoma Tiroideo: Reporte De Un Caso

El linfoma tiroideo es una patología muy infrecuente. Corresponde a 0,04% de los bocios operados, 1%-5% de los cánceres tiroideos y menos de 2% de los linfomas. La mayoría corresponde a linfoma no Hodgkin, siendo mayoritariamente de células grandes, estirpe B. Su diagnóstico presenta dificultades importantes, dada su baja incidencia y la ausencia de características clínicas específicas, tendiendo a confundirse clínicamente con el cáncer anaplástico de tiroides y citológicamente con la tiroiditis de Hashimoto. Para catalogar un LT como primario, debe afectar exclusivamente la glándula tiroides y eventualmente los linfonodos regionales, siendo esencial descartar enfermedad primaria en otra ubicación. El tratamiento de los LT incluye radioterapia, quimioterapia o ambos. La cirugía se indica en casos seleccionados, para obtener una muestra satisfactoria de biopsia o descomprimir la tráquea u otros órganos cervicales.

**Caso:** Mujer de 41 años proveniente de Ecuador, con antecedentes poco claros de una Tiroidectomía sub-total en el año 2000 por Linfoma. Recibió quimioterapia y radioterapia. Evaluada en Chile por equipo de Endocrino y de Cirugía Cabeza y Cuello. TSH 9,8 HTO 40% Hb 14 Leucocitos 8600 VHS 28 Calcio 8,9 BUN 10,3 Creatinina 0,58. Derivada por disfonía, disfagia lórica y disnea. Espirometría en rango normal. NFC: parálisis cuerda vocal izquierda y paresia cuerda vocal derecha. Rx Tórax normal. Al examen físico destaca masa palpable de aprox. 4 cm de diámetro en región cervical izquierda, adenopatías (-). Ecografía 2010: LTD ausente. Isthmo y LTI son muy hipoeogénicos y vascularizados no se logran delimitar los nódulos. Adenopatías (-).

Aspecto de tiroiditis crónica. TAC cuello (Fig. 1): A nivel cervical inferior en localización pre y para traqueal izquierda se aprecia una masa que mide 2,9 x 3,8 en sus ejes axiales que presenta densidad heterogénea y calcificaciones en su interior. Adenopatías (-). TAC abdomen normal. Agosto 2011 exploración quirúrgica encontrándose LTD ausente y LTI multinodular intimamente adherido a músculos pre tiroideos de aspecto encefaloideo al corte, con múltiples linfonodos de aspecto patológico en territorio recurrential. (Fig. 2 y 3). Llama la atención la gran cantidad de ligaduras de ethibond 0 en rafe y en región pre tiroidea. Nervio recurrente izquierdo impresionado por tumor y con varias ligaduras de ethibond vecinas. Se realiza lobectomía casi total izquierda intentando conservar tejido peri paratiroideo + Bp linfonodo yugular inferior. Patólogo informa en pabellón: extendido celular constituido principalmente por linfonodos pequeños de núcleos redondos y homólogos. Sin evidencia de malignidad. Biopsia definitiva: LNH tiroideo.

**RESECCIÓN Y EVOLUCIÓN POST QUIRÚRGICA CON TÉCNICA DE COLGAJO TIPO MUSTARDÉ: REPORTE DE UN CASO**  
*Drs. I. Obaid<sup>1</sup>, G. Castro<sup>2</sup>, T. Desenzani<sup>3</sup>, J. Moran<sup>3</sup>*  
1. Médico Becado Universidad de Chile, Servicio de Cirugía Hospital San Juan de Dios; 2. Interno Medicina Universidad de Chile, Servicio de Cirugía Hospital San Juan de Dios; 3. Staff Servicio de Cirugía Cabeza & Cuello Hospital San Juan de Dios.

**Introducción:** El carcinoma basocelular es el más frecuente de todas las neoplasias malignas de la piel, constituye aproximadamente el 70% de ellas. Se encuentra en zonas expuestas al sol. El 80% de los casos se localiza en cabeza y cuello y 15% en hombros, espalda y tórax. Más frecuente en hombres y adultos mayores. Factores causales son: luz ultravioleta tipo B, radiaciones, irritación crónica como los asociados a dermatitis en extremidades, trasplantados renales, inmunodepresión primaria y secundaria. Puede presentarse como pápula, nódulo o úlcera; a veces, es quístico, pigmentado o como placa. Cuando el tumor alcanza el borde palpebral o se encuentra adherido al tarso, se requiere la resección del párpado en su espesor total. La reconstrucción de los defectos palpebrales de espesor total precisan de una capa cutánea externa, una capa mucosa interna y un soporte esquelético entre ambos. La técnica quirúrgica empleada para reconstruir el defecto palpebral secundario a la exéresis de un tumor con márgenes oncológicos adecuados depende fundamentalmente del tamaño y del espesor de la pérdida de sustancia. En estos casos, la técnica de elección, que describimos con un caso a continuación, es la del injerto con un colgajo de rotación de la mejilla o técnica de Mustardé.

**Caso:** Masculino, 56 años sin antecedentes mórbidos. Consulta por lesión en región nasogeniana izquierda, la cual se biopsia dando como resultado Ca. Basocelular. (Figura 1) Se programa cirugía con colgajo de avance para cubrir defecto tras resección. (Figura 2 y 3) Se realiza bajo anestesia general,

colgajo tipo mustardé. Evolución favorable a las horas de la cirugía y en días próximos. Colgajo vital a la semana (Figura 4 y 5) A las 3 semanas menos edema y colgajo 100% vital (Figura 6 y 7). **Discusión:** En conclusión, el injerto condromucoso nasal combinado con un colgajo de rotación de la mejilla o técnica de Mustardé, representa en la actualidad el procedimiento quirúrgico de elección para reparar los defectos de espesor total del párpado inferior comprendidos entre la mitad y la totalidad del mismo ya que restaura el recubrimiento mucoso, proporciona soporte cartilaginoso y asegura una adecuada cobertura cutánea. En ausencia de complicaciones, el resultado funcional y estético es muy satisfactorio.

**NEOPLASIA FOLICULAR DE TIROIDES: INCIDENCIA LOCAL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS**

*Drs. I. Obaid<sup>1</sup>, C. Moyand<sup>1</sup>, G. Castro<sup>1</sup>, T. Desenzani<sup>2</sup>, M. Marino<sup>3</sup>, L. Inzunza<sup>3</sup>, R. Volpato<sup>3</sup>, J. Moran<sup>3</sup>*  
1. Médico Becado Universidad de Chile, Servicio de Cirugía Hospital San Juan de Dios; 2. Interno Medicina Universidad de Chile, Servicio de Cirugía Hospital San Juan de Dios; 3. Staff Servicio de Cirugía Cabeza & Cuello Hospital San Juan de Dios.

**Introducción:** El cáncer de tiroides representa el 1% del todo los cánceres y es el más frecuente dentro de la patología endocrina. Dentro de su clasificación los carcinomas diferenciados son los de presentación más frecuente con incidencia ajustada a la edad de 0.9-5.2 por 100000 habitantes por año. El ca folicular se presenta en el 5-20% de los carcinomas diferenciados y su frecuencia aumenta en regiones carentes de yodo. Las tasas de mortalidad de relacionadas con el carcinoma folicular son menos favorables que el carcinoma papilar, debido en parte a que el porcentaje de pacientes que se presentan en estadios más tardíos es mayor. Sin embargo el pronóstico de sobrevivida a 10 años se encuentra alrededor del 90% lo que permite seguimientos prolongados de los pacientes, reportándose en seguimientos locales de 5 a 35 años tasas de 82% y 54% respectivamente. Todos los cánceres de tiroides bien diferenciados deberán ser extirpados quirúrgicamente, variando la amplitud de la resección según el estadio en que se encuentre la enfermedad y la presencia de factores de mal pronóstico, tales como edad, tamaño del tumor, presencia de metástasis a distancia, histología y resección incompleta del tumor.

**Metodología:** Se realizó una revisión retrospectiva de todas las cirugías realizadas en el servicio entre Abril del 2004 y Junio del 2011. En este periodo se realizaron en total 611 tiroidectomías. De éste total se analizaron cuantas tenían el diagnóstico preoperatorio histológico de Neoplasia Folicular. Además se analizó el género y la edad de los pacientes afectados.

**Resultados:** De un total de 611 pacientes a los que se le realizaron tiroidectomías, el 18.3% tenían el diagnóstico de neoplasia folicular. El rango de edad entre los pacientes operados fue 12-83 años, con

un promedio de 49.7 años. El género femenino representó un 97.3% de los pacientes operados, encontrándose solo 3 hombres en un universo de 112 pacientes.

Discusión: Los nodulos coloideos representan las lesiones más frecuentes de la glándula tiroidea. Pueden simular todo tipo de nodulos, incluyendo neoplasias foliculares y cánceres. En nuestra experiencia la neoplasia folicular de tiroidea ocupa un porcentaje importante entre la población siendo categoricamente más prevalente en mujeres y en etapas intermedias de la vida.

#### TU PILAR PROLIFERANTE: REPORTE DE UN CASO

*Drs. I. Obaid, T. Desenzan, G. Castro, J. Morán*  
1. Médico Becado Universidad de Chile, Servicio de Cirugía Hospital San Juan de Dios; 2. Interno Medicina Universidad de Chile, Servicio de Cirugía Hospital San Juan de Dios; 3. Staff Servicio de Cirugía Cabeza & Cuello Hospital San Juan de Dios.

Los tumores pilares proliferantes son neoplasias raras generalmente localizadas en el cuero cabelludo que exhiben características de quistes pilares pero presentan una proliferación epitelial extensa con atipia citológica variable y actividad mitótica. Los tumores pilares proliferantes son usualmente benignos aunque caracterizados por frecuentes recurrencias locales. Sin embargo existen reportes de tumores proliferantes malignos. Presentamos el caso de una mujer con diagnóstico de tumor pilar proliferante.

Caso: Paciente mujer de 85 años, viuda, sin antecedentes mórbidos, con antecedentes quirúrgicos de cirugía por una úlcera gástrica sangrante hace 25 años, y cataratas bilaterales hace 4 años. Tabaco (-) OH (-) Alergias (-) Medicamentos de uso habitual (-). Hace 5 años paciente nota aumento de volumen en zona occipital izquierda, liso, blando, de 3 cm de diámetro aproximadamente, no doloroso, sin signos inflamatorios solo pruriginoso. Se mantiene con estas características por aproximadamente 4 años, con crecimiento constante hasta llegar a 6,5 cm de diámetro. En los últimos 6 meses, en relación a un pequeño trauma, rompe con un broche metálico el tumor, y se comienza a formar costra, que va aumentando de tamaño hasta cubrir completamente la superficie del tumor, presentando secreción purulenta. Nunca caracteriza la lesión como dolorosa, solo pruriginosa. Esto la lleva a consultar, y el 30 de diciembre del 2011 se toma biopsia que muestra un tumor pilar proliferante. La paciente nunca presentó síntomas constitucionales ni adenopatías.

Lesión en cuero cabelludo sollevada de 6,5 por 6 cm por 2 de altura, bordes netos, base eritematosa sobre superficie la cubre una gruesa costra con supuración purulenta, no dolorosa a la palpación, piel circundante a lesión sin alteraciones. Resto examen sin alteraciones, paciente no presenta adenopatías cervicales, axilares, o inguinales. Discusión: Existen dos subtipos de tumores pilares proliferantes: el quiste epidérmico proliferante y el quiste triquilemal proliferante, ambos con posibilidad

de transformación maligna. Este último, es la variante más frecuente, predomina en las mujeres (71-84%) entre la cuarta y la octava década de la vida. Es más común en el c.cabelludo (78-90%). El quiste epidérmico proliferante se presenta más frecuentemente en los hombres. La transformación maligna puede ocurrir hasta en el 20%. Se debe sospechar malignidad cuando el tumor se localiza en sitios diferentes al cuero cabelludo, tiene historia de crecimiento rápido, un diámetro mayor de 5 cm, crecimiento infiltrativo y marcada atipia citológica.

#### ANGIOSARCOMA CRANEOFACIAL, A PROPOSITO DE UN CASO.

*Drs. G. Castro, I. Obaid, J. Morán*

1. Residente Cirugía Universidad de Chile, Servicio de Cirugía, Hospital San Juan de Dios 2. Jefe de Equipo Cabeza y Cuello, Servicio de cirugía Hospital San Juan de Dios.

El Angiosarcoma de cara y cuero cabelludo corresponde a un tumor infrecuente, muy agresivo, que afecta a principalmente a hombres de avanzada edad. Se origina en el endotelio de los vasos sanguíneos. Presenta una evolución desfavorable con supervivencia menor a 15% a 5 años. Una de sus principales características es la gran extensión que alcanza mucho más de lo que clínicamente se ve. Las posibilidades terapéuticas son la cirugía radical de la lesión en el caso que fuera posible asociado a radioterapia. Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 81 años, proveniente del sector rural de la región metropolitana, el cual consultó por lesión costrosa en cuero cabelludo en la región temporoparietal izquierda, asociado a lesiones vesiculares tipo hemangioma en hemicara ipsilateral de 1 mes de evolución. Al examen físico la lesión en cuero cabelludo era de 6 x 4 cm de largo, deprimida y adherida a planos profundos. Las lesiones faciales eran vesiculares con contenido hemático, las cuales exudaban en forma constante. En las proximidades se encontraba la piel con equimosis superficial. Se toma Biopsia incisional de lesión de cuero cabelludo con porción de piel sana. Evaluado en conjunto con Staff de Dermatología, impresiona Melanoma versus Angiosarcoma. El paciente presenta en forma espontánea Neumotórax izquierdo. Se Realiza TC Cabeza, cuello y tórax. Evidenciando extensa lesión infiltrante desde cuero cabelludo hasta región cervical, comprometiendo parótida y vasos yugulares. Con múltiples adenopatías necróticas. En tórax destaca neumotórax probablemente secundario a daño pulmonar crónico sin evidencia de implantes secundarios. Se realiza pleurostomía. Se discute caso en conjunto con equipo y familia, evaluando según la biopsia inicio de radioterapia dado que no es candidato a cirugía por la extensión de la lesión. La biopsia diferida muestra proliferación de vasos sanguíneos irregulares revestidos por células endoteliales atípicas compatible con Angiosarcoma moderadamente diferenciado. Se conversa con familia y dado el estado clínico del paciente solicitan el alta, falleciendo el paciente al día siguiente en su casa.

## RESOLUCIÓN Y MANEJO CONSERVADOR DE UNA FÍSTULA LINFÁTICA CERVICAL. A PROPOSITO DE UN CASO.

*Drs. L. Rendón<sup>1</sup>; A. Rendón<sup>2</sup>; M. Siso<sup>3</sup>.*  
<sup>1</sup>Residente Interina Rotatorio del Hospital IVSS Uyapar.

<sup>2</sup>Residente 2° año Postgrado de Cirugía del Hospital IVSS "Dr. Raúl Leoni Otero"

<sup>3</sup>Adjunto Servicio Cirugía General. Hospital IVSS Uyapar.

Institucion: Hospital IVSS Uyapar, Puerto Ordaz, Estado Bolívar. Venezuela

Objetivo: Presentar un caso clínico en el manejo de una fístula linfática cervical.

Ambiente: Servicio de Cirugía General. Hospital IVSS UYAPAR.

Métodos: Revisión de Historia Medica. Se efectúa revisión bibliográfica de la entidad clínica  
Resultados: Se presenta un caso clínico de una paciente de sexo femenino de 23 años de edad con postoperatorio tardío de exeresis de shawnoma benigno cervical quien presento al 9no día de intervención aumento de volumen en región cervical izquierda y salida de secreción de líquido de aspecto lechoso sugestivo de una complicación de fístula linfática cervical, se realiza estudio de la secreción obteniéndose valores elevados de triglicéridos que confirmaban el diagnóstico por lo cual se realizo colocación de dren aspirativo y tratamiento conservador a base de nutrición parenteral total. Se mantuvo tratamiento por 14 días evidenciándose, disminución progresiva de la cantidad de secreción, al 10mo día ausencia de salida de secreción, posteriormente se indica dieta libre observándose curación de la complicacion.

Conclusiones: El shawnoma del cuello es una entidad infrecuente. El diagnóstico preoperatorio es difícil y su tratamiento es la exeresis quirúrgica. La fístula linfática es una complicación considerable que debe ser tratada al inicio de forma conservadora.  
Palabras Claves: Shawnoma benigno, Fístula Linfática, Nutrición Baja en Grasas.

Bibliografía:1.- Fogelman, MJ; Stewart, RD. Penetrating wounds of the neck. *Am J Surg* 1956;91:581

2.-Ríos Bruno, G; Castiglioni, JC; Bergalli, L; Gateño, N; Torterolo, E; Crespo, LE; et al. Heridas de cuello. *Cir Urug* 1974;44(4):225-66

3.- Ayuyao, AM; Kaldezi, YL; Parsa, MH. Penetrating neck wounds. Mandatory versus selective exploration. *Ann Surg* 1985;202:563

## SINDROME KLIPPEL-TRÉNAUNAY, PRESENTACIÓN DE UN CASO.

*Drs C. Moyano<sup>1</sup>, J. Hurtado<sup>1</sup>, P. Arratia<sup>2</sup>, G. Castro<sup>3</sup>, D. Estay<sup>4</sup>, J. Rojas<sup>4</sup>, W. Yanković<sup>5</sup>*

<sup>1</sup>Residente de 2do año HSJD, <sup>2</sup>Medico Cirujano APS, <sup>3</sup>Jefe Cirugía Vasculat HSJD

Universidad de Chile. Hospital San Juan de Dios

Introducción: El Síndrome de Klippel-Trénaunay es una malformación de baja frecuencia con una incidencia aprox. de 1/27500. De causa aun desconocida. Descrita en el año 1900 por 2 investigadores franceses del mismo nombre y que se caracteriza por la triada de malformaciones

capilares, varicosidades atípicas o malformaciones venosas e hipertrofia de tejidos blandos u óseos. Esta establecido que dos de esos síntomas hacen diagnóstico y que cada caso es único, pudiendo exhibir distintos grados de compromiso. Objetivo: Presentar Caso clínico de un adolescente de 16 por su escasa frecuencia y gran impacto en el paciente de sus características clínicas. Caso Clínico: Hombre de 16 años, sin antecedentes familiares de patología vascular, que desde el nacimiento presenta aumento de volumen progresivo y asimétrico de su extremidad inferior derecha asociado a extensa mancha de vino oporto en región lateral de bordes geográficos y múltiples venas varicosas. Policonsultante en últimos 2 años por múltiples episodios de sangrados y ulceración, dolor e importante edema. Manejado con elastocompresión y múltiples hospitalizaciones requiriendo transfusiones. Se realiza angio TC de EElI, evidenciándose en fase venosa, un gran tronco venoso accesorio superficial lateral asociado a una gran perforante a nivel del tercio distal del muslo. Resto de territorio venoso profundo permeable y evidente hipertrofia de tejidos blandos y mayor longitud de huesos largos que pierna contralateral. Se decide hospitalizar, corrección de su anemia severa y resolución quirúrgica, ligándose el tronco venoso accesorio en tres segmentos distintos de la pierna. En el postoperatorio inmediato asociado a la elastocompresión, refiere importante mejoría de síntomas y disminución de edema. En los controles pos alta paciente refiere importante disminución de sus síntomas y disminución de sus episodios de sangrado.

Discusión: El tratamiento del Síndrome de Klippel-Trénaunay va destinado a tratar y prevenir las complicaciones, mejorar la calidad de vida y funcionalidad de los pacientes en lo posible. La cirugía es una alternativa parcial dado a la posibilidad limitada de exéresis cuando hay compromiso del sistema venoso profundo. Como alternativas existe la escleroterapia para la eliminación anatómica y funcional de territorio venoso patológico y el laser para aclaramiento de lesiones o manejo endoscópico, con resultados variables según cada paciente. Se concluye el presentar esta alternativa terapéutica y su resultado para este tipo de presentación de esta patología.

## CIRUGÍA PROFILÁCTICA EN EL SINDROME DE CÁNCER HEREDITARIO: CÁNCER DE MAMA Y MEDULAR DE TIROIDES.

*Drs. A.Jugo<sup>1</sup>, V. Vial<sup>2</sup>, F. Martabid<sup>3</sup>, R. Sepúlveda<sup>4</sup>*  
1,2,3: Internas 7° año Universidad de Los Andes;  
4: Jefe de cirugía HOSMIL

Universidad de los Andes, Santiago, Chile.  
Hospital Militar de Santiago, Santiago, Chile

Introducción: El cáncer constituye la segunda causa de muerte en Chile, como también en Estados Unidos. Aproximadamente el 5-10% tendría una base genética, existiendo condiciones clínicas determinadas que orientan a cánceres hereditarios. En este trabajo se abordará el rol de la cirugía

profiláctica en los cánceres hereditarios de mama (CM), y medular de tiroides (CMT).

Materiales y métodos:

Se realizó una revisión bibliográfica extensa sobre el tema.

Resultado: 5-10% de los cánceres de mama tienen predisposición genética siendo sus genes más representativos son el BRCA 1 y 2 asociados también a mayor riesgo de cáncer de ovario. Como cirugía profiláctica se cuenta con mastectomía profiláctica bilateral o contralateral con reducción del riesgo de CM cercana al 90% y la salpingo-ooforectomía que reduciría el riesgo de CM en 50% y el de ovario en 95%.

El cáncer (CMT) corresponde al 5% a 8% de los cánceres de tiroides, 20% hereditario de transmisión autosómica dominante, es agresivo y no responde al tratamiento. La mutación asociada es la del proto-oncogén RET, con penetrancia de 100%. La Tiroidectomía profiláctica representa el único tratamiento eficaz y curativo.

Conclusión: La cirugía profiláctica, ha demostrado importante disminución del riesgo de cáncer en mama, y tiroides, sin embargo esta conducta involucra complicaciones inherentes al acto quirúrgico y propias del paciente. De acuerdo a la penetrancia de la mutación genética, se considera una conducta de rigor realizar cirugía profiláctica a los portadores de mutaciones del protooncogén RET (cáncer medulas de tiroides) pero aún existe discrepancia sobre el rol de la salpingo-ooforectomía en las portadoras de la mutación BRCA.

#### HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO. EVALUACIÓN PREOPERATORIA Y EVOLUCIÓN POSTQUIRÚRGICA. EXPERIENCIA DE 11 AÑOS.

*Drs. P.Cabane<sup>1</sup>, M.Barberán<sup>2</sup>, J.Aldana<sup>3</sup>, C.Romero<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Departamento de Cirugía, Hospital Clínico U.de Chile <sup>2</sup> Departamento de Endocrinología, Hospital Clínico U.de Chile <sup>3</sup> Interno Medicina U. de Chile Hospital Clínico Universidad de Chile. Universidad de Chile.

Introducción: El hiperparatiroidismo primario (HP) es generalmente sospechado frente al hallazgo de calcemia sobre rangos normales, con niveles de hormona paratiroidea (PTH) elevados o inapropiadamente normales. Su presentación es asintomática en 75-80% de los casos. La proporción mujeres/hombres afectados es 3:1. En pacientes con HP, 80-90% tienen concentraciones plasmáticas elevadas de PTH. Los pacientes sintomáticos tienen indicación quirúrgica y los asintomáticos deben cumplir los siguientes criterios (2002 NIH Workshop on Asymptomatic Primary Hyperparathyroidism developed criteria for surgical intervention): calcemia > 1.0 mg/dL sobre límite superior normal; clearance creatinina <60 mL/min; densidad mineral ósea (DMO) cadera, columna lumbar o radio distal con t score <-2.5 y/o con fractura en hueso patológico; edad < 50 años.

Materiales y métodos: Estudio transversal en pacientes con HP sometidos a paratiroidectomía

entre Mayo 2001 y Febrero 2012 en HCUC. Se revisaron base de datos registrados en fichas clínicas y electrónica. Se dividió a los pacientes en dos grupos, sintomáticos y asintomáticos, siendo sintomáticos pacientes con compromiso urológico (urolitiasis), óseo (fractura en hueso patológico), síntomas generales sugerentes de hipercalcemia sin otra etiología. Resultados: La población fue de 125 pacientes operados, cuya edad promedio fue 55,6 años (rango 17-87); 83,8% de sexo femenino (razón H:M 5:1); asintomáticos 63,2% y 36,8% pacientes sintomáticos. En pacientes sintomáticos, 84,7% presentaban sintomatología urolitiasica; 13% fractura en hueso patológico y 26% síntomas generales. De los pacientes asintomáticos, 55,7% presentaba calcemia >1.0 mg/dL o más sobre el límite superior normal; 1,2% disminución del clearance de creatinina <60 mL/min; 21,5% osteoporosis; 21,5% edad < 50 años. Los promedios de calcemia y PTH preoperatorias fueron 10.4 mg/dl y 538.8 pg/ml; 12 mg/dl y 344.8 pg/ml; 11.67 mg/dl y 415.2 pg/ml para los pacientes sintomáticos, asintomáticos y población total respectivamente. Los valores de PTH intraoperatoria (basal, 15 y 30 minutos postparatiroidectomía) para pacientes sintomáticos fueron 535.9; 80.2 y 53.1 pg/ml respectivamente; para asintomáticos: 331.5; 101.1 y 41.3 pg/ml respectivamente. Los niveles de calcio plasmático evaluados al alta y > 6 meses post cirugía fueron en pacientes sintomáticos 8.7 y 9.5 mg/dl y en asintomáticos 8.81 y 9.38 mg/dl respectivamente. El peso promedio de los adenomas en sintomáticos y asintomáticos fue de 1.16 gr en ambos grupos. Discusión: Podemos observar que el perfil de pacientes operados incluidos en nuestro estudio presentan similar perfil al descrito en literatura internacional. Los sintomáticos tienen mayores niveles de PTH y mayor peso del adenoma, también descrito en la literatura

#### CA PAPILAR DE TIROIDES GIGANTE: REPORTE DE UN CASO

*Drs. I. Obaid<sup>1</sup>, A. Bulboa<sup>2</sup>, T. Desenzan<sup>3</sup>, D. Estay<sup>1</sup>, J. Moran<sup>3</sup>*

1. Medico Becado Universidad de Chile, Servicio de Cirugía Hospital San Juan de Dios; 2. Interno Medicina Universidad de Chile, Servicio de Cirugía Hospital San Juan de Dios; 3. Staff Servicio de Cirugía Cabeza & Cuello Hospital San Juan de Dios.

El cáncer de tiroides es la neoplasia endocrina más frecuente siendo el carcinoma papilar de tiroides el subtipo que representa el 75 - 80% de los casos. Clásicamente se lo ha considerado a este cáncer como de buen. Los nódulos tiroideos pueden encontrarse hasta en un 60% de la población dependiendo de la técnica utilizada. Dado que entre un 0.6 hasta un 12 % pueden ser malignos, algunos estudios ya están alertando acerca de una epidemia de cáncer de tiroides.

Caso: Paciente hombre de 52 años, tabaquico activo sin otros antecedentes mórbidos personales ni familiares, consulta por aumento de volumen cervical progresivo de 10 años de evolución al que se asocia disfonía un año. TC de cuello que muestra: masa cervical anterior que impresiona de origen tiroideo que no se insinúa en el opérculo torácico con



múltiples calcificaciones en el centro y periferia de la masa, desplazando tráquea, esófago, carótida derecha e izquierda, yugular izquierda y vena cava, se asocia a voluminosas adenopatías en cadenas cervicales laterales. Al examen físico: bocio gigante que compromete triángulo central y posterior, mayor a 30 cm de longitud transversal y 10 cm de alto. Biopsia TRUCUT: cáncer papilar de tiroides. Se realiza cirugía hallándose tiroides muy aumentado de tamaño conservando su forma que desplaza estructuras vecinas sin infiltrarlas, por izquierda rodea esófago hasta plano vertebral e impresiona infiltrar tráquea a nivel del 2° anillo a izquierda, presenta además metástasis linfáticas enormes bilaterales, a derecha una gran masa metastásica que ocupa los dos tercios superiores de la cara lateral cervical y que llega hasta la base del cráneo. Se lleva a cabo tiroidectomía total con disección linfática radical modificada bilateral y de compartimento central, con conservación de ambas paratiroides superiores y ambos nervios recurrentes, cirugía de 12hrs de duración. Biopsia de pieza operatoria: carcinoma papilar de tiroides de variedad usual y folicular del tiroides, el tumor compromete todo el lóbulo izquierdo e istmo extendiéndose hasta el lóbulo derecho con una dimensión máxima de 6 cm con permeación vascular y compromiso del tejido peritiroideo, sin invasión perineural, con metástasis de carcinoma papilar en linfonodos de niveles II, III y IV y linfonodos preitiroideos. Posteriormente se somete a tratamiento con radio yodo que completa sin complicaciones.

En términos generales el Cáncer Papilar de Tiroides, globalmente tiene un excelente pronóstico global que es cercano al 90 % a los 20 años de seguimiento.

#### TÉCNICA QUIRÚRGICA PARA LA INSTALACIÓN DE PELLETS DE DISULFIRAM

*Drs. M. Muñoz S.<sup>1</sup>, M. Muñoz C.<sup>2</sup>, G. Vial<sup>2</sup>, H. Villagra<sup>1</sup>*

1. Servicio de cirugía, Hospital Clínico FUSAT
2. Universidad de Santiago

**Introducción:** Los pellets de Disulfiram se utilizan en el tratamiento del abuso o dependencia del alcohol. Se colocan en el tejido subcutáneo de la región abdominal y la indicación para su implante está dada por el psiquiatra. Al ser los pellets un cuerpo extraño al organismo siempre existe el riesgo de rechazo, lo que genera un proceso inflamatorio local que puede significar la expulsión o el retiro de los pellets. Al analizar la literatura no encontramos técnicas estandarizadas para su instalación sino solo experiencias personales. A continuación presentamos la técnica empleada en el Hospital Clínico FUSAT en que destaca la construcción de un trayecto subcutáneo que atraviesa la fascia de Scarpa, haciendo más improbable la expulsión del fármaco. **Materiales y Método:** Pellet de disulfiram, lidocaína

2%, tubo de drenaje pleural pediátrico de 16 f y su embolo modificado (romo en su extremo), caja de cirugía menor que contenga una pinza de Kelly recta, hoja de bisturí N°11, steristrip. Clorhexidina a la zona operatoria que involucra el área umbilical y el cuadrante inferior izquierdo del abdomen. Anestesia local al ombligo y al trayecto comprendido entre este punto y la espina iliaca antero-superior con una inclinación que permita atravesar la fascia de Scarpa. Incisión de 3 mm y disección roma del trayecto con una pinza de Kelly recta. Introducción del trocar con su émbolo, teniendo en consideración la percepción de profundidad que significa dejar el extremo bajo la fascia en la FII. Retiro del embolo e introducción progresiva de los 20 pellets en tandas de cuatro o cinco a la vez, los que se avanzan a su posición definitiva. Retiro de la cánula y steristrip a la incisión umbilical.

**Resultados:** Debido a que recientemente hemos estandarizado la técnica entre todos los integrantes del servicio de cirugía, es nuestra intención realizar a futuro un estudio prospectivo que confirme nuestra percepción del mínimo o nulo rechazo de los pellets con esta técnica (n aprox anual: 25).

#### HIBERNOMA GIGANTE DEL MUSLO, CASO CLÍNICO.

*Drs. G. Aristides<sup>1</sup>, J. Bermed<sup>1</sup>, C. Contador<sup>1</sup>, L. Vent<sup>1</sup>, U. Pulgar<sup>2</sup>.*

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía, Hospital Eduardo Pereira Ramírez,

<sup>2</sup>Hospital Naval Almirante Nef.

**Introducción:** El objetivo principal de este trabajo es el de presentar un caso clínico de una patología muy poco frecuente como es el Hibernoma. Su forma de presentación, estudio preoperatorio, registro fotográfico del pre, intra y postoperatorio. Como objetivo secundario se establece el analizar este caso en relación a la literatura internacional **Paciente y Método:** Se revisa el caso de un paciente, se analiza el motivo de consulta, el examen físico, el estudio preoperatorio los hallazgos intraoperatorios y los resultados postoperatorios. Se realiza una búsqueda sistemática de la literatura nacional e internacional con la palabras claves Hibernoma de muslo e hibernoma of the thigh.

**Resultados:** Se presentan características clínicas, del paciente, el motivo de consulta, el examen físico, el estudio preoperatorio, los hallazgos intraoperatorios y los resultados postoperatorios. Los resultados de la revisión de la literatura remarcan lo poco frecuente que son los hibernomas, la ubicación de la lesión concuerda con uno de los sitios más frecuentes según la literatura internacional.

**Conclusión:** La evaluación clínica, imagenológica asociada a biopsia incisional son elementos fundamentales a la hora de tomar decisiones en el abordaje terapéutico quirúrgico de las lesiones de partes blandas, lográndose resultados comparables a los publicados a nivel internacional.

CARCINOMA BASOCELULAR METASTÁSICO: CASO CLÍNICO  
*Drs. F. Häberle<sup>1</sup>, M. Nicola<sup>2</sup>, M. Rojas<sup>3</sup>, O. Iribarren<sup>4</sup>, F. Rodríguez<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Residente Cirugía Universidad Católica del Norte

<sup>2</sup> Cirujano de Cabeza y Cuello

<sup>3</sup> Cirujano Torax Hospital San Pablo Coquimbo

<sup>4</sup> Cirujano Plástico y reconstructivo

Institucion: Hospital San Pablo De Coquimbo

**Introducción:** El carcinoma basocelular (CBC) es la neoplasia maligna más frecuente en humanos. Se caracteriza por ser de lento crecimiento, localmente agresivo y de poder metastásico excepcional con cifras menores al 0,5%, siendo el 85% derivados de casos de CBC de cabeza y cuello. Los sitios mas frecuentemente reportados son pulmón, hueso y piel. Debido a lo excepcional de esta evolución, se presenta el siguiente caso clínico bien documentado. **Caso clínico:** Paciente masculino de 46 años con antecedentes de presentar fenotipo cutaneo tipo I, según clasificación de Fitzpatrick. Residente en la ciudad de Vallenar. Ha presentado cáncer cutáneo facial de tipo espinocelular y CBC que han sido tratados el 2007, 2008 y 2010. Actualmente consulta por aumento de volumen indoloro de 8 meses de evolución en región supraclavicular izquierda. Al ingreso destacaba examen cardiovascular, pulmonar y abdominal sin hallazgos patológicos. A nivel supraclavicular izquierda se consignó una masa de 10 cms blanda, indolora, adherida a planos profundos y sin lesión de piel. No presenta adenopatías cervicales ni axilar ipsilateral. En la Tomografía axial computada destaca una lesión de aspecto quístico de 10 cms cuyo origen impresiona del extremo proximal de la clavícula con signos de destrucción ósea. El diagnóstico de hospitalización fue el de tumor supraclavicular. El paciente es llevado a pabellón. La exploración revela tumor solidocístico que compromete articulación esternoclavicular y primera costilla, extendiéndose hacia región cervical lateral. Se realiza resección tumoral en bloque junto a segmento de esternon y 1/3 medial y medio de costilla y clavícula. Se cubre defecto y paquete vascular subclavio y plexo braquial con colgajo de pectoral mayor. Evolucionó en buenas condiciones y sin complicaciones.

**Discusión:** El CBC metastasico es excepcional. Las vías de diseminación pueden ser linfática (hasta 70%), sanguínea o a través de infiltración subcutánea. Los factores de riesgo asociados a la posibilidad de metástasis son tamaño tumoral de más de 2 cm, recurrencia, tumor primario múltiple en la región de cabeza y cuello, profundidad tumoral, edad media y género masculino (2:1). La mayoría de estos factores presentes en el caso clínico descrito. Sin embargo, existen otros factores relacionados al tumor como tipo histológico (morbeiforme y basoescamoso), angiogénesis e invasión perineural, también presentes en este caso.

ENFERMEDAD DE CASTLEMAN. CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.  
*Drs. D. Coronel<sup>1</sup>, M. Cortés<sup>2</sup>, L. Pizarro<sup>1</sup>, C. Duval, L. Soto<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup> Departamento de Cirugía Oncológica, Hospital DIPRECA, Santiago.

<sup>2</sup> Interna de Medicina Universidad Diego Portales, Santiago.

**Introducción:** Enfermedad de Castleman (EC) es una patología infrecuente, caracterizada por hiperplasia linfonodal no clonal, de etiopatogenia desconocida. Clínicamente unicéntrica en 2/3 de los casos, con ubicación mediastínica 60%, cervical 14%, retroperitoneal 11%, axilar 4%; generalmente asintomáticos; multicéntrica 1/3, habitualmente con síntomas sistémicos. El diagnóstico es histológico, clasificándose en vascular hialina unicéntrica (80-90%); plasmacítica (10-20%), generalmente multicéntrica; o celularidad mixta (<1%). El tratamiento de EC unicéntrica es habitualmente curativo con cirugía asociada o no a radioterapia; a diferencia de la multicéntrica, de mal pronóstico, cuyo tratamiento es quimioterapia, generalmente paliativa.

**Objetivos:** Comunicar un caso de EC plasmacítica multicéntrica, con 20 meses de seguimiento. **Materiales y métodos:** Reporte de un caso, análisis de antecedentes clínicos y revisión bibliográfica. **Caso Clínico:** Paciente sexo femenino de 31 años, sin antecedentes mórbidos, derivada en enero de 2011 por aumento de volumen cervical bilateral y odinofagia de 3 meses de evolución, sin respuesta a antibiocioterapia ni antiinflamatorios. Al examen físico y ecografía cervical destacaban múltiples adenopatías bilaterales sensibles de hasta 26 mm. Hemograma normal, VHS 60 mm/hr. IgG para virus Epstein Barr y Citomegalovirus (+), HIV (-). Tomografía Computada (TC) de cara, cuello, tórax, abdomen y pelvis con adenopatías cervicales bilaterales en grupos IB, IIA, III y IV de hasta 28 mm de diámetro; hipertrofia tonsilar bilateral. PET/CT, adenopatías hipermetabólicas cervicales bilaterales; aumento de tamaño y metabolismo de amígdalas palatinas. Biopsia excisional de linfonodo cervical derecho compatible con EC. Comité Oncológico decide disección cervical supraomohioidea bilateral más tonsilectomía bilateral, efectuándose en agosto de 2011. Biopsia, EC plasmacítica multicéntrica con transformación inicial a linfoma no Hodgkin (LNH) de células pequeñas inmunofenotipo T; amigdalitis crónica hipertrófica inespecífica. Control en marzo 2012, TC cuello, tórax, abdomen y pelvis, compatible con recidiva cervical bilateral y diseminación linfática mediastínica, abdominal, pelviana e inguinal bilateral. Electroforesis de proteínas, hipergamaglobulinemia difusa severa.

**Discusión:** EC es una entidad infrecuente, con incidencia y etiopatogenia desconocida, sin preponderancia por sexo ni raza. En 2/3 de los casos está localizada, siendo la cirugía con intención curativa su tratamiento de elección. En el 1/3 restante, su presentación es multicéntrica, pudiendo manifestarse con síntomas sistémicos, adenopatías

multifocales, derrame pleural, hepatoesplenomegalia, anemia, trombocitopenia, y tal como en nuestro caso, VHS elevada e hipergamaglobulinemia policlonal. Su pronóstico es desfavorable, transformándose a LNH hasta 20% de los casos, con una mortalidad a 2 años de 70%. El tratamiento es quimioterapia, teniendo la cirugía un rol únicamente en la citorreducción.

#### CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES EN QUISTE TIROGLOSO: REPORTE DE CASO CLÍNICO.

*Drs. J. Molano<sup>1</sup>, G. Rosset<sup>2</sup>, M. González P.<sup>3</sup>, I. Plass<sup>4</sup>.*

<sup>1</sup> Becado Cirugía de Cabeza y Cuello Universidad de Chile

<sup>2</sup> Cirujano Cabeza y Cuello Hospital Barros Luco Trudeau.

<sup>3</sup> Jefe programa Cirugía Cabeza y Cuello Universidad de Chile, Hospital Barros Luco Trudeau.

<sup>4</sup> Becada Cirugía General Universidad de Chile. Complejo asistencial Barros Luco Trudeau, Universidad de Chile

**Introducción:** Los quistes tiroglosos son anomalías comunes de la línea media cervical en relación al desarrollo de la glándula tiroides. La aparición de un cáncer tiroideo en estos quistes es una entidad rara, con no más de 215 casos en la literatura mundial. Generalmente su diagnóstico se realiza de manera sorpresiva, no sólo para el paciente sino también para el cirujano. Por lo poco común de esta entidad su manejo suele ser controversial. **Reporte Del Caso:** Paciente 72 años con masa cervical central de 2 años de evolución que aumentó de tamaño en forma progresiva. Se realizó ecotomografía cervical, que evidenció masa cervical de predominio quístico de 8 cm, correspondiente con quiste tirogloso. Se lleva a cirugía en donde se realiza operación de Sistrunk, evidenciando lesión quística que va desde el hioides hasta el lóbulo piramidal de la tiroides. El informe patológico reporta carcinoma papilar de tiroides en conducto tirogloso, sin permeación vascular o linfática, con márgenes libres de tumor. Se realiza ecografía tiroidea, que muestra lesión quística de apariencia benigna en lóbulo tiroideo derecho, de 8 mm, sin adenopatías asociadas. Se decide llevar a tiroidectomía total, con informe de patología negativo para malignidad. No se da tratamiento complementario con radioyodo, y se hace sólo seguimiento con TSH y tiroglobulinas, como en microcarcinoma con foco único de un carcinoma papilar de tiroides. **Discusión:** Los quistes tiroglosos son el 75% de las masas cervicales de la línea media en niños y 7% en adultos. Sin embargo, los carcinomas en los quistes tiroglosos son raros y se presentan sólo entre un 0.7%-1.5% del total de quistes tiroglosos. El origen de estos tumores son debidos a remanentes de células tiroideas que tapizan las paredes de los conductos tiroglosos. Por lo raro de la entidad es difícil poder tener un diagnóstico preoperatorio; luego del diagnóstico postoperatorio se discute el manejo con la glándula tiroides, pero la mayoría realiza tiroidectomía total para poder dar un adecuado seguimiento.

**Conclusion:** El carcinoma tiroideo en quiste tirogloso es poco común y sólo se presenta en 1% de los quistes. La mayoría de estos son carcinomas papilares bien diferenciados y éstos se diagnostican de manera incidental después de la excisión quirúrgica. La operación de Sistrunk es adecuada para la mayoría de los pacientes. Como parte de la tratamiento se incluye la tiroidectomía total y en casos más avanzados se debe asociar terapia ablativa con radioyodo y disecciones de cuello.

#### METÁSTASIS TIROIDEA DE CARCINOMA RENAL: A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS.

*Drs. G. Rosset<sup>1</sup>, I. Plass<sup>2</sup>, M. González<sup>3</sup>, J. Molano<sup>4</sup>.*

<sup>1</sup> Cirujano Cabeza y Cuello Hospital Barros Luco Trudeau

<sup>2</sup> Becada Cirugía General Universidad de Chile

<sup>3</sup> Jefe programa Cirugía Cabeza y Cuello Universidad de Chile, Hospital Barros Luco Trudeau.

<sup>4</sup> Becado Cirugía de Cabeza y Cuello Universidad de Chile

Complejo Asistencial Barros Luco Trudeau, Universidad de Chile

**Introducción:** Las lesiones metastásicas tiroideas son poco frecuentes, representando hasta un 2% de los nódulos malignos. Los estudios reportan al riñón como el lugar de tumor primario más frecuente, seguido del pulmón y colon.

**Casos Clínicos:** [1] Mujer, 51 años, antecedente de nefrectomía izquierda (2005) por carcinoma renal de células claras. Hace 1 año se pesquisan 4 lesiones pancreáticas posiblemente secundarias (según RMN y PET-CT). Este estudio muestra además un nódulo sólido tiroideo de 2,6 cm, posiblemente maligno, ecografía tiroidea con nódulo de 39 x 12 mm y PAAF no concluyente. Se realiza tiroidectomía total: biopsia informa metástasis de carcinoma renal de células claras en lóbulo tiroideo izquierdo. [2] Hombre 66 años, hace 7 años nefrectomía derecha por carcinoma renal de células claras. Recibe quimioterapia y radioterapia. Cuatro años después aparece masa cervical en región tiroidea, se le aplica radioterapia externa. Ecografía de control muestra masa del lóbulo tiroideo izquierdo. Biopsia tiroidea informa metástasis cervical de carcinoma renal de células claras. Se realiza tiroidectomía total. Patológica describe metástasis masiva de carcinoma renal de células claras en lóbulo izquierdo, lóbulo tiroideo derecho sin signos de malignidad. **Discusión:** Las metástasis tiroideas de primarios no tiroideos son infrecuentes: se reportan en 1.4 a 3% de los pacientes con sospecha de lesión maligna tiroidea. El tumor primario más frecuente sería el carcinoma de células renales (representando 48%), seguido por el cáncer colorrectal (10.4%), cáncer pulmonar (8.3%) y cáncer de mama (7.8%). Una revisión del tema, por Sindoni, encuentra 113 casos publicados desde 1964 a 2007. En un 97% el tumor primario es un carcinoma renal de células claras. Las metástasis tiroideas de carcinoma renal corresponden a nódulos tiroideos hipocogénicos sólidos, y en un 77% son nódulos únicos. El intervalo

de tiempo desde el diagnóstico de cáncer renal es extremadamente variable, en 63% de los pacientes es menor a 10 años. Se identifican dos factores pronósticos: la presencia de nódulo único y el tratamiento, reportando mejores resultados luego de cirugía. Se observa tendencia a mejor pronóstico a medida que aumenta el intervalo desde el tratamiento del Ca renal.

Conclusion: Los casos reportados concuerdan con la literatura internacional en características demográficas. Ambos presentan metástasis de carcinoma renal de células claras, correspondiendo este al tumor primario más frecuente reportado. Ambos corresponden a nódulos sólidos; sin embargo, el segundo caso no presenta un nódulo único, si no una masa que compromete todo el lóbulo tiroideo, siendo esto posiblemente un signo de mal pronóstico.

#### TASA DE REINTERVENCIÓN EN CARCINOMA DUCTAL IN SITU PUROS EN EL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE VALDIVIA. REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS.

*F. Silva, F. González, V. Vera, A. Steuer, M.T. Poblete*  
Becado Cirugía General Universidad Austral de Chile. Interno de medicina Universidad Austral de Chile. Cirujano Hospital Clínico Regional Valdivia. Anatomopatóloga Hospital Clínico Regional Valdivia.

Introducción: La cirugía conservadora (BCS) es un procedimiento oncológico cuya meta es remover la totalidad del CDIS con márgenes libres y conservar la mayor cantidad de tejido mamario. En BCS la recurrencia local está relacionada con la presencia de márgenes positivos. Al evitar cuatro recidivas locales se evita una muerte relacionada al cáncer de mama. La obtención de márgenes adecuados es muy importante para los resultados a largo plazo. La tasa de reintervención para ampliar los márgenes es variable según los distintos centros y durante la última década se han incorporado distintas técnicas para reducirla.

Objetivo: Presentar la tasa de reintervención y el tipo de reoperación por márgenes comprometidos o insuficientes en cirugía del CDIS en el Hospital Regional de Valdivia (HRV) entre los años 2001 y 2010.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo, a partir de los registros de anatomía patológica se revisó la totalidad de las fichas clínicas de las pacientes operadas durante esos años que tuvieron biopsia inicial informada como CDIS. De un total de 65 fichas se excluyó los casos en cuyo análisis postoperatorio se obtuvo CDIS asociado a carcinoma invasor y los casos con foco de microinvasión obteniéndose 27 casos de CDIS puros. Se registró calidad de márgenes y número de reoperaciones.

Resultados: Dentro de los 27 CDIS puros, todos operados de forma conservadora, quince de ellos fueron resueltos exitosamente en el primer acto quirúrgico, en los otros doce se obtuvo márgenes positivos o insuficientes, llevándose a cabo un total

de 16 reintervenciones en este grupo. En ocho pacientes se obtuvo márgenes negativos luego de una primera reintervención, dos pacientes requirieron una segunda reintervención y una paciente debió ser reoperada en cuatro oportunidades. Nueve reintervenciones fueron por márgenes comprometidos, cinco por márgenes <1mm y en dos casos se reintervino con márgenes de 2mm. Una paciente con CDIS a 0,4mm del margen no se reintervino por razones médicas. De las 16 reintervenciones sólo en dos casos la primera reintervención fue una totalización de la mastectomía, otros dos casos de totalización correspondieron a una segunda y una tercera reintervención. Conclusión: Los CDIS puros constituyen un bajo porcentaje de los cánceres de mama operados en nuestro hospital. La tasa de reintervención en nuestra serie fue del 62,9%, aun siendo una tasa alta, nos permitió mantener la mastectomía parcial como el tratamiento definitivo y poder conservar la mama de nuestras pacientes en el 88,8% de los CDIS puros.

#### TUMORES RETROPERITONEALES DE PARTES BLANDAS. RESULTADOS QUIRÚRGICOS Y SOBREVIDA A LARGO PLAZO.

*Drs. J. Galindo, J. Gellona, D. Barros, I. San Francisco, A. León, A. Zúñiga, J. Martínez, N. Jarulé*  
Departamento de Cirugía Digestiva, Departamento de Urología, Departamento de Cirugía Oncológica. División de Cirugía. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: El retroperitoneo puede albergar una amplia variedad de tumores, tanto benignos como malignos. Representan una patología de difícil enfrentamiento quirúrgico debido a su localización y forma de presentación, en general tardía. Objetivos: Analizar las características clínicas, quirúrgicas, patológicas y sobrevida alejada de los pacientes operados por tumores retroperitoneales en nuestro centro.

Material y Métodos: Estudio de cohorte no concurrente. Revisión de la base de datos y registros clínicos de los pacientes sometidos a cirugía resectiva por tumores retroperitoneales en nuestro centro entre los años 1999 y 2012. Se utilizó la clasificación de Clavien para complicaciones postoperatorias. Resultados: En el periodo estudiado fueron operados 32 pacientes, 18 de sexo femenino (56,3%). La mediana de edad fue 57,5 [22-81] años. Veintidós pacientes presentaron síntomas (dolor abdominal inespecífico en 19, masa palpable en 9, baja de peso en 7, cambio del hábito intestinal en 4, hemorragia digestiva en 2). El estudio diagnóstico se realizó con CT en el 85% de los casos. La mediana de tamaño tumoral fue 15,8 [6-43] cm. Dos pacientes presentaban metástasis al momento de la cirugía. Dos pacientes recibieron radioterapia neoadyuvante. La mediana de tiempo quirúrgico fue 155 [60-540] min. En 15 pacientes (46,9%) la resección incluyó más órganos (colon en 7 pacientes, riñón en 5, suprarrenal en 6, otros en 6). La mediana de sangrado operatorio fue 400 [100 - 3500] mL. Siete pacientes

requirieron transfusiones postoperatorias. La mediana de estadía hospitalaria fue 7 [3-15] días. Dentro de las complicaciones postoperatorias, hubo 1 tipo II (insuficiencia renal aguda) y 1 tipo IIb (hemoperitoneo). La histología evidenció tumor maligno en 26 (81,3%) y benigno en 6 (18,7%). No hubo mortalidad perioperatoria. La distribución de los tumores malignos fue liposarcoma 14 (53,8%), leiomiomas 5 (19,3%), y otros 7 (26,9%). En los tumores malignos, se realizó resección R0 en 13 casos (50%), R1 en 10 (38,5%) y R2 en 3 (11,5%). Diez pacientes recibieron radioterapia postoperatoria, asociada a quimioterapia en 4 casos. Dos pacientes recibieron quimioterapia de forma exclusiva. Ocho pacientes presentaron recidiva tumoral (30,8%), con una mediana de tiempo de aparición de 28 [12-120] meses. Todos fueron manejados con cirugía. La mediana de seguimiento fue 22,5 [2-153] meses. La supervivencia a 5 años fue 55%.

Conclusión: Los tumores retroperitoneales representan una entidad clínica poco frecuente. La mayoría corresponde a sarcomas. La resección quirúrgica es el tratamiento de elección, con buenos resultados oncológicos.

#### CRANEOPLASTÍA CON BIOMATERIALES, DESCRIPCIÓN DE UNA NUEVA TÉCNICA EN UN PACIENTE.

*Drs. <sup>1</sup>M. Villablanca, <sup>1</sup>E. Troncoso, <sup>2</sup>V. Peña, <sup>3</sup>C. Longton, <sup>4</sup>J. Sorolla*

<sup>1</sup>Becada Cirugía Universidad de los Andes <sup>2</sup>Becada Cirugía Plástica Universidad de Chile <sup>3</sup>Becada Cirugía Plástica P. Universidad Católica de Chile <sup>4</sup>Cirugía Plástica. Hospital Militar de Santiago.

Introducción. Se han descrito múltiples técnicas de reconstrucción de cráneo utilizando distintos elementos para su reparación. Aún así la craneoplastia continúa siendo un desafío puesto que cada paciente nos presenta un escenario clínico único. Tanto el tamaño del defecto como las condiciones del área receptora influyen al momento de elegir una material para la reconstrucción, a esto debe sumarse los costos asociados a ciertos materiales que pueden llegar a ser prohibitivos. Existen características ideales que se buscan en el material de reconstrucción, pero de momento ninguno de los materiales utilizados de forma rutinaria los reúne todos. A continuación se presenta un caso clínico de craneoplastia con hidroxapatita de calcio con una técnica nueva no descrita en la literatura publicada.

Materiales y Métodos. Previo consentimiento del paciente se presenta la historia clínica, exámenes de laboratorio e imágenes.

Caso Clínico. Paciente de sexo femenino de 31 años de edad con antecedente de óbito fetal de 26 semanas de embarazo asociado a eclampsia. Presenta en las semanas posteriores a pérdida fetal trombosis de seno venoso longitudinal superior e infarto hemorrágico frontal y prefrontal derechos secundarios. Evoluciona grave, con signos de edema cerebral progresivos por lo que se realiza craneotomía descompresiva. En los días posteriores continúa grave y requiere de nuevo procedimiento de descompresión. Finalmente logra recuperación

con secuelas severas, paresia izquierda y epilepsia secundaria. Aproximadamente 12 semanas posterior a cirugías de descompresión se realiza craneoplastia con autoinjerto de plaquetas óseas y fijación con Cranio-Fix®. En el seguimiento a 4 años la paciente presenta gran resorción de tejido óseo, conformándose una importante deformidad craneofacial, con hundimiento de la zona frontotemporoparietal derecha. Nuestro equipo realiza craneoplastia del defecto utilizando el biomaterial hidroxapatita de calcio sobre un entramado de alambre de acero conformado en base a tornillos de titanio. Evoluciona sin complicaciones con un buen resultado estético.

Discusión: No existe una manera única de realizar una craneoplastia, como tampoco se ha encontrado el material que reúna todas las condiciones para ser de primera elección en todas las reparaciones. Este caso pretende mostrar una nueva técnica con un material conocido, con muy buenos resultados estéticos.

#### CARCINOMA PAPILAR, VARIANTE FUSOCELULAR: REPORTE DE UN CASO.

*Drs. <sup>1</sup>V. Maluenda, <sup>2</sup>M. Villablanca, <sup>3</sup>R. Schwartz*  
<sup>1</sup>Becada Cirugía Universidad de Valparaíso <sup>2</sup>Becada Cirugía Universidad de los Andes <sup>3</sup>Jefe Equipo Cirugía Oncológica. Hospital Militar de Santiago.

Introducción. El carcinoma papilar es un tumor maligno caracterizado por la diferenciación de células foliculares y constituye el 80% de los tumores malignos tiroideos. Aunque infrecuente en el contexto de la patología tiroidea, la proliferación de células fusiformes puede ocurrir en asociación con el carcinoma papilar tiroideo. El estudio histológico, pero particularmente la inmunohistoquímica es fundamental para su diagnóstico.

Objetivo Presentar un caso clínico y las dificultades en el diagnóstico de una variante inusual de carcinoma papilar de tiroides.

Materiales y Métodos. Previo consentimiento del paciente se presenta caso clínico, y discusión de la literatura.

Caso Clínico. Mujer de 35 años sin antecedentes mórbidos relevantes, derivada a cirugía oncológica con diagnóstico de bocio nodular e histología obtenida por punción aspirativa con aguja fina (PAAF) positiva para carcinoma folicular. Se realiza tiroidectomía total, macroscópicamente impresiona tumor de consistencia sólida, bien delimitado, además se observan ganglios pretraqueales aumentados de tamaño por lo que se realiza disección del nivel VI. Estudio de biopsia intraoperatoria identifica lesión de 14 x 12mm de aspecto fusocelular cuyo diagnóstico diferencial plantea adenocarcinoma medular y tumor fibroso solitario como primeras opciones. La biopsia diferida informa tumor compuesto de células fusadas con núcleos ovalados, además de dos microfocos de cáncer papilar de 0,3 y 0,5mm y 1/12 ganglios positivos para metástasis de cáncer papilar. El estudio inmunohistoquímico de la lesión es fuertemente positivo para vimentina y en menor medida a Bcl2, EMA, S100. Citoqueratina y tiroglobulina negativo. Se sugiere diagnóstico de carcinoma sinovial monofásico.

Dado contexto clínico se decide repetir estudio anatomopatológico, en el cual la inmunohistoquímica resulta positiva para tiroglobulina y TTF-1. Los hallazgos histopatológicos e inmunohistoquímicos son compatibles con carcinoma tiroideo con áreas de células fusadas de tipo mesenquimático, consistentes con lo descrito en la literatura como "Spindle Cell Variant of Papillary Thyroid Carcinoma".

Discusión. La variante fusocelular del carcinoma papilar es una entidad infrecuente, debido a esto el diagnóstico representa un desafío. Típicamente el estudio inmunohistoquímico muestra positividad para tiroglobulina, queratinas y TTF-1, lo que permite determinar el origen folicular de estas células. Ante la presencia de un nódulo tiroideo con componente de células fusiformes, el diagnóstico diferencial más importante corresponde al carcinoma medular. El uso combinado de tiroglobulina y TTF-1 permite hacer diferencia frente a una lesión derivada de células C. Por las implicancias terapéuticas y pronósticas, nos parece importante destacar la importancia del estudio inmunohistoquímico, especialmente en contexto de duda diagnóstica y lesión inusual.

#### MELANOMA LENTIGINOSO ACRAL. REPORTE DE DOS CASOS CLÍNICOS *Drs. Arbuló<sup>1</sup>; C. Ibarra<sup>2</sup>; R. Schwartz<sup>2</sup>; A. Donoso<sup>2</sup>; M. Amar<sup>2</sup>;*

(1)Residente de Cirugía Universidad de los Andes, (2) Servicio de Cirugía Hospital Militar de Santiago Universidad de los Andes. Hospital Militar de Santiago

Introducción: El melanoma lentiginoso acral corresponde a una variante poco frecuente de melanoma maligno cutáneo representando el 4 %. Se presenta con mayor frecuencia en personas de raza negra y asiáticos. Su incidencia ha ido en aumento en el último tiempo. Ocurre generalmente en palmas y plantas del pie, así como en la región subungueal. Tiene un patrón único que lo distingue de los otros subtipos de melanoma; ocurre en general en pacientes añosos y está asociado a menor número de nevus comunes y atípicos.

Material y métodos: Revisión bibliográfica y análisis de dos casos de melanoma lentiginoso acral en que se discute generalidades, forma de presentación, factores predisponentes y desencadenantes que influyen en la aparición de la enfermedad, proceso diagnóstico, características histopatológicas y métodos de tratamiento médico quirúrgicos empleados

Resultados: Caso 1: Hombre de 88 años que presenta una lesión hiperpigmentada violácea de 2cm en lecho ungueal del primer orjeo izquierdo, que no respeta límites ungueales, con pequeño halo eritematoso circundante asociado a una lesión satelital en región dorsal de orjeo menor a 2 cm. El estudio de diseminación resultó negativo. Se planifica amputación de orjeo mayor de pie izquierdo y biopsia de ganglio centinela. Biopsia definitiva informa melanoma maligno de 2.3 cm, Breslow 1 y Ganglio centinela negativo. Sin recidiva en el seguimiento.

Caso 2: Hombre de 52 años presenta una lesión pigmentada subungueal que compromete la mitad proximal de dedo medio de mano izquierda con linfonodos palpables en región axilar ipsilateral. Se realiza una amputación distal del dedo medio izquierdo y disección axilar completa ipsilateral. La biopsia diferida evidencia melanoma de alto grado asociado a compromiso ganglionar axilar. La evolución post operatoria fue satisfactoria y se inició quimio radioterapia con Dacarbazina-Cisplatino. Evolucionó con gran recidiva pectoral cutánea y subcutánea en varios focos por lo que se asocia Ipilimumab, completando 4 ciclos. Posteriormente paciente evoluciona tórpidamente, falleciendo 16 meses después de confirmado el diagnóstico. Discusión: El melanoma lentiginoso acral a pesar de ser el tipo de melanoma menos frecuente reportado se debe tener un alto índice de sospecha ante lesiones sugentes con el fin de reducir la mortalidad asociada. Todas las lesiones localizadas en los dedos, de manos o de pies se tratan mediante amputación, la cual dependerá del sitio y extensión de la lesión. Ante toda lesión mayor de 1,5 mm de invasión deba efectuarse mapeo linfático en busca del ganglio centinela; de encontrarse positivo, se realizará linfadenectomía regional. La supervivencia global de los pacientes con melanoma acral lentiginoso es similar a la descrita en los otros tipos de melanoma.

#### "TUMOR HIPOGÁSTRICO GENITAL CUTÁNEO GIGANTE. ESTUDIO Y MANEJO DE UN CASO COMPLEJO."

*Drs. W Calderón<sup>1</sup>, JP Cisternas<sup>2</sup>, D Bravo<sup>2</sup>, K Guler<sup>2</sup>, A Euluff<sup>2</sup>.*

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Del Salvador; <sup>2</sup>Capacitante de Cirugía General, Universidad de Chile

Introducción: Los tumores de partes blandas suelen exigir acuciosidad en el diagnóstico diferencial para poder determinar su enfrentamiento. A continuación presentamos un caso clínico de difícil diagnóstico. Caso clínico: Mujer, 34 años con historia de 2 años de placa hiperqueratósica, prurito, dolor y secreción purulenta en hipogastrio, inicialmente manejada con antibióticos, evolucionando a progresión, por lo que fue derivada a nuestro centro. Al ingreso presentaba una masa dura, violácea y con secreción purulenta, que involucraba región hipogástrica hasta tercio medio de labios mayores, de aproximadamente 20 x 10 centímetros. Se estudió con imágenes que mostraron compromiso dermo-epidérmico y celular subcutáneo de la región afectada, sin sobrepasar la fascia. Se realizó una biopsia incisional cuyo análisis describió dermatitis granulomatosa.

Se decidió tratamiento quirúrgico realizando una resección del tumor en bloque, incluyendo región hipogástrica y labios mayores, dejando 2 cms de bordes libres, con biopsia intra-operatoria. Se reconstruyó mediante un colgajo abdominal infraumbilical avanzado hasta la región inguinal y el defecto vulvar se corrigió con colgajos laterales fasciocutáneos de avance en V-Y. Buena evolución post-operatoria.

Discusión: La impresión clínica inicial y la histopatología llevaron a pensar en tres posibles diagnósticos: queloides, tumor desmoides, y dermatitis granulomatosa, por lo que el diagnóstico y tratamiento se dificultó.

El enfoque diagnóstico de un tumor de estas características debe iniciarse con elementos clínicos, pero es imprescindible el apoyo imagenológico e histológico.

La cicatriz queloídea tiene aspecto tumoral, color rojo rosado e hiperpigmentada, con bordes irregulares, que sobrepasa los márgenes. Puede presentar prurito y dolor. Histológicamente son bandas de colágeno y fibroblastos dispuestas en haces. El manejo incluye resección quirúrgica, corticoides infiltrados localmente, presoterapia, crioterapia, láser, láminas de silicona y radioterapia. Los tumores desmoides son raros tumores fibromatosos con agresividad local, pero sin capacidad de diseminación. Suelen presentarse en mujeres jóvenes en relación al embarazo, debido al aumento de estrógenos. Histológicamente se evidencian fibroblastos y miofibroblastos elongados, separados por colágeno. El tratamiento definitivo es exéresis con bordes libres, pero pueden manejarse con radiación o quimioterapia en pacientes inoperables.

La dermatitis granulomatosa es una respuesta inflamatoria de histocitos, acompañada de necrobiosis del colágeno. Son lesiones heterogéneas como pápulas, nódulos y macula, infiltradas al tacto, del color de la piel o eritemato-violáceas, bien delimitadas. El tratamiento consiste en glucocorticoides tópicos o sistémicos, dapsona, colchicina, hidroxícloroquina, ciclosporina y ciclofosfamida. En grandes lesiones puede ser necesaria la resección y reparación del defecto.

“MANEJO MULTIDISCIPLINARIO ONCOLÓGICO Y RECONSTRUCTIVO DE EXTENSO CARCINOMA BASOCELULAR DE CUERO CABELLUDO CON COMPROMISO ÓSEO Y MENÍNGEO. REPARACIÓN EN DOS TIEMPOS. REPORTE DE CASO CLÍNICO.”  
*Drs. W Calderón<sup>1</sup>, JP Cisternas<sup>1</sup>, A Euluf<sup>2</sup>, K Guler<sup>1</sup>, A Gallego<sup>3</sup>, D Rojas<sup>3</sup>, P León<sup>4</sup>.*

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía Plástica; <sup>2</sup>Servicio de Cabeza y cuello, Hospital Del Salvador; <sup>3</sup>Servicio de Neurocirugía, INCA; <sup>4</sup>Residente Cirugía General, Universidad de Chile.

Introducción: El tratamiento de lesiones malignas de piel a menudo significa importantes pérdidas tisulares con compromiso de múltiples estructuras que requieren a veces de complejas estrategias reconstructivas.

Caso clínico: Mujer de 70 años, presenta historia de lesión en cuero cabelludo que evoluciona por 5 años llegando a presentar una dimensión de 12 centímetros de diámetro al momento de la consulta. Estudio histológico compatible con carcinoma basocelular infiltrante, ulcerado. Imagenología evidenció compromiso de la calota, con destrucción de espesor total, dejando un defecto de unos 10 centímetros de diámetro.

Se decide abordaje multidisciplinario, con ayuda de neurocirugía; cirugía de cabeza y cuello; y cirugía plástica.

Se realizó una resección del tumor con bordes libres, resección de los bordes de la calota y de la duramadre comprometida.

El defecto final fue reparado con un injerto de galia posterior para restablecer el daño de las meninges, una malla de titanio para reparar la calota y un colgajo libre fasciocutáneo anteromedial de muslo derecho. A los 30 días post-operada, en control ambulatorio se detecta infección del colgajo libre, por lo que es sometida a múltiples aseos quirúrgicos, decidiéndose finalmente el retiro del colgajo libre, rescatando solamente un halo de fascia en torno a la malla de titanio. Luego de controlar el foco infeccioso, se decidió reparar con un colgajo local de cuero cabelludo (fasciocutáneo fronto-parieto-occipital) para cubrir el material protésico y las zonas dadoras fueron injertadas, con evolución favorable. Sin complicaciones tras 2 meses postoperatorios.

Discusión: Grandes defectos de cuero cabelludo, sin disponibilidad de pericráneo, se consideran problemas mayores de difícil cobertura. Más aún en este caso, en donde tras el fracaso inicial de cobertura, queda expuesto el material protésico y en un plano profundo se encuentra la reparación de las meninges, lo que se considera de gran riesgo de infección severa. En este escenario la cobertura es imperativa. Entre las alternativas de reconstrucción, la microcirugía sigue siendo la elección, sin embargo, en este caso los mejores vasos receptores son los temporales superficiales ipsilaterales, que ya fueron seccionados para el primer intento de reparación y los vasos contralaterales se encuentran lejos del defecto. Se opta por una alternativa local con colgajo de rotación pediculado fasciocutáneo, aprovechando el halo de fascia remanente. Probablemente otras alternativas también pueden ser aplicadas, pero ninguna ofrece seguridad y resultados óptimos; nosotros consideramos que esta solución era la más simple para un problema de gran envergadura.

NEUROFIBROMA DE NERVIOS PERIFÉRICOS EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE MELANOMA.

*Drs. I. Villablanca<sup>1</sup>, M. Amar<sup>2</sup>, A. Donoso<sup>2</sup>, R. Schwartz<sup>2</sup>, J. Jofre<sup>3</sup>, P. Sierralta<sup>3</sup>, A. Salazar<sup>4</sup>, J. Drews<sup>4</sup>, E. Troncoso<sup>4</sup>, J. Slater<sup>5</sup>*

(1) Becada Cirugía Universidad de Los Andes, (2) Servicio Cirugía Hospital Militar de Santiago, (3) Servicio Medicina Nuclear Hospital Militar de Santiago, (4) Servicio Radiología Hospital Militar de Santiago. (5) Servicio Anatomía Patológica Hospital Militar de Santiago

Introducción. Los neurofibromas de la vaina nerviosa periférica son tumores de comportamiento benigno, compuestos de células de origen neuromesenchimáticas y, corresponden al 5 % de los tumores de partes blandas. Pueden presentarse lesiones múltiples asociadas a ciertos síndromes genéticos como la neurofibromatosis tipo 1 (NF1)

pero la gran mayoría (90%) se presenta de forma localizada en pacientes jóvenes previamente sanos. Existe la posibilidad de transformación sarcomatosa en alrededor de un 3-15 % principalmente en pacientes con NF1. Es difícil diferenciar por imágenes los neurofibromas de comportamiento benigno de los tumores malignos de vaina nerviosa periférica. Materiales y Métodos. Análisis de ficha clínica e imágenes de un paciente y revisión bibliográfica de la literatura en el buscador Pub Med utilizando los términos MeSH: Neurofibromas, Neurogenic tumors, neurofibromas and PET/CT.

Caso Clínico. Paciente de 65 años con diagnóstico inicial de metástasis ganglionar inguinal de melanoma con lesión primaria no identificada, cinco años de supervivencia a la fecha y resección de 2 metástasis en tránsito en la pierna izquierda asincrónicas. En control con PET se identifica tumor levemente captante en región poplíteica ipsilateral, sin tumor palpable ni lesión cutánea. En PET de control 3 meses después, se observa aumento de la captación en zona poplíteica por lo que se decide complementar estudio con resonancia magnética que muestra tumor

de 6,6 x 3,3 x 4 cm, de contornos bien definidos, hiperintensa en T2 e isointensa en T1 en los planos musculares profundos, entre el gemelo interno y el sóleo. Se realiza biopsia core guiada bajo ecografía que informa neurofibroma por lo que se decide resección quirúrgica previa marcación ecográfica. En la cirugía se observa tumor en relación a la vaina del nervio tibial posterior, logrando extirpación completa e indemnidad del nervio.

Discusión: Los neurofibromas localizados son generalmente de crecimiento lento y la mayoría son menores de 5 cm al momento del diagnóstico. En este paciente con diagnóstico de melanoma con metástasis ganglionar, se sospechaba que esta lesión también pudiera corresponder a otra metástasis, apoyado además por la marcación en el FDG-PET. No está claro por qué captarían en PET los neurofibromas benignos; se cree que por el distinto grado de celularidad. Los límites de SUV de estos tumores en la bibliografía son dispersos, sin embargo aún se debe realizar la biopsia excisional del tumor y sólo dejar para resección parcial aquellos casos en que se pueda lesionar gravemente el nervio.



## Poster: CIRUGIA BARIATRICA Y METABOLICA

### EMBARAZO ANTES Y DESPUÉS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA.

*Drs. M. M. Fariás, A. Cuevas, C. Barrera, M. Berry, A. Germain.*

Departamento de Nutrición y Cirugía Bariátrica, Clínica Las Condes, Santiago.

**Introducción:** El número de mujeres en edad fértil que se somete a cirugía bariátrica está en aumento y se espera que continúe incrementándose de acuerdo a los índices de obesidad de nuestra población. El objetivo de este trabajo fue describir el embarazo de mujeres sometidas a cirugía bariátrica, en relación al tiempo antes del posterior embarazo y a parámetros obstétricos que pudiesen presentar mejoría luego de la cirugía.

**Material y Método:** En el Departamento de Nutrición de CLC, entre diciembre de 2010 y junio de 2012, se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y analítico. Se contactó al total de mujeres en edad fértil sometidas a cirugía bariátrica entre 2006 y 2011 en nuestra Institución. Se constató la presencia o ausencia de embarazo antes y/o después de la cirugía, la presencia de cesárea, así como de complicaciones del embarazo y resultados neonatales relacionadas a la obesidad (diabetes gestacional (DG), hipertensión del embarazo, macrosomía, recién nacido de pretérmino. Además, se cuantificó el aumento de peso durante el embarazo y el tiempo transcurrido entre la cirugía y el posterior embarazo. Se realizó un análisis descriptivo de los cuestionarios respondidos, comparando el total de los embarazos previos con aquellos posteriores a la cirugía. Posteriormente, se consideró exclusivamente a aquellas pacientes que presentaron embarazo antes y después de la cirugía bariátrica. Para cada variable se construyeron tablas de contingencia, se calcularon OR de prevalencia y mediante test de Chi Cuadrado se comparó su prevalencia entre los embarazos previos y posteriores a la cirugía.

**Resultados:** Se obtuvo un total de 72 cuestionarios, de los cuales un 47,2 % presentó embarazo sólo previo a la cirugía, un 8,3 % presentó embarazo sólo posterior a la cirugía y un 13,8 % presentó embarazo previo y posterior a la intervención. Las comorbilidad obstétrica más frecuente en el total de embarazos previos fue la cesárea (79%), seguida de la macrosimía y la prematurez, ambas con un 25%. Con respecto al aumento de peso, la mayoría se situó en el rango de 10 a 15 kg de ganancia, seguido del rango de más de 25 kg. En el grupo de embarazos posteriores a la operación, la prevalencia cesárea se elevó a un 93%. La prematurez y macrosomía disminuyeron a un 18,75% y un 0%, ( $p=0,02$ ). Otras

comorbilidades como la DG (6,2%) y la hipertensión (3,1%), mostraron una marcada tendencia a ser menor en este grupo. El aumento de peso sobre 25 kg mostró una disminución significativa ( $p=0,04$ ). Al considerar exclusivamente a las 10 pacientes con embarazo tanto antes como después de la cirugía, encontramos una tendencia a desarrollar menos hipertensión, prematurez y ganancia de peso sobre 20 kg, mientras que la tasa de cesárea, DG y de macrosomía se mantuvieron constantes. **Discusión:** En concordancia con la literatura internacional, nuestros resultados muestran una evolución benigna del embarazo posterior a la cirugía, principalmente al disminuir el riesgo de operación cesárea, macrosomía, prematurez y la ganancia excesiva de peso durante el embarazo.

### AGENESIA DEL LÓBULO HEPÁTICO IZQUIERDO. A PROPOSITO DE UN CASO

*Drs. L. Rendón; A. Rendón; K. Alvarado.*  
Hospital Ivss "Dr. Raúl Leoni Otero" San Felix, Estado Bolívar. Venezuela

**Objetivo:** Presentar el caso clínico de una agenesia del lóbulo hepático izquierdo.

**Ambiente:** Servicio de cirugía general Hospital IVSS "Dr. Raul Leoni Otero". San Felix.

**Métodos:** Revisión de la historia medica, fotos y videolaparoscópico. Se efectúa revisión bibliográfica de la entidad clínica.

**Resultados:** Se presenta el caso de una paciente femenina de 32 años de edad, con diagnóstico de Obesidad Morbida, sin antecedentes patológicos, controlada por la consulta de Cirugía Bariátrica planificando Bypass Gástrico. Es intervenida quirúrgicamente a través de un abordaje laparoscópico encontrando como hallazgo la ausencia del lóbulo hepático izquierdo. La Agenesia del lóbulo hepático izquierdo es una malformación congénita infrecuente, cuando se presenta existe en todos los casos un crecimiento compensatorio del lóbulo hepático derecho y la atrofia de la rama izquierda de la vena Porta y de la Arteria Hepática, esta anomalía resulta asintomática y se detecta casualmente por estudios de imagenología, en autopsias y como en nuestro caso por videolaparoscopia.

**Conclusiones:** La Agenesia del lóbulo izquierdo es una anomalía poco frecuente encontrada en los pacientes como hallazgo casual y no está relacionada con disfunción orgánica alguna.

**Palabras Claves:** Agenesia, Lóbulo hepático izquierdo.

## BY-PASS GÁSTRICO EN MAL ROTACIÓN INTESTINAL.

*Drs. P. Becerra, P. Rodriguez, C. Abarca, L. Rodriguez*

CCO - Clínica Indisa

**Introducción:** La mal rotación intestinal es un síndrome infrecuente (1/500) que puede presentarse como un hallazgo intra-operatorio en adultos. El objetivo es presentar un caso clínico en el cual se realiza un bypass gástrico en un paciente con rotación intestinal incompleta mostrando imágenes y video. **Materiales:** Se describe el caso de un paciente de sexo masculino de 36 años con un IMC de 36 y antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia E Hígado Graso.

**Resultados:** Es operado y durante la laparoscopia se diagnostica mal rotación intestinal, sin embargo, se logra realizar el procedimiento planificado sin mayor inconveniente. El tiempo operatorio fue de 145 minutos, cursó un postoperatorio normal y el alta fue a las 48 hrs. A los 6 meses de seguimiento presenta un buen control metabólico y adecuada baja de peso.

**Conclusion:** Nuestro caso contribuye a la experiencia ya reportada por otros autores demostrado que el Bypass Gástrico laparoscópico es un procedimiento factible, seguro y eficaz en el tratamiento de la obesidad de pacientes con mal rotación intestinal.

## GASTRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA EN UN PACIENTE CON LIPOMA GÁSTRICO GIGANTE SINTOMÁTICO: REPORTE DE UN CASO.

*Drs. R. Olguín, E. Norero, E. Briceño, C. Martínez, E. Viñuela, G. Aguayo, A. Calvo, R. Mege, A. Díaz*

Servicio de Cirugía. Hospital Dr. Sótero del Río. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Pontificia Universidad Católica de Chile. **Introducción:** El lipoma gástrico es un tumor benigno gástrico raro. El desarrollo de síntomas es inusual y el diagnóstico es habitualmente incidental. La presentación sintomática depende del tamaño y localización de la lesión, generalmente produciendo hemorragia digestiva alta (HDA) u obstrucción gastrointestinal.

**Caso Clínico:** Presentamos el caso de un paciente de 62 años de edad, quien presentó dolor abdominal, vómitos y baja de peso. Se estudia con una endoscopia digestiva alta que evidenció un tumor submucoso antral. La ecografía y la tomografía computada abdominal demuestran una gran lesión antral hiperecogénica, de densidad grasa, de 11 x 6 cm. Se decide resección debido a los síntomas del paciente. Se realiza una gastrectomía subtotal distal laparoscópica con reconstrucción en Y de Roux. Evolución postoperatoria sin morbilidad. Se realimenta al paciente al tercer día y es dado de alta al quinto día postoperatorio. El estudio de anatómopatológico confirmó un lipoma gástrico con márgenes libres.

**Discusión:** Los lipomas gástricos representan el 3% de los tumores gástricos benignos. La presentación sintomática es rara y tiene relación con el tamaño de la lesión. El manejo de esta patología depende de la magnitud de los síntomas, el tamaño de la

lesión y la sospecha de un diagnóstico alternativo. Este procedimiento representa una buena alternativa para el tratamiento de este tumor benigno.

## CIRUGÍA BARIÁTRICA COMO TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA OBESIDAD EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD FÍSICA.

*Drs. 1G. Caris, 1C. Canales, 2A. Jimenez, 3M. Garrido, 2S. Pacheco.*

(1) Cirujano Hospital Dr. Eduardo Pereira R. (2) Residente Cirugía General. Universidad de Valparaíso. Chile. (3) Residente Cirugía Pediátrica. Universidad de Valparaíso. Chile.

**Introducción:** Trastornos neurológicos y neuromusculares capaces de producir discapacidad física y/o mental favorecen la obesidad. La cirugía bariátrica es el único tratamiento exitoso a largo plazo en pacientes con obesidad mórbida (OM). Reportamos tres casos de pacientes con discapacidad física, sometidos a cirugía bariátrica. **Metodología:** Revisión de historia clínica y controles de índice de masa corporal (IMC). **Resultados:** Caso 1: Masculino, 17 años. Antecedentes de displasia ósea, genu varo bilateral operado y OM. IMC inicial: 51. IMC preoperatorio: 51. Gastrectomía vertical en manga laparoscópica (GVML). Evolución favorable, alta al cuarto día. IMC control al año: 33. Caso 2: Femenino, 18 años. Portadora de mielomeningocele, escoliosis congénita, vejiga neurogénica, insulinoresistencia (IR) y OM. IMC inicial: 69,8. IMC preoperatorio: 56. GVML, buena evolución postoperatoria, alta al cuarto día. IMC control al año: 32. Caso 3: Femenino, 46 años. Antecedentes de artrosis de cadera bilateral, IR, dislipidemia, reflujo gastroesofágico y OM. IMC inicial: 45. IMC preoperatorio: 41,9. By-pass gástrico laparoscópico en Y-de-Roux (BPGLYR). Evoluciona con dolor abdominal, descartándose complicaciones, alta al décimo día. IMC control al año: 30,8. **Discusión:** Pacientes con desórdenes neurológicos y neuromusculares presentan trastornos de alimentación que van desde desnutrición a OM. Limitaciones física y mental favorecen tendencia al sobrepeso, al comprometer capacidad de realizar ejercicio, hábitos alimenticios, conciencia de enfermedad, y participación social. Ello empeora progresión de enfermedad de base, elevando riesgo cardiovascular e impactando negativamente en su deteriorada calidad de vida. En estos pacientes no hay publicadas intervenciones exitosas a largo plazo. **Conclusiones:** La cirugía bariátrica es una estrategia validada en el tratamiento a largo plazo de la OM. La baja de peso conseguida se ve favorecida por la resolución de comorbilidades asociadas. La introducción de técnicas de mínima invasión y sus ventajas han repercutido en el crecimiento de estos procedimientos. No existen reportes en la literatura donde la cirugía bariátrica se plantee como intervención de salud frente a la OM en pacientes con discapacidad. Debe haber seguimiento a largo plazo para determinar el real alcance de esta estrategia quirúrgica.

## RETIRO DE BANDA GÁSTRICA Y GASTRECTOMÍA EN MANGA EN UN TIEMPO.

*Drs. R. Stock<sup>1</sup>, C. Ovalle<sup>1,2</sup>, C. Farías<sup>1,2</sup>, JI. Fernández<sup>1</sup>, C. Cabrera<sup>1,2</sup>, J. de la Maza<sup>1,2</sup>, Int M. Farías<sup>3</sup>, T. Bustos<sup>3</sup>*

Centro Integral de Nutrición y Obesidad - Clínica Tabancura<sup>1</sup>.  
Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile<sup>2</sup>.  
Universidad Mayor<sup>3</sup>

**Introducción:** La cirugía de retiro de banda gástrica ajustable (BGA) por complicaciones derivadas de ésta o por falta de resultados esperados, es una intervención habitual para los equipos de cirugía bariátrica. Existe controversia sobre la realización de un nuevo procedimiento bariátrico en el mismo tiempo quirúrgico que el retiro de BGA; debido a algunas publicaciones que sugieren mayor morbilidad al realizar ambos procedimientos en un mismo tiempo. El objetivo de este trabajo es evaluar los resultados quirúrgicos de nuestra experiencia en retiro de BGA y gastrectomía en manga (GM) en un mismo tiempo. **Materiales y Métodos:** 33 pacientes (31 mujeres), fueron sometidas a retiro de BGA y GM simultáneas entre los años 2007-2012. Todas las intervenciones fueron por vía laparoscópica. El IMC promedio de la serie era 33,5. La indicación de retiro de BGA fue en el 54,6% de los pacientes por presentar síntomas de reflujo gastroesofágico (RGE) severo, 31,8% no estaba conforme con los resultados, 13,6% presentaba disfagia o dolor persistente. El tiempo de instalación de la BGA fluctuó entre 1 a 9 años. La gran mayoría de los pacientes presentaba adecuada baja de peso y mantenían peso normal o sobrepeso leve al momento del retiro de la BGA; teniendo la GM como objetivo asegurar y mantener la baja de peso ya lograda. **Resultados:** El promedio de tiempo quirúrgico fue de 70,5min (55-90min). No se requirió conversión a cirugía abierta. No hubo complicaciones en el perioperatorio, siendo los pacientes dados de alta entre el 2º y 3er día postoperatorio. En el seguimiento alejado 2 pacientes requirieron realización de Bypass gástrico por persistencia de síntomas de RGE severo, 3 pacientes presentan síntomas de RGE leve que se controlan completamente con uso de inhibidores de la bomba de protones en dosis habitual, los pacientes restantes no refieren síntomas asociados a RGE. **Conclusión:** Nuestros resultados sugieren que la realización de retiro de BGA asociado a gastrectomía en manga en el mismo tiempo quirúrgico, es una alternativa segura y que no aumenta en forma significativa el riesgo ni el tiempo operatorio.

## PRIMER ENTRENAMIENTO SIMULADO PARA CIRUGÍA BARIÁTRICA LAPAROSCÓPICA DIRIGIDO A RESIDENTES DE SUBESPECIALIDAD EN CIRUGÍA DIGESTIVA

*Drs. E. Buckel, J. Varas, D. Barros, J. Galindo, D. Lobos, N. Jarufe, C. Boza*

Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile

**Introducción:** Actualmente la cirugía laparoscópica es el gold-estándar en cirugía bariátrica en el mundo. Una de sus limitantes es la difícil curva de aprendizaje que implica esta técnica. Nuestro objetivo en este trabajo es presentar una alternativa de entrenamiento para residentes de subespecialidad para aprender destrezas quirúrgicas necesarias para poder un efectuar un bypass gástrico laparoscópico. **Métodos:** Residentes de subespecialidad en cirugía digestiva se sometieron a un programa de entrenamiento laparoscópico para cirugía bariátrica. El entrenamiento constaba en aprender a hacer un entero-entero anastomosis mecánica (EEA) y una gastro-entero anastomosis (GEA) ambas en un modelo validado en box-trainer utilizando intestino bovino ex-vivo. El entrenamiento fue dividido en dos módulos de 11 sesiones cada uno. Los alumnos evaluados antes y después de cada módulo haciendo el procedimiento completo.

Las evaluaciones eran grabadas en video y evaluados utilizando escalas "Evaluaciones Objetivas Estructuradas de Habilidades Técnicas" (OSATS) de evaluación globales (GRS) y específicas (SRS) para este procedimiento. Además se usó un dispositivo de rastreo de movimiento (ICSAD) para evaluar economía de movimientos en cada evaluación.

Los puntajes de ambas escalas de evaluación, el tiempo operatorio y la distancia total recorrida por las manos del alumno fueron comparados entre su evaluación inicial y final. Después estos resultados fueron comparados con expertos evaluados en los mismos modelos.

Para el análisis estadístico se utilizaron las pruebas de Mann-Whitney y Wilcoxon según corresponda con valor p significativo <0,05.

**Resultados:** Se evaluaron 5 residentes de subespecialidad en ambos módulos de entrenamiento. Se observó una diferencia significativa en ambas escalas GRS y SRS antes y después del entrenamiento en ambos módulos (EEA: GRS 12(11-18) vs 23(22-25), SRS: 10(6-14) vs 18(18-19)); GEA: GRS 14(13-18) vs 23(22-24), SRS 16(12-18) vs 27(25-28)). También se observó que los residentes disminuían significativamente tanto su tiempo operatorio (EEA: 17.7(14.7-22.1) vs 9.2(8-10.5) minutos; GEA: 43.4(41.3-47.1) vs 27(25-28) minutos) como la distancia total recorrida por las manos (EEA: 85(77-115) vs 49(45-58) metros; GEA: 205(196-224) vs 160(111-185) metros) para ambos módulos. Expertos mostraron ser superiores en la categoría de tiempo operatorio, sin diferencias significativas en las demás mediciones. **Conclusión:** Un programa de entrenamiento simulado bien estructurado y basado en competencias permite acortar significativamente la curva de aprendizaje para destrezas laparoscópicas necesarias para cirugía bariátrica y hacerlo en un ambiente protegido y estructurado.

## CIRUGIA REVISIONAL LAPAROSCÓPICA POSTERIOR A UN BYPASS GÁSTRICO ABIERTO

*Drs. Ceroni M, Barros D, Muñoz Cfunke R, Escalona A, Boza C, Pérez.*

Institucion: Pontificia Universidad Católica De Chile

**Introducción:** La cirugía revisional (CR) luego de un bypass gástrico abierto (BPGA) por re-ganancia de peso, requiere una evaluación exhaustiva de los factores potenciales asociados (hábitos alimentarios, ejercicio, estudio anatómico del tubo digestivo y revisión del protocolo operatorio). Esta cirugía debe ser realizada por grupos expertos en cirugía laparoscópica avanzada, que entiendan los puntos críticos y una planificación intra-operatoria clara, para evitar complicaciones.

**Objetivo:** Determinar la factibilidad técnica de una CR laparoscópica posterior a un BPGA. **Material y Método:** Estudio retrospectivo de los pacientes a los cuales se les realizó una CR con intención de tratamiento en forma laparoscópica, que previamente tenían un BPGA, que incluye pacientes derivados de otros centros. Periodo enero de 2000 a junio de 2012.

**Resultados:** Constituyen la serie 7 pacientes (4 mujeres), edad 41 años (27-61 DE 11). El IMC previo a la primera cirugía fue de 43,5 (39-47 DE 3,4); el IMC previo a la CR fue de 40,9 (37,1-45,7 DE 4,3). A 4 pacientes se les realizó en BPGA en otra institución. La indicación quirúrgica en todos fue el aumento de peso progresivo después de el BPGA, un paciente tuvo el diagnóstico de una fistula gastro-gástrica. Dos pacientes requirieron conversión a técnica abierta por adherencias muy importantes durante el acto quirúrgico. A todos los pacientes se les realizó una gastroplastía, en 2 con una nueva gastro-yeyuno anastomosis y otro paciente alargamiento del asa bilio-pancreática. El tiempo operatorio fue de 150 min (110-240 DE 47), los días de hospitalización fue de 3,6 (1-5 DE 1,14). Un paciente requirió una re-operación por obstrucción intestinal bridas a los 24 días de la CR. **Conclusión:** La CR laparoscópica posterior a un BPGA es factible y segura, con baja morbilidad y corta estadío hospitalaria.

"EMBARAZO DESPUÉS DE UN BYPASS GÁSTRICO EN "Y" DE ROUX LAPAROSCÓPICO Y COMPLICACIÓN CON HERNIAS DE PETERSEN. REPORTE DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA" JP Cisternas<sup>1</sup>, J Jimenez<sup>2</sup>, L Revello<sup>1,3</sup>, JP Camacho<sup>2</sup>, JJ Gallardo<sup>3</sup>.

Institucion: <sup>1</sup>Servicio de Urgencias, Hospital Luis Tisné Brousseau; <sup>2</sup>Residente de cirugía, Universidad de Chile. Cirugía Bariátrica, Hospital Luis Tisné Brousseau.

**Introducción:** El bypass gástrico laparoscópico (BGL) es el tratamiento estándar de la obesidad mórbida. Entre sus complicaciones se describe la presencia de hernias internas y sus consecuencias; pero su asociación con el embarazo aún no está muy definida.

A continuación presentamos dos casos de hernia de Petersen en relación a embarazos de término. **Caso Clínico 1:** Mujer 31 años sometida a BGL hace 7 años, cursando embarazo de 35 semanas. Consulta por 6 horas de dolor abdominal, interpretado como actividad uterina; se condujo parto vaginal. Evolucionó con abdomen distendido, sensible difusamente y deterioro hemodinámico que requirió soporte crítico. Estudio imagenológico reveló gran distensión intestinal y líquido libre. En laparotomía se evidenció fondo gástrico dilatado con perforación en curvatura menor; se realizó aseo y descompresión gástrica. Fue reexplorada en 24 horas detectándose hernia de Petersen, la cual se redujo, con posterior cierre del defecto. Paciente egresó tras 38 días de hospitalización.

**Caso Clínico 2:** Paciente de 35 años con antecedentes de BGL hace 5, cursando embarazo de 34 semanas. Consultó por cuadro de 24 horas caracterizado por dolor abdominal, náuseas y vómitos. Evaluada en ginecología, se interpretó como actividad uterina se hospitalizó en preparto. Tras 12 horas de evolución dada sintomatología y alteración de exámenes fue evaluada por cirugía y se decidió cesárea de urgencia y laparotomía exploradora evidenciándose vólvulo de asa alimentaria asociado a hernia de Petersen y asas isquémicas. Se realizó desvolvulación, reducción herniaria y cierre de brecha.

Se reexploró en 12 horas detectándose necrosis de asa alimentaria. Realizándose resección intestinal, gastroyeyuno anastomosis, y anastomosis intestinal latero-lateral. Evolución satisfactoria.

**Discusión:** Las hernias internas son una temida complicación del BGL. El diagnóstico es difícil y lo más importante es una alta sospecha en pacientes con dolor abdominal sin causa específica y antecedente de BGL; más aún, en el caso particular de mujeres embarazadas, debido a que el efecto de masa secundario al útero gravídico sería un factor predisponente. La clínica es inespecífica, la TAC de abdomen es muy útil en el diagnóstico, especialmente si es analizada por un cirujano bariátrico; sin embargo, su uso es controversial en embarazo. Ante la sospecha clínica se recomienda una pronta exploración quirúrgica, para así establecer el diagnóstico y resolución definitiva.

En conclusión, la sospecha diagnóstica en este grupo de pacientes debe ser muy elevada para poder ofrecer un tratamiento precoz y así disminuir las devastadoras complicaciones tanto maternas como fetales.

GASTROPLASTÍA ENDOSCÓPICA EN PACIENTES CON BYPASS GÁSTRICO Y REGANANCIA DE PESO.

*Drs. F. Muñoz, F Pimentel, A. Sharp, A. Donoso, D. Turriel, C. Gómez, A. Escalona.*

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

**Introducción:** El bypass gástrico es una alternativa de tratamiento efectivo en pacientes con obesidad mórbida. A pesar de los buenos resultados generales a corto plazo hay pacientes que presentan baja de peso insuficiente o reganancia significativa de peso a mediano y largo plazo. La anastomosis gastroyeyunal dilatada es un factor de riesgo de reganancia de peso. La cirugía revisional esta

asociada a un riesgo de complicaciones post operatorias incluso mayor que la cirugía primaria. La gastroplastía endoscópica reducir el diámetro de la anastomosis gastroyeyunal puede ser una alternativa efectiva y menos invasiva.

Objetivo: Evaluar la seguridad y eficacia de la gastroplastía con el sistema de sutura endoscópica OverStich (Apollo EndoSurgery Inc. St. Louis, MO) en pacientes con antecedente de BPG y reganancia de peso.

Material y Métodos: Análisis de todos los pacientes con sometidos a gastroplastía endoscópica con el sistema de sutura OverStich luego de reganancia de peso posterior a BPG. Se analizaron datos demográficos, reganancia de peso y enfermedades asociadas.

Resultados: Desde julio de 2011 a julio de 2012, siete pacientes han sido sometidos a gastroplastía endoscópica con el sistema OverStich. La mediana de edad es de 37 años (R: 24 - 51), de lo 5 pacientes todos son de sexo femenino. Cuatro pacientes tienen antecedente de BPG laparoscópico y tres BPG abierto. Todos se sometieron al procedimiento por reganancia de peso, una paciente desarrolló diabetes tipo 2 sin presentar antecedentes previos. La mediana de IMC antes del BPG fue de 36,1 kg/m<sup>2</sup> (R: 34,9 - 51,1) con una mediana de peso de 90 kg. (R: 87 - 126). La mediana de IMC al momento de la reparación endoscópica fue de 32,9 kg/m<sup>2</sup> (R: 27,2 - 36) y la mediana de peso 87 kg (R: 66,7 - 106). El tiempo promedio entre el BPG y la gastroplastía endoscópica fue de 7,7 años. El tiempo promedio del procedimiento de sutura endoscópica fue de 148 minutos. El tiempo promedio de estadía hospitalaria fue de 1,2 días. Dos pacientes presentaron dolor epigástrico luego del procedimiento con buena respuesta a la terapia con inhibidor de la bomba de protones y analgesia oral. No se reportaron complicaciones post operatorias.

Conclusión: La gastroplastía endoscópica con el dispositivo OverStich es un procedimiento seguro que puede constituir una alternativa para el tratamiento de la reganancia de peso en pacientes con antecedente de BPG.

#### TRATAMIENTO DE LA HIPERTRIGLICERIDEMIA SEVERA CON BYPASS GASTRICO

*Drs. Ceroni M, Valderas Jp, Barros D, Muñoz C, Pérez G.*

Institucion: Pontificia Universidad Católica De Chile

Introducción: La hipertrigliceridemia severa se define con niveles séricos de triglicéridos mayor a 1000 mg/dl o que produzca secundariamente pancreatitis aguda. Se ha planteado que el Bypass gástrico (BPG) es un tratamiento adecuado para estos pacientes, ya que no solo mejora en forma definitiva la hipertrigliceridemia, sino además mejora todo el perfil de lípidos, independiente de la baja de peso. Objetivo: Determinar la corrección de la hipertrigliceridemia severa en pacientes con BPG. Material y Método: Estudio retrospectivo de los pacientes a los cuales se les realizó un BPG por hipertrigliceridemia severa o pancreatitis secundaria a la hipertrigliceridemia, desde el año 1999, hasta junio de 2012. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva.

Resultados: Constituyen la serie 6 pacientes (50% de género femenino), la edad promedio fue de 39 años (31-47 DE 7,6), IMC preoperatorio fue de 39 (35-49 DE 6), los niveles de triglicéridos preoperatorios fue de 1.655 mg/dl (775 - 2774 DE 671), 5 pacientes presentaban hipercolesterolemia total aumentada, 2 pacientes con HDL bajo. Todos con tratamiento de la hipertrigliceridemia, sin control adecuado. Al mes postoperatorio todos los pacientes corrigieron su perfil lipídico, con niveles de triglicéridos de 123 mg/dl (109-139 DE 11,5), cuando aún los pacientes estaban bajando de peso, con porcentaje de pérdida de peso al mes de 12% (5- 16 DE 5,4). En el seguimiento han mantenido valores de triglicéridos dentro de límites normales, sin requerimientos de medicamentos para el control de triglicéridos.

Conclusión: Se sugiere en esta serie que el BPG puede ser efectivo para el tratamiento de la hipertrigliceridemia severa, independiente de la baja de peso.

#### CIRUGIA REVISIONAL LAPAROSCÓPICA POSTERIOR A UN BYPASS GASTRICO ABIERTO

*Ceroni M, Barros D, Muñoz Cfunke R, Escalona A, Boza C, Pérez.*

Pontificia Universidad Católica De Chile

Introducción: La cirugía revisional (CR) luego de un bypass gástrico abierto (BPGA) por re-ganancia de peso, requiere una evaluación exhaustiva de los factores potenciales asociados (hábitos alimentarios, ejercicio, estudio anatómico del tubo digestivo y revisión del protocolo operatorio). Esta cirugía debe ser realizada por grupos expertos en cirugía laparoscópica avanzada, que entiendan los puntos críticos y una planificación intra-operatoria clara, para evitar complicaciones.

Objetivo: Determinar la factibilidad técnica de una CR laparoscópica posterior a un BPGA. Material y Método: Estudio retrospectivo de los pacientes a los cuales se les realizó una CR con intención de tratamiento en forma laparoscópica, que previamente tenían un BPGA, que incluye pacientes derivados de otros centros. Periodo enero de 2000 a junio de 2012.

Resultados: Constituyen la serie 7 pacientes (4 mujeres), edad 41 años (27-61 DE 11). El IMC previo a la primera cirugía fue de 43,5 (39-47 DE 3,4); el IMC previo a la CR fue de 40,9 (37,1-45,7 DE 4,3). A 4 pacientes se les realizó en BPGA en otra institución. La indicación quirúrgica en todos fue el aumento de peso progresivo después de el BPGA, un paciente tuvo el diagnóstico de una fístula gastro-gástrica. Dos pacientes requirieron conversión a técnica abierta por adherencias muy importantes durante el acto quirúrgico. A todos los pacientes se les realizó una gastroplastía, en 2 con una nueva gastro-yeyuno anastomosis y otro paciente alargamiento del asa bilio-pancreática. El tiempo operatorio fue de 150 min (110-240 DE 47), los días de hospitalización fue de 3,6 (1-5 DE 1,14). Un paciente requirió una re-operación por obstrucción intestinal bridas a los 24 días de la CR. Conclusión: La CR laparoscópica posterior a un BPGA es factible y segura, con baja morbilidad y corta estadío hospitalaria.

## Poster: CIRUGÍA GENERAL

**MILOLIPOMA SUPRARRENAL GIGANTE.**  
*Drs. E. Klein, C. Seymour, P. Gac, P. Cabané, P. Segura.*  
Hospital Clínico Universidad de Chile.

**Introducción:** Los mielolipoma son tumores benignos, poco comunes compuestos por tejido adiposo maduro y hematopoyético cuyas dimensiones suele ser de pocos milímetros. Presentamos un caso con 22x15x10 cm.

**Caso:** Paciente masculino de 49 años, con hipertensión crónica, a quien se le realiza una TC (Tomografía Computarizada) en contexto de estudio de un pólipo gástrico benigno, en la cual se evidencia una masa suprarrenal derecha de 18X14 cm, la cual desplaza al riñón derecho hacia caudal, con mal rotación del mismo, con la pelvis renal hacia dorsal, elongación del pedículo y uréter redundante. Se descarta su funcionalidad con metanefrinas urinarias, cortisol y electrolitos plasmáticos normales. Posterior a normalizar sus cifras tensionales, el paciente fue sometido a suprarrenalectomía abierta dado el tamaño del tumor. Con la biopsia definitiva se confirma el diagnóstico de "mielolipoma suprarrenal derecho gigante", de 22x15x10 cm y con su extracción el riñón vuelve a su lugar original, sin estar malrotado y funcionando. Posterior a la cirugía el paciente tiene mejor control de sus cifras tensionales. Al tener un tumor de estas dimensiones el paciente presentaba el riesgo de sufrir en cualquier momento una hemorragia retroperitoneal espontánea que pusiera en peligro su vida.

**Discusión:** Los mielolipomas son tumores benignos generalmente asintomáticos cuyo diagnóstico suele ser incidental entre la 5ta y la 6ta década de la vida, por lo que caen dentro de la clasificación de "incidentalomas". El 62 % tiene localización suprarrenal, afectando igualmente a ambos sexos y sus dimensiones son de pocos milímetros, pero escasamente pueden encontrarse casos de hasta 30 cm o más, asociándose el mayor tamaño a mayor sintomatología y complicaciones tanto por compresión de órganos vecinos como por hemorragia del mismo.

Su diagnóstico suele ser imagenológico, evitándose su punción hasta descartar su funcionalidad. **Conclusión:** Con este caso se comprueba el gran tamaño que pueden llegar a tener estos tumores y como pueden afectar a las estructura colindantes, por lo que no hay que dejar de pensar en ellos al tener que realizar diagnósticos diferenciales de grandes tumoraciones de las glándulas suprarrenales. Su gran tamaño implica resecciones de mayor complejidad, tanto para mejorar la sintomatología del paciente como para evitar el riesgo de hemorragia retroperitoneal espontánea la cual es la complicación más importante de estas grandes tumoraciones.

**HEMANGIOPERICITOMA: REPORTE DE TRES CASOS Y REVISIÓN DE LITERATURA**  
*Drs. C.Seymour, E.Klein, P.Gac, P.Cabané, P.Segura*  
Hospital Clínico Universidad de Chile.

**Introducción:** El hemangiopericitoma (HPC) representa el 1% de los tumores vasculares. Puede tener cualquier localización, principalmente extremidades inferiores y retroperitoneo. Se presentan tres casos, uno de localización sacra, siendo el segundo en ser publicado.

**Caso 1:** Paciente 37 años, con nódulo cervical posterior doloroso asociado a parestias de manos. Ecotomografía y RNM muestran masa de 60 x 28 mm, bien definida, encima de músculos cervicales posteriores, sin afectación ósea. AngioTC muestra masa isodensa entre C1-C4 irrigado por rama del tronco tirocervical derecho y otra de la arteria vertebral derecha. Se reseca tumor. Biopsia informa HPC.

**Caso 2:** Paciente 25 años, con HTA. Ecotomografía muestra masa suprarrenal derecha de 9 x 7 cm. Estudio negativo para feocromocitoma. RNM muestra tumor hipertenso y heterogéneo en T2, hipotenso en T1. Se realiza suprarrenalectomía, biopsia informa HPC. Estudio de diseminación negativo. Sin recidiva a los 2 años.

**Caso 3:** Paciente 67 años, con aumento de volumen en glúteo derecho, pétéo, sensible, con aumento de temperatura e hipervascularización circundante. RNM muestra lesión de 10 x 9 x 5 cm desde plano subcutáneo profundo extendida a ambas fosas isquiorrectales, en contacto con ano y plano de elevadores. Se reseca, biopsia informa HPC. Por tamaño se realiza radioterapia complementaria. Seguimiento sin recidiva

**Discusión:** El HPC es un raro tumor vascular diagnosticado mayormente entre los 40-50 años sin predilección por sexo. Nuestra serie muestra 3 casos, uno de ellos a los 25 años. Siendo las extremidades inferiores la localización más común, ninguno la presentó. Con respecto a la localización sacrococcígea sólo encontramos una publicación, ambos casos siendo tumores duros que respetan ano y no invaden mucosa rectal, pero el nuestro con presentación más florida. Los HPC se presentan con dolor, masa o síntomas por compresión, como en nuestro caso cervical. Su estudio es imagenológico, con TC y/o RNM, y su estudio histológico se realiza con la pieza quirúrgica. El tratamiento es la extirpación quirúrgica completa del tumor. Terapias complementarias como la radioterapia y quimioterapia son controversiales. En general el pronóstico es bueno, pudiendo haber recurrencias y metástasis tardías, por lo que su seguimiento es fundamental.

**Conclusiones:** El HPC es un raro tumor vascular de lenta evolución con manifestaciones inespecíficas. Su diagnóstico definitivo es con el estudio histológico de la pieza quirúrgica y su tratamiento es la resección completa del tumor. Su pronóstico es bueno pero, dada su potencial malignidad, se requiere un seguimiento considerable.

## DIVERTICULOSIS YEYUNOILEAL, HALLAZGO INCIDENTAL, REPORTE DE UN CASO.

*Drs. F. Silva<sup>1</sup>, C. Cartes<sup>2</sup>, H. Silva<sup>3</sup>.*

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Hermina Martín, Chillán. <sup>2</sup>Médico Cirujano EDF, Universidad Católica de Sma. Concepción <sup>3</sup>Interno de Medicina, Universidad Católica de la Sma. Concepción.

**Introducción:** La diverticulosis de intestino delgado es una enfermedad infrecuente en la población, con una incidencia que varía entre el 0,02 al 4%. Considerada una enfermedad adquirida, la diverticulosis estaría dada por tres mecanismos: miopatía visceral, neuropatía visceral y/o esclerosis atípica sistémica progresiva desencadenando en alteraciones de los mecanismos de pulsión y debilidad de la pared abdominal. Presenta sintomatología inespecífica, como dolor abdominal recurrente, diarrea y síndrome de malabsorción. Dentro de sus complicaciones, presentes en alrededor del 10% de los casos, se describe perforación, diverticulitis, hemorragia digestiva y obstrucción.

**Objetivo:** Presentar un caso clínico de diverticulosis de intestino delgado, como enfermedad infrecuente y escasamente reportada dentro de la literatura nacional.

**Materiales y métodos:** Reporte de un caso, análisis de antecedentes clínicos y revisión bibliográfica. **Caso clínico:** Paciente sexo femenino, 81 años, con antecedentes de HTA y Artritis Reumatoidea. Portadora varios años de hernia inguinal izquierda, ingresa el 13/06/12 al Servicio de Urgencia de Hospital Clínico Hermina Martín de Chillán con diagnóstico de Hernia inguinal izquierda irreductible y dolorosa de más de 24 horas de evolución, al examen se constata masa pétreo inguinal izquierda con cambios inflamatorios de piel. Se plantea Hernia inguinal izquierda estrangulada que se comprueba con Cirugía por vía inguinal, con gran anillo que permite resección y anastomosis termino-terminal, como hallazgo se encuentra diverticulosis de todo el intestino delgado, no así del colon. Se realiza hernioplastia con malla, evoluciona favorablemente por lo que se decide alta al sexto día posterior a cirugía.

Se rescata resultado de biopsia operatoria que indica segmento de intestino delgado con múltiples divertículos por pulsión además del infarto hemorrágico transmural reciente.

**Discusión:** La enfermedad diverticular yeyunoileal, es una entidad patológica infrecuente, su diagnóstico generalmente es hallazgo en laparotomías o autopsias. Además por su ubicación mesentérica pueden pasar desapercibidos, por lo que requieren un alto índice de sospecha. En la actualidad existe escasa bibliografía al respecto. En este caso, dentro del contexto clínico de la paciente, destaca la presentación de un hallazgo incidental intraoperatorio de divertículos yeyunoileal, que no presentan relevancia en la génesis, tratamiento y resultado de la patología de base.

## HIDATIDOSIS HEPÁTICA: MANEJO OPORTUNO. REPORTE DE UN CASO. *Drs. E. Aylwin<sup>1</sup>, A. del Canto<sup>1</sup>, R. Estelles<sup>1</sup>, A. Venegas<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>-Interno de Medicina, Escuela Medicina, Universidad Nacional Andrés Bello.

**Introducción:** La hidatidosis es una zoonosis endémica en Chile, causada principalmente por el estado quístico del parásito *Echinococcus Granulosus*. La forma de gusano adulto vive en el intestino del huésped definitivo, comúnmente el perro. Los herbívoros son huéspedes intermediarios, donde se desarrolla el estado larval quístico. Al hombre llega por contacto con el huésped definitivo, por lo que es un huésped accidental, que al igual que el intermediario forma el quiste hidatídico (HD). **Caso Clínico:** Paciente de sexo masculino, 54 años, con antecedente de Quiste hidatídico hepático asintomático en 2008. Con estudio serológico de hidatidosis (Ig G) negativa, por lo que se mantuvo sin tratamiento.

Paciente ingresa a Urgencia, por dolor precordial, asociado a disnea, eritema generalizado y pérdida de conciencia. Donde se pesquisa una taquicardia ventricular manejada en UCI y se diagnostica como Shock Anafiláctico por ruptura parcial de quiste hidatídico. TAC de control muestra lesión quística de 9,6x8,1x7,4 cm, que contacta ampliamente con la cava inferior a la cual comprime y desplaza. Se realiza Periquistectomía, conservando trozo de adventicia de 6x3 cm sobre cava.

**Discusión:** La combinación de imágenes y serología usualmente realizan el diagnóstico de hidatidosis. El mejor diagnóstico serológico disponible se basa en el uso combinado de varios tests (HAI y ELISA lo más recomendado).

La respuesta inmune del huésped depende de la localización y vitalidad de los quistes larvares. Los tests de detección de anticuerpos son menos sensibles en pacientes con quistes intactos. Así también la serología es más sensible y específica para *E. multilocularis* que para *E. granulosus*.

Los resultados serológicos negativos no descartan la equinocosis, algunos portadores de QH no desarrollan anticuerpos detectables y los antígenos circulantes en suero sólo se detectan en la mitad de los pacientes.

La liberación, por rotura, de líquido del QH se produce generalmente por Traumatismo. Pero también puede deberse a la fuga episódica sin rotura macroscópica (1-5% en QH hepático). Tras la rotura de un quiste se produce eosinofilia, prurito, urticaria, angioedema e incluso anafilaxia, que puede ser mortal cuando dicha rotura es de tipo directa.

**Conclusión:** El diagnóstico serológico debe ser confirmado siempre con técnicas de imagen, teniendo en cuenta el porcentaje de falsos negativos. Siendo la cirugía el tratamiento de elección para la hidatidosis, independiente del estado clínico. El paciente habría desarrollado una anafilaxia que probablemente, estuvo relacionada con diseminación de líquido y escólex en cavidad abdominal, esto por un mal diagnóstico y tratamiento tardío.

**PANCREATODUODENECTOMÍA: EXPERIENCIA EN HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO DESDE 1996 A LA FECHA**  
*Drs. C. Arenas<sup>1</sup>, J. Durruty<sup>2</sup>, C. Onetto<sup>3</sup>, L. Manriquez<sup>2</sup>, R. Sepúlveda<sup>3</sup>, R. Humeres<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Residente de Cirugía, Universidad De Los Andes

<sup>2</sup> Residente de Urología, Universidad De Los Andes

<sup>3</sup> Cirugía Digestiva, Hospital Militar

**Introducción:** El cáncer de páncreas a nivel mundial es la quinta causa de muerte por cáncer. En Chile la tasa de mortalidad se ha mantenido estable en los últimos años y la incidencia es de 5 x 100.000 habitantes. La tasa de mortalidad perioperatoria ha disminuido de un 30% en los años setenta a un 1% en el año 2000, pero la tasa de morbilidad ha aumentado de un 30% a un 45% en dicho periodo. **Materiales y Métodos:** Se revisaron en forma retrospectiva 26 fichas clínicas de pacientes operados de pancreatoduodenectomías en el Hospital Militar de Santiago, entre los años 1996 y 2012. **Objetivos:** Dar a conocer la experiencia y resultados de nuestro centro en las pancreatoduodenectomías. **Resultados:** Se analizaron 26 casos sometidos a una pancreatoduodenectomía, de los cuales el 53% (14) fueron mujeres y el 46% (12) fueron hombres. La edad promedio fue de 64 años (46-79). Con respecto a las comorbilidades el 42% (11) presentaba HTA y el 34% (9) DM tipo 2. El 57% (15) de ellos eran tabáquicos crónicos. Con respecto a la localización anatómica de la neoplasia, un 53% (14) presentaban un cáncer de páncreas, 30% (8) de ampolla de vater, 11% (3) duodeno y un 3% (1) colédoco. En un 92% (24) se preservó el píloro y el tiempo quirúrgico promedio fue de 427 minutos (150-650). Con respecto a las complicaciones, en un 23% (6) hubo fistulas y colecciones. En ningún paciente se realizó neoadyuvancia. Al analizar la sobrevida, hay un 46% (12) de pacientes vivos a la fecha, se desconoce en un 26% (6) y sólo se constató un 30% (8) de fallecimientos en un promedio de 28 meses post operatorio. Al analizar a los pacientes fallecidos, el 75% presentaban un adenocarcinoma pancreático. **Conclusión:** Las características de nuestra casuística con respecto a las complicaciones descritas para pancreatoduodenectomías difieren en las encontradas en la literatura, lo que podría explicarse ya que algunos de nuestros pacientes operados presentaban diagnósticos no neoplásicos. Los resultados obtenidos con esta cirugía en nuestro hospital son semejantes a resultados en otros centros, considerando el número limitado de casos obtenidos para realizar comparaciones.

**LINFOMA MESENTÉRICO. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.**

*Drs. J M Martínez, (1) Dra. S Retamal, (2) Dra Yocelyn Palta López*

(1) Cirujano adulto Hospital Eduardo Pereira (HEP), Unidad Emergencia Hospital Carlos van Buren (HCVB), (2, 3) Residente cirugía adulto HEP U. Emergencia HCVB  
Hospital Eduardo Pereira

**Introducción:** Los linfomas son un grupo heterogéneo de neoplasias de las células del sistema linfohematopoyético, que se dividen en 2 grupos principales: enfermedad de Hodgkin y el linfoma no Hodgkin (LNH). Si bien la mayoría, se localizan en órganos linfoides, hasta un 15% a 48% de los linfomas se asientan en tejidos u órganos extra-linfoides. Se ha reportado que el LNH presenta compromiso mesentérico hasta en el 51% de los casos, constituyendo la primera causa de masas mesentéricas.

**Objetivo:** Con el propósito de informar un caso de linfoma mesentérico y revisar la literatura se presenta el reporte de un hombre de 50 años cuyo diagnóstico fue sospechado por el cuadro clínico y estudio por imágenes. Se realiza laparotomía exploratoria confirmándose éste con estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico. El diagnóstico final fue LNH tipo células pequeñas.

**Caso Clínico:** O.C.V, varón de 50 años. Antecedentes mórbidos de Diabetes Mellitus 2 No Insulino dependiente, obesidad mórbida, apendicectomizado, sin otros antecedentes de importancia. Ingresó el 7 Julio 2012 a unidad de emergencia HCVB, por cuadro de 2 semanas de evolución caracterizado por dolor abdominal difuso tipo cólico asociado a fiebre intermitente y diarrea. Derivado desde extrasistema con el diagnóstico erróneo de diverticulitis complicada con absceso intraabdominal. Se realiza TAC de control que revela tumor en base de mesenterio de centro gangrenado, con inflamación de grasa peritoneal y adenopatías periféricas. Exámenes de Laboratorio destaca PCR levemente elevada 12,8 mg/L, resto parámetros en rangos normales. 8 Julio 2012 ingresa a pabellón, realizando excéresis de tumor gangrenado en base de mesenterio de 10 por 15 cm con múltiples adenopatías periféricas, colon con divertículos no complicados. Ingresó a UCI para cuidados postoperatorios, debido a sangrado importante intraoperatorio. Evoluciona favorable, sin complicación postoperatoria. Trasladado a UCIM HEP para completar recuperación postoperatoria. Biopsia pieza operatoria informa Linfoma no Hodgkin de células pequeñas. Se otorga alta con controles en cirugía e ingreso Hematología HCVB.

**Discusión:** Por su relación con otras estructuras abdominales, el mesenterio es asiento frecuente de procesos neoplásicos, primarios o secundarios. La clínica es inespecífica, se reporta dolor abdominal, baja de peso, diarrea, masa palpable y sangre en deposiciones como los más frecuentes. Los tumores mesentéricos pertenecen, principalmente, a linfomas no Hodgkin difusos de células grandes y de linfocitos B, en tanto los de células pequeñas son muy escasos. Su diferenciación con otros procesos requiere el estudio histológico e inmunofenotípico del tumor.

**CARCINOIDE APENDICULAR: REPORTE DE UN CASO**

*Drs. I. Obaid<sup>1</sup>, G. Castro<sup>1</sup>, T. Desenzani<sup>2</sup>, E. Decinti<sup>3</sup>*

1. Médico Becado Universidad de Chile, Servicio de Cirugía Hospital San Juan de Dios; 2. Interno Medicina Universidad de Chile, Servicio de Cirugía Hospital San Juan de Dios; 3. Staff Servicio de Coloproctología Hospital San Juan de Dios.



Los tumores carcinoides son un grupo heterogéneo de neoplasias derivadas de las células de Kulchitsky. La mayoría se localiza en el tracto gastrointestinal. Se caracterizan por el típico patrón de crecimiento trabecular, glandular o formando rosetas, por la expresión de marcadores neuroendocrinos y por la producción de aminas biógenas y hormonas polipeptídicas. Se los considera originados de las células endocrinas sub-epiteliales presentes en la lámina propia y la submucosa apendicular. Más del 95% son tumores menores de 2 cm de diámetro y, puesto que la probabilidad de metastasis depende del tamaño tumoral, en menos de un 10% de los casos existen metástasis en el momento del diagnóstico. Caso: Mujer de 40 años sin antecedentes mórbidos. Consulta por cuadro de 1 mes de evolución. Presenta dolor persistente y progresivo en FID que se asocia a vómitos. Sin baja de peso asociada. Evaluada por ginecología que descarta patología anexial. Destaca al examen físico masa palpable de aprox. 10 cm. de diámetro dolorosa a la palpación. Blumberg (-). HTO 39% Hb 13,1 Leucocitos 9100. Se realiza TAC que informa masa en relación al apéndice (Fig 1). Se realiza laparotomía exploradora, abierto peritoneo se encuentra gran masa apendicular que compromete base de > 2 cm (Fig 2, 3 y 4). Se realiza Bp rápida que informa Tu Carcinóide por lo que se procede a realizar hemicolectomía con criterio oncológico. Bp final: Tu carcinóide apendicular. Discusión: El tratamiento de los tumores apendiculares depende de diversos factores. En los tumores menores de 1 cm de diámetro el tratamiento de elección es la apendicectomía simple, mientras que en los tumores mayores de 2 cm se debe practicar una hemicolectomía derecha con disección de los ganglios linfáticos. En los tumores entre 1 y 2 cm el tratamiento debe ser individualizado y basarse en factores como edad, comorbilidades, localización del tumor, invasión linfática o vascular, la afección del mesoapéndice y de los ganglios linfáticos. Así, cuando se trata de pacientes jóvenes con tumores próximos a la base del apéndice, con invasión vascular o de los linfáticos de la submucosa y/o con infiltración del mesoapéndice, es aconsejable realizar una hemicolectomía derecha, ya que la presencia de dichos factores se asocia a un pronóstico desfavorable. Por el contrario, en los pacientes mayores de 60 años o con elevado riesgo quirúrgico el tratamiento recomendado es la apendicectomía. En presencia de metástasis en los ganglios linfáticos, también se ha aconsejado la hemicolectomía derecha.

#### DIVERTÍCULO VERDADERO APENDICULAR: REPORTE DE UN CASO

*Drs. I. Obaid<sup>1</sup>, T. Dezenan<sup>2</sup>, G. Castro<sup>1</sup>, C. Moyano<sup>1</sup>, M. Sierra<sup>3</sup>*

1. Médico Becado Universidad de Chile, Servicio de Cirugía Hospital San Juan de Dios; 2. Interno Medicina Universidad de Chile, Servicio de Cirugía Hospital San Juan de Dios; 3. Staff Servicio de Cirugía Hospital San Juan de Dios.

La incidencia de diverticulitis apendicular es de 0,004% a 2,1% en diferentes series; esta infrecuente condición es habitualmente considerada como una variante de la apendicitis aguda, sin embargo existen

algunas sutiles diferencias tanto en la clínica como en la fisiopatología de ambas enfermedades. Los pacientes habitualmente buscan tratamiento en forma más tardía que los pacientes con la forma clásica de apendicitis y la demora en establecer el diagnóstico lleva invariablemente a la perforación del divertículo hacia el meso apendicular. Generalmente estos pacientes se encuentran en la cuarta o quinta década de la vida, por lo que la presentación de esta condición en pacientes jóvenes es inusual. Caso: Mujer de 62 años, con antecedentes DM IR, HTA. Sin antecedentes quirúrgicos, tabaco (-) OH (-). Presenta dolor abdominal de inicio incidiendo, sin factor desencadenante, ubicado en fosa iliaca derecha, de intensidad 4/10 en un principio, tipo cólico, sin irradiación clara, va en aumento hasta llegar a intensidad 10/10 a las 8 horas por lo que consulta a servicio de urgencia. Paciente ingresa febril 38,5°C, PA 167/68 mmHg, HGT de 194 no refiere vómitos, diarrea ni molestias urinarias. Al examen físico se constata abdomen globuloso sensible en todo el hemiabdomen inferior mayormente doloroso en fosa iliaca derecha, blumberg (+) Murphy (-), resto examen físico sin alteraciones. PCR 15 mg/lt, hematocrito de 36% Hb 11,8 gr/dl, leucocitos 18000 u/lt. Creatinina 1,89 mg/dl, resto exámenes normales. Se descarta ITU. Se sospecha cuadro de apendicitis aguda se somete a cirugía a las 24 horas de evolución del cuadro. Se realiza LMIU, sin líquido libre, apéndice sano, en borde opuesto a válvula ileocecal se observa divertículo cecal con vértice necrótico, se dicta con Coloproctólogo, quien sugiere resección y sutura primaria en bordes sanos alejados, sin comprometer válvula ileocecal permeable. Se realiza sutura en 2 planos, aseo y hemostasia. Cierre por planos. Se deja drenaje.

La enfermedad diverticular del apéndice se divide en una forma congénita y una forma adquirida. La primera es extremadamente rara. Los divertículos sintomáticos son clásicamente divertículos adquiridos por pulsión y se localizan en el borde mesentérico del apéndice, asociados a vasos arteriales y áreas debilitadas de la muscularis propia. La enfermedad diverticular del apéndice se clasifica en 4 formas diferentes y de acuerdo a esta clasificación el divertículo de nuestro paciente puede clasificarse como del Tipo 1 que es también la forma clásica o la más frecuentemente descrita.

#### HERNIA DE GARENGEOT: REPORTE DE UN CASO

*Drs. I. Obaid<sup>1</sup>, J.P. Hurtado<sup>1</sup>, G. Castro<sup>1</sup>, T. Dezenan<sup>2</sup>, J. Moran<sup>3</sup>*

1. Médico Becado Universidad de Chile, Servicio de Cirugía Hospital San Juan de Dios; 2. Interno Medicina Universidad de Chile, Servicio de Cirugía Hospital San Juan de Dios; 3. Staff Servicio de Cirugía Cabeza & Cuello Hospital San Juan de Dios.

Introducción: El contenido del saco herniario de una hernia femoral se ha descrito con grasa preperitoneal, omento, intestino delgado y colon. En raras ocasiones el apéndice cecal se puede encontrar en ella. Se ha reportado una incidencia de 0.8%. La presencia del apéndice cecal en el saco de una hernia femoral se

conoce como De Garengot por Rene Croissant de Garengot un cirujano Parisino del siglo XVIII. Las hernias femorales son el 4% de todas las hernias, éstas son más frecuentes en mujeres y el riesgo aumenta con la edad. La hernia femoral tiene la mayor tasa de encarcelamiento que va de 5 a 20%, debido a la estrechez y rigidez del canal femoral. La forma en que se descubre su presencia en la hernia es durante una cirugía electiva más que en cirugía de urgencias. El diagnóstico preoperatorio es difícil de realizar, la mayoría de las veces se llega a quirófano solamente con el diagnóstico de hernia femoral, cuando no se cuenta con una tomografía computarizada en forma oportuna.

Caso: Masculino, 71 años previamente sano; consulta por aumento de volumen inguinal derecho irreductible de 12 días de evolución, sin dolor, vómitos, ni alteración del tránsito intestinal. Destaca al ingreso solamente aumento de volumen inguinal derecho de 5 x 2 cm, duro, adherido y sin cambios inflamatorios de la piel. Leucocitos 8.200 PCR 76. Se realiza ecografía que describe una masa ecogénica en región femoral derecha de aspecto inflamatorio de aproximadamente 6 cm de diámetro donde se identifica apéndice cecal dilatado 10mm. Engrosamiento de las paredes del ciego. Se realiza TAC abdomen para complementar diagnóstico. (Figura 1). Se realiza incisión suprapubica transversa, encontrándose una hernia femoral junto con una apendicitis necrótica perforada y un absceso del saco herniario. Se realizó una apendicetomía, aseó quirúrgico y una hernioplastia. (Figura 2 y 3) El paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta sin complicaciones a corto plazo.

Discusión: El diagnóstico de apendicitis aguda en una hernia femoral es raro pero con complicaciones potencialmente graves. Se debe tomar en consideración que existe la necesidad de reducir el contenido del saco y la posibilidad de reparar de manera definitiva el defecto con el riesgo potencial de infección debido a la naturaleza de su contenido. La cirugía temprana en esta patología es el manejo de elección, las opciones de tratamiento son diversas de acuerdo a la situación clínica del paciente.

#### OXIURIASIS APENDICULAR: REPORTE DE SERIE EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

*Drs. I. Obaid<sup>1</sup>, T. Desenzani<sup>2</sup>, G. Castro<sup>1</sup>, M. Lizana<sup>3</sup>*

1. Médico Becado Universidad de Chile, Servicio de Cirugía Hospital San Juan de Dios; 2. Interno Medicina Universidad de Chile, Servicio de Cirugía Hospital San Juan de Dios; 3. Staff Servicio de Coloproctología Hospital San Juan de Dios.

Introducción: Los parásitos apendiculares pueden causar síntomas que asemejan el dolor de la apendicitis, independiente de que exista evidencia microscópica de inflamación aguda. El diagnóstico final es generalmente logrado una vez que la pieza es enviada a anatomía patológica. La frecuencia de *Enterobius vermicularis* (Oxiuro) apendicular varía entre 0,2-41,8%. El objetivo del estudio es determinar la prevalencia de oxiuriasis en piezas quirúrgicas de apendicetomía.

Material y Método: Cohorte retrospectiva de pacientes con apendicitis. Se estudiaron los informes anatómo patológicos de todas las apendicitis realizada

en el servicio de urgencia del Hospital San Juan de Dios, entre Enero del 2012 y Mayo del 2012. Resultados: En 348 apendicectomías se verificaron *Enterobius vermicularis* en 2 casos (0,57%). El 100% eran mujeres una de 15 años y la otra de 27 años. Inflamación aguda fue confirmada en 50% de los casos descritos. En el grupo apendicectomizado por sospecha de apendicitis el 100% tenía historia de dolor abdominal previo.

Conclusiones: La prevalencia de *Enterobius vermicularis* apendicular fue 0,57%, afectando fundamentalmente a mujeres-jóvenes. La oxiuriasis apendicular representa una causa de dolor abdominal interpretado como apendicitis aguda, sin asociarse todas las veces a inflamación en el examen anatomopatológico. El diagnóstico de parasitosis intestinal no solo se puede hacer analizando las deposiciones, sino que también puede ser realizado mediante el estudio histológico de los especímenes enviados a anatomía patológica. En resumen lo importante es saber que el manejo de estos casos es diferente al clásico manejo de la apendicitis y está en nuestras manos agregar el tratamiento complementario.

#### RUPTURA ESPLÉNICA ESPONTÁNEA EN PACIENTE EN DIÁLISIS, REPORTE DE UN CASO

*Drs. M. Chang<sup>1,2</sup>, J. Morales<sup>1,2</sup>, Internos C. Romero<sup>2</sup>, J. Hidalgo<sup>2</sup>, H. Silva<sup>2</sup>*

(1) Servicio cirugía Hospital Clínico Herminda Martin (H.C.H.M.), Chillán (2) Universidad Católica de la Santísima Concepción. Facultad de Medicina.

Introducción: La ruptura esplénica espontánea (REE) se produce frecuentemente por mecanismos traumáticos, denominándose espontánea cuando no existe dicho antecedente. Es una causa muy infrecuente de abdomen agudo quirúrgico. Las causas más frecuentes de REE incluyen neoplasias, enfermedades degenerativas entre otras. Dada su sintomatología inespecífica, el cuadro quirúrgico puede confundirse con enfermedades más frecuentes y, por lo tanto, se requiere de una alta sospecha clínica. A pesar de esto, usualmente se constituye más en un diagnóstico intraoperatorio y de anatomopatología, una vez que se ha controlado la emergencia abdominal en las que se encuentran la mayoría de los pacientes.

Objetivos: Describir el cuadro clínico de una paciente de 66 años que presentó una REE y fue manejada en nuestro servicio.

Materiales y métodos: Descripción del cuadro clínico y estudios . Revisión bibliográfica.

Desarrollo: Paciente femenina de 66 años, con antecedentes de IRC en hemodialis, HTA, DHC por OH, que ingresa luego sufrir lipotimia durante diálisis. Evoluciona con dolor abdominal y eco que muestra esplenomegalia y ascitis, se realiza paracentesis que resulta en líquido hemorrágico. Evaluada como abdomen agudo quirúrgico se realiza exploración evidenciando hemoperitoneo 2º a REE. Se realiza esplenectomía y aseó evolucionando en buenas condiciones con alta a los 10 días. Discusión: Las REE son infrecuentes y se producen usualmente sobre una patología esplénica previa

que actúa como sustrato para la formación de un hematoma subcapsular y posteriormente en la ruptura del mismo con el consiguiente hemoperitoneo, requiriendo una conducta agresiva tanto en el estudio como en el tratamiento. En el caso presentado se presume que el uso de heparinas durante la diálisis habría desencadenado esta ruptura sobre un bazo dañado y muy aumentado de tamaño.

Conclusión: Aunque la REE es un cuadro raro, la literatura pone en evidencia la necesidad de sospecharlo en pacientes con esplenomegalia y que presenten cuadros de abdomen agudo asociados a shock o caída del hematocrito. A pesar de esta recomendación, la mayoría de estos cuadros son diagnosticados en el intraoperatorio lo que ha dificultado la realización de un estudio prospectivo en cuanto a una conducta más conservadora dada la morbimortalidad reportada en las esplenectomías de urgencia.

#### SÍNDROME DE CHILAITIDI, UN RARO DISTRACTOR EN CUADROS DE ABDOMEN DOLOROSO

*Drs. M. Chang<sup>1,2</sup>, J. Morales<sup>1,2</sup>, A. Quilodrán<sup>2</sup>, Internos J. Hidalgo<sup>2</sup>, H. Silva<sup>2</sup>*

(1) Servicio cirugía Hospital Clínico Herminda Martín (H.C.H.M.), Chillán (2) Universidad Católica de la Santísima Concepción. Facultad de Medicina. (3) Hospital Comunitario EL Carmen.

Introducción: El síndrome de Chilaiditi, alteración poco frecuente en que se produce una interposición del colon, generalmente el derecho, entre el hígado y el diafragma. Sus manifestaciones, poco frecuentes, son inespecíficas como dolor abdominal, vómitos, anorexia y constipación. Generalmente son de inicio progresivo, aunque pueden iniciarse de forma aguda. Al exámen puede encontrarse distensión abdominal y desaparición de la matidez hepática (signo de Joubert). En estas condiciones y de acuerdo a la tolerancia al dolor del paciente (usualmente por otra patología), el cuadro puede confundirse con una perforación de viscera hueca lo que puede llevar a laparotomías innecesarias, siendo el TAC de abdomen el que hace el diagnóstico definitivo.

Objetivos: Describir el cuadro de un paciente de 69 años que ingresa a nuestro hospital, por cuadro de abdomen agudo y cuyo estudio reveló un síndrome de Chilaiditi.

Materiales y métodos: Descripción del cuadro clínico y estudios. Revisión bibliográfica.

Desarrollo: Paciente con antecedentes de DM2, derivado por cuadro de abdomen agudo, deposiciones líquidas de 2 semanas de evolución y sensación febril. Laboratorio con patrón infeccioso. TAC de Abdomen muestra presencia de asas intestinales a nivel hepatodiafragmático compatible con síndrome de Chilaiditi, resto normal. Se trató como enterocolitis infecciosa con antibióticos endovenosos y orales con remisión completa de los síntomas y alta sin complicaciones.

Discusión: El síndrome de Chilaiditi es una entidad nosológica cuya sintomatología y clínica pueden confundirse con cuadros abdominales graves requiriendo incluso exploraciones innecesarias. Se debe plantear en pacientes mayores con cuadros de

dolor abdominal a repetición y que presenten hallazgos típicos al estudio radio/tomográfico. Conclusión: A fin de evitar exploraciones innecesarias es útil asociar, en cuadros de dolor abdominal dudoso, un estudio imagenológico avanzado. Esta recomendación muy documentada en la literatura es a veces difícil de cumplir debido a lo restringido de algunos recursos en los servicios de urgencias y la carga asistencial que afecta al médico, sin embargo un buen interrogatorio y exámen adecuado pueden ser un excelente filtro a fin de seleccionar a aquellos pacientes que, como en el caso presentado, pueden simular cuadros quirúrgicos y que se benefician de dichos estudios.

#### NIVELES DE EVIDENCIA DE LOS ARTÍCULOS PUBLICADOS EN REVISTA CHILENA DE CIRUGÍA. EVALUACIÓN DEL PERIODO 2007-2011.

*Drs. J. Moraga, R. Cartes, S. Urrutia, C. Manterola*  
Universidad de La Frontera

Introducción: Los niveles de evidencia (NE) son un sistema de jerarquización de la evidencia disponible. Se utilizan para fundamentar la toma de decisiones en salud. El objetivo de este estudio es determinar los NE de los artículos publicados en la Revista Chilena de Cirugía (RCC) y su asociación con año de publicación, área temática y origen universitario. Material y método: Estudio bibliométrico. Se realizó un análisis de todos los artículos publicados entre los años 2007-2011 en la RCC, aplicando la propuesta de clasificación del Centro de Medicina Basada en Evidencia de Oxford. Se excluyeron editoriales, artículos de revisión, cartas al editor, estudios in vitro y otros diseños no contenidos en la clasificación de Oxford. Las variables analizadas fueron NE, diseño de investigación de los estudios, año de publicación, área temática y filiación universitaria (dicotomizada en sí y no). El NE de los artículos fue determinado por 3 investigadores independientes, las discrepancias se resolvieron por consenso. Se realizó un análisis exploratorio de los datos y se aplicó estadística descriptiva de las variables. Los datos fueron tabulados y analizados con MS Excel 2010.

Resultados: De los 581 artículos publicados en el periodo en estudio, 385 cumplían los criterios de selección. Los NE más frecuentes fueron 4, 2b y 1b (91,4%; 5,2% y 1,3% respectivamente). Los diseños de investigación más frecuentemente encontrados fueron reporte de casos, serie de casos retrospectiva y prospectiva (45,7%; 30,6% y 13% respectivamente). El año con más publicaciones fue 2010 con 22,6%. Las áreas temáticas que más artículos aportaron fueron hígado, vías biliares y páncreas; y esófago, estómago, duodeno e intestino delgado (20,5% y 16,6% respectivamente). El 76% de los artículos presentó filiación universitaria, siendo las instituciones con mayor número de publicaciones la Universidad de Chile, la Pontificia Universidad Católica de Chile y la Universidad de La Frontera (27,5%; 14,5% y 8,1% respectivamente). De los artículos con filiación universitaria 9,6% tenía un NE mayor a 4 a diferencia de los que no tenían filiación universitaria 5,4%.

Conclusión: El NE de los artículos publicados en la RCC en el periodo 2007-2011 es bajo, siendo en su mayoría reportes y series de casos. Los artículos con filiación universitaria presentaron un mayor NE.

#### TUMOR MUCINOSO RETROPERITONEAL. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

*Drs. O. Torres<sup>1</sup>, F. González<sup>2</sup>, F. Mucientes<sup>3</sup>, R. Lynch<sup>4</sup>*

1. Cirujano Digestivo Clínica BioBio – Hospital Guillermo Grant Concepción
2. Residente - Departamento de Cirugía Universidad de Concepción - HGGB
3. Anatómo – Patólogo

Los tumores mucinosos retroperitoneales son lesiones de poca frecuencia, la mayoría asociados a presencia de células de origen ovárico o bien intestinal. Sin embargo, las lesiones primarias son extremadamente raras, reportándose menos de 50 casos en la literatura inglesa. Presentamos a continuación un caso de tumor primario mucinoso retroperitoneal. Caso: Paciente femenina, 33 años, sin antecedentes mórbidos relevantes. Derivada a cirujano para resolución de coledocistitis, en cuya ecotomografía abdominal destaca la presencia de una lesión quística retroperitoneal a izquierda. De los datos anamnésticos se extrae que la lesión ya había sido identificada en una ecotomografía obstétrica rutinaria de control de un embarazo hacia 5 años y que fue interpretada de origen ovárico. Posteriormente durante cesárea se establece que no tiene relación con el ovario y se describe como lesión quística de aproximadamente 5 cm adyacente al riñón izquierdo, se interpreta como quiste renal simple. Debido que lesión no producía síntoma alguno, no siguió control. Posteriormente la paciente refiere masa palpable, pero no consulta hasta mayo 2012 cuando la lesión aumenta de volumen y comienza dolor flanco izquierdo constante. TAC abdomen y pelvis, evidencia masa quística en retroperitoneo que no se relaciona con otras estructuras. En junio 2012 se realiza colecistectomía laparoscópica y resección de la lesión descrita la cual se encontraba aislada de otros órganos en flanco izquierdo y de un tamaño de 12,5 x 14 x 9,7 cm. El estudio histopatológico reveló lesión trilobulada mucinosa con epitelio adenomatoso atípico tipo borderline y con zonas de alteración arquitectural y atipia compatible con adenocarcinoma mucinoso in situ, sin reconocer parénquima ovárico o intestinal. No hay invasión destructiva del estroma y no se identifica neoplasia por la cara externa de la cápsula. La paciente evolucionó el postoperatorio de forma satisfactoria. Discusión: Existe poca información de este tipo de tumores en la literatura debido a la escasa casuística mundial, lo que convierte este caso en uno de mayor interés. Se describe su presentación mayormente en mujeres y se establecen tres patrones de malignidad: adenoma, borderline y adenocarcinoma. El origen es discutido y se han planteado varias teorías insuficientes. Su tratamiento también resulta controversial, toda vez no se ha aclarado el origen.

En el presente caso, sólo se evidenció focos de adenocarcinoma in situ, lo que permite su seguimiento expectante. Pese que requiere alto nivel de sospecha, se debe considerar como diagnóstico diferencial de lesión quística, toda vez que existe el potencial de malignización.

#### PERITONITIS PRIMARIA POR GERMEN CHROMOBACTERIUM VIOLACEUM MULTIRESISTENTE A PROPÓSITO DE DOS CASOS

*Drs. L. Rendón<sup>3</sup>; A. Rendón<sup>2</sup>; V. Rendón<sup>1</sup>; J. Peña<sup>1</sup>; M. Siso<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Residente de asistencial del Servicio de Cirugía del Hospital IVSS Hospital Uyapar. Puerto Ordaz

<sup>2</sup>Residente de 2° año del Servicio de Cirugía del Hospital IVSS "Dr. Raúl Leoni Otero".

<sup>3</sup>Adjunto del Servicio de Cirugía del Hospital IVSS Uyapar. Puerto Ordaz.

I.V.S.S Hospital "Dr. Raul Leoni Otero". San Félix, Estado Bolívar. Venezuela

Objetivo: Exponer la experiencia en el manejo de las peritonitis primaria de difícil manejo. Ambiente: Servicio de Cirugía General. Hospital IVSS "Dr. Raúl Leoni Otero". San Félix. Métodos: Revisión de la historia médica. Se efectúa revisión bibliográfica de la entidad clínica Resultados: Se presenta dos casos: Paciente femenino de 48 años de edad y Masculino de 39 años, con diagnóstico de Peritonitis abdominal. Son intervenidos quirúrgicamente, encontrándose como hallazgo 800 y 500 c.c. respectivamente de líquido purulento, resto de la cavidad abdominal sin alteración. Se realiza lavado de cavidad abdominal y cierre diferido. Posteriormente, se realiza lavado y cierre de cavidad abdominal dejando drenes compuestos. Se hace estudio del líquido purulento que reporta el germen chromobacterium violaceum multiresistente a tratamiento. Se indica tratamiento con buena evolución clínica

Conclusiones: Chromobacterium violaceum es un germen oportunista. Las manifestaciones clínicas se inician tras un periodo de incubación variable entre 3 y 14 días. La característica más peligrosa de este microorganismo es que mientras se reproduce el genera Cianuro, lo que causa la muerte de los pacientes.

Palabras Claves: Chromobacterium violaceum , Peritonitis primaria. Multiresistente

Bibliografía:

1) Midani S, M Rathore (1998). "Chromobacterium violaceum infection". South Med J 91 (5): 464-466. "Chromobacterium infección violaceum":. Sur Med J 91 (5). 464-466

2) Sneath PH, JP Whelan, R Singh Bhagwan, D. Edwards (2008). "Infección grave por violaceum Chromobacterium". Lancet 265 (6780). 276-7

3) Darricarrere, R., Urrestarazu, M., Carvajal, Z., et al. 1986. Infecciones causadas por agentes oportunistas: Corynebacterium JK y Chromobacterium violaceum.

**TORSIÓN DE MUOCOCELE APENDICULAR COMO CAUSA DE APENDICITIS AGUDA**  
*Drs. J. Morales<sup>1,2</sup>, M. Chang<sup>1,2</sup>, A. Quilodrán<sup>3</sup>,  
Internos O. Sepulveda<sup>2</sup>, J. Hidalgo<sup>2</sup>, H. Silva<sup>2</sup>*

(1) Servicio cirugía Hospital Clínico Herminda Martin (H.C.H.M.), Chillán (2) Universidad Católica de la Santísima Concepción. Facultad de Medicina. (3) Hospital Comunitario EL Carmen.

**Introducción:** La apendicetomía es la intervención quirúrgica más realizada en el servicio de urgencias. Al realizarse el estudio histopatológico se pueden identificar anomalías patológicas no sospechadas al momento de la intervención, siendo los tumores las más frecuentes. El mucocele apendicular es una de ellas. Corresponde a una patología de una incidencia baja, 0,3% de los apéndices operadas. El cuadro clínico del mucocele apendicular es bastante inespecífico y el estudio por imágenes ayuda a elaborar el diagnóstico.

**Objetivos:** Describir el cuadro de una paciente de 52 años, sana que ingresa a nuestro hospital, por cuadro de abdomen agudo, cuya exploración quirúrgica revela mucocele con torsión del mesoapéndice.

**Materiales y métodos:** Descripción del cuadro clínico y estudios. Revisión bibliográfica.

**Desarrollo:** Paciente de 52 años, sexo femenino, sana, que ingresa con cuadro de abdomen agudo, sugerente de apendicitis aguda. Exámenes muestran leucocitosis de 14.000 u/ml y PCR de 6,22. Laparotomía exploradora revela apéndice necrótico con torsión de su base y de su meso, con características macroscópicas de mucocele apendicular. Se realiza apendicetomía y aseó. Paciente evoluciona favorablemente, siendo dada de alta al tercer día postoperatorio.

**Discusión:** Dentro de los cuadros de abdomen agudo compatibles con apendicitis aguda, en un bajo porcentaje se encuentran mucocele apendiculares, siendo una de sus complicaciones la torsión de su meso, complicación escasamente descrita en la literatura revisada para este caso clínico.

**Conclusión:** Se debe tener como alternativa al diagnóstico diferencial de la apendicitis aguda el mucocele apendicular, teniendo en cuenta las distintas complicaciones que este presenta, entre ella la torsión. Aunque el manejo del mucocele es idéntico a la apendicetomía, se obtienen mejores resultados al realizarse la intervención por vía laparoscópica, lo que cada vez cobra más fuerza.

**TUMOR DESMOPLASICO INTRABDOMINAL DE CELULAS PEQUEÑAS REDONAS; HALLAZGOS RADIOLOGICOS, QUIRURGICOS Y DE ANATOMIA PATOLOGICA**

*Drs. A. Pérez Castilla, W. Martínez, E. Mollo, G. Camapaña.*

Servicio de Cirugía, Clínica Indisa  
Universidad Andrés Bello

**Introducción:** Los tumores de células redondas y pequeñas son un grupo de neoplasias constituidos por varias entidades neoplásicas heterogéneas, el tumor desmoplásico abdominal de células redondas pequeñas (TDACRP) es una de sus variantes de más

baja incidencia, con menos de 200 casos reportados. Presentamos un caso que recientemente hemos manejado.

**Caso Clínico:** Presentamos un paciente varón de 22 años de edad, referido a la consulta de cirugía por el hallazgo al examen físico de una gran masa abdominal, asociada a baja de peso de 12 Kg. El TAC de Abdomen y Pelvis evidenció una gran masa abdominal que ocupaba casi la totalidad de la cavidad y mínima ascitis. No se evidenciaron alteraciones significativas en los exámenes de laboratorio. Se decidió una cirugía de citoreducción por los síntomas compresivos que originaban dolor abdominal y constante baja de peso por mal vaciamiento gástrico. Como hallazgo quirúrgico se entró una masa multiloculada de 4.3 Kg de peso, íntimamente adherida a epiplón y en contacto el colon, sin invadirlo, además de leve ascitis e implantes en toda la cavidad abdomino pélvica. Se realizó exitosamente la extirpación de la lesión. El paciente se encuentra en buenas condiciones luego de tres meses de seguimiento.

**Conclusión:** A pesar del comportamiento agresivo y el mal pronóstico de esta lesión, creemos que la cirugía de citoreducción tiene un importante rol en el manejo sintomático de estos pacientes.

**DIVERTICULITIS CECAL PERFORADA; REPORTE DE UN CASO**

*Drs. C. Hermansen, A. Iglesias, H. Chiong, D. Hernández, S. Iglesias, V. Rodríguez.*

Servicio de Cirugía Hospital Barros Luco Trudeau, Campus Sur, Universidad de Chile.

**Introducción:** El dolor en FID es una entidad clínica que todavía es difícil definir con certeza su etiología. En pacientes jóvenes, generalmente orienta a enfermedad apendicular. Los divertículos cecales son una entidad poco frecuente. Se han descrito aproximadamente 900 casos desde que Portier hizo la primera descripción de un divertículo cecal perforado en 1912, son benignos, y generalmente asintomáticos. La clínica se puede manifestar por hemorragia, inflamación o perforación. La mayoría de los pacientes que presentan inflamación de este divertículo manifiesta un cuadro indistinguible de una apendicitis aguda. El diagnóstico por lo general se realiza en el intraoperatorio dado que es una patología de urgencia. Cuando el diagnóstico se realiza en el preoperatorio se recomienda tratamiento con ATB. Cuando el diagnóstico es incierto, se recomienda realizar una laparotomía con resección agresiva de colon derecho.

**Caso Clínico:** Paciente de 28 años sexo masculino, presenta cuadro clínico de 4 días de evolución caracterizado por dolor abdominal difuso, que luego se localiza en cuadrante inferior derecho, asociado a diarrea en 3 episodios, sin elementos patológicos y febrícula, no refiere vómitos. Al examen físico, paciente hemodinámicamente estable, abdomen blando, depresible, muy doloroso en fosa iliaca derecha con resistencia muscular localizada, sin Blumberg pero con Rovsing presente, no se palpa tumor. Dentro de los exámenes de laboratorio destaca la ausencia de leucocitosis. Ecografía revela proceso inflamatorio en fosa iliaca derecha con observación

de plastrón apendicular. Se ingresa con diagnóstico de Apendicitis Aguda. En el intraoperatorio se efectúa una apendicectomía clásica sin embargo la base apendicular esta comprometida y forma parte de un Tumor Cecal en base apendicular, inflamada y muy friable, por lo que se decide realizar Hemicolecotomía Derecha e íleon-transverso anastomosis termino-terminal grapada. Paciente recibe 5 días de tratamiento ATB con Ceftriaxona-Metronidazol, evolucionando favorablemente sin complicaciones. Resultado de la biopsia muestra divertículo cecal único.

#### ENDOMETRIOSIS DEL TUBO DIGESTIVO COMO CAUSA DE OBSTRUCCION INTESTINAL

*Drs. A. Iglesias, D. Hernández, C. Hermansen, S. Iglesias, F. Uribe, M. García, R. Villalón, J. Salamanca.*

Servicio de Cirugía Hospital Barros Luco Trudeau, Campus Sur, Universidad de Chile.

**Introducción:** La endometriosis es una enfermedad que afecta a las mujeres en edad reproductiva. Se define por la presencia de tejido endometrial (epitelio glandular y estroma) fuera de la cavidad uterina, localizándose habitualmente sobre la superficie peritoneal y ovario. También se ha descrito en recto, colon sigmoides, apéndice, ciego e íleon terminal. Se estima que en mujeres asintomáticas, la prevalencia se sitúa entre 3 y 30%. La frecuencia exacta de endometriosis intestinal es difícil de conocer debido a la falta de síntomas específicos para esta localización, estimándose entre un 3 y 37% de las mujeres afectadas por endometriosis. Los síntomas corresponden a los habituales de endometriosis, aunque alrededor de un 15% de los pacientes pueden presentarse con alteraciones del hábito intestinal (diarrea o constipación), obstrucción intestinal por estenosis o sangrado rectal cíclico. **Historia:** Paciente sexo femenino de 34 años, con antecedentes de constipación crónica intermitente. Cuadro de 3 semanas de dolor abdominal tipo cólico mayor en hipocondrio y flanco izquierdo, asociado a 5 episodios al día de deposiciones diarreas sanguinolentas. 7 días previo al ingreso se agrega distensión abdominal, ausencia de deposiciones y vómitos postprandiales. Ingres a al servicio de urgencia con diagnóstico de obstrucción intestinal. TAC de abdomen y pelvis evidencia engrosamiento mural de íleon distal con dilatación patológica de asa a proximal. Con diagnóstico de tumor obstructivo de íleon distal, se ingresa a pabellón realizándose hemicolecotomía derecha con ileo-transverso anastomosis término lateral. Evoluciona favorablemente sin signos de complicación siendo dada de alta a los 5 días postoperatorio. Biopsia diferida compatible con Endometriosis ileocecal. A la entrevista postquirúrgica dirigida refiere que desde los 14 años ha tenido periodos menstruales irregulares caracterizados por dismenorrea y menorragia asociada a episodios de diarrea sanguinolenta. Conjuntamente refiere que, a pesar de no usar métodos anticonceptivos, nunca ha quedado embarazada.

**Conclusión:** La presentación clínica de la endometriosis abdominopélvica es inespecífica y

poco frecuente. En pacientes jóvenes, sin cirugías previas y con antecedentes de periodos menstruales dolorosos asociados a distensión abdominal y constipación crónica, debe incluirse la endometriosis en el diagnóstico diferencial de una obstrucción intestinal. Habitualmente, el diagnóstico se realiza durante la cirugía o mediante el resultado de la biopsia. El diagnóstico preoperatorio es muy difícil y requiere de buena anamnesis y un elevado índice de sospecha.

#### FLEGMÓN HERNIARIO INGUINAL COMO PRESENTACIÓN DE APENDICITIS AGUDA

*Drs. C. Hermansen A. Iglesias, C. Alvarez, D. Hernández, D. Batallan, N. Burgos, I. Ruiz, S. Iglesias*

Servicio de Cirugía Hospital Barros Luco Trudeau, Campus Sur, Universidad de Chile.

**Introducción:** La presentación clásica de apendicitis aguda está bien documentada. La formación de un flegmón herniario secundario a un proceso inflamatorio apendicular es poco frecuente con algunos casos reportados. Generalmente el diagnóstico preoperatorio es errático confundiendo con una hernia inguinal o femoral complicada. El objetivo del trabajo es mostrar un caso de apendicitis aguda en concomitancia con una hernia inguinal complicada, una forma rara de presentación. Para la revisión se hizo una búsqueda en el Catalogo Bello, Lilac y Pubmed sin restricción de tiempo, ni idioma.

Se presenta a continuación un caso de apendicitis aguda complicada con hernia inguinal flegmonosa. **Caso Clínico:** Paciente sexo masculino de 93 años con antecedentes de HTA y prostatectomía hace 12 años. Cuadro de 4 días de dolor abdominal hipogástrico y fosa iliaca derecha (FID) punzante asociado a vómitos, ausencia de deposiciones y gases por ano. Al ingreso destaca frecuencia cardiaca de 120 x min, con tendencia a hipotensión y afebril. Al examen físico, abdomen distendido, doloroso difuso mayor en FID y hernia inguinal ipsilateral no reductible. Parámetros inflamatorios elevados. Ingres a con el diagnóstico de hernia inguinal estrangulada, por lo que se decide intervención. Se aborda con incisión en relación a ligamento inguinal que evidencia hernia inguinal indirecta con contenido epiploico purulento en su interior. En la exploración abdominal se observa apéndice flegmonoso perforado en su porción más distal, con base sana. Se completa cirugía con apendicetomía y herniorrafia con técnica de Bassini.

Biopsia diferida compatible con apendicitis aguda. Biopsia saco herniario con proceso inflamatorio acentuado.

**Conclusión:** La apendicitis aguda es una patología quirúrgica frecuente que posee diversas formas de presentación. Este proceso puede desencadenar mediante inflamación por contigüidad un flegmón en una hernia inguinal. En nuestro caso el apéndice no estaba contenido en el saco, pero muy cercano a él y en concomitancia con un proceso que fue capaz de provocar un cuadro de obstrucción intestinal y de hernia atascada. Zuckerkandl fue el primero en describir este fenómeno en 1891. La presencia de pus herniaria puede ser secundaria a cualquier

proceso peritoneal inflamatorio, con poca frecuencia en concomitancia a una apendicitis aguda, con mayor frecuencia por una víscera herniada comprometida. La apendicitis aguda puede presentarse concomitantemente con una hernia inguinal complicada. No encontramos casos descritos en la literatura nacional. El hallazgo de un flegmón o absceso herniario obliga a la exploración abdominal reglada a fin de no abandonar un apéndice complicado.

#### HERNIA COMPLICADA EN SITIO DE TROCAR LAPAROSCÓPICO DURANTE PERÍODO POSTOPERATORIO, PRESENTACIÓN DE UN CASO.

*Drs. S. Pacheco<sup>1</sup>, J. Holá<sup>2,3</sup>*

<sup>1</sup> Residente de Cirugía General, Universidad de Valparaíso.

<sup>2</sup> Servicio de Cirugía, Hospital de Quilpué.

<sup>3</sup> Departamento de Cirugía, Universidad de Valparaíso.

Servicio de Cirugía, Hospital de Quilpué, Universidad de Valparaíso.

**Introducción:** El advenimiento de la cirugía laparoscópica en 1987 y su posterior masificación ha implicado la aparición de nuevas complicaciones en relación a esta técnica. De éstas probablemente una de las más frecuentes son las eventraciones de los orificios de trocares laparoscópicos. La incidencia fluctúa entre el 0,18 al 2,8%. Su aparición se relaciona con la técnica quirúrgica, material empleado y características del paciente.

**Caso clínico:** Paciente de sexo femenino de 74 años de edad con antecedente de hipertensión. Consultó por cuadro de 3 meses de evolución de rectorragia recurrente por lo cual se realizó colonoscopia que mostró tumor en colon sigmoidees cuya biopsia informó adenocarcinoma tubular bien diferenciado. En estudio de etapificación sin lesiones a distancia. Debido a estos antecedentes se realizó sigmoidectomía laparoscópica, utilizando trocares umbilical (10 mm), flanco derecho (5 mm) y fosa iliaca derecha (FID) (12 mm). Se realizó sección en recto superior con stappler lineal, extracción de sigmoides mediante minilaparotomía a nivel umbilical, y anastomosis colorrectal termino terminal mecánica con stappler circular. Se cerró aponeurosis umbilical y en trocar de FID con Vycril. Paciente evoluciona favorablemente siendo dada de alta al tercer día postoperatorio. Al sexto día postoperatorio consulta por dolor abdominal a nivel de fosa iliaca derecha en relación a sitio de inserción de trocar, palpándose aumento de volumen sensible, resto de abdomen sin dolor, sin signos de irritación peritoneal. Se realizó TAC que mostró hernia en relación a sitio de inserción de trocar. Se operó realizando ampliación de incisión previa, encontrando aponeurosis con sutura indemne, una vez abierta esta se aprecia asa de ileon de 10 cms de largo necrótico y perforado con salida de contenido intestinal, se encontró un defecto peritoneal que formaba un anillo el cual genero el compromiso vascular. Se realiza resección del segmento de ileon y anastomosis latero lateral

mecánica. Cierre de peritoneo y aponeurosis con Vycril y piel con nylon. La paciente evoluciona favorablemente siendo dada de alta al quinto día postoperatorio.

**Discusión:** Las hernias en los sitios de trocares laparoscópicos son de relativa baja frecuencia. Uno de los factores más relevantes para su aparición son los trocares de 10 mm o más, la extensa manipulación del trocar durante la cirugía y la utilización de trocares cortantes. La clínica de presentación es variable, generalmente se presenta dolor y aumento de volumen en relación a la cicatriz operatoria.

#### TÉCNICA QUIRÚRGICA PARA LA INSTALACIÓN DE PELLETS DE DISULFIRAM

*Drs. M. Muñoz S.<sup>1</sup>, M. Muñoz C.<sup>2</sup>, G. Vial<sup>2</sup>, H. Villagra<sup>1</sup>*

1. Servicio de cirugía, Hospital Clínico FUSAT 2. Universidad de Santiago

**Introducción.** Los pellets de Disulfiram se utilizan en el tratamiento del abuso o dependencia del alcohol. Se colocan en el tejido subcutáneo de la región abdominal y la indicación para su implante está dada por el psiquiatra. Al ser los pellets un cuerpo extraño al organismo siempre existe el riesgo de rechazo, lo que genera un proceso inflamatorio local que puede significar la expulsión o el retiro de los pellets. Al analizar la literatura no encontramos técnicas estandarizadas para su instalación sino solo experiencias personales. A continuación presentamos la técnica empleada en el Hospital clínico FUSAT en que destaca la construcción de un trayecto subcutáneo que atraviesa la fascia de Scarpa, haciendo mas improbable la expulsión del fármaco. **Materiales Y Método.** Pellet de disulfiram, lidocaina 2%, tubo de drenaje pleural pediátrico de 16 f y su embolo modificado (romo en su extremo), caja de cirugía menor que contenga una pinza de Kelly recta, hoja de bisturí N°11, steristrip. Clorhexidina a la zona operatoria que involucra el área umbilical y el cuadrante inferior izquierdo del abdomen. Anestesia local al ombligo y al trayecto comprendido entre este punto y la espina iliaca antero-superior con una inclinación que permita atravesar la fascia de Scarpa. Incisión de 3 mm y disección roma del trayecto con una pinza de Kelly recta. Introducción del trocar con su embolo, teniendo en consideración la percepción de profundidad que significa dejar el extremo bajo la fascia en la FII. Retiro del embolo e introducción progresiva de los 20 pellets en tandas de cuatro o cinco a la vez, los que se avanzan a su posición definitiva. Retiro de la cánula y steristrip a la incisión umbilical.

**Resultados.** Debido a que recientemente hemos estandarizado la técnica entre todos los integrantes del servicio de cirugía, es nuestra intención realizar a futuro un estudio prospectivo que confirme nuestra percepción del mínimo o nulo rechazo de los pellets con esta técnica (n aprox anual: 25).

## OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR DEFECTO DIAFRAGMÁTICO DE BOCHDALEK EN UN ADULTO

*Drs. F. González<sup>1,2</sup>, O. Ariscain<sup>1,2</sup>, C. Salgado<sup>3</sup>, E. Delgado<sup>3</sup>, G. Arzola<sup>3</sup>*

1. Unidad de Emergencia – Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente – Concepción

2. Residente - Departamento de Cirugía Universidad de Concepción

3. Interno - Facultad de Medicina Universidad de Concepción

La hernia de Bochdalek corresponde a un defecto diafragmático congénito de ubicación posterolateral. Por su naturaleza congénita, la expresión clínica de esta patología se da mayoritariamente en población pediátrica, siendo excepcional su diagnóstico en la edad adulta. Presentamos un caso de hernia de Bochdalek complicada por obstrucción intestinal en paciente adulto. Caso: Paciente masculino, 60 años, sin antecedentes médicos, ni historia de trauma. Consulta en Unidad de Emergencia por cuadro de dolor hemiabdomen superior, moderada intensidad, cuatro días evolución asociado a vómitos, ausencia de eliminación de gases y distensión abdominal. Al examen destaca abdomen globuloso, timpánico y succusión intestinal. El estudio radiológico simple, evidenció múltiples niveles hidroaéreos y dilatación de asas, consistentes con obstrucción intestinal. Se solicita TAC abdomen y pelvis que evidencia defecto diafragmático con ascenso de segmento colónico al tórax y cambio de calibre abrupto a nivel ángulo esplénico, asociado a atelectasia pulmonar lóbulo inferior izquierdo. Se decide laparotomía exploradora que confirma hallazgos imagenológicos, con ubicación del anillo concordante con defecto de Bochdalek y cuyo saco contiene segmento de colon transverso y descendente incluyendo el ángulo esplénico además de epiplón. Se revisan asas las cuales conservan vitalidad. Para lograr reducción se amplía anillo de aproximadamente 3 cm, el cual se repara con monofilamento irreabsorbible a conformidad. Paciente evoluciona satisfactoriamente, logrando expansión pulmonar con retiro precoz de sonda endopleural, sin complicaciones digestivas, se otorga alta a los siete días postoperatorio. Discusión: El defecto diafragmático congénito posterolateral fue descrito por Bochdalek en 1848. Corresponde al cierre anormal de las hojas pleuroparietales durante el desarrollo del diafragma entre la octava y décima semana de vida intrauterina. Su incidencia es de aproximadamente 2,3 / 10.000 nacidos vivos y se presenta a izquierda en un 80 % de los casos. Su diagnóstico puede ser antenatal o más comúnmente durante la infancia en relación a síntomas respiratorios por atelectasias, neumonías repetidas o bien el extremo de hipoplasia pulmonar. Silente a lo largo de años, puede presentarse con síntomas digestivos asociados al paso de órganos abdominales hacia el tórax, como nuestro caso presentado. El manejo en el adulto se beneficia de un diagnóstico oportuno y de resolución preferentemente electiva, con abordajes tanto transtorácicos como por vía abdominal.

## INICIATIVA MINCIR PARA EL REPORTE DE ESTUDIOS OBSERVACIONALES DESCRIPTIVOS.

*Drs. C. Manterola, P. Astudillo*

Universidad de La Frontera

**Introducción:** Los estudios observacionales descriptivos (EOD), constituyen alrededor del 80% de los artículos publicados en las revistas científicas quirúrgicas; sin embargo, no existen instrumentos para guiar el reporte de resultados con este tipo de diseños. En 2011, publicamos el reporte preliminar de una iniciativa que determinó la generación de una lista de chequeo para el reporte de EOD. El objetivo de este estudio es construir y validar un instrumento para el reporte de resultados con EOD. **Material y método:** Estudio de validación de escalas. En una primera etapa, se diseñó una propuesta mediante recopilación de ítems y dominios a partir de extensa revisión de la literatura. En la segunda, se construyó un instrumento utilizando técnica Delphi a través de panel de expertos compuesto por 4 epidemiólogos clínicos, 5 estadísticos; 18 académicos clínicos y miembros de diversos paneles de revisores de revistas biomédicas; y 8 editores de revistas biomédicas (N=35). En una tercera etapa, se realizó un análisis de componentes principales. Para clarificar las relaciones entre los ítems y los componentes se utilizó rotación ortogonal por método Varimax. Para extracción del factor se consideró: varianza explicada; gráfico de sedimentación; número de ítem por factor; carga de factor; cargas cruzadas; significado de las variables. Cada criterio fue examinado en cada matriz. Se consideró carga factorial del ítem mayor a 0,4. Se evaluó consistencia interna con alfa de Cronbach.

**Resultados:** De los 20 ítems agrupados en 4 dominios que se generaron en la segunda etapa, fueron calculados 4 modelos factoriales para llegar al definitivo con un 69% de la varianza total explicada. El instrumento quedó finalmente compuesto por 13 ítems agrupados en 4 dominios (metodología I, metodología II, resultados y discusión). El alfa de Cronbach para el total de la escala fue de 0,8. Los dominios metodología I y II están compuestos por definiciones de metodología y mecanismos de control tales como: objetivos, diseño, número de sujetos, criterios inclusión, tiempo observación, definición de variables y herramientas estadísticas. El dominio "resultados" se asoció a lo novedoso que estos puedan ser como aporte al conocimiento; y el dominio discusión si se interpretan los resultados, se plantean limitaciones e insinúan conclusiones.

**Conclusión:** Se construyó y validó un instrumento con adecuadas propiedades de confiabilidad y validez; que ayudará al reporte de resultados con EOD. Esta versión clarificó la estructura del instrumento y del constructo tal como se concibió y permitió además examinar su significado.



## ADRENALECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN TUMORES MAYORES A 8 CMS: UUN PROCEDIMIENTO T SEGURO EN EL MANEJO DE PATOLOGÍA ADRENAL BENIGNA.

*Drs. O. Castillo, V. Borgna, E. Landerer, I. Vidal-Mora, J. López-Vallejo, G. Aranguren, E. Alemán, Y. Rodríguez, A. Gómez, R. Yañez.*

Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA.

Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello.

**Introducción:** Desde la descripción de la primera cirugía adrenal laparoscópica en 1992, la adrenalectomía laparoscópica (AL) se ha transformado en el estándar de oro para el manejo quirúrgico de la patología adrenal benigna, gracias a sus ventajas comparativas por sobre la cirugía abierta tales como la disminución del dolor post operatorio y la disminución del periodo de convalecencia. Sin embargo, el rol de la laparoscopia en masas de gran volumen es aún controversial. El estado del arte ha establecido como volumen relacionado a una condición de malignidad 6 cms. No obstante, un importante número de pacientes presenta tumores con un tamaño mayor al momento del diagnóstico.

**Objetivo:** El objetivo del presente trabajo es comparar la factibilidad técnica, los resultados quirúrgicos, la morbilidad y los resultados a mediano plazo de la AL en la resección de masas tumorales mayores y menores de 8 cms.

**Materiales y Métodos:** Entre Junio de 1993 y Marzo del 2011, un total de 330 pacientes sometidos a una AL en nuestra institución, fueron incluidos en un estudio de cohorte retrospectivo registrándose las variables demográficas, quirúrgicas y el seguimiento clínico. La serie fue dividida en dos grupos: Grupo A: masas menores de 8 cms; Grupo B: masas iguales o mayores de 8 cms. Las variables categóricas fueron comparadas con el test de Chi-cuadrado y las variables numéricas con la prueba de t. **Resultados:** El grupo A estuvo compuesto por 273 pacientes; el grupo B por 55. Ambos grupos fueron demográficamente comparables. No se registró mortalidad operatoria. Tanto el tiempo operatorio promedio, sangrado intraoperatorio, estadía hospitalaria y el tamaño tumoral fueron mayores en el grupo B ( $p < 0,05$ ). Sin embargo, el número de complicaciones (9 y 3 respectivamente) no mostró una diferencia estadísticamente significativa. **Conclusiones:** La AL es una técnica quirúrgica factible y segura para el manejo de masas adrenales de gran tamaño (mayores de 8 cms).

## CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DEL CARCINOMA SUPRARRENAL

*Drs. O. Castillo, I. Vidal-Mora, V. Borgna, E. Landerer, Y. Rodríguez, G. Aranguren, E. Alemán, J. López-Vallejo, A. Gómez, R. Yañez.*

Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA.

Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello.

**Introducción:** El carcinoma suprarrenal (CS) es una neoplasia infrecuente. Pese a que la laparoscopia es hoy en día el tratamiento de elección en el abordaje quirúrgico de la glándula suprarrenal, el manejo quirúrgico laparoscópico del CS es altamente controvertido.

**Objetivo:** Describir nuestros resultados quirúrgicos y oncológicos en el manejo laparoscópico puro del CS.

**Material y métodos:** Realizamos un estudio de cohorte histórico único entre los años 1993 y 2012, incluyendo a todos los pacientes con diagnóstico patológico de CS sometidos a adrenalectomía laparoscópica por un cirujano único (OC), estableciendo un seguimiento activo hasta mayo 2012. Se analizaron las características demográficas, quirúrgicas y oncológicas de los pacientes. Los datos son expresados como promedio o mediana en función de la simetría de las variables continuas.

**Resultados:** Durante el periodo descrito se realizaron 340 adrenalectomías laparoscópicas; sólo en 13 de ellas se reportó como resultado histopatológico la existencia de un carcinoma suprarrenal. La edad promedio de los pacientes fue de 38 años (rango 12-63 años); siete de los pacientes fueron del sexo masculino (53.8%) y 6 pacientes del sexo femenino (46.2%). La mediana del tiempo quirúrgico fue de 75 min (rango 50-180 min.); la mediana del sangrado fue de 20 ml. (rango 0-2.500 ml.). El tamaño tumoral promedio fue de 10 cm (rango 5.5-16 cms.); el peso tumoral promedio fue de 250 gramos (rango 55-560 grs.). El 92% de los pacientes presentó márgenes quirúrgicos negativos en el reporte patológico. Sólo en 1 paciente (8%) existió resección incompleta. Sólo 1 paciente (8%) presentó una complicación intraoperatoria (Clavien II) que requirió conversión. La mediana del tiempo de estadía hospitalaria fue de 3 días (rango, 1-14). El seguimiento promedio de la serie fue de 61 meses (rango 4-135 meses). La estimación de supervivencia a 11 años de esta serie, expresada por una curva de Kaplan-Meier, fue del 76%. Cuatro (4) de nuestros pacientes fallecieron después de un tiempo promedio de 17 meses (rango 4-50 meses) por progresión de la enfermedad. Los otros 9 pacientes siguen vivos después de un tiempo promedio de seguimiento de 81 meses (rango 18-135 meses), aunque cuatro evolucionaron con metástasis a distancia, en tratamiento quimioterápico a base de Mitotane

**Conclusiones:** La adrenalectomía transperitoneal laparoscópica es un procedimiento seguro y efectivo en el manejo del carcinoma suprarrenal. Los resultados de esta serie son comparables desde un punto de vista oncológico, a los resultados de la adrenalectomía abierta publicados por otros autores.

## RIESGO NUTRICIONAL Y MORTALIDAD EN EL PACIENTE CRÍTICO QUIRÚRGICO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL DR GUSTAVO FRICKE VIÑA DEL MAR.

*Drs. C. Rojas<sup>1</sup>; C. Cavallá<sup>2</sup>; N. Carriel<sup>1</sup>; D. Osorio<sup>3</sup>; I. Torrejón<sup>3</sup>, S. Galvez<sup>3</sup>*

1. Nutricionista Unidad Cuidados Intensivos, Hospital Dr. Gustavo Fricke.
2. Servicio cirugía adultos, Hospital Dr. Gustavo Fricke. Unidad Cuidados Intensivos, Hospital Dr. Gustavo Fricke.
3. Becado(a) cirugía general, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Universidad de Valparaíso.
4. Jefe Unidad Cuidados Intensivos, Hospital Dr. Gustavo Fricke.  
Hospital Dr. Gustavo Fricke (Hgf), Viña Del Mar. Universidad De Valparaíso.

**Introducción:** La prevalencia de malnutrición por déficit en pacientes hospitalizados alcanza entre 30-50% en distintas publicaciones. El paciente quirúrgico crítico tiene un elevado riesgo de desnutrición, asociándose a mayor riesgo de complicaciones postoperatorias, mayor morbimortalidad, estadias hospitalarias más prolongadas y mayor costo. El tamizaje nutricional es una herramienta de detección temprana de riesgo nutricional, permitiendo un abordaje nutricional oportuno.

**Hipótesis:** El riesgo nutricional del paciente crítico quirúrgico al ingreso a UCI es un factor independiente de mortalidad en UCI. **Objetivo:** Determinar la asociación entre el riesgo nutricional del paciente crítico quirúrgico al momento de ingreso a UCI y mortalidad en UCI.

**Materiales y método:** Se realizó un estudio de cohorte prospectivo que incluyó 128 pacientes críticos quirúrgicos ingresados a UCI del HGF entre Diciembre 2010 y Julio 2012, evaluándose riesgo nutricional al ingreso según tamizaje nutricional (ASPEN 2010) y mortalidad en la unidad de la serie. Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron a la unidad, excluyéndose aquellos sin patología quirúrgica y menores de 18 años. Se evaluó también la presencia de comorbilidades, IMC y grupos diagnósticos. Se utilizó Excel y STATA/SE 10.0, utilizándose la prueba exacta de Fisher y chi cuadrado para variables cualitativas y test de Student para análisis cualitativo-cuantitativo.

**Resultados:** De los 128 pacientes, 57,8% fueron hombres, la edad promedio fue 67,4 años. El IMC promedio fue 26,7 m/kg<sup>2</sup>. El 89% de los pacientes presentaron riesgo nutricional. 14 pacientes resultaron sin riesgo nutricional. La mortalidad general de la serie fue 35,9%. Los grupos diagnósticos más frecuentes fueron sepsis abdominal (29,69%) y resección intestinal (17,2%). No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la presencia de riesgo nutricional al ingreso y mortalidad en UCI. Cumplir con más de un criterio obtuvo un riesgo relativo de mortalidad mayor, pero tampoco logró significancia estadística. Sólo el grupo de resección intestinal se asoció a mayor riesgo de mortalidad con RR=3,99 (p=0,046). El resto del análisis bivariado no mostró asociación. **Conclusión:** Existe una alta prevalencia de riesgo

nutricional al ingreso a la UCI de los pacientes críticos quirúrgicos de nuestro hospital. No se logró demostrar asociación entre riesgo nutricional al ingreso a UCI con mortalidad dentro de la unidad en estos pacientes. Es necesario un estudio con mayor potencia estadística para evaluar la asociación entre riesgo nutricional y mortalidad en el paciente crítico quirúrgico.

## PERFORACIÓN INTESTINAL POR TUBERCULOSIS MILIAR: REPORTE DE CASO

*Drs. Felipe Solís Huerta<sup>1</sup>, Rinsky Alvarez Uslar<sup>2</sup>, Kyrie Antezana Ray<sup>3</sup>, Matías Polanco Moore<sup>1</sup>, Héctor Molina Zapata<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Residente Cirugía General, Universidad de Concepción

<sup>2</sup>Cirujano Digestivo, Hospital Regional de Concepción, Universidad de Concepción

<sup>3</sup>Interna Medicina, Universidad de Concepción

**Introducción:** La localización gastrointestinal como forma de presentación de la TBC miliar es infrecuente y de difícil diagnóstico. Los hallazgos clínicos y de laboratorio suelen ser inespecíficos, siendo la imagenología (TAC) de relevancia en su estudio. Dentro de las complicaciones de la TBC gastrointestinal se encuentran: obstrucción, fistulas, hemorragia, estenosis, abscesos y, excepcionalmente, perforación intestinal.

**Objetivo:** Reportar el caso de un paciente con TBC miliar gastrointestinal complicada con perforación intestinal a nivel de íleon distal, con resultado de muerte.

**Material y métodos:** Revisión de ficha clínica, necropsia.

Se presenta a un paciente de sexo masculino, 47 años, que ingresa a Servicio de Cirugía con gran compromiso del estado general, fiebre y dolor abdominal difuso, leve. Se realiza TAC de Abdomen/Pelvis que muestra imágenes sugerentes de TBC miliar pulmonar, lesiones focales sugerentes de granulomatosis en bazo, múltiples linfonodos mesentéricos, líquido libre intraabdominal y colelitiasis.

**Resultados:** Se maneja con asistencia nutricional intensiva y tratamiento antituberculoso. Evoluciona con ictericia obstructiva con patrón colestásico, se intenta CPRE el día 20°, a las pocas horas inicia intenso dolor abdominal, falleciendo a las 12 horas, sin ser intervenido quirúrgicamente.

Necropsia mostró peritonitis difusa por perforación de íleon distal y múltiples lesiones granulomatosas en pulmones y cavidad abdominal. La histopatología demostró TBC miliar.

**Conclusión:** La perforación intestinal asociada a TBC miliar gastrointestinal es una entidad clínica excepcional, la cual debe tenerse en consideración en pacientes con clínica de perforación intestinal y sospecha o diagnóstico previo de TBC.

## CANCER DE URACO: REPORTE DE UN CASO

*Drs. I. Obaid , K. Toledo , T.Desenzan<sup>f</sup>, E.Decinti<sup>f</sup>.*

1. Medico Becado Universidad de Chile, Servicio de Cirugía Hospital San Juan de Dios; 2. Interno Medicina Universidad de Chile, Servicio de Cirugía Hospital San Juan de Dios; 3. Staff Servicio de Cirugía Coloproctología San Juan de Dios.

El uraco es el remanente embriológico del alantoides obliterado. Es una estructura fibrosa extraperitoneal que discurre por la línea media, desde la cúpula vesical y el ombligo, entre la lámina posterior de la vaina de los rectos por delante y la pared del peritoneo por detrás. La mayoría de los carcinomas de uraco son adenocarcinomas. Son muy poco frecuentes, con una incidencia de 1 caso anual por cada 5.000.000 de habitantes, lo que representa el 0,001 de todos los cánceres de vejiga. La incidencia es más alta en los varones que en las mujeres, con una relación de 4/1. Las manifestaciones clínicas del carcinoma de uraco suelen ser las derivadas de la invasión por el tumor de las estructuras vecinas. Caso: Paciente hombre de 30 años, sin antecedentes morbidos, consulta por ITU a repetición con mala respuesta, se realizó UROTAC que mostró lesión de ciego con infiltración vesical. Ingresa para biopsia por cistoscopia por RTU. Bp informa: Adenocarcinoma tubulo papilar bien diferenciado en pared vesical que incluye musculo detrusor. Al examen destaca masa supraumbilical fluctuante con piel a tensión con características inflamatorias. Se drena colección en relación a la lesión descrita y se plantea el diagnóstico de fistula enterocutanea. Se decide realizar cistectomía radical+Op Bricker+Hemicolectomía derecha+Resección anterior de recto. Evolucionó con sepsis de foco abdominal. Por lo que se decide laparotomía exploradora, en la que se evidencia peritonitis estercorea producto de dehiscencia total de anastomosis colorectal y dehiscencia parcial de anastomosis ileotransversa, realizándose Op. De Hartmann. Paciente queda con laparostomía contenida mas VAC durante 50 días, lográndose cierre de herida. Se planifica reconstitución de tránsito a los 3 años, con colonoscopia de control libre de tumor. Se realiza reconstitución de tránsito, con buena evolución.

El diagnóstico de cáncer de uraco no es fácil, ya que sus síntomas son inespecíficos y similares a los de otros tumores de vejiga. Aproximadamente el 80% de los pacientes tienen manifestaciones de una enfermedad avanzada. El signo más frecuente es la hematuria (64 - 71%), otro hallazgo común es una masa palpable suprapúbica, sobretudo en pacientes con sarcomas (64%). Otros hallazgos clínicos son dolor abdominal (21-42%), disuria y descarga de sangre o pus por el ombligo (3%). La presencia macro o microscópica de mucus en la orina es un valioso signo indicador de adenocarcinoma, pero se encuentra sólo en un 16 a 25% de los casos y no es específico de adenocarcinoma de uraco.

## NEFRECTOMÍA DE URGENCIA POR ANGIOMIOLIPOMA RENAL COMPLICADO.

*Drs. Mauricio Zambra, Gabriel Iribarren, Marcelo Beltrán, María-Fernanda Häberle, Rodrigo Barrera, Alejandra Álvarez*

Servicio de Urgencia y Cirugía, Hospital San Juan de Dios de La Serena

Escuela de Medicina, Universidad Católica del Norte.

**Introducción:** Los Angiomiolipomas (AML) son tumores benignos compuestos por musculatura lisa, tejido adiposo y vasos sanguíneos de paredes finas con distribución aberrante. Son raros y su localización más frecuente es la renal. El tamaño promedio es de 2 a 8 cm, pero existen en la literatura casos reportados de hasta 20 cm o mayores. Las manifestaciones suelen ser inespecíficas y muchos son diagnosticados como hallazgos en exámenes imagenológicos. El tratamiento dependerá del contexto clínico, desde el manejo expectante hasta la cirugía de urgencia.

**Caso Clínico:** Paciente femenino de 60 años de edad, que consulta por dolor abdominal de 24 horas de evolución, inicio súbito y progresivo, ubicado en epigastrio e hipocondrio derecho; asociado a aumento de volumen abdominal progresivo y doloroso. En el Servicio de Urgencia la paciente se encontraba nauseosa, sudorosa y con presiones límites; al examen físico destacaba palidez, deshidratación y una gran masa abdominal dolorosa y dura. Los exámenes de laboratorio muestran hematocrito de 20% y creatinemia de 1,4 mg/dl. Es ingresada a la Unidad de Tratamiento Intermedio (UTI) con los diagnósticos de tumor abdominal complicado, shock hipovolémico e insuficiencia renal aguda. Se realiza tomografía computada de abdomen y pelvis que evidencia tumor renal hipervascularizado de 16 x 15 cm, con gran componente adiposo y vasos tortuosos con pequeñas dilataciones aneurismática, sugerente de AML; el tumor desplazaba las estructuras abdominales y comprimía la vena cava en un 80%. Se evidencia hemorragia retroperitoneal. Por el compromiso hemodinámico se decide intervención quirúrgica. Se realiza laparotomía en "uno". Se observa un tumor hemorrágico, con gran hematoma que compromete el retroperitoneo, el meso del colon derecho, colon transverso y parte del duodeno e íleon. El tumor se origina en el polo superior del riñón derecho. Se aspiran 250cc de sangre. Se libera la capsula tumoral y se aíslan elementos del pedículo renal, los cuales se ligan y seccionan con sutura reabsorbible, completando nefrectomía. Se revisa hemostasia y se deja drenaje tubular por contrabertura al lecho renal. Paciente evoluciona favorablemente, quedando hospitalizada por 5 días en UTI y 3 días en Cirugía, siendo dada de alta en excelentes condiciones. Informe de biopsia confirma el diagnóstico de AML del seno renal complicado con hemorragia capsular e intersticial.

**Conclusión:** La complicación más temida del AML es la hemorragia. El tratamiento de urgencia dependerá del compromiso hemodinámico del paciente y del tamaño, teniendo como alternativas terapéuticas nefrectomías parciales, totales o embolizaciones arteriales.

## GASTRECTOMÍA VERTICAL EN MANGA POR VÓLVULO GÁSTRICO INTRATORÁCICO. REPORTE DE CASO.

*Drs. L. Fonseca, C. Ayala.*

Clínica Alemana de Temuco, Universidad de La Frontera.

Reporte de caso: Paciente de género femenino, 61 años de edad, atendida en el servicio de urgencias de la Clínica Alemana de Temuco, por presentar cuadro de 4 días de evolución, de inicio agudo, caracterizado por dolor epigástrico tipo cólico con irradiación retroesternal. Se realiza tomografía computada que muestra imagen compatible con vólvulo gástrico, procediéndose a resolución quirúrgica inmediata, donde se constata vólvulo gástrico herniado a tórax con necrosis gástrica parcial a lo largo de su curvatura mayor. Se realiza gastrectomía vertical en manga, piloroplastía extramucosa y reparación del diafragma. Durante el post operatorio presenta derrame pleural izquierdo que requiere tubo de drenaje. Evoluciona de forma satisfactoria, siendo dada de alta al 10° día de hospitalización.

Conclusión: El vólvulo gástrico constituye una patología poco frecuente, con una incidencia desconocida, que requiere alta sospecha clínica para su diagnóstico. Se caracteriza por una rotación anormal del estómago sobre uno de sus ejes. El vólvulo gástrico intratorácico, ocurre cuando una torsión organoaxial del estómago se asocia a una dilatación concomitante del hiato o hernia diafragmática. Sus signos y síntomas dependen de la velocidad de instalación, grado de rotación y obstrucción, siendo potencialmente mortal si no se diagnostica a tiempo, debido a posible isquemia, necrosis y perforación, por lo que su presentación aguda supone una urgencia quirúrgica. Tradicionalmente su diagnóstico es realizado al observar una víscera intratorácica en la radiografía de tórax, seguido de un estudio contrastado con Bario o endoscopia digestiva alta. La tomografía computada otorga información precisa sobre su posición y anatomía para hacer el diagnóstico. Al presentarse nuestra paciente hemodinámicamente estable se realizó tomografía computada, que confirmó la sospecha diagnóstica y otorgó detalles anatómicos necesarios para planificar su resolución. Su tratamiento definitivo es quirúrgico en la mayoría de los casos, siendo la laparotomía el abordaje de elección, debiéndose realizar gastrectomía parcial o total si existe necrosis o neoplasia. Si el tipo de volvulación lo permite y no hay signos de isquemia, es posible aplicar técnicas menos invasivas, tanto laparoscópicas, endoscópicas o mixtas. El vólvulo gástrico constituye una enfermedad poco frecuente pero con serias complicaciones y debe ser considerado como diagnóstico diferencial al enfrentarse a un paciente que presenta vómitos, dolor torácico o epigástrico, realizándose una detallada historia clínica y examen físico, junto con una delicada interpretación de los exámenes imagenológicos para lograr un diagnóstico y tratamiento oportuno.

## HEMANGIOPERICITOMA INTRAABDOMINAL. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

*Drs. A. Navarrete<sup>1,2</sup>, H. Ríos<sup>3</sup>, H. Del Favero<sup>4</sup>.*

1.-Departamento de Cirugía Hospital Militar de Santiago. 2.-Universidad de Valparaíso. 3.-Clínica Alemana de Santiago. 4.-Servicio de Hemato-Oncología.

Introducción: El Hemangiopericitoma fue descrito por primera vez en 1942 por Stout y Murray. Es una neoplasia poco frecuente que se desarrolla en los pericitos de cualquier vaso sanguíneo. Estos pueden ubicarse en cualquier parte del cuerpo siendo más frecuentes a nivel de extremidades, pelvis, cabeza y cuello. Su tratamiento curativo se basa en una resección quirúrgica siendo fundamental en el pronóstico lograr márgenes negativos. Se han descrito casos de recurrencias locales y/o diseminación a distancia a pesar de una adecuada resección quirúrgica por lo que en resecciones incompletas se utilizan terapias complementarias como la radioterapia y/o la quimioterapia.

Objetivo: Dar a conocer el caso de un paciente con un hemangiopericitoma intraabdominal que se presentó en nuestro centro y que se maneja en forma quirúrgica.

Caso Clínico: Se presenta el caso de un paciente de 44 años, sin antecedentes mórbidos, que consulta por aumento de volumen y dolor abdominal epigástrico de tipo cólico. Al examen físico destaca a la palpación una masa a nivel epigástrica. Dado estos hallazgos se solicita una ecografía abdominal y luego un TAC de abdomen y pelvis que evidencia una masa solidotípica que se ubica entre la pared abdominal y la superficie hepática del lóbulo izquierdo y que se caracteriza por ser hipervascular, multiquística, sugerente de hemangioma. Dado los hallazgos imagenológicos asociado a la clínica que presenta el paciente se decide la resección quirúrgica. Se logra la resección completa de la lesión sin incidentes. Paciente evoluciona en forma satisfactoria sin complicaciones postoperatorias. La anatomía patológica de la lesión informa un hemangiopericitoma del ligamento redondo hepático sin signos de malignidad. Se discute en comité oncológico y se decide no realizar terapia complementaria. Actualmente paciente se encuentra en buenas condiciones y con control con imágenes a los 6 meses postoperado sin signos de recurrencia local ni recidiva a distancia.

Conclusiones: El Hemangiopericitoma es un tumor poco frecuente y que solo está descrito en algunas series de casos a nivel internacional. El manejo de elección es la cirugía logrando bordes negativos y existen algunas terapias complementarias, como la radioterapia y la quimioterapia en casos de resecciones incompletas y/o recidivas. Es fundamental en el futuro tener una mayor evidencia de este tipo de tumor, para así poder conocer en forma más exhaustiva y completa su evolución natural como también identificar algunos factores pronósticos que puedan orientar el manejo y así tomar decisiones que permitan mejorar sus pronóstico.

## TRAUMA ABDOMINAL PENETRANTE. REALIDAD DEL SERVICIO DE URGENCIA HOSPITAL EL PINO.

*Drs. T. Rodríguez, C. Mora, S. Benavente.*  
Servicio de Cirugía Hospital el Pino. Universidad Andrés Bello.

**Introducción:** El trauma abdominal (TA) ocupa gran parte del quehacer quirúrgico en los servicios de urgencia. Se puede clasificar en cerrado y penetrante, cuya diferencia es el contacto entre la cavidad abdominal y el medio externo, a través de solución de continuidad del peritoneo. El TA Penetrante, se puede originar a partir de una herida por arma de fuego u objetos cortopunzantes. Estos pueden producir cortes o laceraciones de vísceras, estructuras neurovasculares y otras estructuras según la energía implicada. Es importante diferenciar las heridas penetrantes producidas por arma de fuego con las cortopunzante ya que las primeras pueden tener trayectorias impredecibles, con mayor daño y a distancia implicando mayor morbimortalidad.

**Objetivos:** Conocer las características epidemiológicas, prevalencia, mecanismos implicados y morbimortalidad asociada en TA penetrante de los pacientes atendidos en el Servicio de urgencia del Hospital el Pino.

**Materiales Y Metodos:** Se realiza trabajo descriptivo retrospectivo por medio de revisión de fichas clínicas y protocolos operatorios de pacientes con diagnóstico de TA Penetrante entre enero de 2010 y enero de 2011.

**Resultados:** Se identifica 91 pacientes de los cuales 98% son hombres y 2% mujeres teniendo edad promedio de 29 años. 63% de los casos es por arma blanca y 37% arma de fuego realizándose en todos estos laparotomía exploratoria, encontrándose 57% lesión de víscera hueca, 9% víscera solida, 25% sin lesiones y 9% lesiones mixtas. Solo el 15% de los pacientes fueron estudiados con imágenes previa intervención quirúrgica. Las vísceras huecas que más frecuentemente fueron lesionadas son el colon (32%), íleon (32%), yeyuno (19%) y estómago (19%). Las vísceras sólidas dañadas fueron el hígado, bazo y riñón. La mortalidad intraoperatoria es de 2%.

**Discusión:** El TA penetrante es una patología que afecta principalmente a hombres jóvenes siendo realizadas con mayor frecuencia por arma blanca. El uso de imágenes no marca una diferencia en nuestro servicio, ya sea por no tener disponibilidad de este o porque el diagnóstico clínico es categórico en tomar una conducta. La lesiones de víscera hueca son más frecuentes, principalmente en el colon e íleon.

## CIRUGÍA MENOR EN CENTRO DE SALUD FAMILIAR Y CONCORDANCIA CLÍNICO PATOLÓGICA

*Drs. C. Domínguez<sup>1</sup>, J. Fernández<sup>1</sup>, D. Carvajal<sup>1</sup>, F. Alvarado<sup>1</sup>, J. Domínguez<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

<sup>2</sup>Alumno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes.

**Introducción:** Los servicios de Atención Primaria de Salud (APS) realizan diversas actividades a nivel comunitario, dentro de las que se incluyen procedimientos de Cirugía Menor (CM) que son realizados habitualmente por médicos generales. Se han evidenciado diversos beneficios de la CM en la APS tales como la optimización de la eficiencia del sistema sanitario al reducir la lista de espera de consultas de cirugía general y dermatología, mayor comodidad del paciente al no desplazarse a centros de mayor complejidad y reducción del tiempo de espera junto con complementar la actividad preventiva, diagnóstica y terapéutica del médico de APS. Si bien existen diversas publicaciones en otros países que caracterizan la actividad quirúrgica de los servicios de CM en la APS, en nuestro país no hay reportes que aborden el tema a pesar de ser una actividad ampliamente desarrollada.

**Objetivo:** Describir la actividad quirúrgica de CM en un centro de APS del país y analizar la concordancia clínica patológica en las lesiones biopsiadas. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo que incluyó a la totalidad de los pacientes sometidos a procedimientos de CM por indicación médica, en el periodo de enero 2010 a febrero 2012 en el Centro de Salud Familiar Llay Llay, Quinta Región. Se recopiló información demográfica, procedimiento realizado, diagnóstico clínico e histológico mediante la revisión de los protocolos operatorios e informes de anatomía patológica. **Resultados:** Se realizaron 372 procedimientos, de los cuales el 59,95% corresponden a pacientes de sexo femenino y presentaron una edad promedio de 38,5 años. Los principales procedimientos efectuados fueron: resecciones (66,04%), onicectomías (17,47%) y curaciones (3,76%). Las principales patologías implicadas fueron: quiste sebáceo y epidérmicos (17,2%), patología ungueal (16,67%), nevus (14,51%), verrugas (12,90%) y lipoma (6,72%). La concordancia general entre el diagnóstico clínico con el anatomopatológico fue de un 62,29% y no se reportaron patologías malignas. **Conclusiones:** Al igual que en estudios internacionales las intervenciones realizadas corresponden a patologías prevalentes en la práctica clínica y de carácter benigno. La concordancia entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico anatomopatológico en estudios internacionales varía entre el 41% al 81%, evidenciando que nuestros resultados presentan una concordancia satisfactoria. LA CM desarrollada en Centros de Salud Familiar es factible y efectiva.

## ULCERA PEPTICA PERFORADA. REALIDAD HOSPITAL EL PINO 2003 - 2012.

*Drs. D. Coronel<sup>1</sup>, T. Rodríguez<sup>1</sup>, S. Morales<sup>2</sup>, J. Reyes<sup>2</sup>, M. Cortés<sup>3</sup>, C. Mora<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup> Servicio de Cirugía Hospital El Pino, Santiago.

<sup>2</sup> Internos de Medicina Universidad Andrés Bello, Santiago.

<sup>3</sup> Interna de Medicina Universidad Diego Portales, Santiago.

**Introducción:** A pesar de los avances en el tratamiento de la enfermedad ulcerosa péptica (EUP) y de la cada vez más frecuente erradicación del *Helicobacter pylori*, la úlcera péptica perforada (UPP) sigue siendo la principal causa de cirugía gástrica de urgencia y se asocia a una elevada morbimortalidad. Hay consenso en que el manejo debe ser quirúrgico, pero no en el abordaje ni en el procedimiento de elección. **Objetivos:** Evaluar y describir las características demográficas de los pacientes con UPP ingresados al Hospital El Pino (HEP); el procedimiento quirúrgico realizado y la evolución a corto plazo del tratamiento.

**Materiales y métodos:** Análisis retrospectivo de fichas clínicas de pacientes ingresados al Servicio de Urgencia HEP con diagnóstico de UPP, entre febrero de 2003 y mayo de 2012. Se evaluaron las siguientes variables: edad; sexo; antecedente de EUP; uso de antiinflamatorios no esteroidales (AINES), tabaco, alcohol, drogas; tiempo transcurrido desde inicio de síntomas hasta resolución quirúrgica; tamaño y localización de perforación; abordaje quirúrgico; epiploplastía; tiempo operatorio; morbimortalidad y estadía hospitalaria. **Resultados:** 67 pacientes. Edad promedio 41 años; 87% sexo masculino, 13% femenino; antecedente de EUP 23%; usuario AINES 9%, tabaco 61%, alcohol 53%, drogas 33%; 82% operado antes de 24 hrs de iniciado cuadro clínico; diámetro mediano de perforación 5 mm; 85% gástricas, 15% duodenales; laparotomía 83%, laparoscopia 17%; epiploplastía 32%; mediana tiempo operatorio laparotomía 52 minutos, laparoscopia 80 minutos; complicaciones postoperatorias en 24% de laparotomías y 22% de laparoscopías; mortalidad 2% de laparotomías y 0% de laparoscopías; mediana estadía hospitalaria 5 días laparotomía y 4 días laparoscopia.

**Discusión:** Al analizar nuestros resultados y compararlos con lo publicado a la fecha, cabe destacar la menor edad de presentación y la predominante localización gástrica en nuestros pacientes. Respecto al mejor abordaje quirúrgico, laparotomía o laparoscopia, o la realización de epiploplastía de regla, en la actualidad no hay consenso. En nuestra serie, al comparar ambos abordajes, los únicos resultados con significancia estadística fueron la prolongación del tiempo operatorio con la laparoscopia, pero con disminución de la estadía hospitalaria, similar a lo publicado en la literatura internacional, pero no encontramos diferencias estadísticamente significativas respecto a las complicaciones.

**Conclusiones:** En el paciente con abdomen agudo tener siempre entre los diagnósticos diferenciales la UPP. La decisión del abordaje quirúrgico y la realización o no de epiploplastía dependerá fundamentalmente de la condición del paciente y las competencias del cirujano.

**TUMOR DESMOIDES INTRAABDOMINAL GIGANTE: REPORTE DE UN CASO**  
*Drs. G. Inostroza<sup>1</sup>, C. Godoy<sup>2</sup>, J. Gellona<sup>1</sup>, G. Urrejola<sup>1</sup>, M. E. Molina<sup>1</sup>, R. Miguéles<sup>1</sup>, J. Reyes<sup>1</sup>, J.T. Larach<sup>1</sup>, J. Zúñiga<sup>1</sup>, D. Espinola<sup>1</sup>, E.U. X. Meneses<sup>1</sup>, E.U. A.M. Rodríguez<sup>1</sup>, A. Zúñiga<sup>1</sup>*  
<sup>1</sup>Unidad de Coloproctología. Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile, <sup>2</sup>Residente Cirugía General. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** Los tumores desmoides son neoplasias benignas derivadas del tejido miofibroblástico. Pese a su histología benigna, crecimiento lento y ausencia de potencial metastásico, pueden ser localmente agresivos, alcanzar gran tamaño y producir compresión de estructuras vecinas. Estas características, junto a su tendencia a recurrir, dificultan su tratamiento. Se presenta el caso de un tumor desmoides abdominal con repercusión funcional que requirió manejo quirúrgico. **Caso clínico:** Paciente de 26 años, sexo femenino, múltipara de cuatro, sin antecedentes mórbidos personales ni familiares. En su último embarazo presentó crecimiento uterino mayor de lo esperado, con ecografía compatible con mioma uterino. Durante cesárea (enero 2010) se evidencia gran tumor pelviano. Se practicó histerectomía y resección tumoral parcial. **Informe anatomopatológico:** mioma uterino sin signos de malignidad. Se completa estudio con RNM de abdomen y pelvis (abril 2010) que muestra masa pélvica derecha de 20cm de diámetro. Biopsia por punción compatible con tumor desmoides.

La paciente evoluciona con progresivo crecimiento del diámetro abdominal y dolor en extremidad inferior derecha. Ingresó en octubre de 2010 al Hospital Clínico Universidad Católica enflaquecida, con tumor abdominal que simula embarazo de 30 semanas, de bordes lisos y consistencia firme, asociado a circulación colateral en la pared abdominal. Pulsos disminuidos en extremidad inferior derecha. AngioTAC de abdomen muestra masa sólida retroperitoneal de 27 x 16 x 27 cm, rodeando arterias iliaca común, hipogástrica e iliaca externa derechas (esta última ocluida distalmente), hidroureteronefrosis bilateral, compresión de vena cava inferior y ausencia de representación de las venas ilíacas.

Se decide resolución quirúrgica dado gran crecimiento tumoral asociado a compromiso vascular y dolor. Se logró reseccionar 90% del tumor ubicado en fosa iliaca derecha (8.084 gr) quedando in situ la base del tumor, estrechamente adherido a arteria iliaca común derecha que se reseca y se practica reconstrucción vascular con by-pass fémoro-femoral. Estudio anatómopatológico confirmó tumor desmoides. Evoluciona favorablemente y es dada de alta en el día 10 del postoperatorio. Inicia tratamiento con tamoxifeno. Sin evidencias de recidiva actual.

**Discusión:** El tratamiento de elección de los tumores desmoides es la resección amplia con márgenes negativos. Sin embargo, ésta puede ser difícil especialmente si son de gran tamaño o comprometen

estructuras vasculares. Pacientes con grandes tumores sintomáticos se benefician de evaluación multidisciplinaria y resección quirúrgica seguida de agentes quimioterapéuticos.

#### HERNIA DEL HIATO DE WINSLOW: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

*Drs. A. Gomez<sup>1</sup>, J. Camacho<sup>1</sup>, C. Heine<sup>1</sup>, M. Salvatierra<sup>2</sup>, M. Fernandez<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Residente de Cirugía General, Universidad de Chile, Sede Oriente, Hospital del Salvador, <sup>2</sup>Cirujano Jefe de Turno de Urgencia Hospital del Salvador, <sup>3</sup>Servicio de Radiología Hospital del Salvador-USACH

**Introducción:** Las hernias internas en el adulto corresponden a la protrusión de asas intestinales o segmentos de colon a través de orificios intraabdominales congénitos o adquiridos. La frecuencia del conjunto de éstas varía entre 0,6 a 5,8%. Se pueden distinguir 3 tipos de hernias según se desarrollen en un orificio natural, en un orificio anómalo o en un espacio retroperitoneal o infraperitoneal. La hernia del Hiato de Winslow corresponde al primer tipo. A continuación presentamos un caso de obstrucción intestinal secundario a una Hernia del Hiato de Winslow. **Caso clínico:** Paciente de 18 años, consulta por cuadro de dolor abdominal de 12 hrs de evolución tipo cólico, principalmente en epigastrio, asociado a náuseas y vómitos alimentarios en 3 oportunidades, sin fiebre. Se sospecha obstrucción intestinal. Se evalúa con tomografía, cuyo informe radiológico sugiere hernia interna. Se hospitaliza y se realiza laparotomía exploradora pesquisándose hernia a través de Hiato de Winslow, con compromiso de asa (necrosis segmentaria de yeyuno). Se reduce la hernia, se cierra hiato de Winslow, se realiza resección intestinal y anastomosis término terminal. Buena evolución post operatoria, es dado de alta al sexto día post operatorio con tolerancia oral conservada y sin signos de complicación quirúrgica. **Discusión:** Las hernias del Hiato de Winslow representan el 8% de las hernias internas. Se presentan entre los 20 y 60 años. Afectan principalmente a intestino delgado (60-70%), seguido por el ciego, el íleon terminal y el colon ascendente (25-30%). Se describen 2 tipos de hernias del Hiato de Winslow: Tipo I, una hernia aislada de intestino delgado (2/3 de los casos) y Tipo II, la que incluye íleon distal, ciego y colon ascendente (1/3 de los casos). Su presentación es variable, pudiendo manifestarse como obstrucción intestinal o con síntomas y signos inespecíficos y autolimitados (dolor abdominal, ictericia, etc.). En la tomografía pueden verse asas de intestino delgado y/o colon en la transcavidad de los epiplones, distendidas y agrupadas, y la vasculatura tensa pasando a través del hiato. Para su manejo, debe reducirse la hernia, por simple tracción si es posible, o con maniobras un poco más complejas: Maniobra de Kocher o apertura de la transcavidad de los epiplones. Una vez reducida se deben recolocar las vísceras herniadas en posición anatómica. Se postula que el hiato de Winslow se cierra espontáneamente secundario a la

reacción inflamatoria post operatoria, por lo que el cierre quirúrgico no es una recomendación constante. En caso de existir compromiso de asa, debe realizarse la resección correspondiente.

**Conclusión:** La hernia del Hiato de Winslow, corresponde a una patología poco frecuente en la población general. En este caso se logra apreciar la correlación clínico- tomográfica y quirúrgica de esta patología.

#### ADQUISICIÓN DE DESTREZAS QUIRÚRGICAS EN UN DIPLOMADO DE LAPAROSCOPIA AVANZADA PARA CIRUJANOS GENERALES.

*Drs. E. Buckel, P. Achurra, J. Varas, C. Faivovich, D. Barros, J. Martínez, N. Jarufe, C. Boza*  
Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile

**Introducción:** Actualmente la cirugía laparoscópica es la vía de elección para diversos procedimientos en cirugía pero el aprendizaje de las destrezas técnicas necesarias es un proceso difícil que requiere invertir un tiempo considerable.

**Objetivo:** Evaluar la efectividad de un programa de entrenamiento en laparoscopia avanzada para mejorar destrezas en cirugía laparoscópica avanzada. **Métodos:** Cirujanos generales y residentes de último año de cirugía general fueron evaluados durante el módulo práctico de un diplomado de entrenamiento en técnicas básicas de laparoscopia avanzada. A los alumnos se les evaluó antes y después del curso efectuando una yeyuno-yeyuno anastomosis mecánica en un modelo porcino vivo, quedando el procedimiento registrado en video.

2 expertos en laparoscopia analizaron los videos utilizando escalas globales como específicas para este procedimiento (OSATS). El tiempo operatorio también fue registrado, designando un tiempo límite de 40 minutos para completar el ejercicio. Después de la evaluación inicial los alumnos asistieron a 3 sesiones de entrenamiento en un modelo en caja con intestino bovino ex-vivo para aprender este procedimiento, con cada sesión dirigida a aprender habilidades específicas (Punto intracorpóreo, enterotomías, colocación de dispositivo de sutura mecánica, cierre cara anterior.). Los puntajes de ambas escalas de evaluación, el tiempo operatorio y la proporción de cirujanos capaces de completar el procedimiento fueron comparados entre su evaluación inicial y final. Para el análisis estadístico se utilizaron las pruebas de Mann-Whitney y Wilcoxon según corresponda con valor p significativo <0,05.

**Resultados:** Se evaluaron 127 sujetos reclutados entre el año 2006 y 2012. Se observó que los participantes mejoraron significativamente sus habilidades generales (mediana: 9,7 vs 14,1 con un máximo de 25 puntos), específicas (mediana: 7,3 vs 10,6 con un máximo de 20 puntos) y en términos globales (mediana de 16,9 a 24,7 máximo de 45 puntos) después de terminar el diplomado. El 78,7% de los alumnos mejoró sus puntajes OSATS después del curso. La mediana de tiempo operatorio disminuyó significativamente (32,9 vs 25,6 min; p <0,001) con el 89% de los alumnos logrando

terminar en el tiempo máximo aceptado. Conclusión: Un programa de entrenamiento bien estructurado y basado en la simulación mejora significativamente las destrezas técnicas en cirugía laparoscópica avanzada y permite acortar la curva de aprendizaje para cirujanos y residentes.

#### APLICACIÓN IPHONE/IPAD PARA EL APRENDIZAJE EN LAPAROSCOPIA AVANZADA.

*Drs. J. Varas, E. Buckel, R. Ramirez, G. Azocar, N. Jarufe, C. Boza*

Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile

**Introducción:** En el presente la gran mayoría de los cirujanos cuenta con un celular smartphone, o algún tipo de tablet con sistema operativo iOS o android. De éstos, un alto porcentaje utilizan su celular o tablet para diversas funciones además de la comunicación, destacando la educación médica a través de aplicaciones. En la actualidad no es posible encontrar aplicaciones, ya sea para el sistema android o iOS, que nos permitan aprender cirugía laparoscópica avanzada.

**Objetivo:** Presentar una herramienta educativa interactiva para plataformas portátiles que permita el aprendizaje de técnicas laparoscópicas avanzadas complementando el entrenamiento diario ya sea en un laboratorio como sala operatoria.

**Métodos:** Se diseñó y programó una aplicación smartphone/tablet que permite interactuar bajo diferentes menús con tecnología multi-touch sobre videos autoexplicativos con formato en alta definición (HD). La aplicación se basó en la reciente publicación internacional de entrenamiento avanzado en técnicas laparoscópicas de nuestra institución. Se grabaron más de 30 videos en formato HD, con explicaciones subtítuladas, edición con superposición de imágenes coloreadas para simplificar el aprendizaje, ejemplos varios de cada ejercicio en cámara lenta y tiempo real. Todos los videos fueron subidos a una nube y ruteados bajo los diferentes menús de la aplicación final.

**Resultados:** Dentro de la Aplicación se crearon dos secciones: La primera de técnicas laparoscópicas necesarias para poder realizar de manera óptima y eficiente sutura intracorpórea (con 8 videos y diversos ejemplos), y la segunda, de sesiones de entrenamiento, donde el cirujano sigue paso a paso como lograr realizar una anastomosis laparoscópica en dos planos (con 16 videos y diversos ejemplos). Se agregaron además claves para no cometer los errores más frecuentes.

**Conclusión:** Con ésta aplicación el alumno puede ejercitarse en un laboratorio de simulación realizando las sesiones o repasando técnicas, además de poder repasar cada detalle observando los videos en sus momentos libres en un formato portátil y amigable, facilitando su aprendizaje y optimizando la adquisición de destrezas en laparoscopia avanzada.

#### TRANSFERENCIA A LA SALA OPERATORIA DE HABILIDADES OBTENIDAS EN UN PROGRAMA DE SIMULACIÓN EN TÉCNICAS LAPAROSCÓPICAS AVANZADAS.

*Drs. J. Varas, E. Buckel, R. Mejía, A. Riquelme, O. Padilla, J. Martínez, N. Jarufe, C. Boza*

Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile

**Introducción:** Se ha demostrado previamente que es posible adquirir habilidades laparoscópicas avanzadas con un programa estructurado de simulación laparoscópica en un modelo en caja y modelo animal porcino. Sin embargo, en el mundo no ha sido posible demostrar que a través de entrenamiento estas habilidades avanzadas se transfieran a la sala operatoria.

**Objetivo:** Analizar la transferencia de habilidades obtenidas con un programa de entrenamiento laparoscópico avanzado a la sala operatoria.

**Métodos:** Residentes de primer año de cirugía general que completaron el programa de entrenamiento avanzado de cirugía laparoscópica en nuestra institución, fueron evaluados y comparados con residentes de subespecialidad en cirugía digestiva y egresados de programas tradicionales de cirugía general sin entrenamiento simulado y cirujanos bariátricos certificados, al realizar una yeyuno-yeyuno-anastomosis (YYA) laparoscópica en pacientes con previo consentimiento informado. Todos los procedimientos fueron supervisados por un experto en cirugía bariátrica, quien contaba con la facultad de detener la evaluación de ocurrir algún grado de riesgo para la seguridad del paciente. Los procedimientos fueron registrados en video y luego analizado en ciego por 2 expertos laparoscopistas usando escalas globales y específicas validadas (OSATS). Además se registraron las variables de tiempo operatorio, seguimiento de morbilidades perioperatorias (hasta 30 días post-operados) y la distancia total recorrida (DTR) por las manos del evaluado con un dispositivo de rastreo de movimiento (ICSAD) validado.

Para el análisis estadístico se utilizaron pruebas no paramétricas de Mann-Whitney, y Kruskal-Wallis, con valor p significativo <0,05.

**Resultados:** En total 10 residentes entrenados, 8 residentes de subespecialidad y 6 cirujanos bariátricos realizaron la evaluación. Los 10 residentes de primer año de cirugía general completaron la YYA con una mediana de tiempo operatorio(TO) de 20(11.9-25) minutos. Sólo 6 de 8 residentes de subespecialidad pudieron completar la YYA con una mediana de TO de 29.5(17-42) y en comparación con los expertos con TO de 7(5-10) Los puntajes obtenidos con OSATS para los alumnos, residentes de subespecialidad y expertos fueron de [19.5(17-23) vs 17(14-22) vs 24(23-25), p<0.05] respectivamente, siendo los alumnos entrenados mejores que los residentes de subespecialidad y los expertos mejores que ambos grupos. Las DTR fueron de: [127(74-206) vs 180(90-250) vs 47.5(40-65), p<0.05]. El grupo de alumnos tuvo 1 HDB autolimitada sin repercusión en hemodinamia, y 1 obstrucción



intestinal 1 semana post operada, con manejo médico efectivo sin necesidad de cirugía (Destacando que la paciente no siguió protocolo nutricional estricto). El grupo de residentes de subespecialidad tuvo 3 casos de HDB autolimitada sin repercusión en hemodinamia.

Conclusión: Un programa de entrenamiento continuo, bien estructurado y basado en la simulación mejora significativamente las destrezas técnicas en laparoscopia avanzada permitiendo transferir estas habilidades a la sala operatoria.

#### EDAD Y APRENDIZAJE LAPAROSCÓPICO. ¿CUÁL ES LA MEJOR EDAD PARA EMPEZAR A APRENDER?

*Drs. E. Buckel, P. Achurra, J. Varas, C. Faivovich, Diego Barros, J. Gellona, N. Jarufe, C. Boza*  
Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: Actualmente la laparoscopia es una técnica ampliamente usada en cirugía digestiva y está siendo cada vez más incorporado al currículo de programas de formación quirúrgica. Muchos cursos y pasantías existen para que cirujanos o residentes se entrenen en técnicas avanzadas para laparoscopia pero aun no queda claro que metodología mejor satisface la necesidad de cada individuo y cuanto impacto tiene su edad y formación previa. Objetivo: Evaluar la asociación entre edad y aprendizaje logrado en un curso de laparoscopia avanzada.

Métodos: Se evaluaron cirujanos generales de todas las edad y residentes de último año de cirugía general durante el módulo práctico de un diplomado de entrenamiento en técnicas básicas de laparoscopia avanzada. A los alumnos se les evaluó antes y después del curso efectuando una yeyuno-yeyuno anastomosis mecánica en un modelo porcino vivo, quedando el procedimiento registrado en video y analizados usando escalas visuales (OSATS) para habilidades generales (GRS) y específicas (SRS) por dos cirujanos expertos. En la evaluación se comparó el desempeño de sujetos en 3 grupos etarios (20-34, 35-49 y 50-66 años), según sexo y calidad de residente/cirujano. Para el análisis estadístico se utilizaron las pruebas de Mann-Whitney, Wilcoxon y Kruskal-Wallis, con valor p significativo <0,05.

Resultados: Se evaluaron 85 sujetos reclutados desde el año 2008 hasta el año 2012. No se mostraba diferencia significativa entre los grupos etarios en su evaluación inicial para tiempo operatorio ni para las escalas de evaluación visual. El grupo de 50-66 años mostró un peor desempeño que ambos grupos de menor edad con una diferencia significativa en cuanto a tiempo operatorio y habilidades generales en su evaluación final y mostraron significativamente menor mejoría en las mismas categorías respecto a su evaluación inicial. No se demostró diferencia significativa en ninguna de las categorías entre residentes y cirujanos y tampoco en la comparación por sexo.

Conclusión: El aprendizaje laparoscópico se hace más difícil en cirujanos de mayor edad en quienes

probablemente cursos de corta duración no serían suficientes para un aprendizaje efectivo. Un programa de entrenamiento continuo podría presentarse como una alternativa más efectiva de aprendizaje.

#### HEMANGIOMA VENOSO DE LA RAÍZ DEL MESENTERIO, RARO TUMOR ABDOMINAL.

*Drs: C. Domínguez, M. Musleh, E. Lanzarini, G. Montesinos*

Departamento de Cirugía. Hospital Clínico de la Universidad de Chile

El hemangioma es un tumor benigno, de origen vascular, ampliamente distribuido en el organismo; en cavidad abdominal se describen frecuentemente a nivel de hígado e intestino. El hemangioma mesentérico es una tumor de ubicación poco frecuente, siendo las variedades histológicas capilar y cavernosa los tipos mas frecuentes. Por el contrario el tipo venoso, es muy infrecuente.

El objetivo del presente trabajo es realizar una revisión de la literatura, a propósito de un caso clínico de un hemangioma de tipo venoso ubicado en la raíz del mesenterio.

Caso: Paciente de sexo femenino de 26 años, previamente sana, usuaria de ACO, que consulta en policlínico de cirugía HCUCH en enero 2012, relata cuadro de 9 meses de evolución caracterizado por aumento progresivo de volumen indoloro en hipogastrio, sin otros síntomas asociado. Al examen físico destaca la palpación de una masa de consistencia gomosa, indolora, a nivel de hipogastrio. Se solicita RNM de abdomen que muestra imagen solido-quística de 12 cm de diámetro en región retroperitoneal, sugerente de linfangioma retroperitoneal. Se realiza laparoscopia exploradora, donde se evidencia masa tumoral retroperitoneal dependiente de mesenterio, la cual no es posible liberar en forma segura por vía laparoscópica; por tal motivo se decide convertir a cirugía abierta, identificando tumor de aspecto vascular de 10 x 6 x 2.5 cm, cuyo origen se encuentra en la raíz del mesenterio inmediatamente adyacente al ángulo de Treitz y que invade mesenterio de yeyuno. Se realiza resección tumoral completa, sin comprometer irrigación vascular del intestino. La paciente evoluciona en forma satisfactoria, se decide alta a las 72 horas del post-operatorio, sin morbilidad asociada. Estudio anatomopatológico describe masa tumoral sólida de aspecto hemorrágico, compatible con hemangioma de tipo venoso.

Al realizar una revisión sistemática de la literatura en Pubmed, utilizando los términos MeSH mesentery, mesenteric, cavernous, y haemangioma, nos encontramos con apenas con 4 trabajos publicados, a la fecha, que hacen referencia a casos clínicos similares al descrito.

PARAGANGLIOMAS: A PROPÓSITO DE 2 CASOS. REVISIÓN DE LA LITERATURA  
*Drs. C. Villalón, Int. K. Schönfeldt, G. Vial, J. León R, H. Ríos.*

Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo. Clínica Alemana de Santiago

**Introducción:** Los paragangliomas son tumores poco frecuentes, originados en células de la cresta neural, con capacidad para secretar catecolaminas, hormonas y péptidos.

Su incidencia varía de 0.02 a 0.05 casos/100.000 habitantes/año.

Se ubican preferentemente cerca de los grandes vasos, pudiendo aparecer en cualquier lugar del organismo.

Son de localización adrenal en un 80%, bilaterales en 10% y extraadrenales en 10%. Pueden ser cromafines (generalmente funcionantes), y no cromafines (no funcionantes).

La localización adrenal intraabdominal más frecuente es el tejido paragangliónico aortosimpático y, dentro de éste, el órgano de Zuckerkandl.

Se presentan los casos clínicos de 2 pacientes con paragangliomas extraadrenales retroperitoneales, tratados en nuestra institución.

**Casos Clínicos**

**Caso 1:** Paciente de género masculino, de 53 años, con HTA de 2 años de evolución, de mal control. Consulta por sensación de hormigueo en mano izquierda, sudoración y disfunción eréctil. Al laboratorio presenta niveles de noradrenalina urinaria >2000. RM muestra lesión paraaórtica de 5 x 3.8 x 5 cm compatible con diagnóstico de paraganglioma. Se realiza preparación preoperatoria con alfa y beta bloqueo, se realiza resección de la lesión retroperitoneal.

**Caso 2:** Paciente de género masculino, de 70 años. Consultó por 2 meses de cansancio y molestias vagas. La EDA, mostró una lesión gástrica, cuya biopsia fue compatible con un GIST. Se realizó TC que evidenció adenopatías mediastínicas y retroperitoneales. Se decide laparotomía exploradora para obtener una muestra para biopsia, realizando gastrectomía parcial y resección de adenopatías y tumor retroperitoneal, con una biopsia compatible con GIST corporal y paraganglioma maligno. PET CT, muestra adenopatías mediastínicas, retroperitoneales e ilíacas y pequeños nódulos pulmonares sugerentes de metástasis, asociado a lesión de aspecto metastático en C7. Se reseccó la lesión del cuerpo vertebral, completó QT con VCR y RT.

**Discusión:** Los paragangliomas retroperitoneales se ubican en situación paraaórtica, son generalmente únicos, y frecuentemente infrarrenales (42%). Pueden asociarse a NEM, neurofibromatosis, enfermedad de Von Hippel-Lindau, o conformar la llamada "tríada de Carney": condroma pulmonar, GIST gástrico y paraganglioma extraadrenal. Clínicamente, se pueden manifestar con palpitaciones, cefalea, diaforesis e HTA. Ayudan al diagnóstico las metanefrinas en orina de 24h y catecolaminas plasmáticas.

Pueden ser malignos hasta en un 42% y metastatizar hacia pulmón, hígado, hueso o linfonodos locales. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica. La quimioterapia y radioterapia tienen un rol sólo paliativo.

La sobrevida a 5 años tras una resección completa es de 95% en paragangliomas benignos, y de 52% en caso de malignidad.

## Poster: DIGESTIVO

### QUISTE ESPLÉNICO EPIDÉRMICO. REPORTE DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

*Drs. M. Figuerola<sup>1</sup>, M. Olivera<sup>1</sup>, A. Sauré<sup>1</sup>, J. Castillo<sup>1</sup>, H. Lembach<sup>1</sup>, J.C. Díaz<sup>1</sup>, I. Gallegos<sup>2</sup>, E. Mancilla<sup>2</sup>*

1: Departamento de Cirugía Hospital Clínico de la Universidad de Chile

2: Departamento de Anatomía Patológica Hospital Clínico de la Universidad de Chile

**Introducción:** Los quistes esplénicos no parasitarios son entidades infrecuentes, siendo los quistes esplénicos epidérmicos una etiología primaria en este grupo. Su presentación es predominantemente asintomático, obteniendo un diagnóstico incidental posterior a un estudio imagenológico. El manejo quirúrgico es curativo.

**Objetivo:** Reportar un caso de quiste esplénico epidérmico manejado en forma laparoscópica y realizar una revisión de la literatura.

**Caso Clínico:** MQH, paciente masculino de 20 años de edad, sin antecedentes médico quirúrgicos, presenta 2 meses de evolución de dolor cólico en hipocondrio derecho, sin irradiación, asociado a náuseas. La ecografía abdominal objetivó colecistolitiasis e incidentalmente una formación quística esplénica de 60 mm, complementariamente se realizó una tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste que evidenció una imagen quística de contornos calcificados de 61 x 52 mm, sin tabiques, avascular, diagnosticándose colecistolitiasis y quiste hidatídico esplénico. Se realizó una colecistectomía y esplenectomía electiva laparoscópica. En el postoperatorio inmediato el paciente presentó taquicardia y caída de HTO y Hb hasta 20,7% y 7,2g/dl. Ante la sospecha clínica de un hemoperitoneo se realiza una laparoscopia exploradora a las 12 hrs postoperatorias, objetivando un hematoma de 1,5 lt en el lecho esplénico, posterior a aseo quirúrgico se identifica un sangrado en napa en relación a las cargas de stapler que se detiene con clips metálicos obteniendo hemostasia satisfactoria. El paciente evoluciona favorablemente siendo dado de alta al 5º día post operatorio.

La biopsia diferida del tumor esplénico fue compatible con quiste epitelial escamoso (epidermoide) del bazo.

**Discusión:** Los quistes esplénicos pueden clasificarse como parasitarios y no parasitarios, siendo estos últimos subdivididos en primarios o secundarios. Los quistes epidérmicos son parte de los quistes esplénicos verdaderos. En el caso expuesto se diagnosticó un quiste esplénico hidatídico dado su aspecto imagenológico patognomónico, sin embargo, el estudio histopatológico evidenció lo contrario. El tratamiento quirúrgico de estos quistes se aconseja en aquellos sintomáticos o mayores de 5 cm dado

el mayor riesgo de complicaciones, existiendo distintas opciones. En el caso presentado se realizó una aproximación laparoscópica en decúbito lateral derecho dado los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva, la dimensión del quiste, el adecuado acceso al hilio esplénico y control vascular sobre el mismo. En los controles ambulatorio no se objetivaron complicaciones.

### HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. CUERPO EXTRAÑO VERSUS TUMOR DE YEYUNO METASTÁSICO

*Drs. J. Villanueva<sup>1</sup>, E. Labarca<sup>2</sup>, M. Santamarina<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Cirujano General Hospital Naval Almirante Nef, Profesor Auxiliar Universidad de Valparaíso. <sup>2</sup>

Cirujano Vascular Hospital Naval Almirante Nef.

<sup>3</sup>Radiólogo Hospital Naval Almirante Nef

Hospital Naval Almirante Nef (HNAN) de Viña del Mar. Universidad de Valparaíso

Dentro de las causas de Hemorragia Digestiva Alta, las neoplasias del intestino delgado son una causa poco frecuente, más aún los tumores metastásicos; también lo son la ingestión accidental de cuerpos extraños en pacientes con disminución de la sensibilidad en el paladar. El lugar más frecuente del impacto de los cuerpos extraños tras pasar el esófago implica la zona íleo-cecal y el colon sigmoideo, provocando hemorragias, abscesos, fistulas, y a menudo perforación.

Presentamos el caso de un paciente de 59 años, masculino, sin mórbidos previos, que ingresa al Servicio de Urgencia del HNAN con cuadro de hematemesis y melena de 24 hrs de evolución. Al Examen Físico destacaba taquicárdico, normotenso y al laboratorio un Hematocrito de 24%. Se realizó Endoscopia Digestiva Alta (EDA) que mostró un cuerpo extraño (anzuelo) en la primera porción del duodeno, el cual no pudo ser extirpado, sin otros hallazgos. Al consultarle dirigidamente relató haber ingerido pescado ese día y el anterior. Evoluciona sin dolor, ciclo normal, sin nuevo sangrado. Radiografía de abdomen simple no mostraba el cuerpo extraño, se solicita Tomografía Axial Computada (TAC) de abdomen y pelvis de control que mostró anzuelo a nivel de colon sigmoideos y un tumor a nivel del yeyuno proximal, a 1 cm del ángulo de Treitz, con adenopatías peritumorales y mesentéricas, sospechoso de Adenocarcinoma Primario o Metastásico. Se completa estudio con TAC de Tórax que mostró una masa tumoral en bronquio lobar inferior derecho, adenopatías mediastínicas anterior y superior y nódulos tumorales en ambas glándulas suprarrenales sospechoso de metástasis. Se plantea el diagnóstico de Neoplasia Pulmonar con metástasis a nivel de glándulas suprarrenales, mediastino, yeyuno y mesenterio. Se decide Laparotomía Exploradora de Urgencia por nuevo episodio de HDA, encontrando Tumor de

yeyuno proximal de 6 cms de diámetro necrosado y perforado con adenopatías peritumorales y mesentéricas, se realiza extirpación de tumor de yeyuno y adenopatías mesentéricas, logrando extirpación tipo R1 y anastomosis yeyuno-yeyunal termino-terminal, dejando marcada la zona de resección con clips metálicos. Buena evolución postoperatoria. Biopsia diferida mostró Adenocarcinoma mal diferenciado, necrosado y perforado con compromiso hasta la serosa. Se realiza PET-SCAN de Tórax resultando positivo para compromiso tumoral pulmonar. En reunión Oncológica se decide realizar Radioterapia lecho tumoral abdominal y Quimioterapia Sistémica Paliativa con buena respuesta clínica, estando actualmente el paciente asintomático.

### VÓLVULO GÁSTRICO RECURRENTE COMO CAUSA DE CUADRO EMÉTICO A REPETICIÓN

*Drs. M. Chang<sup>1,2</sup>, J. Morales<sup>1,2</sup>, L. Sepulveda<sup>1</sup>, J. Arango<sup>1</sup>, A. Quilodrán<sup>1</sup>, Internos J. Hidalgo<sup>1</sup>, H. Silva<sup>1</sup>*

(1) Servicio cirugía Hospital Clínico Herminda Martín (H.C.H.M.), Chillán (2) Universidad Católica de la Santísima Concepción. Facultad de Medicina. (3) Hospital Comunitario EL Carmen.

**Introducción:** Los cuadros eméticos son causa importante de consulta en los servicios de urgencia (S.U.). La mayoría de estos cuadros son por patologías banales y de curso autolimitado. En los casos persistentes se recomienda un estudio escalonado para determinar las causas menos probables de su origen. Dentro de las causas raras de emesis crónica se encuentra el vólvulo gástrico recurrente que usualmente ocurre en relación a una hernia hiatal.

**Objetivos:** Describir el cuadro clínico de un paciente de 69 años que ingresa a nuestro hospital, por cuadro emético de larga data y cuyo estudio reveló un vólvulo gástrico recurrente.

**Materiales y métodos:** Descripción del cuadro clínico y estudios. Revisión bibliográfica.

**Desarrollo:** Paciente sexo masculino, 69 años, antecedentes de HTA. Consulta por cuadro emético recurrente de aproximadamente 2 meses de evolución. Estudio radiográfico revela imagen sugerente de hernia hiatal con vólvulo gástrico que se reduce espontáneamente, estudio dinámico muestra hernia hiatal con contenido gástrico que asciende y desciende espontáneamente. Dado cuadro y compromiso progresivo se decide resolución quirúrgica realizándose hernioplastia diafragmática más funduplicatura de Nissen con buena evolución posterior dándose de alta 13 días postoperado. Estudio ambulatorio revela buena continencia esofágica sin recidiva herniaria.

**Discusión:** La hernia diafragmática puede afectar hasta el 20% de la población, la sintomatología varía de acuerdo al tipo, severidad y patologías asociadas. En los casos más graves estas hernias pueden complicarse, siendo una de las más temidas la estrangulación del contenido abdominal. La

herniación/volvulación recurrente es una forma de presentación inusual. A pesar de su frecuencia, nuestro centro posee poca experiencia en la resolución laparoscópica de éstos casos por lo que se ha preferido la técnica abierta con buenos resultados.

**Conclusion:** A pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos en la hernia hiatal, las complicaciones agudas de esta patología son relativamente frecuentes en nuestros servicios hecho que obliga a los cirujanos digestivos a tener una mayor experticia para ofrecer procedimientos seguros y mínimamente invasivos de acuerdo a la experiencia actual lo cual deberá ser una meta a lograr a corto plazo en los centros regionales de referencia como nuestro hospital.

### ROL DE LA CIRUGÍA PROFILÁCTICA EN LOS CÁNCERES GÁSTRICO Y DE COLON HEREDITARIOS.

*V. Vial<sup>1</sup>, A. Jugó<sup>1</sup>, F. Martabid<sup>1</sup>, R. Sepúlveda<sup>1,2,3</sup>*; Internas 7° año Universidad de Los Andes; 4: Jefe de cirugía HOSMIL

Universidad de los Andes, Santiago, Chile. Hospital Militar de Santiago, Santiago, Chile

**Introducción:** El cáncer es una causa importante de morbimortalidad en todo el mundo, con tasas de mortalidad por sobre el 20%. El 5-10% de ellos tendría una base genética con genes involucrados bien estudiados, permitiendo su manejo a través de cirugía profiláctica y seguimiento. La primera aproximación para la identificación y manejo de los cánceres hereditarios es una acuciosa historia familiar y ante un alto riesgo o diagnóstico clínico, someter al afectado a consejería y test genéticos, con seguimiento y estudio adecuado de sus familiares. A continuación se abordarán el cáncer gástrico y de colon hereditarios.

**Materiales y métodos:**

Se realizó una revisión bibliográfica extensa sobre el tema.

**Resultados:** El Cáncer difuso gástrico hereditario (CDGH) obedece a una mutación del gen CDH1 con penetrancia de 75%, asociado a un 39 % de riesgo de desarrollo de cáncer de mama lobulillar. Se recomienda la gastrectomía total profiláctica en general, pero en pacientes muy jóvenes se podría realizar control endoscópico cada 6- 12 meses. Además se recomienda a las mujeres realizarse una mamografía y RNM anual a partir de los 25 años En cuanto al cáncer colorectal (CCR) Se han identificado alteraciones genéticas en el 5 % de los pacientes. Se relaciona con dos síndromes: poliposis adenomatosa familiar (FAP) y el cáncer colon rectal hereditario no poliposo (HNPCC). El primero responde a una mutación del gen APC con penetrancia del 100%. El manejo definitivo de individuos con la mutación es la colectomía cuando la poliposis es difusa o se encuentra algún pólipo mayor a 1 cm, con histología vellosa o displasia severa. Por su parte el HNPCC se debe a una mutación con transmisión autosómica dominante, con penetrancia de 80% y fuerte asociación a cáncer de endometrio.

A los pacientes que presentan la mutación o historia familiar se realiza screening anual con colonoscopia desde los 20-25 años o 10 años previo al diagnóstico de cáncer en el familiar más joven. El beneficio de la cirugía en comparación con el seguimiento sería menos significativo a medida que avanza la edad prefiriéndose la colectomía subtotal antes que la proctocolectomía, en base a la calidad de vida postquirúrgica.

Discusión: De acuerdo a la penetrancia de la mutación genética, se considera una conducta de rigor realizar cirugía profiláctica a los portadores de mutaciones, CDH1 y APC. Aún existe discrepancia sobre el rol de la colectomía en pacientes asintomáticos con la mutación propia de la HNPCC.

#### CÁNCER GÁSTRICO EN PACIENTE EMBARAZADA. REPORTE DE UN CASO.

*Drs. C. Canales<sup>1</sup>, A. Jiménez<sup>2</sup>, S. Pacheco<sup>3</sup>, M. Santamarina<sup>3</sup>, A. Acevedo<sup>4</sup>*

<sup>1</sup> Cirujano, Servicio de Cirugía, Hospital Dr. Eduardo Pereira.

<sup>2</sup> Residente de Cirugía General, Universidad de Valparaíso.

<sup>3</sup> Radiólogo, Hospital Dr. Eduardo Pereira.

<sup>4</sup> Oncólogo médico, Hospital Carlos Van Buren. Hospital Dr. Eduardo Pereira, Hospital Carlos Van Buren, Universidad de Valparaíso.

Introducción: El diagnóstico del cáncer gástrico durante el embarazo es extremadamente raro, incluso en Japón que tiene las tasas más altas de esta patología se desarrolla en sólo 0,016% de las embarazadas. Generalmente se encuentra avanzado al momento del diagnóstico y el pronóstico generalmente es ominoso.

Caso clínico: Paciente de sexo femenino de 33 años de edad que ingresó a urgencia por cuadro de dolor abdominal de probable origen biliar. En exámenes preoperatorios destacaba hematocrito de 29%. En la anamnesis dirigida se constató baja de peso 21 kg y epigastralgia de 2 meses de evolución. Se solicitó endoscopia digestiva alta que reveló a nivel gástrico extensa lesión ulcerada de bordes duros e irregulares, que se extiende por la curvatura menor hasta el pliegue angular. La biopsia informó carcinoma de células en anillo de sello. Se realizó estudio de etapificación, al TAC se objetivó útero grávido con feto único en su interior, la ecografía transvaginal confirmó feto en gestación de 15 semanas, paciente refería desconocer fecha de última regla. No se evidenció diseminación. Se evaluó paciente en comité de ética y reunión digestivo oncológica. Se decidió tratamiento con quimioterapia neoadyuvante. Inició tratamiento en Agosto de 2011 con Oxiplatino, Fluoracilo y Leucovorina. Endoscopia de control de Octubre de 2011 similar a la anteriormente realizada. En Noviembre del 2011 inició trabajo de parto espontáneo a las 36 semanas de gestación. El recién nacido pesó 3,150 kg y midió 49 cm con apgar 9/9. En Enero del 2012 se realizó Gastrectomía Total + D2 que demostró lesión tumoral de 5x5 cm a nivel de la curvatura menor en cuerpo

gástrico. La biopsia confirmó cáncer gástrico corporal avanzado, Ulcerado Bormann III, tipo carcinoma de células en anillo de sello, que invadía todo el espesor de la pared gástrica y raíz de epiplón menor, sin compromiso de bordes quirúrgicos. Paciente evoluciona favorablemente, siendo dada de alta al séptimo día postoperatorio. Control a 6 meses con TAC sin recidiva locoregional.

Discusión: Se presenta el caso de una paciente embarazada en la cual se diagnosticó cáncer gástrico debido a su epigastralgia persistente, baja de peso y anemia. En nuestro caso tras reuniones con el comité de ética y digestivo oncológica se decidió realizar quimioterapia neoadyuvante con el fin de tratar a la madre en una primera instancia, previo a la cirugía planificada en el periodo postparto.

#### CORRELACIÓN SOSPECHA DIAGNOSTICA DE SD. DE MIRIZZI ERCP V/S RESULTADO QUIRÚRGICO EN SERVICIO DE ENDOSCOPIA DE UN HOSPITAL DE URGENCIA. EXPERIENCIA DE 2 AÑOS

*<sup>1</sup> Claudio Quintana, <sup>2</sup> Elisa Hernández, <sup>3</sup> R. Labbe, <sup>3</sup> J. Morán, <sup>3</sup> J.C. Ayala, <sup>3</sup> Emilio Vera*

<sup>1</sup> Residente Cirugía H. C. San Borja Arriarán – Universidad de Chile Sede Centro, <sup>2</sup> Residente Gastroenterología H.C.S.B.A U. De Chile Sede Centro, <sup>3</sup> Servicio de

Introducción: El Sd. De Mirizzi es una complicación poco frecuente de la colecistitis crónica (entre 0,7 a 1,8% según las series) Que se define como la compresión extrínseca del hepático común por un cálculo en el bacinete o en la bolsa de Hartmann, siendo diagnóstico diferencial del dg sindromático de Ictericia Obstructiva. En el servicio de endoscopia es una pesquisa por ERCP relativamente poco frecuente. Este estudio tiene como objetivo es evaluar la certeza diagnóstica con la sospecha inicial en ERCP v/s el resultado quirúrgico.

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo del registro de ERCP del servicio de endoscopia entre Mayo 2008 y Abril del 2010. Se toman variantes demográficas y características del procedimiento, las que se analizan en planilla Excel 2011 para Mac. Resultados: Se analizaron resultados de las 1081 ERCP realizadas en el servicio en el periodo estudiado. 15 tuvieron como diagnóstico post ERCP de Sd. De Mirizzi. Las edades fluctuaron entre 31 y 96 años. 12 de género femenino, 3 de género masculino. Sólo en 4 se confirmó diagnóstico de Sd. De Mirizzi en el intraoperatorio, 4 con coledocolitiasis, 3 con neoplasia vesicular. En 14 pacientes se instaló endoprotesis.

Conclusiones: El Sd. De Mirizzi como diagnóstico preoperatorio requiere de estudio completo. EL Gold Estándar es con colangioresonancia, pero en el servicio de endoscopia del HUAP, esta es difícil de obtener. Sin embargo la correlación obtenida en este pequeño número pacientes se correlaciona con la literatura, donde es un buen método terapéutico, pero no diagnóstico. Se requiere mayor estudio incluyendo mayor número de pacientes.

**PRÓTESIS METÁLICA AUTOEXPANDIBLE EN EL TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS SECUNDARIA A LA RECIDIVA NEOPLÁSICA DE LA ANASTOMOSIS ESOFAGOYEUINAL.**  
*Drs. AM Gemmato, M Anselmi, N Pérez e Int C Orellana.*

Unidad Docente Asistencial de Cirugía Endoscópica.  
Departamento de Cirugía Facultad de Medicina  
Universidad de Concepción. Hospital Gmo Grant  
B. Concepción

**Introducción :** Las prótesis auto expandibles esofágicas (PAE) tienen como principal indicación la paliación de la disfagia secundaria a un cáncer irresecable del esófago o del cardias. Sin embargo, existe poca experiencia con el uso de este tipo de stents en el tratamiento paliativo de los síntomas derivados de la estenosis de la anastomosis esófago-yeyunal por recidiva neoplásica post gastrectomía total.

**Objetivo:** Se presenta un caso clínico de una paciente sometida a gastrectomía total, quien evolucionó con una recidiva de la neoplasia en la anastomosis esófago-yeyunal y cuya disfagia fue tratada mediante la inserción de una PAE

**Materiales Y Método:** Paciente de 61 años, con una lesión ulcerada subcardial y cuya biopsia fue informada como carcinoma difuso de Lauren. El estudio de diseminación fue negativo. La enferma fue sometida a una gastrectomía total ampliada con anastomosis esófago-yeyunal en Y de Roux. El estudio anatomopatológico concluyó que se trataba de un adenocarcinoma poco diferenciado difuso de Lauren, con profundidad de invasión hasta subserosa, localizado en zona C y cara anterior del estómago. Bordes de resección libres. Al cumplir 16 meses de post operada, consultó por cuadro clínico de 1 mes de evolución caracterizado por disfagia lógica, baja de peso y vómitos post prandiales inmediatos. La endoscopia digestiva alta demostró una lesión estenosante, exofítica de bordes irregulares y de fácil sangrado ubicada a 35 cm. de la arcada dentaria. Las biopsias revelaron una recidiva neoplásica a nivel de la anastomosis esófago-yeyunal. Se decidió efectuar un tratamiento paliativo de la disfagia mediante la inserción de una PAE de 140 mm. x 18 mm. La paciente evolucionó satisfactoriamente, con desaparición de la disfagia, iniciando la alimentación oral con dieta blanda a las 48 horas post inserción. Permaneció sin disfagia y los controles endoscópicos seriados bimensuales demostraron permeabilidad de la prótesis. Un TAC de control efectuado en el mes 17 post inserción, mostró evidencias sugerentes de diseminación. La paciente falleció en su domicilio 20 meses post inserción alimentándose por vía oral hasta el deceso. **Conclusión:** En pacientes con gastrectomía total por cáncer, la inserción de una prótesis auto expandible esofágica puede constituir una alternativa útil para el tratamiento paliativo de la disfagia secundaria a la recidiva neoplásica de la anastomosis esófago-yeyunal.

**REVISIÓN TUMORES GIST 2005-2011 HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO**  
*Drs. M. Häberle<sup>1</sup>, M. Barrá<sup>2</sup>, M. Zambrá<sup>1</sup>, E. Coddou<sup>2</sup>, E. Peña<sup>2</sup>, S. Häberle<sup>2</sup>, J. Lopez<sup>2</sup>, B. Naranjo<sup>2</sup>, F. Rodríguez.*

<sup>2</sup> Cirujano Servicio Cirugía Hospital San Pablo Coquimbo

<sup>1</sup>Residente Cirugía Universidad Católica del Norte Hospital Clínico San Pablo Coquimbo

**Introducción:** Los GIST son los tumores mesenquimáticos más común de del tubo digestivo. Derivan de las células intersticiales de Cajal, responsable de la motilidad del tracto digestivo. Corresponden al 0,2% de los tumores gastrointestinales y al 20-30% de todos los sarcomas de partes blandas. Su es de incidencia 4-10 casos/millón de hab/año. Afecta a hombres y mujeres en similar proporción, con una mediana que oscila entre 55 y 65 años. El objetivo de este trabajo es revisar la experiencia local en los tumores GIST. **Materiales y Métodos:** Revisión de un periodo de 6 años de una serie de casos clínicos retrospectiva, descriptiva de paciente atendidos en servicio de cirugía hospital San Pablo Coquimbo con confirmación anátomo-patológico.

Se analizaron variables demográficas, forma de presentación clínica, ubicación tumoral, tipo de cirugía realizada, estudio anátomo-patológico. **Resultados:** En este periodo se encontraron 9 pacientes con tumores GIST. El promedio de edad 53.5 años, 78% de los casos son mujeres. Se analizó la forma de presentación donde dolor fue un el principal síntoma seguido de dispepsia, HDA y masa abdominal. El diagnóstico fue endoscópico e imagenológico en todos los pacientes portadores de GIST gástrico e I. Grueso. El 67% de los GIST fueron gástrico, y se ubicaron principalmente en el tercio superior y se resolvieron en su mayoría mediante gastectomía parcial o subtotal. En cuanto a los GIST de I. Grueso corresponden a un 11% (2 casos) los que se resolvieron mediante resección abdominoperineal y hemicolectomía derecha. El tamaño tumoral tiene un promedio de 6.5 cms. El 67% de los GIST fueron Maligno. Un paciente presentó linfoma del manto concomitante. Se hizo seguimiento de los pacientes entre 3 y 72 meses. Un paciente recidivo a los 12 meses post operatorio. Hubo mortalidad en un paciente de la serie a los 30 meses post operatorio. **Conclusión:** La serie presentada de casos clínicos es pequeña. Respecto a lo descrito en la literatura la edad promedio de la serie es concordante, pero difiere en cuanto a la distribución de los pacientes por género. La distribución de la ubicación similar a la demostrada en la literatura. Se encontraron mayor cantidad de GIST de comportamiento maligno.

**TUBERCULOSIS PERITONEAL: UNA PATOLOGÍA AÚN PREVALENTE EN CHILE. REPORTE DE UN CASO EN HOSPITAL DR. SÓTERO DEL RÍO.**

*Drs. A. Fülle<sup>1</sup>, T. Álvarez<sup>a</sup>, E. Briceño<sup>1</sup>, L. Calderón<sup>1</sup>*

1. Servicio de cirugía Urgencias. Hospital Dr. Sótero del Río.

a. Interna de Medicina.

Antecedentes: la tuberculosis (TBC) es aún una de las causas más importantes de morbimortalidad mundial. En Chile afecta a 2500 personas anualmente. La incidencia ha disminuido de 42,2/100.000 habitantes en 1990 a 13,2 el 2009. Actualmente se concentra en grupos de tercera edad y estratos socioeconómicos bajos. La localización más frecuente es la pulmonar (69,7%) y la TBC peritoneal representa al 6 a 12% de las formas de TBC extrapulmonar.

Objetivos: Descripción de un caso clínico de TBC peritoneal

Caso clínico: Paciente de sexo femenino de 65 años, antecedente de tabaquismo suspendido y de histerectomía total más ooforectomía bilateral hace 15 años

Consulta por dolor abdominal en flanco derecho y fosa iliaca derecha de 6 meses de evolución, distensión abdominal progresiva y baja de peso, sin fiebre ni alteración del tránsito intestinal. Al examen físico destaca pérdida de masa muscular y ascitis a tensión. Se realiza TAC que muestra ascitis y engrosamiento del peritoneo. Estudio endoscópico alto y bajo sin alteraciones. El estudio del líquido peritoneal muestra una ADA 50 U/L y la baciloscopia no demuestra BAAR. CA-125 de 283 U/ml. Se realiza laparoscopia con biopsia de peritoneo y muestra de líquido peritoneal. La biopsia informa inflamación crónica granulomatosa con células gigantes multinucleadas, tinción Ziehl Nissen (ZN) negativa. En el líquido peritoneal destaca ADA 54 U/L y cultivo positivo para 40 colonias de bacilo de Koch.

Discusión: Es difícil diferenciar clínicamente la TBC peritoneal de una carcinomatosis. Posee sintomatología variada e inespecífica, por lo que es fundamental un alto índice de sospecha. La medición de la actividad de la ADA es un método de alto rendimiento para la detección de la TBC. El CA-125 puede ser útil como marcador evolutivo una vez instaurado el tratamiento antituberculoso. La tinción de ZN posee bajo rendimiento así como el cultivo de la biopsia, por lo que se recomienda complementarlo con técnica de PCR que permite el diagnóstico de la mitad de los casos donde el ZN es negativo.

Conclusión: la TBC peritoneal es una patología que aún se debe considerar en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal asociado a ascitis o síntomas consuntivos. La ADA y el CA-125 son útiles para el diagnóstico y seguimiento y la laparoscopia es una excelente herramienta diagnóstica pues permite tomar muestras de líquido y tejidos para determinar ADA y cultivar el bacilo de Koch.

**EXPERIENCIA DEL HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO EN FUNDOPLICATURA DE NISSEN PARA EL MANEJO DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO.**

*Drs. L. Manríquez, R. Sepulveda, A. Navarrete, C. Onetto, F. Orellana, D. Videla, R. Cárdenas, R. Humeres, M. Guevara, K. Werner, M. Monckeberg, M.J. Conejero.*

Hospital Militar de Santiago. Universidad de Valparaíso. Universidad de los Andes

Introducción: El Reflujo Gastroesofágico (RGE) es una patología prevalente. Se caracteriza por flujo retrogrado anormal del contenido gástrico hacia el esófago produciendo pirosis, regurgitación y epigastralgia, entre otros. Su manejo puede ser médico o quirúrgico. La técnica quirúrgica más utilizada es la Funduplicatura de Nissen, que ha demostrado ser efectiva y segura.

Objetivo: Mostrar la experiencia y resultados del Hospital Militar de Santiago en el manejo del RGE a través de Funduplicatura de Nissen.

Metodología: Revisión retrospectiva de fichas clínicas de los pacientes sometidos a Funduplicatura de Nissen por RGE entre 2006-2012. Se confeccionó una base de datos y el seguimiento se realizó mediante entrevista telefónica.

Resultados: Se operaron 55 pacientes (28 hombres y 27 mujeres) con un promedio de edad de 46,2 años. El IMC promedio fue 27,7 kg/m<sup>2</sup>. El 56,6% de los pacientes presentaban hernia hiatal y el 22,6% tenía Barret en la biopsia endoscópica. Los síntomas preoperatorios eran en el 94,3% pirosis y algún grado de disfagia, el 83% regurgitación, el 75,4% distensión abdominal, 52,8% epigastralgia, 17% vómitos y 9,4% tos. En todos se realizó manometría y pHmetría esofágica preoperatorias. El índice promedio de DeMeester fue 47,8. En la manometría el 100% presentaban buena relajación del EEI y peristaltismo satisfactorio; en 94,3% el EEI se encontraba hipotónico. Se realizó Funduplicatura de Nissen en todos los pacientes, vía laparoscópica en el 88,7% y 11,3% por vía abierta, con un tiempo operatorio promedio de 175,1 minutos y sin conversiones. Dentro de las complicaciones intraoperatorias hubo 1 desgarro esplénico, 1 hematoma de pared gástrica y una perforación gástrica. Dentro de las complicaciones postoperatorias hubo 2 casos de estenosis esofágica que se manejaron con dilatación endoscópica. El seguimiento postoperatorio fue de hasta 6 años y se realizó vía telefónica previo consentimiento de los pacientes. Los pacientes relataron pirosis en 42,7%, regurgitación 26%, disfagia 11,5% y en 7,7% distensión abdominal y epigastralgia. En relación al uso de medicamentos, el 84,9% no utilizaba ningún IBP, el 9,4% logró disminuir la cantidad en comparación con el preoperatorio y solo el 5,7% utilizaban la misma ó más dosis. Se evaluó el grado de satisfacción posterior a la cirugía; el 65,4% relataba un grado de satisfacción excelente, el 15,3% bueno, un 7,7% regular y solo el 11,5% bajo. Conclusión: Nuestros resultados son similares a los descritos en la literatura y demuestran que la técnica

es segura y efectiva, con bajas tasas de complicaciones y buenos resultados.

#### GASTRECTOMIA LAPAROSCÓPICA PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER GÁSTRICO: EXPERIENCIA INICIAL EN EL HOSPITAL EL PINO.

*Drs. J.I. Fernández<sup>1,2</sup>, G. Pinto<sup>2</sup>, F. San Miguel<sup>1,2</sup>, C. Mora<sup>1,2</sup>, Int. M.P. Reichenberger<sup>2</sup>, M.I. Letelier<sup>3</sup>, H. Topf<sup>2</sup>, B. Reyes<sup>2</sup>*  
Hospital El Pino<sup>1</sup>. Universidad Andrés Bello<sup>2</sup>.

**Introducción:** La gastrectomía laparoscópica (GL) para el tratamiento del cáncer gástrico (CG) fue descrita por primera vez en 1994. Inicialmente su aplicación se limitó a la gastrectomía subtotal (GSTL) en CG incipiente. La experiencia acumulada los últimos 10 años ha permitido la incorporación de procedimientos laparoscópicos más complejos, como gastrectomía total (GTL) y disección ganglionar D2. El objetivo de este trabajo es presentar la técnica y resultados quirúrgicos inmediatos de nuestra experiencia inicial en GL para el tratamiento del CG. **Material y Métodos:** Se incluyeron inicialmente en el estudio pacientes con diagnóstico preoperatorio de CG incipiente, que no comprometiera unión gastroesofágica, y que accedieran a ser intervenidos por vía laparoscópica. En ambas técnicas se realiza disección coloepiploica, sección duodenal con stapler, reconstrucción en Y de Roux y disección ganglionar D2. En el caso de la GTL la anastomosis esofagoyeyunal, se realiza en forma manual, con sutura continua de vicryl 3-0 en un plano. En la GSTL la anastomosis gastroyeyunal se realiza con stapler. Al finalizar el procedimiento se realiza prueba de azul de metileno y se instala drenaje adyacente a muñón duodenal y anastomosis proximal. La extracción de la pieza se realiza por una laparotomía de Pfannenstiel de 5cm, en bolsa o con protector de herida operatoria. **Resultados:** Un total de ocho pacientes (seis hombres y dos mujeres) fueron sometidos a GL por CG, con una edad promedio de 62±17 años. Seis pacientes fueron sometidos a GTL y dos pacientes a GSTL. El tiempo operatorio promedio fue de 270±74min. No hubo conversiones a técnica abierta. No se registraron complicaciones quirúrgicas precoces ni mortalidad. Se produjeron complicaciones medicas en 2 pacientes: uno presentó insuficiencia renal crónica reagudizada y otro TEP subsegmentario. Siete de los pacientes iniciaron realimentación entre el segundo y cuarto día postoperatorio; y uno lo hizo al sexto día. La estadía hospitalaria promedio fue de 7.2±3.8 días. En la disección ganglionar se obtuvo un promedio de 30±10 linfonodos. Luego de biopsia diferida cinco casos correspondieron a CG incipiente y tres a CG avanzado. **Conclusión:** La GL para el tratamiento del CG es una técnica reproducible en el ambiente hospitalario público. Los resultados sugieren una corta estadía hospitalaria y baja incidencia de complicaciones quirúrgicas. Se requiere un mayor volumen de pacientes y seguimiento a más largo plazo para establecer la seguridad y eficacia de la

técnica; así como la posibilidad de su incorporación rutinaria en el tratamiento del CG.

#### CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO MÁS HABITUAL. CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS CON CIRUGÍA EXCLUSIVA.

*Drs. O. Lynch, J. Madariaga, C. Aguayo, N. Pérez, G. Astete, P. Vera, M. Retamal, C. Llanos, P. Enriquez*  
Servicio de Pensionado Médico Quirúrgico, Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente de Concepción, Instituto de Patología Concepción.

**Introducción:** El cáncer gástrico en Chile es primera causa de muerte por cáncer, su tratamiento es la cirugía con real posibilidad de curación en etapa incipiente (T1). Lo normal es que los pacientes se presenten en estadios avanzados obscureciendo su pronóstico (T2, T3, T4); lo anterior ha permitido el desarrollo de terapias adyuvantes que, en nuestra realidad están en etapa de evaluación.

**Objetivo:** Definir la forma más frecuente de cáncer gástrico en nuestra experiencia; caracterizarlo y entregar resultados con cirugía exclusiva, permitiendo referencias para el uso de terapias adyuvantes. **Materiales y métodos:** Pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico por Carcinoma gástrico entre 1984 y 2011. Total 222 pacientes, reclasificación según TNM 7ª edición año 2010 para cáncer gástrico. De acuerdo a profundidad (T) se define el grupo de mayor frecuencia de presentación. Se estudian variables demográficas, características anatomopatológicas y resultados inmediatos. Para el cálculo de sobrevida se excluye pacientes tratados con terapia adyuvante, se aplica método Kaplan Meyer y significancia estadística por Log Rank. **Resultados:** Del total de 222 pacientes, 90 (41%) corresponden a T4a, objetivo de nuestro estudio. Hombres 60, mujeres 30, Promedio de edad: 62 años.

Gastrectomías totales 56 pacientes (25,2%), Gastrectomía sub total distal 34 (15,3%). Localización: C 43, M 25, A 22. Clasificación: Borrmann BI 7 (3,1%), BII 27 (12,2%), BIII 41 (18,5%), BIV 10 (4,5%) y BV (4,5%). Clasificación Laurén: intestina 44 (19,8%), Difuso 39 (17,6%), Mixtos 6 (2,7%) Adenoescamosos 1 (0,4%). Compromiso ganglionar: (+) N=73 (32,9%), (-) N=17 (7,7%). Estadios: IIB=15 (6,8%), IIIA=18 (8,1%), IIIB=25 (11,3%), IIIC=27 (12,2%) y IV=5 (2,3%). **Resultados operatorios:** Complicaciones: Se complicaron 18 pacientes, causa médica 9, quirúrgicas 9. Fallecidos N= 1 (0,4%) IAM. Estadía hospitalaria: Promedio 15 días. Terapia Adyuvante: 11 pacientes radioterapia con Quimioterapia de sensibilización.

**Sobrevida a 5 años por estadios:** N=79 pacientes. Estadio IV (M1) =5 sobrevida a 5 años= 0, Estadio IIB (N=13) sobrevida = 5 (38,5%), IIIA (N=18) sobrevida 11 (61,1%), IIIB (N=20) sobrevida 8 (40,0%), IIIC (N=23) sobrevida 3 (13,0%). Pacientes M0 (Estadio IIB, IIIA, IIIB, IIIC) N=74 Sobrevida global 27 (36,5%).



Conclusiones: El cáncer gástrico más frecuentemente tratado, en nuestra experiencia, es seroso (T4a) y se acompaña en un 80% de compromiso ganglionar. Los resultados obtenidos con cirugía exclusiva permiten una referencial útil y necesaria al momento de planificar terapias adyuvantes.

#### CÁNCER GASTROESOFÁGICO: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

*Drs. C. García, J. Zamarín, C. Benavides, P. Rebolledo, J. Riquelme, I. Cañete, H. Cid, C. Esperguel.*

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

Introducción: El Cáncer Gastroesofágico (CGE) muestra tasas crecientes de incidencia en occidente. El tratamiento quirúrgico continúa siendo controversial en aspectos tales como vía de abordaje quirúrgico, extensión de la linfadenectomía, clasificación macroscópica y adyuvancia. Objetivo: Mostrar la experiencia en el manejo quirúrgico del CGE en cuanto a resultados de morbi-mortalidad y supervivencia a largo plazo. Materiales y método: Análisis de la base de datos prospectiva de Cáncer Gástrico durante el periodo entre enero 1996 y diciembre 2011. Se describen variables demográficas, localización, anatomía patológica, cirugía realizada, morbi-mortalidad y supervivencia a largo plazo. Resultados: El compromiso de la unión Gastroesofágica estuvo presente en 183 pacientes. Sin embargo, sólo en 95 casos se realizó una cirugía con intención curativa y el resto fue sometido a derivación o procedimiento de estadificación. Promedio de edad 61,17 (rango 26-86), predominio hombres (75/95). Lesiones tipo Siewert I:12,6%, tipo II:15,7%, Tipo III: 71%. Lesiones incipientes 7/95. Cirugías realizadas: Esofagogastrectomías 16%, Gastrectomías totales 85%. El abordaje de lesiones tipo I de Siewert fue en la mayoría de los casos transhiatal, en cambio las lesiones tipo II y III fueron resecadas mediante una gastrectomía total y resección de esófago abdominal. El compromiso linfonodal locoregional estuvo presente en el 75,7% de los casos. Mortalidad perioperatoria: 8%. Supervivencia global a 5 años 43%. Promedio supervivencia no resecados 5,1 meses. Conclusiones: El CGE tiene peor pronóstico que el CG no gastroesofágico. Los resultados en lesiones incipientes son comparables a los obtenidos en incipientes no GE. Por lo tanto la conducta debe ir dirigida a la pesquisa de lesiones incipientes en pacientes de riesgo elevado como son los portadores de esófago de Barrett.

#### HERNIA DIAFRAGMÁTICA DERECHA CONGENITA EN ADULTO. REPORTE DE UN CASO

*Drs. C. ALVAREZ, B. SANHUEZA, I. RUIZ.*  
Servicio de Cirugía Complejo Asistencial Barros Luco. Departamento de Cirugía USACH.

Introducción: la hernia diafragmática derecha (HDD) es una entidad rara, más aún sin antecedentes de trauma. En la literatura médica hay menos de una docena de casos descritos.

Objetivos: reportamos el caso de una mujer adulta con una HDD sin historia de traumatismo en el tórax y con claros antecedentes de haber sido estudiada a meses de nacida por una hernia diafragmática derecha que nunca se trató. Mostramos las imágenes de la Rx, la TC, la RM y el intraoperatorio. Para la revisión de la literatura se hizo una búsqueda en El Catálogo Bello, PubMed y Scielo sin restricción de tiempo ni idioma.

Reporte Del Caso: mujer de 51 años que consulta por tos crónica y disnea de una semana de evolución que asocia a infección respiratoria alta. Se toma Rx de tórax y posteriormente TC de tórax que muestra imagen compatible en la Rx con tu basal derecho y posteriormente en la TC con una HDD, que contenía la vesícula biliar y parte del hígado. Se realizó RM de tórax para caracterizar mejor el defecto. Se completa estudio preoperatorio. Es intervenida por toracotomía, realizando confirmación del diagnóstico, reducción y reparación del defecto con malla de polipropileno. A un año de operada la paciente está asintomática y con TC de control que no evidencia recidiva.

Discusión: la HD congénita ocurre en uno de 4000 nacidos vivos, algunas HD de Bochdalek, habitualmente izquierdas se pueden encontrar en adultos, la presentación de un caso como el nuestro, de una mujer adulta con la vesícula biliar en el tórax es una rareza y no encontramos casos descritos como este en Chile. Fue tratada como recomienda la literatura para las HD crónicas en principio por toracotomía, debido a las adherencias esperables de un proceso como este. El resultado fue exitoso y el seguimiento hasta ahora no ha mostrado recidiva. Conclusiones: la HDD es una rareza en adultos. A pesar de ello debe ser diagnóstico diferencial del dolor torácico y la disnea, asociado a una opacidad en la Rx no característica. La TC y la RM de tórax ayudan al diagnóstico y a planificar el mejor tratamiento quirúrgico. La toracotomía es la cirugía de elección.

#### REPORTE DE TRES CASOS DE PÓLIPOS DE LAS GLÁNDULAS FÚNDICAS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

*Drs. N. Zepeda, C. Barría, Als N. Covarrubias, P. Contreras, P. Zepeda.*  
Universidad Católica del Norte.

Introducción: Los pólipos de las glándulas fúndicas (FGP) son uno de los tipos más comunes de pólipos

gástricos, generalmente clasificados como no neoplásicos. Por lo general, se limitan al cuerpo y fondo gástrico. Se descubren incidentalmente en la endoscopia y suelen ser asintomáticos. Representan el 50-77% de todos los pólipos gástricos y se encuentran en hasta el 1,9% de la población general. FGP tienen características endoscópicas e histológicas típicas. Endoscópicamente son generalmente sésiles, semejante a la mucosa circundante y con frecuencia presentan pequeños vasos sanguíneos de la superficie, son habitualmente menores de 5 mm y pueden superponerse entre ellos, conformando en algunos casos lesiones de más de 20 mm de diámetro. Histológicamente se caracterizan por una dilatación quística de las glándulas fúndicas revestidas por células parietales y principales. Los PGF pueden aparecer en formas esporádicas o asociados a síndrome de poliposis adenomatosa familiar (PAF). Se ha descrito su asociación al tratamiento continuado con inhibidores de la bomba de protones (IBP) y la presencia de displasia es muy rara.

**Objetivos:** Dar a conocer a la comunidad de cirujanos la aparición de esta modalidad de pólipos poco frecuentes asociados al uso de IBP cuyo tratamiento a pesar del aspecto invasivo/ generalizado de las lesiones, por el momento es de manejo Conservador. **Métodos:** Se presentan 3 casos clínicos de consultas espontáneas a la unidad de endoscopia. Se realiza EDA y biopsia, registrando las siguientes variables: edad, sexo y uso de fármacos.

**Resultados:** Se pesquizaron 3 casos clínicos cuyas biopsias informan poliposis glandular fúndica. **Conclusión:** La historia natural de los PGF no se ha dilucidado por completo, una actitud adecuada sería la polipectomía de los pólipos mayores para su análisis histopatológico y la retirada de los IBP (en caso de estarlos utilizando) por su posible asociación. La degeneración displásica es rara. El seguimiento endoscópico no está claramente establecido. Así como tampoco está establecida la resección quirúrgica parcial o completa del estómago.

ÚLCERA PÉPTICA PERFORADA, REVISIÓN DE CASOS CLÍNICOS DURANTE LOS ÚLTIMOS 8 AÑOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE. *Dr. J. Rojas C, Int. C. Dominguez, Int. M. Pruzzo. Hospital Clínico Universidad de Chile.*

El propósito de este trabajo es evaluar las características clínicas de la úlcera péptica perforada. Se revisaron retrospectivamente las fichas clínicas de 44 pacientes ingresados al Hospital Clínico de la Universidad de Chile con diagnóstico de úlcera péptica perforada durante los años 2004 hasta 2012. La edad promedio fue 47.7 años (16-94 años), siendo el 65.9% de ellos hombres. En el 43.2% de los casos el diagnóstico de úlcera perforada o abdomen agudo fue realizado durante la primera consulta. Los síntomas más frecuentes fueron dolor abdominal, de inicio súbito 65.9%, o difuso 56.8%, caracter

rente 54.5%, con una intensidad EVA 8.8 (DS 1.7). El 59% se asoció a náuseas o vómitos, 18.4% se presentó con un cuadro de hematemesis o melena y 9% con un síndrome ulceroso. Estos síntomas presentaron un promedio de duración de 8.5 días, el 69.1% de la serie se logró identificar un cambio en el patrón o intensidad de los síntomas, estos tardaron 14.9 horas en consultar al servicio de urgencias luego de percibir dicho cambio. En el examen físico efectuado el 81.8% presentó dolor a la palpación epigástrica, signos de irritación peritoneal 56.8%, ruidos hidroaéreos disminuidos 45.5%, timpanismo a la percusión abdominal 43.1%, abdomen en tabla 27.2%, resistencia muscular aumentada 18.1% y el 4.5% se presentaron con signos de shock.

El 61.4% de los pacientes fue admitido bajo el diagnóstico de úlcera péptica perforada, 31.8% por abdomen agudo, 2.3% peritonitis y 4.5% como dolor abdominal en estudio. El 77.3% de estos diagnósticos fueron clínicos con apoyo imagenológico. Al analizar el score de Boey, el 54.5% de los pacientes tuvo 0 puntos, 36.4% tuvo 1 punto, 9.1% 2 puntos y 0% 3 puntos.

En el 91.9% de la serie se efectuó una intervención quirúrgica como manejo terapéutico inicial, de estos el 75% se intervino con abordaje abdominal abierto, el 25% restante se intervino bajo técnica laparoscópica con una tasa de conversión a cirugía abierta del 2.5%.

La ubicación más frecuente de la perforación fue la duodenal 56.8%, le sigue la peripilórica 29.5%, gástrica 11.4% y yeyuno 2.3%. La intervención que se realizó con mayor frecuencia fue el cierre primario de la perforación en un 90% de la serie. En el 10% restante se realizó una gastrectomía subtotal. La mortalidad postoperatoria de la serie fue de 5%, una morbilidad de 20% y la tasa de reintervención del 10%.

“SEGUIMIENTO A 2 AÑOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE UNA EXTRAÑA COMPLICACIÓN FISTULOSA DE LA GASTROYEYUNOANASTOMOSIS. REPORTE DE UN CASO”

*JP Cisternas<sup>1</sup>, V Toro<sup>2</sup>, J Jimenez<sup>3</sup>, JC Justiniano<sup>1</sup>, M Bustamante<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía, Hospital Del Salvador; <sup>2</sup>Interno Medicina; <sup>3</sup>Residente Cirugía, sede oriente, Universidad de Chile.

**Introducción:** Una rara y tardía complicación de la gastrectomía reconstruida con gastroyeyunostomía es la fistula gastroyeyunocolónica (FGYC). La presentación clínica es muy variada, principalmente relacionada a síntomas y signos de malnutrición o lenteria. El enfoque terapéutico aún no está muy definido, debido a que las series de casos son casi inexistentes. A continuación presentamos el resultado a largo plazo del tratamiento quirúrgico de esta extraña complicación.

Caso clínico: Hombre de 51 años, antecedentes de hace 30 años sufre trauma abdominal con sección total de la cuarta porción duodenal, reparada con anastomosis termino-terminal y gastroyeyunoanastomosis. Hace dos años reconsultó por desnutrición, asociada a diarrea litérica precoz y baja de peso. Su estudio imagenológico más la exploración quirúrgica revelaron la presencia de un trayecto fistuloso gastroyeyunocolónico, se decidió resolución quirúrgica realizando una fistulectomía en bloque y reconstrucción con cierre primario de la curvatura mayor del estomago, anastomosis yeyuno-yeyunal y colostomía transversa terminal. Evolucionó en buenas condiciones, siendo dado de alta tras 45 días post-operado. Tras dos años de evolución el paciente es controlado ambulatoriamente, sin complicaciones. Se decide reconstrucción de tránsito intestinal, donde se re-exploró evidenciando indemnidad de la sutura de la cámara gástrica y de la anastomosis intestinal, sin signos de reformación de trayectos fistulosos.

Discusión: La FGYC puede generarse a partir de una gastroenterostomía simple o cirugía por patología péptica realizada inadecuadamente, pudiendo desarrollarse una úlcera de la anastomosis. Esta úlcera desencadena inflamación y erosión hacia el colon vecino, estableciendo un trayecto fistuloso que comunica estomago, yeyuno y colon. No existe una estrategia estandarizada para la corrección de esta complicación, pero parece haber consenso que el enfrentamiento quirúrgico sería el único capaz de solucionar esta patología. De las técnicas descritas, la resección en bloque realizada en este caso, no solo ayuda a reconstituir el tránsito, sino que también ayuda a prevenir la formación de nuevas lesiones ulcerosas, pues elimina la comunicación directa del paso del contenido ácido estomacal al yeyuno. De ésta forma la probabilidad de recurrencia es muy baja. El caso clínico descrito debido a la re-exploración para reconstitución, nos dio la posibilidad de evaluar de mejor manera el tratamiento ofrecido hace dos años y estamos en mejor pie para apoyar este enfoque terapéutico.

## Poster: CIRUGIA VASCULAR

---

PSEUDOANEURISMA DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA PROTÉSICA, REPORTE DE UN CASO.

*Drs. F. Silva<sup>1</sup>, C. Cartes<sup>2</sup>, H. Silva<sup>3</sup>.*

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Herminda Martín, Chillán. <sup>2</sup>Médico Cirujano EDF, Universidad Católica de Sma. Concepción <sup>3</sup>Interno de Medicina, Universidad Católica de la Sma. Concepción.

**Introducción:** La fistula arteriovenosa protésica para hemodiálisis es, de acuerdo a la literatura, el 5% aproximadamente del total de las fistulas. Las fistulas arteriovenosas protésicas más frecuentes son las braquioaxilares. Los pseudoaneurismas son la tercera causa de complicación (2-10%), por detrás de la obstrucción por hiperplasia intimal (20%) e infección (10-12%).

Lo que produce el pseudoaneurisma es la punción repetida en un punto de la prótesis, hasta generar el defecto en la pared de la prótesis. Si ésta se rompe puede generar una emergencia.

**Objetivo:** Presentar un caso clínico frente a su enfoque diagnóstico, evaluar métodos de estudio y manejo.

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

**Caso clínico:** Paciente de sexo femenino de 48 años con antecedentes de Lupus Eritematoso Sistémico, Insuficiencia Renal en Hemodiálisis y portadora de fistula de material protésico de politetrafluoroetileno (PTFE) hace 3 años.

Es derivada desde Centro de Diálisis por Infección de Prótesis de fistula arterio-venosa a Urgencias del Hospital Herminda Martín de Chillán, se hospitaliza el 14/06/12 con igual diagnóstico. Se realiza nueva evaluación y frente a cuadro clínico de lesión violácea, pulsátil sin signos de infección evidente se sospecha pseudoaneurisma, solicitándose AngioTAC que posteriormente confirma diagnóstico. Dado que no se logra derivar a Centro de Referencia con Cirujano Vascular y ante rotura inminente, se decide el 15/06/12 ligar PTFE encontrándose defecto en la prótesis de 7 mm. Se instala vía venosa tunelizada para hemodiálisis.

**Discusión:** Siendo el pseudoaneurisma protésico una complicación factible de presentarse ésta pudiese ser reparada, pero requiere de un diagnóstico oportuno y un servicio con implementación médica necesaria para intentar repararse. Cabe destacar lo trascendental de la sospecha clínica, con respecto al diagnóstico diferencial, ya que si no se pesquiza a tiempo o se da un tratamiento inadecuado puede convertirse en una emergencia.

PSEUDOANEURISMA CAROTÍDEO POST TRAUMA PENETRANTE CERVICAL. REPORTE DE UN CASO CON RESOLUCIÓN ENDOVASCULAR

*Drs. M. Chang<sup>1,2</sup>, R. Sanchez<sup>2</sup>, C. Torres<sup>3</sup>, Internos P. Ferrada<sup>2</sup>, J. Hidalgo<sup>2</sup>, H. Silva<sup>2</sup>*

(1) Servicio cirugía Hospital Clínico Herminda Martín (H.C.H.M.), Chillán (2) Universidad Católica de la Santísima Concepción. Facultad de Medicina. (3) Unidad de medicina cardiovascular integrada Hospital Higuera (H.H.) Talcahuano

**Introducción:** El tratamiento endovascular de las lesiones vasculares ha revolucionado el tratamiento de los pseudoaneurismas arteriales incluso en aquellas lesiones poco frecuentes como los pseudoaneurismas carotídeos. Estas lesiones, mayormente secundarias a trauma, presentan una alta tasa de complicaciones por lo que su manejo se hace prioritario frente al diagnóstico, existiendo actualmente una creciente experiencia en el tratamiento mínimamente invasivo de éstas.

**Objetivos:** Describir el cuadro clínico de un paciente de 23 años que evoluciona con pseudoaneurisma carotídeo post trauma penetrante cervical. **Materiales y métodos:** Descripción del cuadro clínico y estudios. Revisión bibliográfica.

**Desarrollo:** Paciente masculino de 23 años, reo. Sufre agresión con arma blanca en zona II izquierda ingresando con hematoma expansivo cervical que requirió exploración cervical inmediata. Se realizó hemostasia conforme de elementos vasculares con evolución postoperatoria satisfactoria. Control al mes revela clínicamente pseudoaneurisma carotídeo. AngioTAC muestra dos pseudoaneurismas 2 cm. de previo a la bifurcación carotídea por lo que se deriva a la unidad de medicina cardiovascular integrada del H.H. donde se realiza angioplastia intraluminal con Stent autoexpandible con control completo de ambas lesiones. Eco doppler control a los dos meses se encuentra normal. Se mantiene con antiagregantes plaquetarios.

**Discusión:** Los traumas penetrantes cervicales usualmente provocarán lesiones en estructuras vitales que requerirán manejo quirúrgico inmediato. Con los avances en cirugía endovascular se ha demostrado un claro beneficio en pacientes seleccionados y se ha posicionado a esta técnica en la primera línea de tratamiento de los pseudoaneurismas, siendo segura y efectiva.

**Conclusion:** A pesar de la escasa experiencia en manejo endovascular en trauma en nuestra región, cada día existen más argumentos para instaurarla en la primera línea de tratamiento en pacientes estables además de ser un sólido pilar de apoyo en pacientes con lesiones de muy difícil acceso teniendo un futuro muy prometedor y exigiendo a los centros de referencia contar con un recurso hasta ahora escaso.

ESTENOSIS VENA BRAQUIOCEFÁLICA DERECHA, MANEJO ENDOVASCULAR: REPORTE DE UN CASO.

*Drs. J. Vergara<sup>1</sup>; F. Acuña<sup>2</sup>; M. Raffó<sup>2</sup>; C. Pinto<sup>3</sup>; P. Huerta P<sup>2</sup>; S. Valenzuela<sup>2</sup>; G. Victoriano<sup>2</sup>*  
Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Campus Sur

Servicio de Cirugía del Hospital Barros Luco Trudeau. Unidad de Cirugía Vascular  
Becado Cirugía General Hospital Barros Luco Trudeau

La estenosis venosa central corresponde a la disminución de lumen de más del 50% de la vena cava superior, del tronco braquiocefálico y de la vena subclavia. La estenosis del tronco braquiocefálico corresponde a la ubicación más infrecuente, presentándose en menos del 1% del total de los casos. Su etiología es variable presentándose principalmente como complicación de la instalación de catéteres venosos centrales en pacientes en hemodiálisis tanto por daño endotelial directo como por aumento de la presión venosa. La sintomatología característica corresponde a edema, dolor y circulación colateral venosa de la extremidad ipsilateral llegando incluso a la trombosis de FAV. El manejo endovascular mediante angioplastia con y sin stent se encuentra ampliamente validado por la literatura médica internacional con su baja tasa de complicaciones. Se presenta el caso clínico de un paciente de 69 años con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis desde el 2008, dializándose por FAV proximal derecha, que presenta clínica característica de estenosis venosa central asociado a disfunción de FAV durante las diálisis. La confirmación de la estenosis del tronco braquiocefálico derecho se realiza mediante angioTAC demostrando lesión de 90% de dicho vaso. Se realiza manejo mediante angioplastia por la FAV con instalación de stent durante el mismo procedimiento. Evolución favorablemente con rápida disminución del edema y de la circulación colateral de la extremidad presentando posteriormente adecuado flujo de la FAV durante diálisis.

Palabras claves: complicación catéter venoso central, estenosis tronco braquiocefálico, manejo endovascular, stent venoso.

ANEURISMAS MÚLTIPLES EN PACIENTE CON HÁBITO MARFANOIDE: MANEJO QUIRÚRGICO

*Drs. J. Vergara, C. Hermansen, A. Iglesias, V. Rodríguez, D. Hernández, M. Raffó, F. Acuña.*  
Servicio de Cirugía Hospital Barros Luco Trudeau, Campus Sur, Universidad de Chile.

Introducción: Los aneurismas arteriales tienen múltiples etiologías siendo frecuentemente asociado a aterosclerosis en pacientes mayores de 60 años. Entre otras causas descritas se encuentran desórdenes del tejido conectivo como Síndrome de Marfán. Los aneurismas más frecuentes corresponden a los de aorta abdominal, asociándose en aproximadamente 3% a aneurismas periféricos siendo el poplíteo el más común (aprox. 70%).

Se destaca la sincronía de los aneurismas cuando se presenta alguno periférico; por ejemplo, en pacientes con aneurismas poplíteos diagnosticados, 50% son bilaterales y 70% tiene además un aneurisma aortoiliaco y aproximadamente 25% se asocia a aneurisma femoral.

Se presenta un caso clínico de paciente con aneurismas múltiples y probable Síndrome de Marfán.

Historia: Paciente sexo masculino de 57 años de edad, tabáquico crónico sin otros antecedentes mórbidos de importancia, consulta en extrasistema por cuadro de 24hrs de dolor súbito, parestesias, frialdad y cianosis de extremidad inferior derecha. Se interpreta como isquemia aguda irreversible sometiéndose a amputación supracondílea. Evoluciona con infección de herida operatoria que se maneja con múltiples aseos quirúrgicos y curaciones.

Estudio imagenológico con AngioTAC tórax, abdomen y pelvis revela disección aórtica tipo B asociado a aneurisma aorta abdominal (AAA) infrarenal de 11cm de diámetro no trombosado, aneurisma ileofemoral bilateral con signos de rotura a derecha.

Con estos hallazgos es derivado a nuestro centro. Al examen físico destacan rasgos marfanoides tales como: hiperlaxitud, contextura longilínea, pectum excavatum, pie plano, enoftalmos, retrognatia e hipoplasia malar. Se complementa estudio con ecografía que evidencia aneurisma poplíteo izquierdo, por lo que se realizan en distintos tiempos: ligadura de vasos femorales derechos de urgencia, reparación abierta de AAA e iliofemoral izquierdos con prótesis de polipropileno y finalmente By Pass femoro poplíteo distal izquierdo con exclusión de aneurisma poplíteo.

Paciente evoluciona favorablemente siendo dado de alta luego de 3 meses de hospitalización.

Conclusión: La presencia de aneurismas múltiples es perentorio buscarlo en pacientes con aneurismas periféricos. En este caso su debut clínico fue una complicación que concluyó en una amputación de necesidad. Destaca la importancia del estudio global de los pacientes con sospecha de síndrome de Marfán para un tratamiento anticipado.

LESIÓN DE VASOS SUBCLAVIOS TRAS HERIDA PENETRANTE TORACICA, PRESENTACION DE UN CASO.

*Drs. G. Arriagada<sup>1</sup>, S. Pacheco<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Cirujano, Unidad de Emergencia Adultos, Hospital Carlos Van Buren, Universidad de Valparaíso.

<sup>2</sup> Residente de Cirugía General, Universidad de Valparaíso.

Unidad de Emergencia Adultos, Hospital Carlos Van Buren, Universidad de Valparaíso.

Introducción: Las lesiones de los vasos subclavios son poco frecuentes. Aproximadamente un 3% de las heridas penetrantes de cuello y tórax se acompañan de lesiones de estos vasos. La mortalidad para las lesiones arteriales es de 20 a 30%, las venosas es de 45% y cuando las lesiones son combinadas es de 50%.

Caso clínico: Paciente de sexo masculino de 24 años de edad, sin antecedentes mórbidos. Ingresa a la unidad de emergencia tras haber recibido una herida cortopunzante supraclavicular derecha con arma blanca 4 horas antes. Al ingreso se encontraba hipotenso y taquicárdico, pero tuvo buena respuesta a la volemiación, al examen físico se aprecia herida con hemorragia activa y hematoma expansivo. Se realiza AngioTAC que mostró lesión de ambos vasos subclavios derechos, debido a este cuadro clínico ingresó a pabellón. Se realizó abordaje a través de esternotomía media con extensión supraclavicular derecha, desinsertando clavícula del manubrio esternal. En el ingreso se evidenció hemotórax derecho de 1500 cc. Se identificó lesión en cara posterior de arteria subclavia de un 30% de su circunferencia en tercio distal que se repara con punto corrido de Prolene, la vena subclavia presentaba lesión en cara posterior de un 50% de su circunferencia en tercio distal, la que se repara con el mismo material. Se instalaron drenajes en espacio pleural derecho y alrededor de vasos subclavios. Durante la cirugía requirió transfusión de glóbulos rojos y plasma fresco congelado. Con post operatorio en UCI, requirió vasoactivos en las primeras 48 horas, extubado al tercer día sin incidentes. Evolucionó con buena perfusión de extremidad superior derecha, AngioTAC de control no mostró alteraciones significativas. Fue dado de alta en el día 14 de su post operatorio.

Discusión: Las lesiones de los vasos subclavios son poco frecuentes e implican un gran reto quirúrgico debido a la compleja anatomía local y a la dificultad para la exposición de la lesión, por lo tanto un correcto abordaje quirúrgico es vital. La gran mortalidad que presentan este tipo de lesiones se debe a la rápida exanguinación que producen, por lo que la atención precoz y el tratamiento oportuno son claves para la sobrevivencia.

**EXPERIENCIA INICIAL EN TERAPIA ENDOVASCULAR EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SAN JOSÉ**  
*Drs. A. Reyes<sup>(1)</sup>, M. Pavez<sup>(2)</sup>, F. Castillo<sup>(1)</sup>, JP Fuenzalida<sup>(1)</sup>, JL Calderón<sup>(1)</sup>, JP Barros<sup>(2)</sup>.*  
(1)Cirujano Vascular Hospital San José, (2)Residente Cirugía Hospital San José.  
Complejo Hospitalario San José

Introducción: Las técnicas endovasculares son una herramienta muy útil para el diagnóstico y tratamiento en las diferentes patologías vasculares. Esto tiene gran validez y aceptación tanto a nivel local como internacional. La posibilidad de realizar tratamiento de patología vascular periférica a través de procedimientos mínimamente invasivos es una práctica que requiere personal altamente entrenado y tecnología de costos no despreciables. Desde noviembre de 2011 el Hospital San José cuenta con el personal y tecnología adecuados para realizar tanto estudios diagnósticos como terapéuticos en patología vascular periférica. El objetivo de este trabajo es dar a conocer la experiencia en procedimientos terapéuticos endovasculares realizada en los primeros seis meses de funcionamiento.

Material y Método: el presente estudio es una serie de casos de pacientes que han recibido terapia endovascular por patología arterial y/o venosa en el servicio de cirugía del Hospital San José durante un período de seis meses, comprendido entre noviembre de 2011 y mayo de 2012. Se incluyeron todos los pacientes que recibieron tratamiento endovascular en dicho período. La información fue recolectada a través de la base de datos de la unidad de hemodinamia del Hospital San José. Todos los procedimientos se realizaron con el equipo de angiografía de Siemens® Artis See Ceiling y se utilizó Visipaque y Omnipaque como medios de contraste.

Resultado: Durante el período analizado se realizaron en total 20 angiografías diagnósticas y 10 procedimientos terapéuticos endovasculares. De éstos dos correspondieron a angioplastia de arteria femoral, una angioplastia de arteria tibial anterior, tres angioplastias con stent de arteria iliaca, una angioplastia con stent de arteria subclavia, un filtro de vena cava, un kissing balón con stent y un procedimiento TEVAR (*Thoracic Endovascular Aortic Repair*).

Conclusión: El incorporar la cirugía endovascular al manejo terapéutico de pacientes con enfermedades vasculares periféricas en un hospital público de gran demanda asistencial como el Hospital San José es un gran avance y un beneficio directo para los usuarios del área norte de Santiago. La evaluación de la relación costo-beneficio entre el paciente y la institución prestadora que incorpora estas técnicas como parte de la canasta de prestaciones es un tema ya evaluado en otros centros asistenciales y se analizará localmente en un estudio posterior. Por último, es importante mencionar que la realización de este tipo de procedimientos endovasculares disminuye la brecha previamente existente de los estándares actuales en cirugía vascular entre nuestro hospital y lo realizado en el medio local e internacional.

**GANGRENA SECA, COMO DESENLACE FINAL DEL SÍNDROME DE ISQUEMIA CRÓNICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.**

*Drs. R. Berner<sup>1</sup>, T. Álvarez, G. Trepal.*  
1Unidad de Emergencia Adulto. Servicio de Cirugía. Hospital Sótero del Río).

Antecedentes: El Síndrome de Isquemia Crónica (SIC) consiste en el conjunto de síntomas y signos derivados de la obstrucción arterial, con disminución del flujo de forma lenta y progresiva. Sin duda, la causa más frecuente en las extremidades es la aterosclerosis. Afecta con más frecuencia a los varones, y su mayor incidencia se observa en la sexta y séptima décadas de la vida.

Objetivos: Describir a través de la presentación de un caso clínico el manejo y alcance terapéutico en etapas avanzadas del Síndrome de Isquemia Crónica. Caso clínico: Paciente de sexo femenino de 90 años, con antecedentes de hipertensión arterial y artritis reumatoide. Hábito tabáquico crónico suspendido.

Postrada hace seis meses y usuaria de gastrostomía tras quedar secuestrada por accidente cerebrovascular. Es traída por familiar a la Unidad de Emergencia Adulto del Hospital Sótero del Río por presentar desde hace varias semanas coloración negruzca de pierna y pie izquierdo. Al ingreso la paciente se encuentra eupneica, normotensa y afebril. Al examen físico destaca fascie caquética, palidez de piel y mucosas, deshidratación moderada, pérdida notable de masa muscular, y extremidades inferiores en gatillo. La pierna izquierda presenta una coloración pardonegruzca, de aspecto seco, acartonado y momificado que se extiende desde distal hasta región infracondilea. La pierna derecha, presenta cambios cromáticos y tróficos de la piel, con exposición tendinosa y ósea en región maleolar lateral, calcánea y dorsolateral del pie, sin signos de infección ni olor pútrido. A la palpación de ambas extremidades inferiores impresionan pulsos: pedio, tibial posterior y poplíteo negativos, pulso femoral positivo disminuido. Clasificación Clínica de Fontaine: grado IV. El estudio de laboratorio destaca: hematocrito 21.8%, hemoglobina 6.8 gr/L, leucocitos 21.3 miles/uL, proteína C reactiva 140.3 mg/L y albúmina 1.9 gr/dL. La paciente se hospitaliza con indicación de manejo conservador y tratamiento paliativo previa conversación con familiar y Comité de Ética. Se constata fallecimiento a los dos días.

Discusión: El SIC es una consecuencia de la enfermedad arterial periférica de origen arteriosclerótico y se ve favorecido por la presencia de factores de riesgo cardiovasculares, como: tabaquismo, hiperlipidemia, diabetes mellitus, hipertensión arterial y sexo masculino. Se localiza en un 90% en extremidades inferiores, y el síntoma más característico es la claudicación intermitente, siendo el principal motivo de consulta. La gangrena seca es un estadio final, irreversible, de la extremidad afectada, que no se debe confundir con la gangrena húmeda, la cual se suele instaurar progresivamente en la mayoría de los casos en el Síndrome de Isquemia Aguda.

Conclusión: Cuando no es posible la revascularización arterial, por presentar lesiones isquémicas irreversibles y no subsidiarias de amputación, el médico cirujano debe usar los recursos disponibles a su alcance para mejorar la calidad de vida del paciente hasta el final de sus días.

**ACCIDENTE CEREBROVASCULAR POR ESTENOSIS CAROTIDEA SECUNDARIO A KINKING. ACERCA DE UN CASO CLÍNICO**  
*Drs. J.P.Hurtado<sup>1</sup>, W. Yankovic<sup>2</sup>, M. Valenzuela<sup>3</sup>, C. Encina<sup>4</sup>, C. Moyano<sup>5</sup>, J. Rojas<sup>6</sup>, G. Castro<sup>7</sup>, D. Estay<sup>8</sup>, P. Arratia<sup>9</sup>, Nelson Aros<sup>3</sup>, Macarena Bassó<sup>1</sup>*  
1 Equipo Cirugía Vascular HSJD - 2 Becados Servicio de Cirugía - 3 Capacitante Cirugía Servicio De Cirugía, Hospital San Juan De Dios.

Introducción: Los kinkings y elongaciones carotídeas son entidades relativamente poco frecuentes y de

incierta repercusión clínica. Su incidencia en las diferentes series necrópsicas se cifra entre el 5-8% de la población. Donde sí existe cierta unanimidad es en considerarlos como factores de riesgo trombogénicos tras cirugía carotídea, dados los gradientes de presión que ocasionan las diferentes angulaciones. La asociación de lesiones arterioscleróticas susceptibles de ser corregidas quirúrgicamente y kinkings se cifra entre el 3-15%.  
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. Caso Clínico: Paciente G.V.R de 65 años, sexo femenino, con antecedentes de HTA de regular control que ingresa al servicio de urgencia por cuadro de horas de evolución de compromiso cuantitativo y cualitativo de conciencia asociado a disartria y hemiparesia fasciobraquiocrural derecha. Hospitalizado con diagnóstico presuntivo de accidente vascular en evolución se ingresa para estudio y manejo de patología. En servicio de medicina interna con ausencia de foco embólico probable, se pesquisa masa pulsátil cervical derecha asociado a frémito y soplo. Evaluado por cirugía vascular, llama la atención recuperación de sintomatología de paciente con regresión parcial de focalidad neurológica, con masa pulsátil ya descrita asociado además a otra masa cervical pulsátil pero de lado izquierdo. Se sospecha aneurisma carotídeo y se solicita AngioTAC de cuello, el cual muestra como hallazgo ambas carótidas comunes con escotadura (Kink) importante mayor en lado izquierdo. Dado hallazgo y repercusión clínica de este se realiza evaluación preoperatoria. Llevado a cirugía se realiza resección carotídea parcial izquierda con anastomosis término terminal. Paciente con buena evolución posterior sin signos de focalidad neurológica post quirúrgica, sin signos de complicación local es dada de alta a la semana postoperatoria. Se planifica similar cirugía pero de carótida contralateral cuarenta días después, realizando similar procedimiento sin complicaciones post quirúrgicas. Actualmente paciente completamente asintomática. AngioTAC de Cuello de control normal.

Discusión: Es importante considerar a los kinkings carotídeos como un factor de riesgo de trombosis y, por tanto, de ACV. Esto se debe a los cambios hemodinámicos secundario a la angulación y que pueden facilitar la aparición de trombosis así como también la ausencia total de flujo del hemisferio ipsilateral afectado.

**TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE UN ANEURISMA HEPÁTICO ROTO DE ORIGEN TUBERCULOSO. REPORTE DE UN CASO**  
*Drs. G. Seguel<sup>1</sup>, F. Alegría<sup>2</sup>, M. Santamarina<sup>3</sup>*  
Hospital Eduardo Pereira, Equipo de Cirugía Vascular

Los aneurismas viscerales son infrecuentes. Predominan en tronco celiaco y sus ramas. La prevalencia varía con la localización, los más frecuentes son de la arteria esplénica variando de 0.1 a 100/1.000 habitantes. Los del tronco celiaco son menos frecuentes (0.13/1.000 habitantes). Las causas son aterosclerosis, fibrodisplasia, degeneración de la capa media, trauma, colagenopatías e infecciones, como la tuberculosis. Los aneurismas tuberculosos predominan en la aorta y son infrecuentes en sus ramas, siendo la arteria hepática la más comprometida. La etiopatogenia se da en el contexto de una tuberculosis miliar o una diseminación primaria desde la pared vascular. El diagnóstico se basa en la presencia de isquemia (trombosis, embolia) y rotura arterial (mortalidad hasta 10%), e imagenología vascular. El tratamiento puede ser abierto, efectuando ligadura arterial con o sin reconstrucción vascular, o endovascular, con embolización utilizando coils, pegamentos o stents cubiertos.

El caso corresponde a una mujer de 59 años con hipertensión arterial compensada. Ingres a la Unidad de Urgencias del Hospital Carlos Van Buren por un cuadro de dolor en hipocondrio derecho y vómitos, sospechando una colecistitis aguda, hemodinámicamente estable y sin respuesta inflamatoria sistémica. La ecoscopia abdominal pesquió una imagen compleja sólido-quística en el segmento V del hígado, corroborada con Tomografía axial computada con contraste endovenoso de abdomen, asociado a signos de hematoma subcapsular y hemoperitoneo mínimo. Previo al traslado a la Unidad de Cuidados Intermedios, presenta un cuadro de shock hipovolémico, realizando laparotomía exploradora, encontrando un hemoperitoneo de 2.500 cc y un hematoma subcapsular hepático extenso. Se efectuó un packing hepático, aseo peritoneal y laparostomía contenida. Requirió múltiples transfusiones y apoyo ventilatorio, con una evolución favorable. Se cierra la pared abdominal a las 72 horas, sin sangrado activo. Se decide angiografía, efectuando aortografía y angiografía selectiva de tronco celiaco, mesentérica superior, renales y hepática, mostrando en una rama medial de la arteria hepática derecha una masa hipercaptante sugerente de aneurisma, tratándose con embolización con coil de 3 mm por 5 cm, sin otros hallazgos patológicos. El AngioTC de control evidenció regresión de las lesiones primarias, con otros aneurismas en arterias hepática izquierda y gastroduodenal, asociado a adenopatías mediastínicas. La biopsia informó linfadenitis granulomatosa tuberculosa, efectuándose el tratamiento correspondiente, con regresión de las lesiones en la imagenología vascular.

Los aneurismas viscerales de origen tuberculoso son infrecuentes, pero deben pesquisarse y tratarse lo más pronto posible para disminuir el riesgo de rotura y la elevada mortalidad.

## LESIONES VASCULARES ASOCIADAS A CATÉTER DE HEMODIÁLISIS

*Drs. S. Hugo Dr. M. Cubelli Dr. A. Arancibia*  
Servicio de Cirugía, Complejo Asistencial Sótero del Río

Pseudoaneurismas son lesiones adquiridas, provocadas por la rotura de la pared arterial, que dan lugar a la formación de un hematoma extravascular que comunica libremente con la pared del vaso, contenida por los tejidos blandos adyacentes.

Los pseudoaneurismas iatrogénicos más frecuentes son los secundarios a complicaciones de un cateterismo. Es por esto que hemos querido presentar tres casos en los que fue necesaria una reparación quirúrgica.

Paciente varón de 73 años en diálisis crónica, se retira catéter tunelizado por sospecha de infección, con requerimientos de diálisis de urgencia, se instala catéter venoso central de hemodiálisis, accidentalmente en carótida derecha, se retira y presenta un hematoma expansivo, con compresión de vía aérea y paro respiratorio, requiere reanimación y pabellón de urgencia, se explora vasos cervicales y se realiza arteriorrafia.

Paciente varón de 70 años ingresa por shock séptico a UCI, con indicación de diálisis de urgencia con altos requerimientos de drogas vasoactivas, se instala catéter venoso central de hemodiálisis, que se refluye inmediatamente, se decide conectar a línea arterial objetivándose curva de presión arterial, se ubica en arteria carótida derecha, dado inestabilidad de paciente se decide dejar in situ y llevar a pabellón una vez estabilizado, posteriormente se realiza arteriorrafia.

Paciente Varón de 64 años ingresa a UCI por Guillian Barre se instala catéter venoso de diálisis en femoral derecha, para realizar plasmaferesis, al retiro de este presenta hemorragia y un gran hematoma del muslo, se realiza compresión local que no da resultado, se realiza angiotac, que muestra lesión arteria femoral superficial, se explora y realiza arteriorrafia. Las complicaciones derivadas de la cateterización de un acceso venoso central aparecen entre el 0,5-20% de casos, si bien suelen ser complicaciones menores. Se ha estimado que la punción arterial accidental sucede en aproximadamente el 20%, produciendo la mayoría de las veces un hematoma local. Cabe destacar que con ayuda ecográfica este porcentaje de punciones arteriales es prácticamente nulo. Los pseudoaneurismas de grandes vasos son una rara complicación de los cateterismos venosos. La formación del pseudoaneurisma se produciría lentamente debido a la laceración de la pared de la arteria.

El aumento de procedimientos intervencionistas y cateterismos realizados por diferentes especialistas, intensivistas, cardiólogos y radiólogos, ha llevado a un aumento de las complicaciones asociadas a estos procedimientos, por lo que, tanto para el cirujano general y vascular es importantísimo conocer, para realizar un correcto diagnóstico y tratamiento adecuado al tipo de lesión que se presentan.



## MANEJO ENDOVASCULAR DE COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS

*Drs. S. Hugo Dr. M. Cubelli*

Servicio de Cirugía, Complejo Asistencial Sótero del Río

Los pseudoaneurismas son lesiones adquiridas, provocadas por la rotura de la pared arterial, que dan lugar a la formación de un hematoma extravascular que comunica libremente con la pared del vaso, contenida por los tejidos blandos adyacentes.

El manejo de elección en este tipo de lesiones se realizaba quirúrgicamente, con mayor probabilidad de sangrado. En la actualidad el manejo endovascular es de elección en pacientes seleccionados. Se presentan dos casos.

Paciente varón de 70 años, que se realizó biopsia hepática con marcación ecográfica, cursa con shock hipovolémico, se realiza laparotomía exploradora, hemoperitoneo de 2 litros, se realiza hepatografía, se logra detener sangrado por sitio de punción, ingresa UCI, al tercer día, presenta episodio de hipotensión, se realiza TAC de abdomen que objetiva hematoma subcapsular hepático, se realiza angiografía y paciente presenta fuga de contraste por rama de arteria hepática derecha, se decide realizar embolización con coils, regresa a UCI, se estabiliza y no requiere otras intervenciones quirúrgicas.

Paciente varón, de 55 años que ingresa de urgencia por cuadro de íleo mecánico por bridas, se objetiva isquemia intestinal por torsión asa, se realiza resección intestinal, con anastomosis terminal, segundo día postoperatorio, presenta hemorragia digestiva baja masiva con compromiso hemodinámico ingresando a UCI, se realiza angio tac confirma hemorragia activa de íleon terminal, se realiza angiografía. Se detecta pseudoaneurisma rama arteria mesentérica superior, se realiza embolización con microgránulos, paciente regresa a UCI, no presenta nuevos episodios de hemorragia digestiva.

Los criterios para la reparación quirúrgica han sido la presencia de un hematoma en expansión, hemorragia incoercible o que provocaba inestabilidad hemodinámica, pseudoaneurisma de tamaño superior a los 4 cm de diámetro, o la presencia de isquemia aguda de la extremidad.

Las causas de los pseudoaneurismas pueden ser múltiples, y la elección en el manejo depende de la etiología, la localización, la morfología, el tamaño y el riesgo de rotura, así como de la condición clínica de cada paciente; el éxito del procedimiento radica en la adecuada selección del caso. El manejo endovascular de éstos, se puede dividir en dos categorías: la embolización con diversos materiales, o la colocación de una endoprotésis. Con estos métodos el resultado obtenido es la exclusión circulatoria. Al ser intervenciones mínimamente invasivas, con menores tiempos de duración, ambos métodos conllevan una recuperación más rápida. Con el incremento en el uso de nuevas técnicas endovasculares diferentes series demuestran disminución en la morbilidad y la mortalidad en estos casos.

## TROMBO AORTA ABDOMINAL A PROPÓSITO DE UN CASO

*Drs. S. Hugo Dr. L. Calderon Dr. C. Pereira*

Servicio de Cirugía, Complejo Asistencial Sótero del Río

La isquemia mesentérica se define como un déficit circulatorio (total o parcial) con respecto a los requerimientos intestinales. Corresponde a una entidad subdiagnosticada, pues sólo es posible reconocerla cuando debuta catastróficamente como infarto, o cuando el clínico sospecha su presencia ante una historia de dolor abdominal crónico y progresivo. Únicamente el diagnóstico precoz logrará mejorar el pronóstico, pero aún la mortalidad es cercana a 70%.

La embolia arterial mesentérica es resultado de trombos que viajan por la circulación esplácnica, generalmente, originados en el corazón (fibrilación auricular, valvulopatías, prótesis valvulares, endocarditis con vegetaciones, miocardiopatías dilatadas, IAM reciente), y menos frecuentemente en la aorta (placas ateroscleróticas). La ausencia de arritmia al momento del examen no descarta esta posibilidad, y se debe plantear en todo caso de dolor abdominal súbito. Los síntomas y signos atribuibles son dolor abdominal agudo (88-95%), vómitos (75-82%), diarrea (57-70%), embolia previa (33-48%), signos peritoneales de ingreso (17%).

Se presenta el reporte de un caso, que llego a nuestro servicio de urgencias.

Paciente varón de 65 años consulta en servicio de urgencia, por cuadro de dolor abdominal difuso, constante, de varios días de evolución, que se intensifica con las comidas, asociado a vómitos y con antecedente de fibrilación auricular, se decide realizar TAC de abdomen y pelvis, que como único hallazgo se visualiza imagen en aorta abdominal que ocupa casi todo su lumen a nivel del nacimiento de la arteria mesentérica superior, se decide laparotomía exploradora, se realiza aortotomía, y se extrae trombo de 3cm x 2cm, se coloca parche y cierre, al primer día post operatorio paciente no presenta sintomatología, actualmente sin complicaciones a los 12 meses de seguimiento. La trombosis arterial mesentérica deriva de una patología aterosclerótica crónica que compromete muchos territorios, entre ellos el mesentérico superior. Coexiste con enfermedad aterosclerótica carotídea, coronaria, renal y de extremidades inferiores, con los mismos factores de riesgo conocidos, como son hipertensión arterial crónica, tabaquismo, dislipidemia y diabetes, entre otros. La placa ateromatosa obstruye progresivamente el lumen, hasta ocluirlo, sin embargo, antes del infarto intestinal existiría historia de dolor abdominal recurrente tipo angina intestinal y baja de peso en un 50%. En otros casos, una placa no oclusiva sufre un accidente, con ulceración y rápida trombosis, produciendo un evento oclusivo agudo, sin gran historia previa. Es de vital importancia tener en cuenta este diagnostico ya que la sospecha temprana es lo único que puede disminuir la mortalidad.

## ANEURISMA DE ARTERIA PERONÉA: MANEJO ENDOVASCULAR. REPORTE DE UN CASO.

*Drs. A. Navarrete, J. Marín, E. Schwartz, R. Olguín.*  
Departamento de Enfermedades Cardiovasculares.  
Servicio Cirugía Vascular Hospital Militar de Santiago. Universidad de Valparaíso.

**Introducción:** El Aneurisma de la arteria peronéa es una patología poco frecuente. Existen algunos casos publicados en la literatura internacional pero no existen reportes nacionales. Su principal causa son los traumatismos penetrantes, pero también se han descrito casos secundarios a trombectomías con sonda de Fogarty. El manejo clásico por muchos años ha sido la cirugía abierta, a través de la ligadura de la arteria peronéa o la reparación con safena. En los últimos años se ha iniciado el uso de la cirugía endovascular como una buena opción y con buenos resultados.

**Objetivo:** Dar a conocer el caso de un paciente con un aneurisma de la arteria peronéa de origen traumático que se presentó en nuestro centro y que se maneja en forma endovascular.

**Caso Clínico:** Paciente hombre de 20 años, sin antecedentes mórbidos. Consulta en el Servicio Urgencia del Hospital Militar por herida cortante con vidrio en tercio distal pierna derecha que fue suturada en otro centro. Paciente relata dolor en el tercio distal de la pierna derecha, destacando al examen físico frémito y soplo en la zona traumática. Dado estos antecedentes se decide solicitar ecotomografía doppler que muestra lesión sugerente de aneurisma del tercio distal de arteria peronéa derecha de 3,6 x 3,1 cm en la zona de herida cortante. Dado hallazgos se complementa estudio con AngioTAC extremidades evidenciando aneurisma de 3,2 cm diámetro mayor rodeado por hematoma de moderada cuantía. Se decide realizar manejo endovascular de la lesión. Se logra llegar hasta la arteria peronéa derecha a través de microcateter demostrando con contraste ubicación del aneurisma en tercio distal. Se procede a embolización de arteria peronéa en el inicio del aneurisma con microcoil de 4 mm x 2 mm sin incidentes obteniéndose embolización completa de la arteria y desaparición del aneurisma. Posterior a eso paciente evoluciona en forma favorable, con desaparición del soplo, siendo dado de alta a las 48 horas después del procedimiento.

**Conclusión:** El manejo endovascular de los aneurismas secundarios a traumatismos esta descrito en la literatura. Es un procedimiento mínimamente invasivo, que ha demostrado ser seguro, eficaz y con buenos resultados tanto desde el punto de vista quirúrgico como en la satisfacción del paciente. Además con este tipo de manejo se evitan las complicaciones de la cirugía abierta como son las secuelas de lesiones de estructuras nerviosas.

EXPERIENCIA DE MANEJO ENDOVASCULAR EN PACIENTES CON ISQUEMIA CRÍTICA DE EXTREMIDADES INFERIORES HOSPITAL BARROS LUCO T.  
*Drs. J. Vergara<sup>1,2</sup>, G. Victoriano<sup>1,2</sup>, S. Valenzuela<sup>1,2</sup>, M. Ralfo<sup>2</sup>, F. Acuña<sup>2</sup>, C. Pinto, P. Huerta<sup>2</sup>, V. Gedda<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup> Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Campus Sur.

<sup>2</sup> Servicio de Cirugía del Hospital Barros Luco Trudeau, Unidad de Cirugía Vascular.

**Introducción:** La isquemia crítica de la extremidad inferior es una condición en la enfermedad arterial oclusiva crónica que pone en riesgo la vitalidad de la extremidad y por ende alta posibilidad de su pérdida. Siendo ésta una indicación de revascularización, en los últimos años la angioplastia transluminal percutánea ha tenido un gran avance ofreciendo una alternativa terapéutica efectiva en este tipo de pacientes.

**Objetivo :** Evaluar la evolución clínica de los pacientes con isquemia crítica sometidos a angioplastia endoluminal percutánea.

**Material y método:** Estudio descriptivo que incluye 20 extremidades en 20 pacientes con isquemia crítica de extremidad inferior por patología infra inguinal desde mayo 2009 a julio del 2011 en el Hospital Barros Luco con seguimiento cercano a los 12 meses post procedimiento.

**Resultados :** Fueron realizados 20 PTA (20 pacientes) adicionando a 11 casos (55%) instalación de stent. 65% hombres, 35% mujeres, con un promedio de edad de 68,9. 95% de los pacientes eran hipertensos, 70% diabéticos y 70% con hábitos de tabaquismo crónico. El segmento arterial más comprometido fue el aortoiliaco en el 45% de los casos. En el 50% de los casos se requirió intervención complementaria siendo la amputación digital la más frecuente con 8 casos. Durante el procedimiento se registro una sola complicación, hematoma (5%). Éxito técnico se logró en el 100% de los casos y clínico en el 90%. El rescate de la extremidad al año se logró en el 90% de los casos. De los pacientes que presentaban dolor de reposo a su ingreso (17), 64% cedió durante el año de seguimiento. De los que presentaban lesión trófica distal (9), 22% cicatrizaron al mes y 55% cicatrizaron durante los 3 meses de seguimiento. De 6 pacientes que presentaban dolor de reposo asociado a lesión trófica, 2 (33%) requirió amputación mayor en menos de 30 días. La mortalidad en este grupo durante el seguimiento fue de 5%, en un solo caso al tercer mes de seguimiento de causa no atribuible al procedimiento.

**Conclusión:** La Angioplastia con o sin stent es un procedimiento seguro, de baja morbimortalidad que garantiza una mejoría clínica importante en pacientes con isquemia crítica de extremidades inferiores. Palabras Clave: Angioplastia percutánea transluminal, manejo endovascular, isquemia crítica.

**SÍNDROME DEL OPÉRCULO TORÁCICO VASCULAR POR FUSIÓN DE PRIMERA COSTILLA COSTAL IZQUIERDA RUDIMENTARIA Y SEGUNDA COSTILLA. REPORTE DE UN CASO.**

*Drs. A. Chavez (1), A. Ordenes (2), M. Santamarina (3).*

(1) Cirujano vascular periférico. Hospital Naval Almirante Nef.

(2) Becado cirugía, Universidad de Valparaíso, Hospital Naval Almirante Nef.

(3) Médico Radiólogo. Hospital Naval Almirante Nef.

Hospital Naval Almirante Nef. Viña del Mar

**Introducción:** El síndrome del opérculo torácico corresponde a la constelación de síntomas y signos neurovasculares por la compresión de estos elementos por estructuras localizadas en el área constituida por la columna, la primera costilla y el esternón, retro claviculares. Se divide en tipo neurogénico 95%, venoso 3% y arterial 1%. Dentro de las causas orgánicas aproximadamente 45% son por alteración en la inserción del músculo escaleno, 10% tienen un músculo escaleno supernumerario, entre 8 - 10% tienen una costilla cervical o bandas fibrocartilaginosas cervicales que se unen a la primera costilla torácica y por último a lesiones traumáticas. Otras anomalías óseas como etiología son infrecuentes, dentro de las cuales se describen la primera costilla bífida, clavícula bífida y fusión de la primera y segunda costillas como las principales. Esta última a sido reportada con una incidencia del 0,3% en estudios radiográficos.

**Objetivo:** Describir la presentación clínica de un caso de opérculo torácico vascular por fusión de primera y segunda costillas izquierdas, con primera costilla rudimentaria.

**Descripción del caso:** Paciente mujer de 47 años, sin antecedentes mórbidos, con antecedentes de dolor y frialdad de brazo izquierdo desde diciembre del 2010, operada en febrero del 2011 por trombosis arterial aguda de arteria subclavia izquierda, tratada con éxito mediante trombectomía humeral. Se indica tratamiento anticoagulante postoperatorio. Es controlada por cirugía vascular en octubre 2011 donde se realiza estudio angiográfico observando trombosis cubital en todo su trayecto y pinzamiento arteria subclavia a nivel del opérculo torácico con la abducción de la extremidad. Angiotomografía computada revela primera costilla rudimentaria con fusión en el tercio medio de la segunda costilla costal izquierda, zona en la cual cabalga arteria subclavia con estreches de su lumen. Electromiografía resulta normal. Estudio de trombofilia negativo. Se realiza resección quirúrgica de primera costilla izquierda por vía axilar en noviembre del 2011. Evoluciona con pequeño hematoma local extrapleurar, con hipoestesia cubital y dolor cervical que se resuelven con manejo farmacológico. Biopsia informa segmento de arco costal bífido dentro de límites normales. Paciente evoluciona favorablemente sin tratamiento anticoagulante post quirúrgico. **Conclusiones:** El síndrome de opérculo torácico vascular, con trombosis subclavia, debido a fusión de la primera costilla costal rudimentaria y segunda costilla izquierda representa cuadro clínico de muy baja frecuencia corregible con cirugía resectiva costal.

**NUEVA RUTA PARA BYPASS FEMORO PERONEO: REPORTE DE UNA CASO**  
*Drs. A. Reyes, G. Silva, F. Castillo J. Coronado, J.L. Calderón, R. Díaz, A. Contreras.*

Universidad de Santiago de Chile, Servicio de Cirugía Vascular, Complejo Hospitalario San José.

**Introducción:** Si bien sólo el 5-10% de los pacientes con EAO tiene isquemia crítica del miembro inferior, es en este estadio de la enfermedad donde el riesgo de pérdida del miembro inferior es más alto (1). El uso de la arteria peronea como vaso receptor en la revascularización arterial del miembro es cuestionada en el salvataje del miembro y plantean que la exposición quirúrgica de esta arteria es más difícil que la de otros vasos tibiales. Sin embargo, puede ser la única arteria permeable en pacientes diabéticos con arteriopatía avanzada de las arterias infrapatelares.

**Caso Clínico.-**

Paciente de 74 años diabética, hipertensa, con dislipidemia mixta ingresa por SU por necrosis húmeda de 3er orjejo.

Se realiza amputación de 3er orjejo en el postoperatorio la herida presenta bordes isquémicos. El EVNI muestra EAO infrapopliteo derecho, ITB 0.6/0.8

**Angiografía:** Enfermedad Aorto iliaca leve, oclusión de Arteria Femoral superficial, ausencia de vasos tibiales anterior y posterior

Basados en el artículo del Vascular Surgery Journal (2), para proporcionar una vía anatómica más corta en ausencia de longitud suficiente de vena safena mayor, el injerto se pasa desde el muslo entre los compartimentos musculares sin penetrar en las fibras musculares.

**Técnica Quirúrgica:** Se realizó una incisión longitudinal en la cara medial del muslo, el segmento de entrada fue expuesto a través de una disección roma de los compartimentos musculares (a partir de la media lateral del muslo, se ingresa en el hiato del aductor, pasando entre el tendón del aductor mayor y semimembranoso a nivel poplíteo, saliendo lateralmente entre el vasto lateral y bíceps femoral, y continuar por debajo de la capa subcutánea sobre la cabeza del peroné hasta llegar al sitio de la arteria tibial anterior proximal. Durante este procedimiento, se hizo una tercera incisión en la región lateral del muslo, realizando la tunelización en dos etapas. Se decide realizar la variante de la técnica presentada, ya que la arteria peronea era la única no ocluida a nivel distal y la vena safena mayor es un sustituto arterial duradero y versátil con resultados excelentes a largo plazo a nivel infrapopliteo, incluso injertos ectópicos o los injertos venosos compuestos son generalmente inferiores.(3)

## Poster: COLOPROCTOLOGÍA

**TITULO:** ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG COMPLICADO EN PACIENTE EMBARAZADA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

*Drs. L. Rendón<sup>1</sup>; A. Rendón<sup>2</sup>; J. De La Rosa<sup>3</sup>.*

<sup>1</sup> Residente Asistencial del Servicio Cirugía del Hospital IVSS Uyapar. Puerto Ordaz.

<sup>2</sup> Residente del 2° año del Servicio de Cirugía del Hospital IVSS "Dr. Raúl Leoni Otero".

<sup>3</sup> Adjunto del Servicio de Cirugía del Hospital IVSS Uyapar. Puerto Ordaz.

Hospital IVSS "Dr. Raúl Leoni Otero". San Felix, Estado Bolívar. Venezuela

**Objetivo:** Exponer la experiencia en el manejo de la Enfermedad de Hirschsprung y sus complicaciones.

**Ambiente:** Servicio de Cirugía General en conjunto Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital IVSS "Dr. Raúl Leoni Otero". San Félix.

**Métodos:** Revisión de la historia médica. Se efectúa revisión bibliográfica de la entidad clínica. **Resultados:** Se presenta el caso de una paciente femenina de 21 años de edad, II gesta, I Para con Embarazo de 25 semanas por BF, con diagnóstico a los 3 años de edad de Enfermedad de Hirschsprung, quien presenta abdomen agudo quirúrgico obstructivo. Es intervenida quirúrgicamente, encontrándose como hallazgo un megacolon toxico largo. Se procedió a realizar colectomía total más confección de ileostomía. Se realiza eco abdominal posoperatorio con bienestar materno fetal. **Conclusiones:** La enfermedad de Hirschsprung es una patología congénita. Al realizar el diagnóstico el tratamiento debe hacerse inmediatamente. La complicación más temida es el megacolon toxico. La incidencia en pacientes embarazadas con la enfermedad es muy poco frecuente.

**Palabras Claves:** Enfermedad de Hirschsprung. Colectomía Total. Megacolon Toxico

**Bibliografía:**

- 1) Alstead E. M. Inflammatory bowel disease in pregnancy. *Postgrad Med J* 2002; 78: 23-26.
- 2) Eduardo Reyna-Villasmil. Enfermedad de Hirschsprung complicada con perforación colónica durante el embarazo. Caso clínico *Rev Obstet Ginecol Venez* v.65 n.2 Caracas jun. 2005

**SISTEMA 3D ALTA DEFINICIÓN PARA RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE RECTO. UNA EXPERIENCIA INICIAL.**

*Gino Caselli M<sup>1,2</sup>, Misael Ocares U<sup>1,2</sup>, Claudio Benavides Y, Claudio Zúñiga T, Felipe Solís H, Felipe Martín Q.*

<sup>1</sup>Equipo De Coloproctología, Servicio De Cirugía, Hospital Clínico Regional Guillermo Grant Benavente De Concepcion.

<sup>2</sup>Departamento De Cirugía, Facultad De Medicina, Universidad De Concepción

**Introducción:** Los sistemas comunes de video para la cirugía laparoscópica entregan al cirujano una imagen bidimensional (2D), donde la información de la profundidad deriva de claves espaciales así como de la experiencia quirúrgica. Los sistemas 3D otorgan ventajas respecto a 2D, ya que la percepción estereoscópica de profundidad y orientación espacial es mejor. La visión 2D dispone de una óptica y procesador, mientras que con el sistema tridimensional, las imágenes son captadas por dos ópticas, pasando a procesadores diferentes que se remiten a un mezclador de imágenes. El resultado de esta superposición de imágenes se visualiza a través de los anteojos en monitores del pabellón. A diferencia de las imágenes conseguidas en 3D hace años, la nueva tecnología HD mejora sustancialmente la calidad proyectada, logrando minimizar errores y el tiempo operatorio.

**Objetivos:** Evaluar la experiencia de una serie inicial y sus resultados inmediatos con el uso de un sistema 3D HD en dos casos de resección anterior baja de recto.

**Pacientes y métodos:** El sistema utilizado para la visualización fue un procesador Viking 3D HD Vision System. Se analizaron parámetros demográficos, tiempo de cirugía y sangrado intraoperatorio, recuperación de tránsito, complicaciones postoperatorias y estadía hospitalaria. Además se evaluó parámetros subjetivos como la percepción e identificación de estructuras. **Resultados:** Dos pacientes portadores de adenocarcinomas de recto a 5 y 9 cm del margen anal. Sólo uno de ellos fue sometido a terapia neoadyuvante (pT3N1Mx). La edad promedio fue de 72 años (71-73). La clasificación de ASA fue de I y II e IMC de 22.4±2 Kg/mt<sup>2</sup>. El tiempo quirúrgico medio de 105 minutos (100-110). El sangrado intraoperatorio fue de 82±21 mL. No hubo conversión. La recuperación del tránsito fue de 2 días, con una estadía de 5 días y sin complicaciones para ambos pacientes. Respecto a los parámetros subjetivos, los movimientos realizados por el cirujano fueron catalogados como más fáciles, con una mejor percepción de la profundidad y sin alteraciones visuales.

**Conclusiones:** El sistema 3D HD para la cirugía laparoscópica de recto es factible de utilizar, con el potencial de disminuir el tiempo operatorio y sangrado, así como mejorar la calidad de la visión y percepción de estructuras. A pesar que la visualización 3D es un factor contribuyente para la realización de procedimientos menos invasivos, las publicaciones comparativas con 2D muestran resultados contradictorios, por lo que estudios comparativos propios y una curva mayor de aprendizaje se hacen necesarios para evaluar su beneficio.

**PÓLIPO RECURRENTE DE RECTO: USO DE COAGULACIÓN CON PLASMA ARGÓN.**  
*Drs. G. Campaña, Internos S. Morales, J. Pinochet*  
Clínica INDISA, Universidad Andrés Bello.

**Introducción:** Los pólipos colorectales son una entidad muy prevalente en la población. Se ha demostrado una secuencia adenoma-carcinoma en más del 90% del los carcinomas colorectales (CCR), cuya incidencia y mortalidad disminuye con la polipectomía.

La recurrencia de un pólipo colónico de tipo adenomatoso es inusual y la terapia adyuvante de Coagulación con Plasma Argón (CPA) ha mostrado una disminución de esta.

**Materiales y métodos:** Paciente de 54 años, de sexo masculino sin antecedentes mórbidos relevantes, con historia de alteración de tránsito intestinal asociado a pujo y mucosidad en deposiciones. Se realiza colonoscopia que muestra pólipo sénil de 4 cm de base con histología que muestra adenoma túbulo-veloso; se evidencian además dos pólipos diminutos en sigma y ciego. Se decide resección quirúrgica por vía anal y seguimiento colonoscópico seriado. Debido a la sucesiva recurrencia se intenta terapia definitiva asociando a la resección la CPA. **Resultados:** Se realizó polipectomía por vía anal con bordes quirúrgicos negativos para lesión informado por biopsia. El seguimiento se hizo mediante colonoscopia a los 3, 6, 9 y 12 meses. En todos ellos se evidenció recurrencia del pólipo, realizando en cada control una polipectomía. Luego de un año de seguimiento se decide polipectomía asociado a CPA por abordaje anal, el procedimiento se realiza sin incidentes y sin complicaciones al mes de seguimiento.

**Discusión:** El método de elección para la polipectomía es la colonoscopia, exceptuando lesiones con base amplia donde se prefiere el abordaje quirúrgico.

La tasa de recurrencia de un pólipo es de un 20% y existen factores predisponentes que debieran ser evaluados antes de definir la terapia. Se ha reportado una disminución de ésta con la técnica de CPA como terapia coadyuvante la cual además ha demostrado ser segura y con menor tasa de complicaciones.

**Conclusiones:** La observación de un pólipo a la colonoscopia obliga a su resección para descartar un adenoma colónico y a explorar la presencia de otros pólipos en el resto del colon.

Frente a un pólipo con características sugerentes de recidiva, se justifica una conducta inicial más agresiva asociando a la Polipectomía técnicas como la CPA.

**CARCINOMA DE MARGEN Y CANAL ANAL EN TEJIDO HEMORROIDAL. ESTUDIO RETROSPECTIVO**

*Drs. C. Hermansen R., D. Hernández, A. Iglesias, L. Zapata, I. Sepúlveda, S. Iglesias, M. García, G. Guzmán, C. Hermansen T.*

Servicio de Cirugía Hospital Barros Luco Trudeau, Universidad de Chile, Campus Sur.

**Introducción:** Aproximadamente un 4% de la población sufre de enfermedad hemorroidal, de estas un 5% requiere de cirugía resectiva en cualquiera de sus tipos. La enfermedad hemorroidal no se

relaciona con cáncer anal o rectal. Se ha discutido la necesidad de realizar estudio anatómo patológico (AP) de los plexos hemorroidales resecaados. Se realiza una revisión retrospectiva de biopsias a hemorroidectomías resectivas cerradas realizadas en el servicio de cirugía del Hospital Barros Luco Trudeau (SCHBLT).

**Objetivo:** Evaluar la necesidad de solicitar biopsia de rutina a todos los pacientes sometidos a hemorroidectomía en los servicios de cirugía. **Método:** Revisión retrospectiva descriptiva de las biopsias de hemorroidectomías resectivas cerradas realizadas en el SCHBLT entre el 2007 y 2012. **Resultados:** Durante los años 2007 y 2012 se realizaron 325 hemorroidectomías resectivas cerradas, de las cuales 16 (4,9%) resultaron positivas para carcinoma. 14 (4.3%) carcinoma in situ y 2 (0,6%) carcinoma invasor. La edad promedio fue de 55,79 años y la relación entre hombres y mujeres fue de 1:1 respectivamente

**Conclusión:** Dado los resultados encontrados en esta revisión, se debe evaluar la recomendación de realizar estudio AP a todas las piezas quirúrgicas de hemorroidectomías.

**MÚLTIPLES PERFORACIONES INTESTINALES EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, CORTICOTERAPIA E INFECCIÓN OPORTUNISTA POR CITOMEGALOVIRUS**

*Drs. A. Iglesias, C. Hermansen, D. Hernández, S. Iglesias, D. Batallán, N. Burgos, F. Uribe*  
Servicio de Cirugía Hospital Barros Luco Trudeau, Campus Sur, Universidad de Chile.

**Introducción:** Las exacerbaciones del lupus eritematoso sistémico (LES) son caracterizadas por síntomas inespecíficos y complicaciones raras. Si bien el tratamiento corticoidal ha demostrado su efectividad en el control del LES, las complicaciones pueden ocurrir durante su administración, describiéndose entre otras las lesiones gastrointestinales.

Existen también complicaciones graves que pueden ser producidas por el citomegalovirus (CMV) en pacientes inmunocomprometidos. Entre ellas se incluyen: diarrea, hemorragia y perforaciones gastrointestinales.

Se presenta un caso de enteritis en paciente con LES, manejo corticoidal y CMV, que resulta en una perforación ileal, colónica y panperitonitis secundaria. **Caso Clínico:** Paciente de 41 años sexo femenino, con antecedentes de LES diagnosticado hace 2 años sin tratamiento y miocardiopatía lúpica durante puerperio.

Cuadro de 2 meses de evolución de disnea progresiva e inestabilidad hemodinámica. Laboratorio compatible con LES activo, elevación de parámetros nitrogenados e inflamatorios. Ingresó con el diagnóstico de LES activo, insuficiencia cardiaca descompensada secundaria a miocardiopatía lúpica e insuficiencia renal aguda sobre crónica. Evolución tórpida con sepsis de foco pulmonar trasladándose a unidad de cuidados intensivos.

A los 25 días se agrega cuadro de dolor abdominal con signos de irritación peritoneal y elevación de

parámetros inflamatorios asociado a pancitopenia. TAC de abdomen y pelvis revela neumatomosis intestinal difusa asociada a neumoperitoneo por lo que se decide intervenir de urgencia. Abierto peritoneo se observa salida de aire y líquido libre intestinal purulento, 2 lesiones a 70cms y 80cms de la válvula ileocecal. Se realiza resección de segmento con lesiones, ileostomía con fistula mucosa y laparotomía contenida, egresando con diagnóstico de perforación de íleon (2) y peritonitis estercorácea secundaria.

Se solicitan marcadores virales resultando positivos para CMV iniciándose manejo antiviral. Al quinto día presenta sangrado digestivo profuso. Endoscopia digestiva a través de fistula mucosa evidencia 2 úlceras perforadas sangrantes a 10 y 40cm reinterviniéndose de urgencia. Además en cirugía se observa úlcera perforada en colon ascendente. Se procede a resección de segmento ileal con ileostomía terminal y hemicolectomía derecha con fistula mucosa de colon transverso. Se mantiene estable desde el punto de vista quirúrgico, en espera de resolución de patología médica.

Conclusión: Múltiples complicaciones se han descrito en el LES. En el contexto de un paciente inmunocomprometido, al que se le suma la corticoterapia y compromiso de multisistémico, su evolución puede ser errática. El CMV y los esteroides pueden provocar perforación intestinal, cuyo manejo quirúrgico es complejo.

#### USO DEL PET/CT GA 68-DOTATATE EN EL ESTUDIO PREOPERATORIO DE TUMOR CARCINOIDE ILEAL

*Drs. D. Hernández, C. Hermansen, A. Iglesias, I. Sepúlveda, M. García, R. Villalón, G. Guzmán, J. Salamanca*

Servicio de Cirugía Hospital Barros Luco Trudeau, Campus Sur, Universidad de Chile.

Introducción: Los carcinoides son tumores derivados del sistema neuroendocrino ubicados con más frecuencia en tracto digestivo, principalmente en apéndice, íleon distal y recto. El característico síndrome del carcinóide se presenta con muy baja frecuencia. Metastatiza principalmente a hígado. Hay múltiples herramientas para su aproximación diagnóstica. Con el uso del PET/CT han surgido nuevos marcadores para la detección de lesiones sospechosas asociadas, siendo el más usado la 18-fluorodeoxiglucosa. Los tumores neuroendocrinos se caracterizan por presentar sobre expresión de receptores de somatostatina. Se ha utilizado el DOTA0-Tyr3-octreotate (DOTATATE) un péptido análogo a Somatostatina para la marcación de estos tumores, reportándose incluso en la literatura casos de metástasis hepáticas de primarios de carcinoides no identificados con el uso de escáner y resonancia magnética finalmente localizados mediante este método.

Se presenta un caso de un paciente con carcinóide de íleon distal cuyo estudio es complementado mediante este examen.

Caso Clínico: Paciente sexo femenino de 43 años sin antecedentes mórbidos de importancia consulta

por cuadro de 6 meses de dolor abdominal difuso de carácter inespecífico que finalmente se estudia con enteroscopia que revela tumor de superficie lisa en íleon distal protruyente de 30mm parcialmente obstructiva a 5cm de válvula ileocecal. Biopsia compatible con tumor carcinóide ulcerado de íleon. Se completa estudio con RNM de abdomen y pelvis que evidencia la lesión ileal ya descrita con características imagenológicas compatibles con carcinóide y adenopatías en su meso de aproximadamente 7mm. Además se visualizan 3 lesiones focales hipervasculares en segmentos III, V y VI hepáticos de 36, 48 y 13mm respectivamente. TAC de tórax sin lesiones secundarias. Se complementa estudio con PET/CT Ga 68-Dotatate hipercaptante en las localizaciones ya descritas sin nuevos hallazgos en cuerpo completo. Finalmente se realiza hemicolectomía derecha con ileotransverso anastomosis término lateral asociada a metástasectomía anatómica de lesión de segmento III y no anatómica de las 2 restantes. Evoluciona favorablemente siendo dada de alta a los 12 días postoperatorios.

La biopsia diferida confirma el diagnóstico con márgenes quirúrgicos libres tanto en primario como en metástasis y metástasis ganglionares en 2 de 20 linfonodos. Comité oncológico multidisciplinario propone seguimiento con imágenes con PET/CT Ga 68-Dotatate.

Conclusión: El PET/CT Ga 68-Dotatate es una herramienta disponible para el estudio de diseminación de tumores carcinoides que puede ser de ayuda tanto en la confirmación como en la detección de lesiones secundarias no identificadas con estudios previos.

#### CARACTERIZACIÓN DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGÍA DE HARTMANN EN HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU.

*Drs. David Cambiázo F, Claudio Vega C, Diego Soto V, Raúl Tirreau A, Alvaro Paredes<sup>2</sup>*

1. Interno de Medicina, Universidad de Santiago de Chile.  
2. Becado de Cirugía General, Universidad de Valparaíso.

Introducción: La cirugía de Hartmann representa una alternativa terapéutica de uso frecuente en la cirugía de colon y recto, especialmente en cirugía de urgencia. Las indicaciones han ido aumentando con el tiempo, y en la actualidad existen alrededor de siete. La morbilidad y mortalidad de estos pacientes es elevada y oscila entre un 30-70% y un 5-50% respectivamente, debido principalmente a cuadros sépticos sistémicos. Objetivos: Describir el perfil de pacientes sometidos a cirugía de Hartmann en el Hospital Barros Luco Trudeau. Materiales y Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de fichas clínicas de pacientes que se sometieron a cirugía de Hartmann en el Hospital Barros Luco Trudeau durante el periodo 2000 – 2008. Datos analizados en Microsoft Excel® 2010. Resultados: Ingresaron 89 pacientes que fueron sometidos a cirugía de Hartmann, promedio de edad de 56 años (R: 15 – 88) con un promedio de 20 días hospitalización (R: 1 – 96). 52 (58%) son hombres y 37 (41%) son

mujeres. El 39% presenta comorbilidad, y el 21% presenta cáncer de colon o recto. La cirugía en promedio duro 2 horas 25 minutos, y requirieron transfusión el 23% de los pacientes. El 28% presento infección de herida operatoria, el 12% evisceración, y en el 25% se requirió una reintervención. Tratamiento antibiótico se utilizó en el 95% de los pacientes, con un promedio de 11 días. En el 46% se realizó reconstitución del tránsito intestinal. En nuestra serie no hubo fallecidos.

Discusión: La cirugía de Hartmann se realiza principalmente, en pacientes de sexo masculino, de edad avanzada, con alta tasa de comorbilidad. Presenta una alta cantidad de complicaciones, y requiere frecuentemente la reintervención. En la mitad de nuestros pacientes se realizó reconstitución del tránsito intestinal, y no presentamos ningún fallecido.

#### ANEMIA CRONICA EXTREMA POR HEMORROIDES INTERNOS SANGRANTES. AUTORES

*Drs. C. Gallardo, A. Barrera, F. Illanes, C. Suazo, J.A. Riquelme, G. Bannura.*

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

Introducción: La anemia crónica extrema es de ocurrencia excepcional asociada a la enfermedad hemorroidaria y la literatura muestra una asociación importante con otras lesiones del colon o recto. Objetivo: Mostrar nuestra experiencia en el estudio y tratamiento de los pacientes con sangrado hemorroidario y anemia extrema (hematocrito bajo 25% y/o hemoglobina menor a 8,5 gr/dl) Material y método: Revisión retrospectiva de los antecedentes clínicos de los pacientes tratados por este cuadro desde abril de 1995 a mayo del 2012. Resultados: La serie corresponde a 22 pacientes, 15 de género masculino. El hematocrito de ingreso fue en promedio de 19% y la hemoglobina de 6,5 gr/dl. En todos los pacientes se realizó un estudio radiológico contrastado o endoscópico del colon que descartó otras patologías de la esfera colorrectal. Los procedimientos realizados fueron 16 hemorroidectomías, 3 ligaduras escalonadas, 2 PPH y una ligadura elástica. Todos los pacientes fueron tratados en forma ambulatoria.

La anemia fue tratada con suplemento de fierro y transfusiones en los casos sintomáticos. El sangrado fue controlado en el 100% de los casos y la normalización del hematocrito y hemoglobina se alcanzó entre uno y tres meses. El seguimiento se realizó en todos los pacientes con límites entre 2 y 207 meses (90% más de 12 meses).

Todos los pacientes permanecen sin sangrado rectal y solo uno fue sometido a una ligadura elástica por recidiva del prolapso hemorroidario.

Conclusión: La anemia es una manifestación infrecuente de la enfermedad hemorroidaria y el tratamiento debe considerar todas las manifestaciones de la enfermedad hemorroidaria incluyendo el prolapso para determinar la mejor alternativa terapéutica. En nuestra serie no observamos patología colónica o rectal en aquellos pacientes que presentan anemia y un sangrado hemorroidario típico.

#### GIST DEL TABIQUE RECTOVAGINAL TRATADO CON NEOADYUVANCIA. CASO CLÍNICO.

*C. Gallardo, G. Bannura, A. Barrera, F. Illanes, C. Suazo, C. Melo.*

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

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) de la pelvis son entidades infrecuentes.

La resección quirúrgica es la primera opción terapéutica. La cirugía radical se acompaña de una importante morbilidad y secuelas funcionales en la esfera rectal y genital. Frente a esto, se ha utilizado la terapia neoadyuvante con imatinib con respuestas oncológicas que permiten una cirugía conservadora. Objetivo: Se presenta el caso de una paciente con un tumor GIST gigante del tabique rectovaginal, tratada en forma exitosa con terapia neoadyuvante. Caso Clínico.

Paciente de 64 años, presenta cuadro de 6 meses de dolor pélvico asociado a disquecia y disuria. Baja de peso de 8 kg. Al tacto rectal, destaca una masa dura, fija, de 9 cms. Colonoscopia muestra una compresión extrínseca rectal. Biopsia: Hallazgos morfológicos e inmunohistoquímicos compatibles con GIST.

RNM pelvis evidencia gran masa sólida (9 x 8 x 6 cms) que ocupa el fondo de saco rectouterino e infiltra pared anterior rectal, parametrios y cuello uterino.

Luego de tres meses de tratamiento con Imatinib 400 mg diarios, el examen clínico revela una reducción significativa del tamaño tumoral (5.5 x 3.2 cms), ovoídeo, de consistencia firme y móvil. Se realiza resección local endoanal, observándose lesión de 5 cms en tabique rectovaginal, sin compromiso de mucosa vaginal, con depresión central en pared rectal. Se realiza enucleación completa.

Biopsia diferida. Tumor GIST del tabique rectovaginal. Estudio inmunohistoquímico. CD 117/CD34 positivo. 13 mitosis en cincuenta campos de aumento mayor. Tamaño tumoral. 4 cms. Control posterior sin signos de recidiva luego de seis meses. Discusión: Existen escasos reportes en la literatura de GIST originarios del tabique rectovaginal. Los síntomas asociados son sangrado rectal, disquecia, disuria y sensación de masa pélvica. La RNM es el estudio de elección. El diagnóstico se confirma mediante histología e inmunohistoquímica.

El tratamiento de primera línea es la resección quirúrgica, considerándose el factor pronóstico más importante. Sin embargo la resección radical se asocia a importante morbilidad y secuelas funcionales.

El uso de Mesilato de Imatinib como terapia neoadyuvante está indicado para tumores avanzados logrando respuestas parciales en el 45% de los casos. En nuestro caso se optó por un tratamiento neoadyuvante dado la gran extensión tumoral logrando una importante reducción del tamaño lo que permitió la resección quirúrgica completa por vía local endoanal con resultados satisfactorios.

## CARACTERIZACIÓN ANATOMO-CLÍNICA DE LA FÍSTULA FISURARIA

*Drs. C. Suazo, G. Bannura, A. Barrera, C. Melo, F. Illanes, C. Gallardo.*

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

**Introducción:** La fistula fisuraria (FF) es una fistula subcutánea que no está incluida en la clasificación de Parks. Probablemente existe un sub-diagnóstico de esta entidad por falta de reconocimiento. **Objetivo:** Caracterizar esta entidad desde el punto de vista clínico-patológico, dar a conocer el manejo quirúrgico efectuado y sus resultados a largo plazo. **Material y método:** Revisión retrospectiva de la base de datos prospectiva de cirugía proctológica del HCSBA entre los años 1998 y 2011. Se realizó una encuesta telefónica para conocer los resultados funcionales a mediano y largo plazo.

**Resultados:** En el periodo señalado se intervinieron 20 FF, que corresponden al 3,9% del total de fistulas anorrectales operadas en el periodo, el 70% hombres con una edad promedio de 47 años (29-59). Se realizó fistulectomía en un 65% de los casos y fistulotomía en los restantes. Se asoció esfinterotomía lateral interna (ELI) en la mitad de los casos (6 fistulectomías y 4 fistulotomías). Se completó seguimiento en 80% de los pacientes (16), con un promedio de 71 meses (7-169), sin recidivas de la fistula ni reoperaciones. Dos pacientes de sexo femenino con ELI refieren incontinencia a gases, que no afecta su calidad de vida.

**Conclusión:** La FF se caracteriza por tener un trayecto superficial o subcutáneo corto entre el lecho de una fisura activa o parcialmente cicatrizada y un orificio fistuloso externo a 1-2 cm del margen anal o en la base del plicomma centinela de la fisura. Por definición la FF no compromete esfínter interno, la fistulectomía no afecta el aparato esfinteriano y tiene un buen pronóstico a largo plazo con el tratamiento quirúrgico habitual. No es necesario adicionar una ELI, salvo en pacientes con fisura activa y/o hipertonia esfinteriana y/o estenosis moderada.

## CIRUGIA DE URGENCIA EN DIVERTICULITIS AGUDA COLÓNICA

*Drs. F. Imigo, A. Valencia, J. Lavanderos, A. Toro, R. Avendaño.*

Instituto De Cirugía. Universidad Austral De Chile.

**Introducción:** La enfermedad diverticular de colon es una patología que afecta principalmente a personas mayores de 65 años. Las complicaciones se presentan en alrededor del 25% de los casos; y de estos, el 10% requerirá cirugía de urgencia, siendo la operación de Hartmann el procedimiento de elección. Considerando este antecedente nos planteamos caracterizar a los pacientes con el diagnóstico de diverticulitis aguda que fueron sometidos a cirugía de urgencia en el Hospital Base Valdivia. **Pacientes y método:** Estudio descriptivo, retrospectivo mediante la revisión sistemática de fichas clínicas de los pacientes con diagnóstico de diverticulitis aguda que fueron sometidos a cirugía de urgencia entre los años 2003 al 2009; esto

determinado según los códigos CIE-10 y los códigos de prestaciones del FONASA.

**Resultados:** Durante el periodo se caracterizaron 99 pacientes con diagnóstico de diverticulitis aguda, de los cuales 14 fueron sometidos a cirugía de urgencia. De ellos 12 pacientes fueron hombres y 2 mujeres, con una edad promedio de 47,6 años (rango 16-80). En relación a las características clínicas, 2 pacientes presentaron inestabilidad hemodinámica al ingreso. De nuestra serie 6 pacientes fueron evaluados con TC de abdomen y pelvis, 6 pacientes con ecografía abdominal y 2 pacientes con radiografía de abdomen simple. De acuerdo a la clasificación de Hinchey, los hallazgos en la TC evidenciaron que 2 casos correspondían a Hinchey I y 4 casos a Hinchey II. En nuestra serie no hubo casos correspondientes a Hinchey III y IV. De los pacientes operados 9 fueron sometidos a cirugía de Hartmann, 2 pacientes a resección de sigmoides, lavado colónico intraoperatorio y anastomosis primaria, a 1 paciente se le realizó aseó peritoneal y sutura del divertículo, a 1 paciente se le drenó un absceso pélvico y 1 paciente fue sometido a cirugía laparoscópica donde se realizó aseó peritoneal y sutura del divertículo. Dentro de las complicaciones postoperatorias destacan 3 pacientes con infección de herida operatoria y 3 pacientes con complicaciones médicas. Ningún paciente fue reintervenido. Esta serie no presenta mortalidad.

**Conclusiones:** En nuestro centro la mayoría de los pacientes fueron manejados médicamente y aquellos que fueron de resorte quirúrgico fue la operación de Hartmann la cirugía de elección; experiencia que coincide con los reportes de la literatura.

## “EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN LA EVALUACIÓN ENDOSCÓPICA INTRAOPERATORIA DE LA ANASTOMOSIS COLORRECTAL, CLÍNICA ALEMANA Y HOSPITAL BASE DE OSORNO”.

*Drs. M. Cáceres<sup>1,2,3,4</sup>, J. Cruz<sup>1,2,3,4</sup>, J. Jans<sup>1,3,4</sup>, C. Schulz<sup>1,3,4</sup>, T. Contreras<sup>5</sup>, B. Cid<sup>6</sup>.*

<sup>1</sup>Servicio de cirugía, Hospital Base Osorno.

<sup>2</sup>Servicio de cirugía, Clínica Alemana de Osorno.

<sup>3</sup>Servicio de Urgencia, Hospital Base Osorno.

<sup>4</sup>Facultad de medicina, Universidad Austral de Chile. Sede Osorno.

<sup>5</sup>Alumno de Medicina, Universidad Austral de Chile. Sede Osorno.

**Introducción:** Las complicaciones de la anastomosis como las filtraciones y sangrado, son las complicaciones quirúrgicas más graves de la cirugía colorrectal y no existiría un método preciso y confiable para detectar y prevenirlas habiendo métodos radiológicos y endoscópicos tradicionalmente utilizados para ello.

**Objetivo:** Evaluar la seguridad, beneficios y complicaciones de la evaluación endoscópica intraoperatoria de la anastomosis colorrectal utilizando el rectoscopio rígido e incorporando la colonoscopia intraoperatoria.

**Material y método:** Se realizó una revisión retrospectiva y descriptiva de los pacientes en los cuales se realizó una colectomía con anastomosis colorrectal o ileorrectal, operados en la Clínica Alemana y en el Hospital Base de Osorno, entre junio de 2007 y junio de 2012. Se registraron los



datos demográficos, diagnóstico, cirugía realizada, técnica endoscópica de revisión utilizada, hallazgos de esta y complicaciones postoperatorias. El análisis se realizó con Excel y Stata.

Resultados: Se incluyeron 75 cirugías en las cuales se realizó una endoscopia intraoperatoria. La edad promedio fue de 63 años, la distribución por sexo fue masculino 37 y femenino 38 casos, la patología fue predominantemente neoplásica con 46 casos (61%) y no neoplásica (39%), las cirugías realizadas fueron resecciones 68 (89%) y reconstituciones 7 (9%), los procedimientos se realizaron en 62 (82%) pacientes electivos y 13 urgencias (18%). De las 75 endoscopias realizadas 8 fueron colonoscopias totales, 29 izquierdas y 38 rectoscopias, encontrando 13 alteraciones en las exploraciones endoscópicas y 62 sin anomalías, de estas, en 8 cirugías se debió agregar un procedimiento adicional. Las complicaciones quirúrgicas fueron 15 y la mortalidad fueron 2 pacientes, ninguna de estas atribuibles al motivo del estudio.

Conclusión: La revisión endoscópica de la anastomosis colorrectal es un procedimiento seguro, sencillo de implementar que debe realizarse de manera rutinaria, pudiendo hacerse tanto con instrumentos rígidos como flexibles.

#### QUISTE HIDATÍDICO FISTULIZADO A COLON.

*Drs. C. Gallardo, C. Suazo, A. Barrera, J. M. Ramirez, F. Illanes, C. Melo, G. Bannura.* Servicio y Departamento de Cirugía. Hospital Clínico San Borja Arriarán. Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Introducción: El quiste hidatídico abdominal, de localización extra-hepática, es una patología infrecuente. La perforación directa a una víscera hueca es una complicación muy inusual. Cuando la perforación es hacia el colon el tratamiento es particularmente complejo por la extensión de las resecciones a realizar ya que habitualmente está comprometido más de un órgano.

Objetivo: Se presentan dos casos de quistes hidatídicos fistulizados a colon.

Caso Clínico 1: Mujer de 48 años, con quiste hidatídico con signos de compresión del colon derecho. Debió ser intervenida de urgencia por sepsis abdominal. Se realizó colectomía derecha, duodenorrafia e ileostomía terminal más fistula mucosa, con evolución postoperatoria favorable.

Caso Clínico 2: Hombre de 71 años, con quiste hidatídico en cuadrante superior izquierdo con compromiso de colon, riñón y páncreas. En la laparotomía exploradora se evidencia quiste retroperitoneal fistulizado a colon izquierdo, con compromiso de páncreas distal, bazo y riñón. Se realizó quistectomía, esplenectomía, pancreatocetomía distal, nefrectomía y colectomía izquierda más ileostomía y fistula mucosa. Evolucionó con colección intrabdominal tratada médicamente, con respuesta favorable.

Discusión: La perforación del quiste hidatídico a una víscera hueca es una complicación inusual, siendo la vía biliar el sitio más frecuente. Existen escasos reportes de perforación a colon.

Generalmente, este es un hallazgo intraoperatorio, como lo muestra el primer caso. Sin embargo, el estudio radiológico puede mostrar signos sospechosos de fistulización: niveles hidro-aéreos intraquistico o extravasación de contraste oral a la cavidad, como en el segundo caso. El tratamiento es la resección del segmento comprometido. Como se describe en ambos casos, son resecciones amplias que incluyen habitualmente más de 2 órganos en pacientes que se encuentran en mal estado general y nutricional. Por esto, en ambos casos se decidió realizar ostomías terminales. Esta es una patología muy infrecuente, aún en nuestro medio y que requiere ser manejado en un centro especializado, por equipos con experiencia en cirugía abdominal compleja.

#### ESTUDIO CASO CONTROL, EN LA DETERMINACIÓN DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA COLORRECTAL SEGÚN IMC

*Drs. C. Estay, A.J. Zárate, M. Castro, U. Kronberg, F. López-Kostner, C. Wainstein*  
Unidad de Coloproctología. Dirección Académica. Clínica Las Condes

Introducción: La cirugía laparoscópica colorrectal (CLCR) ha demostrado beneficios por sobre la cirugía abierta, sin embargo, aún existe controversia con respecto a las complicaciones que se presentan en la población obesa (IMC > 30 Kg/m<sup>2</sup>). En Chile se ha reportado una prevalencia creciente de obesos, alcanzando el 21,9% de la población.

Objetivo: Establecer si la obesidad aumenta la probabilidad de complicaciones postoperatorias (CPO) al compararlos con la población eutrófica, en CLCR.

Métodos: Estudio caso-control anidado en una cohorte. Se seleccionaron los pacientes desde la base de datos prospectiva de CLCR, entre julio 2007 y junio 2012, de la unidad de coloproctología de Clínica las Condes. Criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico de neoplasia (benigna, maligna) de colon y/o recto, enfermedad diverticular, cirugía con anastomosis única. Se consideró como casos a los pacientes obesos quienes se parearon según género, edad, ASA, diagnóstico preoperatorio y cirugía realizada, para obtener los controles. Se analizaron las complicaciones intraoperatorias y postoperatorias precoces (hasta 30 días), utilizando la clasificación de Clavien-Dindo para determinar la gravedad de las CPO. Análisis estadístico: Shapiro-Wilk y prueba de chi cuadrado.

Resultados: En el período mencionado se operaron 449 pacientes, 337 cumplieron los criterios de inclusión, de ellos 53 clasificaron como casos con un IMC promedio de 33,13 Kg/m<sup>2</sup> y de acuerdo a las variables descritas se seleccionaron 53 controles con un IMC promedio de 25,98 Kg/m<sup>2</sup>. La mediana de edad fue de 55 y 57 años para casos y controles, un 39,6% de esta población fueron mujeres. Los casos presentaron un 67,9% de comorbilidades en comparación con un 69,8% en los controles (p=0,83). Con respecto al resultado primario, en el grupo de casos la incidencia de CPO fue de 24,5% versus un 28,3% en los controles (p=0,66). Al estratificar

por gravedad de las CPO no hubo diferencias significativas ( $p=0,62$ ). Tampoco se encontraron diferencias significativas en el tiempo de realimentación, en los casos la mediana estuvo ubicada en las primeras horas del postoperatorio y en los controles el día 1 ( $p=0,35$ ). La mediana de estadía hospitalaria fue de 4 días para ambos grupos ( $p=0,6$ ). Cuatro casos y 2 controles requirieron reoperación ( $p=0,4$ ), 12 (6 casos y 7 controles) ingresaron a la UTI por CPO y sólo 5 pacientes (2 casos, 3 controles) necesitaron una nueva hospitalización ( $p=0,65$ ).

#### Conclusión:

En este estudio la obesidad no aumentó la probabilidad de CPO en CLCR.

### H E M I C O L E C T O M Í A Y METASTASECTOMÍA HEPÁTICA EN UN TIEMPO QUIRÚRGICO EN PACIENTES CON CÁNCER DE COLON. EXPERIENCIA HOSPITAL BARROS LUÇO TRUDEAU.

*Drs. D. Hernández, I. Sepúlveda, A. Iglesias, C. Hermansen, M. García, R. Abularach, R. Villalón, J. Salamanca, G. Guzmán.*

Servicio de Cirugía Hospital Barros Luço Trudeau, Universidad de Chile, Campus Sur.

**Introducción:** Aproximadamente el 50-60% de los pacientes con cáncer colorrectal desarrollan metástasis hepáticas a lo largo de su vida y sólo un 5 a 10% de estos son resecables al momento del diagnóstico. La resección hepática es la única opción terapéutica potencialmente curativa en pacientes con metástasis hepática de origen colorrectal, aumentando de un 30 a un 60% la sobrevida a 5 años.

La metastasectomía hepática y Hemicolecotomía simultánea en comparación con la resección por etapas, reduce la estancia hospitalaria en general y no aumenta la morbimortalidad ni la gravedad de las complicaciones.

**Objetivo:** Presentar la experiencia del HBLT en el manejo de pacientes con cáncer colorrectal y metástasis hepáticas en un tiempo quirúrgico. **Materiales y Métodos:** Se realizó revisión de 4 casos tratados entre junio 2011 y julio del 2012, conjuntamente se realizó entrevista presencial a dichos pacientes evaluando performance status postoperatorio y presencia de complicaciones tardías. **Resultados:** De los 4 casos todos presentaban enfermedad metastásica confinada al hígado con compromiso de 2 a 3 segmentos. Todos se someten a cirugía resectiva colónica con metastasectomía segmentaria logrando resección R0. En el postoperatorio 2 pacientes presentaron infección de herida operatoria y evisceración contenida bien tolerada, el resto sin complicaciones, presentando un promedio de 16,5 días cama postquirúrgico. 3 pacientes fueron sometidos a quimioterapia coadyuvante. Todos presentan un performance Status entre 1 y 2 sin evidencia de recidivas hasta la fecha con seguimiento promedio de 5 meses (1-9). La edad promedio fue de 52 años (39-67). **Conclusión:** Dado los resultados encontrados en esta revisión, la hemicolecotomía y metastasectomía

hepática en un tiempo quirúrgico parece ser una estrategia factible y razonable para lograr una resección con intención curativa.

### CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA VERSUS ABIERTA PARA EL CÁNCER DE RECTO. RESULTADOS QUIRÚRGICOS.

*Drs. R. Migueles, J. Gellona, ME. Molina, G. Urrejola, G. Inostroza, D. Espínola, T. Larach, JM. Zúñiga, F. Bellolio, J. Reyes, A. Zúñiga.* Unidad de Coloproctología, Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile

**Introducción:** El abordaje laparoscópico del cáncer de recto ha sido validado internacionalmente dado sus resultados comparables con la cirugía tradicional. En nuestro país se ha seguido la misma línea terapéutica en distintos centros.

**Objetivo:** comparar los resultados quirúrgicos de la vía laparoscópica y abierta en cáncer de recto. **Método:** Estudio de cohorte no concurrente, se incluyeron todos los pacientes sometidos a resección electiva, con intención curativa por cáncer de recto entre mayo de 2005 y mayo de 2012. **Resultados:** La serie está compuesta por 177 pacientes, 60,5% de sexo masculino. Se separó la serie en dos grupos, el grupo abierto (GA) compuesto por 65 (36,7%) pacientes y el grupo laparoscópico (GL), compuesto por 112 (63,3%) pacientes. Los grupos son comparables en cuanto a sexo, edad, ASA preoperatorio, uso de neoadyuvancia localización del tumor y etapificación final. En el GA, se realizó resección anterior (RA) en el 94% y resección abdominoperineal (RAP) en 6% de los pacientes. En el GL, un 84% y 16% se sometieron a RA y RAP respectivamente ( $p=0,213$ ). El tiempo operatorio fue de 165 minutos en el grupo abierto y de 210 en el laparoscópico ( $p=0,015$ ). La estadía postoperatoria fue de 9 y 6 días en los GA y GL respectivamente ( $p=0,001$ ). La morbilidad global fue de 21,4% en el GA y 12,3% en el GL, esta diferencia no fue estadísticamente significativa ( $p=0,129$ ), Las tasas de re operación fueron de 4,6% y 6,3% para GA y GL respectivamente ( $p=0,64$ ). No hubo mortalidad. **Conclusión:** En nuestra serie, la cirugía laparoscópica por cáncer de recto tiene similares resultados quirúrgicos en cuanto a morbilidad y mortalidad. En el GL, se observó un menor tiempo de estadía hospitalaria, pero un tiempo quirúrgico mayor que la cirugía abierta. Estos resultados son similares con lo descrito anteriormente en la literatura.

### ANÁLISIS DE LA MORBILIDAD EN PACIENTES CON ENTEROSTOMÍAS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA

*Drs. J. Gellona, R. Migueles, D. Espínola, G. Urrejola, ME. Molina, G. Inostroza, JM. Zúñiga, T. Larach, D. Palominos, J. Reyes, F. Bellolio, A. Zúñiga, EUs. X. Meneses, AM. Rodríguez* Unidad de Coloproctología. Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** En el Hospital Clínico de la Universidad Católica, la mayoría de las enterostomías son realizadas por cirujanos colorrectales. Sin embargo en las intervenciones de urgencia, con frecuencia participan cirujanos de otras especialidades.

**Objetivo:** analizar las complicaciones postoperatorias precoces (hasta 30 días) derivadas de la confección de enterostomías y comparar si existen diferencias entre pacientes electivos y de urgencia. **Método:** Se incluyeron en forma retrospectiva los pacientes a quienes se les practicó una enterostomía desde enero del 2009 hasta junio del 2012. Se registraron datos demográficos, indicaciones y complicaciones derivadas de la enterostomía. Para el análisis estadístico se utilizó prueba de  $\chi^2$  para variables categóricas y Man Whitney para variables continuas. **Resultados:** La serie consta de 219 pacientes, 113 (51,6%) de sexo femenino. Mediana de edad 63 + 22 años. El 88,4% de los pacientes eran ASA 1 o ASA 2. El 40% de los pacientes fueron operados de urgencia. La principal indicación de enterostomías en todos los pacientes es la neoplasia (56%), seguido de enfermedad inflamatoria (12,2%), complicación de otra cirugía (12,2%), enfermedad diverticular complicada (9,8%) y colitis graves de otras causas (6%). Hubo diferencia significativa en la edad de los pacientes operados de urgencia y electivamente (66 versus 60 años,  $p = 0.008$ ). La operación electiva más frecuente fue la resección anterior de recto (43%) y de urgencia, la operación de Hartmann (41,8%). Al 71,7% de los pacientes electivos se les practicó una ileostomía, mientras que al grupo de urgencia se le realizó con mayor frecuencia una colostomía (61,5%). La morbilidad global a 30 días fue de 16,4%. Las complicaciones observadas con mayor frecuencia fueron: retracción (5%), dermatitis (4,6%), isquemia (1,8%), prolapso y error de localización (1,4% cada uno). La morbilidad en enterostomías de urgencia y electiva fue de 19,8% y 10,2% respectivamente ( $p = 0,049$ ). El porcentaje de reoperaciones por complicación de la ostomía fue de 4,7% en urgencia y 1,6% en los electivos, ( $p = NS$ ). **Conclusión:** En este estudio, la tasa de complicaciones fue mayor en los pacientes operados de urgencia. Además se observa que la principal causa de enterostomías es la neoplasia. La edad, cirugía y tipo de ostomía varían según el contexto en el que se opera al paciente.

#### CÁNCER DE RECTO EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSÉ.

*Drs. G. Thonet, C. Derosas, int. A. Ibáñez, A. Díaz, J. Olivares, M. Russi.*

Equipo Coloproctología, Complejo Hospitalario San José, Universidad de Santiago de Chile

**Introducción:** El cáncer colorrectal se encuentra dentro de las primeras causas de muerte por cáncer en la mayoría de los países desarrollados. En Chile su incidencia ha ido progresivamente en aumento, donde el cáncer de recto tiene sus características particulares. Por lo que el objetivo del presente reporte es describir los aspectos epidemiológicos del cáncer de recto en nuestro hospital así como también su comportamiento.

**Pacientes Y Metodos:** Estudio descriptivo retrospectivo, en base a la revisión de los registros clínicos de los pacientes a los que se les realizó tratamiento (cirugía) con intento curativo de cáncer de recto desde enero del año 2002 a diciembre del año 2009 en el Complejo Hospitalario San José. La mortalidad atribuida se obtuvo del Registro Civil e Identificación a agosto del 2012. La etapificación se realizó según la clasificación TNM 7ed del American Joint Cancer Committee. Las curvas de sobrevida mediante el método de Kaplan-Meier. El análisis estadístico en SPSS 20.0.

**Resultados:** Se revisó un total de 87 casos, un 51,7% de los casos fueron mujeres. La media de edad fue de  $64,1 \pm 12,1$  años. A todos los casos se les realizó quimio-radioterapia neoadyuvante. Al 49,4% de los pacientes se les realizó operación de Milles, al 44,8% resección anterior baja con anastomosis mecánica y ostomía de protección y al resto operación de Hartmann 4,6%. Se realizaron metastasectomía en 2 casos. La media de estadía post operatoria fue de  $11,7 \pm 9,8$  días. En relación a la etapificación postoperatoria el etapa I 25,3%, IIA 31%, IIB 3,4%, IIB 19,5%, IIIC 8%, IVA 2,3%, IVB 1,1%. 5 casos presentaron biopsia negativa para tumor luego de resección (remisión completa post neoadyuvancia). Al cierre de este estudio falleció el 43,7% de los pacientes. La mediana de sobrevida a 5 años fue de 98,6 meses.

**Discusion:** El presente trabajo muestra el comportamiento del cáncer de recto en nuestro centro, presentando una frecuencia similar en ambos sexos, se presenta principalmente en la 6ta década de vida. La media de sobrevida a 5 años de casi 100 meses pensamos que se debe a que mas de la mitad de los pacientes se encuentran en estadios precoces y a los ceñidos protocolos de neoadyuvancia.

#### MANEJO QUIRÚRGICO LAPAROSCÓPICO EN UN CASO DE FÍSTULA COLO-VAGINAL SECUNDARIA A MIGRACIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO.

*Dr. I. Escobar, Dr. M. Ordenes, Dr. C. Adeldorfer, Dra. E. Borquez*

Hospital Dr. Gustavo Fricke.

Mediante la presentación de este caso clínico, buscamos poner en evidencia una complicación poco frecuente, pero aún así existente, secundaria a la instalación de un Dispositivo Intrauterino (DIU), como método anticonceptivo.

Es sabido, que las fistulas colovaginales y rectovaginales son principalmente secundarias a trauma gineco-obstétrico, siendo más frecuentes en países subdesarrollados, en relación a trabajos de partos prolongados, infección de la herida de la episiotomía, endometritis severa, perforación y migración de DIUs. Otras causas que vendrían en segundo lugar son las de origen coloproctológico, como Enfermedad Inflamatoria Intestinal complicada, cáncer de colon, diverticulitis, etc. La perforación uterina se presenta habitualmente al momento de la instalación de éste, presentando una incidencia de 1 cada 1000 procedimientos, siendo diagnosticada en forma precoz, aunque el diagnóstico tardío, se relaciona con la migración espontánea del DIU.

Las pacientes que presentan una fistula colovaginal habitualmente consultan por eliminación involuntaria de gases o deposiciones por la vagina y descarga vaginal maloliente, entre otros síntomas y signos. La paciente de nuestro caso clínico corresponde a una Mujer de 31 años, G2P2A0, con antecedente de instalación de DIU el año 2003.

Consulta el año 2005 por cuadro de dismenorrea y metrorragia con respuesta parcial al uso de ACO. de varios meses de evolución. Se controla ecográficamente DIU in situ y se decide retiro, el cual resulta fallido. El 04/2006 se realiza ecoTV. que muestra DIU intrauterino a 17 mm del fondo uterino, indicándose Histeroscopia y retiro de DIU bajo anestesia. Al momento de la histeroscopia no se evidencia presencia de DIU. Se realiza Radiografía de abdomen Simple, en la que no se visualiza DIU. En 09/2008 tras múltiples episodios de endometritis que respondieron a tratamiento con Ciprofloxacino, se hospitaliza para someterse a una laparoscopia diagnóstica por el equipo de ginecología del HGF con la sospecha clínica de fistula entero-vaginal, la que se confirma en el intraoperatorio, decidiéndose suspender procedimiento para completar estudio de colon y preparación prequirúrgica. En 10/2008 se realiza colonoscopia que informa orificio fistuloso a 22 cm del margen anal.

El 06/2012 se realiza laparoscopia y se encuentra fistula de aprox. 2 cm de diámetro, del tercio medio del sigmoides a la cara posterior del útero sin adherencias por lo que se decide realizar una fistulotomía con stapler lineal cortante, Echelon 60, dando término a la cirugía.

Se controla a las 3semanas post alta, en buenas condiciones y sin descarga vaginal ni otros síntomas.

#### CASO CLÍNICO : INVAGINACIÓN COLO-COLÓNICA POR LIPOMA SUBMUCOSO DE COLON

*Drs. S. Guttman, N. Rojas, JF. Allamand, JA. Hernández, Ch. Jensen, A. Cuneo.*

Servicio de Cirugía Hospital Padre Alberto Hurtado; Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo

**Introducción:** Los lipomas colónicos son lesiones benignas muy poco frecuentes. Su descripción inicial se atribuye a Bauer en 1757. Si bien es cierto son considerados la segunda patología benigna más frecuente en colon, aún así tienen una incidencia muy baja (entre 0,3 - 4%). Se localizan principalmente en colon derecho (90%) y solo en un bajo porcentaje (10%) son múltiples. Generalmente son asintomáticos y son diagnosticados como hallazgos en el contexto de estudio con colonoscopia. Cuando presentan sintomatología pueden causar obstrucción, perforación, intususcepción o sangrado. Su tratamiento va desde manejo expectante hasta resección quirúrgica, ya sea por vía laparoscópica o abierta, hasta resección del segmento intestinal afectado.

**Objetivo:** Presentar caso clínico de una paciente atendida en el Hospital Padre Hurtado que presenta lipoma submucoso de colon y su manejo. **Materiales y métodos:** Análisis retrospectivo de un paciente con sintomatología digestiva. Fueron

revisadas las imágenes e historia clínica. **Caso Clínico:** Mujer de 63 años, con antecedentes de Hipertensión Arterial, Hipotiroidismo e Hipercolesterolemia en tratamiento. Antecedentes Familiares de Cáncer de Recto (Madre) y Cáncer Gástrico (Hermana). Derivada desde su Consultorio por presentar cuadro de un mes de evolución, caracterizado por dolor abdominal tipo cólico, irradiado al dorso que se acompaña de diarrea varias veces al día, sin elementos patológicos. Además refiere baja de peso de 2 kg. Se realiza Endoscopia Digestiva Alta, que evidencia Pólipo Antral y Hernia Hiatal mediana. TAC informa hallazgos compatibles con invaginación colo-colónica a nivel del ángulo esplénico, secundaria a un lipoma submucoso. Colonoscopia informa Pólipo Rectal y lesión polipoidea gigante de colon transversal. El Informe de Anatomía Patológica describe una lesión ulcerada en mucosa de colon transversal en granulación. Se efectúa cirugía apreciando a nivel de Colon transversal una masa submucosa, se realiza colotomía y se objetiva un pólipo con base de implantación muy ancha por lo que se decide realizar colectomía parcial en cuña. Se realiza anastomosis termino-terminal y se toman muestras de nódulos peritoneales. La paciente evoluciona favorablemente.

**Conclusión:** Si bien la invaginación colo-colónica por un lipoma submucoso de colon es una patología poco frecuente, resulta importante mantenerla dentro de nuestros diagnósticos diferenciales ya que algunas de sus complicaciones, aunque con baja incidencia, pueden llegar a ser graves si no son sospechadas. Pese a esto, el manejo quirúrgico debe ser considerado en casos puntuales, que deben ser elegidos considerando factores de riesgo individuales para presentar estas complicaciones.

#### COMPLICACIONES DE LA PARED ABDOMINAL EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA COLORRECTAL

*Drs. C. Estay, A.J. Zárate, U. Kronberg, C. Wainstein, F. López-Köstner*

Unidad de Coloproctología. Clínica Las Condes

**Introducción:** Actualmente, la cirugía laparoscópica se está consolidando en el manejo de pacientes con patología colorrectal (CLCR), debido a sus ventajas sobre la cirugía abierta respecto a estadía hospitalaria y morbilidad general. Esto ha incentivado el desarrollo de un acceso mediante trócar único pensando en beneficios por sobre la laparoscopia clásica. Sin embargo, hay escasa información sobre las complicaciones de pared abdominal (CPA) en la cirugía laparoscópica multipuerto.

**Objetivo:** Analizar las CPA en pacientes sometidos a CLCR. **Métodos:** Estudio transversal, utilizando la base de datos prospectiva de pacientes sometidos a CLCR entre 2007 y 2012. De acuerdo al protocolo, en todas las cirugías se utilizó un retractor Alexis para la protección del sitio de extracción de la pieza operatoria. Además, en toda incisión de trócar de 10 mm se suturó la aponeurosis. Se analizaron las características demográficas, las variables perioperatorias y el seguimiento clínico. El análisis estadístico se realizó mediante test t de Student y prueba de chi cuadrado.

Resultados: En el período mencionado se operaron 460 pacientes por CLCR, con una edad promedio de 59 años. Un 62% eran hombres, y un 62% presentaba obesidad o sobrepeso. En 16 (3,6%) pacientes se observó una o más CPA. Ocho pacientes (1,8%) desarrollaron una infección de herida operatoria (IHO), 6 (1,4%) un hematoma de la pared abdominal, 3 (0,7%) una hernia incisional y 2 (0,4%) una evisceración cubierta en el postoperatorio precoz. El porcentaje de CPA en pacientes operados por neoplasia fue similar al de los pacientes con enfermedad diverticular. Todas las hernias e IHO se presentaron en el sitio de extracción de la pieza operatoria; no hubo diferencias respecto a la localización de la incisión suprapúbica versus periumbilical (Hernia  $p = 0,21$ ; IHO  $p = 0,51$ ). En dos pacientes con IHO se desarrolló posteriormente una hernia. De las 1.180 punciones con trócar de 5 mm, hubo sólo 1 (0,08%) complicación (evisceración cubierta) al igual que en las 890 punciones con trócar de 10 mm (0,11%). El sitio de extracción de pieza operatoria presentó más IHO ( $p = 0,001$ ) y hematomas de la pared abdominal ( $p = 0,009$ ) en comparación a los sitios de punción de trócares. Conclusión: Las CPA se concentran principalmente en el sitio de extracción de pieza operatoria. La tasa de CPA en sitios de inserción de trócares es baja.

**ASCENSO SIGNIFICATIVO DE LOS EGRESOS HOSPITALARIOS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS POR CÁNCER DE COLON Y RECTO EN CHILE.**  
*Drs. A.J. Zarate, M. Castro, C. Estay, C. Wainstein, U. Kronberg, F. López-Köstner.*  
Unidad de Coloproctología. Clínica las Condes. Dirección académica. Clínica las Condes.

Introducción: Publicaciones recientes han demostrado un aumento significativo por cáncer colorrectal (CCR) en Chile. Ya que no se cuenta con un registro de tumores en nuestro país, no se puede determinar la incidencia. Por lo anterior indicadores como los egresos hospitalarios (EH) e intervenciones quirúrgicas (IQ) son de alta importancia para estimar el impacto del CCR.

Objetivo: Analizar el estado y tendencia de los EH e IQ por CCR a nivel nacional en Chile. Métodos: Estudio de análisis de series de EH e IQ. Se analizaron las bases de datos de los EH e IQ en Chile entre el 2001 y 2010 del Instituto Nacional de Estadísticas. Selección de casos de acuerdo al código CIE-10. Se analizaron los EH e IQ según sexo, grupo etario y tipo de cáncer: colon (CC) y recto (CR). Se evaluó la tendencia, a través, del estudio mediante correlación y regresión lineal. Se consideró significativo un valor  $p < 0,05$ .

Resultados: En el período descrito ocurrieron 53.828 EH por CCR (66,1% por CC). Los EH en términos absolutos, aumentaron un 134% y un 67% para CC (de 1.845 a 4.329) y CR (1.056 a 1.774), respectivamente. El análisis evidencia una correlación positiva y significativa entre los EH por CC total y el año de estudio ( $r = 0,81$ ;  $p = 0,004$ ): esta misma tendencia se observa al analizar los EH masculinos ( $r = 0,79$ ;  $p = 0,005$ ) y femeninos por CC ( $r = 0,83$ ;  $p = 0,002$ ). De la misma forma, se observa una

correlación positiva y significativa entre los EH por CR totales ( $r = 0,7$ ;  $p = 0,02$ ) y el año de estudio; se mantiene la tendencia en EH por CR en hombres ( $r = 0,75$ ;  $p = 0,01$ ), pero no en EH por CR en mujeres ( $r = 0,61$ ;  $p = 0,06$ ).

Hubo 20.404 IQ por CCR (66% por CC). Las IQ por CC aumentaron un 94% (de 845/año a 1640/año) y las por CR un 68% (de 443/año a 747/año). El análisis de las IQ por CC mostraron una correlación positiva y significativa con el año de estudio ( $r = 0,93$ ;  $p = 0,0001$ ).

Conclusión: Los datos evidencian una tendencia en aumento y significativa de los EH e IQ por CCR. Esto sumado al aumento de la mortalidad, permiten inferir un sostenido aumento de la incidencia y permitirán realizar mejores estimaciones del impacto del CCR a nivel nacional.

**VARIACIÓN DE LA TENDENCIA ASCENDENTE DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER COLORRECTAL SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA Y GÉNERO.**

*Drs. A.J. Zarate, FT. Alonso, ML. Garmendia, F. López-Köstner.*

Unidad de Coloproctología. Clínica las Condes. Escuela de Salud Pública. Universidad de Chile. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos.

Introducción: La mortalidad por cáncer colorrectal CCR ha aumentado a más del doble en las últimas décadas en Chile. A nivel mundial esta tendencia varía según el grado de desarrollo de los países, relacionando en algunos estudios el aumento de la mortalidad a la población urbana.

Objetivo: Analizar la mortalidad por CCR según área de residencia y género.

Métodos: Estudio de series de tiempo, diseñado para estudiar la tendencia de la mortalidad por CCR. Se obtuvo los datos desde el Ministerio de Salud de Chile. Se seleccionaron los casos según los códigos de CIE-10. Se analizó la mortalidad según área de residencia urbana o rural, siendo rural si la población que habita el lugar es menor a 2.000 personas y 50% de esas personas trabaja en actividades secundarias o terciarias. Los datos crudos, fueron estandarizados por método directo usando la población estándar según la organización mundial de la Salud. El período de estudio comprendió los años 2002 a 2008. En la evaluación de las tendencias temporales se utilizó el modelo de Prais Winsten.

Resultados: En el período descrito la tasa ajustada de mortalidad por CCR es de 8,39/100.000 en hombres y 7,96/100.000 habitantes en mujeres. Para CC la tasa de mortalidad fue de 6,04/100.000 y de 5,61/100.000 en hombres y mujeres, respectivamente. La tasa se modificó en hombres y mujeres según área de residencia, siendo en hombres de 6,57 y 3,71 en área urbana y rural, respectivamente. En mujeres varió de 5,84 en área urbana a 3,98 en área rural. Para CR la tasa de mortalidad fue de 2,35/100.000 y de 1,54/100.000 en hombres y mujeres, respectivamente. La tasa se modificó en hombres y mujeres según área de residencia, siendo en hombres de 2,53 y 1,54 en área urbana y rural, respectivamente. En mujeres varió de 1,6 en área urbana a 1,13 en área rural. Al considerar el área

rural como referencia, el residir en un área urbana posee un riesgo relativo de mortalidad de 1,61 para CC y de 1,55 para CR. Al considerar como referencia el género femenino el ser hombre implica un riesgo relativo de mortalidad de 0,75 para CC y de 1,07 para CR.

Conclusión: La mortalidad por CC y CR se incrementa en áreas de residencia urbana. Esta tendencia es más marcada para el CC y en el género masculino.

#### RESECCIÓN TRANSANAL DE NEOPLASIAS RECTALES A TRAVÉS DE TRÓCAR ÚNICO.

*Drs. F. López-Kostner, C. Wainstein, U. Kronberg, A.J. Zárate, C. Estay.*

Unidad de Coloproctología. Clínica las Condes.

Introducción: La resección de tumores rectales en estadios tempranos, presenta variadas alternativas y una de las más utilizadas es la resección transanal. Esta técnica se ve limitada por su visión y presenta resultados variables acerca de su seguridad oncológica. En pacientes con una neoplasia rectal incipiente, se ha descrito cirugía mediante un trócar único a través del ano, luego de un protocolo de selección.

Objetivo: Analizar los resultados quirúrgicos de pacientes sometidos a resección transanal a través de trócar único.

Métodos: Estudio transversal. Se seleccionaron los pacientes desde la base de datos prospectiva de cirugía colorrectal de la unidad de coloproctología de Clínica las Condes, entre Septiembre 2011 y Febrero 2012. Se incluyeron los pacientes sometidos a abordaje transanal mediante un puerto único e instrumental laparoscópico. Se analizaron los datos demográficos, quirúrgicos, anatomopatológicos y el seguimiento a corto plazo.

Resultados: En el período mencionado se operaron 5 pacientes por la técnica descrita, 3 mujeres y 2 hombres. La edad promedio fue de 60 años (r: 44 - 70 años). La indicación de cirugía estuvo dada por la sospecha de carcinoma rectal, adenoma vellosos y pólipos rectales recidivados en 3, 1 y 1 paciente, respectivamente. 3 pacientes tenían antecedentes de resección endoscópica de pólipo rectal, siendo en 2 de ellos una resección incompleta con biopsia positiva para carcinoma rectal, el tercero tenía una recidiva de adenoma. Las lesiones se ubicaron en 80% de los casos en recto inferior y 1 paciente en recto medio. La duración promedio de la cirugía fue de 48,8 minutos (r: 39 - 65 minutos). La estadía postquirúrgica fue de 1 día en 2 pacientes y de 2 días en 3 pacientes. Un paciente presentó rectorragia al quinto día postoperatorio, realizándose hemostasia vía endoscópica satisfactoria. El resultado de la anatomía patológica evidenció en 2 casos tumor carcinoma, en 2 casos adenoma vellosos (uno con displasia moderada y otro severa) y un pólipo hiperplásico. En todos los casos la pieza operatoria demostró bordes quirúrgicos libres de lesión, con una pieza que incluía todo el tumor. En el seguimiento a 3 meses no hubo otras complicaciones, ni recidiva local.

Conclusión: La cirugía transanal mediante un puerto único e instrumental laparoscópico es factible y presenta resultados satisfactorios a corto plazo.

#### ADENOCARCINOMA PRIMARIO DE INTESTINO DELGADO CON OBSTRUCCIÓN INTESTINAL Y DESNUTRICIÓN SEVERA.

*Drs. C. Heine<sup>1</sup>, D. Contreras<sup>1</sup>, G. Bascur<sup>1</sup>, E. Mordojovic<sup>1</sup>, R. Fernández<sup>2</sup>, L. Remolina<sup>2</sup>, M. Pabón<sup>1</sup>, E. Melkonian<sup>1</sup>.*

Servicio de Cirugía, Unidad de Coloproctología, Hospital del Salvador – Campus Oriente Universidad de Chile<sup>1</sup>. Servicio de Radiología Hospital del Salvador – USACH<sup>2</sup>.

Introducción: Los tumores de intestino delgado (ID) son infrecuentes alcanzando entre un 0,1-0,3% del total de neoplasias y menos del 2% de los tumores malignos gastrointestinales. De ellos, el adenocarcinoma es el tipo histológico más común con cerca del 40%. El cuadro clínico es con síntomas generalmente inespecíficos por lo que es frecuente el retardo en el diagnóstico lo que disminuye la posibilidad de lograr un tratamiento quirúrgico adecuado que puede ser curativo en un 40-60% de los pacientes.

Objetivo: Dar a conocer el caso de un paciente con un tumor de intestino delgado de difícil manejo preoperatorio del punto de vista nutricional, séptico y quirúrgico.

Paciente y Cuadro clínico: Paciente con antecedentes de DM2 + HTA + ACV. Consulta en Urgencias por cuadro de 4 días de evolución de dolor abdominal, compromiso del estado general, vómitos y ausencia de deposiciones. Dirigidamente refiere baja de peso de 10 kg en 1 mes y alteración de tránsito intestinal desde hacía 8 meses con colonoscopia normal. Se hospitaliza para estudio. Tomografía de abdomen muestra lesión tumoral en yeyuno con engrosamiento parietal concéntrico y signos de obstrucción intestinal a proximal. Presenta importante desnutrición CP por lo que se decide optimizar con nutrición parenteral por 8 semanas (albuminemia ingreso 1,7). Durante este período presentó un IAM s/SDST más cuadro séptico por infección del CVC en 2 ocasiones. Una vez estable se decide cirugía realizándose una laparotomía exploradora y resección de 30 cm de ID conteniendo un tumor a 60 cm de la válvula ileocecal. Se confeccionó una ileostomía en asa con ambos cabos suturados en cara posterior. Presentó un postoperatorio favorable siendo dado de alta al 18º día post operatorio en buenas condiciones. Biopsia pieza operatoria: tumor estenosante de intestino delgado de 7x5 cm tipo adenocarcinoma poco diferenciado que compromete toda la pared del intestino, extendiéndose al tejido adiposo peri intestinal con márgenes negativos. Estudio Inmunohistoquímico: Citoqueratina: positiva en baja proporción, Ki 67: positivo, CD30: Negativo, Antígeno membrana epitelial: positivo intenso confirmándose el diagnóstico de Adenocarcinoma pobremente diferenciado. En la actualidad presenta seguimiento estricto a 8 meses de su cirugía, en buenas condiciones generales y en espera de su reconstitución de tránsito.

Comentarios: Los tumores de ID presentan un desafío en su tratamiento principalmente por los síntomas inespecíficos y por el deterioro nutricional previo a la cirugía lo que hace necesario un manejo multidisciplinario en el pre y postoperatorio.

## TÉCNICA DE ELONGACIÓN INTESTINAL STEP EN INTESTINO CORTO, A PROPÓSITO DE UN CASO

*Drs. R. Fernández, E. Melkonian, E. Mordojovich, D. Contreras, R. Capona, P. Opazo, C. Heine.* Servicio Cirugía, Unidad de Coloproctología, Hospital del Salvador - Campus oriente Universidad de Chile.

**Introducción:** Se considera síndrome de intestino corto cuando existe un remanente intestinal igual o menor a 200 cm. Esto trae como consecuencia una incapacidad de absorber nutrientes básicos. Existen dos técnicas actualmente aceptadas para lograr un aumento en la extensión intestinal, Bianchi y STEP. La técnica STEP es técnicamente la más simple y consiste en disparos con stapler lineal en forma alternativa en el borde mesentérico y en el antimesentérico.

**Objetivo:** Se presenta la técnica de STEP en un paciente con síndrome intestino corto

**Caso Clínico:** paciente sexo masculino 23 años de edad de consulta en S. Urgencia por cuadro de cuatro días de evolución de dolor abdominal en aumento. Se realiza laparotomía exploradora identificándose isquemia mesentérica que compromete intestino delgado, se le realiza resección intestinal quedando con 15 cm desde el Treitz hasta yeyunostomía y 15 cm aprox. de ileon distal mas colon en toda su extensión. Debido a la sospecha de hígado graso es trasladado a nuestro centro para evaluar posibilidad de trasplante intestinal. Durante estudio preoperatorio se identifica déficit de proteína c por lo que se inicia anticoagulación. Paciente se mantiene durante hospitalización con nutrición parenteral total. Se logra un buen estado nutricional a pesar de las pérdidas por yeyunostomía mayor a 2500 cc diarios. No cumple criterios para trasplante por lo que se decide realizar cirugía de alargamiento intestinal. Previo a realizar STEP se lleva a cabo enteroanastomosis. Paciente evoluciona de forma favorable sin complicaciones. Se realiza transito intestinal post cirugía que muestra buen paso de medio de contraste por intestino delgado. Se logra ir disminuyendo aporte de NPT y el aumentar el aporte oral sin repercusiones en el transito intestinal hasta lograr el destete completo de la nutrición parenteral. Actualmente el paciente realiza una rutina de vida normal, no ha requerido nutrición parenteral y presenta transito intestinal de 4 deposiciones diarias.

**Discusión:** La técnica STEP es ideal para pacientes que no califican para trasplante intestinal o en aquellos pacientes en los cuales se quiere disminuir el aporte de NPT debido a complicaciones de esta, como hígado graso. Esta técnica muestra un 80 % de mejoría en pacientes con SIC y solo un 5 % de los pacientes sometidos a STEP requerirán eventualmente un trasplante intestinal. En este caso de intestino extremadamente corto se produjo un resultado muy favorable en calidad de vida y en evitar complicaciones producto del intestino corto.

## DIVERTICULITIS DERECHA PERFORADA EN PACIENTE DE 17 AÑOS. MANEJO CONSERVADOR

*Drs. C. Heine<sup>1</sup>, R. Subiabre<sup>1</sup>, G. Bascu<sup>1</sup>, S. Hott<sup>1</sup>, L. Remolina<sup>2</sup>, M. Pabón<sup>2</sup>, E. Melkonian<sup>1</sup>.* Servicio de Cirugía, Unidad de Coloproctología, Hospital del Salvador - Campus Oriente Universidad de Chile<sup>1</sup>. Servicio de Radiología Hospital del Salvador - USACH<sup>2</sup>.

**Introducción:** La diverticulitis aguda del ciego y del colon ascendente es una patología poco común. Más aún si ocurre en pacientes jóvenes ya que la frecuencia de la enfermedad diverticular se incrementa con la edad. En estos pacientes, el diagnóstico puede ser difícil ya que el cuadro clínico puede ser similar a otros cuadros abdominales más frecuentes como apendicitis o patología ginecológica. El tratamiento conservador ha demostrado ser útil en el manejo de estos pacientes.

**Objetivo:** Dar a conocer el cuadro clínico y los resultados clínicos y de imágenes del tratamiento conservador de una diverticulitis aguda perforada en una paciente menor de 20 años.

**Paciente y Cuadro Clínico:** Paciente de 17 años, sin antecedentes mórbidos previos. Consulta en urgencias por cuadro de 72 horas de evolución de dolor abdominal de inicio súbito en flanco derecho asociado a vómitos y fiebre hasta 38°. Al examen físico destaca T°: 38.3°, FC: 131 lpm y a la palpación un abdomen depresible, con resistencia muscular aumentada en hemiabdomen (signo de blumberg negativo). Exámenes de laboratorio destaca leucocitosis de 16.700 y PCR: 69.2. Resto dentro de límites normales. Ante la duda de cuadro apendicular, se realiza ecografía abdominal que no muestra alteraciones significativas ni líquido libre intraabdominal. La Tomografía de abdomen y pelvis con contraste muestra divertículos en la porción proximal del colon ascendente y un engrosamiento parietal que alcanza los 9 mm, asociado a aumento de la densidad de la grasa pericolónica, algunas burbujas aéreas extraluminales y adenopatías ileocecales (la mayor: 11 mm). La valvula ileocecal y el apéndice son normales. Se hospitaliza con el diagnóstico de diverticulitis aguda derecha perforada. Se decide manejo conservador con reposo intestinal, analgesia y antibióticos endovenosos (Ceftriaxona - Metronidazol) con buena respuesta clínica, disminución del dolor y buena tolerancia a la alimentación oral progresiva. A las 72 horas, se solicita nueva Tomografía de control evidenció disminución del engrosamiento parietal del colon ascendente, menor compromiso de la grasa pericolónica y también disminución de las burbujas y del tamaño de las adenopatías. Completó 10 días de antibióticos endovenosos con buena respuesta clínica y de normalización de los parámetros inflamatorios por lo que se indica el alta quirúrgica quedando en seguimiento en el policlínico de Coloproctología.

**Comentarios:** En casos de diverticulitis derecha perforada en pacientes jóvenes, el tratamiento conservador también ha demostrado ser una buena alternativa de tratamiento. El seguimiento en estos pacientes es importante para detectar nuevos episodios futuros.

MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE LA ENDOMETRIOSIS PERINEAL CON COMPROMISO DEL ESFÍNTER ANAL EXTERNO : REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN.

*Drs. E. Mordojevich, R. Fernández, R. Capona, E. Melkonian, C. Heine, D. Contreras, P. Opazo.*  
Servicio cirugía, Unidad de Coloproctología, Hospital del Salvador - Campus Oriente Universidad de Chile.

**Introducción:** Endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial funcionante fuera de la cavidad uterina y ocurre en el 4-17% de las mujeres en edad reproductiva. La localización anatómica más frecuente son los ovarios, el peritoneo de la pelvis, los ligamentos uterinos y el septo rectovaginal. La localización extra pélvica y la región perineal son menos frecuentes. En el caso del esfínter externo es aún más excepcional. Debido a lo infrecuente de esta enfermedad es que hay pocos casos publicados en la literatura médica. El tratamiento definitivo de la endometriosis perineal es quirúrgico. El estudio y tipo de cirugía a realizar dependerá del compromiso o no del esfínter anal externo.

**Objetivos:** Presentar el manejo multidisciplinario de la endometriosis perineal con compromiso del esfínter anal externo y revisar alternativas terapéuticas descritas en la literatura.

**Materiales y Métodos:** Se presenta un caso clínico del Hospital del Salvador con endometriosis perineal y compromiso extenso del esfínter anal externo tratado farmacológicamente con análogos de GnRh con disminución importante del tamaño tumoral. Posterior a esto se realiza resección completa de la endometriosis con plástia del esfínter anal externo con buen resultado funcional. Se revisan en la literatura 11 artículos de endometriosis perineal, su manejo y resultados.

**Discusión:** La endometriosis perineal es una enfermedad con posibilidad baja pero latente de malignización, es por esto que es necesario un adecuado tratamiento quirúrgico. Además es de vital importancia el estudio del compromiso del esfínter anal externo previo a la cirugía a través de una endosonografía anal para la planificación quirúrgica. La cirugía excisional es el tratamiento de elección en la endometriosis perineal con compromiso del esfínter anal externo. La cirugía con resección parcial de la endometriosis no tiene un fin curativo ya que se observa un 100% de recidiva a pesar el tratamiento farmacológico con análogos de GnRh. No existen revisiones detalladas en la literatura que se refieran a la utilidad de los análogos de GnRh preoperatorios en pacientes con endometriosis y gran compromiso del esfínter anal externo.

**Conclusión:** Es de vital importancia realizar una cirugía excisional para evitar la recidiva. En el caso de tener un gran compromiso del esfínter anal externo, lo que es infrecuente, sería de utilidad iniciar terapia farmacológica con análogos de GnRh previo a la cirugía para disminuir el tamaño tumoral; sin embargo, no existe evidencia en la literatura que lo avale.

CONOCIMIENTO EN POBLACION GENERAL DE LA ESPECIALIDAD DE COLOPROCTOLOGIA EN PACIENTES DE POLICLINICO DE HCUCH.

*Drs. S. López, G. Bocic, C. Domínguez, A. Sanguinetti, M. Díaz, R. Azolas, M. Abedrapo, J.L Llanos, A. Readí, R. Iturriaga, J. Laso, M. Maas*  
Hospital Clínico Universidad de Chile, Departamento de Cirugía.

**Introducción:** Alrededor de un 40% de la población general presentara problemas proctológicos a los largo de su vida. Solo un 20% de este grupo consultará a un especialista, ya sea por falta de conocimiento general o pudor. Su diagnóstico y tratamiento en muchos casos son poco satisfactorios, pudiendo llegar a afectar en forma importante la calidad de vida.

**Objetivos:** Evaluar el conocimiento de la especialidad de coloproctología y aspectos relacionados dentro de la población general.

**Metodología:** Se diseñó un estudio prospectivo en pacientes que acuden al policlínico de especialidades del HCUCH exceptuando coloproctología, entre los meses de mayo y junio del año 2012. Se confeccionó y aplicó una encuesta anónima que comprendía datos demográficos, síntomas y signos proctológicos y conocimiento general de la especialidad. El análisis estadístico se realizó con T de Student, Chi cuadrado e índice de correlación de Pearson según correspondiera.

**Resultados:** En el periodo señalado se entrevistaron a 1170 personas, de estas 688 (58,8%) correspondieron a sexo femenino, el promedio de edad fue 49 años. Los síntomas perianales de dolor, prurito y sangrado se presentan en un 40,8% de la población encuestada, donde el sangrado presenta mayor frecuencia (16,8%), sin hallar diferencias por sexo. Del grupo general encuestado solo un 34,9% de personas conoce la especialidad de coloproctología y de los pacientes con síntomas proctológicos solo un 40% esta en conocimiento de ella. Respecto a cirugía proctológica, el 10,8% de la población encuestada se ha realizado alguna, donde la cirugía de hemorroides es la más frecuente (6,1%), solo habiendo diferencia por sexo estadísticamente significativa en la cirugía de prolapso. Finalmente, dentro de las personas que no han tenido cirugías proctológicas y que no han presentado síntomas relacionados, el 30% dice conocer la especialidad.

**Discusión:** Los resultados señalan un conocimiento relativo de la especialidad dentro de la población encuestada, inclusive dentro del grupo con síntomas proctológicos positivos. Cabe señalar, que un alto porcentaje de personas reconoce presentar o haber presentado algún sintoma o signo proctológico, sin existir diferencias por género. Esto revela probablemente la necesidad de indagar y preguntar dirigidamente acerca de este grupo de patologías para orientar una derivación oportuna al especialista.



## ¿CUÁNDO SOSPECHAR UNA NEOPLASIA DE COLON EN UN CASO DE DIVERTICULITIS AGUDA?

*Drs. D. Ormeño, C. Arenas, M. Fernández, J. Irrarázaval, M. Castro, A. Larach, L. Espíndola*  
Equipo de Coloproctología, Servicio de Cirugía Hospital Militar de Santiago, Servicio de Imagenología Hospital Militar de Santiago, Facultad de Medicina Universidad de los Andes.

**Introducción:** la sobreposición diagnóstica de diverticulitis y neoplasia de colon se describe hasta en un 50% de las tomografías computadas de abdomen y pelvis (TAC AP) solicitadas para la evaluación de un cuadro diverticular agudo. La longitud del segmento colónico comprometido menor a 10 cm, la presencia de adenopatías y la evidencia de complicación (absceso, fistula, perforación) son hallazgos tomográficos que se relacionan con mayor frecuencia a cáncer colorrectal en pacientes con diagnóstico inicial de diverticulitis aguda. **Objetivo:** presentar dos casos con diagnóstico inicial de diverticulitis aguda complicada cuyo diagnóstico postoperatorio fue cáncer de colon y realizar una revisión bibliográfica de la literatura publicada al respecto. **Caso clínico 1:** paciente hombre de 56 años, consulta por dolor en hipocondrio izquierdo. Se solicita TAC AP donde se diagnostica diverticulitis del ángulo esplénico de 6 cm de longitud con ganglios linfáticos pericolónicos asociados. Inicia tratamiento antibiótico, con mala respuesta, presentando una colección pericolónica y burbujas extraluminales. Se instala un drenaje percutáneo, evolucionando tórpidamente, por lo cual se realiza una hemicolectomía izquierda. La anatomía patológica demostró una adenocarcinoma colónico. **Caso clínico 2:** paciente mujer de 66 años, consulta por dolor en fosa iliaca izquierda. Se solicita TAC AP que evidencia diverticulitis aguda con perforación contenida a nivel de colon sigmoides con extensión de 4.5 cm y linfonodos pericolónicos adyacentes. Se realiza sigmoidectomía. El estudio histológico de la pieza operatoria fue compatible con adenocarcinoma de colon. **Discusión:** ambos casos con diagnóstico inicial de diverticulitis aguda se presentaron con perforación de colon, linfonodos pericolónicos y segmento colónico involucrado corto, características imagenológicas sugerentes de cáncer de colon según lo descrito en la literatura. Se recomienda tomar en consideración estos hallazgos tomográficos y realizar estudio colonoscópico diferido a todos los pacientes con antecedente de diverticulitis aguda complicada.

## LEIOMIOSARCOMA DE RECTO: CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

*Drs: G. Guiñez, C. Villalón, J. Hernández, A. Cuneo, C. Jensen, P. Soffía, V. Sanhueza. Ints: J. Aguayo, M. Frings.*

Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Clínica Alemana -Universidad del Desarrollo

**Introducción:** Los leiomiomas (LMS) son el tumor no epitelial más frecuente del tubo digestivo, sin embargo, son tumores extremadamente infrecuentes, representando solo en 0,1% de las neoplasias malignas de éste. Corresponden a neoplasias originadas de células de músculo liso de las paredes del tubo digestivo y la localización rectal se presenta en el 11% de los casos, aunque representan menos del 1% de los tumores malignos colorrectales. Se presenta el diagnóstico y manejo del caso clínico de una paciente de 53 años que tras un año de síntomas se diagnostica un LMS de recto. **Caso clínico:** Paciente de sexo femenino de 53 años, tabáquica, con cuadro de 1 año de evolución de dolor perianal, pujo y 3 episodios de rectorragia. Al tacto rectal a 4 cm del margen anal se palpa masa de 2 cm. de consistencia aumentada y superficie irregular.

Se solicitó colonoscopia donde se evidenció una lesión solevantada de 2-3 cm, de superficie irregular. El estudio histológico e inmunohistoquímico concluye características compatibles con LMS rectal. Se realiza estudio de etapificación con TAC y RNM identificando una masa tumoral a 6 cm del margen anal de carácter polipoideo, implantada sobre la cara posterior de la pared rectal, sin compromiso de la grasa perirrectal y 3 adenopatías sospechosas. No se observaron metástasis a distancia.

Dados estos hallazgos se decide realizar una resección anterior baja por vía abierta y anastomosis termino-terminal a 4 cm del margen anal con sutura mecánica e ileostomía de protección.

En el postoperatorio evoluciona favorablemente con disminución del dolor, restablecimiento del tránsito gastrointestinal, por lo que se decide alta. **Discusión/Conclusión:** El LMS rectal es un tumor extremadamente infrecuente existiendo alrededor de 300 casos reportados en la literatura desde 1908, cuyo tratamiento no esta claramente definido. Los síntomas más frecuentes son la rectorragia, el dolor perianal y alteraciones del tránsito gastrointestinal.

En su diagnostico es fundamental el análisis inmunohistoquímico.

La resección con márgenes negativos amplios pareciera ser el tratamiento de elección dado la elevada recidiva en pacientes manejados con excisión local. La utilidad de terapias adyuvantes no ha logrado ser demostrada.

Su pronóstico se ve empeorado en pacientes con tumores de gran tamaño y alto grado histológico, por lo que la resección amplia en estos casos debiera ser la norma.

Esperamos que nuestro enfrentamiento contribuya al desarrollo del tratamiento de esta patología, principalmente al evaluar los resultados de sobrevida y sobrevida libre de enfermedad en su seguimiento.

“¿ES LA EDAD UN FACTOR DE RIESGO EN CIRUGÍA POR CÁNCER COLORRECTAL?. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO ENTRE LOS AÑOS 2008 A 2012.

*Drs. J. Fuenzalida Sch, J. Francisco López, M. Fernández, J. Irarrazaval, D. Arbuló, A. Laso, R. Vergara, L. Espíndola, A. Larach.*

1: Residente Cirugía Universidad de los Andes. 2: Residente Urología Universidad de los Andes. 3: Equipo Coloproctología Servicio de Cirugía Hospital Militar de Santiago. 4: Interna Medicina Universidad de los Andes. 5: Alumno Medicina Universidad de los Andes.

**Introducción:** La población de pacientes mayores de 85 años ha ido aumentando en el último tiempo, llegando cada vez en mejores condiciones a esta edad, lo que hace planteable la cirugía para cáncer colorrectal en este grupo de pacientes. Las condicionantes para este tipo de cirugía serían la contención de gastos y evitar el exceso del esfuerzo terapéutico en un grupo de pacientes que ya superaron la expectativa de vida media de la población general. En el caso de tumores localmente avanzados o con enfermedad metastásica a distancia hay evidencia de que en este grupo de pacientes se puede realizar resección curativa o paliativa y quimioterapia. El objetivo de este estudio es evaluar si la edad avanzada es un factor de riesgo para complicaciones por cirugía por cáncer colorrectal, específicamente filtración y estenosis de la anastomosis, complicaciones pulmonares, cardiológicas, vasculares e infecciosas. **Materiales y métodos:** Se revisaron los registros clínicos de la totalidad de pacientes operados por cáncer de colon y recto en el Hospital Militar de Santiago entre el 1 de Enero de 2008 hasta 31 de Marzo de 2012. Se consideraron sólo pacientes con registro y seguimiento completo. Se registraron datos

demográficos y antecedentes mórbidos (Diabetes Mellitus, HTA, DHC y Enfermedad coronaria). También se consideró el uso de neoadyuvancia, ileostomía de protección y vía de abordaje (laparoscópica o abierta). Se consideraron como complicaciones Síndrome coronario agudo, Arritmias, TEP, TVP, Filtración de anastomosis, Estenosis de anastomosis, infección de herida operatoria, neumonía y atelectasia. Se realizaron pruebas no paramétricas para las variables continuas y regresión logística para las variables dicotómicas. **Resultados:** Se realizaron 185 cirugías por cáncer colorrectal en el período estudiado, se descartaron 62 pacientes por registro incompleto o por falta de seguimiento. La mediana de edad fue 71 años (RIC 59-78); los pacientes mayores de 70 años fueron 65. La tasa de complicaciones fue de 29,6% en general y 11% para filtración de anastomosis. La mediana de edad en el grupo que presentó alguna complicación fue 71 años (RIC 58-81), mientras que en los pacientes sin complicaciones fue 69 años (RIC 59-78), sin observarse una diferencia significativa entre ambos grupos ( $p=0,36$ ). Se analizó la tasa de complicaciones por grupos de edad: mayores de 70 años OR 1,49 IC95%: 0,72-3,06; mayores de 75 años OR 1,59 IC95%: 0,75-3,29; mayores de 80 años OR 1,57 IC95%: 0,67-3,71; mayores de 85 años OR 1,35 IC 95%: 0,37-4,94. Se identificó que el ser mujer era el único factor de riesgo para complicación (OR 2,2 IC95%:1,06-4,56). La edad no se correlaciona con una mayor tasa de filtración ( $p=0,35$ ), estenosis ( $p=0,56$ ). En cuanto a días de hospitalización hubo una pequeña diferencia estadísticamente significativa (IRR: 1,008 IC95%: 1,004-1,012).

**Conclusión:** En la presente serie de pacientes, la edad avanzada no es un factor de riesgo para complicaciones en cirugía por cáncer colorrectal y sí lo es para una hospitalización más prolongada.

### USO DE VAC (VACUUM-ASSISTED CLOSURE) EN EMPIEMA CRÓNICO TRATADO CON TORACOSTOMÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

*Drs. J. Rojas, C. Moyano, F. Benavides, R. Valenzuela, H. Álvarez*  
Hospital San Juan de Dios, Universidad de Chile

El tratamiento quirúrgico del empiema sigue siendo un tema controversial en la actualidad. Cuando los Antibióticos y la pleurostomía no logran curar la infección, esta indicado el drenaje quirúrgico, desbridamiento y decorticación seguido por el cierre del tórax mas pleurostomía. Sin embargo, cuando la infección no puede ser erradicada con estas técnicas estándar, la toracostomía puede ser el último recurso. Así la cavidad torácica mantiene un drenaje continuo prolongado en el tiempo. Y una vez eliminada la infección, la pared torácica puede ser reparada en forma diferida con diversas técnicas.

Actualmente, el sistema de cierre asistido por vacío (VAC) ha revolucionado el tratamiento de heridas infectadas en varias áreas del cuerpo. Se asocia con un rápido desbridamiento y el aumento de formación de tejido de granulación. Sin embargo, la aplicación de esta técnica en los defectos de la pared torácica esta poco descrito en la literatura.

Presentamos un caso de un paciente de 40 años, que consulta en Marzo 2011 con síntomas de Neumonía. En Radiografía de tórax se evidencia derrame pleural derecho, puncionado. Compatible con empiema pleural. Se realiza pleurostomía. Presentando una mala evolución clínica, por lo que se decide resolución quirúrgica. En esta ocasión se realiza toracotomía, aseo quirúrgico, decorticación pleuropulmonar y drenaje. Dado de alta en esa fecha en buenas condiciones.

Un año después, vuelve a consultar por similar sintomatología, agregándose sudoración nocturna y salida de material purulento por cicatriz de pleurostomía antigua. Se inicia estudio con Radiografía y TC, la cual es compatible con derrame pleural tabicado. Se decide instalación de pleurostomía, compatible con empiema. Se decide conducta quirúrgica. Donde se evidencia pleura engrosada, dura y adherida a pared costal y diafragma. Parénquima pulmonar de difícil distinción e infranqueable. Dado a la imposibilidad de decorticar y lograr la expansión pulmonar, sumado a la alta sospecha de TBC se decide realizar Toracostomía, con una cavidad de mas menos 1500 cc de volumen. Se instala un drenaje tipo VAC. Con aseos quirúrgicos programados cada 48 horas. Sumado a una notable mejoría clínica, y presentando una reducción progresiva del volumen de la cavidad en un tiempo de 3 semanas, logrando al momento del alta un volumen aproximado de 20 cc, sumado a un defecto mínimo de la pared. Paciente a la fecha, luego de 2 meses de la cirugía se mantiene en controles seriados, con defecto mínimo y hasta ahora no impresiona requerir reconstrucción de pared.

### EXPERIENCIA EN CIRUGIA PULMONAR POR TUBERCULOSIS EN HOSPITAL DE COQUIMBO.

*Drs. M. Rojas<sup>1</sup>, F. Gallardo<sup>2</sup>, P. Rios<sup>1</sup>, R. Sagredo<sup>1</sup>, L. Gonzalez<sup>1</sup>, M. Häberle<sup>3</sup>, M. Zambra<sup>3</sup>, J. Arcos<sup>4</sup>*

<sup>1</sup> Cirujano Hospital San Pablo Coquimbo

<sup>2</sup> Broncopulmonar Hospital San Pablo Coquimbo

<sup>3</sup> Residente Cirugía Universidad Católica del Norte

<sup>4</sup> Interno Universidad Católica del Norte Hospital San Pablo Coquimbo

**Introducción:** La tuberculosis pulmonar (TP) es una enfermedad infecto contagiosa que presenta una incidencia de 13,6/100.000 habitantes en Chile. Epidemiológicamente corresponde a una situación de "umbral de eliminación" que nos sitúa entre los 4 países dentro de las Américas en esta condición. Las complicaciones asociadas son principalmente las infecciones pulmonares y la hemoptisis de diversa gravedad. En nuestro medio recibimos enfermos en que se ha indicado cirugía debido a hemoptisis a repetición, empiema pleural e infecciones crónica. El objetivo de este trabajo es revisar nuestra experiencia en la resección quirúrgica de pacientes con secuelas pulmonares por TP en nuestro centro. **Material y Método.**

Estudio descriptivo de una serie de 9 casos del Servicio de Cirugía del Hospital de Coquimbo entre los años 2000 al 2011 que requirieron cirugía por secuelas de TP. Se obtuvo información de las fichas clínicas, protocolos operatorios, revisión de cultivos de tejidos y de biopsias, morbilidad, mortalidad de las cirugías y evolución.

**Resultados:**

Se trata de 9 enfermos con un promedio de edad de 50 años; Todos los enfermos con TP documentada y presentaban secuelas pulmonares con bronquiectasias en a lo menos un lóbulo. Los motivos de consulta son Hemoptisis recurrente e infecciones pulmonares a repetición siendo 6 de los casos de extrema ruralidad; en 1 de ellos había destrucción completa pulmonar derecha y en el otro compromiso de un lóbulo pulmonar con una caverna complicada con micetoma. Un enfermo requirió una neumonectomía derecha. En 4 casos se realizó lobectomía por bronquiectasias que destruían un lóbulo pulmonar. En otros tres casos se realizó una segmentectomía pulmonar atípica. Un enfermo con empiema pleural se resolvió por VATS. Complicaciones se presentaron en 2 enfermos y corresponden a Fístula bronco pleurales. No hubo mortalidad en este grupo de enfermos.

**Discusión:**

La TP es una enfermedad infecto contagiosa que ha recobrado importancia debido a la aparición de gérmenes multiresistentes y el VIH. Nuestro país ha tenido una curva de incidencia en disminución. Sin embargo aún persisten enfermos con secuelas

anatómicas pulmonares que condicionan un problema de salud. La mayor causa de consulta por estos problemas son hemoptisis a repetición, infecciones a repetición, sumado esto a un mal estado nutricional que conllevan estos procesos infecciosos crónicos. En la actualidad la cirugía permanece como alternativa de tratamiento en estos enfermos con falla del manejo médico. En estos casos la cirugía se resume en la resección de lesiones que contienen cargas importantes de bacilos y/o que produzcan hemoptisis, empiemas, fistulas bronco-pleural y presencia de gérmenes multi resistentes. La ruralidad ha contribuido en la decisión quirúrgica, donde el manejo quirúrgico ha resultado en un procedimiento con mejor relación coste efectivo. Hemos tenido 2 complicaciones mayores, reportándose en la literatura una morbilidad aceptable hoy en día hasta un 20% en distintas series.

**CASO CLÍNICO: TUMOR FIBROSO SOLITARIO DE LA PLEURA ASOCIADO A SÍNDROMES PARANEOPLÁSICOS**  
*Drs. F. León, F. Bannura, M.E. Solovera, P. Salas.*  
Departamento de Cirugía de Tórax, Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile

**Introducción:** Los Tumores Fibrosos Solitarios de la Pleura (TFSP) son neoplasias infrecuentes. Son consideradas lesiones benignas en general, pero poseen potencial maligno dependiendo de su histología. Se manifiestan habitualmente por sintomatología respiratoria o compresiva, asociándose en menos del 5% de los casos a algunas manifestaciones paraneoplásicas tales como la hipoglicemia (Síndrome de Doege-Potter) e hiperostosis de huesos largos (osteotropatía hipertrófica pulmonar).

Se presenta el caso clínico de un varón de 60 años sin antecedentes mórbidos, que consulta en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile por presentar hace 2 meses episodios reiterados de desorientación, agitación psicomotora y conductas inapropiadas. Se asocia además a tos productiva y baja de peso de 12 kilos en 6 meses, junto con dolor en extremidades inferiores y aumento de volumen de falanges distales de ambas manos. Al examen físico destaca plétora facial, abolición del murmullo pulmonar a derecha e hipocratismo digital. Se realiza estudio con radiografía y tomografía computada de tórax que revelan un gran tumor extrapulmonar en hemitórax derecho, que mide 20 por 18 cm y produce efecto de masa. Exámenes generales son normales, salvo glicemia de 24 mg/dl y VHS elevada. Estudio endocrinológico con insulinemia, cortisol y péptido C son normales. Estudio neurológico normal, radiografías de huesos largos y manos revelan hiperostosis ósea difusa. Se maneja hipoglicemia con infusión continua de glucosa y lesión se estudia mediante biopsia percutánea con aguja gruesa, la cual es compatible con un TFSP. Se realiza resección tumoral por toracotomía logrando ser extraído en su totalidad, sin necesidad de resección de parénquima pulmonar. Biopsia definitiva confirma diagnóstico de TFSP benigno, con bajo índice mitótico y escasa necrosis focal.

Paciente evoluciona satisfactoriamente, resolviéndose episodios de hipoglicemia en forma espontánea y sin presentar nuevos episodios de alteraciones conductuales, por lo que se va de alta al octavo día postoperatorio sin complicaciones.

Seguimiento del paciente a los 4 meses de cirugía no ha presentado nuevos episodios de hipoglicemia, se encuentra asintomático del punto de vista respiratorio y con resolución progresiva del hipocratismo digital y dolores de extremidades. Radiografías de tórax de control seriadas sin evidencias de recidiva ni otras complicaciones. Conclusiones: Los TFSP son una patología inhabitual, se pueden presentar con una gran variedad de síndromes paraneoplásicos asociados que deben llevar a la sospecha diagnóstica. Su tratamiento consiste en la resección completa del tumor para evitar su recidiva y además lograr la resolución de dicha sintomatología asociada.

**PAPILOMATOSIS TRAQUEAL CON OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA. CASO CLÍNICO**

*Drs. P. Salas, R. Castillo, F. Bannura, M.E. Solovera*  
Sección de Tórax, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

**Introducción.** La papilomatosis traqueal es poco frecuente y rara vez compromete el pulmón. Caso Clínico: Mujer de 62 años, con antecedentes de cardiopatía coronaria (2 angioplastias coronarias con stent), diabetes tipo 2, hipertensión arterial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Consulta por cuadro de 6 meses de neumonías a repetición con respuesta parcial al tratamiento antibiótico más deterioro de capacidad funcional hasta presentar disnea de reposo y requerir oxígeno domiciliario.

Se realiza tomografía axial computada (TAC) tórax que muestra tumor obstructivo en carina principal. La fibrobroncoscopia muestra lesión exofítica en carina principal con compromiso del origen del bronquio fuente derecho (BFD). Es derivada al Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica con disnea de reposo y ortopnea, con saturación de oxígeno de 88% con 3 lx'.

Un PET-CT tórax confirma tumor endobronquial en carina principal y origen de BFD de 2,7 cm que determina extenso compromiso post obstructivo de lóbulo medio e inferior derechos asociado a múltiples focos de condensación. Presenta conglomerados de adenopatías subcarinales y precarinales de 4,5 cm con aumento de la captación del radiotrazador (SUV 5,8).

La broncoscopia rígida confirma tumor endobronquial, exofítico en carina principal y origen del BFD, determinando obstrucción del 75% del lumen. Se reseca completamente, obteniendo lumen permeable en carina, pero el BFD presenta compresión extrínseca casi completa, por lo que se coloca prótesis metálica autoexpandible recubierta. La biopsia informa un papiloma traqueal con signos de infección por virus papiloma humano, sin evidencia de neoplasia.

Al décimo día post operatorio se realiza TAC de tórax que muestra disminución de atelectasias y condensación del parénquima pulmonar asociado a disminución del tamaño de las adenopatías mediastínicas. Al día 25 post operatorio se realiza TAC de tórax que no muestra adenopatías, casi completa resolución de las condensaciones y atelectasias, pero aparecen nódulos pulmonares (3) bilaterales de hasta 1 cm con cavitación central. La paciente se da de alta en buenas condiciones, sin necesidad de oxígeno suplementario, con tratamiento antibiótico vía oral.

Discusión: La papilomatosis de la vía aérea tiene una incidencia de 1/100.000 personas, un 5% con compromiso traqueal y 1% con compromiso pulmonar.

La vía de transmisión es durante el parto o sexual y está asociada a infección por virus papiloma humano 6 y 11 principalmente. Menos de 1% desarrolla cáncer.

Se presenta un caso de papilomatosis traqueal con obstrucción de la vía aérea y probable compromiso pulmonar (nódulos cavitados) manejado exitosamente con resección más prótesis.

**CASO CLÍNICO: TUMOR FIBROSO SOLITARIO DE LA PLEURA ASOCIADO A SÍNDROMES PARANEOPLÁSICOS**  
*Drs. F. León, F. Bannura, M.E. Solovera, P. Salas.*  
Departamento de Cirugía de Tórax, Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: Los Tumores Fibrosos Solitarios de la Pleura (TFSP) son neoplasias infrecuentes. Son consideradas lesiones benignas en general, pero poseen potencial maligno dependiendo de su histología. Se manifiestan habitualmente por sintomatología respiratoria o compresiva, asociándose en menos del 5% de los casos a algunas manifestaciones paraneoplásicas tales como la hipoglicemia (Síndrome de Doege-Potter) e hiperostosis de huesos largos (osteootropatía hipertrófica pulmonar).

Se presenta el caso clínico de un varón de 60 años sin antecedentes mórbidos, que consulta en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile por presentar hace 2 meses episodios reiterados de desorientación, agitación psicomotora y conductas inapropiadas. Se asocia además a tos productiva y baja de peso de 12 kilos en 6 meses, junto con dolor en extremidades inferiores y aumento de volumen de falanges distales de ambas manos. Al examen físico destaca plétora facial, abolición del murmullo pulmonar a derecha e hipocratismo digital. Se realiza estudio con radiografía y tomografía computada de tórax que revelan un gran tumor extrapulmonar en hemitórax derecho, que mide 20 por 18 cm y produce efecto de masa. Exámenes generales son normales, salvo glicemia de 24 mg/dl y VHS elevada. Estudio endocrinológico con insulinemia, cortisol y péptido C son normales. Estudio neurológico normal, radiografías de huesos largos y manos revelan hiperostosis ósea difusa. Se maneja hipoglicemia con infusión continua de

glucosa y lesión se estudia mediante biopsia percutánea con aguja gruesa, la cual es compatible con un TFSP. Se realiza resección tumoral por toracotomía logrando ser extraído en su totalidad, sin necesidad de resección de parénquima pulmonar. Biopsia definitiva confirma diagnóstico de TFSP benigno, con bajo índice mitótico y escasa necrosis focal.

Paciente evoluciona satisfactoriamente, resolviéndose episodios de hipoglicemia en forma espontánea y sin presentar nuevos episodios de alteraciones conductuales, por lo que se va de alta al octavo día postoperatorio sin complicaciones.

Seguimiento del paciente a los 4 meses de cirugía no ha presentado nuevos episodios de hipoglicemia, se encuentra asintomático del punto de vista respiratorio y con resolución progresiva del hipocratismo digital y dolores de extremidades. Radiografías de tórax de control seriadas sin evidencias de recidiva ni otras complicaciones. Conclusiones: Los TFSP son una patología inhabitual, se pueden presentar con una gran variedad de síndromes paraneoplásicos asociados que deben llevar a la sospecha diagnóstica. Su tratamiento consiste en la resección completa del tumor para evitar su recidiva y además lograr la resolución de dicha sintomatología asociada.

**HERNIA DIAFRAGMÁTICA POR VIDEOTORACOSCOPIA, EXPERIENCIA INICIAL**

*Drs. G. Cardemil, J. Salguero, G. Fernandez, D. Rodriguez, C. Dominguez, M. Mass, J. Laso*  
Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: La hernia diafragmática (HD) es un cuadro que requiere un alto nivel de sospecha clínica, en el cual las vías de abordaje son diversas, la videotoracoscopia es una técnica que se perfila como una opción segura en cierto grupo de pacientes. Tradicionalmente en HD traumáticas agudas el abordaje de elección es vía abdominal debido a la posibilidad de explorar la cavidad abdominal, en cambio en las crónicas es por vía torácica. En nuestro centro tenemos una experiencia inicial en el abordaje por videotoracoscopia en este grupo de paciente. En esta revisión se presenta la experiencia y resultados obtenidos por esta técnica.

Material y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de las fichas de pacientes operados con esta técnica en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, en el período entre 2004-2012.

Resultados: La revisión comprendió 10 pacientes de los cuales 7 eran hombres y 3 mujeres. La edad promedio fue 48,5 años (rango 28-72). En 6 pacientes había antecedente de traumatismo previo, 4 cerrados y 2 abiertos. El tiempo de evolución desde el antecedente de trauma fue de 104 meses en promedio (rango 12-300 meses). 4 pacientes no presentaban antecedente de traumatismo. Un 30% de los pacientes operados eran asintomáticos al momento de la cirugía, el 70% restante presentaban síntomas con una duración promedio de 21,33 meses (rango 1-96 meses). 5 presentaban Dolor torácico, 4 síntomas

respiratorios y 2 síntomas digestivos. 9 pacientes presentaban estudio preoperatorio con TAC de tórax y RNM de tórax en 1 paciente. El tiempo operatorio fue de 133 minutos (rango 60-180 minutos), en 2 pacientes se requirió una minitoracotomía de apoyo y en 1 caso se convirtió a toracotomía. En cuanto al cierre del defecto herniario en 5 casos se suturó el diafragma directamente con Prolene (3) y Ethibond (2) y en los otros 5 casos se utilizó una malla de Prolene. En 4 pacientes se realizó una laparoscopia exploradora una vez terminada la videotoracoscopia. Del total de pacientes operados 1 presentó como complicación postoperatoria perforación de colon. El postoperatorio promedio fue de 6,3 días de (rango 2-27 días). No hubo morbilidad en los casos reportados.

Conclusión: Se presenta a la videotoracoscopia en la hernia diafragmática como un método terapéutico seguro, mínimamente invasivo y con una breve estadía hospitalaria.

#### MÚLTIPLES PRIMARIAS PULMONARES, REPORTE DE 2 CASOS

*Drs. C. Hevia S, R. Berríos, M. Parra, J. Ortega.*  
Servicio de Cirugía Hospital Padre Alberto Hurtado;  
Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo

Objetivos: Los cánceres pulmonares sincrónico y metacrónicos son poco frecuentes. El objetivo de este trabajo es presentar 2 pacientes con 3 cánceres pulmonares de distinta histología.

Materiales y método: análisis retrospectivo de 2 pacientes con 3 cánceres pulmonares distintos. Fueron revisadas imágenes, historia clínica y la histopatología.

Caso 1: Hombre de 67 años. Antecedentes de HTA, DM, ICC, EPOC tabáquico. Consulta por cuadro de tos y baja de peso no cuantificada. Se realiza TAC tórax (2011) que evidencia masa de 4cm en LSI y nódulos pulmonares en LII y LSD. Se realiza resección segmentaria (marzo 2011) de las lesiones izquierdas. Biopsia: LSI adenocarcinoma mal diferenciado CK7(+) CK20(-) TTF-1(++). LII linfonodos reactivos. Resección segmentaria de nódulo derecho (abril 2011) adenocarcinoma acinar con áreas de células claras con diferenciación nueva lesional. Durante el seguimiento se identifica nueva lesión en LSI la cual es reseada mayo 2012 biopsia: adenocarcinoma mucinosoinmunohistoquímica CK7(+) CK20(-) TTF-1(+).

Caso 2: Mujer 77 años con antecedentes de HTA, tabaquismo activo. Consulta por cuadro de tos con expectoración de 1 mes de evolución. Por antecedente tabáquico se solicita TAC que evidencia masa en LSD de 2 cm. Se realiza lobectomía de LSD y linfadenectomía (marzo 2004) Biopsia: adenocarcinoma bien diferenciado linfonodos (-). Durante seguimiento paciente presenta lesión en vidrio esmerilado LSI. Se decide seguimiento, por aumento de tamaño de ésta, se decide resección (febrero 2011) Biopsia: adenocarcinoma con patrón bronquiolo-alveolar. Posteriormente junio 2012 TAC control se evidencia nódulo en LII se realiza resección segmentaria biopsia: adenocarcinoma papilar bien diferenciado con componente bronquiolo-alveolar no mucinoso.

Conclusión: la incidencia acumulada de un segundo primario de origen pulmonar está estimada en un 16% a lo largo de la vida, en aquellos pacientes con resección quirúrgica del primer tumor. Nosotros presentamos estos 2 casos de pacientes con 3 cánceres de origen pulmonar con histología diferentes

## Poster: HERNIA

---

SOPORTE DE LAXITUD ABDOMINAL EN D I S T R O F I A M U S C U L A R FASCIOESCAPULOHUMERAL. REPOTE DE UN CASO.

*Drs. M. Figueroa, J. Rappoport, M. Albán, J. Silva, J. Carrasco*

Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

**Introducción:** La distrofia muscular fascioescapulohumeral (DMFEH) es la tercera causa más frecuente de distrofia muscular autosómica dominante, afectando a 1 en 20000 individuos. La edad de presentación habitual es durante los 20 años, manifestándose como paresia asimétrica facial, escapular y/o humeral, que progresivamente puede comprometer la pared abdominal. No existe terapia curativa, sólo de soporte.

**Objetivo:** Reportar el manejo quirúrgico y los beneficios a corto y largo plazo del refuerzo abdominal protésico con malla de polipropileno en laxitud abdominal de DMFEH.

**Caso clínico:** ZAC, mujer de 50 años, con diagnóstico de DMFEH desde los 20 años de edad, debuta con debilidad abdominal y posteriormente paresia escapulohumeral y crural, comprometiendo la marcha y actividades de la vida diaria. Sometida a refuerzo de diastasis de rectos con malla de polipropileno longitudinal y lipoabdominoplastía en 2006, evoluciona con necrosis de colgajo dermograso suprapúbico. Actualmente reingresa por nueva laxitud abdominal difusa e importante inestabilidad en la marcha. Se realiza plicatura de planos musculoaponeuróticos y refuerzo con 2 mallas de polipropileno de 30 x 30 cm en faja supraponeurótica. En el postoperatorio inmediato destaca mayor estabilidad abdominal y de la marcha, sin embargo, evoluciona con epidermolisis de colgajo dermograso suprapúbico el cual requiere curaciones simples y cámara hiperbárica. En controles alejados presenta sitio operatorio sin conflicto y estabilidad abdominal y de marcha persistente.

**Discusión:** La DMFEH es una entidad relativamente infrecuente, con amplia variabilidad de presentación incluso en familiares directos, clásicamente los hombres mayores de edad son quienes presentan mayor sintomatología. El compromiso de la musculatura abdominal como síntoma predominante es infrecuente, en oposición al caso expuesto. El empleo de mallas de polipropileno ha demostrado no sólo reforzar defectos de la pared abdominal sino que permiten modelar el contorno de la misma, en este contexto su utilización como faja supraponeurótica en laxitud muscular abdominal permitiría estabilizar la postura y marcha a largo plazo como lo evidenciado en el caso clínico.

HERNIA DE AMYAND. A PROPÓSITO DE UN CASO

*Drs. J. Mollo, A. Perez, L. Paqui, L. Vergara*  
Departamento de Cirugía, Clínica Indisa.

**Introducción:** La hernia de Amyand es una hernia atípica, caracterizado por la presencia de apéndice vermiforme dentro de una hernia inguinal, presentándose con inflamación o no. La presencia del apéndice en un saco herniario femoral se denomina hernia de Garengeot. En esta presentación se hace la descripción de un caso clínico y una revisión de la literatura acerca del tema. **Caso clínico:** Paciente varón de 84 años, antecedente de hipertensión arterial controlada, hernia inguinoescrotal reductible de larga data. Presenta aumento de volumen y dolor en zona inguinoescrotal derecha, de 12 horas de evolución, progresivo, con cambios de coloración de la piel, lo que motiva consulta con Urologo a quien le impresiona orquiepididimitis, tratándose con antibióticos y estudio ecográfico ambulatorio, esta se realiza 24 horas después; informando testículo normal, hernia con contenido de asa atascada. Por progresión del dolor y asociación a fiebre, acude a urgencia siendo hospitalizado; se realizó TAC abdomino-pelviano informándose hernia inguinoescrotal estrangulada con compromiso inflamatorio de intestino. Laboratorio destaca leucocitosis de 13200 y PCR 40.

Se interviene por vía abierta encontrando atrapado ciego, apéndice cecal inflamado y perforado con liquido purulento dentro del saco herniario, se realiza apendicetomía clásica y resección del saco herniario. La hernia se repara sin malla, con la técnica de Mc Vay. Buena evolución post operatoria y alta a las 48 horas.

**Discusión:** El Británico Claudio Amyand describe en 1735 una hernia inguinal cuyo saco contiene el apéndice vermiforme perforado. La incidencia de esta patología es baja, menor al 1%. Un estudio de 8000 casos de apendicitis aguda encontró una incidencia de 0.13%. El cuadro clínico es similar a la de una hernia estrangulada, sin sospecha de apendicitis aguda. La tomografía computarizada y la ecotomografía son herramientas útiles para el diagnóstico; aun contando con ellos, el diagnóstico de apendicitis en el saco herniario es difícil, siendo el hallazgo intraoperatorio en la mayoría de los casos. El cuadro cursa por lo general sin obstrucción intestinal. La reparación de la hernia se recomienda sin malla, salvo tenga contaminación leve. Si el diagnóstico es conocido previamente la reparación abierta versus laparoscópico no esta establecido por lo infrecuente de la patología. La recidiva herniaria en este tipo de hernioplastia es mucho mayor.

**DOLOR INGUINAL CRÓNICO POST HERNIOPLASTÍA CON MALLA: ESTUDIO PROSPECTIVO DE PACIENTES OPERADOS EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA DEL HOSPITAL DE VALDIVIA.**

*Drs. M. Vera, F. González, M. Millán*

Instituto de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile  
Subdepartamento de Cirugía, Hospital Base de Valdivia

**Introducción:** El dolor crónico post hernioplastia inguinal se define como el dolor que persiste por más de 3 meses, siendo una complicación frecuente y de reciente estudio. Se estima que la incidencia global de dolor crónico postoperatorio varía desde un 0 a un 43%, sin embargo la incidencia de dolor moderado a severo es sólo de un 3%.

**Objetivo:** El objetivo de este estudio fue determinar la incidencia y características del dolor inguinal crónico post hernioplastia inguinal en pacientes operados con técnica de Lichtenstein, en la unidad de cirugía mayor ambulatoria (CMA) del Hospital de Valdivia.

**Material y método:** Serie de casos prospectivo de pacientes portadores de hernia inguinal operados en CMA mediante técnica de Lichtenstein, cirugía realizada por el mismo cirujano, entre los años 2008 y 2009. Se aplicó una encuesta telefónica, en promedio a los 18 meses desde la cirugía, que

consultó sobre características del dolor, tiempo de evolución, necesidad de analgesia, limitación de actividades cotidianas y grado de satisfacción. Además se analizaron variables como edad, sexo, tiempo de evolución y tipo de la hernia inguinal, tamaño de la incisión, tiempo operatorio, características del saco herniario, identificación de nervios, complicaciones postoperatorias y recidiva. **Resultados:** De los 58 pacientes operados, hubo contacto con 25 pacientes, 23 hombres y 2 mujeres. La edad promedio fue de 56.4 años (23 - 82 años). Un 44% presentaban una hernia inguinal directa y 56% indirecta. El tiempo operatorio promedio fue de 55 minutos (30-60 minutos). En un 44% de los pacientes se resecó el saco herniario. En un 84% se logró identificar estructuras nerviosas. No hubo complicaciones postoperatorias ni recidivas. De los 25 pacientes, 11 presentaron dolor crónico postoperatorio (44%). 5 de ellos (45,5%) persistieron con dolor por más de 12 meses, ninguno de ellos requirió analgesia ni atención médica. 4 pacientes presentaron aumento del dolor con actividad física (36,4%) y sólo 2 presentaron dolor inguinal severo (8%)

**Conclusión:** En este estudio la incidencia de dolor inguinal crónico postoperatorio fue de un 44%, siendo dolor severo solo en un 8%, lo cual es similar a los resultados de estudios recientes. La pérdida de seguimiento de un grupo importante de pacientes no permite obtener mayores conclusiones.



## Poster: HIGADO VIAS BILIARES Y PANCRAS

---

NEUMORETROPERITONEO POST ERCP, REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO  
*Drs. M. Chang<sup>1,2</sup>, J. Morales<sup>1,2</sup>, C. Tapia<sup>1,2</sup>, A. Quilodrán<sup>3</sup>, Internos J. Hidalgo<sup>2</sup>, H. Silva<sup>2</sup>*  
(1) Servicio cirugía Hospital Clínico Hermina Martín (H.C.H.M.), Chillán (2) Universidad Católica de la Santísima Concepción. Facultad de Medicina. (3) Hospital Comunitario EL Carmen.

**Introducción:** Aunque la tasa de incidencia de complicaciones post ERCP varían de acuerdo a las series publicadas, una de las más temidas es la perforación. Estudios recientes muestran una no despreciable incidencia de microperforaciones cuya implicancia clínica aún es debatida. La incidencia de perforación post ERCP oscila entre el 0,3 y 1,8%, usualmente hacia el retroperitoneo. Aunque inicialmente se trataban en forma agresiva, la tendencia actual orienta hacia el manejo conservador. **Objetivos:** Describir el cuadro de paciente de 70 años que ingresa a nuestro hospital con cuadro de coledocolitiasis y que post ERCP se evidenció la presencia de un neumoretroperitoneo.

**Materiales y métodos:** Descripción del cuadro clínico y estudios . Revisión bibliográfica.

**Desarrollo:** Paciente con antecedentes de DM2, derivado por cuadro icterico y laboratorio sugerente de coledocolitiasis de neoformación. Se realiza ERCP terapéutica exitosa, pero en el post operatorio evoluciona con dolor abdominal y radiografía que muestra neumoretroperitoneo. TAC de Abdomen confirma hallazgos sin poder evidenciar lugar de perforación. Presentada en reunión de servicio se decidió exploración que evidencia edema y burbujas de aire en el retroperitoneo sin encontrar el lugar de perforación. Se realiza exclusión duodenal. Paciente evoluciona en malas condiciones, con NIH y fallece 10 días después de la cirugía sin evidenciar nuevas complicaciones intrabdominales

**Discusión:** La aparición de neumoretroperitoneo luego de la ERCP usualmente evidenciará una perforación, sin embargo la trascendencia clínica de dicho hallazgo aún no está clara. La mayoría de las series han sugerido una conducta más espectante en desmedro de la cirugía que ha demostrado tener peores resultados como lo ocurrido con nuestro caso.

**Conclusión:** A pesar de un promedio de 500 ERCP anuales nuestro centro no cuenta con experiencia respecto al manejo del neumoretroperitoneo post ERCP, sin embargo la literatura parece avalar la conducta no interventora en la mayoría de los casos. Los pacientes intervenidos quirúrgicamente parecen tener peores pronóstico aunque la información no es estadísticamente comparable. Con todo lo anterior la conducta conservadora podría establecerse como una normativa en la medida que se realicen trabajos de mejor calidad y pueda aumentarse el nivel de evidencia frente a esta diagnóstico nosológico.

PANCREATITIS AGUDA POST TRAUMÁTICA SECUNDARIA A ACCIDENTE DEPORTIVO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

*Drs. M. Chang<sup>1,2</sup>, J. Morales<sup>1,2</sup>, C. Tapia<sup>1,2</sup>, A. Quilodrán<sup>3</sup>, Internos J. Hidalgo<sup>2</sup>, H. Silva<sup>2</sup>*  
(1) Servicio cirugía Hospital Clínico Hermina Martín (H.C.H.M.), Chillán (2) Universidad Católica de la Santísima Concepción. Facultad de Medicina. (3) Hospital Comunitario EL Carmen.

**Introducción:** La pancreatitis aguda post traumática parece ser una entidad nosológica en aumento debido al incremento de accidentes de automovilísticos y, como en el presente caso, de accidentes deportivos. La naturaleza de la lesión dependerá de la clase y energía cinética del agente causante teniendo una amplia gama de presentaciones clínicas. El trauma pancreático es infrecuente, y debido a su localización retroperitoneal y a su proximidad con otros órganos, en ocasiones es difícil de diagnosticar debiendo ser sospechado en los traumas contusos y penetrantes del abdomen superior

**Objetivos:** Describir el cuadro clínico de un paciente de 18 años que ingresa a nuestro hospital luego de sufrir trauma abdominal contuso.

**Materiales y métodos:** Descripción del cuadro clínico y estudios . Revisión bibliográfica.

**Desarrollo:** Paciente sexo masculino, 18 años, sin antecedentes. Sufre accidente deportivo en centro de ski desde donde es derivado con trauma abdominal contuso complicado. Se realiza laparotomía exploradora que evidencia ruptura esplénica por lo que se realiza esplenectomía. Evoluciona con dolor abdominal en aumento por lo que realiza TAC abdomen que muestra signos de pancreatitis aguda con necrosis del 30% de la glándula. Paciente requiere nueva exploración por sospecha de infección pancreática realizándose necrosectomía y aseo. Evoluciona en forma favorable siendo dado de alta al día 21.

**Discusión:** Aunque las pancreatitis traumáticas son relativamente infrecuentes, existe evidencia de un aumento en su frecuencia, siendo preocupante el aumento en niños y jóvenes que practican deportes extremos. El factor más importante es la sospecha frente a mecanismos que pudiesen lesionar directa o indirectamente este órgano. El tratamiento sigue siendo de soporte y manejo de sus complicaciones. **Conclusion:** En zonas donde se practican deportes de alto riesgo es necesario tener un especial grado de sospecha frente a lesiones que pudiesen haber afectado al páncreas. Las lesiones pancreáticas son de difícil diagnóstico por su ubicación y por su muy frecuente asociación a otras lesiones retroperitoneales y/o intrabdominales. El manejo específico no difiere de las pancreatitis agudas secundarias a otras causas y el pronóstico de estos pacientes pareciera ser igual o mejor que el global de pancreatitis.

## COLANGIOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA POR GASTROTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN COLANGITIS EN PACIENTE CON BY-PASS GÁSTRICO. CASO CLÍNICO.

*Drs. P. Becerra, J. Ayala, D. Oksenberg, P. Rodríguez, C. Abarca, L. Rodríguez*  
CCO - CLINICA INDISA

**Introducción:** La coledocolitiasis y la colangitis representan un desafío adicional en pacientes post operados de bypass gástrico. El objetivo es presentar un caso clínico con imágenes de una alternativa de manejo de la colangitis posterior a un bypass gástrico. **Materiales:** Paciente de sexo masculino de 49 años, con antecedentes de bypass gástrico 1 año previo. Ingresó al servicio de urgencias por cuadro clínico, imagenológico y de laboratorio compatible con colecistitis aguda litiasica más colangitis aguda. **Resultados:** Se programó para una colecistectomía laparoscópica en la cual se realizó una colangiografía intraoperatoria que demostró múltiples cálculos en el colédoco. Se decidió realizar extracción de éstos por vía endoscópica, para lo cual se introdujo un trocar de 12-15 mm a través de la pared abdominal y luego a través de una gastrotomía del remanente gástrico, (que se asegura al trocar mediante una jareta), por el cual se insertó el endoscopio. La CPRE se realizó sin mayor dificultad, logrando papilotomía, descompresión de la vía biliar y extracción de cálculos. El paciente presentó una evolución favorable, sin complicaciones y con un alta al tercer día postoperatorio.

**Conclusion:** Entre las múltiples opciones de tratamiento, la CPRE por gastrotomía laparoscópica, es una alternativa factible de realizar en pacientes con colangitis posterior a bypass gástrico. Como limitante de este procedimiento es la necesidad ineludible de un procedimiento laparoscópico.

## UNA VARIACIÓN MÁS A LA TÉCNICA QUIRÚRGICA EN PANCREATODUODENECTOMÍA DE WHIPPLE PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE FÍSTULA PANCREÁTICA POSTQUIRÚRGICA. EXPERIENCIA INICIAL.

*Drs. N. Escobar<sup>1</sup>, M. Sierra<sup>2</sup>, J. M. Palacios<sup>2</sup>*  
<sup>1</sup>Universidad de Chile, <sup>2</sup>Servicio de Cirugía Hospital San Juan de Dios.

**Introducción:** La pancreatoduodenectomía de Whipple es fundamental en el tratamiento de tumores periampulares. La técnica quirúrgica ha sufrido múltiples variaciones para disminuir la morbilidad y mortalidad asociada. Si bien se ha disminuido la mortalidad perioperatoria, la tasa de morbilidad sigue siendo alta. La fístula pancreática es la complicación mayor más frecuente en varias series. Se documenta la experiencia obtenida realizando una variación a la técnica quirúrgica de la pancreatoduodenectomía. Ésta se ha efectuado con el fin de disminuir la incidencia de fístula pancreática postquirúrgica.

**Objetivo:** Reportar la experiencia inicial obtenida, dar a conocer la técnica quirúrgica utilizada, y cuantificar la incidencia de complicaciones, con énfasis en fístula pancreática postquirúrgica. **Método:** Se obtuvieron los datos de fichas clínicas de pacientes operados entre enero 2011 y julio 2012, a quienes se realizó pancreatoduodenectomía de Whipple con la variación propuesta. Se aplicó a cada ficha un formulario previamente diseñado. Se utilizó la definición de fístula pancreática postquirúrgica señalada por el Consenso del ISGPF 2005.

La técnica quirúrgica utilizada es una anastomosis término-terminal del muñón pancreático telescopado al extremo libre de yeyuno con sutura tipo "bolsa de tabaco", stent intra-Wirsung, e instalación de yeyunostomía vecina a la anastomosis. **Resultados:** La serie comprende 11 pacientes, con edad promedio 59 años. Tiempo operatorio promedio de 4,8 horas. Tiempo de hospitalización promedio 26 días. Se hizo diagnóstico de fístula pancreática postquirúrgica en 2 pacientes, que presentaron amilasa en líquido de drenaje de 14151 U/L y 5539 U/L respectivamente. Un paciente presentó fístula de la anastomosis biliodigestiva. Ninguno de ellos requirió reintervención. No hubo mortalidad perioperatoria en esta serie.

**Conclusion:** La morbilidad postoperatoria en la cirugía de Whipple se relaciona con la presencia de complicaciones. La técnica de reconstitución del tránsito digestivo y anastomosis pancreática es determinante en la ocurrencia de fístula pancreática. La distensión del tubo digestivo a nivel de la anastomosis por acumulación de secreción en el lumen favorece la filtración de suturas y fístula, por aumento de presión intraluminal. La técnica quirúrgica presentada se agrega como una alternativa adicional a las técnicas ya conocidas para la pancreatoduodenectomía de Whipple.

**Seccional:** Hígado, Vías biliares y Páncreas  
**Formato:** Poster

## METÁSTASIS PANCREÁTICAS DE CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES, REPORTE DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

*A. Pérez Catilla W. Martínez, E. Mollo, G. Campaña*  
Servicio de Cirugía, Clínica Indisa  
Universidad Andrés Bello

**Objetivos:** El páncreas es una localización infrecuente para las metástasis de otros primarios, el carcinoma de células renales es el cáncer que más frecuentemente se disemina a este órgano. Se presentan dos casos a fin de revisar el rol de la cirugía en esta situación

**Métodos:** Se realizó la revisión retrospectiva de dos casos clínicos atendidos en nuestra institución y la revisión de la literatura.

**Resultados:** Se revisaron dos pacientes con metástasis pancreáticas de cáncer de células renales, siendo ambos casos pacientes asintomáticos y de curso metacrónico con diagnóstico a los 2 y 6 años posterior a la cirugía del primario. En ambos se realizó Pancreatectomía corporocaudal y esplenectomía,

siendo un caso intervenido a cielo abierto y el segundo en forma laparoscópica. Ambos pacientes Permanecen vivos y sin signos de recidiva a los 6 y 30 meses posterior a la Pancreatectomía. La literatura internacional reporta cerca de 300 casos de metástasis pancreáticas de carcinoma de células renales, con sobrevida variable de un 31 a un 75% a los cinco años.

Conclusiones: Las metástasis pancreáticas de carcinomas de células renales son raras y pueden manifestarse incluso más de 20 años luego de la manifestación del primario. Nuestros resultados concuerdan con la literatura en que la resección pancreática para metástasis puede ser realizada en forma segura con una baja tasa de complicaciones.

UTILIDAD DE LAS PRUEBAS HEPÁTICAS EN LA ORIENTACIÓN DE LA ETIOLOGÍA DE LA ICTERICIA OBSTRUCTIVA. Drs. S. Pacheco<sup>1</sup>, A. Rodríguez<sup>2</sup>, A. Jiménez<sup>3</sup>, P. Acuña<sup>3</sup>, M. Vargas<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Residente de Cirugía General, Universidad de Valparaíso.

<sup>2</sup> Servicio de Cirugía, Hospital Dr. Eduardo Pereira, Universidad de Valparaíso.

<sup>3</sup> Interno de Medicina, Universidad de Valparaíso. Hospital Carlos Van Buren, Hospital Dr. Eduardo Pereira, Universidad de Valparaíso.

Introducción: La ictericia obstructiva es la coloración amarilla de mucosas y piel por acumulación del pigmento bilirrubina. Puede deberse a diversas etiologías, tanto benignas como malignas. Dentro de su estudio inicial se solicitan pruebas hepáticas con el fin de determinar el patrón de éstas y orientar la etiología. El objetivo de este estudio fue analizar las pruebas hepáticas al momento de ingreso a la unidad de emergencia y compararlas con la etiología de la ictericia obstructiva.

Material y método: Estudio retrospectivo. Análisis de fichas clínicas de pacientes ingresados con diagnóstico de ictericia obstructiva durante el año 2011, se creó una base de datos en el software Filemaker Pro, para el análisis estadístico se dividieron los pacientes en dos grupos según su etiología, benigna o maligna, comparándose los resultados de los exámenes entre ambos grupos mediante el software SPSS 15. Se utilizó chi cuadrado para asociación entre variables cualitativas, T de Student o test de Mann-Whitney para variables cuantitativas según su distribución. A través de los valores de los exámenes de laboratorio se realizaron curvas ROC con el fin de obtener puntos de corte a través de lo que se determinaron valores de sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) valor predictivo negativo (VPN), likelihood ratio positivo (LRP) y likelihood ratio negativo (LRN).

Resultados: Ingresaron un total de 87 pacientes al estudio, 44 (50,6%) de sexo femenino, el promedio de edad fue 62,1±15,4 años. Dentro de la etiología de los pacientes 32 (36,7%) fueron de origen neoplásico. Se encontraron diferencias significativas en los niveles de fosfatas alcalinas ( $p<0,0005$ ), bilirrubina total ( $p<0,0005$ ) y directa ( $p<0,001$ ) entre ambos grupos. Las fosfatas alcalinas con un punto

de corte de 390 UI/L determinó una S de 84%, E de 81%, VPP de 73%, VPN de 89%, LRP 2,8 y LRN de 0,11. La bilirrubina total con punto de corte de 7,3 mg/dl presentó S de 68%, E de 72%, VPP de 59%, VPN de 80%, LRP 2,5 y LRN 0,42. La bilirrubina directa con punto de corte de 6,5 mg/dl presentó S de 62%, E de 80%, VPP de 64%, VPN de 78%, LRP 3,1 y LRN 0,46.

Discusión: Los pacientes con ictericia obstructiva cuya etiología es neoplásica presentan mayores niveles de bilirrubina total, directa y fosfatas alcalinas, siendo este último examen el de mayor utilidad en la orientación de la etiología neoplásica.

PARAGANGLIOMA HEPÁTICO NO FUNCIONANTE. REPORTE DE UN CASO Drs. F. Alegria, I. Escobar, J. Quidel G. Hospital Eduardo Pereira de Valparaíso, Equipo de Cirugía Digestiva

Los paragangliomas son feocromocitomas extraadrenales. Proviene de nidos celulares paraganglionares de la cadena simpática laterovertebral. Son tumores neuroendocrinos usualmente benignos e hipervasculares. La presentación clínica deriva de la hipersecreción de catecolaminas o simplemente son asintomáticos. El 10% son malignos y hasta el 20% provienen de sitios extraadrenales. La sobrevida general varía del 5% al 26% dependiendo del grado de malignidad, definido por la presencia de metástasis y compromiso de estructuras adyacentes. La localización hepática es muy infrecuente, representa el 10% de los paragangliomas, e inicialmente se debe excluir el origen metastásico. La invasión de la vena porta representa un signo de malignidad. El estudio con inmunohistoquímica asociado a la histología ayudan a precisar su carácter benigno.

Se presenta el caso de una paciente de 61 años con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica tabáquica, hipertensión arterial controlada farmacológicamente, epilepsia, dislipidemia y colecistectomía; que en el curso del estudio de una descompensación infecciosa de su enfermedad pulmonar y sin presentar sintomatología adicional, incidentalmente se pesquiza en la tomografía axial computada de tórax (TAC) un nódulo del hilio hepático de 37 x 33 x 55 mm, en relación directa con el segmento hepático I, sin invasión de estructuras vecinas ni a distancia. Estos hallazgos se confirmaron con una TAC abdominal con contraste endovenoso con fases venosa, arterial y tardía, sin observar otras lesiones. Se decide biopsia quirúrgica, con acceso laparoscópico, informándose un carcinoma de células claras, por lo que se planifica segmentectomía hepática abierta diferida, en la que se observó un tumor de 4 cms. de diámetro que cae desde el lóbulo caudado del hígado, adherido a él por tejido laxo, obliterando el hiato de Winslow, sin invadir el hígado, la vena cava inferior, ni su pedículo vascular, conservando los planos grasos con estas estructuras. Se efectuó una resección simple del tumor. No se observaron otros hallazgos patológicos en la laparotomía. La biopsia informa finalmente la presencia de un paraganglioma, requiriendo para su diagnóstico estudio de argenta afinidad con técnica

de Fonatana Masson (negativa) y para argirofilia con técnica de Churukian Schenk (positiva). La paciente cursa con un postoperatorio inmediato y tardío favorable y se encuentra en controles médicos periódicos, sin presentar síntomas de su enfermedad de base.

El paraganglioma hepático es un tumor infrecuente, que debe ser excluido dentro de los tumores sólidos del hígado, basándose en su presentación clínica, en el estudio de imágenes e histopatológico.

#### MANEJO ENDOSCÓPICO DEL QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO COMPLICADO. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

*Drs. L. Cárcamo, J Lavanderos, C. Cárcamo.* Instituto de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. Subdepartamento de Cirugía, Hospital Base Valdivia.

La hidatidosis corresponde a una parasitosis con el humano como huésped intermediario. Puede encontrarse en cualquier lugar del organismo, afectando principalmente al hígado. La ruptura del quiste hacia la vía biliar es una complicación frecuente, ocurriendo en el 5-25% de los casos. En casos seleccionados se ha planteado a la Colangiopancreatografía Endoscópica Retrograda (CPER) como herramienta única y de alta eficiencia para el tratamiento definitivo de esta patología. Caso Clínico: Paciente de sexo femenino de 57 años, procedente de un sector rural; con antecedentes de DM2, hipotiroidismo, dermatomiositis y una hepatectomía derecha por hidatidosis hepática el año 2005; consulta en diciembre del 2011 por dolor abdominal asociado a vómitos e ictericia. Se realiza TC que evidencia una lesión hipodensa en relación al lóbulo caudado, con membranas en su interior, que mide aproximadamente 11 cm de diámetro, que desplaza inferiormente la porta, que se comunica y determina dilatación de la vía biliar intra y extrahepática. Además de estos hallazgos se evidencia una lesión de aspecto quístico de 12,4 cm de diámetro en situación parauterina derecha probablemente de origen hidatídico. En base pulmonar izquierda se aprecia una lesión quística de 3,7 cm de diámetro. Se plantea resolución quirúrgica electiva, pero la paciente no se presenta.

En marzo del 2012 consulta por cuadro de dolor abdominal, fiebre e ictericia. Con diagnóstico de colangio-hidatidosis se hospitaliza para estudio y manejo. Se solicita nueva TC la cual evidencia la persistencia de la lesión de aspecto quístico en el lóbulo caudado, ahora de menor tamaño (mide 9 cm.), con vía biliar de calibre normal. Persiste lesión de aspecto quístico parauterino, que en la actualidad ha aumentado de tamaño (mide 14,1 cm.).

Se realiza CPER donde se contrasta una vía biliar dilatada y un quiste de aspecto hidatídico con imágenes de vesículas en su interior. Papilotomía amplia drenando bilipus a tensión. Se instalan 2 endoprótesis biliares de 10F x 12 cm en el interior del quiste, dejándolo ampliamente comunicado a la vía biliar, drenando abundante líquido bilio-purulento a través de la papilotomía. TC de control con disminución del tamaño de la lesión quística hepática.

#### METÁSTASIS VESICULAR DE MELANOMA MALIGNO CUTÁNEO. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

*Drs. J. Lavanderos, F. Alcalde, M. Millán* Instituto de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. Subdepartamento de Cirugía, Hospital Base Valdivia.

Las metástasis en la vesícula biliar son infrecuentes y es el melanoma el tumor que con más frecuencia causa lesiones secundarias en esta localización. La incidencia de metástasis en la vesícula biliar en pacientes con melanoma varía desde el 14 al 20% en series de autopsias; siendo en la mayoría de los casos asintomáticas. Presentamos el caso de un paciente con diagnóstico de Melanoma Maligno Cutáneo en que incidentalmente se pesquisa una lesión secundaria vesicular.

Caso Clínico: Paciente de sexo masculino de 29 años, con antecedentes de melanoma maligno nodular en pectoral derecho (Breslow III, con signos de ulceración focal, con metástasis en 2 linfoganglios sin compromiso extracapsular resecaados en la disección axilar) con estudio de estadificación negativo para localización secundaria; consulta en marzo del 2012 por dolor testicular izquierdo, irradiado a flanco y región lumbar izquierda, sin sintomatología urinaria asociada. Se realiza Uro-TC que evidencia la presencia de un nódulo sólido en uréter izquierdo que determina leve hidroureteronefrosis, además de una lesión parietal focal hipervascular vesicular.

El 29/03/12 se realiza una lumbotomía exploradora, encontrándose en uréter izquierdo un engrosamiento parietal que al realizar la ureterotomía da salida a una estructura de 2 cm de diámetro de color negro, que se envía a biopsia contemporánea y se informa como melanoma; por lo que se decide nefrectomía radical izquierda más linfadenectomía para-aortica; biopsia de la pieza quirúrgica sin compromiso renal ni linfoganglionar (0/20 linfoganglios). Conforme a los hallazgos se decide realizar colecistectomía electiva; la cual se lleva a cabo el 12/04/12 sin incidentes. Biopsia informa pared vesicular infiltrada por melanoma maligno, que compromete hasta la capa muscular y que corresponde a un tumor exofítico del fondo vesicular de 17 x 15 x 8 mm, con márgenes quirúrgicos negativos.

Actualmente paciente en buenas condiciones, en inmunoterapia para pacientes con melanoma maligno en estadio IV.

Diagnóstico: Melanoma Maligno Cutáneo pT3bN2bM1c

CÁNCER DE LA VESÍCULA BILIAR, EFECTO DE LA PERFORACIÓN DE LA PARED DE LA VESÍCULA EN EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES  
*Drs X de Aretxabala, G Tapia, J Hepp, J Leon, N Solano, C Scheihing, O Valenzuela, I Roa* Clínica Alemana, Hospital Quillota ( Proyecto de Fondecyt 1120208).

Introducción: El cáncer de la vesícula biliar constituye la principal causa de muerte por cáncer en la mujer y un importante problema de Salud Pública en Chile. La perforación de la vesícula biliar, representa un evento frecuente durante la colecistectomía, desconociéndose su real efecto en el pronóstico de los pacientes en los que se diagnostica un cáncer posterior al estudio de la pieza de colecistectomía. Material y Método: El objetivo del presente trabajo es evaluar el efecto de la perforación de la vesícula biliar en el pronóstico de una serie de 79 pacientes quienes fueron sometidos a una colecistectomía laparoscópica y en quienes un cáncer fue detectado en el estudio de la pieza de colecistectomía. Estos pacientes fueron extraídos de una serie prospectiva de 440 pacientes portadores de un tumor potencialmente curativo de la vesícula descubierto posterior al estudio de la pieza de colecistectomía. Resultados: De los pacientes estudiados en 18 (22,7%) fue reportada la existencia de una perforación de la vesícula mientras que en los restantes este evento no fue descrito. La mayoría de los pacientes presentaron compromiso de la túnica subserosa, no existiendo diferencias en la distribución de la invasión de la pared entre ambos grupos. 59 pacientes conforme a nuestro protocolo fueron sometidos a una reexploración, logrando resecarse 42 (71%), La resecabilidad no varió en relación a la existencia o no de perforación. De los 18 pacientes en quienes se reportó la existencia de una perforación, en 5 además se describió la caída de cálculos al peritoneo. 17 (27,8%) pacientes fallecieron en el grupo de pacientes no perforados, mientras que 7 (38,8%) lo hicieron en el grupo en el que se describió una perforación. Esta diferencia fue mayor cuando el análisis se circunscribió el grupo de pacientes con invasión subserosa, sin embargo las diferencias no alcanzaron significación estadística en ninguna de las comparaciones. ( $p=0,39$ ,  $p=0,11$ )

Entre los 6 pacientes en quienes se objetivó la caída de cálculos durante la colecistectomía 4 (66,6%) han fallecido durante el seguimiento ( $p=0,06$ ). Discusión: La perforación de la vesícula biliar constituye un hecho frecuente durante la colecistectomía, la que de acuerdo a este reporte podría asociarse a un mayor riesgo de mortalidad. Es posible, que el estudio de un mayor número de casos o una más certera información de los casos de perforación pueda significar que las diferencias alcancen significación estadística.

#### CISTOADENOMA HEPÁTICO: REPORTE DE DOS CASOS.

*Drs. S. Pradenas, J. Hepp, H. Ríos, R. Humeres, G. Rencoret, G. Rodríguez, P. Soffía, M. Schultz, A. Castro, G. Chong.*

Clínica Alemana de Santiago, Facultad de Medicina  
Clínica Alemana -Universidad del Desarrollo  
Introducción:

El cistoadenoma hepatobiliar es un tumor benigno raro, aproximadamente el 4,6% de los quistes intrahepáticos de origen biliar. Edmondson et al. lo describieron por primera vez en 1958. Se caracteriza por ser un quiste con un componente sólido, septos o proyecciones papilares.

La diferencia histopatológica entre cistoadenoma y cistoadenocarcinoma están bien descritas pero estas diferencias no pueden ser determinadas por estudios de imágenes. Presentamos el caso de dos pacientes con diagnóstico de cistoadenoma.

Caso clínico: 1er caso: S.K.S mujer de 47 años. Desde Septiembre 2007 despierta con dolor epigástrico en la noche. Se realiza 2 endoscopías sin hallazgos significativos. HP tratado. TAC abdomen muestra quiste hepático en segmento 3 de 3 cm con fino tabique. Resto normal. Se plantea el diagnóstico diferencial de cistoadenoma, se decide la cirugía. Se realiza resección laparoscópica de la lesión sin incidentes. Biopsia: Tejido hepático con cavidad multilocular constituida por pared fibrosa revestida por capa de células aplanadas sin atipia, sin signos de mucosecreción. Cistoadenoma Seroso Hepático.

2do caso: P.V.G. mujer 38 años, en control por SII se realiza ecografía que muestra quiste hepático de 44 mm entre segmento 1 y 8 con tabiques y contenido. Se complementa con TAC describe quiste de 61 mm con tabiques no vascularizados y contenido más denso. Test hidatidosis negativo.

Se realiza lobectomía hepática derecha y enucleación quiste. Biopsia: Pared quística de tejido conectivo revestido por monocapa de epitelio columnar, en parte mucosecretor. Cistoadenoma Hepatobiliar. Discusión/Conclusión: El Cistoadenoma es un tumor benigno presuntamente originado en restos embrionarios con potencialidad epitelial biliar, intrahepáticos, y más raramente extrahepáticos. Se presentan como una lesión quística uni o multinodular, alcanzando grandes dimensiones, que obligan a su tratamiento quirúrgico, Suponen el 4,6% de los quistes biliares intrahepáticos. Son más frecuentes en mujeres en la edad media de la vida. El Cistoadenocarcinoma es un tumor maligno, de características similares al anterior, muchos autores lo consideran una transformación maligna del primero. Son más raros que los anteriores, aparecen en una edad más avanzada, (sexta década) de la vida.

Las técnicas de imagen muestran una masa quística multilocular que frecuentemente presenta nódulos en la periferia de los septos. La presencia de septos internos aumenta la probabilidad del diagnóstico de CCH, ya que el CH suele ser unilocular. En el caso de nuestras pacientes ante la imposibilidad de descartar un cistoadenocarcinoma en imágenes en el contexto de quiste hepáticos complejos se decidió la cirugía. Ambas se realizaron sin incidentes y con buena evolución. Actualmente ambas asintomáticas.

EN EXPERIENCIA  
COLANGIOPANCRETOGRAFIA  
ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA (CPER)  
AMBULATORIA EN HOSPITAL BASE  
VALDIVIA (HBV) EN PACIENTES  
PORTADORES DE COLEDOLITIASIS.  
*Drs C. Cárcamo, G. Sommer, L. Cárcamo, C. Zárate,  
J. Quidel, M. Millán*  
Universidad Austral de Chile.

**Introducción:** La CPER es un procedimiento invasivo que se utiliza para tratar patologías del árbol biliopancreático que van desde la extracción de cálculos en la vía biliar hasta la terapia paliativa en patología maligna periampular. Este procedimiento no está libre de complicaciones, siendo la pancreatitis post CPER la más frecuente. En la actualidad se ha planteado realizar este procedimiento de forma ambulatoria, entendiéndose como tal a todo procedimiento quirúrgico que es dado de alta el mismo día y que no requiere pernoctar en el hospital, considerando que la mayoría de las complicaciones ocurren dentro de las primeras 4 a 6 horas. El objetivo principal de este estudio es evaluar la CPER como un procedimiento ambulatorio seguro y eficaz en pacientes portadores de coledocolitiasis. **Material y método:** Se realizó un estudio prospectivo que incluyó pacientes portadores de coledocolitiasis confirmada por imágenes. Como criterios de exclusión se consideraron pacientes portadores de colangitis, pancreatitis reciente (menos de una semana), sospecha de neoplasia, IMC >35, ASA > 3, enfermedad psiquiátrica no controlada. Los pacientes que ingresaron en el protocolo fueron sometidos a CPER en la unidad de Cirugía Ambulatoria del HBV entre Marzo de 2011 a Junio de 2012. El procedimiento fue realizado por el mismo cirujano bajo sedación profunda con propofol. Se evaluaron variables como edad, sexo, comorbilidad, IMC, exámenes de laboratorio e imágenes, presencia de cálculos, incidentes operatorios, complicaciones post operatorias, estadía hospitalaria y rehospitalización post CPER. **Resultados:** 35 pacientes fueron incluidos en este estudio. 30 mujeres y 5 hombres. El promedio de edad fue 53 (18-84) años. El 29% presentaba comorbilidad, 8.7% se diagnosticó por colangiorresonancia, 8.7% por colangiografía intraoperatoria y 82.6% por ecotomografía abdominal. Durante CPER se identificó la presencia de cálculos en 68.6% de los casos y de estos en el 87.5% se logró extraer en su totalidad. El 94.3% de los pacientes fueron dados de alta durante el mismo día y solo 2 debieron permanecer hospitalizados por dolor abdominal que cedió a las 24 horas. 3 pacientes fue necesario rehospitalizar dentro de las siguientes 48 hrs por síndrome febril que remite en forma espontánea. No existieron complicaciones en este estudio.

**Conclusión:** Es seguro realizar una CPER en pacientes portadores de coledocolitiasis de forma ambulatoria que posean bajo riesgo, que cumplan criterios de inclusión estrictos y en una unidad de cirugía con experiencia en el manejo de pacientes ambulatorios.

HERNIA DE BOCHDALEK DERECHA Y  
PANCREATITIS AGUDA EN UN ADULTO:  
PRESENTACIÓN DE CASO Y REVISIÓN DE  
LA LITERATURA.

*Drs. C. Concha<sup>1</sup>, D. Ruiz<sup>1</sup>, I. González<sup>2</sup>, F. Cour<sup>2</sup>*  
<sup>1</sup> Residente de cirugía, Universidad de Los Andes  
<sup>2</sup> Servicio de Cirugía, Hospital Parroquial de San Bernardo

**Introducción:** La hernia diafragmática de Bochdalek (HB) corresponde a un defecto anatómico del diafragma de ubicación posterolateral que se presenta en 1 de cada 5.000 nacimientos. Es más frecuente en hombres y es cinco veces más frecuente en el lado izquierdo. Solo un 10% se diagnostica en adultos. Se presenta el caso de una paciente de 62 años que ingresa con el diagnóstico de pancreatitis aguda en el contexto de una gran HB derecha. **Caso clínico:** Mujer de 62 años, sin antecedentes de trauma abdominal, con el antecedente de una hernia diafragmática detectada incidentalmente el año 2010 en una TAC de tórax. Ingresó al servicio de cirugía del HPSB por un cuadro compatible con pancreatitis aguda leve de probable origen biliar. En la ecografía abdominal se evidencia el lóbulo hepático derecho y la vesícula ascendidos al tórax, lo cual dificulta la interpretación ecográfica, pero se informa barro biliar y vía biliar normal. Se actualiza TC para aclarar anatomía actual de la hernia, observándose el ascenso completo al tórax de lóbulo hepático derecho y vesícula biliar a través de un anillo herniario de 10cm. Se discute el caso en la reunión del servicio de cirugía, decidiéndose una colecistectomía por vía abierta más hernioplastia diafragmática. Mediante una laparotomía de Kocher extendida se realiza colecistectomía más colangiografía intraoperatoria que descarta litiasis en la vía biliar. Se realiza reducción del saco herniario, el que contiene lóbulo hepático derecho atrófico. Se completa hernioplastia diafragmática con malla. Manejo post operatorio en UCI, con énfasis en adecuada analgesia y kinesioterapia respiratoria intensiva para prevención de complicaciones respiratorias. Evoluciona satisfactoriamente, trasladándose a sala el cuarto día post operatorio. Es dada de alta al décimo día post operatorio sin complicaciones.

**Discusión:** De las hernias diafragmáticas congénitas la más común es la HB. El diagnóstico definitivo se realiza en base a estudios de imágenes como la TC o la RNM. En cuanto al tratamiento quirúrgico los abordajes más frecuentes son por vía abdominal o mediante toracotomía, existiendo también reportes con técnicas mínimamente invasivas. En este caso, se resolvió mediante laparotomía, dada la necesidad de realizar una colecistectomía en una paciente que presento una pancreatitis aguda biliar. A pesar de que se discutió de qué manera la anatomía alterada de la vía biliar puede haber influido en la etiología de la pancreatitis, no se pudo demostrar una relación en este caso, ni tampoco se encontraron reportes al respecto en la literatura.

## VÓLVULO VESICULAR

*Drs. C. Ibarra, C. Onetto, F. Orellana*  
Hospital Militar de Santiago

El vólculo vesicular es una condición abdominal inusual donde el órgano rota sobre su mesenterio a lo largo de su eje axial, comprometiendo su irrigación. Fue descrito por primera vez por Wendell en 1898, presentándose con mayor frecuencia en mujeres de mayor edad, entre los 60 y 80 años. Su etiología es desconocida, pero se han reconocido diversos factores de riesgo; anatómicos como un mesenterio móvil y predisponentes como la atrofia hepática, pérdida de grasa visceral y elasticidad, disminución de peso y deformidades de la columna.

Dos tipos de torsión han sido descritos, una completa con rotación mayor a 180° donde se compromete el flujo biliar y vascular y una incompleta con una rotación menor a 180°.

Clínicamente se presenta como dolor abdominal intenso en hipocondrio derecho, aunque también puede presentarse en FID en casos de vesícula flotante.

En la ecografía, los hallazgos son compatibles con una colecistitis aguda, aunque en algunos casos se puede observar una vesícula flotante con varios acodamientos. En la TAC de abdomen podemos observar una dilatación horizontal de la vesícula, fondo vesicular localizado a la derecha y el conducto cístico a la izquierda, con engrosamiento de pared. El manejo quirúrgico comprende laparoscopia diagnóstica, desrotación de la vesícula y posterior colecistectomía.

A continuación se presenta un caso clínico de una paciente de 98 años, que consultó por cuadro de 5 días de evolución de dolor en hipocondrio derecho, asociado a fiebre, náuseas y vómitos escasos, sin diarrea ni molestias urinarias.

Destaca una leucocitosis con elevación de las pruebas hepáticas, por lo que se plantea un cuadro clínico compatible con colecistitis aguda.

TAC de abdomen y pelvis muestra colecistitis aguda litiasica asociada a colección pelviana. Es ingresada a pabellón donde a la exploración se evidencia líquido libre intraperitoneal y una vesícula biliar edematosa con segmentos necrosados, no perforada. Se evidencian múltiples adherencias epiploicas que al ser liberadas digitalmente, se expone un vólculo de la vesícula con eje de rotación en el hilio. Se desvólcula y se realiza una colecistectomía.

La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta al sexto día. En control post operatorio se revisa biopsia la cual muestra colecistitis crónica reagudizada con zonas de necrosis, hemorragias y colelitiasis.

Conclusión: el vólculo vesicular es una patología poco frecuente y sólo se han descrito 300 casos a nivel mundial aproximadamente. Debido a la baja incidencia, existe poca sospecha clínica, por lo que el diagnóstico final es un hallazgo imagenológico o intraoperatorio.

## INTEGRIDAD DEL ADN EN MUESTRAS DE CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR Y SU POTENCIAL USO EN INVESTIGACIÓN

*Drs. I. Roa, G. de Toro, R. Ares, L. Arellano, X. de Aretxabala, J. Leon, T. Sanchez, S. Lantadilla, K. Schalper*

Servicio de Anatomía Patológica Clínica Alemana de Santiago. Servicio de Anatomía Patológica Clínica Alemana de Temuco. Servicio de Anatomía Patológica Clínica Avansalud, Servicio de Anatomía Patológica Hospital de Puerto Montt. Departamento Cirugía Clínica Alemana de Santiago. (Proyecto Fondecyt 1120208 y Proyecto SINF Clínica Alemana/MD Anderson)

**Introducción:** una limitante en la investigación de la patología oncológica gastrointestinal, es la calidad biológica de las muestras almacenadas en los Servicios de Anatomía Patológica de nuestro país. **Objetivo:** establecer el grado de calidad de ácidos nucleicos del material de biopsias de colecistectomías fijadas en formalina e incluidas en parafina y que pudiesen ser utilizados para estudios de biología molecular.

**Material Y Método:** se analizan 123 muestras de colecistectomías diagnóstico posterior al estudio histológico de Cáncer Vesicular. Los casos fueron procesados en distintos centros de nuestro país: Hospital de Puerto Montt (n=43), Clínica Alemana de Santiago (n=28), Clínica Alemana de Temuco (n=47) y Clínica Avansalud (n=5). De cada caso se realizó microdissección de las zonas seleccionadas. Se realizó extracción de ADN (AxyPrep Multisource Genomic DNA Miniprep Axygen), de acuerdo a protocolos de los fabricantes. Se cuantificó y determinó la integridad mediante la amplificación de fragmentos de 110, 268 y 501pb del gen de la Beta Globina. Los productos de PCR se evaluaron mediante electroforesis en geles de agarosa al 2%. **Resultados:** del total de casos en 28 de ellos (23%), presentaban un alto grado de desintegración del ADN que impidió su amplificación. En 21 casos (17%), se logró amplificación de fragmentos pequeños de 110pb; en el 38% (47 casos) de 268 pb y en el 22% (27 casos) de 501 pb. Las concentraciones de ADN fluctuaron entre 2,54 y 219,2 µg/ µl con un promedio de 58,2 µg/ µl. No hubo relación entre la concentración e integridad del ADN. Se observaron diferencias en la calidad del ADN obtenido en los distintos centros con un rango de muestras con ADN acentuadamente degradado de entre un 18% a un 35%. Entre un 9% y un 43% de se logró amplificaciones de productos de a lo menos de 501pb.

**Conclusiones:** se demuestran algunas limitaciones en la calidad del ADN extraído de piezas quirúrgicas de colecistectomías con cánceres, almacenadas en los distintos Servicios de Anatomía Patológica de Hospitales y Clínicas. Sin embargo, en el 77% de los casos fue posible obtener amplificación de segmentos de ADN de al menos 268pb. Esta realidad abre perspectivas al estudio y caracterización del cáncer de la Vesícula Biliar en Chile con el material actualmente existente, así como la necesidad de modificaciones en el manejo y procesamiento de este tipo de muestras. (Proyecto Fondecyt 1120208 y Proyecto SINF Clínica Alemana/MD Anderson)

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HEMANGIOMA HEPÁTICO.

*Drs. J. Vivanco<sup>1</sup>, R. Torres-Quevedo<sup>2</sup>, JM. Grajeda<sup>2</sup>, R. Durán<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup>Médico Residente de Cirugía General, Servicio de Cirugía, Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción; <sup>2</sup> Médico Staff de Unidad Cirugía Hepatobiliopancreática, Equipo Cirugía Digestiva, Servicio Cirugía, Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción.

**Introducción:** El hemangioma hepático es el tumor hepático benigno más frecuente. La gran mayoría no ocasionan síntomas. Los hemangiomas son frecuentes en la población general. Su prevalencia se estima entre 0,4 y 20% de las personas. Su pronóstico es excelente en la gran mayoría de las lesiones. Sólo los hemangiomas grandes (mayores de 5 cm) pueden tener algún potencial de presentar síntomas o complicaciones. Pueden diagnosticarse a cualquier edad, sin embargo, lo más habitual es que se encuentren como hallazgo incidental en exámenes de imágenes por otros motivos. **Objetivo:** Presentar nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico de los hemangiomas hepáticos gigantes.

**Material y Método:** Reporte de casos sometidos a resección hepática, en Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción, por el diagnóstico de hemangioma hepático.

**Resultados:** La serie está compuesta por cinco pacientes con edades entre 23 y 65 años. El motivo de consulta fue dolor abdominal en cuatro de ellos e ictericia en uno. El diagnóstico se estableció en todos los casos por concordancia de imágenes de ecotomografía y TAC abdominal, excepto en uno de ellos cuyo diagnóstico preoperatorio fue un tumor de vesícula biliar. Los cinco pacientes presentaron hemangioma hepático único, localizado en lóbulo hepático derecho y los tamaños oscilaron entre 4,0 y 9,5 cm de diámetro. La indicación de resección hepática fue dolor abdominal en 3 de ellos, ictericia en un paciente y sospecha de tumor vesicular en el restante. Se realizó trisegmentectomía hepática (segmentos 5-6-7) en uno de ellos, bisegmentectomía (segmentos 5 y 6) en dos, segmentectomía de segmento 4 en otro y enucleación del hemangioma en el caso restante. La técnica se realizó en cuatro de las cirugías (resecciones anatómicas) con control vascular selectivo según la técnica de Takasaki. No hubo mortalidad postoperatoria y sólo un paciente presentó morbilidad (peritonitis postoperatoria) que requiere de laparotomía para aseo quirúrgico. La histopatología de los 5 pacientes correspondió a hemangioma cavernoso sin evidencia de malignidad. Todos los pacientes se han seguido clínica e imagenológicamente, sin que hayan manifestado recidiva de enfermedad.

**Conclusión:** Sin duda, aquellos hemangiomas hepáticos clínicamente relevantes requieren evaluación para cirugía. El tratamiento quirúrgico está indicado para hemangiomas grandes y/o sintomáticos, siendo la técnica de hepatectomía reglada con control vascular previo a transección parenquimatosa la más segura.

## METÁSTASIS HEPÁTICA DE FEOCROMOCITOMA DIAGNOSTICADA 12 AÑOS DESPUÉS DE RESECCIÓN DE LESIÓN ADRENAL PRIMARIA, REPORTE DE UN CASO.

*Drs. R. Torres-Quevedo<sup>1</sup>, JM. Grajeda<sup>1</sup>, C. Cabezas<sup>2</sup>, R. Mora<sup>3</sup>, F. Molina<sup>3</sup>, R. Durán<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup>Médico Staff de Unidad Cirugía Hepatobiliopancreática, Equipo Cirugía Digestiva, Servicio Cirugía, Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción; <sup>2</sup>Médico Staff Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción; <sup>3</sup> Interno Medicina, Facultad de Medicina Universidad de Concepción.

**Introducción:** El feocromocitoma es un tumor poco frecuente que produce, almacena y segrega catecolaminas. Se diagnostica en el 0.05-1% de los pacientes hipertensos. Proceden generalmente de la médula adrenal, aunque pueden desarrollarse en las células cromafines de ganglios simpáticos. Aproximadamente el 10% de feocromocitomas son malignos. La malignidad viene determinada por la invasión regional y metástasis a distancia, pudiendo transcurrir largo tiempo asintomático. El hígado es uno de los órganos en el que se puede asentar y constituye el segundo lugar en frecuencia. **Objetivo:** Presentar un caso clínico de metástasis hepática de feocromocitoma y revisión de la literatura.

**Paciente:** Hombre de 49 años, que el año 1997, tras infarto agudo de miocardio y crisis hipertensiva, se le diagnóstica tumor de glándula suprarrenal derecha, y posterior a su resección la anatomía patológica concluye feocromocitoma sin elementos morfológicos de malignidad. Posteriormente, permanece sin control médico hasta que 14 años más tarde se hospitaliza por nueva crisis hipertensiva. Se realiza TAC de abdomen que muestra masa heterogénea en segmento 2 y 3 de hígado (15 x 14 x 14 cm). Se realiza hepatectomía izquierda y colecistectomía. El estudio histopatológico informa lesión hepática consistente con feocromocitoma. Incidentalmente, se encuentra, adenocarcinoma de vesícula biliar, con invasión hasta la muscular propia. Evolucionó en buenas condiciones generales, se completa estudio con cintigrafía MIBG sin marcar presencia de radioisopo y hasta la fecha se mantiene vivo libre de enfermedad.

**Discusión:** Aunque solo el 10% de los feocromocitomas son malignos, dada su incierto comportamiento biológico, y que una biopsia catalogada inicialmente como benigna puede, luego de transcurrido un largo periodo asintomático, tener una transformación maligna, se hace necesario llevar a cabo exámenes endocrinológicos e imagenológicos anuales para poder diagnosticar e intervenir quirúrgicamente una metástasis de forma temprana y mejorar de ese modo la supervivencia.



## METÁSTASIS A VESÍCULA BILIAR DE CARCINOMA MAMARIO LOBULILLAR.

*Drs. R. Torres-Quevedo<sup>1</sup>, JM. Grajeda<sup>1</sup>, P. Mucientes<sup>2</sup>, R. Mora<sup>3</sup>, F. Molina<sup>3</sup>, R. Durán<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup> Médico Staff de Unidad Cirugía Hepatobiliopancreática, Equipo Cirugía Digestiva, Servicio Cirugía, Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción; <sup>2</sup> Médico Staff Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción; <sup>3</sup> Interno Medicina, Facultad de Medicina Universidad de Concepción.

**Introducción:** Las metástasis en vesícula biliar son infrecuentes en la práctica clínica. En Chile no hay informes estadísticos publicados respecto a esta patología. Las metástasis procedentes de glándula mamaria de carcinoma lobulillar raramente afectan a la vesícula biliar. Sin embargo, al analizar las metástasis al aparato digestivo descritas en la literatura generalmente proceden de carcinoma lobulillar. Los principales órganos donde este carcinoma da metástasis son el pulmón, huesos e hígado, pero puede afectar a casi cualquier órgano o tejido corporal. El Objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico de metástasis a vesícula biliar de carcinoma mamario lobulillar y una revisión de la literatura.

**Paciente:** Mujer de 73 años, con antecedente de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus Tipo 2 y antecedente de gastrectomía parcial tipo Billroth I por cáncer gástrico. Consulta por cólico biliar en Unidad de Emergencias del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción (HGGB). Se hospitaliza con diagnóstico de coledocistitis con ecotomografía abdominal compatible. Se realiza colecistectomía videolaparoscópica que debe ser convertida a laparotomía debido a que vesícula biliar presenta múltiples adherencias y bridas. El informe de anatomía patológica concluye: muscular propia y subserosa vesicular infiltradas por células de aspecto histológico característico de carcinoma lobulillar mamario, con células poligonales pequeñas infiltrando en hileras. La inmunohistoquímica apoya origen mamario, metástasis de carcinoma lobulillar, receptores estrogénicos positivos. Sin antecedentes de carcinoma lobulillar primario mamario.

**Discusión:** Incluso en comparación con lo raro que son las lesiones metastásicas del melanoma y el carcinoma de células renales, la metástasis a la vesícula del cáncer de mama es aún más inusual. Un análisis de 1000 autopsias, con casos confirmados por biopsia reveló una incidencia de metástasis a la vesícula del 5.8 %. Al comparar la incidencia de metástasis a los órganos más comunes (adenopatías abdominales 49.5 %, hígado 49.4 %, pulmón 46.5 %) es evidente que las metástasis a la vesícula son relativamente raras. Las metástasis alcanzan a la vesícula por vía hemática a partir de tumores del pulmón, páncreas, hígado, colon, ovario, mama, riñón y melanoma, aunque también es posible la infiltración por tumores vecinos.

**Conclusión:** El presente caso es extremadamente raro. Esta revisión clínica demuestra la metástasis preferencial del cáncer lobulillar a la vesícula.

## POLIQUISTOSIS DE PÁNCREAS EN ENFERMEDAD DE VON HIPPEL-LINDAU.

*Drs. R. Torres-Quevedo<sup>1</sup>, JM. Grajeda<sup>1</sup>, L. Hidalgo<sup>2</sup>, R. Durán<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup> Médico Staff de Unidad Cirugía Hepatobiliopancreática, Equipo Cirugía Digestiva, Servicio Cirugía, Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción; <sup>2</sup> Interno Medicina, Facultad de Medicina Universidad de Concepción.

**Introducción:** La enfermedad de von Hippel-Lindau es una enfermedad hereditaria autosómica. Se caracteriza por angiomas retinianos, hemangioblastomas en el sistema nervioso central, feocromocitoma, quistes renales, cáncer renal, cistoadenomas papilar del epidídimo y quistes pancreáticos. La incidencia de quistes pancreáticos es muy variable, la mayoría asintomáticos, aunque pueden dar síntomas por compresión.

**El Objetivo** de este trabajo es presentar un caso clínico de Poliquistosis de páncreas y revisión de la literatura.

**Paciente:** Mujer de 30 años de edad, con antecedente de Enfermedad de Von Hippel Lindau, Hemangioblastoma de cerebelo y portadora de válvula derivativa ventrículo-peritoneal. Consulta por cólico biliar y la ecotomografía abdominal muestra coledocistitis y quiste complejo en cuerpo pancreático. La Resonancia magnética de abdomen muestra el páncreas desplazado por múltiples formaciones quísticas loculadas y tabicadas, de aproximadamente 5-30 mm de diámetro, con escaso parénquima pancreático visible, además riñones de morfología y diámetro normales con formaciones quísticas corticales de aproximadamente 5-10 mm. Por estar asintomática del punto de vista de las lesiones pancreáticas se decide sólo realizar colecistectomía videolaparoscópica, sin presentar complicaciones perioperatorias.

**Discusión:** Las lesiones pancreáticas pueden ser la única manifestación, y pueden preceder a las demás. Son de dos tipos: quistes pancreáticos y cistoadenomas serosos. No suelen dar sintomatología. A menudo los quistes serosos son múltiples, pudiendo llegar a ocupar toda la glándula. Rara vez se hacen sintomáticos ocasionando complicaciones (dolor local, obstrucción del conducto biliar, pancreatitis e insuficiencia pancreática). Mientras sean asintomáticos, únicamente requieren control ecográfico periódico. La conducta expectante es la que se sigue dado a que los quistes no son potencialmente malignos. Cuando aparece dolor puede recurrirse al drenaje percutáneo. Una vez se han detectado quistes pancreáticos, es aconsejable realizar TAC o RMN como parte del estudio preliminar. Posteriormente se puede utilizar la ecografía para los controles periódicos de los mismos.

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE CAROLI EN EL HOSPITAL HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA ENTRE LOS AÑOS 2005-2010. SERIE DE CASOS.

*Drs. L. Burgos SJ<sup>1,2</sup>, E. Sandoval<sup>1,2</sup>, J. Gundelach<sup>1,2</sup>, A. Troncoso<sup>2</sup>, A. Cartes<sup>2</sup>.*

(1) Servicio de Cirugía Adultos Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.

(2) Departamento de Cirugía y Traumatología Universidad de La Frontera, Temuco.

**Introducción:** La enfermedad de Caroli (EC) en una patología congénita, caracterizada por la dilatación multifocal y segmentaria de la vía biliar intrahepática asociada a litiasis. Las manifestaciones clínicas se relacionan tanto con las anomalías biliares e hipertensión portal por fibrosis hepática congénita. **Objetivos:** Determinar las características clínicas, imagenológicas y anatomopatológicas de la EC en nuestro centro. Determinar los resultados del tratamiento quirúrgico en cuanto a morbimortalidad inmediata y perioperatoria.

**Material y método:** Tipo de estudio: Serie de casos retrospectivo. Criterios de selección: Pacientes con diagnóstico de enfermedad de Caroli tratados en nuestro centro entre enero de 2005 y diciembre de 2010. Metodología: Registro de variables y datos en tabla previamente diseñada. Análisis estadístico: Utilización de estadística descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión.

**Resultados:** Durante el período comprendido, 6 pacientes con diagnóstico de EC fueron tratados en nuestro centro, cuya edad promedio fue 53.1 años (25-76). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: dolor abdominal (6), ictericia (5), coluria (3), fiebre (2) y baja de peso (2). De los 6 pacientes, 4 habían sido colecistectomizados en promedio 8 años previo al diagnóstico. En cuanto al estudio preoperatorio el 100% de los pacientes fue estudiado con ecotomografía abdominal inicial y CRM posterior, la que confirmó el diagnóstico en 100% de los pacientes. El lóbulo hepático izquierdo fue el único afectado en esta serie. Todos los pacientes fueron tratados con cirugía resectiva hepática, 2 de ellos mediante hepatectomía izquierda, 2 con hepatectomía izquierda con resección de vía biliar y anastomosis hepático-yeyunal en Y de roux y 2 con segmentectomía S II y S III. En lo referente a complicaciones postoperatorias inmediatas, se presentaron en 3 de 6 pacientes; un paciente presentó una colección subfrénica la cual se drenó por vía percutánea, un paciente presentó atelectasia y neumonía tratada con antibióticos y un paciente presentó infección de sitio operatorio. En esta revisión no hubo mortalidad quirúrgica. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de EC en 5 pacientes, informando como colangitis esclerosante el restante.

**Conclusiones:** A pesar de ser un centro de referencia regional, los casos de EC tratados en nuestro centro son escasos. El estudio imagenológico es similar en nuestro centro a lo publicado. El 100% de nuestra serie fue tratada con cirugía resectiva, lo que difiere a lo publicado en otros centros.

TROMBOSIS DE LA VENA PORTA, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO EN EL HOSPITAL GUSTAVO FRICKE.

*Drs. L. Caimi G. D. Bravo O. I. Escobar S.* Equipo Digestivo Alto, Servicio De Cirugía. Hospital Gustavo Fricke.

Hospital Gustavo Fricke.

**Introducción:** La TVPO (trombosis de la vena porta) es una condición diagnosticada en forma poco frecuente. Es el resultado de una combinación de factores de riesgo locales y sistémicos protrombóticos cuya presentación aguda varía ampliamente desde un estado asintomático a cuadros de riesgo vital, como la isquemia y el infarto intestinal. En la fase crónica, los pacientes típicamente se presentan con hemorragia por várices esófago gástricas u otras complicaciones de la hipertensión portal.

(2). **Objetivo:** Presentar una puesta al día de la patología a través del estudio de un caso clínico, su estudio de laboratorio, imágenes, diagnóstico, tratamiento y evolución. **Materiales y métodos:** Se realizó una revisión sistemática en Medscape REFERENCE y MD CONSULT sobre la patología, lo que se asoció al estudio acucioso de un caso clínico: paciente de 40 años sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos, que presenta un cuadro de 5 meses de evolución de síntomas gastrointestinales altos inespecíficos, que se hospitaliza de urgencia por epigastralgia, elevación de indicadores de actividad inflamatoria y alteración de parámetros de función hepática. El estudio imagenológico mostró una trombosis de la rama derecha de la vena porta que determina un defecto de perfusión del lóbulo derecho del hígado, con signos de hipertensión portal secundaria y sin otros hallazgos abdominales. **Resultados:** El paciente se mantiene estable con anticoagulación sistémica en búsqueda del diagnóstico diferencial etiológico. **Discusión y Conclusión:** La PVT debe considerarse en el diagnóstico diferencial de cuadros abdominales inespecífico con elevación de parámetros e actividad inflamatoria y evidencias de disfunción hepática. La disponibilidad de nuevos métodos diagnósticos imagenológicos permite el diagnóstico oportuno de la enfermedad, su tratamiento, y la prevención de las complicaciones agudas y crónicas. La precocidad del tratamiento permitiría disminuir la morbimortalidad.

**Keywords:** Trombosis de la vena porta, Hipertensión portal, Anticoagulación.

**Referencias bibliográficas:**

1. Adnan Said, MD, MSPH. Et al, Portal Vein Obstruction Follow-up, Medscape REFERENCE. 2012. Section of Gastroenterology and Hepatology, University of Wisconsin School of Medicine and Public Health at Madison.

2. Sameer Parikh, MD, a Riddhi Shah, MD, a Prashant Kapoor, MD. Portal Vein Thrombosis. The American Journal of Medicine. (2010). 123, 111-119.

3. Paulo Lisboa Bittencourt, Cláudia Alves Couto, Daniel Dias Ribeiro. Portal Vein Thrombosis and Budd-Chiari Syndrome. Clinics in Liver Disease, 2009. Volume 13, Issue 1, Pages 127-144.
4. Manon C. W. Spaander, MD. Et al. Endoscopic treatment of esophagogastric variceal bleeding in patients with noncirrhotic extrahepatic portal vein thrombosis: a long-term follow-up study. GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY. 2008. Volumen 67, No. 6.
5. Condat B, Valla D. Nonmalignant portal vein thrombosis in adults. Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol 2006;3: 505-15.

#### MICROBIOLOGÍA DE ABSCEOS HEPÁTICOS: REVISIÓN DE 63 CASOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO

*Drs. E. Mordojovitch<sup>1</sup>, G. Bascur<sup>1</sup>, A. Gómez<sup>2</sup>, F. Catañ<sup>3</sup>, C. Astudillo<sup>4</sup>, A. Fernández<sup>5</sup>*

<sup>1</sup>Capacitante de Cirugía General, Departamento de Cirugía, Universidad de Chile, Sede Oriente, Hospital del Salvador, <sup>2</sup> Residente de Cirugía General, Departamento de Cirugía, Universidad de Chile, Sede Oriente, Hospital del Salvador, <sup>3</sup> Jefe Área Quirúrgica, Cirujano Hepatobiliar, Hospital del Salvador, <sup>4</sup> Cirujano Equipo Hepatobiliar, Hospital Salvador <sup>5</sup>Servicio Microbiología, Hospital del Salvador

**Introducción:** El absceso hepático es una patología poco frecuente que ha aumentado su incidencia en el último tiempo debido al manejo invasivo y endoscópico de las patologías hepato-bilio-pancreáticas. Presenta una alta morbi-mortalidad, alcanzando hasta un 31% en algunas series. Este número ha ido en disminución gracias a la introducción del drenaje percutáneo, que constituye la técnica diagnóstica y terapéutica en esta patología, permitiendo un manejo oportuno y precoz. Por otro lado, el tratamiento médico complementario, con un antibiótico apropiado ha ayudado también a disminuir la morbimortalidad de esta enfermedad. **Objetivo:** Trabajo descriptivo acerca del perfil microbiológico de pacientes con abscesos hepáticos drenados de forma percutánea en nuestro centro. **Pacientes y métodos:** Se revisaron los datos de pacientes sometidos a drenaje percutáneo por abscesos hepáticos en el Hospital del Salvador. Se recolectaron datos demográficos y se revisaron resultados del informe microbiológico de cada paciente con su respectivo antibiograma. Se tuvo acceso a los registros del laboratorio de microbiología de la institución.

**Resultados:** Se revisaron 106 pacientes con el diagnóstico de absceso hepático drenado de forma percutánea, obteniendo 63 informes microbiológicos. No hubo diferencia en género y el promedio de edad fue de 54 años. De los 63 cultivos, 30 (47,6%) resultaron negativos y 24 (38, 1%) fueron monomicrobianos. La cepa más frecuentemente identificada correspondió a *Escherichia coli* en 9 de los 33 cultivos positivos (27,3%), seguida por *Streptococo sp* (15%) y *Staphylococo aureus* (9%). *Klebsiella pneumoniae* sólo fue identificada en 2 de 33 cultivos. En el antibiograma, el antibiótico

informado en mayor número de veces como sensible fue amikacina, seguido por gentamicina y cotrimoxazol. El antibiótico más veces informado como resistente fue ciprofloxacino seguido por ceftriaxona y cefalosporina de primera generación. *Escherichia coli* fue sensible a amikacina y gentamicina en 7 de los 9 cultivos positivos y sólo fue resistente a amikacina y gentamicina en 1 de los 9 cultivos. No se obtuvo antibiograma para los cultivos de *Streptococo sp*. *Klebsiella pneumoniae* fue sensible a amikacina en las dos cepas encontradas y resistente a gentamicina en una de ellas. **Discusión:** Según la literatura médica los patógenos más frecuentemente identificados en los abscesos hepáticos son *Klebsiella pneumoniae*, *Enterococo* y *E. coli*, entre otros. Nuestro estudio coincide parcialmente, ya que el germen más frecuentemente identificado fue *Escherichia coli*, seguido de *Streptococo*. El diagnóstico precoz, el drenaje percutáneo y la terapia antibiótica adecuada son los pilares del manejo del absceso hepático. El cultivo y antibiograma son importantes para escalar o desescalar la terapia antibiótica. Conocer la microbiología local de los abscesos hepáticos es trascendental para iniciar terapia empírica.

#### RADIOQUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS "BORDERLINE". EXPERIENCIA INICIAL.

*Drs. J. Galindo, J. C. Cassina, M. Gabrielli, M. Garrido, N. Jarufe, Y. Borghero, J. Madrid, P. Zoroquain, J. C. Roa, J. Martínez*

Departamento de Cirugía Digestiva, División de Cirugía. Departamento de Hémato-Oncología. Departamento de Anatomía Patológica. Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** El cáncer de páncreas es una enfermedad altamente letal, con sobrevida a 5 años menor al 5%. Generalmente se presenta en etapas avanzadas. La cirugía resectiva es la mejor opción de tratamiento actual. Existe un grupo de pacientes categorizados como "borderline resecables", que se ubican entre aquellos resecables y los irresecables. La literatura apoya el uso de radioquimioterapia en este grupo de pacientes.

**Objetivos:** Presentar la experiencia inicial con el uso de radioquimioterapia neoadyuvante para tumores pancreáticos "borderline resecables" en nuestro centro.

**Material y Métodos:** Se presentan tres pacientes de sexo masculino. El primero corresponde a un paciente de 72 años con historia de dolor abdominal, ictericia y baja de peso. El estudio con CT reveló un tumor en la cabeza del páncreas, de 1,8 cm., con compromiso de la confluencia porto-esplénica y de la arteria mesentérica superior. El segundo paciente, de 47 años, presentó historia de compromiso del estado general, dolor abdominal y baja de peso. Se realizó una RM que mostró un tumor en el cuerpo del páncreas, de 2,8 cm, con compromiso del tronco celiaco. El tercer paciente, de 58 años, presentó un cuadro de ictericia, dolor abdominal y baja de peso. El estudio con RM evidenció un tumor en el cuello del páncreas, de 2,2cm., con compromiso de la

confluencia porto-espleno-mesentérica. Los tres pacientes recibieron quimioterapia con Gemcitabina y Cisplatino, más radioterapia. Las imágenes de control mostraron disminución del tamaño tumoral y permeabilización vascular, lo que permitió la resección quirúrgica. En el primer y tercer paciente se realizó una pancreatoduodenectomía, mientras que en el segundo se realizó una esplenopancreatectomía distal.

Resultados: Dos de los tres pacientes evolucionaron favorablemente, sin complicaciones. Uno de los pacientes, sometido a pancreatoduodenectomía, evolucionó con una fistula anastomótica que requirió tratamiento quirúrgico, con buena recuperación posterior. El análisis histopatológico de las piezas resecadas mostró en el primer paciente un proceso inflamatorio crónico compatible con respuesta patológica completa, sin evidencia de adenocarcinoma. En el segundo paciente se evidenció un tumor pancreático localmente avanzado, de 4 cm., con compromiso del borde quirúrgico (R1). En el tercer paciente hubo una reducción del tamaño tumoral a 1,5 cm, asociado a signos de regresión, con bordes quirúrgicos negativos (R0).

Conclusiones: Nuestra experiencia inicial con el uso de radioquimioterapia neoadyuvante en tumores pancreáticos "borderline" resultó favorable en dos de los tres pacientes presentados, en los que se logró reducción del estadio de la enfermedad y cirugía curativa.

#### CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES DERIVADOS DESDE UN EQUIPO DE CIRUGÍA HEPATOBILIOPANCREÁTICA A UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DE UN CENTRO DE REFERENCIA.

*Drs. P. Cabrera, H. Auad, S. Uribe-Echevarría, M. Uribe, ME. Orellana, C. Heine, P. Ritter, S. Biancardi, R. Fernández, P. Jeria.*

Servicio de Cirugía, Unidad de cirugía Hepatobiliopancreática, Unidad de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor Hospital del Salvador - Campus Oriente Universidad de Chile .

Introducción: La presentación de pacientes a un Comité Oncológico (CO) permite a los equipos quirúrgicos interactuar con quimioterapeutas, radioterapeutas y especialistas dedicados al manejo del dolor para ofrecer un mejor enfoque terapéutico. El registro de pacientes del equipo de cirugía Hepatobiliopancreático (HBP) nos permite caracterizar mejor la condición de nuestros pacientes ya que entrega una información confiable y de calidad para el cada equipo que sigue el tratamiento. Objetivo: Caracterizar demográficamente a los pacientes y el diagnóstico de ingreso a CO del Hospital del Salvador por parte del Equipo HBP. Materiales y métodos: Se revisaron todos los resúmenes de CO presentado por el Equipo de HBP entre Enero del 2009 a Diciembre de 2011. Se registro: año de ingreso, sexo, edad, diagnóstico de presentación, presencia de metástasis, si se sometieron a cirugía y tipo, lo que se propuso y decidió en comité. Resultados: Se incluyeron 322

pacientes. Por año el 2009: 90 pacientes (28%). 2010: 114 (35%); 2011: 118 (37%). Por sexo: Por sexo: 186 (57,76%) pacientes eran mujeres. Edad promedio 66,8 años (DS+12,4). Se presentaron 26 diagnósticos distintos, que se distribuyen 6 principales según la siguiente tabla.

Cáncer	Numero	Porcentaje
Cáncer páncreas	95	29,50%
Cáncer vesícula	73	22,67%
Hepatocarcinoma	29	9,01%
Cáncer ampular	20	6,21%
Desconocido	19	5,90%
Sospecha	17	5,28%
Otros	72	26,71%

Tabla N°1: Pacientes por Diagnostico. Número y porcentaje del total de 322 pacientes.

El 41,6% de los pacientes fue sometido a una cirugía previa a la derivación. 47,2% presentaban metástasis al ingreso. 264 pacientes fueron presentados a Cuidados Paliativos, con una aceptación por el CO del 98,9%.

Comentario: En nuestro Centro destaca que la principal causa de ingreso sea el Cáncer de Páncreas, esto se puede deber a que somos un Hospital de derivación nacional. Destaca el 12,7% de pacientes con sospecha de desconocido o sospecha, esto es concordante con la literatura internacional. Pueden realizarse mayores esfuerzos para lograr diagnóstico previo al ingreso. Este trabajo permite conocer las características de los pacientes derivados a CO desde el Equipo HBP del Hospital del Salvador, posibilitando una mejor planificación sanitaria y gestión de recursos.

#### PERFORACIÓN DUODENAL COMO COMPLICACIÓN DE INSTALACIÓN DE PRÓTESIS BILIAR. TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO.

*Drs. C. Heine, J. Ormazábal, R. Novoa, G. Bascur, S. Hot, L. Remolina, M. Pabón, M. Uribe.* Servicio de Cirugía, Hospital del Salvador - Campus Oriente Universidad de Chile<sup>1</sup>. Servicio de Radiología, Hospital del Salvador - USACH<sup>2</sup>.

Introducción: la colocación de prótesis biliares para patologías malignas y benignas es un procedimiento útil y con baja tasa de complicaciones. La complicación a largo plazo más frecuente es la obstrucción de la prótesis, ya sea por crecimiento tumoral o por depósitos litogénicos en el interior o en las proximidades de ella. La perforación intestinal por migración de la prótesis es una complicación extremadamente rara con escasos reportes en la literatura al respecto.

Paciente y caso clínico: Paciente de 57 años con diagnóstico de Cáncer de vesícula biliar que presenta recidiva local con estenosis de tercio medio de colédoco. Se decide instalación de prótesis 10 fr. de 12 cm que se ubica sobre la estenosis. Posteriormente al procedimiento (día 24), la paciente presenta cuadro de dolor abdominal asociado a febrícula y alza de parámetros inflamatorios. TC abdomen muestra

migración de prótesis biliar con perforación duodenal hacia el retroperitoneo y colección biliar secundaria. Se realiza ERCP donde se aprecia perforación en cara posterior del duodeno de 2 mm. Se cambia la prótesis por otra 10fr de 10 cm y se cierra el defecto duodenal con 3 clips endoscópicos. Posteriormente se efectúa mini-lumbotomía para drenaje de colección retroperitoneal sin incidentes.

Resultados: Evolución favorable con prueba de azul de metileno al 5º día negativa. Drenajes in situ y TC control sin hallazgos de colección residual. Comentario: Pese a lo infrecuente, la migración de prótesis biliar puede presentar complicaciones como perforación intestinal que pueden manejarse por vía endoscópica con buenos resultados.

#### ETIOLOGÍA Y CARACTERÍSTICAS Y DEMOGRÁFICAS DE TUMORES HEPÁTICOS EN UN CENTRO DE REFERENCIA.

*Drs. S. Uribe-Echevarría, P. Cabrera, M. Uribe, W. Martínez, F. Catán, C. Astudillo, I. Robles, C. Heine, F. Puelma, M. Palma, S. Hott, M. Fernández.* Servicio de Cirugía, Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática, Unidad de Radiología, Unidad de Radiología, Hospital del Salvador - Campus Oriente Universidad de Chile.

Introducción: El conocimiento de las características demográficas y la etiología de tumores hepáticos primarios y secundarios permiten la planificación y diseño de estrategias sanitarias que posibilitan una adecuada asignación y utilización de recursos de dichas patologías. En nuestro país existen escasos estudios acerca de incidencia, etiología y epidemiología de los tumores hepáticos. Objetivos: Presentar las características demográficas y etiología de los tumores hepáticos de pacientes referidos al Programa de Tumores Hepáticos del servicio de cirugía del Hospital Salvador, en un centro.

Método y Paciente: Se evaluaron las fichas clínicas

del Comité de Tumores Hepáticos del Hospital del Salvador en el periodo entre 2009 a Julio 2012. Se estandarizan como variables los datos epidemiológicos además de la relación entre tumores primarios y secundarios, síntoma principal de presentación en cada patología y método imagenológico utilizado para la pesquisa. Resultados: Un total de 528 pacientes fueron presentados al comité de tumores hepáticos. Un 41% corresponden a tumores primarios y un 59% a secundarios. De los primarios el 81% son lesiones malignas y 19% a lesiones benignas. El Hepatocarcinoma representa 24% del total de tumores y el 66 % de entre los tumores primarios malignos. La edad promedio fue de 64 años (17 - 84). Un 46% de los pacientes presentó síntomas siendo el dolor abdominal el principal con un 69%. Al diagnóstico, un 11% presentó compromiso vascular. El principal método imagenológico de pesquisa fue la Tomografía computada con contraste en un 90% y la ecografía abdominal un 10%. El colangiocarcinoma correspondió al 5% con una edad promedio de 66 años (37-83). Las lesiones Benignas primarias se presentaron principalmente en mujeres (76%). El promedio de edad fue de 50 años. Las causas: Hemangioma: 68%, Adenoma: 13 %, hiperplasia nodular focal: 19 %, Quiste Hídático: 5% y Absceso Hepático: 3%. En el caso de tumores secundarios, las metástasis hepáticas tienen como tumor primario el colon en un 48%, vesícula 17 %, mama 5 %, páncreas 5%, neuroendocrino 2%, gástrico 1 %. Los tumores primarios desconocidos alcanzan un 7 %. Conclusiones: Destacamos la alta incidencia del hepatocarcinoma dentro de los tumores hepáticos malignos, concordante con lo reportado en series extranjeras. La alta incidencia de lesiones metastásicas del cáncer de colon debe ser tratada por comité oncológicos multidisciplinarios con presencia de quimioterapeutas, cirujanos y radiólogos. El tratamiento de estos pacientes desde el punto de vista quirúrgico implica la realización de técnicas complejas.

## Poster: MAMA

HAMARTOMA E HIPERPLASIA ESTROMAL PSEUDOANGIOMATOSA MAMARIA: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

*Drs. G. Ibañez<sup>1</sup>, M. Figueroa<sup>2</sup>, V. Leiva<sup>3</sup>, M. Guerrero<sup>3</sup>*

1: Unidad de Patología Mamaria Complejo Hospitalario San José

2: Departamento de Cirugía Hospital Clínico de la Universidad de Chile

3: Servicio de Anatomía Patológica Complejo Hospitalario San José

**Introducción:** Los hamartomas y la hiperplasia estromal pseudoangiomatosa (PASH) son proliferaciones estromales benignas infrecuentes en la mama. Los hamartomas representan el 0,7% de los tumores benignos de la mama, mientras que la PASH nodular es una entidad extremadamente infrecuente, existiendo cerca de 150 casos reportados en la literatura mundial. Ambas entidades son diagnósticos diferenciales del cáncer de mama. **Objetivo:** Exponer un caso de hamartoma mamario con PASH asociado cuya presentación inicial fue sugerente de probable patología maligna diagnosticado y manejado en el Hospital San José de Chile.

**Caso clínico:** NEO, mujer de 44 años, sin antecedentes médicos relevantes, acude por 4 años de evolución de mastodinia derecha asociada a tumor palpable expansivo en CSE, y telorrea vercosa durante el último año. La mamografía evidencia una imagen pseudo nodular en CSE de mama derecha, BIRADS 0. La ecografía muestra un tumor de 1.9\*2.3\*1.8 cm diámetro en CSE, heterogénea, irregular, hipocogénica con escasa vascularización informada como BIRADS US: 5. Se presume probable patología maligna por lo que se toma Biopsia Core, la que informa PASH, microcalcificaciones y mastopatía fibrosa. Considerando el diagnóstico diferencial neoplásico se realiza mastectomía parcial, el informe de la biopsia diferida objetivó un hamartoma mamario con extensa hiperplasia estromal pseudoangiomatosa.

**Discusión:** Los hamartomas y la PASH son patologías sin presentación clínica específica, los hallazgos radiológicos del hamartoma pueden ser patognomónicos, mientras que en la PASH no, en el caso expuesto los hallazgos fueron sugerentes de cáncer de mama. El estudio anatomopatológico inicial orientó a PASH nodular mientras que el diagnóstico definitivo demostró una asociación de estas patologías, esta asociación se ha descrito con proporciones que varían entre un 16% a un 71% de los casos de hamartoma mamario. Si bien la única herramienta diagnóstica certera en ambas patologías es el estudio anatomopatológico, es necesario el análisis de toda la pieza quirúrgica para establecer un diagnóstico definitivo. El tratamiento quirúrgico es curativo y con bajo riesgo de recurrencia, sin ser necesario terapia adyuvante complementaria.

RECONSTRUCCION MAMARIA TRAS MASTECTOMIA TOTAL: EXPERIENCIA LOCAL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

*Drs. I. Obaid<sup>1</sup>, C. Apay<sup>2</sup>, G. Castro<sup>1</sup>, T. Desenzani<sup>1</sup>, M. Mañana<sup>3</sup>, M.E. Bravo<sup>3,4</sup>, N. Aliaga<sup>4</sup>*

1. Medico Becado Universidad de Chile, Servicio de Cirugía Hospital San Juan de Dios; 2. Interno Medicina Universidad de Chile, Servicio de Cirugía Hospital San Juan de Dios; 3. Staff Servicio de Cirugía Mamas Hospital San Juan de Dios; 4. Staff Servicio de Cirugía Mamas CLC.

**Introducción:** La reconstrucción mamaria puede realizarse de forma inmediata tras la mastectomía, o como procedimiento diferido tras un intervalo de tiempo. Para muchas mujeres con cáncer mamario, supone un gran trauma psicológico enfrentarse simultáneamente al problema oncológico y también a la pérdida de la mama. La reconstrucción inmediata puede proporcionar un gran beneficio psicológico a la paciente mastectomizada. Sin embargo, se asocia a un porcentaje mayor de complicaciones, tales como necrosis tisular, dehiscencia de suturas, seroma e infección. Por otra parte, la reconstrucción diferida presenta el inconveniente de que la paciente tiene que convivir con el defecto mamario, asociado a repercusiones psicológicas y sociales, hasta que se realiza el procedimiento reconstructivo. Sin embargo, este retraso permite que los tejidos conservados tras la mastectomía se normalicen, reduciéndose la predisposición a desarrollar complicaciones locales. El método más simple de reconstrucción mamaria es la colocación de una prótesis de silicona, debajo de los tejidos disponibles tras la mastectomía. Otra técnica es ocupar los expansores tisulares con suero fisiológico, que permiten expandir gradualmente los tejidos para luego implantarlos.

**Metodología:** Se realizó una revisión retrospectiva de todas las cirugías realizadas en el servicio entre octubre del 2008 y Junio del 2011. Se operaron en total 12 pacientes. Se analizó la edad, la histología del tumor al momento del diagnóstico, el TNM y si se realizó reconstrucción inmediata o con expansor. En esta última se consignó el tiempo transcurrido entre la primera y segunda cirugía.

**Resultados:** El rango de edad entre los pacientes operados fue 35-60 años, con un promedio de 44.8 años. La histología inicial fue Ca in situ en un 50% de los casos y el resto Ca infiltrante. El 100% sin metástasis y solo el 16.6% presentó adenopatías comprometidas (N1-2M0), el 100% fue reconstruido con expansor y el tiempo promedio entre la primera y segunda cirugía fue de 32 semanas. Del total de las reconstrucciones solo 1 presentó infección del expansor, por lo que éste tuvo que ser retirado.

**Discusión:** La mama para la sociedad es un símbolo de belleza y femineidad. La mastectomía es vista por la población como una mutilación, que va en

detrimento de la calidad de vida y belleza de las mujeres afectadas, sobretodo aquellas en edad fértil. A pesar de existir pocos recursos en el servicio público, la reconstrucción mamaria es posible. Bajo las condiciones adecuadas y con pacientes seleccionados, los resultados son efectivos y tienen gran aceptación.

Cáncer de mama bilateral sincrónico en hombre. Reporte de un caso y revisión de literatura. *Drs. G. Ibañez R., L. Chia, O. Chávez, F. Olguín.* Unidad de Patología Mamaria, Complejo Hospitalario San José.

**Introducción:** Se entiende por cáncer de mama bilateral sincrónico, la presencia de tumor primario maligno en ambas mamas, que son diagnosticados simultáneamente. Su aparición es poco frecuente, presentándose en 1,5 a 2 % de todos los cánceres de mama. Por otro lado, el cáncer de mama en el hombre representa menos del 1%. Entonces, la presentación de cáncer de mama bilateral sincrónico en hombre es aún más raro, con una incidencia reportada de tan sólo 1,5-2 % de los cánceres de mama en hombre.

**Caso Clínico:** Hombre de 61 años. Antecedente de Papiloma Intraductal derecho operado 2005 por derrame hemático y nódulo palpable. Consulta 2012 por tumor palpable izquierdo de 1 año de evolución. Al examen presenta cicatriz periareolar derecha, nódulo CSE periareolar derecho 30mm y otro nódulo CSE izquierdo 25mm. Mamografía: Tumor bien delimitado central izquierdo 30mm y posterior a derecha otra zona nodular de 32mm BIRADS 4. Eco Mamaria: Quiste complejo profundo a derecha de pared gruesa, irregular y múltiples tabicaciones en su interior (29x21mm). En CSE periareolar izquierdo, quiste con pared fina y lesión sólida polilobulada con vascularización (31x22mm) BIRADS US 4.

**Cirugía diagnóstica:** Mastectomía parcial periareolar bilateral + recorte muscular derecho y posterior izquierdo (biopsia diferida). Se evidencia compromiso macroscópico de músculo pectoral mayor derecho.

**Biopsia quirúrgica:** Mama derecha: Carcinoma papilar infiltrante, moderadamente diferenciado, 12x10mm, bordes en contacto con la lesión a superficial y lateral. Mama izquierda: Adenocarcinoma papilar en áreas cavitado infiltrante, 13x12x10mm. Borde profundo a 1mm, el resto alejados. Focalmente CDIS tipo criboso. Recorte medial-profundo izquierdo negativo.

**Cirugía definitiva:** Mastectomía radical derecha (por infiltración m. pectoral mayor) con disección axilar derecha + Mastectomía total izquierda con ganglio centinela izquierdo. Biopsia quirúrgica (reoperación): Sin cáncer residual (derecha e izquierda). 8 ganglios negativos a derecha (axila) y 2 ganglios negativos a izquierda (centinela).

**Discusión:** El cáncer de mama bilateral sincrónico en hombre es una patología muy rara y poco descrita en la literatura internacional, más aún el Carcinoma Papilar descrito en nuestro caso, por lo que se hace

de gran importancia el seguimiento y sospecha frente a cualquier lesión de reciente aparición que se presente, sobretodo con el antecedente de patología mamaria previa, como fue el papiloma intraductal operado.

#### MASTITIS CRÓNICA POR ACTINOMYCES. REPORTE DE UN CASO.

*Dra. G. Ibañez, Dr. F. Olguín, Dr. O. Chávez, Dra. L. Chia*

1: Unidad de Patología Mamaria Complejo Hospitalario San José  
2: Departamento de Cirugía Hospital Clínico de la Universidad de Chile

**Resumen:** Introducción: La Actinomycosis es una enfermedad supurativa y de curso crónico que se caracteriza por la formación de abscesos, fístulas y tejido fibroso denso. La localización de la infección, en orden de frecuencia, es cervicofacial, abdominopelviana y torácica, siendo otras localizaciones, como la afección mamaria, de presentación muy poco frecuente. Respecto al tratamiento, el uso de la penicilina ha tenido buenos resultados y la cirugía se reserva para el vaciamiento de abscesos.

**Objetivo:** exponer un caso de mastitis crónica asociado a un absceso mamario, causado por Actinomyces, diagnosticado y manejado en el Hospital San José de Chile.

**Caso clínico:** Mujer de 37 años, con antecedentes de tabaquismo hace 20 años con un IPA de 20, usuaria de ACO. Hace un año presenta episodio de mastitis, manejada con éxito en consultorio con Cloxacilina por 7 días. Presenta nuevo episodio 12 meses después, tratado inicialmente con Cloxacilina y Metronidazol sin respuesta, evolucionando con un absceso de la mama, derivándose a la Unidad de Patología mamaria del Hospital San José. Se realiza drenaje del absceso por punción, se toman cultivos y se inicia tratamiento antibiótico endovenoso, con Cloxacilina y Metronidazol por 7 días y se mantienen antibióticos orales al alta, con regular respuesta, persistiendo eritema y aumento de temperatura local, asociado a pezón umbilicado con exudado, manejado con Clotrimazol tópico. Se informa resultado del cultivo: (+) Actinomyces sp.; se rehospitaliza y se inicia tratamiento con Ampicilina 3 gramos cada 6 horas por 9 días y por sugerencia de infectología se continúa con Penicilina G sódica 5 millones cada 6 horas hasta completar 21 días, asociado a tratamiento tópico con Clotrimazol cada 12 horas. Con buena respuesta clínica manteniendo leve eritema en mama de menor extensión, sin aumento de temperatura local, con pezón umbilicado sin exudado. Se continúa tratamiento con Amoxicilina 500 mg cada 8 horas hasta completar 6 meses. La paciente continúa en controles mensuales, asintomática y con remisión casi completa del eritema.

**Discusión:** La actinomycosis de la mama es una condición poco frecuente que se presenta usualmente como un cuadro subagudo o crónico, asociado a formación de abscesos. Con respecto al manejo se recomienda tratamiento antibiótico con penicilina

por un tiempo prolongado asociado a drenaje percutáneo o cirugía en caso necesario. En el caso expuesto se realizó drenaje por punción del absceso asociado a tratamiento antibiótico con penicilina por 6 meses con buena respuesta.

ENFERMEDAD DE ROSAI DORFMAN MAMARIO. EL IMITADOR DEL CÁNCER DE MAMA. REPORTE DE UN CASO.  
*Dra. G. Ibañez, Dr. O. Chávez, Dr. F. Olguín, Dra. L. Chid, Dra. C. Molina*

1: Unidad de Patología Mamaria Complejo Hospitalario San José  
2: Departamento de Cirugía Hospital Clínico de la Universidad de Chile  
3: Departamento de Anatomía Patológica Complejo Hospitalario San José

Resumen: Introducción: La enfermedad de Rosai-Dorfman, denominada también histiocitosis sinusal con linfadenopatía masiva, es considerada una afección benigna idiopática, aunque se cree que puede deberse a alteraciones del sistema inmunológico. Fue descrita en 1969 por Rosai y Dorfman y se han comunicado cerca de 500 casos en todo el mundo.

La manifestación clínica más frecuente consiste en la afectación ganglionar generalizada, con ganglios de gran tamaño, sobre todo cervicales, pero pueden afectarse ganglios de cualquier órgano. La afectación extraganglionar (menos frecuente) se ha informado que se produce en casi todos los órganos y sistemas, con o sin concomitante enfermedad ganglionar. La mama es un sitio raro de presentación de esta enfermedad, con muy pocos reportes de casos en el mundo.

El diagnóstico es anatomopatológico y no existe un tratamiento de elección, la evolución suele ser el alivio espontáneo, pero cuando existe diseminación extraganglionar es progresiva y fatal.

Objetivo: Exponer un caso de Enfermedad de Rosai Dorfman mamario cuya presentación inicial fue sugerente de probable patología maligna diagnosticado y manejado en el Complejo Hospitalario San José de Chile.

Caso: MMM, mujer de 69 años derivada desde Consultorio por lesión palpable de 3 cm de diámetro en mama derecha, con mamografía que describe nódulo denso de 2.5 cm. mal definido en CSI mama derecha, catalogado como Birads 4.

Paciente ingresa a la unidad donde se realiza ecografía mamaria que destaca un nódulo hipocogénico, heterogéneo, de contornos lobulados ubicado en el CSI de la mama derecha, vascularizado al doppler color y que mide 2.4 x 1.4 x 2.7 cm. concluyendo como nódulo de aspecto neoplásico, Birads 5, y se sugiere estudio histológico con biopsia Core, la cual se realiza bajo ecografía y cuyo examen microscópico es compatible con enfermedad de Rosai Dorfman. Paciente sigue en controles periódicos en la Unidad

y se constata aumento de tamaño de lesión mamaria, con mamografía que indica lesión polilobulada de la mama derecha en CSI de 4.7 cm. por lo que se decide mastectomía parcial derecha, cuya biopsia informa lesión lobulada de bordes bien definidos de 3 x 3 x 2.1 cm. cuyo examen microscópico destaca parénquima mamario con presencia de acúmulos de macrófagos de gran tamaño, de citoplasma espumoso, núcleo vesiculoso y nucléolo prominente. Abundantes zonas de emperipolesis.

Discusión: Al igual que lo descrito en la literatura, en un comienzo se sospecha patología maligna y el diagnóstico finalmente es confirmado mediante estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico.

METÁSTASIS GASTROINTESTINALES DE CARCINOMA DUCTAL MAMARIO. REPORTE DE UN CASO

*Drs. D. Oksenberg, Internos J. Pinochet y S. Morales*  
Clínica INDISA. Universidad Andrés Bello.

Introducción: El Cáncer de Mama es el segundo cáncer más frecuente en el mundo y es por lejos la enfermedad maligna más frecuente en mujeres. Pese a esto, las Metástasis Gastrointestinales (MGE) suelen ser muy infrecuentes, existiendo reportes que establecen que las MGE tan solo se producen en un 0,6% del total de pacientes con cáncer metastásico.

Material y Método: Se realiza revisión retrospectiva de ficha clínica de Paciente sexo femenino, 38 años de edad, con Ant. De Adenocarcinoma Mamario Ductal Infiltrante poco Diferenciado resecaado, asociado a metástasis pulmonares en tratamiento con Quimioterapia, que consulta por cuadro de 2 días de evolución de Intenso Dolor Epigástrico, asociado a Parámetros inflamatorios Normales. Se realiza Endoscopia Digestiva Alta, que revela Múltiples Lesiones Elevadas y sésiles Gastroduodenales, posiblemente secundarias, se toman Biopsias. Resultados: Las Biopsias de las Lesiones Gastroduodenales, resultan ser compatibles con Cáncer Primario de Mama. Discusión: Aunque el cáncer de mama metastiza con mayor frecuencia a Linfonodos, hueso, pulmón e hígado también se puede extender a hacia el tracto gastrointestinal, peritoneo y órganos ginecológicos. Dentro de la localización Gastrointestinal, la más frecuente es Estomago, como es el caso de esta paciente, seguido por Colón y recto. Las MGI son más frecuentemente asociadas a la variante Lobulillar del cáncer de mama (4,5% vs 1,1%). La sintomatología es Inespecífica, lo cual suele retrasar el diagnóstico y favorecer la progresión de la enfermedad Metastásica. Además, se suele atribuir la sintomatología a las terapias coadyuvantes y a la enfermedad Metastásica previamente conocida, lo que tiende a retrasar más aún el diagnóstico. Parece más frecuente, que las MGI se den en el contexto de una enfermedad previamente diseminada con metástasis a distancia en otros órganos, como en este caso en el que existían metástasis pulmonares.



BIOPSIA DE LINFONODO CENTINELA:  
EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE  
VALDIVIA.

*Drs. A.M. Duhalde<sup>1</sup>, F. Imigo<sup>1</sup>, C. Zárate<sup>1</sup>, J.A. Pérez<sup>2</sup>, M.T. Poblete<sup>3</sup>.*

<sup>1</sup>Residentes de Cirugía, Universidad Austral de Chile. <sup>2</sup>Cirujano Equipo Cirugía Oncológica, Hospital Base Valdivia. <sup>3</sup>Anatomopatóloga, Hospital Base Valdivia.

**Introducción:** El cáncer de mama es una de las patologías malignas de mayor frecuencia en la mujer a nivel mundial. Cerca del 65% de las pacientes con cáncer de mama no presentan compromiso linfonodal al momento del diagnóstico. La biopsia del linfonodo centinela (BLC) es un procedimiento mínimamente invasivo que se utiliza para reemplazar la disección axilar profiláctica en la evaluación del compromiso linfonodal de la axila. La fase de validación de la técnica, tiene como marcador de calidad: tasa de identificación del LNC >90%, tasa de falsos negativos <10%. La Sociedad Americana de

Cirujanos de Mama recomienda documentar al menos 30 casos.

**Objetivo:** analizar la experiencia local del Hospital de Valdivia en la técnica de BLC.

**Materiales y métodos:** revisión retrospectiva de los informes de biopsias de las pacientes en las que se realizó BLC y disección axilar posterior entre marzo del 2011 y abril del 2012, utilizando la técnica de azul patente. Estudio del linfonodo centinela detectado con biopsia contemporánea y evaluación del contenido axilar en forma diferida. Cálculo de la tasa de identificación y de falsos negativos. **Resultados:** se realizaron 24 procedimientos durante el período descrito. En un caso (4,1%) no se detectó el linfonodo centinela. En los 23 restantes fue posible realizar la correlación histopatológica entre el linfonodo centinela y el contenido axilar, de ellos 2 casos resultaron ser falsos negativos. No hubo falsos positivos. La tasa de identificación fue de 95%. **Conclusión:** La biopsia de linfonodo centinela es una técnica reproducible en nuestro medio. Debemos validar la técnica antes de abandonar la disección axilar.

## Poster: CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA

EVALUACIÓN DE PROGRAMA DE ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA, REPARADORA Y ESTÉTICA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE. VISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS POR EGRESADOS. *Drs. S. Benítez, P. Andrades, S. Danilla, C. Erazo, S. Sepúlveda, M. Figueroa.*

Departamento de Cirugía Hospital Clínico de la Universidad de Chile

**Introducción:** Las estrategias de educación médica han cambiado en los últimos años, lo que afecta transversalmente las ramas de la medicina. En este contexto, es importante determinar la apreciación de los egresados de los programas de especialidades para evaluar la necesidad de modificaciones.

**Objetivo:** El objetivo de este estudio es evaluar el programa de formación en Cirugía Plástica, Reparadora y Estética de la Universidad de Chile.

**Materiales y método:** Se confeccionó una encuesta de 32 preguntas divididas en 5 dominios: Aspectos generales de la residencia, actividades prácticas, actividades teóricas, aspectos económicos y situación post-residencia. La encuesta fue respondida por los egresados desde el año 2004 al 2010.

**Resultados:** Se obtuvo un total de 18 egresados, el 72,2% de los encuestados considera el programa de especialista como bueno o muy bueno, el 83,3% de los encuestados considera que la duración del programa es insuficiente, sugiriendo una duración de 3 años como óptima. Los centros mejor evaluados fueron el Hospital militar y el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, mientras que las rotaciones mejor evaluadas fueron Quemados en un 100%, Cirugía Estética Mamaria en un 94,4% y Cirugía de Contorno Corporal con un 83,3%. El 77% considera haber desarrollado destrezas quirúrgicas adecuadas.

**Conclusión:** Según los encuestados nuestro programa de residencia es bueno, logrando egresar preparados para desempeñarse como cirujano plástico en la mayoría de los aspectos de la especialidad, sin embargo parece necesario mejorar ciertos aspectos del programa.

RECURRENCIA TUMORAL POSTERIOR AL EMPLEO DE CURACIÓN CON PRESIÓN NEGATIVA. UN LLAMADO DE ALERTA.

*Drs. M. Figueroa, P. Andrades, S. Sepúlveda, S. Benítez, C. Erazo, E. Danilla.*

Departamento de Cirugía Hospital Clínico de la Universidad de Chile

**Introducción:** El uso de curaciones con sistemas de presión negativa se ha masificado en los últimos

años, la creciente evidencia ofrece respaldo para el manejo de heridas complejas, sin embargo, presenta distintos efectos adversos como infecciones, cuerpos extraños residuales, úlceras por presión, hemorragias masivas, alteraciones hidroelectrolíticas y fistulas entero cutáneas. Si consideramos las bases moleculares que promueven la hiperplasia celular generada por la presión negativa, su empleo en contexto de pacientes oncológicos pudiese ser riesgoso.

**Objetivo:** Reportar una recurrencia tumoral precoz posterior a resección quirúrgica con márgenes libres de enfermedad y curaciones con sistema de presión negativa.

**Caso Clínico:** FMM, varón de 22 años, con antecedente de sarcoma de muslo derecho, resecado el 2009 con márgenes negativos y recidivado localmente el 2010, se somete a nueva resección quirúrgica y radioterapia adyuvante con intención curativa. Ingresa a nuestro centro en enero 2012 con nueva recurrencia tumoral local, el comité oncológico decide nueva resección tumoral obteniendo márgenes libres de tumor. Posterior a tumorectomía, by-pass femoro-popliteo con prótesis de PTFE y cierre primario del defecto, el paciente evoluciona con dehiscencia de 1/3 medio y distal de la sutura con exposición de la prótesis vascular. Considerando el contexto nutricional del paciente y las condiciones locales de la dehiscencia, se realiza curación con sistema de presión negativa. Luego de 6 semanas se evidencia aumento de volumen exagerado del defecto, con crecimiento exponencial en las últimas 2 semanas, se tomó biopsia que objetivó recurrencia tumoral, por lo que se decide la desarticulación de cadera posterior a evaluación del equipo traumatológico tratante.

**Discusión:** No se ha demostrado que las curaciones en base a presión negativa aumente el riesgo de patologías neoplásicas, sin embargo, el caso reportado evidencia una recidiva local acelerada pese al manejo oncológico guiado bajo comité. El stress mecánico de la presión negativa genera una mecanotransducción de señales desde proteínas de membrana, y factores de crecimiento, que gatillan la hiperplasia celular y angiogénesis. Teóricamente en paciente oncológicos, la estimulación de la hiperplasia celular en tejidos que han perdido el control de autorregulación puede ser peligrosa, ya que pese al manejo quirúrgico adecuado, no existe certeza genética que garantice la indemnidad de la totalidad de células adyacentes, por lo que la estimulación sobre las mismas puede generar una cadena de carcinogénesis acelerada finalizando en una recidiva tumoral como la evidenciada en nuestro paciente.

ESTUDIO CASO-CONTROL SOBRE LA UTILIZACIÓN DE PLASMA RICO EN PLAQUETAS EN CIERRE DE FISURAS ALVEOLARES Y SU UTILIDAD CLÍNICA.

*Drs. C. Giugliano<sup>1,2</sup>, E. Grasset, y M. Urzúa*

1) Unidad de Cirugía Plástica, Clínica Alemana de Santiago, 2) Fundación Gantz

Introducción.

Chile duplica la incidencia mundial de labio leporino. Es clave en la rehabilitación lograr el cierre de las fisuras alveolares (CFA), cerrar la fistula vestibulo-nasal (CFVN), dar soporte para las piezas dentales y permitir una mejoría estética. Existen múltiples técnicas y materiales para realizar este procedimiento, siendo uno de los más usados el hueso autólogo al que se puede agregar, para lograr mejores resultados, elementos como el plasma rico en plaquetas (PRP). Quisimos analizar nuestra experiencia en esta técnica y determinar si el PRP ofrece alguna ventaja para los pacientes. Materiales y métodos. Realizamos un estudio retrospectivo caso-control, analizamos a los pacientes operados por un mismo cirujano desde el año 2007 al 2011. Estudiamos los resultados en base a fotografías estandarizadas, registros clínicos e imágenes radiológicas para establecer el cumplimiento de los siguientes objetivos: CFA y CFVN, lograr erupción (EC) y posicionamiento correcto del canino (PC), completar la arcada dental (CAD), obtener mejoría estética (ME), evidenciar puente óseo (PO) en las radiografías postoperatorias a 6 meses y las complicaciones en sitio operatorio.

Los datos obtenidos se analizaron según su OR, ANOVA y prueba de Mann-Whitney para la suma total de los resultados siendo la diferencia significativa con  $p < 0.05$ . Resultados. Total de 43 pacientes intervenidos, se obtuvo suficiente información de 27, 12 con PRP y 15 sin PRP, promedio de edad de 11,3 y 13,4 años respectivamente ( $p < 0.05$ ). Tasas de éxito con y sin PRP para CFA fue 0,67 y 0,87 respectivamente; para CFVA fue 0,75 y 0,93 respectivamente, para EC fue 0,91 y 0,87 respectivamente, para PC fue 0,83 y 1,0 respectivamente; para CAD fue 0,75 y 0,73 respectivamente; para ME fue 0,17 y 0,4 respectivamente no siendo ninguna de estas diferencias significativas. La tasa de complicaciones graves fue 0,0 y 0,4 respectivamente ( $p < 0,05$ ). Discusión. Los resultados no muestran diferencias al utilizar uno u otro material estudiado en cuanto a los resultados observados, similar a los presentado en la evidencia internacional. Sí muestra ventajas en la presentación de complicaciones, efecto que podría explicarse por los efectos del PRP sobre la cicatrización de partes blandas. Si bien hubo una tendencia a presentar peores resultados en los que tuvieron complicaciones, esta no resultó significativa. Conclusión. El uso de PRP parece mejorar la incidencia de complicaciones locales y podría así evitar malos resultados aunque no parece presentar un efecto directo sobre los resultados.

COLGAJO FASCIOCUTÁNEO BILATERAL EN RECONSTRUCCIÓN DE GANGRENA DE FOURNIER. REPORTE DE UN CASO.

*Drs. T. Rodríguez, J. Román, P. Aravena, H. Topp*

Servicio de Cirugía Hospital el Pino. Universidad Andrés Bello.

Introducción: La gangrena de Fournier es una enfermedad infecciosa polimicrobiana caracterizada por fasciitis necrotizante de los tejidos blandos, localizada en la región perineal y pared abdominal. Es rápidamente progresiva con importantes manifestaciones sistémicas. Es más frecuente en hombres jóvenes con morbilidades inmunosupresoras como diabetes mellitus, alcoholismo, desnutrición o con patología colorrectal asociada. El manejo es médico-quirúrgico multidisciplinario.

Caso Clínico: Paciente de sexo masculino, 40 años, con antecedentes de HTA y DM2. Consulta por cuadro de 4 días de evolución caracterizado por dolor en la región perianal y testicular, asociado a aumento de volumen y de temperatura local y fiebre (de hasta 39°C). En el examen físico se aprecia escroto aumentado de volumen, eritematoso, indurado y muy doloroso a la palpación. Se diagnostica enfermedad de Fournier secundaria a absceso perianal, hospitalizándose e iniciando tratamiento antibiótico biasociado. Se ingresa a pabellón el mismo día de hospitalización para necrosectomía y aseo quirúrgico, quedando testículos expuestos.

El paciente evoluciona favorablemente, decidiéndose realización de colgajo fasciocutáneo bilateral de cara interna de muslo al decimo día de tratamiento. Se continúa con antibioticoterapia y curaciones diarias. Se da alta en el día 15 de hospitalización. En control postoperatorio a los 15 días se encuentra sin complicaciones.

Discusión Y Conclusión: La gangrena de Fournier tiene una morbilidad de 30% y mortalidad de más del 10%. El manejo se basa en el debridamiento del tejido desvitalizado y el apoyo médico con antibióticos de amplio espectro. En las cirugías reconstructivas puede usarse varias técnicas como los injertos cutáneos parciales y totales, la transposición de los testículos y del codón para formar una bolsa subcutánea permanente en el muslo, colgajos pediculados musculocutáneos o fasciocutáneos, entre otros. La cobertura escrotal es de gran importancia en el manejo de estos pacientes, no solo por razones estéticas si no también por motivos funcionales y psicológicos. La reconstrucción del defecto cutáneo utilizando colgajos fasciocutáneos considera el uso de un pedículo cutáneo superomedial del muslo. Estos han demostrado ser útiles en la reconstrucción de grandes defectos escrotales, con buenos resultados estéticos y que preserva la sensibilidad y la identidad sexual del paciente.

**METAPLASIA ÓSEA CUTÁNEA EN ÚLCERA VENOSA CRÓNICA. CASO CLÍNICO.**  
*Drs. E. Troncoso, C. Ibarra, A. Bautista, R. Olguín*  
Hospital Militar de Santiago. Universidad de los Andes.

**Introducción.** La metaplasia ósea cutánea, también conocida como calcinosis cutánea o calcinosis cutis, es el depósito de sales de calcio insolubles en la piel. La fisiopatología es variada y se ha dividido principalmente en calcinosis secundaria (cuando existe alteración preexistente de los tejidos), por anormalidades del metabolismo del fósforo y/o el calcio, y por causas idiopáticas. La causa más frecuente de calcinosis cutánea en la población es la producida por insuficiencia venosa. Cuando la lesión es localizada el tratamiento es la excisión quirúrgica y el pronóstico es bueno. Presentamos un caso de úlcera venosa crónica con calcinosis cutánea y su manejo.

**Materiales y Métodos.** Previo consentimiento del paciente se presenta su historia clínica, documentación fotográfica y exámenes. **Caso Clínico.** Paciente sexo masculino de 60 años de edad, diabético, tabáquico y safenectomizado derecho hace 15 años, presenta úlcera venosa en cara ántero-medial del tobillo derecho de un año de evolución. El manejo médico incluyó soporte elástico-compresivo, curaciones periódicas, además de pentoxifilina y aspirina. Por falta de respuesta se decide intervenir realizándose ligadura del cayado de la safena interna y biopsia de la piel y aponeurosis alrededor de la úlcera. El informe anatomopatológico describe fragmento de piel focalmente ulcerado, con formación de tejido granulador, infiltrado inflamatorio y focos de metaplasia ósea. Se decide resección completa de úlcera y cobertura con injerto dermo-epidérmico. Postoperatorio satisfactorio con prendimiento mayor al 90% del injerto, siendo manejado con curaciones, con buena respuesta. **Discusión y Conclusiones.** La metaplasia ósea cutánea o calcinosis cutánea, si bien es una entidad poco frecuente, es causa de perpetuación de las úlceras venosas, y debe ser sospechada en aquellos pacientes en los que, a pesar de un manejo óptimo, no se logra una respuesta satisfactoria. El manejo en lesiones localizadas es la excisión del tejido alterado, además de descartar anomalías del metabolismo del calcio y el fósforo. Por lo general, se trata de una patología de buen pronóstico una vez resecada.

**“PACIENTES SECUELADOS DE GANGRENA DE FOURNIER, CON EXPOSICIÓN TESTICULAR. UNA REPARACIÓN SIMPLE PARA UNA SITUACIÓN COMPLEJA. SERIE DE 2 PACIENTES.”**

*Drs. JP Cisternas<sup>1</sup>, D Calderón<sup>2</sup>, W Calderón<sup>1</sup>, JJ Lombardi<sup>1</sup>, L Saavedra<sup>2</sup>, A Euluff<sup>1</sup>, K Guler<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Del Salvador; <sup>2</sup>Residente Cirugía General, Universidad de Chile, Sede Oriente, Hospital Del Salvador.

**Introducción:** La gangrena de Fournier es una fascitis necrotizante fulminante con un componente infeccioso del periné y la región genital, causada por organismos aeróbicos y anaeróbicos. La tasa de mortalidad varía de 0 a 67%. Uno de los determinantes más importantes del resultado es el reconocimiento temprano y el desbridamiento quirúrgico extenso al momento del diagnóstico, lo cual genera grandes defectos de cobertura de la región perineal. De estos, una situación de difícil reparación es la exposición testicular. A continuación presentamos dos casos de gangrena de Fournier con exposición testicular que fueron reparados por nuestro equipo.

**Objetivos:** Descripción de una estrategia reconstructiva reproducible para la exposición testicular en pacientes con secuelas de gangrena de Fournier.

**Métodos:** Durante un período de un año, se seleccionaron los pacientes hombres con gangrena de Fournier sometidos a debridaciones amplias que produjeron exposición testicular y que posteriormente fueron derivados a nuestro centro para cobertura. **Resultados:** Se incluyeron 2 pacientes, los cuales fueron sometidos a procedimientos de aseos reiterados hasta obtener un tejido granulador parejo, vital y con cultivos de tejido negativos. La estrategia reconstructiva aplicada a estos pacientes consistió en realizar una remoción del tejido exuberante y aseo. Se tallaron colgajos cutáneos peri-escrotales, para conseguir coberturas parciales de la gónada expuesta. Las zonas cruentas remanentes fueron cubiertas con injertos dermo-epidérmicos. Todos los pacientes evolucionaron satisfactoriamente, sin complicaciones.

**Conclusiones:** La gangrena de Fournier es una patología grave con alta mortalidad, que suele presentarse en pacientes con comorbilidades que afectan su inmunidad; por lo anterior requieren de un reconocimiento temprano y tratamientos quirúrgicos agresivos. Los grandes defectos generados usualmente son difíciles de manejar por un equipo quirúrgico general, produciendo altas tasas de hospitalización prolongada y bajo índice de resolución definitiva.

En el siguiente trabajo presentamos una técnica de reconstrucción segura, sencilla y con buenos resultados funcionales. Este enfoque terapéutico no requiere infraestructura compleja y se puede llevar a cabo por equipos quirúrgicos no especializados, por lo que puede ser fácilmente aplicable en distintos centros de nuestro país.

## Poster: TRAUMA

TRAUMATISMO TORÁCICO. REVISIÓN DE 2 AÑOS EN EL SERVICIO DE URGENCIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSÉ  
*Drs. J. Hurtado, R. Zuleta, A. Ibáñez, E. Sepúlveda, F. Podestá, F. González*  
Servicio de Urgencia, Complejo Hospitalario San José. USACH

**Introducción:** Las lesiones del tórax son el resultado de un trauma cerrado o abierto, y constituyen la causa de muerte en el 25% de los traumatismos. El objetivo del trabajo es describir las principales características de los pacientes con traumatismo torácico y el manejo dado en el servicio de urgencia del Complejo Hospitalario San José.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo de 132 fichas médicas, de marzo del 2010 a marzo del 2012; de pacientes con trauma torácico, operados en el servicio de urgencia. Se confeccionó un protocolo, que incluía datos del paciente como edad, sexo, lesiones torácicas y asociadas, manejo y evolución del paciente. **Resultados:** De los 132 pacientes, 95 % son hombres, con una edad promedio de 34 años. El 77% corresponde a trauma abierto (102 casos), de los cuales 92 son por arma blanca y 10 por arma de fuego. Las causas más frecuentes fueron: violencia urbana 59%, agresión carcelaria 18% y accidentes de tránsito 10%.

Al ingreso el 32% presentó hemotórax, 38% neumotórax y 25% hemo-neumotórax.

El trauma torácico se asoció en un 33% a otras lesiones (58% en extremidades, 40% abdominales y 32% lesiones cráneo cervical). Las lesiones más frecuentes en tórax fueron: lesión pleural 95%, lesión de pared 23% y fracturas costales 15%. Dentro del tratamiento se realizaron 125 pleurostomías, 19 toracotomías y 10 miocardiografías. La sobrevida fue de un 93%, con una estadía promedio de 8 días. Las complicaciones las más frecuentes fueron ocupación pleural 10% e infección de herida operatoria 6%

**Discusión:** Los traumatismos torácicos son una importante causa de consulta en los Servicios de Urgencias. Está compuesta mayoritariamente por hombres jóvenes con lesiones por arma blanca, debido a riñas y agresiones. Lo que contrasta con la realidad internacional en donde el trauma cerrado predomina.

El neumotórax sigue siendo la lesión torácica más frecuente y el tratamiento con el tubo pleural es la alternativa más utilizada en la urgencia, lo que concuerda con cifras de la literatura extranjera. El hemotórax se maneja con la inserción temprana del drenaje para lograr su evacuación completa, la hemorragia es generalmente autolimitada, por la baja presión en la circulación pulmonar. Por este motivo en pocas ocasiones se requiere una toracotomía de urgencia.

Generalmente, los pacientes evolucionan sin mayores complicaciones en su estadía hospitalaria, y ésta suele ser breve dándose de alta antes del décimo día

TRAUMATISMO TORÁCICO CERRADO COMPLICADO CON HERNIA DIAFRAGMÁTICA DERECHA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

*Drs. L. Rendón, A. Rendón, C. Brito.*

Hospital IVSS "Dr. Raul Leoni Otero" San Félix, Estado Bolívar. Venezuela

**Objetivo:** Exponer la experiencia en el manejo de los traumatismos torácicos cerrados.

**Ambiente:** Servicio de Cirugía General. Hospital IVSS "Dr. Raúl Leoni Otero". San Félix.

**Métodos:** Revisión de la historia médica. Se efectúa revisión bibliográfica de la entidad clínica.

**Resultados:** Se presenta un caso de paciente masculino de 45 años de edad, con diagnóstico de Traumatismo Torácico cerrado por objeto contuso. Presentando dolor torácico disnea a pocos esfuerzos. Se realiza Tomografía Axial Computarizada de Tórax evidenciándose vísceras macizas y huecas en región torácica. Se realizó laparotomía abdominal con evidencia de hemorragia desde cavidad torácica, se realiza toracotomía amplia en hemitórax izquierdo, descenso de las vísceras, rafia pulmonar con hemostasia y rafia del diafragma.

**Conclusiones:** Los traumatismos torácicos cerrados son de difícil diagnóstico y de conducta multidisciplinaria, se debe cuidar la ventilación, el daño de vísceras y la hemorragia principalmente. La vía de reparación siempre es abdominal. **Palabras Claves:** Traumatismo Torácico Cerrado, Hernia Diafragmática.

**Bibliografía:**

- 1) Rev Gastroenterol Perú. 2008 Jul-Sep;28(3):244-7. Ruiz-Tovar J., Calero G., Morales C., Martínez M.
- 2) Rev Gastroenterol Mex. 2005 Jan-Mar;56(1):23-7. Arenas-Marquez H., Antonio, Gutiérrez, Balderas P., Juárez A.

FRACTURA Y REPARACIÓN DE CARTÍLAGO TIROIDES EN TRAUMA LARÍNGEO. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

*C. Ayala, V. Fulgeri, A. Madrid.*

Clínica Alemana de Santiago, Universidad de La Frontera.

**Reporte de caso:** Paciente de género masculino, 21 años de edad, ingresa al servicio de urgencias de Clínica Alemana de Santiago, tras presentar trauma maxilofacial y cervical complejo por accidente en motocicleta. Se presenta bajo intubación orotraqueal, hemodinámicamente estable. Tomografía Computada de ingreso demuestra fractura de piso de órbita y hueso cigomático bilaterales, fractura de huesos propios nasales, fractura de hueso hioides, fractura de cartilago tiroides, gran edema cervical que

comprime la vía aérea siendo contenido por el tubo endotraqueal. Se descarta compromiso encefalocraneano, abdominal y de extremidades. Angiotac cervical descarta lesión de vasos cervicales. Evaluado por equipo multidisciplinario se decide manejo conservador mediante resolución quirúrgica en 3 tiempos. En primer lugar se realiza aseo quirúrgico y sutura de heridas a colgajo cervicales y heridas superficiales de cara, boca, cuello y tórax. En segunda instancia se establece vía aérea quirúrgica definitiva mediante traqueostomía, se realiza laringoscopia directa intraoperatoria para corroborar indemnidad de mucosa endotraqueal y se procede a reducción y reparación de cartilago tiroides mediante placas de osteosíntesis. En tercera instancia se suspende sedación para evaluar función oculomotora y se procede a reparación de fracturas maxilofaciales. Evolucionan favorablemente. Se realiza prueba de deglución y retiro de traqueostomía al 10° día, presentando adecuada voz y deglución, con tolerancia oral a todo tipo de alimentos, dándose de alta luego de 11 días de hospitalización. Conclusión: El trauma laríngeo constituye un evento infrecuente, cuya incidencia varía entre 1/5.000 y 1/137.000 ingresos a servicios de urgencia, su presentación clínica varía desde pacientes asintomáticos a obstrucción aguda de la vía aérea que generalmente causa la muerte del paciente en el sitio del trauma.

Su diagnóstico y tratamiento plantea un problema urgente debido al posible compromiso de elementos anatómicos asociados. En su enfrentamiento, es indispensable el apoyo imagenológico con tomografía computada y laringoscopia, junto con un conocimiento perfecto de los elementos anatómicos cervicales, mecanismo de lesión y signos de alerta para manejar en primer lugar las lesiones con posible compromiso vital, y posteriormente, tratar de forma precoz y adecuada las demás estructuras comprometidas, con el fin de mejorar el pronóstico funcional laríngeo y limitar el riesgo de secuelas tanto respiratorias, vocales y de deglución.

#### ANGIO-TAC FALSO NEGATIVO PARA LESIÓN ARTERIAL TRAUMÁTICA: REPORTE DE UN CASO.

*Drs. S. Guttman, C. Hevia S, J. Ortega, C. Vallejos, P. Soffía*

Servicio de Cirugía Hospital Padre Hurtado; Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo

**Introducción:** Durante los últimos 50 años el manejo del trauma vascular se ha desplazado desde la exploración quirúrgica obligatoria a un manejo expectante dentro de lo posible, gracias a la implementación de estudios no invasivos de alta sensibilidad y especificidad para evaluar lesiones vasculares. No obstante, no hay que olvidar que todo examen tiene falsos negativos.

**Objetivo:** Presentar el caso clínico de un paciente atendido en el Hospital Padre Hurtado por lesión por arma blanca en pierna. Se realiza estudio de imágenes que resulta ser falso negativo para lesión vascular.

**Materiales y métodos:** Análisis retrospectivo de un paciente con lesión vascular, la cual paso inadvertida en la Angio-TAC. Fueron revisadas las imágenes e historia clínica.

**Caso Clínico:** Hombre 32 años sin antecedentes mórbidos, ingresa a SEA el día 28/04/2012 por lesión de arma blanca en cara anterior del muslo izquierdo. Sin signos mayores de trauma vascular, HDN estable, se realiza Angio-TAC de extremidad, evaluado por radiólogo sin lesiones vasculares. Paciente recibe alta luego de 6 hrs. Paciente re consulta el día 6/05/2012 por aumento de volumen en muslo izquierdo y dolor que no cede con analgesia. Al examen físico infección de herida. Exámenes PCR 83, RGB 8,5 Hcto 11.2%, TP 81.8%, Crea 0.42. Se inicia manejo ATB, se indica transfusión de 3U Gr. Se solicita nueva Angio-TAC, que en esta oportunidad muestra pseudoaneurisma de la arteria femoral. Se realiza aseo quirúrgico el día 6/05/2012. Posteriormente el día 8/05/2012 se materializa resolución quirúrgica del pseudoaneurisma (ligadura de vena poplítea resección del pseudoaneurisma y anastomosis terminoteminal de la arteria femoral). El paciente evoluciona favorablemente y recibe alta el día 19/05/12.

Se presenta este caso con el fin de ilustrar el hecho que todo estudio presenta falsos negativos. En este caso, la Angio-TAC inicial falsamente negativa fue reevaluada retrospectivamente, confirmándose que no evidenciaba lesiones vasculares.

**Conclusión:** Si bien la tomografía computada se ha convertido en el método de elección para las lesiones vasculares con una sensibilidad y especificidad cercana a 100%, este método también tiene falsos negativos como demuestra este caso, lo que hace evidente la necesidad de educar a los pacientes con respecto a las "señales de alarma", favoreciendo de esta manera la consulta precoz, y la reevaluación.

#### LESIÓN DE TRÁQUEA POR ARMA DE FUEGO, REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

*Drs. C. Hevia S, JT. Gantz, V. Salvador R. Berrios, M. Parra, J. Ortega*

Servicio de Cirugía Hospital Padre Hurtado; Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo

**Introducción:** Existe escasa literatura respecto de la incidencia nacional, manejo quirúrgico y resultados de lesiones de tráquea por arma de fuego.

**Objetivo:** Reportar un caso de lesión por arma de fuego de tráquea, que se presentó en el Servicio de Emergencia Adultos del Hospital Padre Hurtado; su manejo quirúrgico, evolución y revisión del tema.

**Caso Clínico:** Varón 28 años, sano. Ingresó al Servicio de Emergencia Adultos del Hospital Padre Hurtado por herida a bala cervical, sin orificio de salida. Hemodinámicamente estable, Glasgow 15, y salida de aire a través de orificio de entrada del proyectil. Presenta enfisema subcutáneo cervical (+++). Tras

manejo satisfactorio de la vía aérea, se realiza estudio radiológico con gran enfisema subcutáneo, material balístico para vertebral derecho. Ingresa a pabellón de urgencia, realizándose cervicotomía longitudinal con sección de glándula tiroides. Presenta destrucción de dos anillos traqueales anteriores, con ruptura completa de la pared posterior (zona membranosa); lesión de esófago de 1 cm en cara anterior y 5 mm en cara posterior hacia caudal y lateral. Se realiza resección de ambos cartílagos destruidos, instalación de SNG bajo visión directa, reparación de pared anterior esofágica y doble ligadura del mismo, dejando abandonada lesión de cara posterior. Anastomosis traqueo tráquea T-T. Paciente a recuperación avanzada con intubación de protección. Durante su estancia en Unidad de Paciente Crítico se pesquiza paraplejia - nivel sensitivo en T11-T12; AngioTAC de control, evidencia fractura de T3-T4 con compromiso

medular, fuera del alcance neuroquirúrgico. Se realiza gastrostomía quirúrgica al quinto día post operatorio. Fibrobroncoscopía al décimo día, con anastomosis de tráquea indemne. Extubado al décimo día post operatorio. Dos semanas post operatorio, se reinicia régimen vía oral. Paciente evoluciona favorablemente del punto de vista quirúrgico, presenta UPP sacra, se decide alta con hospitalización domiciliar para manejo de ulcera.

Revisión Bibliográfica: Los primeros reportes del tratamiento de las heridas penetrantes de tráquea fueron realizados por Hugh Munroe en Escocia en el año 1792. Las lesiones penetrantes ocurren en la tráquea cervical, en una frecuencia de 75% y en la torácica en un 25%; siendo un mínimo porcentaje el que tiene su origen en armas de fuego. No existe consenso respecto del manejo quirúrgico de este tipo de pacientes, teniendo en cuenta que el gran porcentaje de literatura respecto del tema tiene su origen en reporte de casos.

## JORNADA DE RESIDENTES

---

### INFECCIÓN DE BYPASS AORTO BIFEMORAL, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

*Drs. G. Figueroa; A. Campos; J. Moreno; R. Cáceres; C. Camp; P. Ríos*

Hospital Clínico U. de Chile

**Introducción:** La infección protésica presenta una incidencia del 0.6 al 3%, con mortalidades que llegan al 25% de los casos. Si bien el éxito de los dispositivos endovasculares es cada vez mayor, el Dacron es empleado de manera rutinaria en la reparación abierta, de los aneurismas de aorta abdominal (AAA). Se han publicado diversos estudios, reportando series pequeñas de infecciones protésicas, no existiendo guías claras en relación al manejo de esta patología. Tradicionalmente el enfrentamiento corresponde a cobertura antibiótica, aseo quirúrgico, resección de la prótesis infectada y bypass extra-anatómico.

**Objetivo:** Reportar un caso de infección protésica de AAA roto.

**Materiales y métodos:** Análisis de ficha clínica de Hospital Clínico de U. De Chile (HCUCH) y revisión de literatura.

**Resultados:** Se reporta el caso de M.E.A. de 78 años, con HTA y cardiopatía coronaria, que acude al Servicio de Urgencia HCUCH en Noviembre de 2009, con AAA infrarrenal roto, manejado con Bypass aorto bifemoral de Dacron. El paciente evoluciona con infección periprotésica extensa, requiriendo tres aseos quirúrgicos y drenaje por radiología intervencional, aislándose en cultivos *Enterococcus cloacae* sensible a carbapenémicos, siendo tratado con ertapenem por 120 días. El paciente evoluciona con bloqueo bifascicular sintomático que requiere implante de marcapasos y en coronariografía, se pesquisa lesión severa de dos vasos, que requiere bypass coronario. Ante persistencia de colecciones periprotésicas, se decide retirar prótesis Dacron sobreinfectada y realizar un Bypass axilobifemoral con prótesis de Gore-Tex anillada. El paciente evoluciona en buenas condiciones, suspendiendo antibióticos y programando implante marcapasos y bypass coronario diferidamente.

**Discusión:** La forma de presentación de esta complicación, con fiebre en el postoperatorio, es junto con el dolor, las manifestaciones más frecuentemente encontradas. El estudio imagenológico con tomografía computada y la cobertura antibiótica son mandatorias. Los cultivos en esta patología son casi en su totalidad positivos. El germen aislado, tanto en los hemocultivos, como en los cultivos de la prótesis retirada, fue *Enterococcus cloacae*, el cual es una bacteria atípica, para esta complicación. Si bien el manejo inicial conservador es útil, es necesario el manejo quirúrgico,

siendo el aseo quirúrgico, realizado por la extensión de la colección y la inestabilidad del paciente, realizándose el retiro de la prótesis sobreinfectada y el bypass extra anatómico diferidamente, con buena evolución en postoperatorio y controles periódicos.

**Conclusiones:** Dada la baja frecuencia de esta patología es necesario el registro multicéntrico, para su análisis y desarrollo de guías clínicas.

### COMPLICACIONES EN CIRUGÍA DE TIROIDES

*Drs. M. Háberle<sup>1</sup>, M. Nicolá<sup>2</sup>, H. Nuñez<sup>2</sup>, O. Venegas<sup>4</sup>*

<sup>1</sup>Residente Cirugía Universidad Católica del Norte  
<sup>2</sup>Cirujano Cabeza y Cuello Hospital San Juan de Dios La Serena

<sup>3</sup>Cirujano Hospital San Juan de Dios La Serena

<sup>4</sup>Cirujano dentista maxilo facial Hospital San Juan de Dios La Serena

Hospital San Juan De Dios De La Serena

**Introducción:** La tiroidectomía es el procedimiento quirúrgico más frecuente en la cirugía de cabeza y cuello. Esta asociada a una morbilidad específica relacionada principalmente a la magnitud de la operación y la experiencia del cirujano. Las tasas de complicaciones global reportadas son cercanas al 20%.

**Material y métodos:** Se realiza un estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos en el Hospital San Juan de Dios, de La Serena por patología tiroidea entre Noviembre de 2010 a Junio del 2012, operados por el mismo cirujano al inicio de su curva de aprendizaje. En su formación de subespecialidad participo como cirujano en 18 tiroidectomías y en 13 como primer ayudante. **Resultados:** Durante este período se realizaron 69 tiroidectomías. La mayoría de sexo femenino con el 94% (65). La edad promedio fue de 49,1 años (16-77). La indicación quirúrgica más frecuente con el 49,3% (34) fue por Bocio uni o multinodular. La sospecha de cáncer en el 43,5% (30), bocio gigante compresivo 4,3% (3) y Enf. de Basedow Graves 2,9% (2). Se realizó tiroidectomía total en el 94,2% (65), totalización en el 4,3% (3) y hemitiroidectomía en el 1,5% (1). El vaciamiento cervical lateral y central se realizó en el 4,3% (3) y central en el 5,8% (4). El tiempo de hospitalización promedio fue de 3,2 días. Las complicaciones se presentaron en 8 pacientes (11,6%): 2 hipocalcemia, 1 lesión de NLR, 2 cicatriz hipertrófica, 1 absceso cervical (reexploración), 1 lesión esofágica, 1 infección de piel y 1 complicación médica (TEP). No se registro sangrados ni mortalidad.

**Discusión:** Los factores de riesgo de morbilidad han sido bien definidos: La extensión de la resección, asociación a disección cervical, re-operación para completar cirugía y volumen de pacientes por cirujano. En esta serie inicial podemos notar una baja tasa de complicaciones atribuibles tanto a la extensión de la cirugía como a la experiencia quirúrgica.



**TIEMPO DE PERMANENCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DE PACIENTES DERIVADOS DESDE UN SERVICIO DE CIRUGÍA DE UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD.**

*Drs. C. Heine, H. Auad, ME. Orellana, M. Uribe, P. Ritter, S. Biancardi, R. Fernández, P. Jeria.*  
Servicio de Cirugía, Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática, Unidad de radiología, Hospital del Salvador - Campus Oriente Universidad de Chile. Unidad de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor Hospital del Salvador.

**Introducción:** En 1990 la OMS definió como objetivo de los cuidados paliativos proporcionar la mejor calidad de vida para los pacientes que no califican para un tratamiento con intención curativa. Una limitante para cumplir esta meta es el escaso tiempo que permanecen dentro de la Unidad de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor (UCPAD) debido a que los servicios de cirugía derivan a los pacientes en estados muy avanzados de su enfermedad, por diferentes motivos.

**Objetivo:** Determinar las características de los pacientes derivados desde las distintas Unidades del Servicio de Cirugía del Hospital del Salvador y el tiempo que estuvieron en la UCPAD

**Material y Métodos:** Revisión del registro de ingreso de todos los pacientes derivados desde Cirugía, fallecidos al 25 de Abril del 2012, del Hospital del Salvador a la UCPAD. Los datos se analizaron mediante la herramienta "Tablas Dinámicas" de Microsoft Excel 2007® obteniendo valores descriptivos para edad, sexo, EVA ingreso y diagnóstico de ingreso. La permanencia se calculó mediante la división de días dentro de la unidad por

número de paciente. Esto se analizó por año en: línea de tendencia y R2.

**Resultados:** Se seleccionaron 1030 pacientes con 62 diagnósticos distintos. Edad promedio de 66,71 años (DS +14,2). 412 (40,0%) pacientes eran mujeres. EVA de ingreso 5,0 (DS +3,6). Los 5 principales cánceres fueron: Gástrico 216 pacientes (20,9%); Colon 99 (9,6%); Vesícula 85 (8,3%); Páncreas 78 (7,6%); Mama 55 (5,3%).

**Tabla N°1. Características por año.**

Año	Nº de pacientes	Promedio de Permanencia (Días)	DS(+Días)
2000	8	52,25	52
2001	12	62,25	72,02
2002	8	32,38	32
2003	15	93,87	81,79
2004	26	142,15	312,46
2005	29	178,07	378,53
2006	43	125,26	181,76
2007	53	165,11	246,09
2008	48	177,73	212,16
2009	221	143,51	182,69
2010	389	144,52	161,77
2011	178	91,07	94,52

Pendiente  $m=3,324$ .  $R^2=0,631$ .

**Comentario:** Existe una tendencia al aumento del tiempo promedio de sobrevida concordante con la literatura de enviar a los pacientes en estadios más precoces para poder ofrecer un tratamiento programado y no de rescate. Sin embargo, en los últimos dos años esto ha disminuido, principalmente por el retraso del resultado de la biopsia.

## Seccional: VIDEOS

### HERNIA HIATAL PARAESOFAGICA POST GASTRECTOMIA EN MANGA

*Drs Hugo Bosch, Hugo Diaz, Mario Henriquez HUAP, Clinica Sierra Bella, Clinica Cordillera*

**Introducción :** Una complicación poco frecuente es la Hernia Hiatal post gastrectomía en manga. **Objetivo .** Mostrar el tratamiento laparoscópico de Hernia Hiatal paraesofágica post gastrectomía en manga.

**Material y método .** Paciente Obesa Mórbida IMC 41 con 106 kg , con varias copatologías asociadas, operada hace un año realizándose gastrectomía en Manga. Consulta con 60 kg y mejoría de sus enfermedades , evoluciona con Vómitos frecuentes y dificultad para comer . Se realiza radiografía Esófago, Estómago Duodeno con medio de contraste y panendoscopia. Se realiza reparación Videolaparoscópica.

**Resultado:** Radiografías muestras gran Hernia Hiatal Paraesofágica , endoscopia no muestra lesiones y buen paso a duodeno. Se realiza Cirugía Laparoscopia disección adherencias, liberación estómago y Esófago y adherencias a Gran Hiato esofágico , reducción estómago, Herniorrafia Hiatal a puntos separados ( cinco ) y puntos ( dos ) Hiato Gastrico. Buen resultado clínico en post operatorio.

### HERNIA DIAFRAGMÁTICA. INUSUAL COMPLICACIÓN DE BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE.

*Drs. Carlos Cárcamo I; Juan Díaz B; Marcelo Millán A.*

Clinica Alemana Valdivia  
Instituto de Cirugía. Universidad Austral de Chile

Paciente mujer de 38 años. Portadora de banda gástrica ajustable desde 2003.

Buena respuesta terapéutica con adecuada baja ponderal y desaparición de comorbilidades. Asiste sistemáticamente a sus controles llamando la atención aparición fácil de vómitos que son atribuidos a falla en la técnica alimentaria. En agosto del 2011 se debe hospitalizar por intolerancia alimentaria, hiperemesis y deshidratación secundaria.

Se decide manejo quirúrgico pensando en disfunción de la banda, proponiéndose su retiro por vía laparoscópica.

En el intraoperatorio se demuestra que presenta una hernia diafragmática izquierda complicada con banda en adecuada posición.

Se realiza reducción, sutura gástrica y herniorrafia por vía laparoscópica evolucionando favorablemente.

### MANEJO LAPAROSCÓPICO DE LA OBSTRUCCION INTESTINAL POR HERNIA INTERNA POSTERIOR A BYPASS GASTRICO

*Drs. J. Bravo<sup>2,3</sup>, D. Bravo<sup>3</sup>, J.E Contreras<sup>2,3</sup>, I. Court<sup>1</sup>, F. Brito<sup>3</sup>, J. Cortés<sup>3</sup>, C. Santander<sup>3</sup>, G. Mardones<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Unidad de Cirugía Bariátrica, Clínica Santa María

<sup>2</sup> Unidad de Cirugía Bariátrica, Hospital del Salvador

<sup>3</sup> Universidad de Chile

**Introducción:** Una de las complicaciones en el seguimiento a largo plazo del Bypass Gástrico (BPG) es la obstrucción intestinal por hernia interna, ya sea a través de la brecha mesentérica de la anastomosis enteral o por el espacio de Petersen. Es por ello que algunos autores recomiendan el cierre de estas brechas como parte del procedimiento quirúrgico inicial. Sin embargo, aún existe controversia en este aspecto ya que la frecuencia de ocurrencia de este echo es baja y parecida en los grupos que realizan o no el cierre de las brechas. El manejo de esta complicación es variable dependiendo la gravedad del cuadro. La resolución quirúrgica es requerida y en la gran mayoría de las veces es posible el abordaje laparoscópico.

**Material y método:** Video formato MPEG, editado en 7 minutos de duración total.

**Técnica:** Bajo anestesia general y posición supina. Asepsia y profilaxis antibiótica según protocolo. Incisión umbilical e ingreso a cavidad con técnica abierta (Hasson) e introducción de trócar de 10mm para cámara 30° otro trócar de 5mm y 10mm subcostal derecho línea medio clavicular y trócar auxiliar 5mm para ayudante en flanco izquierdo. Exploración identificando las dos anastomosis y recorrido sistemático y completo de asas de intestino delgado. Reducción herniaria completa a través del defecto. Cierre del defecto y brechas de futuras hernias potenciales con sutura continua de Ethibon 3/0. Revisión final. Retiro de trócares y cierre de incisiones.

**Conclusión:** El manejo Laparoscópico de la obstrucción intestinal por hernia interna como complicación en el BPG es factible. El manejo del cuadro dependerá de la severidad del caso y grado de obstrucción del mismo.

### TIPS EN GASTRECTOMÍA VERTICAL TUBULAR LAPAROSCÓPICA

*Drs. J.E Contreras<sup>1,2</sup>, C. Santander<sup>1,2</sup>, JM. Cortés<sup>1,2</sup>, I. Court<sup>1</sup>, J. Bravo<sup>1,2</sup>, G. Czwiklitzer<sup>1,2</sup>, D. Bravo<sup>2</sup>.*

<sup>1</sup> Unidad de Cirugía Bariátrica, Clínica Santa María

<sup>2</sup> Equipo Cirugía Bariátrica, Hospital del Salvador, Santiago

**Introducción:** La gastrectomía vertical tubular laparoscópica (GVL) es una de las técnicas utilizadas

en cirugía bariátrica que más interés despierta en la actualidad tanto por sus favorables resultados en la pérdida del exceso de peso y resolución de comorbilidades como por la relativa menor complejidad de su ejecución.

**Material y métodos:** Video de GVL que muestra la técnica dividida en etapas, con las consideraciones técnicas y puntos críticos a tener en cuenta para llevarla a cabo en forma exitosa.

**Resultados:** Como técnica debe tenerse claro sus indicaciones y contraindicaciones. Se consideran los siguientes puntos clave: adecuada posición del paciente, ubicación de los trocares, calibración del diámetro de la manga, disección y completa movilización del fundus previa sección gástrica, adecuada elección de la sutura mecánica, lugar de posicionamiento del primer disparo, técnica de confección de la manga, posicionamiento del último disparo en relación a la unión gastroesofágica, fijación de la curvatura mayor, revisión. Se explican maniobras para facilitar la disección de la curvatura mayor y el posicionamiento de las cargas de sutura mecánica para evitar estenosis y asimetría en el diámetro de la manga.

**Conclusión:** Consideramos que la planificación cuidadosa mediante la estandarización de la técnica y sistematización de las maniobras que forman parte de la técnica de GVL permiten optimizar los resultados quirúrgicos.

#### MANEJO COMBINADO DE FILTRACIÓN POSTERIOR A GASTRECTOMÍA EN MANGA VL CON SISTEMA OTSC OVESCO: REPORTE DE UN CASO.

*Drs. H. Molina, M. Rodríguez, F. Pacheco, R. Alvarez*  
Centro Obesidad Concepción, Hospital Clínico del Sur.

**Introducción:** La filtración de la línea sutura en una cirugía de Gastrectomía Subtotal Vertical Laparoscópica (GSTVL), es una de las complicaciones más temidas, tanto por su gravedad como por los costos y tiempo de recuperación asociados a su manejo ya sea quirúrgico o conservador por métodos endoscópicos. **Objetivo:** Mostrar el uso de una nueva alternativa en el manejo de esta complicación.

**Caso Clínico:** Presentamos el caso de una paciente obesa de 41 años, sometida a GSTVL, dada de alta sin incidentes al tercer día del postoperatorio. Reingresa al décimo día con fiebre y omalgia izquierda. Se demuestra en su estudio con Rx. EED y TAC de Abdomen filtración en tercio superior con colección secundaria. Se realiza cirugía laparoscópica de aseo y drenaje, combinando manejo endoscópico con uso de clip OTSC Ovesco. Paciente evolucionó favorablemente, con mínimas molestias, débitos bajos por drenajes, alimentación por sonda nasoyeyunal y antibióticoterapia. Alta hospitalaria al 5º día desde su reoperación. Se logra recuperación completa a los 14 días, demostrado por estudio radiológico.

**Conclusión:** El manejo del sitio de filtración en una GSTVL, mediante Clip OTSC, se presenta como un

recurso interesante y seguro, con disminución de los tiempos de recuperación y molestias asociadas a esta complicación.

#### GASTRECTOMÍA EN MANGA CON BIPARTICIÓN DE TRÁNSITO: UNA NUEVA ALTERNATIVA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA Y METABÓLICA.

*Drs. H. Molina, F. Pacheco, R. Alvarez, F. Solís, M. Polanco, M. Rodríguez, C. Cofre*

<sup>1</sup> Cirujano Digestivo, Hospital Clínico del Sur, Universidad de Concepción

<sup>2</sup> Residente Cirugía General, Universidad de Concepción

<sup>3</sup> E.U. Hospital Clínico del Sur

**Introducción:** La gastrectomía en manga con bipartición de tránsito es una nueva alternativa en Cirugía Bariátrica y Metabólica que combina un método restrictivo con uno malabsortivo, manteniendo el acceso hacia el duodeno. Las ventajas teóricas de esta nueva técnica son la estimulación precoz del intestino distal, la disminución de la estimulación del intestino proximal, la reducción de las consecuencias de la malabsorción y el acceso al duodeno sin su exclusión completa.

**Objetivo:** Presentar la técnica quirúrgica **Material y Método:** Por vía laparoscópica gastrectomía tubular vertical con calibración de sonda de 50 French, sección gástrica con endostapler lineal y refuerzo de línea de sutura con v-loc 3.0 continuo.

Se complementa con gastroyeyunoanastomosis latero-lateral manual en 2 planos, fijando asa yeyunal en cara anterior del antro y calibración con sonda de 50 French. Reconstitución de tránsito intestinal en Y de Roux con endostapler lineal de 45mm, cierre de enterostomía con sutura manual con vicryl 3.0. El asa biliopancreática es de 150 cm, y el asa alimentaria de 120 a 150 cm. Cierre de brechas mesentéricas y espacio de Petersen con seda 3.0. **Conclusión:** La gastrectomía en manga con bipartición de tránsito es una técnica en cirugía bariátrica y metabólica que por sus ventajas teóricas y de acuerdo a nuestra experiencia puede ser utilizada en pacientes seleccionados.

#### GASTRECTOMÍA EN MANGA CON BIPARTICIÓN DE TRÁNSITO: UNA NUEVA ALTERNATIVA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA Y METABÓLICA.

*Drs. H. Molina, F. Pacheco, R. Alvarez, F. Solís, M. Polanco, M. Rodríguez, C. Cofre*

<sup>1</sup> Cirujano Digestivo, Hospital Clínico del Sur, Universidad de Concepción

<sup>2</sup> Residente Cirugía General, Universidad de Concepción

<sup>3</sup> E.U. Hospital Clínico del Sur

**Introducción:** La gastrectomía en manga con bipartición de tránsito es una nueva alternativa en Cirugía Bariátrica y Metabólica que combina un método restrictivo con uno malabsortivo, manteniendo el acceso hacia el duodeno. Las ventajas teóricas de esta nueva técnica son la estimulación

precoz del intestino distal, la disminución de la estimulación del intestino proximal, la reducción de las consecuencias de la malabsorción y el acceso al duodeno sin su exclusión completa.

**Objetivo:** Presentar la técnica quirúrgica Material y Método: Por vía laparoscópica gastrectomía tubular vertical con calibración de sonda de 50 French, sección gástrica con endostapler lineal y refuerzo de línea de sutura con v-loc 3.0 continuo. Se complementa con gastroyeyunoanastomosis latero-lateral manual en 2 planos, fijando asa yeyunal en cara anterior del antro y calibración con sonda de 50 French. Reconstitución de tránsito intestinal en Y de Roux con endostapler lineal de 45mm, cierre de enterostomía con sutura manual con vicryl 3.0. El asa biliopancreática es de 150 cm, y el asa alimentaria de 120 a 150 cm. Cierre de brechas mesentéricas y espacio de Petersen con seda 3.0.

**Conclusión:** La gastrectomía en manga con bipartición de tránsito es una técnica en cirugía bariátrica y metabólica que por sus ventajas teóricas y de acuerdo a nuestra experiencia puede ser utilizada en pacientes seleccionados.

#### CIRUGÍA REVISIONAL: TÉCNICA DEL RETIRO DE BANDA GÁSTRICA.

*Drs. F. Oppliger B, C. Villalón M, J. León C, C. Gonzalez Z, X. de Aretxabala U, C. Benavides C.*  
Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo

**Introducción:** La banda gástrica como técnica de cirugía bariátrica se utilizó en un alto número de pacientes y desde hace 5 años su indicación está limitada. Los resultados no son satisfactorios y después de 3 años de su instalación están apareciendo complicaciones.

**Objetivos:** Mostrar la técnica de retiro de la banda gástrica, evitando la disección y liberación de la gastropexia utilizada.

**Materiales y Métodos:** Se muestra video con la técnica de extracción de la banda gástrica y los puntos críticos para evitar complicaciones. **Resultados:** Se han extraído hasta el momento 23 bandas gástricas mediante esta técnica, sin complicaciones hasta la fecha.

**Conclusión:** La técnica descrita es segura y no requiere de la disección y liberación de la pexia gástrica para la banda.

#### TUMORES Y QUISTES ESOFÁGICOS BENIGNOS: REPORTE DE ABORDAJE TORACOSCÓPICO.

*Drs. I. Braghetto, G. Cardemil, M. Figueroa, O. Korn, H. Valladares, G. Fernandez*  
Departamento de Cirugía Hospital Clínico de la Universidad de Chile

**Introducción:** Los tumores y quistes benignos del esófago son patologías relativamente infrecuentes, siendo el leiomioma el tumor intramural más prevalente. La presencia de GISTs o quistes de duplicación son patologías muy infrecuentes.

**Objetivo:** Reportar el manejo quirúrgico toracoscópico de patología tumoral esofágica benigna que incluye tumores benignos y quistes de duplicación.

**Materiales y Método:** Análisis retrospectivo de la experiencia quirúrgica toracoscópica del autor en estas patologías. Se seleccionó y editó los videos recopilados de las cirugías, confeccionando un video demostrativos de estas patologías. Se incluye un total de 8 pacientes con tumores benignos y 3 pacientes con quistes de duplicación. El síntoma más frecuente fue disfagia leve a sólidos y deglución sintomática. El estudio preoperatorio incluyó endoscopia digestiva alta, endosonografía, radiografía esófago-estómago-duodeno y tomografía computada de tórax. Se excluyeron los tumores de menos de 2 cm, ya que fueron sometidos a tratamiento endoscópico.

**Resultados:** El diámetro promedio de los tumores fue 41,2mm (25mm-50mm), 4 fueron de tercio superior, 2 de medio y 2 de inferior. El diámetro promedio de los quistes de duplicación fue 26,6mm (20mm-30mm), 2 fueron de tercio medio y uno inferior. Sólo un caso presentó complicaciones post operatorias siendo neumonía y derrame pleural en una paciente con patología pulmonar previa. No se reportó mortalidad. En el seguimiento hubo 1 recurrencia de quiste de duplicación. La histología de los tumores correspondió a 6 tumores GIST y 2 leiomiomas. Ningún GIST requirió Imatinib®.

**Discusión:** Los GISTs son los tumores mesenquimales más frecuentes del tubo digestivo a excepción del esófago donde se presentan en < 2% de los casos y donde ocupan el segundo lugar luego de los leiomiomas. El manejo toracoscópico lo reservamos para aquellos tumores mayores de 2 cm. Dentro de los factores de mal pronóstico destacan los tumores con índice mitótico > 5/50 CMA y los mayores de 5 cm de diámetro haciendo necesario el uso de Imatinib®, lo que no se reportó en esta serie. Los Quistes de duplicación esofágicos constituyen el 0,5-2,5% de los tumores benignos del esófago, diagnosticándose en su mayoría durante la infancia, en el tercio inferior derecho esofágico. El abordaje toracoscópico es común para ambas patologías. Con buenos resultados a largo plazo.

**Conclusión:** La resolución toracoscópica es segura bajo equipos de alta experiencia quirúrgica.

#### RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA TRANSGÁSTRICA DE TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST) DE TERCIO SUPERIOR. ALTERNATIVA MÍNIMAMENTE INVASIVA CON PRESERVACIÓN DEL ESTÓMAGO.

*Drs. E. Briceño, E. Norero, C. Martínez, S. Baez, A. Calvo, A. Díaz.*

Cirugía Digestiva. Servicio de Cirugía Hospital Dr. Sótero del Río, SSMSO. Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** El manejo de los tumores submucosos gástricos de tercio superior representa un desafío y su tratamiento es controversial.

Caso y técnica quirúrgica: Paciente de sexo femenino, de 54 años, sin antecedentes conocidos. Consulta por dolor abdominal. La endoscopia digestiva alta demuestra una lesión submucosa gástrica en tercio superior, por curvatura menor, de 25 mm. La biopsia endoscópica confirma GIST. El estudio de etapificación es negativo. Se planifica cirugía por vía laparoscópica.

Se utilizan 5 trócares en hemiabdomen superior. Se realiza endoscopia intraoperatoria para marcar la ubicación de la lesión. Gastrotomía longitudinal en cara anterior. Se instalan 4 puntos cardinales alrededor del tumor. Se esqueletiza el 1/3 superior de la curvatura menor gástrica. Se reseca el tumor a través de gastrotomía anterior con 2 cargas laparoscópicas azules de 60 mm, con margen adecuado. Se confirma indemnidad de la unión gastroesofágica y la hemostasia de la línea de corchetes. Gastrorrafia anterior con sutura intracorpórea. Se extrae la pieza operatoria en bolsa ampliando trocar de 12 mm. Evolución postoperatoria sin morbilidad. Se realimenta al paciente al tercer día y es dada de alta al sexto día postoperatorio. La anatomía patológica confirma tumor GIST, con márgenes libres.

Conclusión: Esta alternativa de tratamiento quirúrgico para tumores submucosos de tercio superior gástrico tiene las ventajas propias de la cirugía mínimamente invasiva y permite la preservación del estómago y la unión gastroesofágica.

#### GASTRECTOMÍA SUBTOTAL LAPAROSCÓPICA Y LINFADENECTOMÍA POR CÁNCER GÁSTRICO INCIPIENTE DE TERCIO INFERIOR."

*Drs. E. Norero, E. Briceño, C. Martínez, S. Baez, A. Calvo, A. Díaz.*

Servicio de Cirugía. Hospital Dr. Sótero del Río. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La cirugía laparoscópica del cáncer gástrico presenta múltiples beneficios; menos sangrado, menos dolor, menor morbilidad respiratoria y de la herida. Favoreciendo una estadía acortada en el hospital. A nivel mundial esta técnica se utiliza de rutina en países como Korea y Japón, con cifras de varios miles de cirugías realizadas.

Caso y técnica quirúrgica: Paciente de sexo masculino, de 63 años, con antecedente de cáncer de próstata tratado. Consulta por dolor abdominal. La endoscopia digestiva alta demuestra una lesión de aspecto incipiente, de 20 x 30 mm en tercio inferior del estómago, ubicada en cara anterior. La biopsia endoscópica es compatible con adenocarcinoma bien diferenciado. El estudio de diseminación es negativo. Se planifica cirugía por vía laparoscópica.

Se utilizan 5 trocares en hemiabdomen superior. Se realiza endoscopia intraoperatoria para marcar la ubicación de la lesión. Se reseca el epíplon mayor. Disección de vasos gastroepiploicos derechos y sección del duodeno con cargas laparoscópicas. Disección de grupos 12, 8, 7 y 11p. Se secciona el estómago con cargas laparoscópicas. Reconstrucción

con asa en Y de Roux antecólica de 60 cms, con anastomosis gastroyeyunal mecánica y entero-entero anastomosis mecánica intracorpórea. Se extrae la pieza por incisión de Pfannenstiel. Se instala un drenaje tubular al muñón duodenal. Se realimenta al paciente al tercer día y es dado de alta al quinto día postoperatorio. La anatomía patológica describe zona del antro de 3 cms con displasia de alto grado y microfocos de adenocarcinoma bien diferenciado, ganglios 0 de 72. El paciente se encuentra en control en buenas condiciones.

Conclusión: Esta alternativa de tratamiento quirúrgico para tumores de tercio distal del estómago es factible de realizar con adecuada linfadenectomía, con las ventajas de la cirugía por vía mínimamente invasiva, tal como la corta estadía hospitalaria de este caso.

#### ESPLENECTOMÍA POR PUERTO UNICO

*Drs. C. Ovalle<sup>1,2,3</sup>, J.I. Fernández<sup>2</sup>, C. Farías<sup>1,2,3</sup>, A. Jiménez<sup>3</sup>, J. de la Maza<sup>1,2,3</sup>, C. Cabrera<sup>1,2,3</sup>*

Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile<sup>1</sup>. Clínica Tabancura<sup>2</sup>. Universidad de Valparaíso<sup>3</sup>.

Introducción: La técnica laparoscópica, constituye actualmente la técnica "gold standard" para esplenectomía de bazo pequeños o levemente aumentados de tamaño. Recientemente la cirugía por puerto único ha sido introducida con el fin de disminuir las secuelas cosméticas de diferentes procedimientos laparoscópicos, incluyendo la esplenectomía. El objetivo de este trabajo es mostrar la técnica quirúrgica y nuestra primera experiencia con el abordaje transumbilical para esplenectomía laparoscópica. Material y Métodos: Una mujer de 16 años con diagnóstico de anemia hemolítica refractaria a tratamiento médico, secundaria a microesferocitosis familiar; fue sometida a esplenectomía transumbilical. La paciente medía 1.62mts y pesaba 68kg, con un IMC de 26.2Kg/m<sup>2</sup>. En la ecotomografía abdominal se observa un bazo de 16cm. El hematocrito preoperatorio es de 32%, con 22% de reticulocitos. La paciente es posicionada en decúbito semilateral derecho. Se realiza una incisión transumbilical de 2,5cm y se inserta dispositivo GelPoint, preparado con tres trocares de 10mm. Se utiliza óptica de 10mm y 30°, pinzas laparoscópicas convencionales. Se disecciona el ángulo esplénico con Enseal. Se separa polo inferior del bazo hacia medial con pinza atraumática y se disecciona ligamento frenoesplénico con Enseal. Se deja caer el bazo sobre cara anterior del estómago. Se disecciona el hilio esplénico con Enseal, colocando clips a vasos de mayor tamaño. Se disecciona ligamento gastroesplénico con Enseal; terminando de liberar por completo el bazo. Se introduce la pieza en bolsa endoCatch; la cual se exterioriza, retirando el dispositivo Gelpoint. La pieza se extrae por morzelación. Se sutura aponeurosis con PDS 1-0 y piel con monocryl 4-0. Resultados: La paciente se recupera sin incidentes y con escaso dolor postoperatorio. El hematocrito de control a las 24hrs es de 31%. Es dada de alta sin complicaciones al tercer día postoperatorio. La paciente refiere estar muy satisfecha con el resultado cosmético final.

Conclusión: La esplenectomía laparoscópica es factible de realizar en forma segura y efectiva, mediante abordaje transumbilical con la técnica expuesta.

#### PANCREATECTOMÍA SUBTOTAL LAPAROSCÓPICA

*Drs. Carlos Carcamo I; Juan Díaz B; Marcelo Millán A; Marco Inzunza C. Ars. Mariela Barra*  
Clínica Alemana Valdivia  
Instituto de Cirugía. Universidad Austral de Chile

Paciente mujer de 62 años. En contexto de estudio ecotomográfico por síntomas digestivos funcionales se pesquisa conducto pancreático principal dilatado de 6 mm. Se completa exploratoria con resonancia magnética de abdomen que sugiere la presencia de una Neoplasia Mucinoso Intraductal Papilar de conducto principal de páncreas.

Dado los hallazgos se decide realizar pancreatectomía subtotal laparoscópica que se lleva a cabo sin incidentes, preservando el bazo.

Paciente evoluciona favorablemente, siendo dada de alta al 4 día postoperatorio.

#### TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE URGENCIA DE UNA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR CUERPO EXTRAÑO.

*Dr. M. Millán*

Equipo Cirugía Digestiva. Hospital Clínico Regional Valdivia  
Instituto de Cirugía. Universidad Austral de Chile.

Introducción: La cirugía laparoscópica constituye hoy el tratamiento de elección en urgencias digestivas como la colecistitis aguda o la apendicitis. En relación a los casos de obstrucción de intestino delgado la técnica se encuentra en desarrollo, aunque muchos cirujanos son renuentes a intentar la vía laparoscópica en pacientes con un intestino dilatado y muchas veces con múltiples adherencias. Su manejo depende de la causa y muchos casos que no responden a un tratamiento conservador pueden ser resueltos por vía laparoscópica. Se presenta un caso de obstrucción intestinal por cuerpo extraño y su tratamiento laparoscópico.

Caso Clínico: Paciente de 57 años sin comorbilidad asociada con el antecedente quirúrgico de una derivación biliodigestiva por colangitis hace más de 20 años. Consulta en la unidad de emergencia por un cuadro de 5 días de evolución caracterizado por dolor abdominal difuso, náuseas, vómitos fecaloideos y ausencia de expulsión de deposiciones y gases. Al examen destacaba una paciente hemodinámicamente estable, afebril. Abdomen depresible, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha, con signo del bazuqueo presente, disminución de ruidos hidroaéreos y presencia de ruidos metálicos. Dentro de los exámenes de laboratorio destaca un Recuento de leucocitos de 8050, Hcto 42,8 %, Plaquetas 362000. La Radiografía de abdomen simple muestra la presencia de importante dilatación y niveles hidroaéreos de intestino delgado. La Tomografía axial computada

evidencia una dilatación de todo el intestino delgado con un cambio de calibre a nivel del íleon terminal donde existe un cuerpo extraño endoluminal ovoideo que produce oclusión total de su lumen. Se decide realizar laparoscopia exploradora donde existe importante dilatación del intestino delgado y a 20 cm de la válvula ileocecal una masa ovoidea intraluminal que obstruye completamente el lumen produciendo importante dilatación hacia proximal.

Se introducen trocares auxiliares y realiza entonces una enterotomía transversa sobre la lesión, extracción del cuerpo extraño que se introduce en una guante y enterorrafia con sutura continua de monocyn 3-0.

Se extrae guante por puerto umbilical y finaliza el procedimiento sin inconvenientes. La paciente evoluciona en forma satisfactoria con recuperación del tránsito intestinal al segundo día, reinicio de la alimentación desde el tercero y alta al día siguiente.

El análisis del cuerpo extraño reveló que se trataba de un fecaloma que como núcleo presentaba 2 preservativos.

#### RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE LEIMIOMA ESOFÁGICO

*Drs. M. Musleh, C. Dominguez, G. Horta, H. Valladares, R. Luengas.*

Departamentos de Cirugía y Gastroenterología.  
Hospital Clínico de la Universidad de Chile

Caso: Paciente masculino, 63 años de edad, con antecedentes de Diabetes Mellitus 2, Hipertension arterial, Hiperplasia prostática benigna e hiperuricemia. Con historia de 5 años de evolución de dolor retroesternal leve recurrente. En un estudio inicial cardiovascular se descartó etiología coronaria. En una tomografía axial computada de tórax se evidenció una masa en el tercio medio del esófago por lo que se realizó endoscopia digestiva alta que mostraba una lesión solevantada en el tercio medio del esófago entre los 24-27 cm de la arcada dentaria. Biopsia de dicha lesión compatible con Leiomioma. La endosonografía esofágica identificó lesión en tercio medio del esófago, de 9,5 mm en su diámetro mayor visualizado, ovalada, hipocogénica, homogénea y de bordes regulares, encontrándose en el espesor de la mucosa profunda (muscularis mucosae) y respetando la capa submucosa a lo largo de su estructura. No se identificaron adenopatías cercanas a la lesión.

Dados estos hallazgos, se decide realizar mucosectomía endoscópica, el procedimiento se desarrolla con éxito, y el paciente es dado de alta al día siguiente.

Se presenta el video de la técnica de mucosectomía endoscópica.

#### GASTRECTOMÍA TOTAL VIDEO-LAPAROSCÓPICA POR PATOLOGÍA BENIGNA

*Drs: JC. Molina, M. Musleh, E. Lanzarini, C. Dominguez*

Departamentos de Cirugía. Hospital Clínico de la Universidad de Chile

Introducción: La gastrectomía total es un

procedimiento clásicamente realizado por vía abierta, con buenos resultados en centros dedicados a cirugía digestiva. En los últimos años gracias a los avances de la técnica laparoscópica, se han ido incorporando progresivamente más procedimientos por esta vía de abordaje.

El objetivo del presente trabajo es presentar un video con la técnica de la gastrectomía total por videolaparoscopia (VL).

Caso: Paciente de sexo masculino de 47 años, con antecedente anemia perniciosa hace 15 años y diagnóstico reciente de carcinoma gástrico multifocal, realizado mediante endoscopia digestiva alta, confirmado con biopsia; PET-CT sin sobreexpresión patológica de receptores de somatostatina. Por tal motivo se decide realizar gastrectomía total VL. Técnica: Se realiza neumoperitoneo en forma habitual, se introducen 5 trócares (5, 11, 12mm), se comienza con la disección, iniciando con esqueletización de la curvatura mayor desde el píloro al ángulo de his, sección de arteria gástrica derecha y transección del duodeno con stapler; se continúa con esqueletización de curvatura menor, hasta liberar completamente el esófago abdominal; se secciona con stapler a nivel de unión gastro-esofágica. Se realiza reconstrucción en Y-Roux, con técnica brasilera realizando en primer lugar la esófago-yeyuno anastomosis término-lateral en forma manual con monofilamento reabsorbible. Posteriormente se realiza entero-entero anastomosis latero-lateral, dejando asa alimentaria de 1 m aproximadamente; esta anastomosis se realiza con sutura mecánica y posterior cierre del defecto con monofilamento reabsorbible. Una vez finalizadas estas anastomosis se realiza prueba con azul de metileno para evaluar su hermeticidad; a continuación se secciona yeyuno entre ambas anastomosis, conformando la Y-Roux. En esta cirugía no se realizó omentectomía, ni linfadenectomía. No se registraron incidentes durante la cirugía, con tiempo operatorio de 4hrs. El paciente evoluciona en forma satisfactoria, se realiza control de anastomosis al 5º día, sin evidencias de filtración, con buen tránsito del medio de contraste. Por tal motivo es dado de alta al 7º día post-operatorio. Sin morbilidad en los controles post-operatorios.

#### LINFADENECTOMÍA MEDIASTÍNICA VIDEOTORACOSCÓPICA EN CÁNCER DE ESÓFAGO: ASPECTOS TÉCNICOS

*Drs.: J. Braghetto, G. Cardemil, G. Montesinos, C. Mandiola, M. Ríos, M. Olivera, M. Pereira, M. Musleh, Int. C. Domínguez.*

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

La cirugía mínimamente invasiva en patología esofágica tanto benigna como maligna ha sido posible gracias al desarrollo de herramientas tecnológicas que permiten que estos procedimientos se lleven a cabo de forma segura y reproducible.

La esofagectomía videotoracoasistida en cáncer de esófago es una técnica que se realiza en múltiples centros; su objetivo inicial fue reducir la

morbimortalidad de la cirugía abierta.

La técnica de la linfadenectomía por videotoracosopia no debiera ser diferente a la cirugía abierta: toda maniobra debiera ser reproducible por la vía mínimamente invasiva, de modo tal que sea posible obtener resultados comparables desde el punto de vista oncológico. En nuestra serie se logra obtener un promedio de 17 ganglios resecados. Sobrevida global de 23 meses.

Se presenta la técnica de linfadenectomía por VTC que se lleva a cabo en el Departamento de Cirugía del HCUCh en 3 pacientes diferentes, con los pasos críticos del procedimiento.

Luego de la intubación monobronquial, el paciente se posiciona en decúbito lateral izquierdo. Se instalan 4 trócares, el primero en línea axilar posterior 6º EIC de 10 mm para la óptica, uno en línea axial anterior 4º EIC para separación y retracción del pulmón, otro de 5 mm en el 4º EIC línea axilar media y el cuarto de 10 mm en el 8º EIC línea axilar media, ambos como canal de trabajo.

Se secciona el ligamento pulmonar inferior, separando el parénquima pulmonar y exponiendo la pleura mediastínica. Luego se procede a la linfadenectomía luego de liberar el esófago torácico. Puntos de referencia son la carina bronquial, el conducto torácico y la vena ácigos.

#### RESECCIÓN TOTALMENTE ENDOSCÓPICA MEDIANTE ESD (DISECCIÓN SUB-MUCOSA ENDOSCÓPICA) DE UN TUMOR GÁSTRICO SUB-EPITELIAL (GIST).

*Drs. A. Donoso<sup>1</sup>, F. Pimentel<sup>1</sup>, A. Parra<sup>2</sup>, A. Escalona<sup>1</sup>, F. Crovari<sup>1</sup>, L. Ibañez<sup>1</sup>, A. Sharp<sup>1</sup>*  
Departamentos de Cirugía Digestiva<sup>1</sup> y Gastroenterología<sup>2</sup>. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: El GIST es el tumor sub-epitelial más frecuente del estómago. Dentro de sus síntomas de presentación se encuentran el dolor abdominal y la hemorragia digestiva, sin embargo, la gran mayoría son asintomáticos. Todos estos tumores tienen potencial maligno y el tratamiento estándar es la resección quirúrgica ya sea abierta o laparoscópica, la que en ocasiones puede implicar la necesidad de una gastrectomía.

Objetivo: El objetivo de este video es presentar la resección totalmente endoscópica de un tumor gástrico sub-epitelial (GIST).

Material y métodos: Paciente sexo masculino, 54 años de edad, que consultó por epigastralgia y hemorragia digestiva alta. La endoscopia diagnóstica demostró una lesión gástrica sub-epitelial, endofítica, sésil, de 2 cm de diámetro, ubicada en la curvatura menor supra-angular. La endosonografía demostró una lesión sub-epitelial dependiente de la capa muscular propia del estómago compatible con un GIST. La cirugía se llevó a cabo en pabellón, bajo anestesia general. Para la resección se utilizó un espaciador distal en su punta. El tumor fue resecado mediante técnica de disección sub-mucosa endoscópica (ESD) abordándolo en retro-visión.

Se demarcaron los límites de la lesión con coagulación. Para acceder a la submucosa y luego al plano entre la capa muscular y el tumor se realizó la inyección frecuente de una solución compuesta por hialuronato de sodio 0,4% + índigo carmín + adrenalina. El corte de acceso de la mucosa se realizó con Hook-Knife. La disección fue realizada desde distal a proximal con IT-Knife 2 hasta dejar colgando la lesión por gravedad exclusivamente del borde proximal de mucosa, el que finalmente se cortó completando así la resección.

Resultados: Resección completa del tumor por vía endoscópica. El tiempo quirúrgico fue de 120 minutos. No hubo complicaciones durante la operación ni tampoco en el post-operatorio. El paciente evolucionó satisfactoriamente y fue dado de alta al día siguiente de la operación. El resultado de la biopsia fue un tumor del estroma gastro-intestinal (GIST), con 0 a 1 mitosis por 50 campos de aumento mayor y sin necrosis. El control endoscópico a las 4 semanas demostró epitelización completa del lecho de resección.

Conclusiones: La ESD es una técnica que permite la resección totalmente endoscópica de algunos tumores gástricos sub-epiteliales y que se presenta como una opción válida de tratamiento en casos debidamente seleccionados.

#### DISECCIÓN SUB MUCOSA ENDOSCÓPICA (ESD) DE UN CÁNCER GÁSTRICO INCIPIENTE SUB-CARDIAL.

*Drs. A. Donoso.<sup>1</sup>, F. Pimentel.<sup>1</sup>, A. Parra.<sup>2</sup>, A. Sharp.<sup>1</sup>*  
Departamentos de Cirugía Digestiva<sup>1</sup> y Gastroenterología<sup>2</sup>. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La disección sub-mucosa endoscópica (ESD) es una técnica aceptada para el tratamiento con intención curativa de adenocarcinomas gástricos incipientes sin riesgo de metástasis linfáticas. Dentro de sus ventajas se encuentran el ser un procedimiento mínimamente invasivo, con menor morbilidad que la cirugía abierta o laparoscópica y con mejor calidad de vida para los pacientes.

Objetivo: El objetivo del presente video es presentar la técnica de ESD para la resección endoscópica de un cáncer gástrico incipiente sub-cardial. Material y métodos: Paciente sexo masculino, 68 años de edad, con antecedentes familiares de cáncer gástrico. Se realizó endoscopia digestiva alta con tinción y cromo endoscopia digital que demostró una lesión de 1 cm, tipo IIc, en la región sub-cardial por curvatura menor. La biopsia endoscópica fue positiva para adenocarcinoma. El estudio de etapificación con TAC de tórax, abdomen y pelvis no demostró signos de diseminación. Se realizó una ESD en pabellón bajo anestesia general. Para la delimitación de los márgenes se utilizó tinción con índigo carmín y se demarcó el perímetro a resear con coagulación. La resección se llevo a cabo en retrovisión utilizando un endoscopio diagnóstico con un espaciador distal atado en su punta. Para la elevación del tumor se utilizó una solución compuesta por hialuronato de sodio al 0,4% + índigo carmín +

adrenalina. Tanto el corte de acceso como la disección de la sub-mucosa se llevaron a cabo con Flush-Knife BT de 1,5 mm. La coagulación de vasos grandes se realizó con pinza Coagrasper.

Resultados: Resección completa y en bloque del tumor, por vía endoscópica, con márgenes laterales y profundos negativos. El tamaño de la pieza resecada fue de 3,1 X 2,3 cm. El tiempo operatorio fue de 300 minutos. No hubo complicaciones durante el intra-operatorio ni tampoco en el post-operatorio. El paciente fue dado de alta al segundo día en buenas condiciones. El análisis histopatológico de la pieza operatoria demostró un adenocarcinoma tubular bien diferenciado, intramucoso, de 1,2 X 1,1 cm, sin invasión vascular ni linfática, con bordes laterales y profundos libres de tumor. El control endoscópico al mes de la cirugía demostró re-epitelización completa del lecho de resección.

Conclusiones: La disección sub-mucosa endoscópica es una alternativa terapéutica mínimamente invasiva, que permite el tratamiento con intención curativa, en casos debidamente seleccionados, de adenocarcinomas incipientes de estómago.

#### RESECCIÓN DE UN ADENOCARCINOMA INCIPIENTE DEL ESÓFAGO DISTAL MEDIANTE DISECCIÓN SUB-MUCOSA ENDOSCÓPICA (ESD).

*Drs. A. Donoso.<sup>1</sup>, F. Pimentel.<sup>1</sup>, A. Parra.<sup>2</sup>, A. Sharp.<sup>1</sup>*  
Departamentos de Cirugía Digestiva<sup>1</sup> y Gastroenterología<sup>2</sup>. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La disección sub-mucosa endoscópica (ESD) permite la resección en bloque de tumores incipientes del tubo digestivo sin riesgo o con riesgo mínimo de metástasis linfáticas.

Objetivo: El objetivo del presente video es presentar la resección en bloque de tipo R0 de un adenocarcinoma incipiente del esófago distal mediante ESD.

Material y métodos: Paciente sexo masculino, 84 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, cirugía de revascularización miocárdica e insuficiencia cardiaca. El paciente consultó por un tumor del esófago distal detectado por síntomas de reflujo y disfagia lórica. El estudio con endoscopia reveló una lesión de tipo IIa + IIc, de 2 cm, cuya biopsia resultó positiva para un adenocarcinoma bien diferenciado. El estudio de etapificación con TAC de tórax, abdomen y pelvis no demostró signos de diseminación. La cirugía se llevó a cabo en pabellón bajo anestesia general. Para la marcación de los bordes, la lesión fue evaluada mediante cromo-endoscopia digital y tinción con ácido acético. Posteriormente se demarcó con coagulación los límites del tumor. Para elevar la lesión se utilizó una solución de hialuronato de sodio al 0,4% + índigo carmín + adrenalina. Se utilizó un endoscopio diagnóstico al que se ajustó un espaciador distal en su punta. La resección se llevó a cabo mediante la técnica de "tunelización", cortando primero la mucosa distal y luego la proximal desde donde se realizó un túnel sub-mucoso bajo toda la lesión



utilizando Flush-Knife BT de 1,5 mm. Posteriormente se cortaron los bordes laterales del tumor completando así la resección de la lesión en una sola pieza.

Resultados: Resección completa y en bloque del tumor, por vía endoscópica, con márgenes laterales y profundos negativos. El tamaño de la pieza resecada fue de 3,5 X 2 cm. El tiempo operatorio fue de 300 minutos. No hubo complicaciones durante el intraoperatorio ni tampoco en el post-operatorio. El paciente fue dado de alta al segundo día en buenas condiciones. El análisis histopatológico de la pieza operatoria demostró un adenocarcinoma bien diferenciado de 2,3 X 1,2 cm, T1a, sin invasión vascular ni linfática, con bordes laterales y profundos libres de tumor. El control endoscópico al mes de la cirugía demostró re-epitelización completa del lecho de resección.

Conclusiones: La disección sub-mucosa endoscópica es una alternativa terapéutica mínimamente invasiva, que permite el tratamiento con intención curativa, en casos debidamente seleccionados, de adenocarcinomas incipientes de esófago.

**GASTRECTOMÍA TOTAL + LINFADENECTOMÍA D2 Y OMENTECTOMÍA MAYOR Y MENOR POR VIA LAPAROSCÓPICA**  
*Drs. E. Lanzarini, M. Musleh, JC. Molina*  
Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile

La utilización de la vía laparoscópica en cáncer gástrico ha sido aceptada para tumores mucosos y submucosos (T1), no sólo por las ventajas propias de la vía mini-invasiva, sino que además por no existir diferencias con la técnica abierta en cuanto a morbi-mortalidad y resultado oncológico a largo plazo. Para tumores musculares y sub-serosos (T2 y T3) actualmente se evalúan los resultados en estudios clínicos controlados, siendo los principales desafíos un margen quirúrgico seguro, una linfadenectomía suficiente, la dificultad técnica de la anastomosis esófago-yeyunal y el resultado oncológico a largo plazo. Se presenta el video de nuestra técnica quirúrgica en una paciente de 42 años que consultó por cuadro de epigastralgia, estudiada con Endoscopia Digestiva Alta que evidenció una lesión ulcerada plana corporal cuya biopsia informó un adenocarcinoma pobremente diferenciado. El estudio de etapificación no mostró diseminación a distancia, compromiso ganglionar ni infiltración transmural. Se realizó por vía laparoscópica una gastrectomía total con omentectomía mayor y menor y linfadenectomía D2, esófago-yeyuno anastomosis en Y de Roux, colecistectomía y una incisión de Pfannestiel para el retiro de la pieza quirúrgica.

**PRÓTESIS ESOFÁGICA LUEGO DE PERFORACIÓN ESOFÁGICA POSTDILATACIÓN TUMORAL.**

*Dr. Carlos Cárcamo. TPM Gabriela Moreira y*

*Sandra Cuevas*

Unidad de Endoscopia. Clinica Alemana Valdivia  
Instituto de Cirugía. Universidad Austral de Chile

Paciente mujer de 78 años, portadora de cáncer esofágico estenosante que le impide la alimentación. Se somete a instalación de prótesis esofágica presentando perforación en la fase de dilatación con bujías.

Se instala prótesis cubierta evolucionando satisfactoriamente sin incidentes.

**PRÓTESIS DE NITINOL PARA EL MANEJO DE LA FILTRACIÓN EN GASTRECTOMÍA VERTICAL**

*Drs. Carlos Cárcamo I; Marco Inzunza C. TPM Sandra Cuevas*

Unidad de Endoscopia. Clinica Alemana Valdivia  
Instituto de Cirugía. Universidad Austral de Chile

Paciente mujer, 36 años. Debido a obesidad mórbida es sometida a gastrectomía vertical laparoscópica sin incidentes intraoperatorios.

Rx de tránsito de control al 3er día postoperatorio no demostró filtración por lo que fue dada de alta en forma habitual.

Al décimo día consulta por calofríos y cefalea. Examen abdominal es normal.

Se somete a estudio radiológico contrastado y TC de abdomen demostrándose filtración en el extremo superior de la línea de grapas y colección aledaña. Se instala prótesis de nitinol recubierta parcial con válvula evolucionando favorablemente con manejo médico.

Se retira prótesis luego de 2 semanas confirmando cierre del defecto.

**MANEJO LAPAROSCÓPICO DE ENFERMEDAD POLIQUÍSTICA SINTOMÁTICA DEL HÍGADO.**

*Drs. Carlos Cárcamo I; Carlos Banse E; Juan Díaz B; Marco Inzunza C.*

Clinica Alemana Valdivia  
Instituto de Cirugía. Universidad Austral de Chile

Paciente mujer de 40 años, portadora de enfermedad poliquística hepática y renal con función preservada en ambos sistemas.

Consulta por intenso dolor en hipocondrio derecho que le impide realizar vida habitual. No responde a manejo médico por lo que se propone resección quística selectiva.

Se realiza cirugía laparoscópica resecando las lesiones más significativas con favorable respuesta.

**TRATAMIENTO QUIRÚRGICO LAPAROSCÓPICO DE ACALASIA DEL ESÓFAGO**

*Drs. Carlos Cárcamo I; Juan Díaz B; Marcelo Millán A; Marco Inzunza C.*

Paciente mujer 50 años. Presenta cuadro clínico caracterizado por disfagia ilógica que la llevan a bajar 15 kilos.

Estudio comprueba presencia de Acalasia del esófago. Se somete a cardiomiectomía de Zajner y funduplicatura 180 grados por vía laparoscópica y apoyo endoscópico intropertorio con favorable evolución.

#### COLORRAFIA POR VLP POST DOBLE TRAUMA ABDOMINAL

*Dr. H. Bosch, Dr. Henríquez.*

Servicio de Urgencia. Hospital de Urgencia Asistencia Pública

**Introducción:** El abordaje clásico del trauma abdominal complicado es la laparotomía, que conlleva dolor abdominal, íleo, riesgo de infección de herida operatoria, riesgo de hernia incisional, estética, etc.. En paciente con herida toracoabdominal izquierda más FII requiere una gran laparotomía para explorar diafragma y colon izquierdo. En paciente estable hemodinámicamente puede realizarse vía laparoscópica como se muestra en el video.

**Paciente y Método :** Paciente masculino, 23 años, con herida por arma blanca torácica derecha, toracoabdominal izquierda y FII, se realiza pleurostomía derecha que se retira a las 24 hrs apareciendo dolor abdominal, vómitos y fiebre, es derivado a HUAP . Paciente hemodinámicamente estable, febril, dolor abdominal con blumberg en hemiabdomen izquierdo, radiografía de tórax muestra neumotorax recidivado derecho y gran neumoperitoneo. Se inicia exploración vlp

**Objetivo :** Mostrar resolución laparoscópica de doble trauma abdominal complicado estable.

**Resultado :** Se muestra ubicación de lesiones, radiografía tórax y técnica quirúrgica laparoscópica con tres puertos que muestra colorrafia laparoscópica, aseó, decolación de colon para visualizar cara posterior, ubicación drenajes y paciente postoperado. Buena evolución

**Conclusión :** Es factible la cirugía laparoscópica en trauma abdominal complicado estable hemodinámicamente.

#### ABORDAJE CÉRVICO PAROTIDEO TRANSMANDIBULAR POR TUMOR DEL ESPACIO PARAFARÍNGEO

*Drs. R. Yáñez, FJ. Loyola, J. Cornejo, D. Alcocer, G. Tapia.*

Cirugía de Cabeza y Cuello. Servicio de Cirugía. Hospital Dr. Sótero del Río.

Los tumores del espacio parafaríngeo representan menos del 1% de los tumores de cabeza y cuello, sobre el 80% son benignos y provienen principalmente de la glándula parótida, glándulas salivales accesorias y tumores de origen. Este espacio alberga estructuras musculares pterigoideas y neurovasculares relevantes (Carótida, vena yugular interna, arteria maxilar interna, ramo simpático

cervical y nervios craneanos IX, X, XI y XII) presentando un desafío complejo al momento de su abordaje. Se presenta el video del caso de un paciente de sexo masculino, de 60 años de edad, con una masa cervical izquierda de 6 meses de evolución y estudio de imágenes con TAC y RM que muestran tumor de 8 cm de diámetro que ocupa el espacio pterigoideo maxilar izquierdo, parafaríngeo izquierdo con abultamiento de la pared lateral orofaríngea y que desciende en el cuello hasta la altura del cartílago tiroideos. La PAAF revela un tumor mioepitelial con probable origen en glándula salival sin diferenciar naturaleza maligna. Se realiza cirugía resectiva mediante un abordaje mixto Cervicoparotideo transmandibular, realizando una parotidectomía suprafacial, mandibulotomía mediolateral izquierda y posterior osteosíntesis mandibular con 2 placas 2.0. La elección del abordaje es fundamental para lograr un resultado satisfactorio, es decir, la resección tumoral completa minimizando la comorbilidad asociada.

#### LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL LUMBO-AÓRTICA ASISTIDA POR ROBOT EN CÁNCER TESTICULAR ESTADIO 1.

*Drs. O. Castillo, I. Vidal-Mora, E. Alemán, Y. Rodríguez, J. López-Vallejo, A. Gómez, G. Aranguren, E. Landerer, R. Yáñez, R. Gómez.*

Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA.

Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello.

**Introducción:** Hemos iniciado una experiencia preliminar en linfadenectomía retroperitoneal lumboaórtica en pacientes portadores de Cáncer testicular. Este video ilustra la técnica de disección retroperitoneal robótica en un paciente con un cáncer testicular derecho no Seminoma.

**Material y método:** Paciente de 27 años con el antecedente de haber sido operado por un Cáncer testicular derecho, cuya histología fue Teratoma inmaduro de alto grado, + algunos mínimos componentes de saco vitelino. Sus marcadores tumorales fueron negativos pre y post-orquiectomía. **Técnica quirúrgica:** Se posiciona al paciente en decúbito lateral izquierdo y se colocan los puertos robóticos y adicionales como se muestra en el video. La cirugía consiste en exponer todo el retroperitoneo desde el lado derecho y proceder con la disección del tejido linfático hacia cefálico. Se ilustra la disección y preservación de las ramas simpáticas responsables de la eyaculación.

**Resultados:** El tiempo quirúrgico total fue de 182 minutos (colocación de trocares en 10 minutos, montaje del robot en 2 minutos y tiempo de consola de 170 minutos), con un sangrado estimado de 150 ml. El paciente fue dado de alta a las 24 horas del procedimiento. La biopsia fue informada como metástasis de Teratoma maduro intra-nodal en 1 de 21 nodos linfáticos. El paciente mantiene eyaculación retrógrada y ha completado 18 meses sin recurrencia tumoral.

Conclusión: A pesar de que nuestra experiencia inicial es de sólo 8 pacientes, nos parece que la linfadenectomía lumboaórtica robótica juega un rol importante en pacientes con tumor testicular no Seminoma. Esto es importante especialmente en éste paciente, dado que el Teratoma es resistente a la quimioterapia.

#### FEOCROMOCITOMA MALIGNO IZQUIERDO. RESECCIÓN CON CIRUGÍA ROBÓTICA.

*Drs. O. Castillo, I. Vidal-Mora, E. Alemán, Y. Rodríguez, J. López-Vallejo, A. Gómez, G. Aranguren, E. Landerer, R. Yáñez, R. Gómez.*

Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA.

Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello.

Introducción: La cirugía robótica en Urología, puede ser aplicada en procedimientos que parecían exclusivos de la cirugía abierta tradicional. Presentamos el caso de una paciente portadora de Feocromocitoma maligno, en la cual fue posible realizar una resección en bloque de riñón y suprarrenal izquierda con asistencia robótica. Material y método: Paciente de 51 años, con el antecedente de Artritis Reumatoide en tratamiento con Plaquinol, quien comienza con intenso dolor en flanco izquierdo. Una Tomografía computada de abdomen revela una masa de aspecto neoplásico en relación a la glándula suprarrenal izquierda, asociado a adenopatías para-aórticas, englobando el hilio renal izquierdo, arteria mesentérica superior y tronco celiaco. Sus catecolaminas plasmáticas mostraban Norepinefrina 8.247 pg/ml, y Normetanefrinas urinarias de 2466 ug/24 hr.

Resultado: Se realiza Adrenalectomía y Nefrectomía en bloque izquierda laparoscópica asistida por Robot, con disección completa de ambos órganos y liberación de masa que engloba los vasos del hilio renal, arteria mesentérica superior y tronco celiaco. El tiempo quirúrgico total fue de 196 minutos ( 10 minutos de tiempo de trocates, 6 minutos de montaje del robot y 180 minutos de consola). El sangrado estimado fue de 200 ml. Durante la cirugía hizo 4 episodios de aumento de cifras tensionales, con un máximo de 160/90. En el postoperatorio evoluciona con taquicardia de 120 x', que se controla con Propanolol 30 mg día dividido en 3 dosis. La paciente es dada de alta al 6º día postoperatorio. La biopsia es informada como Riñón y glándula suprarrenal izquierda que en conjunto pesan 230 gr. La glándula suprarrenal es de 5 x 4.5 cm y peso de 52 gr. Se reconoce neoplasia epiteloídea, con extensas áreas de necrosis, extensión al tejido adiposo peri-adrenal y muscular estriado, compromiso del hilio renal, permeaciones vasculares focales y un recuento mitótico de 4/10 campos de aumento mayor. La inmuno-histoquímica es (+) para Synaptoficina en las células neoplásicas. Hay 2/30 nodos linfáticos con metástasis de Feocromocitoma lmaligno en el tejido adiposo peri-adrenal y del hilio renal, y 6 intercavaoárticos y 3 para-aórticos izquierdos sin metástasis.

Conclusión: La cirugía robótica permite realizar procedimientos urológicos de alta complejidad, conservando, como en este caso, los principios oncológicos.

#### NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA: DESCRIPCIÓN DE NUESTRA TÉCNICA QUIRÚRGICA.

*Drs. O. Castillo, I. Vidal-Mora, E. Alemán, Y. Rodríguez, J. López-Vallejo, A. Gómez, G. Aranguren, E. Landerer, R. Yáñez, R. Gómez.*

Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA.

Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello.

Introducción: La nefrectomía parcial en tumores renales, ha reemplazado a la cirugía radical, en la mayoría de pacientes con tumores renales menores de 4 cm. e incluso de hasta 7 cm. , dado que los resultados oncológicos son similares, pero preservando función renal. La introducción de la cirugía laparoscópica, y recientemente de la cirugía robótica, ha permitido duplicar los resultados de la cirugía abierta, con las ventajas de la cirugía de mínima invasión. Este video muestra una nefrectomía parcial izquierda por un cáncer renal de 4 cm.

Técnica quirúrgica: El paciente es colocado en posición de flanco y se ubican los puertos robóticos como se ilustra. Se utilizan 1 o 2 puertos para el ayudante. Luego de la liberación completa del colon, se diseca el polo inferior renal y se levanta para identificar el pedículo vascular renal. Un reparo anatómico es seguir la vena gonadal hasta su desembocadura en la vena renal. En este caso se debe clipar y seccionar una importante rama venosa árgigo-lumbar. Se diseca vena y arteria , colocando un torniquete tipo Rummel en la vena. Luego se libera completamente la grasa de Gerota identificando el tumor renal, localizado en la convexidad. Se marca con coagulación monopolar el límite de sección a 1 cm. del tumor. Luego de la infusión de 25 gr. de Manitol, se procede al clampaje arterial con 2 bulldog laparoscópicos y de la vena con el torniquete. Se logra adecuada isquemia renal., y se procede a la extirpación del tumor, con margen quirúrgico en tejido sano, con sección con tijera fría. Se realiza sutura del plano calicular-vascular con Vycril 3-0 en forma continua, y el plano parenquimatoso, con Vycril 2-0 separados con la técnica de deslizamiento. Resultados: El tiempo quirúrgico fue de 90 minutos, el tiempo de isquemia caliente de 8 minutos, y el sangrado estimado de 50 ml. No hubo complicaciones postoperatorias.

Conclusión: Nuestra experiencia inicial con 60 pacientes, operados en forma consecutiva, muestra que la técnica de nefrectomía parcial robótica reproduce los pasos de la cirugía abierta, y en comparación con la cirugía laparoscópica, se observa una reducción en el tiempo de isquemia caliente.

## LINFADENECTOMÍA AORTO-ILÍACA EXTENDIDA BILATERAL ROBÓTICA COMO RESCATE EN PACIENTE CON RECIDIVA BIOQUÍMICA LUEGO DE TRATAMIENTO POR CÁNCER DE PRÓSTATA.

*Drs. O. Castillo, I. Vidal-Mora, E. Alemán, Y. Rodríguez, J. López-Vallejo, A. Gómez, G. Aranguren,*  
Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica,  
Clínica INDISA.  
Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello.

**Introducción:** La linfadenectomía iliaca bilateral extendida es la indicación como complemento a la prostatectomía radical, en pacientes con cáncer de próstata de alto riesgo. Su indicación en pacientes tratados por cáncer de próstata, con recurrencia bioquímica luego de tratamiento hormonal es discutible, pero existen algunas series iniciales con resultados promisorios. Presentamos el video de una linfadenectomía aorto-iliaca extendida en un paciente tratado por un cáncer de próstata de alto riesgo, con prostatectomía radical, radioterapia complementaria y falla al tratamiento hormonal.

**Material y método:** Paciente de 65 años, con el antecedente de una prostatectomía radical realizada en Marzo de 2005. La biopsia fue informada como un cáncer prostático multifocal, Gleason 8 (5+3) con compromiso extenso del cuello vesical, extensión al tejido extra-prostático y compromiso de ambas vesículas seminales (estadio patológico pT3cN0MX). Se realizó radioterapia complementaria en dosis de 69.3 Gy asociado a bloqueo androgénico. Se mantiene sin evidencia de recurrencia bioquímica por 6 ½ años, apreciando luego un ascenso progresivo del antígeno prostático específico. Se realiza SPECT con Colina que muestra foco único hipercaptante a nivel iliaco derecho. Se plantea rescate quirúrgico. **Técnica quirúrgica:** El paciente se posiciona en litotomía y los puertos tienen la misma disposición que para una prostatectomía radical robótica. Se realiza una disección linfática, comenzando por la derecha, con apertura amplia del peritoneo e identificación del uréter. Se disecciona todo el tejido linfático con límites distal en pubis, proximal en arteria mesentérica inferior, lateral en nervio genito-femoral y lateral en la vejiga. Se incluye, además, todo el tejido pre-sacro, y la disección de los vasos ilíacos comunes izquierdos se efectúa por la derecha. Luego se procede a la resección del tejido linfático de vasos ilíacos externos izquierdos, con identificación previa del uréter.

**Resultados:** El tiempo quirúrgico total fue de 192 minutos (tiempo de colocación de trocares de 8 minutos, tiempo de montaje del robot de 3 minutos y tiempo de consola de 180 minutos). El sangrado estimado fue de 400 ml. La biopsia informó metástasis de cáncer prostático en 14 de 58 nodos linfáticos extirpados. En un seguimiento de 6 meses el antígeno prostático específico se mantiene estable. **Conclusión:** La asistencia robótica permite realizar extensas disecciones linfáticas, las cuales hoy son la indicación en pacientes con cáncer de próstata de alto riesgo.

## PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA: DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA PASO A PASO.

*Drs. O. Castillo, I. Vidal-Mora, E. Alemán, Y. Rodríguez, J. López-Vallejo, A. Gómez, G. Aranguren, E. Landerer, R. Yáñez, R. Gómez.*

Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica,  
Clínica INDISA.  
Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello.

**Introducción:** La prostatectomía radical robótica, con el sistema quirúrgico da Vinci<sup>®</sup>, es la técnica quirúrgica más utilizada en la actualidad para el cáncer prostático. Su curva de aprendizaje puede ser larga, por tanto se requiere de una sistematización de ella, para obtener resultados satisfactorios. Este video ilustra paso a paso, la técnica utilizada en nuestro Centro.

**Descripción:** a) Posición del paciente en litotomía y Trendelenburg de 25°,

b) Colocación de los puertos robóticos y del ayudante y montaje del robot, c) Disección del espacio de Retzius y exposición de la cara anterior de la próstata

d) Apertura bilateral de fascia endopélvica e identificación del complejo venoso dorsal

e) Control del complejo venoso dorsal y pexia al pubis con sutura de Caprosyn 1. f) Sección de cuello vesical e identificación del plano posterior. g) Control de pedículos de vesículas seminales y apertura de hoja posterior de Denonvilliers. h) Disección y preservación de bandeletas neurovasculares. i) Sección de uretra y extracción de pieza quirúrgica. j) Cierre lateral del cuello vesical con Monocryl 3-0. k) Reconstitución del rabdoesfinter con sutura doble de Monocryl 13-0

l) Anastomosis uretro-vesical con sutura doble de Monocryl 3-0 (técnica de Van Velthoven)

**Resultados:** Con esta misma técnica hemos operado a 134 pacientes en forma consecutiva, determinando la curva de aprendizaje en 40 pacientes. **Conclusión:** En la medida que se sigan los pasos quirúrgicos en forma sistemática, los resultados en términos de tiempo quirúrgico y sangrado intraoperatorio mejorarán en forma significativa. Esto determinará mejores resultados en términos de márgenes quirúrgicos positivos, preservación de continencia urinaria y función eréctil.

Resultados: Con esta misma técnica hemos operado a 134 pacientes en forma consecutiva, determinando la curva de aprendizaje en 40 pacientes.

**Conclusión:** En la medida que se sigan los pasos quirúrgicos en forma sistemática, los resultados en términos de tiempo quirúrgico y sangrado intraoperatorio mejorarán en forma significativa. Esto determinará mejores resultados en términos de márgenes quirúrgicos positivos, preservación de continencia urinaria y función eréctil.

## LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL LUMBO-AÓRTICA ASISTIDA POR ROBOT, EN MASA RESIDUAL POST- QUIMIOTERAPIA DE CÁNCER TESTICULAR.

*Drs. O. Castillo, I. Vidal-Mora, E. Alemán, Y. Rodríguez, J. López-Vallejo, A. Gómez, G. Aranguren, E. Landerer, R. Yáñez, R. Gómez.*

Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica,  
Clínica INDISA.  
Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello.

**Introducción:** Presentamos el caso clínico de un paciente de 30 años, portador de una masa post-quimioterapia secundaria a un tumor testicular no seminoma, en quien se realizó un rescate quirúrgico con asistencia robótica

**Material y método:** Paciente de 30 años con el antecedente de haber sido operado por un Cáncer testicular izquierdo, cuya histología fue Carcinoma embrionario + teratoma inmaduro + Seminoma. Luego de 1 año de seguimiento aparece una masa retroperitoneal inter cavo-aórtica, con marcadores elevados. Por esta razón es tratado con 6 ciclos de quimioterapia. Por persistencia de una masa retroperitoneal de 4 cm en la tomografía computada, es derivado para cirugía de rescate.

**Técnica quirúrgica:** Se posiciona al paciente en decúbito lateral derecho y se colocan los puertos robóticos y adicionales como se muestra en el video. La cirugía consiste en exponer todo el retroperitoneo e identificar la masa y los grandes vasos retroperitoneales. La disección comienza desde la región iliaca, a nivel del cruce del uréter izquierdo. Existe una importante reacción desmoblástica, por lo cual es fundamental seguir el plano iliaco y aórtico hacia proximal, a nivel adventicial. Se logra extirpación completa de la masa y el tejido linfático para-aórtico hasta el nivel del hilio renal izquierdo, preservando una arteria renal polar inferior. Luego se completa la disección de todo el tejido inter cavo-aórtico.

**Resultados:** El tiempo quirúrgico total fue de 300 minutos, con un sangrado estimado de 800 ml, sin necesidad de transfusión sanguínea. El paciente fue dado de alta a las 72 horas del procedimiento. La biopsia fue informada como una masa retroperitoneal de 6 cm., con Teratoma maduro y 15 nodos linfáticos sin metástasis. El paciente mantiene eyaculación retrógrada y lleva 30 meses de seguimiento sin recidiva tumoral.

**Conclusión:** Nuestra experiencia inicial en linfadenectomía lumbaoaórtica robótica nos ha permitido reproducir los resultados de la técnica abierta y laparoscópica.

#### REEMPLAZO URETERAL LAPAROSCÓPICO CON FLAP DE BOARI: EXPERIENCIA EN 30 CASOS.

*Drs. O. Castillo, I. Vidal-Mora, J. López-Vallejo, G. Aranguren, E. Alemán, Y. Rodríguez, A. Gómez, E. Landerer, R. Yañez.*

Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica, Clínica INDISA.

Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello.

**Introducción:** La utilización de un flap vesical tipo Boari constituye una alternativa quirúrgica en el tratamiento de las lesiones del uréter distal. Sin embargo, su abordaje laparoscópico aún no ha sido validado como una técnica de elección. El objetivo del presente trabajo es reportar nuestra experiencia en el abordaje laparoscópico de las lesiones ureterales distales mediante el flap de Boari. **Material y método:** Se realizó un flap de Boari laparoscópico en 30 pacientes, en el período de diciembre de 2001 a enero de 2009. Se registraron prospectivamente las variables demográficas, quirúrgicas y la evolución clínica de los pacientes en un diseño epidemiológico de cohorte histórica única, las cuales se presentan como promedio de la

serie.

**Resultados:** La edad promedio fue de 43.2 años (rango 9-71 años); la relación F:M=2.8:1. La indicación quirúrgica más frecuente fue lesión benigna de uréter distal, principalmente lesiones quirúrgicas en patología ginecológica. El tiempo operatorio promedio fue de 16 min. (rango 90-280 min). El sangrado operatorio promedio fue de 123 ml. (rango 0-500 ml) y la estadía hospitalaria fue de 4.86 días (rango 2-10 días). La tasa de complicaciones postoperatorias fue de 16.6% y según la clasificación de Clavien fueron grado I y III en un 6.6% y 10% respectivamente. La longitud ureteral media resecada fue de 7 cms. (rango 5-20 cms.). No hubo casos de conversión. Con un seguimiento promedio de 32 meses (rango 5-60 meses) la tasa de éxito fue de 96.6%.

**Conclusiones:** La resolución quirúrgica laparoscópica de las lesiones ureterales distales, utilizando la reconstrucción con un flap de Boari vesical, es una alternativa técnicamente factible y segura. Los resultados de nuestra serie son similares a los resultados de la técnica abierta convencional.

#### OBTENCIÓN ENDOSCÓPICA DE NERVIOS SURAL PARA REANIMACIÓN FACIAL: PRIMER CASO

*Drs. Hasbun A., Benítez S., Acosta S., Lagos C. Ibarra C.*

Hospital Dr. Roberto del Río, Hospital Clínico Universidad de Chile

La reparación de nervios periféricos generalmente es indicada en lesiones congénitas como parálisis facial, lesiones obstétricas del plexo braquial y lesiones traumáticas adquiridas.

Usualmente efectuada con injertos de nervios que se interpone entre el nervio funcional y el dañado. El más utilizado para estos propósitos es el nervio sural, ya que posee buen diámetro y se puede obtener buena longitud sin dejar con déficit motor la zona dadora. Si se crea un déficit sensitivo, éste es bien tolerado.

Tradicionalmente, los abordajes descritos han sido el "stocking seam" (sutura en calcetín) o a través de incisiones múltiples (4 o más) tipo escalera con disección roma ciega entre ellas, que tienen desventajas no menores, como cicatrices inestéticas, disección ciega entre las incisiones, tracción y traumatismo del nervio.

Para disminuir la pérdida sensitiva o cicatrices desfigurantes, los injertos pueden ser obtenidos a través de vía endoscópica, con una sola incisión, posterior al maléolo lateral. Los endoretractores permiten obtener una adecuada visión y una disección proximal roma y el disector es introducido a través del nervio para separarlo de estructuras vecinas. Presentamos el caso clínico de un paciente de sexo femenino, de 9 años, portadora de parálisis facial congénita, en quien se obtiene el nervio sural mediante abordaje endoscópico para la realización de injerto cruzado para reanimación facial.

**Técnica:** Se realiza abordaje en cara lateral de la pierna derecha, con óptica de 4 mm y 30 grados,

permitiendo la adecuada identificación y disección del nervio en todo su trayecto sin traumatismos y con solo 2 incisiones de abordaje. Tiempo operatorio de 30 min. Sin complicaciones locales. Discusión: La obtención del nervio sural por vía endoscópica es una técnica quirúrgica relativamente sencilla, posible de realizar en edad pediátrica, mediante la cual la disección bajo visión permanente permite menor traumatismo del nervio y menos secuelas cicatriciales.

#### MAMOPLASTÍA DE REDUCCIÓN PERIAREOLAR A PEDÍCULO CENTRAL. VIDEO DE TÉCNICA QUIRÚRGICA

*Drs. W Calderón<sup>1</sup>, JP Cisternas<sup>1</sup>, D Calderón<sup>2</sup>, JJ Lombardi<sup>1</sup>, K Guler<sup>1</sup>, A Euluf<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Del Salvador; <sup>2</sup>Residente Cirugía General, sede oriente, Universidad de Chile.

Introducción: En cirugía plástica es frecuente realizar procedimientos de reducción mamaria, dentro de los cuales contamos con una gran gama de alternativas. De estas, la técnica periareolar a pedículo central es muy conveniente pues ofrece excelentes resultados cosméticos. A continuación se describe la técnica quirúrgica.

Técnica quirúrgica: Marcación preoperatoria. Se traza un círculo excéntrico externo al círculo interno de la areola, siguiendo como referencia los cuatro puntos cardinales que se posicionan de la siguiente manera: El punto "A" (cefálico) se ubica 19-21 centímetros bajo la clavícula; el punto "B" (caudal) se ubica a 6 centímetros del borde submamario; el punto "C" (medial) se ubica a 9-11 centímetros de la línea medio-esternal; y el punto "D" (lateral) se posiciona a igual distancia entre el punto "C" y el borde de la areola.

Se procede a desepitelizar con maniobra de Schwarzmann, a continuación se tallan los colgajos separando el estuche cutáneo del contenido mamario, que en su porción apical mantiene al complejo areola-pezones, obteniendo así un pedículo central. Se realiza un telescopaje de la mama externalizándose del bolsillo cutáneo. Una vez que la mama esta exteriorizada se resecan 4 cuñas de tejido mamario a nivel cefálico, caudal, medial y lateral, de tal forma de reducir la masa; posteriormente las cuñas son suturadas para obtener una circunferencia menor, pero del mismo aspecto. Finalmente se introduce el tejido en el bolsillo, se instala drenaje aspirativo cerrado, se practica una jareta del bolsillo alrededor del complejo areola-pezones con material irreabsorbible, y se sutura la areola a la piel circundante. Curación con telas de papel. Discusión: El pedículo central mantiene la irrigación del complejo areola-pezones por la vasculatura proveniente de la arteria del 5º espacio intercostal, que es rama de la arteria mamaria interna. Esta técnica se reserva exclusivamente para pacientes jóvenes, con tejidos cutáneos elásticos, que permitan una acomodación fácil entre el complejo areola-pezones y el contorno de la mama reducida. La distancia de la línea media claviclar-pezones no

debe ser superior a los 25 centímetros y la cantidad de tejido a reseca debe ser inferior a los 500 gramos. Como resultado la cicatriz resultante es de buena calidad y queda en el contorno del complejo areola-pezones, con lo que se disimula aceptablemente. Esto es muy importante, dado a que el grupo al cual se les ofrece esta técnica corresponde a mujeres menores de 25 años que no desean estigmas cicatriciales.

#### LINFADENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA DURANTE REEXPLORACIÓN LAPAROSCÓPICA COMO PARTE DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE LA VESÍCULA BILIAR

*Drs. X. de Aretxabala, J. Hepp, J. Leon, N. Solano, I. Roa*

Clinica Alemana Santiago

El presente video muestra diferentes secuencias de la técnica de linfadenectomía del pedículo hepático, en pacientes sometidos a reintervención como parte del tratamiento del cáncer de vesícula. En la totalidad de los pacientes el diagnóstico se efectuó durante el estudio de la pieza de colecistectomía.

#### MANEJO LAPAROSCÓPICO DE UN QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO.

*Drs. C. Canales<sup>1,2</sup>, J. Quidel<sup>3</sup>, L. Cortés<sup>3</sup>, R. Benítez<sup>1</sup>*

Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso; Hospital Dr. Eduardo Pereira, Valparaíso<sup>1,2</sup>. Residentes de Cirugía Universidad Valparaíso<sup>3</sup>, Interno Medicina Universidad de Valparaíso<sup>3</sup>.

Paciente sexo femenino de 50 años, sin antecedentes mórbidos, originaria de un sector rural de la V región, consulta por cuadro de dolor abdominal en hipocondrio derecho de aproximadamente ocho meses de evolución, intermitente, de predominio matinal y sin asociación a otros síntomas que se intensifica en los últimos meses por lo que consulta en la Unidad de Emergencia, entre otros exámenes se solicita Ecotomografía Abdominal que evidencia lesión nodular de 34x27 mm. En segmento hepático IV, con presencia de calcificaciones periféricas y presencia de septos internos, la conclusión ecotomográfica corresponde a quiste hidatídico hepático. Se realiza estudio con Arco 5 que resulta positivo. Se realiza TAC de abdomen y pelvis que confirma el diagnóstico ecográfico. El equipo quirúrgico tratante decide manejo laparoscópico de la lesión, realizándose aspiración y quistectomía laparoscópica más curetaje, con buena evolución postoperatoria, quedando en tratamiento con Albendazol.

El quiste hidatídico hepático (QHH) es causado por una parasitosis, el equinococcus, en sus variedades granulosus o multilocularis. El ciclo de vida del equinococcus requiere de un huésped definitivo, que a menudo es un perro, y de un huésped intermediario, que a menudo es ganado ovino. Los humanos se convierten en huésped intermediarios cuando son infectados habitualmente desde los perros. La enfermedad es endémica en algunos países de

Sudamérica. En Chile destacan por su incidencia regiones de la Araucanía, Magallanes y Aysén. Su diagnóstico se basa en el antecedente de exposición, imagenología y serología. Si bien hay avances en el manejo médico de esta patología con fármacos como el albendazol, la cirugía sigue siendo el tratamiento de elección en el manejo portadores de QHH. La laparoscopia es una alternativa reciente al tratamiento abierto, aunque aún no hay estudios randomizados para evaluar y comparar su efectividad; y actualmente tiene indicaciones precisas en el manejo del QHH. El tratamiento laparoscópico incluye la pericistectomía total o parcial y el drenaje del quiste con eventual omentoplastia. Conclusión: Estas técnicas en pacientes apropiadamente seleccionados tienen una alta tasa de éxito, bajas tasas de complicaciones y bajas tasas de recurrencia.

#### COLEDOCOLITIASIS Y RESOLUCIÓN TRANSCÍSTICA LAPAROSCÓPICA.

*Drs. J. Vallejos, C. García, C. Benavides, P. Rubilar, H. Cid, C. Esperguet, J. Zamarrin, R. Villalobos, A. Cancino*

Hospital Clínico San Borja Arriarán. Departamento de Cirugía Sede Centro Universidad de Chile

Paciente de 64 años con historia de dolor abdominal e ictericia fluctuante que consulta en nuestro servicio, se estudia con ecografía abdominal y colangiografía que evidencia colédocolitiasis, se solicita ERCP que resulta frustrada por papila intradiverticular, se realiza colecistectomía laparoscópica y extracción de colédocolitiasis y hepático litiasis transcística laparoscópica. Se utiliza la técnica americana para la colecistectomía realizando colangiografía a través de catéter de anestesia peridural insertado en hipocondrio derecho con lo que se confirma la colédocolitiasis, se realiza extracción transcística de todos los cálculos con sonda de Dormia bajo visión radiológica, incluso extrayendo cálculos desde hepático izquierdo. Se liga cístico con Vicryl usando nudos extracorpóreos, además se demuestra secuencia con nudos utilizando una sola pinza.

Paciente evoluciona satisfactoriamente, alta al día siguiente de la cirugía

#### PANCREATOGASTROANASTOMOSIS CON PARTICIÓN GÁSTRICA PARA LA RECONSTRUCCIÓN LUEGO DE DUODENO PANCREATECTOMÍA CEFÁLICA.

*Drs. J. Vallejos, L. Fernández-Cruz.*

Hospital Clínico San Borja Arriarán, Chile. Hospital Clinic, Barcelona, España

La duodenopancreatectomía cefálica es una de las intervenciones más exigentes para el equipo quirúrgico y requiere de cirujanos especializados. Es la técnica de elección para el tratamiento de tumores benignos y malignos del páncreas, así como de lesiones tumorales de la región distal del conducto biliar y del duodeno. La mortalidad de esta cirugía ha descendido en estos últimos años a < 5%, pero

sigue asociada a una morbilidad que oscila entre el 30 y el 50% en algunos centros, y que se relaciona muy fuertemente con las características generales de los pacientes tales como edad avanzada, comorbilidades asociadas, desnutrición y otros. Sin embargo, en la mayoría de los casos la morbimortalidad está directamente relacionada con la técnica quirúrgica. Esto hace necesario la búsqueda de nuevas técnicas de reconstrucción que permitan o aseguren mejores resultados, disminuyendo la morbimortalidad en el postoperatorio.

Se presenta la técnica quirúrgica de pancreatogastro anastomosis con partición gástrica para la reconstrucción post duodeno pancreatectomía cefálica. Se contruye una partición gástrica por curvatura mayor con preservación de arcadas vasculares gastroepiploicas, se realiza anastomosis tutorizada ductomucosa en cara posterior de partición gástrica en dos planos, se detallan aspectos técnicos del procedimiento.

#### CISTOYEUANOANASTOMOSIS EN Y DE ROUX DE UN PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO POR VIA LAPAROSCÓPICA.

*Drs: J.Martínez, J.Quidef, G.Sommer, F.Alegria*  
Hospital Dr. Eduardo Pereira, Valparaíso<sup>1</sup>. Residentes Cirugía, Universidad de Valparaíso<sup>2</sup>. Residente Cirugía, Universidad Austral de Chile<sup>3</sup>

Paciente de 48 años, antecedentes de alcoholismo crónico, ingresa por cuadro de pancreatitis aguda de origen alcohólico Balthazar E que evoluciona favorablemente. En el curso de la remisión del cuadro clínico, inicia dolor vago de poca intensidad a nivel epigástrico asociado a distensión abdominal, a la cuarta semana de evolución se controla con nuevo TAC de abdomen que muestra la presencia de lesión compatible con pseudoquiste pancreático de 14x9 centímetros de diámetro. Equipo quirúrgico decide drenaje laparoscópico de la lesión a través de Cistoyeyunoanastomosis que se presentará en el video.

El pseudoquiste pancreático es una patología de baja frecuencia que afecta a 0.5-1 de cada 100.000 habitantes en Estados Unidos y corresponde a una colección de jugo pancreático de más de 4 semanas de evolución rodeado de una pared definida de tejido de granulación sin componente epitelial, cuyas paredes están formadas por las estructuras adyacentes. Su etiología más frecuente es la pancreatitis crónica (20-40%), trauma pancreático cerrado o penetrante (10%) y la pancreatitis aguda (10%). Su presentación clínica es variada dependiendo de la localización, extensión de la colección y la presencia de infección. En un 40% de los casos el pseudoquiste pancreático remite solo y basta con la observación, pero cuando se infecta y/o los síntomas persisten por más de 6 semanas es necesario el drenaje. El tratamiento quirúrgico sigue siendo el gold estándar para resolver este tipo de patología siendo el drenaje laparoscópico con cisto-yeyuno anastomosis en Y de Roux la técnica quirúrgica más demandante a la cual se puede ver enfrentado el cirujano. Existe actualmente evidencia de pocos autores con respecto al drenaje

laparoscópico con distintas técnicas quirúrgicas, siendo la más frecuentemente reportada la cistoyeyunoanastomosis en Y de Roux, en las publicaciones revisadas se ha realizado el procedimiento exitosamente en la mayoría de los casos.

Conclusión: El drenaje quirúrgico por vía laparoscópica de un pseudoquistes pancreático, es una modalidad de abordaje de estas lesiones que ha demostrado tener éxito en los casos reportados y que plantea un desafío para futuros trabajos de investigación al respecto.

#### RESECCION LOCAL LAPAROSCÓPICA DE TUMOR SÓLIDO PSEUDOPAPILAR DE PÁNCREAS

*Drs. Ceroni M., Slako M., Jarufe N.*  
Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: El tumor sólido pseudopapilar de páncreas es infrecuente, con bajo potencial de malignidad y de invasión a estructuras vecinas, usualmente se diagnostica en mujeres jóvenes. La resección completa con márgenes negativos es el tratamiento de elección.

Objetivo: Se presenta un caso de una paciente tratada con resección local un tumor sólido pseudopapilar de páncreas por vía laparoscópica.

Caso Clínico: Paciente de 26 años sin antecedentes mórbidos. Presenta historia de 6 meses de evolución de dolor dorso-lumbar izquierdo de carácter punzante, sin otros síntomas. Se realizó estudio con Tomografía axial de abdomen y pelvis, la cual informó lesión quística en la cola del páncreas. Se complementó estudio con Resonancia de abdomen que informó lesión sólida quística de 3,5 x 2,5 x 4 cm en relación a la cola del páncreas. Sin adenopatías, sin metástasis. Se realizó laparoscópica exploradora, se identificó tumor en relación a la cola del páncreas en su borde inferior, pediculado que permitió ser resecado en forma local una vez liberado de la vena esplénica a nivel del cuerpo del páncreas. La paciente evolucionó en forma satisfactoria. Biopsia diferida confirma tumor sólido pseudopapilar.

#### PANCREATECTOMÍA LAPAROSCÓPICA CON PRESERVACIÓN ESPLÉNICA EN PACIENTE CON INSULINOMA.

*Drs. I. Robles, J. Ormazábal, C. Heine, A. Gómez, J. Jiménez, C. Astudillo, M. Uribe.*

Servicio de Cirugía, Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática, Hospital del Salvador - Campus Oriente Universidad de Chile.

Introducción: Más del 99% de los insulinomas aparece en el páncreas y cerca de un 90% son de pequeño tamaño (menores 2 cm). Menos de un 10% de estos adenomas corresponden a neoplasias endocrinas múltiples tipo NEM I. El tratamiento de regla en esta patología es quirúrgico ya sea abierto o laparoscópico.

Objetivo: Presentar el caso de un paciente portador de una NEM-I con tumor mayor de 2 cm de diámetro y mostrar el video de la resección

pancreática realizada por vía laparoscópica. Paciente y técnica: Paciente de 23 años con antecedentes de Neoplasia endocrina múltiple tipo I asociado a macroprolactinoma invasor con panhipotoruitarismo secundario en tratamiento de reemplazo. En febrero 2012 se hospitaliza por cuadro convulsivo secundario a hipoglucemia de 17 mm/dl. Estudio con imágenes (Tomografía computada y Resonancia de abdomen) demuestran lesión pancreática de 13 mm en unión de cuerpo y cola. En el contexto del paciente se sospecha insulinoma por lo que se decide cirugía. Se realiza cirugía laparoscópica con instalación de 1 puerto umbilical, 2 paramedianos, 1 en flanco izquierdo y 1 en epigastrio para elevación gástrica. Apertura de transcavidad por epiplón mayor conservando vasos gastroepiploicos y vasos cortos. Identificación de páncreas y tumor. Apertura de margen inferior y disección cuidadosa de vena y arterias esplénicas de medial a lateral. Abordaje del borde superior logrando liberar cuerpo y cola. Sección a nivel de cuello con Stapler lineal vascular sin incidentes. Sutura intracorpórea corrida con Prolene 2/0 de muñón pancreático. Retiro de pieza por T1. Instalación de drenaje Redón nº 18 en muñón pancreático. Paciente presenta buena evolución postoperatoria por lo que se indica alta quirúrgica al 10º día sin complicaciones.

Discusión: El abordaje laparoscópico de este tipo de lesiones evita la realización de grandes laparotomías para la extracción de tumores de pequeño tamaño disminuyendo la morbilidad perioperatoria. Esta técnica otorga múltiples beneficios en el postoperatorio del paciente por la rápida recuperación y la baja tasa de complicaciones.

#### PANCREATECTOMÍA MÁS ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN HOSPITAL DEL SALVADOR.

*Drs. C. Heine, J. Ormazábal, H. Auad, G. Bascur, F. Puelma, F. Brito, E. Mordojovich, M. Uribe.*  
Servicio de Cirugía, Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática, Hospital del Salvador Campus Oriente Universidad de Chile.

Introducción: La pancreatomectomía distal laparoscópica es una técnica que se utiliza cada vez más en distintos centros. En el desarrollo inicial de esta técnica se indicó para lesiones quísticas o de bajo potencial maligno. Su uso en tumores sólidos, sospechosos de adenocarcinoma, debe considerarse en equipos quirúrgicos con alta especialización en laparoscopia avanzada y cirugía oncológica de páncreas. Objetivo: Mostrar la técnica laparoscópica de una pancreatomectomía corporocaudal, con disección ganglionar y esplenectomía.

Caso clínico: Paciente de 47 años, sin antecedentes mórbidos previos que consulta por cuadro de dolor abdominal difuso. Se deriva desde APS al Hospital del Salvador donde TC abdomen muestra masa sólida-quística de cola de páncreas de aproximadamente 3,5 cm de diámetro (resto del estudio de diseminación negativo). Dadas las condiciones de la paciente, se decide la realización de una pancreatomectomía caudal laparoscópica.



Técnica quirúrgica: Se coloca al paciente en posición de litotomía con el cirujano entre las piernas. Se abre la transcavidad de los epiplones. Se disecciona el tronco celiaco, identificando la arteria esplénica. Se realiza el túnel a nivel del cuello del páncreas separándolo de la vena porta- vena mesentérica superior. Sección del páncreas con stapler. Se aprecia infiltración de arteria y vena esplénica por tumor por lo que se decide esplenectomía. Resección del cuerpo y cola del páncreas, separándolo del retroperitoneo. Extracción de la pieza con incisión suprapúbica en bolsa. Refuerzo de sutura mecánica del muñón pancreático con punto corrido intracorpóreo e instalación de drenaje al muñón pancreático. La paciente presenta salida persistente por drenaje al muñón pancreático de escasa cuantía de líquido con lipasa elevada. Además presenta Atelectasia basal izquierda motivo por el que se prolonga la hospitalización.

Conclusión: La resección laparoscópica de tumores sólidos de cuerpo de páncreas es factible de realizar con márgenes negativos y con adecuada linfadenectomía, con las ventajas de la cirugía por vía mínimamente invasiva.

#### TÉCNICA DE RENDEZ VOUS LAPAROENDOSCÓPICO EN EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE PORTADOR DE COLECISTOLITIASIS MÁS COLEDOCOLITIASIS.

*Drs. M. Uribe, C. García, S. Rubel, C. Heine.*  
Departamento de Cirugía, Clínica las Condes. Santiago, Chile.

Introducción: La técnica de Rendez Vous es una técnica mínimamente invasiva que permite el tratamiento de la coledocolitiasis, asociado a colecistectomía laparoscópica con un escaso porcentaje de complicaciones. Esta técnica ha demostrado que disminuye en forma significativa el riesgo de pancreatitis y de perforación asociado a la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica tradicional.

Objetivo: Presentar el caso de un paciente portador de colecistolitiasis + coledocolitiasis sintomática y mostrar el video de los procedimientos realizados para la resolución de la patología.

Paciente y técnica: Paciente de sexo femenino de 44 años que ingresa al SU de CLC por cuadro de dolor abdominal tipo cólico. Ecografía demuestra coledocolitiasis y dilatación de la vía biliar. Se efectúa colangiografía que demuestra 2 imágenes de cálculos en colédoco distal. Se planifica colecistectomía laparoscópica realizándose colangiografía intraoperatoria transistérica que confirma la presencia de coledocolitiasis. A través del cístico se pasa guía hacia el duodeno. El endoscopista efectúa acceso hasta la papila realizando papilotomía y extracción de cálculos. Se completa la colecistectomía en forma tradicional. Resultados: Paciente con buena evolución postoperatoria. Alta a las 24 horas. Control 10 días en buenas condiciones generales, sin complicaciones. Biopsia confirma colecistitis crónica + colesterolesis + colecistolitiasis.

Comentario: La utilización de la técnica de Rendez Vous laparoendoscópica es segura, efectiva y con una baja tasa de complicaciones en los pacientes portadores de colecistolitiasis y coledocolitiasis asociada.

#### ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE HIDATIDOSIS HEPÁTICA.

*Dr. Héctor Losada M., Int. Andrés Troncoso T., Dr. Luis Burgos SJ., Dr. Jorge Silva A., Dr. Luis Acencio*

Equipo de Cirugía Hepatobiliar y Pancreática. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco. Departamento de Cirugía y Traumatología Universidad de La Frontera. Clínica Alemana de Temuco

Introducción: La enfermedad hidatídica es una infección parasitaria ocasionada por larvas del *Echinococcus granulosus*. La cirugía sigue siendo el tratamiento de elección en pacientes portadores de quistes hidatídicos hepáticos. En la última década el tratamiento laparoscópico de la hidatidosis hepática se ha vuelto más popular experimentando un auge que ha estado en directa relación con su desarrollo tecnológico.

Objetivo: Presentar la resolución quirúrgica vía laparoscópica de un quiste hidatídico hepático. Material y Método: Se presenta el caso clínico de un paciente de género masculino, de 22 años de edad; con antecedente de cirugía por quiste hidatídico pulmonar y portador de quiste hidatídico hepático en el segmento lateral izquierdo. El estudio preoperatorio fue realizado con TAC abdominal. Se usaron 3 trócares de 10mm-12mm; se realizó disección de adherencias del quiste; punción bajo protección con povidona; quistostomía y extracción de membrana germinativa y posteriormente quistectomía subtotal.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico de la hidatidosis hepática ha demostrado ser una forma efectiva y segura para la realización de las diferentes técnicas de tratamiento de esta patología.

#### SUBSEGMENTECTOMÍA HEPÁTICA CON TRANSECCIÓN HEPÁTICA CON RADIOFRECUENCIA (HABIB) EN PACIENTE DE ALTO RIESGO CON METÁSTASIS COLORECTAL.

*Dr. Héctor Losada M., Int. Andrés Troncoso T., Dr. Luis Burgos SJ., Dr. Jorge Silva A., Dr. Luis Acencio;*

Equipo de Cirugía Hepatobiliar y Pancreática. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco. Departamento de Cirugía y Traumatología Universidad de La Frontera. Clínica Alemana de Temuco

Introducción: La resección hepática es la terapia de elección en metástasis hepáticas de origen colorectal. Las resecciones hepáticas no regladas son un método válido en pacientes de alto riesgo.

Objetivo: Presentar el video de una subsegmentectomía hepática en la cual se hizo

transección del parénquima con radiofrecuencia (HABIB).

**Material y Método:** Se presenta el video de una paciente de género femenino de 72 años de edad, con antecedente de resección anterior de recto por cáncer colorectal y 2 metástasis hepáticas sincrónicas (segmento 6 y 7). Por las patologías concomitantes la paciente fue considerada de alto riesgo anestésico. Se decidió planificar subsegmentectomía con criterio oncológico de las lesiones efectuando transección con radiofrecuencia para reducir el riesgo de hemorragia. Se efectuó la cirugía sin incidentes, con pérdida hemática de menos de 100 cc. La paciente evolucionó satisfactoriamente y fue dada de alta al 5º día post-operatorio. Continuó su terapia adyuvante sin incidentes.

**Conclusiones:** Se presenta la resección hepática subsegmentaria con radiofrecuencia de lesiones metastásicas de origen colorectal.

#### MANEJO LAPAROSCÓPICO DE LESIÓN QUIÍSTICA HEPÁTICA SIMPLE COMPLICADA.

*Dr. Héctor Losada M., Int. Andrés Troncoso T., Dr. Luis Burgos SJ., Dr. Jorge Silva A.*

Equipo de Cirugía Hepatobiliar y Pancreática. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco. Departamento de Cirugía y Traumatología Universidad de La Frontera. Clínica Alemana de Temuco.

**Introducción:** Los quistes hepáticos no parasitarios están presentes entre el 4% al 7% de la población general y hasta el 24% de estos quistes pueden volverse sintomáticos. Los quistes sintomáticos causan más comúnmente dolor, ictericia o náuseas. La cirugía mínimamente invasiva desarrollada en los últimos años ha hecho posible un abordaje laparoscópico a estos quistes sintomáticos. **Objetivo:** Presentar el video del abordaje laparoscópico de un quiste hepático simple complicado.

**Material y Método:** Paciente de sexo femenino, de 81 años de edad, con antecedente de colecistectomía abierta; que consulta por cuadro de masa y dolor abdominal asociado a síndrome de vena cava inferior. Se efectuó estudio con TAC abdominal que demostró una gran masa en LHD, con engrosamiento focal de la pared y compresión de la vena cava inferior con desplazamiento del pericardio, además de algunas lesiones quísticas de aspecto simple pequeñas en LHD y LHI. No estaba claramente definido el origen de la lesión (simple vs. hidatídica) antes de la cirugía. Se efectuó aproximación laparoscópica, con disección inicial de adherencias y drenaje de lesiones quísticas simples pequeñas que permitió el acceso a una gran lesión quística simple infectada. Se efectuó drenaje y resección de pared de quiste. La evolución de la paciente fue satisfactoria y fue dada de alta al quinto día post-operatoria.

**Conclusiones:** La vía laparoscópica es factible como método de resolución quirúrgica de lesiones quísticas hepáticas.

#### HEPATOYEYUNOANASTOMOSIS LATERO-LATERAL CON TÉCNICA DE HEPP-COUINAUD PARA ESTENOSIS BENIGNA DE LA VÍA BILIAR.

*Dr. Héctor Losada M., Int. Andrés Troncoso T., Dr. Luis Burgos SJ., Dr. Jorge Silva A.,*

*Dr. Luis Acencio.*

Equipo de Cirugía Hepatobiliar y Pancreática. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco. Departamento de Cirugía y Traumatología Universidad de La Frontera. Clínica Alemana de Temuco.

**Introducción:** La hepatoyeyunoanastomosis latero-lateral con técnica de Hepp-Couinaud es la técnica de elección para la reconstrucción de vía biliar en pacientes con estenosis benigna de la vía biliar. **Objetivo:** Presentar el video de reconstrucción de la vía biliar con técnica de Hepp-Couinaud en paciente con estenosis de vía biliar Bismuth I.

**Material y Método:** Se presenta el video de una paciente de género femenino de 64 años de edad, con antecedente de coledocostomía por coledocolitiasis y posterior estenosis de vía biliar en la cual se había realizado hepaticostomía como método de drenaje. Había presentado múltiples episodios de colangitis previa a la reconstrucción de la vía biliar.

Se efectuó la disección de adherencias y de la placa hiliar identificando el conducto hepático común por punción. Se efectuó apertura longitudinal del conducto hepático común con extensión hacia el conducto izquierdo quedando con una boca anastomótica de aproximadamente 2 cm en la vía biliar. Se efectuó hepatoyeyunoanastomosis en Y de Roux trans-mesocólica con sutura corrida de vicril 4-0.

La paciente evolucionó satisfactoriamente y fue dada de alta al 4 día post-operatorio.

**Conclusiones:** Se presenta la reconstrucción de vía biliar con técnica de Hepp-Couinaud en paciente con estenosis benigna de vía biliar.

#### RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE VÁRICES GÁSTRICAS MÁS ESPLENECTOMÍA POR HISTOACRYL CONTAMINADO CON ENTEROBACTER CLOACAE

*Drs. F. Moisan, L. Chassin-Trubert, R. Funke, N. Jarufe*

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

**Introducción:** Se presenta un caso de un paciente de 66 años, con daño hepático crónico CHILD B, con el antecedente de hemorragia digestiva alta por várices del fondo gástrico tratadas con escleroterapia con histoacryl. Posteriormente evoluciona con bacteriemias a repetición crónicas. Se realiza estudio completo negativo. Se aísla Enterobacter Cloacae a nivel periférico en múltiples oportunidades y en hemocultivo de histoacryl migrado hacia colateral de fondo gástrico que se cultiva a través de shunt esplenorenal espontáneo. Por persistencia del cuadro

se decide realizar resección quirúrgica. Materiales y métodos: Posición decúbito lateral derecho. Técnica de 4 trocares. Se observa bazo aumentado de tamaño con fibrina en su cápsula. Se libera con bisturí harmónico del ángulo esplénico del colon y retroperitoneo. Se diseña el hilio y cola del páncreas, se secciona la vena y arteria esplénica con stapler carga vascular, se completa esplenectomía seccionando vasos cortos. Se aprecia grandes várices del fondo gástrico, una de ellas con material denso en su interior que se confirma con ecografía intraoperatoria, la cual se reseca con stapler carga vascular. Se retiran piezas en bolsa por trocar subcostal izquierdo.

Resultados: Cultivo de pieza operatoria confirma histoacryl infectado por *Enterobacter Cloacae*. Conclusión: Existen escasos reportes en la literatura de casos de bacteriemias a repetición por la migración e infección del histoacryl utilizado para esclerosar varices del fondo gástrico. La resección del material extraño infectado puede ser una solución, que en este caso se realizó por vía laparoscópica.

#### CARCINOIDE DUODENAL, TRATAMIENTO CON RESECCIÓN LOCAL ABIERTA.

*Drs. M. Martínez, G. Sepúlveda, F. Gonzalez, Pizarro, Denegri, Gaspar, Tapia, Cabrera, J. Llanos, S. Sotelo.*

Pontificia Universidad Católica de Chile, Hospital de Talca. Santiago, Chile.

Introducción: Los tumores carcinoides, si bien han aumentado su incidencia en los últimos años, la ubicación en duodeno, continúa siendo muy poco frecuente en las series internacionales. Objetivos: Presentar un caso clínico de carcinoide duodenal y el tratamiento quirúrgico abierto que se ofreció a la paciente, al no contar con resección endoscópica en el centro, además de revisión de la literatura.

Pacientes y métodos: Paciente de 51 años, diabética y con artritis reumatoide. En el estudio 4 meses previos al diagnóstico, por cólicos biliar a repetición, se realiza EDA donde se detecta lesión solevantada en el bulbo duodenal. Se toma biopsia de la lesión, donde se informa proliferación de células pequeñas de núcleos monótonos, dispuesta en nidos y cordones, sin actividad mitótica. Hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos compatibles con neoplasia neuroendocrina bien diferenciada, carcinoide. Se realiza RM de abdomen, en donde no hay evidencia de enfermedad diseminada, con adenopatías negativas. La paciente realiza cuadro de colecistitis aguda y coledocolitiasis, por lo que se decide intervenir, realizándose colecistectomía y coledocostomía con sonda T y resección en cuña de la lesión más parche de epiplón.

Resultados: La biopsia diferida informa lesión mucosa, con bordes negativos, el más cercano a 1 mm. Paciente evoluciona en buenas condiciones, se retira sonda T a los 2 meses y en controles a los 4 meses, no hay evidencia de recidiva.

Conclusiones: Si bien es cierto, la técnica quirúrgica ocupada en este caso no es la estándar para este tipo

de lesiones, pues en la literatura, los carcinoides duodenales se resolvían en su mayoría o con resección local endoscópica o con whipple; es factible de realizar cuando se encuentra en centros con menos alcances de procedimientos.

#### HERNIOPLASTIA INGUINAL LAPAROSCÓPICA TAPP, ANÁLISIS DE 5 ETAPAS PARA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

*Drs. M. Albán, C. Domínguez, M. Pruzzo, J. Carrasco, J. Rappoport, J. Silva.*

Unidad de Hernias, Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: En Chile, la Herniorrafia constituye la tercera cirugía electiva más frecuente. En el Departamento de Cirugía del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, se intervienen alrededor de 500 herniorrafias anuales, de las cuales 56% son inguinales. Existen descritas más de 100 técnicas de herniorrafia inguinal, siendo considerada la técnica de Lichtenstein como el "gold standard" para el tratamiento de esta patología.

La técnica laparoscópica constituye otra opción para su tratamiento.

Materiales y Métodos: Se presenta un video que describe los pasos quirúrgicos de la técnica laparoscópica para la resolución de las hernias inguinales, en pacientes intervenidos por la Unidad de Hernias del Dpto. de Cirugía del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Resultados: Se utiliza la técnica TAPP (transabdominal preperitoneal), siguiendo una secuencia de etapas, resumidas en lo que nominamos las 5 "P" de la técnica TAPP. Posición (paciente, cirujano, trócares, triangulación instrumental), Preparación (diseño de flap y estuche peritoneal), Prevención (prevención de lesiones, dolor y recidiva), Prótesis (tamaño y posicionamiento de malla y fijación), Peritoneo (cierre de flap peritoneal). Conclusión: La secuencia de las 5 "P" de la técnica TAPP, facilita al cirujano un ordenamiento de los pasos a seguir en esta técnica, logrando probablemente un mejor control y prevención de complicaciones intra y postoperatorias.

#### HERNIA INCISIONAL CON PÉRDIDA DE DERECHO A DOMICILIO. REPARACIÓN CON NEUMOPERITONEO PROGRESIVO PREOPERATORIO EN HCUCH

*Drs. J. Carrasco, C. Domínguez, M. Pruzzo, M. Albán, J. Rappoport, J. Silva.*

Unidad de Hernias, Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: Los pacientes portadores de una hernia incisional con pérdida de derecho a domicilio, representan un desafío quirúrgico. Estos pacientes presentan además de la dificultad técnica propia del caso, un alto riesgo de recidiva y de desarrollar un Síndrome Compartimental intra-abdominal. Desde Goñi Moreno en el año 1940, se ha descrito la técnica de neumoperitoneo progresivo, terapéutico,

preoperatorio. Su uso ha sido empírico, la inclusión de la tomografía computada (TAC) ha permitido objetivar la elongación de músculos abdominales, el aumento del perímetro de la cavidad abdominal y la disminución del volumen visceral, facilitando tanto la reparación herniaria como disminuyendo las complicaciones postoperatorias.

**Materiales y Métodos:** Se presenta video que enfoca los distintos pasos de la técnica de neumoperitoneo progresivo preoperatorio y la reparación herniaria en un paciente con hernia gigante intervenido por la Unidad de Hernias del Dpto. de Cirugía del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, según protocolo local.

**Resultados:** Se efectúa Neumoperitoneo preoperatorio progresivo en paciente de sexo masculino que presenta hernia incisional gigante secundaria a laparotomía supra e infra umbilical por accidente automovilístico que requirió laparostomía contenida y larga estadía en UCI.

Se realiza hospitalización programada con instalación de catéter abdominal tipo pig-tail por radiología intervencional guiado por TAC de abdomen que sirve como patrón de comparación. Se insufla diariamente 500 a 1000 cc de aire ambiente, sin filtrar. Insuflando finalmente 6.500 cc. Se controla con TAC de abdomen y se evalúa relación de volumen abdominal, con medición de elongación de músculos y disminución del volumen visceral. Se repara con cierre del anillo herniario y refuerzo de malla de polipropileno on-lay que se fija con prolene.

Sin complicaciones post operatorias.

**Conclusión:** El neumoperitoneo progresivo preoperatorio en una técnica protocolizada, ha demostrado ser un elemento útil en la reparación de hernias con pérdida de derecho a domicilio. Contribuye a permitir el cierre del defecto herniario, disminuyendo el riesgo de Síndrome Compartamental Abdominal.

#### HERNIOPLASTÍA INCISIONAL LAPAROSCÓPICA, ANÁLISIS DE 4 ETAPAS PARA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

*Drs. M. Albán, C. Domínguez, M. Pruzzo, J. Carrasco, J. Rappoport, J. Silva.*

Unidad de Hernias, Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile

**Introducción:** En Chile, la Herniorrafia constituye la tercera cirugía electiva más frecuente. En el Departamento de Cirugía del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, se intervienen alrededor de 500 herniorrafias anuales. Existen descritas múltiples técnicas de herniorrafia incisional.

La técnica laparoscópica constituye otra opción para su tratamiento.

**Materiales y Métodos:** Se presenta un video que describe los pasos quirúrgicos de la técnica laparoscópica para la resolución de las hernias incisionales, en pacientes intervenidos por la Unidad de Hernias del Dpto. de Cirugía del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

**Resultados:** Se realiza la técnica laparoscópica, siguiendo una secuencia de etapas, resumidas en lo

que nominamos las 4 "P" Posición (paciente, cirujano, trócares, triangulación instrumental), Preparación (preparación campo, liberación adherencias, reducción contenido del saco), Prevención (prevención de lesiones, dolor y recidiva), Prótesis (tipo, tamaño y posicionamiento de malla y fijación).

**Conclusión:** La secuencia de las 4 "P", facilita al cirujano un ordenamiento de los pasos a seguir en esta técnica, logrando probablemente un mejor control y prevención de complicaciones intra y postoperatorias.

#### EVENTRACIÓN GIGANTE RESUELTA CON CIRUGÍA DE SEPARACIÓN DE COMPONENTES: VIDEO DE TÉCNICA QUIRÚRGICA

*Drs. K. Guler<sup>1</sup>, J.P. Cisternas<sup>1</sup>, V. Toró<sup>2</sup>, W. Calderón<sup>1</sup>, J.J. Lombardi<sup>1</sup>, J.P. Camacho<sup>3</sup>, P. León<sup>2</sup>, D. Bravo<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Del Salvador; <sup>2</sup>Interno de medicina; <sup>3</sup>Residente de cirugía general, Universidad de Chile.

**Introducción:** La cirugía por separación de componentes es una herramienta quirúrgica útil para resolver grandes defectos de la pared abdominal. A continuación presentamos un caso clínico y el video de la técnica quirúrgica.

**Caso Clínico:** Hombre de 46 años con antecedentes de pancreatitis aguda biliar grave, con falla orgánica múltiple, distress respiratorio severo, falla renal, y síndrome compartimental abdominal. Se realizó 2 años atrás laparotomía exploradora, evidenciando >80% de necrosis pancreática. Se realizó laparostomía contenida prolongada y múltiples aseos. Finalmente se logró dejar cubierto con injerto dermoepidérmico sobre las asas intestinales quedando con gran defecto músculo-aponeurótico abdominal. Fue derivado a nuestro equipo para tratamiento de su secuela. El TAC mostró defecto de pared abdominal gigante mayor a 20 centímetros de ancho con rectos indemnes. Se realizó cirugía de separación de componentes logrando la cobertura definitiva. Evolucionó sin complicaciones.

**Técnica Quirúrgica:** Abordaje de la zona injertada con adherensiólisis laboriosa retirando completamente el injerto. Se tallan colgajos laterales fasciocutaneos hasta 2 centímetros más allá del borde lateral de los rectos abdominales. Se abre la línea de Spiegel separando el recto del oblicuo externo permitiendo el avance del recto hacia la línea media. La etapa disectiva se completa con la sección de la vaina posterior de los rectos, que es evertida para crear la nueva línea media y ganar algunos centímetros logrando el cierre completo. Finalmente se refuerza la línea media con malla de polipropileno de baja densidad, drenajes y cierre cutáneo.

**Discusión:** La separación de componentes es una de las técnicas descritas para el tratamiento de grandes defectos de la pared abdominal, recomendada cuando otras técnicas son insuficientes. Permite la cobertura total de las asas intestinales cerrando el defecto con una cobertura estable que puede ser reforzada con mallas evitando el contacto directo de éstas con las asas.

**SIGMOIDOPEXIA ENDOSCÓPICA TRANSCUTÁNEA PARA EL MANEJO DEL VÓLVULO DEL SIGMOIDES EN PACIENTE DE ALTO RIESGO QUIRÚRGICO.**

*Drs. Gino Caselli M.<sup>2,4</sup>, Misael Ocares U.<sup>2</sup>, Felipe Martín Q., Felipe Solís H., Edwin Henríquez J., Maximiliano Figueroa S., Valentina Sanhueza E., Mario Anselmi M.*

<sup>1</sup>Equipo de Coloproctología, Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Regional Guillermo Grant Benavente de Concepción.

<sup>2</sup>Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción

<sup>3</sup>Servicio de Anestesiología. Hospital Clínico Regional Guillermo Grant Benavente de Concepción.

<sup>4</sup>Unidad de Cirugía Endoscópica. Hospital Clínico Regional Guillermo Grant Benavente de Concepción

**Introducción:** El vólvulo de colon sigmoides representa una causa importante de obstrucción mecánica en nuestro país. Dado que es una patología que en la mayoría de los pacientes se presenta en edades avanzadas, postrados y con múltiples comorbilidades, además asociado a un alto riesgo quirúrgico y anestésico, la sigmoidopexia endoscópica surge como una alternativa válida al manejo resectivo de elección en ausencia de peritonitis, perforación o hemorragia.

**Objetivos:** Describir la técnica quirúrgica y evaluar como la sigmoidopexia endoscópica pudiera constituirse como una alternativa factible y de bajo costo para el manejo quirúrgico en pacientes portadores de vólvulo de sigmoides de alto riesgo. **Paciente y método:** Paciente octogenaria y portadora de Enfermedad de Alzheimer. Se obtiene el consentimiento informado de sus familiares. El procedimiento se realizó previa preparación retrógrada con Fleet enema y en sala de Endoscopia con apoyo anestésico. Se siguieron los principios clásicos de una gastrostomía endoscópica, con dos operadores ubicados en posición endoscópica y a la izquierda de la paciente. Se realizó una nueva distorsión, descartando presencia de compromiso isquémico de la mucosa. Por transluminación y compresión digital bajo visión endoscópica se ubicó tres puntos equidistantes para realizar la fijación, ubicados en flanco izquierdo, fosa iliaca izquierda y en el ápex. Habiendo identificado los puntos, se procedió a infiltrar la piel con un anestésico local y realizar incisiones de 5 mm, a través de las que se insertaron dos trócares de 14 Fr., separados 5 mm de cada uno, avanzando un hilo de sutura reabsorbible previamente canulada y un asa de polipectomía, respectivamente. Se logró enlazar con la asistencia de una pinza endoscópica, exteriorizando el hilo de sutura, anudando y logrando una fijación supra aponeurótica. La paciente fue manejada con sonda rectal para descompresión y antibiocioterapia. Se dió el alta a los 6 días.

**Conclusiones:** La sigmoidopexia endoscópica transcutánea surge como una alternativa válida, de bajo costo, rápida de realizar y con una morbilidad que impresiona baja para el manejo de pacientes portadores de vólvulo del sigmoides con un alto

riesgo quirúrgico. Una serie comparativa pudiera dilucidar su verdadera utilidad en el tratamiento de vólvulo del sigmoides en este tipo de pacientes.

**RESECCIÓN TRANSANAL MINÍMAMENTE INVASIVA POR PUERTO ÚNICO PARA UN ADENOMA VELLOSO DE TERCIO MEDIO DE RECTO.**

*Drs. Gino Caselli M.<sup>2</sup>, Misael Ocares U.<sup>2</sup>, Felipe Solís H., Claudio Benavides Y., Claudio Zúñiga T., Felipe Martín Q.*

<sup>1</sup>Equipo de Coloproctología, Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Regional Guillermo Grant Benavente de Concepción.

<sup>2</sup>Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción

**Introducción:** Los métodos de resección local son a menudo elegidos por sobre técnicas resectivas radicales para el manejo de adenomas benignos o de tumores rectales pequeños en etapas tempranas, debido principalmente a que la función esfinteriana pudiera ser mejor preservada y la posibilidad de una ostomía abolida. La cirugía transanal mínimamente invasiva fue descrita como un abordaje híbrido para lograr la resección endoluminal de lesiones de recto medio y superior, surgiendo como una alternativa más económica al uso del TEM, la cual mediante el uso de instrumentos endolaparoscópicos permiten alcanzar una mayor profundidad de resección en el recto. Además, el hecho de lograr visualización endoluminal nos entrega una mejor calidad de resección, una imagen magnificada, lo que permite una visión óptima de las lesiones y una disección más precisa.

**Objetivos:** Presentar la técnica quirúrgica para la resección de lesiones benignas como malignas del recto por vía transanal con la técnica TAMIS. **Paciente y método:** Para llevar a cabo la técnica se utilizó el dispositivo de puerto único (SILS Port, Coviden, Mansfield, MA), el cual fue introducido previa lubricación del canal anal, iniciando neumorrecto con CO<sub>2</sub> para lograr el acceso endoscópico. Se procedió a realizar a la instalación de las tres cánulas del dispositivo. Con una cámara de 30° y la utilización de instrumental laparoscópico se efectúa la resección completa de la lesión con márgenes libres macroscópicos. El cierre del defecto con puntos de material absorbible fue optativo. **Conclusiones:** La cirugía transanal por puerto único es una técnica factible de realizar. Los nuevos horizontes propuestos por los dispositivos de puerto único para la realización de cirugía mínimamente invasiva dió nacimiento a esta alternativa. La existencia de estos dispositivos a un costo aceptable para la realidad nacional, así como la utilización de material laparoscópico hacen este procedimiento posible en algunos centros de salud pública, surgiendo además como un paso intermedio hacia la cirugía transluminal endoscópica por orificios naturales.

#### RESECCIÓN ENDOANAL VIDEO ASISTIDA. TÉCNICA TAMIS

*Drs. A. Barrera, C. Gallardo, C. Suazo, F. Illanes, G. Bannura.*

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

Se presenta la técnica de TAMIS (transanal minimally invasive surgery) para la resección endoanal de una lesión residual luego del tratamiento neoadyuvante en un paciente portador de un cáncer de recto bajo. Esta técnica consiste en la resección videoasistida de la lesión mediante el uso de un puerto único instalado por vía anal, utilizando instrumental laparoscópico corriente.

Este sistema tiene la ventaja de entregar una mejor visualización de la lesión, permite una hemostasia óptima y se pueden reseccionar lesiones más altas que en una resección endoanal corriente sin incurrir en los costos del TEMS (transanal endoscopic micro surgery). Entre las desventajas se puede incluir la incomodidad del ayudante, el daño por electrocauterio de la pieza operatoria y el mayor tiempo quirúrgico.

El caso presentado mostraba una cicatriz y estenosis luego del tratamiento neoadyuvante. Por su edad avanzada y comorbilidades se eligió esta técnica la que fue realizada con éxito. La pieza operatoria mostró una respuesta patológica completa en la pared rectal.

#### RESECCIÓN CIRCULAR DE PARED ANTERIOR RECTAL POR ENDOMETRIOSIS POR VÍA LAPAROSCÓPICA.

*Drs. M. Abedrapo<sup>1,3</sup>, I. Miranda<sup>2,3</sup>, R. Azolas<sup>1,3</sup>, R. Ramírez<sup>4</sup>, A. Readi<sup>1</sup>, G. Bocic<sup>1</sup>, J. Llanos<sup>1</sup>, M. Díaz<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup>Equipo Cirugía Coloproctológica Hospital Clínico Universidad de Chile.

<sup>2</sup>Servicio Ginecología Hospital Clínico Universidad de Chile.

<sup>3</sup>Clínica Dávila.

Se presenta la técnica de Resección Circular de Pared Anterior de Recto por Vía Laparoscópica para una paciente con Endometriosis pélvica con compromiso rectal. Esta técnica permite la resección de la pared rectal con compromiso de endometriosis, sin la necesidad de hacer una Resección Anterior de Recto.

Consiste en la liberación de los focos de endometriosis hasta lograr identificar la placa de endometriosis. Una vez identificado el foco, se pasa un punto laparoscópico de Prolene dejando las dos colas largas. Luego, por vía transanal se introduce el stappler circular, accediendo por vía endoluminal al nivel de la placa de endometriosis y se abre el stappler, para finalizar, por vía laparoscópica, se tracciona la placa para incluirla en la zona de corte del stappler, reseccionando la placa de endometriosis. El caso que se presenta es una mujer que en el contexto de un estudio de infertilidad se diagnostica una endometriosis pélvica, con compromiso de pared rectal. La paciente evoluciona favorablemente, siendo dada de alta en buenas condiciones generales.

#### COLPORECTOPEXIA VENTRAL CON MALLA EN EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO RECTAL Y GENITAL.

*Dr. G. Inostroza<sup>1</sup>, Dr. G. Urrejola<sup>1</sup>, Dr. R. Miguéles<sup>1</sup>, Dr. F. Bellolio<sup>1</sup>, Dr. A. Zuñiga<sup>1</sup>, Dra. M. E. Molina<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Unidad de Coloproctología del Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La Rectopexia Ventral con Malla fue descrita por D'Hoore el año 2004 para el tratamiento de pacientes con prolapso rectal, presentado buenos resultados funcionales y una baja recurrencia a largo plazo (4,7% a 5 años). La ventaja de esta técnica radica en disminuir el riesgo de denegación del recto, evitando el empeoramiento de la constipación preexistente o su aparición, sin tener que realizar una sigmoidectomía. Además, proporciona un soporte vertical al suelo pélvico y oblitera el tabique rectovaginal.

Materiales: Se presenta video de CRPV con malla Laparoscópica, por prolapso rectal y genital, asociado a enteroceles. Se realiza la técnica de 5 trocares, con óptica de 0°. Se disecciona el tabique recto vaginal hasta el plano de los elevadores del ano. Una vez completada la disección se posiciona malla de Ultrapro® mediante puntos de Ethibon® al plano de los elevadores, a cara anterior del recto y la cúpula vaginal. Se tensiona suavemente la malla, fijándose ésta al promontorio mediante el uso de Protac®. Finalmente se reperitoniza la malla evitando su contacto con las asas intestinales.

ASCENSO GASTRICO INTRATORACICO  
POST MANGA GASTRICA COMO  
COMPLICACION DE CIRUGIA BARIATRICA  
*Drs. A. Pérez-Castilla , E. Mollo*  
Servicio de Cirugía Clínica INDISA

VIDEO QUE MUESTRA LOS HALLAZGOS Y  
LA SOLUCION DE LA COMPLICACIÓN .

HALLAZGO DE HERNIA PARAESOFAGICA  
DE EPILPLON INTRATORACICO EN  
CIRUGIA BARIATRICA .  
*Drs. A. Pérez-Castilla , E. Mollo*  
Servicio de Cirugía Clínica INDISA

VIDEO QUE MUESTRA EL HALLAZGO Y SU  
TRATAMIENTO DURANTE LA CIRUGÍA  
BARIÁTRICA .

BANDING MIGRADO A ESTÓMAGO.  
EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA  
*Drs. C. Navarrete, J.Yarmuch*  
Clinica Alemana. Hospital Clínico Universidad  
de Chile

Paciente a quien se instaló banda gástrica hace 2  
años, exitosa para la pérdida de su exceso de peso,  
que consulta por pirosis.  
La endoscopia muestra banda parcialmente  
migrada al lumen gástrico.  
Se extrae el port por cirugía convencional y luego  
se extrae la banda por vía endoscópica.  
Excelente evolución, sin complicaciones.

GRAN HERNIA HIATAL ASOCIADO A  
REFLUJO GASTROESOFAGICO Y  
OBESIDAD . CIERRE DE PILARES ,  
GASTROPEXIA POSTERIOR Y  
GASTRECTOMIA SUBTOTAL  
*Drs.A. Pérez-Castilla , E. Mollo*  
Servicio de Cirugía Clínica INDISA

VIDEO QUE SE MUESTRA LA REPARACIÓN  
MAS CIRUGÍA BARIÁTRICA .

HERNIA INGUINAL TRATAMIENTO  
LAPAROSCOPICO CON MALLA  
PREPERITONEAL POR ABORDAJE  
PERITONEAL  
*Drs. A. Pérez-Castilla , E. Mollo*  
Servicio de Cirugía Clínica INDISA

VIDEO QUE MUESTRA LA TÉCNICA ,  
ABORDAJE Y DE COLOCACIÓN DE MALLA.

HERNIOPLASTIA CON MALLA BILATERAL  
PREPERITONEAL MAS COLECISTECTO-  
MIA CIRUGIA EN UN TIEMPO .  
*Drs. A. Pérez-Castilla , E. Mollo*  
Servicio de Cirugía Clínica INDISA

VIDEO QUE SE MUESTRA LA MANERA DE  
AFRONTAR LOS 3 PROCEDIMIENTOS .

GRAN HERNIA HIATAL ASOCIADO A  
REFLUJO GASTROESOFAGICO Y  
OBESIDAD . CIERRE DE PILARES ,  
GASTROPEXIA POSTERIOR Y  
GASTRECTOMIA SUBTOTAL  
*Drs. A. Pérez-Castilla , E. Mollo*  
Servicio de Cirugía Clínica INDISA

VIDEO QUE SE MUESTRA LA REPARACION  
MAS CIRUGIA BARIATRICA .

