



LXXXVII CONGRESO CHILENO E INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

- XLVI JORNADAS CHILENAS DE COLOPROCTOLOGÍA •
- XII JORNADAS CHILENAS DE CIRUGÍA PLÁSTICA •
- I JORNADA DE LA SOC. DE CIRUGÍA VASCULAR Y ENDOVASCULAR •

**“TÉCNICA, CIENCIA Y TECNOLOGÍA”
PILARES DE LA CIRUGÍA MODERNA**

ANTOFAGASTA – 18 AL 21 DE NOVIEMBRE DE 2014
HOTEL ENJOY DEL DESIERTO

EL DIRECTORIO AGRADECE LA VALIOSA COOPERACIÓN DE:



DIRECTORIO DE LA SOCIEDAD DE CIRUJANOS DE CHILE 2014

PRESIDENTE
Dr. Mario Uribe M.

VICE-PRESIDENTE
Dr. Eduardo Coddou C.

SECRETARIO GENERAL
Dr. Marco Bustamante Z.

TESORERO
Dr. Günther Bocic A.

PAST-PRESIDENT
Dr. Carlos Benavides C.

DIRECTORES
Dr. Alberto Acevedo F.
Dr. Marcelo Barra M.
Dr. Nicolás Jarufe C.
Dr. Patricio Gac E.
Dr. Carlos García C.
Dr. Cristian Ovalle L.
Dra. Marcia Valenzuela D.
Dr. Enrique Waugh C.

SECRETARIA SOCIEDAD:
Srta. Margarita Ferrer S.
Sra. Yohana Velásquez A.

COMITÉ EJECUTIVO
Dr. Mario Uribe Maturana
Dr. Verónica Azabache Caracciolo
Dr. Carlos Benavides Castillo
Dr. Víctor Bianchi Schast
Dr. Carlos García Carrasco

SECRETARIO EJECUTIVO:
Dr. Felipe Puelma Calvo

COMITÉ PLANIFICADOR DEL CONGRESO

Departamento Cirugía Bariátrica
Dr. Camilo Boza

Departamento Cirugía Vasculat
Dr. Michel Bergoeing

Departamento Cirugía Torácica
Dra. María Eliana Solovera

Departamento Trauma
Dr. Eduardo Labarca

Departamento Hígado, Vías Biliares
y Páncreas
Dr. Hernán de la Fuente

Departamento Mama
Dra. Marcela Amar

Departamento Hernias
Dr. Marco Albán

Departamento Cirugía Endoscópica
Dr. Jorge Muñoz

Departamento Cirugía Gastroesofágica
Dr. Carlos García

Departamento Coloprocto
Dr. Alejandro Barrera

Departamento de Investigación y Evidencia
Dr. Carlos Manterola

Sociedad Chilena de Cirugía de Cabeza
y Cuello y Plástica Máxilo Fácial
Dr. Gustavo Vial

Sociedad Chilena de Quemaduras
Dra. Beatriz Quezada

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

INDICE

Resúmenes de Trabajos

Seccional: Cirugía Bariátrica y Metabólica.....	7
Seccional: Cirugía de Cabeza y Cuello y Plástica Máxilo-Facial.....	25
Seccional: Cirugía General.....	33
Seccional: Cirugía Plástica y Reparadora	55
Seccional: Cirugía Torácica.....	73
Seccional: Cirugía Vascolar.....	81
Seccional: Coloproctología	103
Seccional: Cirugía Endoscópica.....	127
Seccional: Esófago – Gástrico	131
Seccional: Hernias.....	145
Seccional: Hígado, Vías Biliares y Páncreas	151
Seccional: Mama	165
Seccional: Oncología	169
Seccional: Residentes de Cirugía	173
Seccional: Trauma.....	175
Seccional: Poster.....	179
Seccional: Videos	219

Seccional: CIRUGÍA BARIÁTRICA Y METABÓLICA

(24) EL BYPASS DUODENO-YEYUNAL ENDOSCÓPICO MODULA EL METABOLISMO DE LOS ÁCIDOS BILIARES.

Rodrigo Muñoz Claro, Erick Castillo Franz, Juan Francisco Miquel Poblete, Marco Arrese Jiménez, Verónica Irribarra Pastenes, Fernando Pimentel Müller, Allan Sharp Pittet, Danna Turiel Araya, Palmenia Pizarro Parra, Alex Escalona Pérez

Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina.

INTRODUCCIÓN

Estudios previos demuestran que el bypass duodeno-yeyunal (BPDY) endoscópico aumenta los niveles plasmáticos de ácidos biliares totales (ABT) tanto en ayunas como post-prandial.

OBJETIVOS

Caracterizar los cambios específicos que ocurren en las diferentes sub-fracciones de ABT en respuesta al implante del BPDY.

MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyeron 17 pacientes con obesidad severa que fueron tratados con el BPDY por un 1 año. Por medio de espectrometría de masa se determinaron los niveles de AB primarios, secundarios y de sus respectivas formas conjugadas con taurina y glicina tanto en ayuno como después de la realización un test de alimentación líquida (250 cc Ensure®). En promedio los pacientes tenían una edad e índice de masa corporal (IMC) promedio de 34.8 ± 9.5 años y 42.6 ± 5.2 kg/m² respectivamente. Los resultados fueron analizados usando prueba t-student para muestras dependientes.

RESULTADOS

Después de un año, los niveles de ayuno de los AB primarios ácido cólico (AC, 0.084 ± 0.04 vs 0.77 ± 0.12 , $p < 0.05$) y ácido quenodesoxicólico (CDCA, 0.012 ± 0.002 vs 0.642 ± 0.13 , $p < 0.05$) fueron mayores con respecto al basal. En cambio, sólo los niveles de ayuno del AB secundario ácido desoxicólico (DCA, 0.155 ± 0.04 a 0.751 ± 0.149 , $p < 0.05$) fue mayor después de un año con respecto al basal. No hubo cambios en los niveles de ayuno del ácido litocólico (LCA, 0.002 ± 0.04 a 0.004 ± 0.002 , $p < 0.05$). Del igual forma, no hubo cambios en los niveles de AB conjugados con glicina. La reducción en los niveles de AB conjugados de taurina (TCBAs, 0.16 ± 0.03 a 0.085 ± 0.02 , $p < 0.05$) después de 1 año de tratamiento con DJBL se explica por la reducción en el nivel de ácido tauroquenodesoxicólico (TCDCA, 0.065 ± 0.015 a 0.023 ± 0.12 , $p < 0.009$).

CONCLUSIONES

Los cambios en los niveles y subfracciones de AB sugieren que el redireccionamiento de las secreciones biliopancreáticas y del tránsito de nutrientes que ocurren en el intestino delgado, son suficiente para modular el metabolismo de los AB.

(167) LA GASTRECTOMÍA EN MANGA POR UN PUERTO HÍBRIDA ES SEGURA Y EFECTIVA EN PACIENTES SELECCIONADOS

Felix Raimann LaManna, José Salinas Acevedo, César Veliz Campos, Omar Ferrada Vallejos, Carlos Tellez Diaz, Paula Vargas Nizetich, Viviana Sepulveda Torres, Carolina Yunge RuizTagle, Maria Luz Narvaez Oyarzo

Hospital San José (Puerto Varas). Centro Integral de Tratamiento de Obesidad y Diabetes, Clínica Alemana de Puerto Varas.

INTRODUCCIÓN

La gastrectomía en manga por un puerto híbrida (GMUP) ha ganado espacio en los últimos años debido al creciente interés de los pacientes por obtener mejores resultados estéticos.

OBJETIVOS

El objetivo del presente estudio es describir nuestra experiencia de pacientes sometidos a GMUP y compararlos con aquellos sometidos a gastrectomía en manga multipuerto (GMMP) en términos de morbilidad y baja de peso en el corto plazo.

MATERIAL Y MÉTODO

Lugar y tiempo: Clínica Alemana de Puerto Varas, junio 2013 a junio 2014. Diseño de estudio: Estudio de casos y controles. Técnica muestreo: Pareo 2x1 al azar por sexo, edad e IMC. Criterios de inclusión: GMUP y GMMP. Criterios de exclusión: gastrectomía en manga combinada con otra cirugía. Variables de interés: complicaciones postoperatorias, reoperación, mortalidad y porcentaje de pérdida del exceso de peso (PEP). Análisis estadístico: Estadística descriptiva y analítica (Kolmogorov-Smirnov, t-de-student, chi-cuadrado).

RESULTADOS

Se operaron 53 GMUP con una media de $32,5 \pm 9,1$ años, un 94,3% mujeres, peso $88,7 \pm 9,4$ kg, talla $1,62 \pm 0,06$ m e IMC $33,8 \pm 2,8$ kg/m². Las comorbilidades más frecuentes fueron: resistencia a la insulina 45,2%, dislipidemia 19,7%, depresión 17% e hipertensión arterial 11,3%. El grupo de GMMP consistió en 106 pacientes, edad $32,7 \pm 8,5$ años, 94,3% mujeres e IMC $33,8 \pm 2,8$ kg/m² (p=ns). No hubo mortalidad, complicaciones o reoperaciones en ambos grupos. El seguimiento de GMUP fue de una media de 6 meses, no se han reportado hernias incisionales. El PEP para GMUP y GMMP fue: mes1 $46,5 \pm 12,6\%$ y $46,1 \pm 18\%$, mes3 $89,4 \pm 20,8\%$ y $86,3 \pm 23,1\%$ y mes6 $110,8 \pm 26,2\%$ y $119,2 \pm 26,6\%$ respectivamente (p=ns para todas los meses)

CONCLUSIONES

En esta serie, la GMUP en pacientes seleccionados es una técnica tan segura como la GMMP, con beneficios estéticos que resultan importantes para los pacientes. La baja de peso fue similar en el corto plazo. Necesitamos más tiempo para evaluar su eficacia en el largo plazo.

(204) COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA (CPRE) TRANSGASTRICA LAPAROSCOPICA, PARA MANEJO DE COLEDOLITIASIS, EN PACIENTES CON BYPASS GASTRICO LAPAROSCOPICO EN-Y-DE ROUX (BGLYR) PREVIO.

Carlos Andrés Flores Mladineo (), Rodrigo Villagran Morales, Carlos Andrés Arce Núñez, Mario Cariaga Vergara, Piero Maqueira Torres, Ian Carlo Mir Morales, Pía Escobar Ziede, Francisco Milla Inostroza, Sofía Araya Moreno, Marisol Yañez Astudillo, Paulina Fuentes Padilla*

Clínica Antofagasta. Departamento de Cirugía Bariátrica y Metabólica. Centro de Nutrición y Cirugía de Obesidad.

INTRODUCCIÓN

La CPRE hoy en día es considerada el tratamiento de elección en casos de coledocolitiasis. En pacientes sometidos a BGLYR la coledocolitiasis representa un desafío técnico complejo. Debido a esto, la CPRE Transgástrica Laparoscópica, se presenta como una opción efectiva.

OBJETIVOS

Análisis de 2 casos Clínicos de Coledocolitiasis en pacientes sometidos a BGLYR. Uno de los cuales, con antecedentes de colecistectomía previa.

MATERIAL Y MÉTODO

Retrospectivo, serie de casos, sin herramientas estadísticas. Descripción de 2 Casos y Video describiendo técnica utilizada.

RESULTADOS

Caso n°1. Paciente con BGLYR hace 22 meses. Dolor Abdominal, Ictericia. Colangio-Resonancia Magnética (CRM) demostró vía biliar dilatada, coledocolitiasis y colelitiasis. Caso n°2. Paciente colecistectomizada previo a cirugía de BGLYR. Cuadro de Ictericia Obstruktiva. CRM confirma coledocolitiasis. Se planifica CPRE Transgástrica. Técnica Quirúrgica. Instalación de 5 trócares. Uno de 15mm VersaStep™. Colecistectomía y colangiografía intraoperatoria (Caso n°1), confirma cálculo a nivel del conducto hepático común. Instalación de trócar de 15mm VersaStep™, en cuerpo-antro excluido, previamente doble sutura de vicryl 2-0 tipo jareta para tracción de estabilización y cierre expedito. Se introduce videoduodenoscopio Olympus TJF 160 a través de trócar de 15 mm hasta conseguir una adecuada presentación de la papila. Se realiza canulación selectiva mediante guía hidrofílica, procediendo a esfinterotomía amplia. En el caso n°1, no se estima necesario el uso de maniobra de rendezvous, debido a la buena exposición anatómica. En el caso n°2, no existe la posibilidad de guía, sin embargo se resuelve sin incidentes. Extracción de cálculo mediante balón. Completado el procedimiento, se retira trócar transgástrico procediendo al cierre de gastrostomía utilizando las suturas previamente instaladas.

CONCLUSIONES

La CPRE transgástrica es reproducible y efectiva para el manejo de coledocolitiasis post BGLYR. El Apoyo de Endoscopista experimentado, especialmente en casos de pacientes colecistectomizados previamente es importante en un Equipo de Cirugía Bariátrica.

(226) GASTRECTOMIA VERTICAL LAPAROSCOPICA CON REFUERZO DE SEAMGUARD EN UNA LINEA DE STAPLER.

RESULTADOS A CORTO PLAZO

Héctor Conoman Sanchez ()*

Clínica Bicentenario. Cirugía.

INTRODUCCIÓN

La filtración gástrica y la hemorragia son las complicaciones más importantes después de una gastrectomía vertical laparoscópica (GVL). Con el propósito de reducir estas complicaciones se recomienda usar una línea del stapler reforzada con seamguard (material bioabsorbible)

OBJETIVOS

El objetivo del trabajo es presentar nuestra experiencia en relación al impacto de GVL en pacientes obesos reforzadas con una línea de seamguard sobre la incidencia de la hemorragia, filtración, mortalidad y tiempo quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo de casos y controles de 820 pacientes con indicación quirúrgica por obesidad quienes fueron sometidos a GVL con una línea de seamguard desde diciembre 2009 hasta junio 2014, los cuales fueron seguidos con un protocolo específico.

RESULTADOS

De los 820 pacientes incluidos en este estudio fueron 164 hombres y 656 mujeres. La edad promedio fue de 38 años (rango de 15 a 75 años), Peso preoperatorio promedio 97.2 kg (65-210). IMC preoperatorio promedio 36.3 ± 3.5 Kg/m² (rango 30 a 61). Exceso de peso promedio 33.1 ± 11.3 Kg (rango 12 to 95), El tiempo operatorio promedio fue de 56.2 ± 17.2 min (rango 35 a 150). A los 6 meses de seguimiento la pérdida de exceso de peso promedio fue de 65.1 ± 24.2 % (rango 26.1 to 134.4) En 20 pacientes (2.4%) se presentaron complicaciones postoperatorias. 4 pacientes presentaron hemorragia postoperatorias de los cuales 2 fueron reintervenidos, abscesos perigastricos en 2 pacientes, deshidratación post op. en 3, trombosis de la vena porta en 4,. No se presentaron filtraciones y no hubo muertes.

CONCLUSIONES

La GVL es un tratamiento seguro y eficaz para la obesidad. El uso de una línea de seamguard es eficaz, seguro y reduce los episodios de hemorragia y filtración de forma similar al uso de seamguard en las 2 líneas del stapler.

(325) EVISCERACIÓN CUBIERTA EN SITIO DE PUERTO LAPAROSCÓPICO. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Jorge Luis Rojas Caro (), Patricio Olivares Pardo, Italo Braghetto Miranda, Rocio Jara Contreras, Carlos Domínguez Contreras*
Universidad de Chile. Cirugía Digestiva.

INTRODUCCIÓN

La formación de hernias en el sitio del trócar es un riesgo inherente a la cirugía laparoscópica, el cual puede verse incrementado por algunos factores como la obesidad, la diabetes, el diámetro del orificio del trócar, entre otros. Se han descrito 3 tipos de “hernia del sitio del trócar” : de inicio temprano, de inicio tardío y “especial”. La de inicio temprano correspondería propiamente a una evisceración cubierta.

OBJETIVOS

Reportar un caso de evisceración cubierta en sitio de puerto laparoscópico (de 12 mm) en flanco izquierdo, post cirugía bariátrica.

MATERIAL Y MÉTODO

Se reporta el caso de una paciente de 48 años con HTA, resistencia a la insulina y obesidad mórbida (IMC 40,9) a la que se le realizó un by pass gástrico no resectivo por vía laparoscópica sin incidentes. Al séptimo día postoperatorio la paciente ingresó por cuadro clínico de 12 hrs de evolución, caracterizado por dolor en flanco izquierdo progresivo en zona del trócar, EVA 10/10 y con signos de obstrucción intestinal. La TC de abdomen y pelvis confirmó obstrucción intestinal yeyunal de asa alimentaria. Se realizó una minilaparotomía exploradora a través la misma herida operatoria, encontrándose el borde antimesentérico del asa yeyunal (“like hernia de Richter”) con signos de isquemia que se recupera parcialmente, realizándose sutura sero-serosa del asa comprometida con invaginación de zona isquémica. El defecto aponeurótico se afrontó con prolene 1, sutura continua.

RESULTADOS

La paciente presentó evolución postoperatoria favorable, siendo dada de alta al cuarto día.

CONCLUSIONES

El no cierre de los orificios del trócar de mayor diámetro (>10 mm) puede significar un riesgo de evisceración o hernia a través de dichos orificios. La TC juega un rol importante en la confirmación diagnóstica de esta complicación, en la cual el diagnóstico precoz favorece el pronóstico del paciente.

(332) CIRUGÍA BARIÁTRICA Y HERNIOPLASTIA INCISIONAL POR VÍA LAPAROSCÓPICA EN UN MISMO TIEMPO

Carlos Eduardo Maldonado López (), Cristóbal Maiz Hohlberg, Jean Phillipe Bachler González, David Daroch Medina, Fernando Crovari Eulufi, Camilo Boza Wilson, Ricardo Funke Hinojosa*

Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva.

INTRODUCCIÓN

La asociación de cirugía bariátrica y reparación de hernias incisionales en un mismo procedimiento es controversial.

OBJETIVOS

El objetivo del estudio es describir los resultados de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica y hernioplastia incisional laparoscópica en un mismo procedimiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte retrospectiva. Se incluyeron a los pacientes sometidos a Bypass Gástrico (BPG) o Gastrectomía en Manga (GM), y hernioplastia laparoscópica por hernia incisional en un mismo tiempo quirúrgico, operados entre julio del 2008 y junio del 2013.

RESULTADOS

Se identificaron 17 pacientes, 14 (82,4%) fueron mujeres, la edad fue de $51,9 \pm 10,8$ años, el IMC preoperatorio fue $38,6 \pm 4,1$ kg/m². Se realizaron 11 GM y 6 BPG laparoscópicos. La ubicación del defecto herniario en 7 casos fue supraumbilical, 5 casos infraumbilical, 3 umbilicales y 2 en el sitio de trocares de cirugías previas. El tamaño promedio del defecto herniario fue de $6,4 \pm 3,4$ cm. El tiempo operatorio fue de $137 \pm 35,6$ minutos. No se registraron complicaciones quirúrgicas. La estadía hospitalaria fue de 3 a 4 días. El porcentaje de pérdida de exceso peso (%PEP) fue de 48,2 % al tercer mes (IMC: $32,4$ kg/m²), 62,5% a los 6 meses, y 73,3 % al año post-cirugía (IMC: $28,9$ kg/m²). Se observó recidiva herniaria en 4 (23,5%) pacientes, dos recidivas fueron a los 3 meses y dos al año postoperatorio. El tamaño preoperatorio de la hernia fue significativamente mayor entre los pacientes con recidiva (10 ± 5 vs $5,5 \pm 2,3$ cm, respectivamente, $p=0,037$). No se encontró asociación entre recidiva y otras variables como tabaquismo, comorbilidades previas o %PEP.

CONCLUSIONES

La reparación de hernias incisionales por vía laparoscópica asociado a cirugía bariátrica en un mismo tiempo es un procedimiento factible y seguro, sin embargo es importante la selección adecuada de los pacientes. Defectos herniarios mayores a 10 cm, tienen mayor riesgo de recidiva.

**(343) ADOLESCENTES SOMETIDOS A GASTRECTOMIA EN MANGA LAPAROSCÓPICA:
DIFERENCIAS DE EXCESO DE PESO RESIDUAL ENTRE IMC MAYOR Y MENOR A 40Kg/mt2.**

Rodrigo Villagran Morales, Jeannette Linares Moreno (*), Carlos Andrés Arce Núñez, Carlos Flores Mladineo, Piero Maqueira Torres, Ian Carlo Mir Morales, Francisco Milla Inostroza, Pía Escobar Ziede, Mario Cariaga Vergara, Marisol Yañez Astudillo, Sofía Araya Moreno, Paulina Fuentes Padilla

Clínica Antofagasta. Departamento de Cirugía Bariátrica y Metabólica. Centro de Nutrición y Cirugía Bariátrica-Metabólica.

INTRODUCCIÓN

La indicación de cirugía bariátrica en adolescentes es aún controversial; sin embargo, ha demostrado ser eficiente en la población adulta. Por lo tanto, podría ser considerada como una opción razonable, en este grupo de pacientes.

OBJETIVOS

Comparar resultados antropométricos, entre pacientes adolescentes con Índice de Masa Corporal (IMC) mayor o igual a 40 kg/mt² y menor a 40, a quienes se les realizó cirugía de Gastrectomía en Manga Laparoscópica (GML).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo, no randomizado. Se seleccionaron adolescentes (15-19 años) con IMC > 35 kg/mt² y comorbilidades, con falla de manejo médico luego de un año de tratamiento, a quienes se les realizó una GML entre Noviembre 2009 y Agosto del 2013. Análisis estadístico realizado con STATA 13.0.

RESULTADOS

40 pacientes incluidos: 26 mujeres, 14 hombres, edad promedio(años) $17,2 \pm 1,39$ (15-19), IMC promedio $39,9 \pm 4,7$ (35-53.5). Exceso de Peso en IMC (EIMC): Grupo Total $14,88 \pm 4,72$ (9.99-28.46) Grupo IMC 35-40: n 24. Edad $17,6 \pm 1,38$. Peso $104,51 \pm 13,27$ (83-124)Kg. IMC Preoperatorio $36,74 \pm 1,17$ (35-39.3). EIMC $11,74 \pm 1,17$ (9.99-14.32). Seguimiento 6, 12, 24 meses: EIMC 1.77; 0.19; 1.44, respectivamente. Grupo IMC igual o mayor a 40: n 16. Edad $16,8 \pm 1,32$. Peso $125,58 \pm 23,3$ (99-183) Kg. IMC Preoperatorio $44,60 \pm 4,04$ (40-53.5). EIMC $19,6 \pm 4,0$ (15.12-28.46). Seguimiento 6, 12, 24 meses: EIMC 9.01; 4.59; 6.57, respectivamente. Las diferencias de EIMC entre los dos grupos son estadísticamente significativas: 6m $p=0,012$, 12m $p=0,0053$, 24m $p<0,001$.

CONCLUSIONES

El Exceso de Peso Residual en pacientes con IMC igual o mayor a 40 es significativamente mayor que en el grupo de IMC menor a 40. Esto nos hace replantear el momento oportuno de la indicación quirúrgica. Sin embargo, es perentorio continuar el seguimiento de estos pacientes y mayores estudios controlados randomizados, a fin de consensuar la controversia de la indicación quirúrgica en este grupo de pacientes.

(377) CIRUGÍA BARIÁTRICA EN PACIENTES CIRRÓTICOS. ANÁLISIS DE 12 CASOS.

Nicolas Quezada Sanhueza, Cristóbal Maiz Hohlberg (), Sebastian Morales Zapata, Fernando Crovari Eulufi, Fernando Pimentel Müller, Camilo Boza Wilson*

Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes obesos habitualmente son portadores de esteatosis hepática y algunos de ellos pueden desarrollar cirrosis. La cirugía bariátrica (CB) es el tratamiento más efectivo para la obesidad, sin embargo, pacientes cirróticos podrían tener mayor riesgo quirúrgico y la evolución postquirúrgica a largo plazo de esta enfermedad es desconocida.

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es reportar nuestra experiencia en 12 pacientes cirróticos que se sometieron a cirugía bariátrica.

MATERIAL Y MÉTODO

Cohorte retrospectiva obtenida desde nuestra base de datos de CB entre enero 2006 y enero 2014. Se utilizó estadística analítica (Test de Friedman).

RESULTADOS

Se identificaron 12 pacientes, 9 hombres, mediana de edad 50 (35-69) años, IMC preoperatorio 40,9 (32,4-53,4) kg/m². Dos pacientes tenían diagnóstico preoperatorio de cirrosis. Su endoscopia digestiva alta preoperatoria demostró várices esofágicas pequeñas y su ecografía abdominal evidenció morfología hepática compatible con cirrosis. Ocho pacientes se sometieron a Bypass Gástrico Laparoscópico (BGL) y 4 a Gastrectomía en Manga Laparoscópica (GML). En 2 pacientes en quienes se reconoció cirrosis en el intraoperatorio, se realizó GML en lugar de BGL. La cirrosis se confirmó por biopsia intraoperatoria en 10 pacientes, todos ellos Child A. No hubo complicaciones ni disfunción hepática postoperatorias en esta serie. La evolución de las pruebas hepáticas a 1 y 2 años postcirugía, demostró una caída significativa sólo de la fosfatasa alcalina ($p=0,05$) y ninguna de ellas aumentó. Tampoco hubo hemorragia digestiva en el seguimiento a largo plazo. Un paciente que se enroló para un trasplante hepático ortotópico lo retrasó por 6 años y sólo un paciente murió 6 años después de la cirugía por causa traumática.

CONCLUSIONES

La cirugía bariátrica parece una alternativa factible y segura en cirróticos Child A, con baja morbilidad y sin mortalidad relacionada a la cirugía en nuestra experiencia.

(394) COLANGIO-PANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE) CON TÉCNICA DE RENDEZ-VOUS POR VÍA TRANS-GÁSTRICA, ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA, PARA EL MANEJO DE COLÉDOCOLITIASIS EN PACIENTES CON BY-PASS GÁSTRICO CON RECONSTRUCCIÓN EN Y DE ROUX (BPGYR).

Ricardo Mejia Martinez, Alberto Felipe Torres Gueren (), Allan Sharp Pittet, Eduardo Briceno Valenzuela, Fernando Crovari Eulufi*

Pontificia U. Católica de Chile. Cirugía Digestiva y Bariátrica.

INTRODUCCIÓN

La cirugía bariátrica ha experimentado un crecimiento explosivo a nivel mundial, siendo el By-pass gástrico con reconstrucción en Y-de-Roux la técnica más realizada actualmente. El desarrollo de colelitiasis y colédocolitis es frecuente en estos pacientes reportándose hasta en un 15%. El acceso a la vía biliar es técnicamente demandante en pacientes con BPGYR, distintos abordajes han sido descritos. La colangio-pancreatografía retrógrada endoscópica no está exenta de complicaciones, la pancreatitis post CPRE es potencialmente letal. El abordaje con técnica de Rendez-Vous disminuye el riesgo de pancreatitis post-CPRE.

OBJETIVOS

Presentar una nueva vía de acceso a la vía biliar en pacientes con BPGYR.

MATERIAL Y MÉTODO

Dos pacientes con BPGYR, uno con colelitiasis y colédocolitis y el segundo con colédocolitis residual luego de colecistectomía, fueron operados por vía laparoscópica. Una guía hidrofílica fue avanzada desde el conducto cístico hasta el duodeno. Se insertó un trocar de 15 mm a la cámara gástrica y por el canal de éste se avanzó un duodenoscopio a la segunda porción duodenal. La guía fue recuperada y extraída por el canal del uodenoscopio. Sobre la guía se avanzó un papilótomo para realización de papilotomía. Los cálculos de la vía biliar fueron extraídos con catéter de Dormia. El cierre de la pared gástrica fue realizado con una sutura en 2 planos.

RESULTADOS

Ambos pacientes fueron tratados satisfactoriamente con la técnica descrita y fueron dados de alta sin complicaciones.

CONCLUSIONES

Entre las alternativas de abordaje de litiasis coledociana, el acceso laparoscópico transgástrico resulta ser una técnica eficaz y segura para la resolución de esta patología en pacientes con anatomía en Y-de-Roux por antecedente de bypass gástrico. Dado el alto volumen de pacientes sometidos a este tratamiento para el manejo de la obesidad en el mundo este será un problema cada vez más frecuente y la técnica descrita permite un manejo adecuado de esta complicación.

(414) GASTRECTOMÍA EN MANGA REVISIONAL LAPAROSCÓPICA PARA EL TRATAMIENTO DE FALLA DE PLICATURA GÁSTRICA

César Munoz Castro, Cristóbal Maiz Hohlberg (), Camilo Boza Wilson*

Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva.

INTRODUCCIÓN

La cirugía bariátrica (CB) ha probado ser el tratamiento más efectivo para la obesidad y sus comorbilidades asociadas. Pese a esto, algunos pacientes tienen complicaciones para perder peso después de la cirugía, y entre un 10 a 25% de ellos requieren de una cirugía revisional por esto o por complicaciones.

OBJETIVOS

Presentar el caso de una paciente que se sometió a una gastrectomía en manga laparoscópica como tratamiento de reganancia de peso luego de una plicatura gástrica.

MATERIAL Y MÉTODO

Se presenta el video de una mujer de 42 años, con obesidad severa (IMC: 38,2 kg/m²) e insulinoresistencia, que se sometió a una Plicatura Gástrica (PG) laparoscópica, sin incidentes. En los dos años posteriores alcanzó un IMC mínimo de 32 kg/m² (porcentaje de pérdida de exceso de peso [%PEP]: 47,65%), pero luego reganó peso llegando a un IMC de 36 kg/m². Evaluado el caso por un equipo multidisciplinario, se decidió realizar una cirugía revisional.

RESULTADOS

La exploración abdominal laparoscópica demostró un deslizamiento del extremo proximal de la plicatura a nivel del fondo gástrico. Se liberaron las adherencias y se seccionaron las suturas de la PG, extendiéndose completamente la curvatura mayor del estómago. Este se reseco con engrapadoras en forma tubular para crear una manga, calibrado con una sonda de 34 Fr. Se realizó un refuerzo de la línea de grapas con sutura manual de Monocryl 3-0. El espécimen resecado se extrajo en una bolsa. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta al tercer día postoperatorio. Al primer, tercer y noveno mes posoperatorio su IMC fue de 32 kg/m² (%PEP: 47,65%), 29 kg/m² (%PEP: 69,8%) y 27,7 kg/m² (%PEP: 79,4%), respectivamente.

CONCLUSIONES

La cirugía revisional de PG suele considerarse un procedimiento difícil. Sin embargo, presentamos el caso de una conversión a gastrectomía en manga laparoscópica, que ha demostrado ser un procedimiento factible y efectivo.

(417) GASTRECTOMÍA TOTAL LAPAROSCÓPICA PARA EL MANEJO DE FÍSTULA CRÓNICA POST GASTRECTOMÍA EN MANGA

Cristóbal Maiz Hohlberg (), César Munoz Castro, José Salinas Acevedo, Camilo Boza Wilson*

Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva.

INTRODUCCIÓN

Junto con el crecimiento de la cirugía bariátrica también ha aumentado la cirugía revisional, para manejar las complicaciones de la misma o el fracaso en el control del peso corporal. Las filtraciones postoperatorias (FP) constituyen una de las principales complicaciones de la cirugía bariátrica, implican riesgo vital y tratamiento complejo.

OBJETIVOS

Presentar una alternativa para el manejo de una fístula crónica post gastrectomía en manga.

MATERIAL Y MÉTODO

Se presenta el video de una mujer de 36 años con antecedente de filtración de la línea de grapas luego de gastrectomía en manga. Pese a los múltiples tratamientos con antibioterapia, soporte nutricional (incluyendo yeyunostomía), múltiples drenajes y dos stents endoscópicos (el primero in situ por 8 semanas y el segundo por 8 meses, ambos sin evidencia de filtración tras su retiro), la filtración persistió, constituyéndose una fístula. En reunión de equipo multidisciplinario se decidió reoperación.

RESULTADOS

Los hallazgos laparoscópicos mostraron firmes adherencias inflamatorias y tejido necrótico en el área fistulizada. Se liberó el pilar izquierdo y el fondo gástrico remanente con dificultad. Se aisló el esófago intraabdominal y se disecaron los vasos gástricos derechos y el duodeno post pilórico con engrapadora azul de 45 mm. Se descendieron los vasos gástricos izquierdos y se seccionó el esófago con bisturí armónico. Se reconstruyó con Y de Roux mediante esófago-yeyuno anastomosis antecólica manual y entero-entero anastomosis mecánica. La prueba con azul de metileno resultó negativa. La paciente evolucionó favorablemente, tras 3 días toleró bien los líquidos por vía oral, y al séptimo día un estudio contrastado no mostró filtración, por lo que fue dada de alta. La yeyunostomía se retiró 3 semanas después. Un año después se controló asintomática y reganando peso.

CONCLUSIONES

La gastrectomía total laparoscópica es una alternativa segura y efectiva para el manejo de fístula persistente post gastrectomía en manga, especialmente cuando otras alternativas terapéuticas han fallado.

(534) LOS NIVELES DE INCRETINAS POST BYPASS DUODENO-YEYUNAL ENDOSCÓPICO SE CORRELACIONAN CON LOS NIVELES DE ÁCIDOS BILIARES

Rodrigo Munoz Claro (*), Erick Castillo Franz, Juan Francisco Miquel Poblete, Marco Arrese Jiménez, Verónica Iribarra Pastenes, Fernando Pimentel Müller, Allan Sharp Pittet, Danae Turiel Araya, Palmenia Pizarro Parra, Alex Escalona Pérez.

Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva Facultad de Medicina.

INTRODUCCIÓN

Hemos demostrado que el bypass duodeno-yeyunal (BPDY) endoscópico aumenta los niveles de incretinas y ácidos biliares (ABs), tanto en ayuno como en respuesta a nutrientes. Los ABs señalizan a través del receptor TGR5, estimulando la secreción de incretinas, por lo cual podrían correlacionarse.

OBJETIVOS

Determinar si los niveles de incretinas en pacientes tratados con el BPDY se correlacionan con los niveles plasmáticos de ABs.

MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyeron 17 pacientes con obesidad severa implantados con BPDY. Se determinaron los niveles de GIP, GLP-1 total (GLP-1t) y activo (GLP-1a). Además, se determinaron los niveles de ABs primarios, secundarios y sus formas conjugadas con taurina y glicina por medio de espectrometría de masa. Las muestras de sangre se realizaron en ayunas y después de realizar un test de alimentación líquida (250 cc Ensure®), antes y un año después del tratamiento. La media de edad fue de $34,8 \pm 9,5$ años y el índice de masa corporal (IMC) de $42,6 \pm 5,2$ kg/m². Se utilizó estadística analítica y prueba de pearson de correlación.

RESULTADOS

Al año los pacientes perdieron un 16% de peso corporal total. Antes del implante, los niveles de GIP se correlacionaron en forma positiva con los niveles de ABs totales ($r^2 = 0.34, p=0.03$) y el ácido deoxicólico (DCA, $r^2 = 0.3, p=0.04$) en ayunas. Después de 1 año, los niveles de GLP-1a se correlacionaron con los ABs conjugados con taurina (TCBAs, $r^2= 0.37, p=0.02$), glicina (GCBAs, $r^2= 0.41, p=0.01$) ácido glicocólico (GCA, $r^2= 0.6, p=0.002$), ácido taurodeoxicólico (TDCA, $r^2= 0.46, p=0.007$) y ácido glicogenodeoxicólico (GCDCA, $r^2= 0.532, p=0.04$). Los niveles de GIP en ayunas se asociaron con los niveles en ayunas de ácido glicogenodeoxicólico (GCDCA, $r^2= 0.48, p=0.03$) y de ácido glicocólico (GCA, $r^2= 0.36, p=0.009$).

CONCLUSIONES

Los ABs pueden tener un rol en el aumento de los niveles de incretinas. De esta forma, estos resultados ofrecen una explicación fisiológica en los efectos antidiabéticos del BPDY.

(539) EFECTO DEL BYPASS DUODENO YEYUNAL ENDOSCÓPICO EN LA REGRESIÓN DE LA PREDIABETES

Erick Castillo Franz (*), Verónica Iribarra Pastenes, Allan Sharp Pittet, Danae Turiel Araya, Palmenia Pizarro Parra, Rodrigo Munoz Claro, Fernando Pimentel Müller, Alex Escalona Pérez

Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva Facultad de Medicina.

INTRODUCCIÓN

El bypass duodeno yeyunal endoscópico (BPDY) ha demostrado efectos significativos en pacientes con obesidad y diabetes tipo 2 (DM2), reconociendo a la prediabetes como condición de alto riesgo para desarrollar DM2.

OBJETIVOS

Determinar los efectos del BPDY sobre control glicémico, función de célula beta y sensibilidad a la insulina.

MATERIAL Y MÉTODO

El BPDY fue implantado en 61 pacientes con obesidad severa (IMC \geq 35 Kg/m²). En ese grupo, 18 fueron diagnosticados con prediabetes. La mayoría mujeres, edad 36.8 ± 6.6 años, IMC 39.6 ± 2.9 Kg/m² y 17/18 usaban metformina. Se controló mensualmente peso, glicemia ayuno, insulina y Hb A1c. La sensibilidad a insulina y función de célula beta se estimó con HOMA calculator. Se utilizó estadística descriptiva y analítica, con ANOVA para mediciones repetidas.

RESULTADOS

Al implante, 17 de 18 pacientes usaban medicación antidiabética, siendo suspendida en 9 y permanecieron con metformina 8. Posterior al implante, la Hb A1c disminuyó del nivel basal de $6,37 \pm 0,82$ % a $5,9 \pm 0,56$ % a las 4 semanas, manteniéndose bajo 6%. A las 52 semanas fue de $5,88 \pm 0,52$ ($p < 0,001$). La glicemia de ayuno disminuyó desde 104 ± 18 mg/dL a $95,9 \pm 14,8$ mg/dL (NS). Observamos mejoría de la resistencia a la insulina, HOMA-IR disminuyó progresivamente desde $3,1 \pm 1,0$ a $1,7 \pm 0,7$ ($p < 0,001$) y la función de célula beta mejoró, así como la sensibilidad a la insulina aumentó desde $37,5 \pm 11,9$ % a $75,3 \pm 31,1$ % ($p < 0,001$). Finalizado el estudio, el 50% de los pacientes alcanzaron Hb A1c $< 5,7$ %.

CONCLUSIONES

EL BPDY mejoró el metabolismo de la glucosa, alcanzando niveles normales de glucosa en la mitad de los pacientes. La disminución de la resistencia a la insulina y recuperación de la función de célula beta abre nuevas posibilidades de obtener regresión desde la prediabetes.

(540) SEGURIDAD Y EFICACIA DEL DISPOSITIVO DE BYPASS DUODENO YEYUNAL ENDOSCÓPICO (ENDOBARRIER®) EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.

Erick Castillo Franz (), Allan Sharp Pittet, Fernando Pimentel Müller, Danae Turiel Araya, Palmenia Plzarro Parra, Alex Escalona Pérez*
Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva Facultad de Medicina.

INTRODUCCIÓN

EndoBarrier® es un dispositivo de bypass duodeno yeyunal (BPDY) endoscópico que imita el componente duodeno yeyunal del bypass gástrico en Y de Roux. En estudios clínicos ha demostrado baja de peso y mejoría en comorbilidades.

OBJETIVOS

Evaluar la seguridad y eficacia del BPDY endoscópico en la práctica clínica.

MATERIAL Y MÉTODO

Todos los pacientes implantados con el BPDY en nuestra institución entre Noviembre 2010 y Julio 2014.

RESULTADOS

Dispositivo implantado exitosamente en 198 de 200 pacientes. 2 pacientes no fueron implantados por bulbo duodenal corto (1%). Promedio de edad, peso e IMC fue $44,2 \pm 14,4$ años, $98,8 \pm 22,4$ kg y $34,4 \pm 5,8$ kg/m², respectivamente. 114 pacientes de sexo femenino (57,8%) y 23 (11,6%) con DM2. El tiempo de procedimiento y fluoroscopia fue de $24 \text{ min} \pm 14,6$ y $2,8 \text{ min} \pm 4$, respectivamente. 29(15%) pacientes fueron hospitalizados durante el seguimiento secundario a complicaciones, 14 (7%) por dolor abdominal, obstrucción o migración del dispositivo, 13 pacientes (6,5%) presentaron hemorragia digestiva, 7 de los cuales (3,5%) requirieron del explante del dispositivo. 3 pacientes (1,5%) fueron hospitalizados por absceso hepático, todos manejados en forma exitosa con tratamiento médico, drenaje percutáneo y explantados endoscópicamente. No hubo muertes. Hasta el momento, 130 pacientes han sido explantados a las 53 ± 21 semanas. Un paciente fue explantado quirúrgicamente por migración del dispositivo. Dos pacientes (1,6%) presentaron hemorragia digestiva post explante. 69 pacientes se mantienen en seguimiento. La pérdida de peso fue $13,2 \pm 7,9$ kg. ($p < 0,0001$) equivalente a $13,3 \pm 7,5$ % del peso total.

CONCLUSIONES

La baja de peso con BPDY en esta serie es comparable a los resultados previos en protocolos de investigación aunque esta serie presenta un grado de obesidad menor. El explante precoz fue menor, sobre la base de una alta tasa de eventos adversos graves, incluyendo reacciones adversas no descritas antes. Son necesarios estudios prospectivos controlados y resultados a largo plazo para evaluar la relación entre seguridad y eficacia.

(541) EFICACIA Y SEGURIDAD DEL SISTEMA DE ESTIMULACIÓN DEL ESFÍNTER ESOFÁGICO INFERIOR PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO.

Erick Castillo Franz (), Fernando Pimentel Müller, Allan Sharp Pittet, Danae Turiel Araya, Palmenia Plizarro Parra, Alex Escalona Pérez*
Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es producida por alteraciones funcionales del esfínter esofágico inferior (EII). Los sistemas de estimulación del EII aparecen como opción en el manejo de esta patología, sin embargo, se carece de estudios con buen seguimiento a largo plazo.

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y seguridad del Sistema de Estimulación del esfínter esofágico inferior (LES) Endostim®.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio experimental. Se incluyeron 6 pacientes (5 pacientes de sexo femenino, edad: 51 (35-67) años) portadores de ERGE demostrada por pHmetría que fueron implantados con el Sistema de Estimulación LES en el año 2012. Variable resultado: calidad de vida según GERD-HQOL. Otras variables de interés fueron: número de episodios de reflujo, score DeMeester, fracción de tiempo con pH menor a 4 y complicaciones asociadas al procedimiento quirúrgico. Se utilizó estadística descriptiva con cálculo de porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión.

RESULTADOS

El score de calidad de vida basal GERD-HQOL fue 16,5(8-36) , a las 2 semanas 10(0-15), 1er mes 4,5(0-13), 2º mes 5(0-16) , 3er mes 3(0-9), 4º mes 4,5(1-6) , 5º mes 7(0-11) , 6º mes 3,5(1-6) , 9º mes 0 y 12º mes 6(4-22) puntos. El número de episodios de reflujo basal, a los 3, 6 y 12 meses fue de 137 (61-219), 80(35-133), 42,5(18-92) y 66(8-135) respectivamente. El score DeMeester basal, a los 3, 6 y 12 meses fue de 37,9(30-51), 17(4-55), 10(2-16) y 12(-2,9 – 26) respectivamente. La fracción de tiempo con pH menor a 4 basal, a los 3, 6 y 12 meses fue de 10,8(8-12)%, 3,7(0,8-12)%, 2,5(0,2-4)% y 5,4(1,6-6,5)% respectivamente. No se registran complicaciones relacionadas al procedimiento.

CONCLUSIONES

El sistema de estimulación LES presenta una eficacia adecuada al mejorar la calidad de vida y otras variables fisiológicas que influyen en la sintomatología. Estos resultados deben ser evaluados en estudios prospectivos controlados de largo plazo.

(542) LA SÍNTESIS DE ÁCIDOS BILIARES DISMINUYE POSTERIOR A LA GASTRECTOMÍA VERTICAL EN MANGA.

Erick Castillo Franz (), Juan Francisco Miquel Poblete, Sandra Solari Gajardo, Verónica Irribarra Pastenes, Alejandra Alarcón Medina, Fidel Allende Sanzana, Danae Turiel Araya, Palmenia Plizarro Parra, Mauricio Gabrielli Nervi, Fernando Pimentel Müller, Alex Escalona Pérez*

Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina.

INTRODUCCIÓN

Los ácidos biliares (AB) son reconocidos como mediadores de diferentes funciones regulatorias de la glucosa, homeostasis del colesterol y del gasto energético. Evidencia reciente sugiere que los AB y su receptor nuclear FXR pudieran participar en los efectos benéficos de la gastrectomía vertical en manga (GVM).

OBJETIVOS

Evaluar el efecto de la GVM sobre la síntesis de AB.

MATERIAL Y MÉTODO

17 pacientes fueron evaluados antes y después de GVM (primer y tercer mes). La síntesis de AB se evaluó mediante el marcador plasmático, 7alpha-hydroxy-4-cholesten-3-one (C4). Ácido cólico (CA), litocólico (LCA), deoxicólico (DCA), quenodeoxicólico (CDCA), urso-deoxicólico (UDCA) y C4 fueron cuantificados por cromatografía líquida con espectrometría de masas en tándem (HPLC-MS/MS) en muestras tomadas en ayuno. Se utilizó estadística descriptiva y analítica.

RESULTADOS

Edad: 37.4±8 años; IMC: 35±3.6 kg/m²; 13 mujeres. La pérdida de peso al primer y tercer mes fue de 11 kg y 17,5 kg respectivamente, equivalente al 12,1% y 18,8% del peso corporal total (p<0,0001) y al 38,7% y 61% de pérdida de exceso de peso (p<0,001). Los niveles de C4 al inicio del estudio, 1 y 3 meses fueron 16,5 ng/mL, 0,9 ng/mL (p <0,005) y 3,9 ng/mL (p=0,01), respectivamente. Los niveles séricos de CA, LCA, DCA, CDCA y UDCA no tuvieron cambios estadísticamente significativos.

CONCLUSIONES

Los niveles séricos en ayunas de C4 disminuyen después de GVM, lo que indica una reducción en la síntesis de AB posterior a la cirugía. Es necesario efectuar mayores estudios para caracterizar el efecto de la GVM sobre la homeostasis corporal de AB. (Proyecto Fondecyt #1121000(AE) #1130303(JFM)).

(543) GASTROPLASTÍA ENDOSCÓPICA EN PACIENTES CON RECUPERACIÓN DE PESO POSTERIOR A BYPASS GÁSTRICO.

Erick Castillo Franz (), Fernando Pimentel Müller, Gonzalo Antonio Palominos Salas, Danae Turiel Araya, Palmenia Plizarro Parra, Alex Escalona Pérez*

Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina.

INTRODUCCIÓN

Un porcentaje importante de pacientes recuperan el peso perdido en los primeros años postoperatorios de un bypass gástrico (BPG). Luego de la falla al tratamiento médico, la cirugía revisional es una alternativa, sin embargo, presenta complicaciones y no existe consenso respecto de la mejor alternativa. El rol de una gastroyeyunoanastomosis dilatada y el potencial uso de terapias endoscópicas para disminuir su diámetro permanece incierto.

OBJETIVOS

Evaluar la seguridad y eficacia de la gastroplastía endoscópica (GE) en pacientes con recuperación de peso posterior a BPG.

MATERIAL Y MÉTODO

Serie de casos. Pacientes con recuperación de peso posterior a BPG y se hayan realizado GE entre Julio de 2011 y Julio de 2014. La variable resultado fue seguridad y eficacia en términos de complicaciones y pérdida de exceso de peso. Otras variables de interés: tiempo quirúrgico, estadía hospitalaria, diámetro anastomótico pre y post sutura endoscópica y número de suturas realizadas. Se utilizó estadística descriptiva y analítica, utilizando el coeficiente de correlación de Spearman y prueba de asociación de Wilcoxon.

RESULTADOS

27 pacientes, 81,5% sexo femenino, edad 44±9 años, IMC preoperatorio de 34,3±5kg/m². El porcentaje de pérdida de exceso de peso post procedimiento fue de 58,5% ± 95. La estancia hospitalaria fue de 1 día, a excepción de 1 paciente. El diámetro anastomótico pre y post sutura fue de 22 (8-35) y 4 (2-10) mm respectivamente (p<0,001). El peso preoperatorio se correlacionó en forma positiva con el postoperatorio (rs 0,97; p<0,001). El tiempo quirúrgico fue de 90 (30-140) minutos y se utilizaron 4 (1-6) suturas para disminuir el diámetro anastomótico. No hubo complicaciones intraoperatorias. Un paciente requirió de dilatación endoscópica al 4 día post procedimiento.

CONCLUSIONES

La GE asocia a escasa estancia hospitalaria, seguridad y eficacia en el corto plazo, evitando la morbilidad de técnicas quirúrgicas. Es necesario realizar estudios con mayor número de casos y seguimiento alejado.

(548) TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS FILTRACIONES POSTOPERATORIAS EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

Nicolas Quezada Sanhueza, Cristóbal Maiz Hohlberg (), Julian Hernandez Castillo, Sebastian Morales Zapata, César Munoz Castro, Allan Sharp Pittet, Fernando Crovari Eulufi, Ricardo Funke Hinojosa, Fernando Pimentel Müller, Camilo Boza Wilson*

Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva.

INTRODUCCIÓN

La Cirugía Bariátrica (CB) es el tratamiento más efectivo para la obesidad, sin embargo, no está exenta de complicaciones. Las Filtraciones Postoperatorias (FP) son una de las más frecuentes, implican una alta tasa de morbilidad y eventualmente mortalidad.

OBJETIVOS

Presentar nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico de FP luego de CB.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte retrospectiva obtenida de nuestra base de datos de CB entre enero 2007 y diciembre 2013. Se incluyeron todos los pacientes con filtración post CB operados en nuestro centro o referidos para tratamiento. Se utilizó estadística descriptiva.

RESULTADOS

Se identificaron 46 pacientes, 32 (70%) mujeres, edad promedio 37.7±11.8 (19-65) años, IMC preoperatorio 40.1±5.5 kg/m². En 25 (54%) la filtración se produjo luego de Bypass Gástrico (BG, dos abiertos): 16 en la bolsa gástrica, 5 en la anastomosis gastro-yeyunal, 2 en la entero-entero anastomosis y uno en la línea de grapas del asa alimentaria. En 21 (45%) pacientes la filtración se produjo luego de Gastrectomía en Manga (GM, 2 conversiones de Banda Gástrica), todas en la porción superior de la línea de grapas. El tiempo prome-

dio entre la cirugía primaria y el diagnóstico de filtración fue 7.7 ± 9 (0-51) días. En la mayoría, 39 (85%), el diagnóstico estuvo apoyado por tomografía computada con contraste oral. Veintinueve (63%), 6 (13%), 2 (4%) y 2 (4%) pacientes requirieron 1, 2, 3 y 4 reoperaciones, respectivamente y 28 (61%) requirieron instalación de stent endoscópico. La mediana del tiempo de resolución (desde el diagnóstico de filtración) fue de 62 (4-352) días. No ha habido mortalidad en esta serie.

CONCLUSIONES

Las filtraciones post CB son una complicación desafiante, sin protocolos de tratamiento establecidos. Presentamos nuestra experiencia en su manejo, sin mortalidad y alto porcentaje de resolución, pese a una alta tasa de reoperaciones e instalación de stents endoscópicos y al largo tiempo implicado en algunos casos.

(549) USO DE STENTS ENDOSCÓPICOS PARA EL TRATAMIENTO DE FILTRACIONES POSTOPERATORIAS EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

Nicolas Quezada Sanhueza, Cristóbal Maiz Hohlberg (), Julian Hernández Castillo, Sebastián Morales Zapata, César Munoz Castro, Allan Sharp Pittet, Fernando Pimentel Müller, Camilo Boza Wilson*

Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva.

INTRODUCCIÓN

Las filtraciones postoperatorias (FP) son una de las complicaciones más temidas de la cirugía bariátrica. Su tratamiento se basa en el soporte nutricional y el control de la sepsis, que incluye el uso de antibióticos de amplio espectro, drenaje de colecciones, utilización de stents endoscópicos (SE) y la cirugía exploratoria.

OBJETIVOS

Presentar nuestra experiencia en el uso de SE para el tratamiento de FP.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte retrospectiva obtenida a partir de nuestra base de datos electrónica de CBM desde enero 2007 a diciembre 2013. Se incluyeron todos los pacientes con filtración tratados con SE luego de CBM. Se utilizó estadística analítica.

RESULTADOS

Se identificaron 28 pacientes, 16 (57%) mujeres, edad promedio 36.7 ± 4.82 (19-65) años, IMC preoperatorio 37.7 ± 4.9 kg/m². Diecinueve (68%) pacientes presentaron filtración en el tercio superior de la línea de grapas de Gastrectomía en Manga y 9 (32%) en la bolsa gástrica de Bypass Gástrico. El tiempo promedio entre la cirugía y el diagnóstico de la FP fue de 9.8 ± 10.4 (1-51) días, y los SE fueron instalados 23 ± 27.6 (0-104) días después del diagnóstico. Veintiún casos (75%) requirieron además de una exploración quirúrgica (laparoscópica o abierta). El tiempo promedio de uso de SE fueron 83.7 ± 62.9 (5-299) días. Los pacientes en los que se utilizó el SE como primer tratamiento (junto o no a reoperación simultánea) tuvieron un menor tiempo de cierre de la filtración (50 [6-112] vs 109 [60-352] días; $p=0.006$). Veintisiete casos (96%) fueron tratados exitosamente con SE. Doce pacientes (43%) tuvieron complicaciones asociadas al SE: 7 (25%) migración, 4 (14%) persistencia de la fístula y uno (4%), una fractura del stent.

CONCLUSIONES

El uso de SE para el tratamiento de FP es seguro y efectivo, aunque, existe una tasa importante de revisiones de estos. Muchos casos requieren exploración abdominal concomitante para el control de la sepsis.

(566) COLELITIASIS EN PACIENTES OBESOS SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA: ESTUDIO Y SEGUIMIENTO POST OPERATORIO

Juan Pablo Lasnibat Roldan (), Juan Carlos Molina Franjola, Enrique Lanzarini S, Maher Musleh Katan, Nicolas Von Jentschky Rojas, Diego Valenzuela Silva, César Silva Lopez, Guillermo Reyes Reyes, Italo Braghetto Miranda*
Hospital Clínico U. de Chile. Cirugía Digestiva.

INTRODUCCIÓN

Chile se caracteriza por ser uno de los países con más prevalencia de patología biliar en el mundo. Dentro de los factores de riesgo de la patología biliar se encuentran el sexo femenino, la edad, el sobrepeso y la obesidad. Estos factores asociados a la disminución rápida de peso son característicos de los pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica. Se ha observado que los pacientes sometidos a estas cirugías tienen una alta incidencia de colelitiasis a 12 meses postoperatorio.

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de patología biliar en pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica, y analizar la aparición de esta patología durante el seguimiento postoperatorio.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte retrospectiva, incluyendo 221 pacientes sometidos a cirugía bariátrica en el HCUCH, con seguimiento hasta 3 años. Se realizó revisión de registros clínicos asociado a encuesta telefónica. El análisis estadístico se realizó mediante el programa STATA 11, considerando significativo un $p < 0.05$.

RESULTADOS

Un 18.09% de los pacientes tenía antecedentes de colecistectomía previa. Un 13.57% de los pacientes presentaba colelitiasis en el preoperatorio. Se realizó seguimiento en 151 pacientes. En las ecografías al año, un 6.6% presentaba colelitiasis. En el seguimiento hasta 3 años posterior un 26.92% de los pacientes presentó colelitiasis en ecografía. El EWL al año fue de 83.84 %, y a los 3 años de 88.42%. No hubo diferencias significativas en la aparición de colelitiasis con el tipo de cirugía o la baja de peso.

CONCLUSIONES

Existe una gran prevalencia de colelitiasis en la población sometida a cirugía bariátrica. La aparición de esta patología en el primer año fue menor a la reportada en la literatura. No se demostraron diferencias en su aparición según baja de peso o cirugía realizada. Se debe considerar un seguimiento cercano para la detección de esta patología durante el primer año.

(567) MANGA GÁSTRICA Y FUNDOPLICATURA COMO CIRUGÍA EN PACIENTES CON OBESIDAD Y REFLUJO

Juan Pablo Lasnibat Roldan (), Luis Gutiérrez Contreras, Italo Braghetto Miranda, Jaime Antonio Vásquez Yáñez, Felipe Sánchez Correa*
Hospital Clínico U. de Chile. Cirugía Digestiva.

INTRODUCCIÓN

La cirugía bariátrica en Chile ha sufrido un aumento exponencial en los últimos años, especialmente la manga gástrica. Actualmente es discutida su realización en los pacientes que sufren de enfermedad por reflujo gastroesofágico. La opción actual de Bypass gástrico en Y de Roux no está exenta de complicaciones. Se presenta esta cohorte de pacientes sometidos a una novel cirugía, que busca otorgar los beneficios tanto de la manga gástrica como de la cirugía antirreflujo.

OBJETIVOS

Analizar los resultados a corto y largo plazo de esta nueva técnica quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de serie de casos donde se analizaron registros clínicos y una encuesta telefónica a 15 pacientes sometidos a esta cirugía en nuestra institución. Se registraron valores de phmetría, manometría esofágica y evolución clínica.

RESULTADOS

14 pacientes corresponden a sexo femenino. Edad promedio de 46.2 años. El IMC preoperatorio fue de 33.9. Todos los pacientes presentaban alteraciones en la ph-metría y manometría preoperatoria. El tiempo operatorio fue en promedio 157 minutos, una hospitalización promedio de 5 días, y se presentó 1 complicación menor que correspondía a un seroma. No hubo mortalidad peri-operatoria. En el seguimiento postoperatorio, el IMC promedio a los 6 meses fue de 27.97, lo que corresponde a un EWL de 66.71%. Todos los pacientes mostraban mejorías en la ph-metría y manometría a los 3 meses. Durante el seguimiento a largo plazo, 6 pacientes se reoperaron, 4 por reganancia de peso, un paciente reganó peso asociado a reflujo, y un paciente se reoperó por reflujo.

CONCLUSIONES

Se observan buenos resultados en el seguimiento a corto plazo, tanto en resolución del reflujo como baja de peso. 6 paciente en el seguimiento a largo plazo han requerido reoperaciones, la mayoría por aumento de peso. Existen otras 2 pacientes con indicación quirúrgica actual. Esto corresponde a un 50% de los pacientes operados.

(605) HERNIA INTERNA POSTERIOR A CIRUGIA BARIATRICA

Maher Musleh K, Enrique Lanzarini S, Carlos Domínguez Contreras, Marcelo Zamorano Diaz (), Italo Braghetto Miranda*
Universidad de Chile. Departamento de Cirugía.

INTRODUCCIÓN

El Bypass Gástrico (BG) es una cirugía efectiva en el manejo de la obesidad. La hernia interna es la complicación quirúrgica tardía más frecuente en este grupo de pacientes. Dado el aumento en la indicación de este procedimiento es un cuadro clínico emergente, que debe ser planteado en todo paciente con antecedente de Bypass gástrico que consulta por dolor abdominal y/o obstrucción intestinal.

OBJETIVOS

Describir la presentación clínica y manejo de los pacientes con hernias internas post cirugía bariátrica atendidos en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal. Serie de casos clínicos de pacientes intervenidos con diagnóstico de Hernia interna secundaria a BG en el HCUCH. Desde el año 2012 al 2014. Se registraron variables demográficas, clínicas y de manejo. Se realizó análisis estadístico con medidas de tendencia central, dispersión y asociación. Uso Stata v11.

RESULTADOS

Se intervinieron 14 pacientes con diagnóstico de Hernia interna, 85,7% del sexo femenino, edad promedio 40 años. El cuadro clínico se presentó a los 2,4 años posterior a la cirugía (-1,7 años). El 100% consultó por dolor abdominal, el 71,4% por distensión abdominal. En 57,1% el diagnóstico fue planteado en el servicio de urgencia, en el 92,8% se realizó Tomografía Computada (TC), el diagnóstico se realizó mediante este examen en el 76,9%. El manejo fue quirúrgico en 100% de los casos. 71,4% vía laparoscópica. En un paciente se realizó resección intestinal. El cierre de brechas fue mediante sutura continua no reabsorbible en 100%. Un paciente presentó infección de herida operatoria y un paciente evolucionó con hernia incisional, ambos pacientes con cirugía abierta.

CONCLUSIONES

La Hernia interna debe ser diagnóstico diferencial en pacientes con dolor abdominal y antecedentes de BG. El diagnóstico se planteó en la mayoría de los casos. La sospecha y el manejo precoz mediante abordaje laparoscópico primo en nuestra serie.

(662) FACTORES DE RIESGO DE REGANANCIA DE PESO EN PACIENTES OBESOS POST GASTRECTOMÍA EN MANGA: SEGUIMIENTO A 5 AÑOS

Juan Carlos Molina Franjola, Tamara Daire Rojas (), Italo Braghetto Miranda, Enrique Lanzarini S, Maher Musleh Katan, Diego Valenzuela Silva, Nicolas Von Jentschky Rojas, Guillermo Reyes Reyes, César Silva López*

Hospital Clínico U. de Chile. Digestivo.

INTRODUCCIÓN

La gastrectomía en manga (GM) ha mostrado ser eficaz en el tratamiento de la obesidad, logrando una pérdida de peso rápida y significativa. Sin embargo, algunas series han observado re-ganancia de peso, lo que podría asociarse a factores conducto-alimentarios del paciente.

OBJETIVOS

Describir los factores de riesgo de reganancia de peso en pacientes obesos operados de MG con 5 años de seguimiento en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de una serie de casos. Se incluyeron pacientes sometidos a GM durante el año 2008. Se realizó revisión de ficha clínica y entrevista telefónica. Se midió la variable respuesta: peso reganado y sus variables dependientes: asistencia a controles, sedentarismo, consumo alcohol, comer nocturno, comer asociado a factor emocional, entre otros. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado para el análisis estadístico y se consideró significativo un $p < 0,05$

RESULTADOS

De 90 pacientes el 24,4% tuvo un seguimiento completo a 5 años. Todos los paciente presentaron una baja de peso satisfactoria inicial, con un EWL a 2 años de 106%. El 81% reganó peso ($X=6,92$ kg), siendo el % reganancia de 20,93% del EWL. Ninguno de ellos asistió a todos sus controles, el 56% era sedentario, 68,75% picoteaba (binge eater), 31,25% comía asociado un estresor, 56% no trabajaba y 62,5% culpa a la alimentación como causa de re-ganancia. Del grupo que no reganó peso, ningún paciente picotea o come asociado a estresor o factor emocional. Al comparar los dos grupos, la variable picoteo presenta un $p < 0,01$. El resto de las variables sin significancia estadística.

CONCLUSIONES

En nuestros pacientes al igual que la literatura, reganaron peso tras la cirugía. Los factores alimentarios y falta de control son los factores más frecuentes asociados y que podrían influenciar directamente en la recuperación del peso, pero solo el picoteo tiene significancia estadística de asociación de reganancia.

(672) CALIDAD DE VIDA TRAS BYPASS GÁSTRICO VERSUS GASTRECTOMIA VERTICAL Y FACTORES QUE INFLUYEN EN SU PERCEPCION: ESTUDIO PROSPECTIVO

Enrique Lanzarini S (*), Manuel Pera Román, Luis Grande Posa, José M Ramon Moros

Universidad de Chile. Equipo Cirugía Digestiva. Depto. de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

El bypass gástrico y la gastrectomía en manga son los dos procedimientos quirúrgicos más realizados a nivel mundial en cirugía bariátrica. Escasos estudios comparan la calidad de vida entre ambas técnicas.

OBJETIVOS

El objetivo de nuestro estudio fue comparar la calidad de vida en pacientes sometidos a bypass gástrico y gastrectomía vertical a 1 y 2 años de seguimiento e identificar los factores predictores de mejores resultados.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo y comparativo de una cohorte de pacientes obesos mórbidos operados entre enero del 2008 y junio 2012. Se evaluó la calidad de vida con dos cuestionarios validados: el SF-36 antes y a los 12 y 24 meses después de la cirugía, y el Moorehead-Ardelt a los 12 meses. Se realizó análisis estadístico con X2 y test exacto de Fisher para variables categóricas, T student para variables cuantitativas, correlación de Pearson para relacionar las medidas de calidad de vida y regresión lineal múltiple para factores predictores.

RESULTADOS

Se incluyeron 144 pacientes, 80,5% fueron mujeres, con una edad promedio de 44,9±8,8 años y un IMC de 44,2±4,7 Kg/m². Setenta y nueve pacientes (54,9%) fueron sometidos a gastrectomía vertical y 65 (45,1%) a bypass gástrico. No se observaron diferencias en la calidad de vida medida con el cuestionario Moorehead-Ardelt a los 12 meses entre ambas técnicas, tampoco con el SF-36 antes de la cirugía, ni a los 12 meses, ni a los 24 meses. Identificamos como factores que influyen positivamente en la percepción de calidad de vida el sexo masculino, la menor edad, un mayor IMC, y la ausencia de depresión y artropatía en el preoperatorio. Los resultados de ambos cuestionarios se correlacionaron positivamente y en forma significativa.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio no encontramos diferencia en la calidad de vida en pacientes sometidos a bypass gástrico y gastrectomía en manga a 12 y 24 meses de seguimiento.

(690) NECESIDAD DE SUPLEMENTACIÓN CON ALTAS DOSIS DE VITAMINA D TRAS CIRUGIA BARIATRICA: ESTUDIO PROSPECTIVO A 2 AÑOS

Enrique Lanzarini S (*), Xavier Noguez S, Rodolfo Recanati B, Albert Goday A, Manuel Pera Román, Luis Grande Posa, José M Ramon Moros

Universidad de Chile. Equipo Cirugía Digestiva. Depto. de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes sometidos a gastrectomía en manga podrían necesitar menor dosis de vitamina D en el postoperatorio por no tener un componente mal absorción.

OBJETIVOS

Medir la necesidad de suplementación con vitamina D para lograr niveles normales de 25(OH)D tras cirugía bariátrica y determinar si existen diferencias entre bypass gástrico y gastrectomía en manga.

MATERIAL Y MÉTODO

Un total de 164 pacientes obesos mórbidos sometidos a cirugía bariátrica entre Enero del 2008 y Junio 2011 fueron seguidos por 2 años. Se midieron los niveles de 25(OH)D e iPTH en el preoperatorio, y a los 12 y 24 meses. Todos los pacientes recibieron 400 UI/día de 25(OH)D. Los pacientes con niveles de 25(OH)D <30 ng/ml recibieron una suplementación adicional con 16.000 UI de calcifediol cada 2 semanas (grupo de intervención). Las variables cuantitativas fueron comparadas con t student o tests Mann-Whitney y Kruskal-Wallis según normalidad de la distribución de las variables, y ANOVA para comparar las características antropomórficas.

RESULTADOS

Noventa y seis (58,5%) pacientes fueron sometidos a gastrectomía en manga y 68 (41,5%) a bypass gástrico. Ciento seis (64,6%) pacientes recibieron suplementación con calcifediol (62 en gastrectomía en manga y 44 en bypass gástrico). A 24 meses de seguimiento, un 69% de los pacientes lograron niveles normales de 25(OH)D en el grupo intervenido y 48,3% en el grupo no-intervenido. Los niveles de 25(OH)D en el grupo no-intervenido fueron significativamente menor en los pacientes con bypass gástrico que con gastrectomía en manga (p=0.009). En el grupo de intervención se lograron niveles normales de 25(OH)D en el 60% de los pacientes con gastrectomía en manga y 22,2% en bypass gástrico. En 49 (29,9%) pacientes se evidenció hiperparatiroidismo secundario en el preoperatorio y no hubo diferencias entre ambas técnicas.

CONCLUSIONES

Los pacientes sometidos a cirugía bariátrica deberían recibir altas dosis de suplementación con vitamina D independientemente de la técnica quirúrgica.

(726) INCREMENTO DE LA ESOFAGITIS EROSIVA ENDOSCOPICA POST GASTRECTOMÍA SUBTOTAL VERTICAL

Francisco Pacheco Bastidas (), Rinsky Alvarez Uslar, Héctor Molina Zapata, Marcos Rodríguez Barra, Fabrizio Moisan Paravic*

Centro de Obesidad de Concepción (COBEC) Hospital Clínico del Sur.

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 a mediano y largo plazo. El Reflujo Gastro Esofágico se ha reportado como un problema post op.

OBJETIVOS

Evaluar los hallazgos endoscópicos de los pacientes sometidos a GSVL antes y después de la cirugía.

MATERIAL Y MÉTODO

Base de datos prospectiva entre los años 2006 y 2010. Se incluyeron pacientes operados de GSVL con Endoscopia Digestiva Alta (EDA) pre operatoria y EDA entre los 6 y 18 meses post op. (Estudio de cohorte prospectiva). Se describen los hallazgos endoscópicos y datos clínicos. Se utilizó la clasificación de Los Angeles para la evaluación de Esofagitis. Se utilizó el Test de Mc Nemar como validación estadística con un margen de 95 % de confianza bajo el modelo Antes – Después.

RESULTADOS

Reclutamos 165 pacientes sometidos a una GSVL con EDA pre y post operatoria. La edad promedio fue 35 años, siendo 85% mujeres. El IMC promedio fue 37,3 kg/m². 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 mejoraron, 10 permanecieron igual y 5 empeoraron.

CONCLUSIONES

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). De ellos un 75 % no la tenían en el pre op, un tercio tenían EDA normal.

(773) FISTULA EN NISSEN CON GASTROPLICATURA

Hugo Cristian Bosch Escobar (), Hugo Diaz Berrios, Mario Henríquez Ugalde*

Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río (Santiago, Santiago). Urgencia.

INTRODUCCIÓN

La cirugía de gastroplicatura ha sido presentada como cirugía de muy bajo riesgo , por el cual se podría adicionar sin riesgo a otros procedimientos , como en operación de Nissen , banda gástrica , etc

OBJETIVOS

Mostrar caso de filtración gástrica en la realización de cirugía de nissen mas gastroplicatura.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente con reflujo gastroesofágico con esfínter hipotenso asociado a obesidad limite (IMC . 30) en quien se realiza operación laparoscópica . de hiatorrafia Hiatal y operación de Nissen , en el cual se agrega gastroplicatura , a la semana de post operatorio, paciente evoluciona con fistula gástrica mostrándose cirugía de esa complicación.

RESULTADOS

Buena evolución en post operatorio.

CONCLUSIONES

La gastroplicatura no es un procedimiento inocuo como para adicional a otras cirugías.

(810) BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX VERSUS GASTRECTOMÍA VERTICAL CON BYPASS YEYUNAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2. RESULTADOS A 12 MESES

Matías Sepúlveda Hales (), Munir Alamo Alamo, Hernán Guzmán Céspedes, Leopoldo Penaloza Becerra, Ignacio Barra Bruna*
Hospital DIPRECA. Centro de Cirugía de la Obesidad.

INTRODUCCIÓN

La Gastrectomía Vertical con Bypass Yeyunal (GVBY) ha sido realizada desde el año 2004 en nuestra institución y, junto con el Bypass Gástrico en Y de Roux (RYGB), han mostrado buenos resultados en el control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2).

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es presentar los resultados de ambas técnicas en pacientes diabéticos y obesos a un año de seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte prospectivo o concurrente. Pacientes consecutivos con IMC >30 kg/m² fueron intervenidos quirúrgicamente ya sea GVBY ó RYGB entre noviembre de 2011 y julio de 2013. Todos los pacientes tenían diagnóstico de DM2 en tratamiento farmacológico, independiente de su control metabólico previo. Variables del estudio: remisión completa definida como glicemia <100 mg/dL y HbA1c <6,0%, sin medicamentos. Las diferencias en los valores preoperatorios promedio de IMC, HbA1c y glicemia en ayunas se evaluaron con prueba no paramétrica de Mann-Whitney. A través de prueba de Chi-cuadrado de Pearson, se evaluaron diferencias en la proporción de pacientes que lograron resolución de Diabetes Mellitus, entre ambas técnicas quirúrgicas en cada control.

RESULTADOS

Se incluyeron 47 pacientes, 24 en el grupo de GVBY y 23 en el grupo de RYGB. No hubo diferencias entre los grupos en IMC, glicemia y HbA1c preoperatorios. A los 30 días postoperatorios, se presentó remisión en un 54,6% del grupo GVBY y un 28,6% del grupo RYGB (p=.084). A los 12 meses postoperatorios presentó remisión un 71,4% del grupo GVBY y un 66,7% del grupo RYGB (p=.629). Un paciente presentó hemorragia gastrointestinal autolimitada en GVBY que no requirió transfusión. No hubo mortalidad.

CONCLUSIONES

En el análisis comparativo de las técnicas quirúrgicas, no hubo diferencias significativas en resolución de la diabetes. Existe una tendencia de la GVBY a presentar resolución completa más rápido que con el RYGB, aunque este resultado no alcanza significancia estadística.

(813) BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO SIMPLIFICADO IMPACTO DE LA CURVA DE APRENDIZAJE EN 100 CASOS. UN MODELO DE ENSEÑANZA

Tito Grageda Soto, Edwin Claros Canceco, Christian Ferrufino Méndez, Andrés Tito Grageda García, Laura Grageda García
Cirugía Bariátrica y Metabólica. Hospital Universitario Elizabeth Seton Cochabamba
Clínica Santa María de los Ángeles Cochabamba.

INTRODUCCIÓN

El Bypass Gástrico Laparoscópico, es un procedimiento quirúrgico reproducible que reduce significativamente la morbilidad perioperatoria y el tiempo de recuperación comparado con la cirugía convencional manteniendo una excelente pérdida de peso.

OBJETIVOS

Determinar el impacto de la curva de aprendizaje en los resultados perioperatorios en 100 casos consecutivos de Bypass Gástrico Simplificado Laparoscópico como modelo de enseñanza reproducible.

MATERIAL Y MÉTODO

Entre marzo 2010 y octubre 2013, 170 pacientes fueron sometidos a uno de los dos procedimientos quirúrgicos (Bypass Gástrico Laparoscópico Simplificado BGLS o Gastrectomía Vertical Laparoscópica GVL) para el tratamiento de la obesidad mórbida. En este estudio de cohorte descriptivo evaluamos los resultados perioperatorios de los primeros 100 pacientes sometidos a BGLS. Los pacientes se dividieron en dos grupos de 50, y se compararon los resultados. Realizamos el análisis estadístico con IBM SPSS Statistics 20[®]. Con un error máximo aceptable del 1% y un nivel de confianza del 99% (programa STATS).

RESULTADOS

El tiempo quirúrgico es el parámetro que fue modificándose a medida que la curva de aprendizaje avanzaba, reduciendo en este periodo en 27%, de una media de 190 minutos en el grupo 1 a 140 minutos en el grupo 2, las dificultades técnicas se redujeron en más del 50% después de una experiencia de 100 casos y pudimos constatar que la baja de peso antes de la cirugía es un factor determinante en el intraoperatorio.

CONCLUSIONES

El tiempo operatorio y las dificultades técnicas disminuyeron a medida que el equipo quirúrgico adquiría experiencia en la curva de aprendizaje del BGLS.

El BGLS es una operación técnicamente difícil, requiere una larga curva de aprendizaje y un equipo quirúrgico sólido, para reducir la morbilidad.

Podemos observar que el BGLS es un procedimiento estructurado, progresivo y susceptible de monitoreo continuo, constituyéndose en un modelo de enseñanza y técnicamente reproducible.

Seccional: Cirugía de Cabeza y Cuello y Plástica Maxilo-Facial

(156) SOBREVIDA DEL COLGAJO LIBRE EN RECONSTRUCCIÓN MICROQUIRÚRGICA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA POR NEOPLASIA DE CABEZA Y CUELLO. EXPERIENCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER (INC).

Felipe Bustos Munoz, Rodrigo Montes Forno, Arturo Madrid Moyano, Fabio Valdes Gutierrez, Marcelo Veloso Olivares, Luis Felipe Zanolli de Solminihac, María Angelica Matamala Soto, Felipe Capdeville Fuenzalida, Marcela Carcamo Ibaceta

Instituto Nacional del Cáncer Dr. Caupolicán Pardo Correa (Santiago, Recoleta). Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello.

INTRODUCCIÓN

La reconstrucción en cirugía de cabeza y cuello es compleja. El desarrollo de los colgajos microquirúrgicos ha permitido el manejo y reconstrucción de defectos post-quirúrgicos más complejos.

OBJETIVOS

Evaluar la sobrevida de los colgajos microquirúrgicos en pacientes sometidos a cirugía de cabeza y cuello. Secundariamente se evaluó comorbilidades, antecedentes quirúrgicos y la morbimortalidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Serie de casos. Se estudió a los pacientes sometidos a cirugía de cabeza y cuello en el INC entre Abril de 2008 y Abril de 2014. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 15 años que requirieron reconstrucción con colgajos microquirúrgicos. Se excluyeron pacientes con ASA 4 o más, metastásicos o localmente irsecables al diagnóstico.

Se reportan estadísticas descriptivas de las variables. Como tiempo cero se registró la fecha de la cirugía. La variable dependiente, sobrevida del colgajo, se registró 30 días posterior a la cirugía.

Las variables fueron registradas en Exce. Se utilizó STATA 12 para análisis.

RESULTADOS

Se obtuvo 102 colgajos en 98 pacientes. La mediana de edad fue 58 años. La distribución por sexos fue: 67 hombres (65,7%) y 35 mujeres (34,7%).

De los 102 colgajos realizados, 94 fueron vitales al término del post-operatorio (92,2%).

Las comorbilidades incluyeron: 28,4% DM, 14,7% HTA 52,9% tabaquismo, 35,3% hábito alcohólico. El 9,8% recibió radioterapia previa, 6,8% recibió quimioterapia y 1,9% recibió quimio-radioterapia.

Los colgajos más utilizados fueron: Radial (24,5%), fíbula (24,5%), músculo recto abdominal (20,5%), escápula (10,7%), ALT (9,7%) y yeyuno (2,9%). Se realizaron dos colgajos radial y fibular simultáneos.

Los arterias receptoras más utilizados fueron: Facial (60,8%), tiroidea superior (15,7%) y temporal superficial (13,7%). Las venas más utilizadas: yugular externa (49%), tiro-linguo-facial (20,6%) y temporal superficial (14,7%)

La anastomosis arterial se realizó en forma término-terminal en 92,1% de los casos.

La mortalidad perioperatoria fue 2,9%.

CONCLUSIONES

Los colgajos microquirúrgicos son una opción válida y segura en nuestros pacientes con baja mortalidad asociada.

(218) CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL REVISIÓN A PROPÓSITO DE TRES CASOS EN HOSPITAL SAN BORJA ARRIARAN

Rodrigo Villalobos Rubilar, Manuel Quiroz Flores, Patricia Laime Veizaga, Jaime Bitran Duenas

Angel Ortiz Valenzuela, Olga Andrade Warnken

Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago). Cirugía de cabeza y cuello y oncológica. Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

El Carcinoma de Células de Merkel (CCM) es una patología infrecuente, su sospecha preoperatoria es un desafío para el cirujano y su confirmación se realiza por inmunohistoquímica. La experiencia reportada es reducida.

OBJETIVOS

Nuestro objetivo es presentar la experiencia de HSBA en el diagnóstico y manejo de esta patología.

MATERIAL Y MÉTODO

Realización de estudio descriptivo de serie de casos retrospectiva, se incluyeron pacientes con biopsia de lesión sospechosa con estudio histológico e inmunohistoquímico compatible con CCM tratados en nuestro centro durante el período 2004-2013.

Se excluyeron pacientes cuyo estudio inmunohistoquímico no fue compatible con CCM.

Se analizaron variables demográficas, antecedentes médicos, tiempo de evolución, localización y características clínicas de las lesiones, estudio de diseminación, procedimiento quirúrgico realizado, tratamientos complementarios, sobrevida y recidiva de la enfermedad.

Se utilizó estadística descriptiva.

RESULTADOS

Se revisaron 30 biopsias sospechosas obteniéndose tres casos confirmados.

Todos los pacientes fueron hombres, la edad media fue 63 años (63 ± 11 años).

Todos presentaron tabaquismo y consumo de alcohol.

Antecedentes médicos fueron respectivamente Daño hepático crónico por alcohol, Cáncer de Próstata tratado y Tuberculosis tratada.

El tiempo medio de evolución fue 1,6 años (1.6 ± 0.69 años)

La localización fue principalmente en extremidades.

Las características fueron forma nodular solevantada, rosado violáceo, tamaño medio 2 cm, un caso presentó asociación a adenopatías regionales.

El estudio de diseminación fue negativo en todos los casos.

El procedimiento realizado fue cirugía resectiva con intención curativa en un caso y resección ganglionar inguinal con radioterapia adyuvante en otro.

Se realizó cirugía paliativa en un caso que tuvo mala respuesta a radioterapia neoadyuvante presentando multilocalidad.

No hubo recidiva en los dos casos tratados con intención curativa y no se registra mortalidad.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados son compatibles con la literatura actual.

El CCM es una patología infrecuente y es importante conocer su manejo.

(289) NUESTRA EXPERIENCIA Y CONDUCTA ANTE NÓDULO TIROIDEO DE SOSPECHA CON PAAF INFORMADA LESIÓN FOLICULAR

Jorge Gajardo Jofre, Camila Concha Flores, José Felipe Fuenzalida Schwerter, Matías Minassian Münster, Ricardo Schwartz Jodorkovsky, Victor Gomez Serey, Maria Manana De Tezanos, Raimundo Pinto Husch, Sophia Melani Carvajal, Javiera Pérez Velasquez, Enrique Pero Ovalle

INSTITUCIÓN: Hospital Militar de Santiago (HOSMIL). CIRUGIA ONCOLOGICA. Universidad de Los Andes.

INTRODUCCIÓN

El nódulo tiroideo es una entidad clínica frecuente en la población, con una prevalencia que alcanza un 60% utilizando ecografía como método de detección. El 90-95% de los nódulos tiroideos son asintomáticos, y aproximadamente el 5% corresponden a cáncer de tiroides. El objetivo de la evaluación del nódulo tiroideo es determinar el riesgo de que éste sea maligno mediante métodos costo efectivos, siendo la PAAF uno de los más utilizados.

OBJETIVOS

Evaluar la correlación diagnóstica de la PAAF con la biopsia definitiva del tiroides.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis retrospectivo de cohorte en Hospital Militar de Santiago que incluyó 250 pacientes consecutivos evaluados entre años 2009 y 2013. Se realizó ecografía y PAAF a todos los nódulos con algún grado de sospecha.

Todos los pacientes con nódulos cuya citología fue informada lesión folicular (Bethesda N°3), fueron derivados a cirugía para tiroidectomía total y su historia clínica e histopatología final fue revisada. Los datos obtenidos fueron tabulados en el software STATA 13, para la realización de pruebas analíticas y descriptivas.

RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por 250 pacientes. El 84% fueron mujeres. La edad promedio fue de 53 años. La citología fue consistente con lesión folicular (hiperplasia/neoplasia) en el 46% de los pacientes sometidos a PAAF. El 48% de los pacientes con lesión folicular fue diagnosticado de cáncer de tiroides (cáncer papilar o folicular) en la biopsia diferida. El 52% restante se distribuyó en hiperplasia folicular, adenoma folicular, tiroiditis y Basedow-Graves. Evaluadas las complicaciones postoperatorias en este grupo, la incidencia de hipocalcemia transitoria posttiroidectomía fue de 33%, la de disfonía transitoria 4.4% y la de hematoma cervical 1.2%.

CONCLUSIONES

La PAAF informada lesión folicular, en nuestra experiencia, demostró tener una baja correlación con la biopsia diferida, siendo finalmente diagnosticados como cáncer de tiroides la mitad de los nódulos con citología informada en esa situación.

(378) CORRELACIÓN DE CITOLOGÍA SOSPECHOSA DE NEOPLASIA FOLICULAR EN PAF DE NÓDULO TIROÍDEO CON BIOPSIA DEFINITIVA

Patricio Cabané Toledo, Patricio Gac Espinoza, Carlos Domínguez Contreras, Francisco Javier Rodríguez Moreno, Carolina Morales Olavarría

Universidad de Chile. Equipo Cirugía Endocrino ? Cabeza y Cuello, Depto. de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile. Depto. Anatomía Patológica ? Hospital Clínico Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

En la evaluación de un nódulo tiroideo, la punción aspirativa con aguja fina (PAF) puede ser sospechosa en 25-30% de los casos, teniendo indicación de cirugía en la actualidad. La probabilidad de que resulte benigno es de 50% aproximado (Bethesda). Diversos autores reportan un 30% de cáncer de tiroides en pacientes operados con PAF sospechosa de neoplasia folicular. Es importante conocer la prevalencia local de cáncer de tiroides en este grupo de pacientes para tomar decisiones correctas en el manejo.

OBJETIVOS

Estimar el riesgo de presentar cáncer de tiroides en pacientes con PAF sospechosa para neoplasia folicular

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte prospectivo, basado en el análisis del registro prospectivo de patología tiroidea del Equipo de Cirugía Endocrina - Cabeza y Cuello del HCUCH desde 2008 a 2014.

Se incluyó a todos los pacientes sometidos a tiroidectomía, evaluando variables demográficas y antecedentes de citología y biopsia definitiva. Se utilizó estadística descriptiva, analítica y cálculos de prevalencia y el valor predictivo positivo.

El análisis estadístico se realizó con STATA v11, considerando $p < 0,05$.

RESULTADOS

De un total de 2363 tiroidectomías realizadas en el HCUCH, se observa 1101 (46,6%) de cáncer de tiroides. Tipo Papilar 88,9%, Folicular 9,7% , Medular 1,1% y otros 0,3%. La PAF sospechosa para neoplasia folicular presenta un VPP de 0,40 de presentar cáncer de tiroides, el 84,62% papilar y 13,46% folicular. No se observaron diferencias estadísticamente significativas al análisis por sexo y edad.

CONCLUSIONES

Los pacientes con PAF sospechosa de neoplasia folicular presentan un 40% de probabilidad poseer un cáncer tiroides. El tipo de cáncer más frecuente es el papilar. Este grupo de pacientes debe ser considerado de alto riesgo de malignidad. Por lo tanto la cirugía sigue siendo la alternativa más segura, hasta contar con métodos de diagnóstico molecular y genéticos efectivos y accesibles.

(380) PARATIROIDES ECTÓPICA EN HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO: CASUÍSTICA MULTICÉNTRICA

Patricio Cabané Toledo, Patricio Gac Espinoza, Carlos Domínguez Contreras, Carolina Morales Olavarría, Eugenio Arteaga Urzúa, Hernán González Díaz , Dahiana Pulgar Boin, Gilberto González Vicente

Universidad de Chile. Equipo Cirugía Endocrino ? Cabeza y Cuello, Depto. de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile . Equipo Cirugía Endocrino ? Cabeza y Cuello, Depto. de Cirugía, Hospital Clínico Universidad Católica.

INTRODUCCIÓN

El 80-90% de los casos de Hiperparatiroidismo Primario (HPT 1°) son causados por adenoma de paratiroides, habitualmente único y eutópico. Sin embargo, la localización ectópica de adenoma de paratiroides se ha descrito, en series extranjeras, entre el 2-13% de casos con HPT 1°, lo cual implica menor probabilidad de curación quirúrgica en estos casos.

OBJETIVOS

Describir la incidencia, presentación y evolución quirúrgica de pacientes con HPT 1° ectópico en dos centros de referencia nacional para cirugía del HPT 1°.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo de pacientes operados con diagnóstico de HPT 1° y hallazgo de paratiroides ectópica, ya sea por imagen preoperatoria o intraoperatorio, entre enero 2002 y julio 2014 en los Hospitales Clínicos de la Universidad de Chile y de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

RESULTADOS

En total, 15 pacientes con localización ectópica de paratiroides, correspondientes al 3,8% de HPT 1° operados, fueron identificados. La edad promedio de estos 15 casos fue de $56,0 \pm 16$ años, 13 de ellos mujeres; 4 pacientes tenían cirugía cervical previa. La calcemia y PTH preoperatoria fueron de $11,8 \pm 1,5$ mg/dl y $224,8 \pm 146,5$ pg/ml, respectivamente. En el 73%(11/15) el HPT 1° era sintomático, siendo nefrolitiasis el compromiso principal(6/11).

En solo 3 casos no existió estudio de imagen preoperatorio. La ubicación ectópica de paratiroides correspondió a: retroesofágica(7),

mediastino anterior(3), intratímica(3), intratiroidea(1) y en vaina carotídea(1). En todos, la PTH intraoperatoria descendió > 50% con la resección de lesión ectópica (adenoma 14/15; 1 caso de hiperplasia por NEM 1) y hubo normocalcemia al alta.

CONCLUSIONES

En Chile, en pacientes referidos a cirugía por HPT 1°, la localización ectópica de paratiroides ocurre aproximadamente en el 4,0% y debe ser sospechada en HPT 1° sintomático aún sin cirugía cervical previa. En el 40% la ubicación ectópica paratiroidea es extracervical. El uso de PTH intraoperatoria fue exitoso en predecir curación quirúrgica del HPT 1° ectópico.

(421) PRESENTACIÓN CLÍNICA Y PREVALENCIA DE ADENOMA DE CÉLULAS BASALES EN TUMORES DE PARÓTIDA. EXPERIENCIA EN HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE.

Patricio Cabané Toledo, Patricio Gac Espinoza, Francisco Javier Rodríguez Moreno, Natalia Farias Gonzalez, Marcelo Pereira Peralta, Jaime Antonio Vasquez Yanez, Freddy Alejandro Ferreira Camacho

Hospital Clínico U. de Chile. Departamento de Cirugía.

INTRODUCCIÓN

Los tumores de parótida son benignos en la mayoría de los casos (80%). Dentro de éstos se encuentra el Adenoma de células basales, tumor raro de glándulas salivares, cuya localización más frecuente es la glándula parótida (74%). Considerado de baja malignidad, alta tasa de recurrencia y buen pronóstico. Más frecuente entre los 50 y 70 años. Se presenta habitualmente como tumor único, de crecimiento lento, bien definido y, generalmente, menor de 3 cm de diámetro.

OBJETIVOS

Caracterizar la presentación clínica y determinar la prevalencia de Adenoma de células basales en las parotidectomías realizadas en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, durante los años 2005-2014.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional descriptivo, de 157 pacientes intervenidos en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile durante el período 2005-2014. Se revisaron fichas clínicas y resultados anatomopatológicos, a fin de evaluar presentación clínica y prevalencia de Adenoma de células basales. Los resultados se presentan como porcentaje.

RESULTADOS

Durante los años 2005 al 2014, se realizaron 157 Parotidectomías en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. De los casos analizados, sólo 3 pacientes presentaron como diagnóstico Adenoma de células basales, lo que representa una prevalencia de 1,9%. Se trató de dos pacientes de sexo femenino y uno masculino. Edad promedio 54 años (46-68 años). En los tres casos, el paciente consultó por aumento de volumen parotídeo derecho (100%).

Con un tiempo de evolución de 1-12 meses, tamaño 1,5-3 cm. Al examen físico, todos correspondían a un nódulo único, de consistencia firme, sin compromiso nervioso ni ganglionar. Se les realizó parotidectomía suprafacial con biopsia contemporánea. Evolucionaron sin inconvenientes.

CONCLUSIONES

La prevalencia de Adenoma de células basales observada en el HCUCH concuerda con lo descrito en la literatura disponible. Presentando similitudes en la forma de presentación y evolución posterior al tratamiento, respecto del resto de tumores benignos de parótida.

(574) CIRUGÍA MICROGRÁFICA DE MOHS: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 128 PACIENTES EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO ENTRE LOS AÑOS 2005-2014

Gustavo Vial Ovalle, Gonzalo Andrés Guíñez Robertson, Víctor Salazar Pierotic, Juan Carlos Aguayo Romero, Hugo Eduardo Rojas Pineda, Felipe Alejandro Contreras Vergara, Cristian Andrés Cortés Valdenegro, Raúl Eduardo Ares Mora, Mauro Bernardello Ureta

Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón). Cirugía de Cabeza y Cuello. Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo.

INTRODUCCIÓN

La Cirugía Micrográfica de Mohs (CMM) es una técnica creada por Frederick E. Mohs en 1930. Esta técnica fue validada principalmente en tumores basocelulares y espinocelulares con lo cual se logró disminuir la tasa de recidiva y mejorar los resultados cosméticos. Sus principales ventajas son bordes libres de enfermedad, ahorro de tejido sano, costo efectividad y menor tasa de recidiva. Sus principales indicaciones son tumores ubicados en zonas complejas y con características que aumentan su agresividad.

OBJETIVOS

Evaluar la factibilidad del desarrollo de la técnica de Mohs en un hospital público, analizando variables demográficas, resultados y recidiva.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte retrospectivo de las CMM realizadas en el Hospital Padre Hurtado entre los años 2005-2014.

Para dicho efecto se revisaron fichas clínicas, protocolos operatorios, exámenes de laboratorio y biopsias. Se realizó estadística descriptiva de las variables: edad, sexo, diagnóstico, localización, tiempo operatorio, número de ampliaciones, tipo de reparación y recidiva y estadística analítica evaluando factores de riesgo de recidiva.

RESULTADOS

El número total de pacientes sometidos a CMM fue 127, 59 (47%) hombres y 68 (53%) mujeres, la media de edad fue 69 años. Los tumores basocelulares fueron 113 (89%), mientras que 14 (11%) fueron espinocelulares. La principal localización fue nasal en el 36% de los casos. El tiempo operatorio promedio fue 134 minutos. La media de necesidad de ampliación fue de 0.5. Los tipos de reparación fueron 61 (48%) colgajos, 53 (41,8%) sutura primaria, 6 (4,7%) colgajo más sutura primaria, 6 (4,7%) segunda intención y 1 (0,8%) por segunda intención más colgajo. El porcentaje de recidiva fue de 1.5%.

CONCLUSIONES

La CMM es una técnica factible de realizar en un Hospital Público nacional con resultados quirúrgicos y de recidiva similares a lo expuesto en la literatura internacional.

(658) MANEJO DEL TRAUMA CERVICAL PENETRANTE EN EL PABELLÓN DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE SANTIAGO

Jaime Antonio Vasquez Yanez, Marcelo Pereira Peralta, Daniel Perdomo Gainza, Maura Olea Andreani, Patricio Gac Espinoza, Javier Hurtado Sejas, Luis Verdugo Montenegro

Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia). Urgencia. Departamento de Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

El trauma cervical penetrante de cuello corresponde al 5-10% de los ingresos de traumatismos en la urgencia, teniendo una mortalidad del 0-11%. Afectan mayormente a varones por agresiones físicas.

OBJETIVOS

Reportar la experiencia local del manejo quirúrgico, lesiones mas frecuentes, mecanismos, morbilidades y mortalidad postquirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODO

Es una serie de casos de tipo descriptivo y observacional de los pacientes operados por trauma cervical penetrante en el Hospital San José de Santiago durante los años 2009 y 2014. Se excluyeron a pacientes con traumas contuso y lesiones de columna cervical.

RESULTADOS

Se analizaron 30 pacientes con trauma cervical que requirieron cirugía. El 96% correspondieron a varones, con una edad promedio de 32,6 años. El 80% de las lesiones correspondieron a arma blanca. El resto corresponde a lesiones por bala (10%), accidente de tránsito (6,6%) y mordedura de animal (3,3%). La mayoría de las lesiones correspondieron a la zona II con un 76%. La indicación de cirugía correspondió a signos duros de lesión vascular.

Las lesiones observadas en la muestra fueron: 20% vía área principalmente en tráquea, 50% a lesiones vasculares que en su mayoría correspondió a la vena yugular externa, 26,6% pacientes con lesiones musculares y 3,3% a lesiones neurológicas (lesión de nervio recurrente izquierdo).

El tiempo operatorio fue de 91 minutos (min 22- max 380), con un tiempo promedio de observación al ingreso de 223 min (min 20- max 1440) y con un promedio de 7,3 días de estadía postoperatoria. Dentro de las morbilidades postoperatorias encontramos 6,6% accidentes vasculares isquémicos por lesión carotídea, 6,6% sepsis de foco pulmonar. La mortalidad ocurrió en 1 paciente (3,3%) por AVE extenso asociado a falla renal.

CONCLUSIONES

El trauma cervical penetrante es poco frecuente y usualmente requiere cirugía cuando existen signos de alarma, mostrando buenos resultados quirúrgicos en nuestro Servicio de Urgencia.

(685) CÁNCER DE PARATIROIDES EN HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO. REPORTE DE 10 CASOS.

Jaime Antonio Vasquez Yanez, Marcelo Pereira Peralta, Isabel Arratia Severino, Patricio Gac Espinoza, Francisco Javier Rodriguez Moreno, Patricio Cabané Toledo

Hospital Clínico U. de Chile. Departamento de Cirugía.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de paratiroides es una neoplasia endocrina rara <1% en Hiperparatiroidismo primario (HPT). Habitualmente presentan hipercalcemia sintomática y PTH muy elevada. La cirugía es el tratamiento primario.

OBJETIVOS

Reportar la experiencia local del manejo de cáncer de paratiroides.

MATERIAL Y MÉTODO

Serie de 10 casos con biopsia y clínica de cáncer de paratiroides (2001-2013). Se registra estudio bioquímico perioperatorio, morbilidad, mortalidad. Se reportan datos como promedio y desviación estándar. Análisis estadístico con t-student considerando un $p < 0,05$ como significativo.

RESULTADOS

De 198 casos de HPT operados, se diagnosticó 10 cáncer de paratiroides (5%). La edad promedio fue de 59,8 /-17 años, 6 mujeres y 4 hombres. La calcemia preoperatoria fue 12,7 /- 1,25 mg/dl y la PTH preoperatoria 857 /- 726 pg/ml. Al comparar los pacientes operados de hiperparatiroidismo primario sin cáncer, se obtiene una diferencia significativa para valores de calcemia preoperatoria y PTH preoperatoria ($p < 0,05$). La cirugía mínima correspondió a resección tumoral más lobectomía tiroidea ipsilateral. Los valores de PTH rápida intraoperatoria promedio fue: basal de 815 /- 706 pg/mL, y a los 30 minutos de 38,8 /- 16,3 pg/mL. La calcemia postoperatoria promedio 9,75 /- 1,65 mg/dl. El tamaño tumoral promedio es de 2,43 /- 1,3 cm. Un paciente presentó neumonía postoperatoria y otro presentó paresia de cuerdas vocales transitoria. Sólo un paciente fallece por Tromboembolismo pulmonar asociado a otra neoplasia. Dos pacientes recibieron Radioterapia postoperatoria. No existe recurrencia, ni mortalidad específica en esta serie.

CONCLUSIONES

La presencia de síntomas, calcemia y PTH sobre valores habituales debe hacer sospechar cáncer como causa de HPT primario. La mayor prevalencia presentada probablemente está dada por ser centro de referencia de casos complejos. La cirugía es efectiva en lograr curación bioquímica del cáncer de paratiroides.

(736) TUMOR DE PARÓTIDA: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE 157 CASOS CONSECUTIVOS EN 8 AÑOS.

Patricio Cabané Toledo, Patricio Gac Espinoza, Francisco Javier Rodriguez Moreno, Ramon Gonzalo Cardemil Herrera, Marcelo Pereira Peralta, Jaime Antonio Vasquez Yanez, Daniel Alejandro Riquelme Tapia, Bruno Héctor Toro Escobar.

Hospital Clínico U. de Chile. DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA

INTRODUCCIÓN

Los tumores de parótida (80% de los tumores de glándulas salivales) son la mayoría benignos. Generalmente presentan aumento de volumen de lento crecimiento, con indicación quirúrgica por riesgo de transformación.

OBJETIVOS

Describir epidemiología, presentación clínica y tratamiento quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, con registro prospectivo de 157 pacientes intervenidos en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile durante el período 2005-2014. Se presentan promedio y porcentaje.

RESULTADOS

Durante 2005 - 2014 se realizaron 157 Parotidectomías en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Un 62 % mujeres. Edad promedio de 44,8 años (15-79). Todos consultaron por aumento de volumen preauricular. Presentaron dolor el 9,7 %. 11 pacientes tenían recidiva de tumor parotídeo operado. El tiempo de evolución preoperatorio fue de 3,2 años. Se realizó estudio con ecografía (60%) y Tomografía Axial Computada (40 %). Se realizó Parotidectomía Suprafacial (60%), Parotidectomía Total con preservación del nervio facial (26%), Parotidectomía Radical (4%) y Enucleación en el 10%. Hubo 11 disecciones ganglionares por sospecha/confirmación de tumor maligno en la biopsia contemporánea. Tiempo operatorio promedio de 140 min. Observamos parálisis facial transitoria en 18 % de los pacientes (4% definitiva , cirugía radical). Fístula salival autolimitada en 1,2%, infección de herida operatoria en 0,6 % y hematoma en 3,5 % de los casos. Durante el seguimiento se registró 7 casos de Síndrome de Frei (4,5%), de aparición tardía (8 meses).

En el 94% de los tumores de parótida se obtuvo un diagnóstico de histología benigna. El tumor benigno más frecuente es el Adenoma Pleomorfo o tumor mixto (60%), el tumor de Warthin se diagnóstico en el 8% de los casos.

CONCLUSIONES

El tratamiento quirúrgico estandarizado en centros de alto volumen permite baja morbilidad operatoria. Se describe tiempo de evolución y prevalencia de tumores habitual.

(738) HIPERTIROIDISMO POST RADIOYODO, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Nicolás Rojas Fernández, Juan Francisco Allamand Turner, Felipe Alejandro Contreras Vergara, Cristian Andrés Cortés Valdenegro, Veronica Mariani Martin, Hugo Eduardo Rojas Pineda, Hernán Pablo Tala Jury, Fernando Andrés Osorio Gonnet, Marta Sofía Castro du Plessis, Daira Marco XX

Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón). Departamento de Cirugía Cirugía de Cabeza y Cuello.

INTRODUCCIÓN

Se ha sugerido que el tratamiento con yodo radioactivo puede ser causa de un hiperparatiroidismo primario.

Existen varios estudios en donde se describe la aparición de esta patología en pacientes sometidos a este tratamiento, pero ninguno con una base estadística sólida que permita afirmarlo con claridad.

Es por lo anterior y dado la baja incidencia de esta entidad, que reportamos este caso de hiperparatiroidismo post radioyodo, con aparición precoz a lo descrito por la literatura.

OBJETIVOS

Reportar un caso clínico de un hiperparatiroidismo constatado post tratamiento con radioyodo, y discutir acerca de esta entidad clínica (epidemiología, presentación clínica, estudio, tratamiento y pronóstico).

MATERIAL Y MÉTODO

Posterior a consentimiento informado, se presenta el caso de una mujer de 62 años sometida a tratamiento con radioyodo por enfermedad de Basedow Graves sintomática, y que durante sus controles endocrinológicos debuta con un hiperparatiroidismo. Se realiza una revisión sistemática de la literatura sin meta-análisis.

RESULTADOS

Se reporta la aparición de hiperplasia de una paratiroides con su consecuente hiperparatiroidismo, como hecho cronológico posterior a un tratamiento con radioyodo. Se describe esta entidad clínica en su aspecto epidemiológico, manifestaciones clínicas, estudio, tratamiento y pronóstico.

CONCLUSIONES

Pese a ser una entidad rara, cuando existe un aumento de la calcemia en los pacientes tratados con radioyodo, se debe sospechar la aparición de un hiperparatiroidismo por hiperplasia celular inducida por este mismo.

Pese a esto tenemos claro que dado el amplio uso de este tratamiento, este caso reportado pudiese corresponder solo a una coincidencia estadística.

Seccional: Cirugía General

(76) RESULTADOS A TRES AÑOS DE LA TERAPIA DE ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA DEL ESFÍNTER ESOFÁGICO INFERIOR (TEE-EEI) COMO TRATAMIENTO DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Leonardo Rodríguez Grunert CCO (*), Pablo Becerra Hobel CCO, Susan Crettier Cadiz CCO, Manoel Galvao Neto, Beatriz Gómez Parada CCO, Oscar Isla Alonso CCO, Florencia Lamas Undurraga CCO, Patricia Rodríguez Alliende CCO

Clinica Indisa. - "CCO: Centro Clínico de la Obesidad, Diabetes y Reflujo", Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

El 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 TEE-EEI podría tener lugar en las alternativas terapéuticas de este grupo de pacientes.

OBJETIVOS

Evaluar la seguridad y efectividad de la estimulación eléctrica a largo plazo del EEI en pacientes con RGE crónico.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio no randomizado, de tipo prospectivo de eficacia. Criterios de inclusión: tener al menos respuesta parcial a Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP), con resultado ≥ 20 puntos sobre cuestionario HRQL (calidad de vida), pH < 4 por $> 5\%$ en pHmetría de 24 horas, hernia hiatal ≥ 3 cm, y esofagitis \geq Grado C LA. Se implantó vía Laparoscopia un electrodo bipolar y un generador de impulsos. Se estimuló a 20Hz, 220usec, 3-8mA durante 30 minutos en 6-12 sesiones. Las variables evaluadas: cuestionarios HRQL, pHmetría, Endoscopia y diario de síntomas.

RESULTADOS

Se implantaron 25 pacientes (edad: 53 ± 12 ; hombres:14). 23 cumplieron su seguimiento a 1 año, 21 a 2 años y 15 a 3 años. A 3 años se mantiene una significativa mejora en el promedio de HRQL (24 v/s 1) y en el promedio de la exposición ácida en el esófago distal en pHmetría de 24 hrs. (10.1 v/s 3). El 73% de los pacientes presentaron normalización o mantención de la exposición ácida en esófago distal. Solo un paciente continúa usando IBP de forma regular según diario de síntomas. No se reportaron eventos adversos no anticipados.

CONCLUSIONES

TEE-EEI es segura y efectiva para el tratamiento del RGE a 3 años. Se mantienen los resultados a 2 y 3 años de mejora significativa y sostenida de síntomas, disminución de la exposición ácida y reducción del uso de IBP.

(117) NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA DEL DONANTE VIVO: EXPERIENCIA ACOMULADA DE 108 CASOS CONSECUTIVOS.

Pablo Perez Castro (*), Felipe Castillo Henriquez, Pablo Alarcon Torres, Daniel Donoso Pizarro, Carlos Matus Floody, Jorge Aquiló Martínez

Universidad de Chile. Departamento de Cirugía Sur, Universidad de Chile, Hospital Barros Luco-Trudeau.

INTRODUCCIÓN

El año 1998 en el HBLT se realiza la primera Nefrectomía Laparoscópica del Donante Vivo (NLDV) en forma exitosa. La NLDV se considera un procedimiento seguro que se asocia a menores tasas de morbilidad y que pretende aumentar la tasa de donantes vivos, disminuyendo al mínimo las complicaciones en pacientes electivos, a su vez maximizando la sobrevida del injerto en el paciente trasplantado.

OBJETIVOS

Describir la casuística acumulada de Nefrectomía Laparoscópica Donante Vivo en el HBLT al año 2014.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo de corte transversal, se revisan datos procedentes de fichas clínicas del programa de trasplantes del Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) del HBLT. Datos analizados mediante Microsoft Excel 2010.

RESULTADOS

Se revisan 108 casos. Dispersión equitativa entre géneros. Promedio de edad 41,3 años, nefrectomía izquierda en un 80% de los casos. Duración promedio de la cirugía de 112 minutos. Promedio de 1,3 días de hospitalización. Se observa un 7,4% de incidentes intraoperatorios y un 2,7% de complicaciones perioperatorias. Tasa de conversión de un 2,7%, principalmente debido a lesiones vasculares complejas. Complicaciones asociadas a injerto en un 3,7% de los receptores. **CONCLUSIONES**

Se presenta actualización de casuística de centro pionero en lo que respecta la realización de NLDV. Es un procedimiento seguro, con baja tasa de complicaciones tanto para el donante como para el receptor. Los datos locales son similares a otras series reportadas en la literatura.

(177) COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA EN HOSPITAL CARLOS CISTERNAS DE CALAMA.

Patricio Toro Erbetta (), Ivan Orlando Vergara Huerta, Marcela Paz Alvarez Pizarro, Rodrigo Hermeregildo Valenzuela González, Carmen Jimena Torrijos Carrasco, Petre Radich Galleguillos, Valentina Caballero González*

Hospital Dr. Carlos Cisternas (Calama). Servicio de Cirugía.

INTRODUCCIÓN

La colecistectomía laparoscópica (CL) se practica en HCCC desde año 1996, estableciéndose como el procedimiento de elección de la patología litiasica biliar

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia en CL y mostrar el perfil del paciente al que nos enfrentamos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo de 573 CL, realizadas en el HCCC entre Enero 2009 a Junio 2014. La base de datos fue obtenida de registro informático de Servicio de Pabellones, revisión de Fichas Clínicas y Protocolos Operatorios, análisis mediante los programa Excel y Epi-Info 6.

RESULTADOS

De 1288 colecistectomías realizadas ,573 (44,8%) fueron CL, el 83,7% pacientes de sexo femenino, edad promedio 44,2 años, el 43,5% del total eran beneficiarios GES (entre 35 y 49 años).Estadía promedio postoperatoria 1,74 días (1-20), se observó 4 pacientes (0,7%) con complicaciones derivadas de la cirugía ,3 lesiones de vía biliar (0,53%) y 1 lesión intestinal (0,17%), no encontrando mortalidad en esta serie. Se realizó conversión a cirugía abierta en 27 pacientes (4,8%).Se re-operó a 5 pacientes (0,88%), en un paciente revisión laparoscópica, en otros 3 pacientes laparotomía exploradora con coledocorrafia o sutura intestinal. 22 de las 474 mujeres intervenidas (4,6%) estaban cursando embarazo (entre 13 y 29 semanas), evolucionando sin complicaciones. Del total, 32 pacientes (5,65%) presentó asociado cuadro de Pancreatitis Aguda Biliar, en 22 (62,5%) se realizó CL en la misma hospitalización. De total, 84 pacientes (14,9%) presentó Colecistitis aguda y 4 (0,7%) Pólipo vesicular.

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia, la CL ha demostrado ser un tratamiento seguro y efectivo en los pacientes con patología biliar benigna atendidos en el HCCC, operando actualmente con esta técnica al 75% de los pacientes. Y a pesar de trabajar en un Hospital de mediana complejidad y en provincia, nuestros resultados son comparables a distintas series nacionales e internacionales.

(178) OXIURIASIS APENDICULAR EN LA ZONA NORTE: HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA, PERIODO 2010-2014.

Nicolás Drolett San Francisco (), Marcelo Zamorano Díaz, Javier Labbe Zuniga, Manuel Quiroz Flores, Hans Urquhart Carreo, Carlos Guerrero Cárcamo, Francisco Leppe Jenkin, Jorge Parada Escobar*

Hospital Dr. Leonardo Guzmán (Antofagasta). Unidad de Anatomía Patológica Servicio de Cirugía

INTRODUCCIÓN

La presencia de *Enterobius vermicularis* (EV) u oxiurio en el lumen cecal es causa infrecuente de apendicitis aguda. Los estudios en Chile de EV como causa de apendicitis aguda son escasos, no existiendo ninguna cifra en el norte de nuestro país.

OBJETIVOS

Nuestro objetivo es determinar la prevalencia y características clínicas de EV como causa de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Antofagasta (HRA).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio serie de casos, retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda en el HRA, en los que se confirmó histopatológicamente la etiología por EV. El periodo de estudio incluyó desde el año 2010 hasta el 2014. Excluimos a los pacientes con presencia de EV sin confirmación histopatológica de apendicitis aguda. Se estudiaron las siguientes variables: presentación clínica, diagnóstico clínico e histopatológico, y laboratorio. Los datos fueron analizados con estadística descriptiva mediante el software Epi-Info 7.

RESULTADOS

Se hallaron 18(0,69%) pacientes con EV entre 2.583 apendicetomías, de los cuales el 72,3% eran hombres y 27,7% mujeres. El grupo etario de mayor frecuencia fue de 6-10 años, siendo el 68% < 18 años. Ningún paciente tenía antecedentes de oxiuriasis. La presentación prevalente fue dolor en fosa iliaca derecha con un 72,3%. El 66% presentó vómitos y el 5,5% diarrea. Hubo fiebre en 10 pacientes y el 50% presentaba una diferencia de temperatura rectal-axilar mayor a un grado. 16(88,8%) pacientes presentaron leucocitosis promediando 14.577 leucocitos/mm³. El hematocrito se altero en 4(22,2%) pacientes mientras que la hemoglobina se altero en 8(44,4%).

El diagnóstico clínico fue apendicitis aguda en un 100%, confirmandose histopatológicamente. Se encontró una apendicitis aguda edematosa en 16(88,8%) pacientes, el resto se presentó como apendicitis aguda flegmonosa.

CONCLUSIONES

La prevalencia fue del 0,69% estando por debajo de las cifras evidenciadas en el sur de Chile, no obstante, las características demográficas y clínicas fueron similares.

(182) COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA EN EMBARAZADAS EN HOSPITAL CARLOS CISTERNAS DE CALAMA (HCCC).

Carmen Jimena Torrijos Carrasco (), Patricio Toro Erbeta, Iván Orlando Vergara Huerta, Rodrigo Hermeregildo Valenzuela González, Marcela Paz Alvarez Pizarro, Petre Radich Galleguillos, Valentina Caballero Gonzalez*

Hospital Dr. Carlos Cisternas (Calama). Servicio de Cirugía

INTRODUCCIÓN

La patología biliar aguda es una de las principales causas de intervención quirúrgica durante el embarazo, pudiendo provocar complicaciones si no es manejada adecuadamente, se analizan resultados de 22 pacientes embarazadas sometidas a Colectomía Laparoscópica (CL) en HCCC.

OBJETIVOS

El objetivo principal es conocer el resultado de manejo de patología biliar en embarazadas a través de CL en HCCC, determinar las indicaciones quirúrgicas, complicaciones, efectos sobre el curso del embarazo y condiciones del RN

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó estudio descriptivo retrospectivo del total de pacientes embarazadas operadas de CL en Hospital Carlos Cisternas de Calama (HCCC) entre Enero 2009 a Julio 2014. Datos obtenidos de registro informático de Pabellones, revisión de Fichas Clínicas y Protocolos Operatorios, y se analizó mediante los programa Excel y Epi-Info 6.

RESULTADOS

Total de pacientes 22, que corresponde al 4,6% del total de mujeres operadas de CL en dicho período, una paciente aún no presenta parto y dos partos fueron en clínica privada. La principal indicación quirúrgica fue Colecistitis aguda (45%) y Cólico Biliar refractario (30%). Una paciente (4,3%) se asoció a Pancreatitis aguda. La edad gestacional promedio al momento quirúrgico fue de 20,5 semanas (rango entre 13 y 29 semanas). Se convirtió a técnica abierta en una paciente (4,3%) por dificultades técnicas, estadía post operatoria promedio 2,8 días, no se observaron complicaciones, re operaciones ni mortalidad en esta serie. Se presentó 4,3% de parto prematuro, correspondiendo a una paciente sin control de su embarazo, peso promedio RN 3.156 gr (975 gr -3975 gr), Talla 48 cm promedio (36 cm -53 cm), 63% nacidos por parto vaginal, con 38,3 semanas promedio de gestación, sin mortalidad.

CONCLUSIONES

La CL es una técnica quirúrgica segura durante el embarazo, practicada bajo protocolos claros de indicación y manejo, por un equipo quirúrgico calificado y entrenado.

(186) MORBILIDAD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA. SERIE DE CASOS.

Julio Figueroa, Carlos Manterola, Andrés Maira, Misly Risco, Alexis Vidal.

Servicio de Cirugía Hospital de Puerto Montt. Universidad San Sebastián. Programa de Magíster en Ciencias, mención Cirugía, Universidad de La Frontera. Centro de Excelencia en estudios Morfológicos y Quirúrgicos (CEMyQ), Universidad de La Frontera. Centro de Investigación en Ciencias Biomédicas, Universidad Autónoma de Chile. Cirujano Infantil Hospital de Puerto Montt. Becada de Pediatría Interno Medicina

INTRODUCCIÓN

La colelitiasis es un enfermedad prevalente e incidente en Chile; por ende, existe suficiente evidencia respecto de los resultados de la colecistectomía en población adulta; sin embargo, la información en población pediátrica es escasa.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio, es reportar los resultados de una serie de pacientes pediátricos, intervenidos quirúrgicamente por colelitiasis, en términos de morbilidad postoperatoria (MPO).

MATERIAL Y MÉTODO

Serie de casos retrospectiva. Se incluyeron todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía del Hospital de Puerto Montt, Chile; en el período 2004 y 2013. Todos los pacientes fueron operados con vía laparoscópica. La variable resultado fue

MPO. Otras variables de interés fueron causa de consulta, coexistencia de coledocolitiasis, enfermedades concomitantes, carácter de la cirugía, estancia hospitalaria y mortalidad. Se utilizó estadística descriptiva con cálculo de porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión.

RESULTADOS

Se intervinieron 71 pacientes, con una mediana de edad de 13 años; con un 84,5% de sexo femenino. La MPO fue de 1,4% (un caso de hemoperitoneo que requirió reoperación; Dindo-Clavien IIIb). La causa de consulta más frecuente fue el cólico biliar (95,8% de los casos). Se determinó coexistencia de coledocolitiasis en 6 casos (8,5%). La enfermedad concomitante más frecuente fue microesferocitosis familiar (4 casos; 5,6%). La cirugía fue electiva en 62 pacientes (87,3%). La mediana de la estancia hospitalaria fue de 2 días y no se reporta mortalidad.

CONCLUSIONES

Los resultados observados son comparables con los de otras series de colecistectomía laparoscópica en pacientes pediátricos.

(196) NEOPLASIAS MALIGNAS DE VESÍCULA BILIAR EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA: ESTUDIO ANATOMO-CLÍNICO DE 4 AÑOS.

Nicolás Drolett San Francisco (), Marcelo Zamorano Díaz, Javier Labbe Zuniga, Hans Urquhart Carreo, Hector Olguin Aguirre, Carlos Guerrero Càrcamo, Francisco Lepe Jenkin, Jorge Parada Escobar*

Hospital Dr. Leonardo Guzmán (Antofagasta). Unidad de Anatomía patológica y Servicio de Cirugía

INTRODUCCIÓN

Antofagasta es la ciudad con los índices de cáncer más altos de Chile, no obstante, registra baja prevalencia de neoplasias malignas de vesícula biliar (NVB).

OBJETIVOS

Analizar las características anatómo-clínicas de las NVB en el Hospital Regional de Antofagasta (HRA).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de serie de casos, retrospectiva. Incluimos pacientes con diagnóstico de NVB entre colecistectomizados en el HRA durante el periodo 2010- 2014. Se excluyeron neoplasias secundarias. Estudiamos características clínicas, laboratorio, anatomopatológicas y sobrevida a 1 y 2 años. Los datos se analizaron con estadística descriptiva y la sobrevida mediante curvas Kaplan-Meier compararlos con la prueba de Log Rank.

RESULTADOS

Se pesquisaron 18(1,22%) casos de NVB en un total de 1.467 colecistectomías. El 55% de los pacientes fueron mujeres con una edad promedio de 62 años. El 69,2% se presentó con dolor en hipocondrio derecho, sospechándose tumor en un paciente. Hematocrito bajo se manifestó en el 71%. La cirugía con intenciones curativas se realizó en 2 pacientes, en los demás se realizó colecistectomía simple. El plan post-quirúrgico adoptado por la mayoría fue de cuidados paliativos y alivio del dolor. El 88 % correspondió a Adenocarcinomas tubulares, en el resto se encontró Carcinomas, siendo la mayoría de las neoplasias moderadamente diferenciadas. 10(88%) de las neoplasias infiltraba en todo el espesor de la pared. La invasión perineural fue la más frecuente en conjunto con la angiolímfatica. La sobrevida global al año fue de 50%, siendo significativamente mayor en los adenocarcinomas ($p<0,05$), todos los pacientes con carcinomas murieron el primer año; a los dos años la sobrevida global fue de 46%.

CONCLUSIONES

Se registró una prevalencia de 1,22% estando por debajo de la media nacional. El estudio histopatológicos es esencial para el diagnóstico de esta patología, teniendo muy bajos índices de sospecha clínica. Los pacientes con adenocarcinomas tuvieron un mejor pronóstico que los con carcinomas.

(197) REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA CONTINUACIÓN, SUSPENSIÓN Y REINICIO DEL ÁCIDO ACETILSALICÍLICO COMO PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EN CIRUGÍA MAYOR NO CARDIACA

Alberto Acevedo Fagalde, Gabriel García Piguillen, Mauricio Rivas Contreras ()*

Hospital Dr. Luis Tisné B. (Santiago, Peñalolén). Cirugía

INTRODUCCIÓN

El rol del ácido acetil salicílico en la prevención primaria y secundaria de eventos cardiovasculares se encuentra ampliamente documentado. La manutención ácido acetil salicílico previo y posterior a una cirugía mayor no cardíaca resulta controvertido respecto a las complicaciones hemorrágicas intra y post operatorias que su uso podría provocar.

OBJETIVOS

Describir y analizar la literatura disponible en la actualidad, respecto a la continuación o suspensión de la terapia con ácido acetilsalicílico como prevención cardiovascular en cirugía mayor no cardíaca que involucren “outcomes” como muerte, eventos cardiovasculares y sangrados.

MATERIAL Y MÉTODO

Se utilizó “pubmed” con los siguientes términos “mesh”: (((“Aspirin”[Mesh]) AND “Surgical Procedures, Operative”[Mesh]) NOT “Cardiac Surgical Procedures”[Mesh]) AND “Cardiovascular Diseases”[Mesh]. Se encontraron 1517 artículos. Al filtrar por “clinical trials” y menos de 10 años de publicación, quedaron en 150. Se analizaron aquellos que trataban directamente el uso de ácido acetilsalicílico de acuerdo a los objetivos.

RESULTADOS

La evidencia encontrada fue contradictoria. Desde las recomendaciones de la AHA hasta el estudio ESTRATAGEM, no era posible de hablar con seguridad de un estudio clínico randomizado que pudiese responder a nuestros objetivos. La reciente publicación del estudio POISE-2 fue aclaratoria. Previo a este estudio no existía un estudio clínico randomizado que comparase AAS y placebo en la búsqueda de eventos cardiovasculares y muerte, con suficiente poder estadístico. Este trabajo sugiere fuertemente que el uso de AAS en el periodo perioperatorio de cirugías no cardíacas no debiera indicarse dado que no existen diferencias en mortalidad y eventos cardiovasculares, y por el contrario, aumenta los eventos de sangrado mayor.

CONCLUSIONES

En los pacientes bajo tratamiento antiagregante como prevención primaria, parece adecuado seguir la recomendación de suspender la terapia entre 7 a 10 días previo a la cirugía. En los pacientes que utilizan este tratamiento como prevención secundaria, parece adecuado suspender el AAS 72 horas previo a la cirugía.

(209) NEOPLASIAS PRIMARIAS MALIGNAS DEL APÉNDICE CECAL: ESTUDIO COMPARATIVO DE 9 AÑOS ENTRE EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA Y VALDIVIA.

Manuel Quiroz Flores (), Marcelo Zamorano Díaz, Cristian Carrasco Lara, Nicolás Drolett San Francisco*

Hospital Dr. Leonardo Guzmán (Antofagasta). Cirugía general Anatomía Patológica.

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias malignas primarias del apéndice cecal son infrecuentes, generando un gran problema diagnóstico, evidenciándose la mayoría de las veces de forma incidental en el estudio histopatológico (EH).

OBJETIVOS

Nuestro objetivo es analizar y comparar las características epidemiológicas, clínicas, quirúrgicas e histológicas de las neoplasias malignas primarias apendiculares en dos hospitales regionales de alta prevalencia en cáncer.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo de serie de casos, se seleccionó pacientes con diagnóstico de neoplasia apendicular maligna en el Hospital Regional de Antofagasta (HRA) y Valdivia (HRV) entre 1998–2006, se excluyeron pacientes con neoplasias malignas secundarias. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva y Chi cuadrado.

RESULTADOS

En HRA se pesquisaron 15 (0,55%) casos de tumores malignos primarios en 2687 estudios histopatológicos, en HRV se encontraron 10 (0,20%) casos en 4939 EH. En HRA, 8 fueron en hombres y 7 en mujeres, con edad media de 30 años. En HRV fueron 1 y 9 respectivamente, con edad media de 37,4 años. El 93% y el 80% se presentaron como cuadro apendicular agudo respectivamente. La histopatología evidenció Tumor Neuroendocrino (NET) en 87% y 70% respectivamente, seguido por Linfoma no Hodgkin y adenocarcinoma. Se realizó estudio de extensión en 4 y 5 pacientes respectivamente, fallecieron 2 pacientes en cada centro.

CONCLUSIONES

En ambos centros la presentación clínica fue similar, el NET fue el más frecuente. La incidencia fue significativamente mayor en HRA $p < 0,05$. El estudio histopatológico rutinario del apéndice cecal es fundamental para el diagnóstico y posterior tratamiento.

(215) ANGIODISPLASIA DE INTESTINO DELGADO Y SU IMPORTANCIA EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN OSCURO.

Nasser Eluzen Gallardo (), Alvaro Tapia Vergara, Cristóbal Nazar Pizarro, Guillermo Sepúlveda Díaz*

Pontificia U. Católica de Chile.

INTRODUCCIÓN

Sólo 3-5% de los sangrados del tubo digestivo se ubican entre el Treitz y la válvula ileocecal, de estos, un 30 a 80 % son secundarias a angiodisplasia de intestino delgado. Esto las convierte en la causa más frecuente de hemorragia digestiva de origen oscuro, definida como sangrado gastrointestinal cuyo origen no puede identificarse mediante endoscopia digestiva alta o colonoscopia total. El diagnóstico y tratamiento de esta patología es complejo, y no está estandarizado.

OBJETIVOS

Destacar la importancia de esta patología en la hemorragia de origen oscuro.

MATERIAL Y MÉTODO

Caso-clínico

RESULTADOS

Paciente masculino de 35 años, sin antecedentes, consulta por melena de 3 meses de evolución. Se estudia con endoscopia digestiva alta y colonoscopia que resultan normales. Posteriormente, acude al servicio de urgencias del Hospital Regional de Talca luego de un episodio de lipotimia. Ingresa pálido y taquicárdico, con hematocrito de 14%. Una vez estabilizado, se solicita enteroclisia por TAC que informa una malformación arterio-venosa de yeyuno. Se realiza laparoscopia exploradora encontrando a 210 cms del Treitz una zona levemente solevantada, de 1 cm de diámetro. Se realizó una laparotomía de 3 cms exteriorizando la lesión y resecándola luego entero-entero anastomosis. El paciente evolucionó satisfactoriamente, alta al quinto día post operatorio, sin recurrencia del sangrado a 3 meses de seguimiento. La biopsia de la pieza informó angiodisplasia de intestino delgado.

CONCLUSIONES

Pese a las diferentes alternativas no quirúrgicas en el manejo de la hemorragia secundaria a angiodisplasia, creemos que el tratamiento quirúrgico es una alternativa que debe ser considerada tempranamente en el manejo de esta patología, debido a que permite el control definitivo de la hemorragia. El acceso laparoscópico debe ser el preferido ya que permite la inspección segura de toda la cavidad abdominal, realizar una enteroscopia intraoperatoria y tiene las ventajas ya conocidas de la cirugía mínimamente invasiva.

(248) DERIVACIÓN URINARIA TOTALMENTE INTRACORPÓREA DURANTE CISTECTOMIA RADICAL ROBÓTICA: EXPERIENCIA EN 23 PACIENTES

Octavio A Castillo Cadiz, Ivar Vidal Mora (), Andrés Siva Waissbluth, Arquímedes Rodríguez Carlin, Oscar Schatloff Bitran, Matías Poblete Mora*

Clínica Indisa. Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica

INTRODUCCIÓN

La asistencia robótica podría reducir la morbilidad de la cistectomía radical. Existen reportes iniciales, pero con resultados prometedores en relación a la técnica quirúrgica de cistectomía radical con asistencia robótica (CRAR) con derivación urinaria totalmente intracorpórea.

OBJETIVOS

Presentar los resultados en 23 pacientes en los que se realizó una cistectomía radical con derivación urinaria totalmente intracorpórea asistida por robot.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte retrospectivo. Entre Diciembre de 2010 y Mayo de 2012 hemos realizado 23 CRAR por carcinoma de células transicionales (CCT) invasor. La cistectomía, la disección linfática extendida y la derivación urinaria se realizaron por completo asistidas por robot, siguiendo los principios de la cirugía abierta y de manera totalmente intracorpórea. Se analizan variables demográficas, perioperatorias, complicaciones (de acuerdo al sistema de Clavien) y resultados funcionales. Se comparó las tasas de complicaciones con el test exacto de Fisher. Para el análisis estadístico se utilizó el programa Stata 13.

RESULTADOS

Todas las cirugías se realizaron sin necesidad de conversión. Se confeccionó un conducto ileal en 8 pacientes y una neovejiga ortotópica en 15 pacientes. El tiempo operatorio medio fue de 326 min (210-480). El tiempo medio de la derivación fue de 66 min. (58-88). El sangrado estimado medio fue de 280 cc (200-1000) y la estadía hospitalaria media fue de 14 días (10-37). Un total de 5 pacientes

(21.7%) presentaron complicaciones tempranas Clavien 3 o más. No existió mortalidad perioperatoria. El seguimiento medio fue de 16 meses (6-24). Hasta este momento 7 pacientes ha presentado recurrencia y 6 muerte.

CONCLUSIONES

La CRAR con reconstrucción urinaria totalmente intracorpórea es, en nuestra experiencia, una técnica compleja y con morbilidad elevada, probablemente reservada para centros con alto volumen de pacientes. Son necesarios estudios con mayor cantidad de pacientes y seguimiento más largo para evaluar la real validez de esta técnica.

(249) COMPARACIÓN PAREADA DE LOS RESULTADOS PERI OPERATORIOS DE NEFRECTOMÍA PARCIAL REALIZADA POR UN SOLO CIRUJANO LAPAROSCOPISTA VERSUS UNA COHORTE ROBÓTICA DE MÚLTIPLES CIRUJANOS.

Ivar Vidal Mora (), Octavio A Castillo Cadiz, Matías Poblete Mora, Arquímedes Rodríguez Carlin, Oscar Schatloff Bitran, Andrés Siva Waissbluth*

Clínica Indisa. Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica

INTRODUCCIÓN

La cirugía conservadora de nefronas con mínima invasión ha ganado popularidad para el manejo de masas renales pequeñas. Pocos grupos han evaluado la nefrectomía parcial robótica comparada con otras abordajes, usando un sistema estandarizado.

OBJETIVOS

Análisis pareado de un grupo heterogéneo de cirujanos que realizaron nefrectomía parcial asistida por robot y de un solo cirujano laparoscopista experimentado que realiza nefrectomía parcial laparoscópica convencional. Se compararon los resultados y las complicaciones perioperatorias.

MATERIAL Y MÉTODO

Evaluación prospectiva de 48 casos de nefrectomía parcial laparoscópica convencional y robótica desde enero 2007 hasta marzo 2013. Los grupos fueron pareados 1: 1 (24 pares) según el sistema de nefrometría RENAL (radio, naturaleza endófica / exofítica, cercanía del tumor al sistema de colector o sinusal, anterior / posterior, ubicación con respecto a las líneas polares), la edad del paciente y la naturaleza hilar del tumor. El análisis

RESULTADOS

El análisis pareado reveló que la puntuación de nefrometría, la edad, sexo, lado del tumor y la puntuación de Sociedad Americana de Anestesia fueron similares. El tiempo operatorio favoreció a la nefrectomía parcial laparoscópica convencional. La nefrectomía parcial robótica mostró mejoras significativas en la pérdida estimada de sangre y el tiempo de isquemia caliente en comparación con los pacientes del grupo de laparoscopia convencional. Las tasas de complicaciones postoperatorias y la distribución de complicaciones según Clavien, fueron similares para laparoscopia convencional y la nefrectomía parcial asistida por robot (41,7% y 35,0%, respectivamente).

CONCLUSIONES

La nefrectomía parcial asistida por robot tiene una curva de aprendizaje más rápida. Después de que se supera, los resultados de la cirugía robótica son similares a los resultados perioperatorios conseguidos con la nefrectomía parcial laparoscópica convencional realizada por un cirujano experimentado. La nefrectomía parcial asistida por robot probablemente mejora la accesibilidad del cirujano y del paciente a la cirugía mínimamente invasiva conservadora de nefronas.

(267) EXPERIENCIA DE IMPLEMENTACIÓN DE BASES DE DATOS PROSPECTIVAS EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DEL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE.

Stefan Danilla Enei, Carlos Domínguez Contreras (), Estefanía Enriquez Chiang, Susana Benítez Seguel, Cristian Erazo Cortés, Sergio Sepúlveda Pereira*

Universidad de Chile. Equipo de Cirugía Plástica.

INTRODUCCIÓN

El registro de datos y su análisis posterior han sido uno de los pilares del avance de las civilizaciones. El uso del método científico para desarrollar investigación clínica, requiere disponer de datos a analizar. Estos datos deben ser confiables y analizables, lo que presenta diversas dificultades en su colección, estandarización y sustentabilidad en el tiempo. A partir de enero del 2013 el equipo de cirugía plástica del Hospital clínico de la Universidad de Chile (HCUCH), implementó un sistema de registro prospectivo protocolizado de su actividad quirúrgica, con el objetivo de potenciar el desarrollo de la investigación clínica.

OBJETIVOS

Presentar la experiencia en el desarrollo e implementación de un sistema de registro prospectivo y protocolizado de la actividad quirúrgica, en el equipo de cirugía plástica del HCUCH.

MATERIAL Y MÉTODO

Proyecto de investigación clínico, basado en la implementación de una base de datos prospectiva que registra la actividad quirúrgica, del equipo de cirugía plástica del HCUCH desde enero 2013. Para cada intervención seleccionada, se definió variables socio-demográficas, estudio preoperatorio, quirúrgicas, complicaciones y variables resultado.

RESULTADOS

Dos modalidades para la recolección de datos han sido implementadas. Actualmente se registra 8 procedimientos, con 401 pacientes ingresados, 55,8% cirugía contorno corporal y 21,9% Aumento mamario. 9,4% sometido a cirugía múltiple. El porcentaje de llenado de datos es variable, en cirugía de contorno corporal se observa 66% en Antecedentes y 77% en datos Quirúrgicos. El número de publicaciones científicas asociadas a registro clínico ha aumentado desde 1(2012), 4(2013) y 6(2014).

CONCLUSIONES

La implementación de registros prospectivos es un proceso complejo pero fundamental en el desarrollo de investigación clínica. El desarrollo de herramientas para facilitar la recolección y estandarización de datos, disminuye la pérdida de información a la vez que permite aumentar la divulgación de resultados.

(278) PRESENTACIÓN Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL TUMOR PSEUDOPAPILAR DEL PÁNCREAS O TUMOR DE FRANTZ: SERIE DE CASOS DE LA IV REGIÓN DE CHILE

Javier Arcos Palominos (), Tatiana Fuentes Menares, Oriana Urbina Collao, Ramón Hermosilla Vásquez, Ramón Díaz Jara, Marcelo Beltrán Saavedra*

Hospital San Juan de Dios (La Serena). Servicio de Cirugía

INTRODUCCIÓN

El tumor sólido pseudopapilar del páncreas (TSP) es una neoplasia con bajo potencial maligno y crecimiento lento que se presenta en mujeres jóvenes. En Chile se han reportado 21 casos desde el año 2008, 18 de ellos tratados en instituciones de Santiago.

OBJETIVOS

Contribuir a la casuística nacional, describir la experiencia de la IV Región con el manejo de estos tumores en los últimos 10 años.

MATERIA Y METODO

Entre el mes de Enero 2004 y Marzo 2014 se informaron 38 biopsias de tumores pancreáticos benignos y malignos en la base de datos del Servicio de Patología Regional. Se seleccionaron las biopsias informadas como TSP, las que constituyen 5 casos (13%) y se revisaron las fichas clínicas en forma retrospectiva. Para el informe de los resultados se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión.

RESULTADOS

El promedio de edad fue 44,8 años, siendo la mayoría mujeres. Los pacientes fueron estudiados con ecografía abdominal, tomografía abdominal computarizada y resonancia magnética abdominal. En 2 pacientes el TSP se localizaba en la cola del páncreas, estos pacientes fueron sometidos a pancreatometomía distal con resección esplénica. En los otros 3 casos el TSP se encontraba en la cabeza del páncreas y fueron resueltos mediante pancreatoduodenectomía. El TSP fue confirmado por inmunohistoquímica en todos los casos. El comportamiento posterior de los TSP fue benigno en 4 casos y maligno en 1 caso.

CONCLUSIONES

Las características de los TSP en la IV Región son similares a las conocidas y presentan una alta incidencia comparada con lo habitualmente reportado, este hecho se debe seguramente a un sesgo secundario al número de resecciones pancreáticas consideradas factibles para tumores pancreáticos en nuestra Región.

(283) PRESENTACIÓN Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL TUMOR PSEUDOPAPILAR DEL PÁNCREAS O TUMOR DE FRANTZ: SERIE DE CASOS DE LA IV REGIÓN DE CHILE

Javier Arcos Palominos (), Ramón Hermosilla Vásquez, Tatiana Fuentes Menares, Marcelo Beltrán Saavedra*

Hospital San Juan de Dios (La Serena). Servicio de Cirugía

INTRODUCCIÓN

El tumor sólido pseudopapilar del páncreas (TSP) es una neoplasia con bajo potencial maligno y crecimiento lento que se presenta en mujeres jóvenes. En Chile se han reportado 21 casos desde el año 2008, 18 de ellos tratados en instituciones de Santiago.

OBJETIVOS

Contribuir a la casuística nacional, describir la experiencia de la IV Región con el manejo de estos tumores en los últimos 10 años.

MATERIAL Y MÉTODO

Entre el mes de Enero 2004 y Marzo 2014 se informaron 38 biopsias de tumores pancreáticos benignos y malignos en la base de datos del Servicio de Patología Regional. Se seleccionaron las biopsias informadas como TSP, las que constituyen 5 casos (13%) y se revisaron las fichas clínicas en forma retrospectiva. Para el informe de los resultados se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión.

RESULTADOS

El promedio de edad fue 44,8 años, siendo la mayoría mujeres. Los pacientes fueron estudiados con ecografía abdominal, tomografía abdominal computarizada y resonancia magnética abdominal. En 2 pacientes el TSP se localizaba en la cola del páncreas, estos pacientes fueron sometidos a pancreatectomía distal con resección esplénica. En los otros 3 casos el TSP se encontraba en la cabeza del páncreas y fueron resueltos mediante pancreatoduodenectomía. El TSP fue confirmado por inmunohistoquímica en todos los casos. El comportamiento posterior de los TSP fue benigno en 4 casos y maligno en 1 caso.

CONCLUSIONES

Las características de los TSP en la IV Región son similares a las conocidas y presentan una alta incidencia comparada con lo habitualmente reportado, este hecho se debe seguramente a un sesgo secundario al número de resecciones pancreáticas consideradas factibles para tumores pancreáticos en nuestra Región.

(285) EXPOSICIÓN QUIRÚRGICA EN PROGRAMA DE FORMACIÓN CIRUGÍA GENERAL UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO - CLÍNICA ALEMANA

Simón Guttmann Lagos (), Eduardo Mordojovich Zuniga, Joaquin Neufeld Sutherland, Pablo González Valenzuela, Hugo Eduardo Rojas Pineda*

Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón). Servicio de Cirugía

INTRODUCCIÓN

La enseñanza de la cirugía ha evolucionado en las últimas décadas. Pasando desde un modelo en que “el aprendiz” seguía a su maestro, a uno formal dictado por una universidad, con un programa definido con objetivos, temas y evaluaciones, todo asociado a una entidad externa que acredita el programa.

OBJETIVOS

Evaluar la exposición quirúrgica que adquieren los residentes de la Universidad del Desarrollo–Clínica Alemana (UDD-CAS). Como objetivos secundarios se pretende comparar el total de cirugías realizadas con los publicados por Consejo de Acreditación para la educación médica de posgrado de Estados Unidos (ACGME) y los requisitos sugeridos por la Sociedad de Cirujanos de Chile (SCCH). Asimismo evaluar el total de cirugías realizadas como primer cirujano en técnica abierta y laparoscópica.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, retrospectivo durante 2004-2010

RESULTADOS

Durante el programa de especialización en Cirugía General UDD-CAS, los residentes tienen un promedio de 481,5 cirugías como primer cirujano y 562,75 como ayudante. El total de cirugías bajo técnica abierta versus laparoscópica fue 120,5 vs 77,25. ACGME publica como procedimientos mínimos en los residentes de cirugía un total de 960,7 cirugías, sin embargo es necesario restar 259 procedimientos debido a que estos no son tradicionalmente realizados por cirujanos generales en Chile. Los requisitos sugeridos por la SCCH establecen un total de 293 procedimientos como primer cirujano y 614 procedimientos como ayudante.

CONCLUSIONES

Al comprar el programa CAS-UDD con ACGME y SCCH podemos concluir que la exposición quirúrgica de los becados es adecuada según estas instituciones. Consideramos que para avanzar en pos de mejorar el nivel, resulta necesario que el programa lleve un registro de procedimientos y también que éstos se publiquen y sean exigidos dentro del proceso de acreditación. Dado que la técnica laparoscópica está más disponible y posee variadas ventajas se considera importante que los becados tengan una mayor exposición en ésta.

(296) GIST ESOFÁGICO GIGANTE. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

Federico Hernández Fonseca, Felipe Castillo Henríquez (), Ricardo Cerda Segali, Rodrigo Abularach Cuellar, Pablo Pérez Castro, Valentina Valenzuela Rebolledo, Francisca Díaz Hormazabal*

Universidad de Chile. Departamento de Cirugía Sur, Hospital Barros Luco Trudeau

INTRODUCCIÓN

Los tumores gastrointestinales de origen estromal (GIST) son una entidad infrecuente, más aún los que asientan en el esófago.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es comunicar el caso de una paciente portadora de GIST esofágico, en el Hospital Barros Luco-Trudeau (HBLT).

MATERIAL Y MÉTODO

Reporte de caso clínico

RESULTADOS

-Información demográfica: Mujer, 50 años. -Motivo de consulta: Disfagia progresiva de 2 años de evolución asociado a baja de peso de 12 kilos aproximadamente. -Proceso diagnóstico: el estudio imagenológico (radiografía de tórax, radiografía esofago, estomago y duodeno y TC tórax) compatibles con tumor de origen esofágico de tercio medio inferior, en mediastino posterior. Se realizó endoscopia digestiva alta que informó lesión proliferante a los 20 cms. de la arcada dentaria de aspecto regular y mucosa sana -Intervención terapéutica: esofagectomía transtorácica con ascenso gástrico mediastínico y esófago-gastro anastomosis termino-lateral cervical. -Evolución: Post operatorio satisfactorio con alta hospitalaria a los 12 días. Biopsia definitiva informa tumor estromal con bajo índice proliferativo. Paciente no presenta signos de recidiva tumoral a los 11 años de seguimiento, sin tratamiento adyuvante.

CONCLUSIONES

El GIST esofágico es una entidad frecuente. La resección constituye el tratamiento primario y de elección.

(340) MORBILIDAD POST OPERATORIA EN ANASTOMOSIS ILEOCOLÓNICA.

Gonzalo Antonio Palominos Salas (), Richard Castillo Ramos, Darío Eduardo Palominos Salas, Manuel Cabrerías Seguro, Sebastian King Valenzuela, Nasser Eluzen Gallardo, Mónica Belén Martínez Mardones, Constanza Villalon Montenegro, Rodrigo Migueles Cocco, María Elena Molina Pezoa, Felipe Bellolio Roth, Álvaro Zúñiga Díaz, Gonzalo Ignacio Urrejola Schmied*

Pontificia U. Católica de Chile. Departamento Cirugía Digestiva

INTRODUCCIÓN

Es de interés clínico identificar de manera preoperatoria a pacientes con riesgo elevado de sufrir complicaciones.

OBJETIVOS

Evaluar factores asociados a morbilidad post operatorias en pacientes sometidos a anastomosis ileocolónicas.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cohorte retrospectivo, entre enero 2009 y mayo 2014. Se incluyeron pacientes operados en quienes se realizó sólo una anastomosis ileocolónica por cirugía resectiva. Se identificaron factores asociados a todas las complicaciones postoperatorias, complicaciones Clavien mayor o igual a 3 (clínicamente relevantes), filtraciones, reintervenciones y mortalidad post operatoria. La muestra está constituida por 222 pacientes. Se registraron datos demográficos, antecedentes, ASA, diagnóstico, perforación intestinal, procedimiento de urgencia o electivo, abordaje, tipo de anastomosis y tiempo operatorio. Análisis estadístico multivariado.

RESULTADOS

Edad de 64(15-95) años, mujeres 58.1%. La indicación quirúrgica fue neoplasia en 78.4% de los pacientes. ASA I, II y III fueron 28.8%, 52,7% y 18.5% respectivamente. La cirugía fue electiva en 74.4%, abiertas en 59.2%, con anastomosis manual 56,1%. El tiempo operatorio fue 150(40-420) minutos. El 21.2% tuvo complicaciones clínicamente relevantes. La reintervención (punción o reexploración quirúrgica) fue necesaria en 9.9%. Filtración se observó en 8.1%. Mortalidad 1.4%. En el análisis univariado resultó significativo para complicación clínica relevante, las variables: edad, ASA III, hipertensión arterial, enfermedad vascular sistémica y cirugía abierta. El análisis multivariado identificó como factores predictores independientes de complicación postoperatoria global a la edad, cirugía abierta y diagnóstico diferente a neoplasia. Predictores de complicación clínicamente relevante: edad, ASA III y cirugía abierta. El antecedente de tratamiento por otro cáncer y enfermedad autoinmune son factores predictores de filtración. La edad es predictor de reintervención. No se identificó predictores de mortalidad.

CONCLUSIONES

En este estudio, son factores predictores de morbilidad en resecciones con anastomosis ileocolónica: edad del paciente, antecedente de tratamiento por otro cáncer, presencia de enfermedad autoinmune, ASA, abordaje quirúrgico y diagnóstico preoperatorio.

(356) APOORTE DE LA CIRUGÍA PEDIÁTRICA A LA FORMACIÓN DE RESIDENTES DE CIRUGÍA GENERAL

Leonardo Parada Matus (*), Jorge Martínez Castillo, Cristobal Nazar Pizarro, Arnoldo Riquelme Pérez, Nancy Solís López, Margarita Pizarro Rojas, José Fernando Enrique Vuletin Solis, Alejandro Luis Zavala Busquets, Andrés Navarrete Hederra, Juan Carlos Pattillo Silva

Pontificia U. Católica de Chile. División de Cirugía Centro de Educación Médica Escuela de Medicina

INTRODUCCIÓN

Frente a los cambios que enfrenta la enseñanza quirúrgica en el año 2011 se incorporó al programa de residencia en Cirugía General (CG) de la Universidad Católica una rotación de un mes en Cirugía Pediátrica (CP).

OBJETIVOS

El objetivo de nuestra investigación es evaluar el aporte de esta rotación a la formación de los residentes y medir la percepción de su ambiente educacional (AE).

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un registro prospectivo y análisis estadístico descriptivo de los procedimientos quirúrgicos en los que participaron los residentes de CG durante su rotación en CP. Se aplicó la encuesta Postgraduate Hospital Educational Environment Measure - PHEEM para evaluación del AE de la rotación en CP y del programa de CG.

RESULTADOS

Entre abril de 2011 y julio de 2013, 22 de 27 residentes CG (81%) han rotado por CP. Los residentes han participado en 926 cirugías, realizando 567 (61,2%) de ellas como cirujano. El promedio de cirugías en las que participan los residentes durante el mes de rotación es de 42 ± 16 (16-83), realizando 26 ± 11 (14-55) como primer cirujano. Las cirugías más frecuentes fueron: apendicectomía (183; 56% laparoscópicas), circuncisiones (138) y hernioplastías inguinales (49). El AE de CG y de CP fueron positivos, siendo el AE de CP significativamente superior al de CG ($120,82 \pm 13,63$ vs $104,9 \pm 25,5$; $p=0,016$). Dentro de los aspectos positivos de la rotación por CP, destaca que los profesores clínicos son asequibles y entusiastas, y existe una atmósfera de mutuo respeto. Entre los aspectos por mejorar se encuentran: espacios físicos, ajuste de la actividad clínica a la etapa de formación y disponibilidad de tiempo protegido para actividades extracurriculares.

CONCLUSIONES

La CP contribuye a la formación de los residentes en CG dándoles la oportunidad de realizar procedimientos en un buen AE.

(386) COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA INGUINAL CON TRES TRÓCARES (COLIT): DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

Domingo Montalvo Vasquez (*), José Arturo Largacha Nuques

Hospital Dr. Juan Noé Crevanni.

INTRODUCCIÓN

La colecistectomía laparoscópica con cuatro trócares es la técnica de elección para patologías vesiculares litiasicas, sin embargo, se describen técnicas con menos puertos buscando mejores resultados.

OBJETIVOS

El objetivo es describir una técnica de colecistectomía laparoscópica con tres trócares, dos de ellos inguinales. Además determinar su factibilidad, seguridad y resultados cosméticos.

MATERIAL Y MÉTODO

Entre Julio 2013 y Mayo 2014 se operó una cohorte prospectiva de 60 pacientes con patologías vesiculares electivas. Se registraron datos demográficos y comorbilidades, analizando tiempo operatorio, complicaciones intra-operatorias, uso de trócar accesorio y dolor post-operatorio a las 24 horas evaluado con escala visual análoga (EVA). Las complicaciones post-operatorias se clasificaron según escala Clavien-Dindo. Se controlaron al 7º y 30º día post-operatorio, realizando una encuesta de satisfacción cosmética. Se utilizó el programa estadístico SPSS v.22. Se operó en posición francesa, utilizando un trócar umbilical de 10 mm, otro de 10 mm en región inguinal izquierda y un trócar de 5 mm en la derecha. Se utilizaron pinzas laparoscópicas de 35 cm y óptica de 10 mm de 300 por el trócar izquierdo. En algunos se utilizó un cuarto trócar epigástrico de 5 mm o un punto percutáneo al fondo vesicular.

RESULTADOS

Durante la cirugía se diagnosticaron 5 colecistitis agudas. El 81,7% fueron mujeres y el IMC promedio fue $27,07 \pm 3,60$. El 58,33% tenía cirugías abdominales previas. El tiempo operatorio promedio fue $37,8 \pm 11,81$ minutos, la estadía post-operatoria mediana fue $1,02 \pm 0,34$ días y el 5% requirió un 4º trócar epigástrico. El EVA post-operatorio promedio fue $1,93 \pm 1,07$. El 85% clasificó el resultado cosmético como "muy bueno" y el 15% como "bueno". No hubo complicaciones intra-operatorias, pero tuvimos un 25% de perforación vesicular accidental. Se registraron 2 complicaciones Grado I, un hematoma de pared y un seroma umbilical.

CONCLUSIONES

Este Abordaje Laparoscópico Inguinal con Tres trócares es una técnica factible, segura y con óptimos resultados cosméticos.

(428) ¿CUÁNTAS INTERVENCIONES REALIZAN LOS RESIDENTES DE UN PROGRAMA DE POST-TÍTULO DE CIRUGÍA GENERAL DE 3 AÑOS?

Richard Castillo Ramos (), Juan Alvarado Irigoyen, Cristóbal Maiz Hohlberg, Rodrigo Kusanovich Borquez, Eduardo Briceno Valenzuela, Alfonso Díaz Fernández, Jorge LLanos López, Alvaro Tapia Vergara, Eduardo García Munoz, Mauricio Gabrielli Nervi, Nicolás Jarufe Cassis, Felipe Bellolio Roth, Camilo Boza Wilson, Jorge Martínez Castillo*

Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva Facultad de Medicina

INTRODUCCIÓN

Se han definido objetivos mínimos para la formación de Cirujanos Generales (Hepp; 2008), pero no existen reportes actualizados que den cuenta del cumplimiento de los mismos.

OBJETIVOS

Realizar un análisis descriptivo de las intervenciones quirúrgicas que realizan los residentes del Programa de Cirugía General (PCG) de la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC).

MATERIAL Y MÉTODO

Se solicitó el registro de operaciones realizadas en rol de 1er cirujano a los 26 egresados entre 2012-2014 del PCG. Se recibieron registros completos de 21(89%) ex-residentes. Se realizó análisis descriptivo a partir de 10.102 operaciones realizadas durante sus 3 años de formación en la PUC. Se utilizó Chi-cuadrado para comparación de variables categóricas.

RESULTADOS

El promedio de intervenciones por residente fue 481(20% en 1er año). Las más frecuentes fueron (promedio por residente;porcentaje del total): colecistectomía laparoscópica (115;23,9%), apendicectomía clásica (89;18,6%), hernioplastia (43;9%), apendicectomía laparoscópica (34;7,1%) y colecistectomía clásica (25;5,1%). Operaciones de especialidades derivadas que más se realizaron: colectomías (12;2,4%); tiroidectomía/paratiroidectomía (9;1,9%), accesos vasculares (8;1,6%), toracotomía/VATS/esternotomía (5;1,1%) y cirugía de mama (4;0,9%). Un 53% de las intervenciones fueron de urgencia, observándose una inversión de la proporción electiva vs urgencia a lo largo de la formación (62vs.38% en 1ro y 34vs.66% en 3ro; $p<0.002$). De las intervenciones abdominales (promedio por residente:366), 58% fue por laparotomía y 42% por laparoscopia. Un 74% y 26% de todas las intervenciones se realizaron en centros de Santiago y regiones, respectivamente.

CONCLUSIONES

Los residentes de CG de la PUC logran completar un volumen considerable de intervenciones en rol de primer cirujano en 3 años de formación, superando las exigencias mínimas establecidas previamente. Una significativa proporción de intervenciones las realizan por vía laparoscópica, pese a la mayor curva de aprendizaje implicada. Se observa un alto porcentaje de intervenciones de urgencia, para lo cual ha sido clave el contar con centros clínicos en regiones.

(430) VARIABLES NUTRICIONALES PREOPERATORIAS Y MORBIMORTALIDAD EN CIRUGÍA DIGESTIVA ONCOLÓGICA.

Sergio Esteban Pacheco Santibanez, Claudio Canales Ferrada, Andrea Patricia Jiménez Aguilar ()*

Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez (Valparaíso). Servicio de Cirugía

INTRODUCCIÓN

La desnutrición se presenta en al menos un 40 a 50% de los pacientes hospitalizados y está asociada con un aumento de la morbimortalidad general. Específicamente en cirugía gastrointestinal la asociación entre desnutrición preoperatoria y efectos adversos ha sido extensamente estudiada, pues aumenta el riesgo de complicaciones médicas, quirúrgicas y la mortalidad.

OBJETIVOS

El objetivo del estudio es comparar las variables nutricionales con la morbimortalidad postoperatoria en cirugía digestiva oncológica.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo prospectivo de pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas por neoplasias malignas digestivas en el Hospital Eduardo Pereira entre Octubre de 2012 y Febrero de 2014. Se creó una base de datos en el software Filemaker Pro. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 15.0. Se utilizó prueba t de Student o U de Mann Whitney según correspondiera y se consideró significativo un valor de $p<0,05$.

RESULTADOS

Se estudiaron 182 pacientes con un promedio de edad de $65,7\pm 12,3$ años. Un 54,4% (99) de los pacientes fueron de sexo masculino, la neoplasia más frecuente fue cáncer fue colon en 35,5% (64). Se presentaron complicaciones en 34,1% (62) de los pacientes, los cuales presentaron menor valor del pliegue tricípital ($p<0,01$). Fallecieron un 6,2% (12), los cuales tenían menor nivel de albuminemia ($p<0,01$). En los grupos de cirugía esofagogástrica y hepatobiliopancreática no se encontraron diferencias al comparar la morbimorta-

lidad y las variables nutricionales. En el grupo de cirugía intestinal y colónica se encontraron diferencias significativas al comparar el pliegue tricípital ($p<0,01$), Índice de masa corporal ($p<0,01$) y circunferencia braquial ($p<0,01$) con las complicaciones. Se encontraron diferencias al comparar el hematocrito ($p=0,02$), hemoglobina ($p=0,04$) y albuminemia ($p=0,01$) con la mortalidad.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se hallaron diferencias significativas al comparar algunas variables nutricionales con la morbimortalidad postoperatoria como se encuentra documentado en la literatura.

(435) CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES QUIRÚRGICOS QUE DESARROLLAN DIARREA POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE Y FACTORES QUE DETERMINAN SU SEVERIDAD.

Pablo Perez Castro, Felipe Castillo Henriquez, Nicolás Rojas Munoz, Constanza Bulboa Foronda (), Germán Guzman Bascañán.*

Universidad de Chile. Departamento de Cirugía Sur, Hospital Barros Luco-Trudeau

INTRODUCCIÓN

La infección por Clostridium difficile (CD) es la causa más frecuente de diarrea nosocomial y está asociada a consecuencias desfavorables como aumento de la mortalidad, estancia y reintegro hospitalario. En Estados Unidos afecta entre 1 y 15% de los pacientes hospitalizados por más de 48 hrs. El desarrollo de diarrea en portadores depende de diferentes factores de riesgo, siendo el más importante la exposición a alguna forma de tratamiento antimicrobiano en las semanas precedentes. Otros factores de riesgo son: la edad, procedimientos gastrointestinales como sondas nasoyeyunales y endoscopias, un mal estado nutricional y la Enfermedad Renal Crónica.

OBJETIVOS

Caracterizar el perfil de pacientes quirúrgicos que desarrollan diarrea por CD y reconocer ciertos factores determinantes de severidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo de corte transversal. Se revisaron los casos de pacientes con diarrea por Clostridium difficile durante el período comprendido entre 2012-2013 en el servicio de cirugía del Hospital Barros Lucos. Se accedió a fichas clínicas registrando datos demográficos, comorbilidades, terapias y complicaciones. Se catalogó como cuadro severo a los pacientes que murieron, requirieron UCI o desarrollaron shock séptico durante la hospitalización.

RESULTADOS

Se identificaron 36 casos confirmados para CD. La edad promedio fue de 71 años. Un 30,56% casos fue clasificado como grave. Un 80,5% recibió más de un antibiótico. Mediana de estadía hospitalaria fue de 27 días. Factores de riesgo identificados: leucocitosis (OR 4,6), hipoalbuminemia (OR 12,5), Edad >60 (OR 4,7), temperatura $>38^{\circ}$ (OR 4,3), uso de protector gástrico (OR 4,15), y sexo femenino (OR 2,09).

CONCLUSIONES

Existen importantes factores riesgo evitables en aparición de infecciones graves por CD. La identificación de dichos factores y su incorporación a la práctica clínica podría eventualmente reducir el número de casos graves por CD, afectando positivamente el curso de su hospitalización.

(441) EVOLUCIÓN DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN UN PROGRAMA DE CIRUGÍA GENERAL

Richard Castillo Ramos (), Juan Alvarado Irigoyen, Cristóbal Maiz Hohlberg, Rodrigo Kusanovich Borquez, Eduardo García Munoz, Alvaro Tapia Vergara, Nicolás Jarufe Cassis, Camilo Boza Wilson, Jorge Martínez Castillo*

Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva Facultad de Medicina

INTRODUCCIÓN

La incorporación de cirugía mínimamente invasiva ha generado cambios en la actividad quirúrgica, exigiendo modificar los currículum de formación.

OBJETIVOS

Describir los procedimientos laparoscópicos abdominales que se realizan en un Programa de Cirugía General (PCG) de un centro universitario.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis descriptivo del registro de procedimientos abdominales laparoscópicos, realizados en rol de primer cirujano por Residentes del PCG (egresados 2012-2014) de la Pontificia Universidad Católica de Chile, en sus campos clínicos (hospitales UC, Sótero del Río, Talca y Los Ángeles). De 26 residentes, 21 contaban con registro completo. Los egresados 2013 y 2014 tuvieron entrenamiento formal en simulación laparoscópica. Se utilizó Chi-cuadrado para comparar variables categóricas.

RESULTADOS

Los 21 residentes realizaron 7690 procedimientos abdominales, 3216(42%) fueron laparoscópicos (promedio por residente: 153). Este abordaje alcanzó un 68% en Hospital UC. Del total laparoscópico un 44% fue de urgencia. En promedio cada residente realizó: 150,4(98,2%) intervenciones laparoscópicas de baja complejidad (colecistectomía, apendicectomía y laparoscopia exploradora simple); 1,5(1%) de complejidad intermedia (hernioplastía y operación de Nissen), y 1,2(0,8%) de alta complejidad (cirugía gastro-duodenal, intestinal y laparoscopia exploradora compleja). Las intervenciones más frecuentes fueron colecistectomía 2413(75%) y apendicectomía 715(22%). Destaca la realización de: 31 hernioplastías y 25 intervenciones con sutura intracorpórea (úlceras pépticas perforadas, cirugía intestinal y bariátrica). Se observó aumento significativo de cirugías laparoscópicas abdominales por residente en primer año de formación a través de las generaciones (51% para 2014 vs 44% para 2012 y 2013; $p=0,002$).

CONCLUSIONES

En un PCG universitario la introducción de cirugía laparoscópica es importante en el volumen total de procedimientos realizados por los residentes, dando cuenta de las patologías más prevalentes en nuestro medio, tanto en indicaciones electivas y de urgencia. El incremento de cirugía laparoscópica abdominal en primer año coincide con la incorporación formal de programas de simulación.

(454) EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA POST COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA A UN AÑO, EN UNA COHORTE DE PACIENTES DEL PROGRAMA DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA DEL HOSPITAL DR. EDUARDO PEREIRA. ESTUDIO DESCRIPTIVO PROSPECTIVO.

Felipe Alegre González, Daniela Andrea Sabra Jara ()*

Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez (Valparaíso). Cirugía Mayor Ambulatoria

INTRODUCCIÓN

La coleditirosis es una enfermedad prevalente en Chile. Se ha estimado que en sujetos mayores de 20 años alcanza una prevalencia de 13.1% en hombres y 36.7% en mujeres. La colecistectomía laparoscópica (CL) es una técnica eficiente en cirugía mayor ambulatoria (CMA). Estudios han demostrado que la calidad de vida de pacientes intervenidos por CL mejora considerablemente, alcanzando niveles superiores al 90%. La satisfacción del usuario es alta, y recomendada por la mayoría.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es evaluar la calidad de vida de los pacientes sometidos a CL por CMA, en una cohorte de pacientes del Programa de CMA del Hospital Eduardo Pereira (HEP), utilizando encuestas validadas internacionalmente durante el preoperatorio y postoperatorio.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo prospectivo entre Marzo del 2012 y Abril del 2013 de pacientes sometidos a CL en el programa de CMA del HEP. Se efectuó la medición de calidad de vida con encuestas EuroQol-5D (EQ-5D) y EuroQol Visual Analogue Scale (EQVAS). Para el análisis estadístico se utilizó prueba de T de Student, Prueba Exacta de Fisher y Razón de Odds según correspondiera, e intervalos de confianza del 95%. Se consideró como significativo valor $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se estudiaron 121 pacientes, entre 16 y 72 años, 83.47% mujeres y 69.42% sin comorbilidades. Hubo un incremento entre el preoperatorio y luego de 8 semanas en el EQ-5D y EQVAS, de 0.59 a 0.93 y 65.46 a 94.25, respectivamente. La disminución o ausencia de Dolor fue la dimensión de mayor impacto, seguido por las Actividades Cotidianas, y la de menor, el Cuidado Personal.

CONCLUSIONES

La CL en el programa de CMA es un procedimiento seguro y eficaz en la resolución de la patología benigna de la vesícula biliar, con impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes.

(476) SINDROME DE WILKIE: SOBRE DOS CASOS

Daniela Muñoz Bello (), Mauricio Chang Salazar, Francisco Pérez Mujica*

Hospital San Juan de Dios (Santiago, Santiago). Servicio de Cirugía

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Wilkie consiste en la compresión patológica de la tercera porción del duodeno entre la arteria mesentérica superior y la aorta, por disminución del ángulo entre ambas, manifestándose como obstrucción intestinal alta. Frecuentemente asociado a una rápida y moderada-severa pérdida de peso.

OBJETIVOS

Contrastar el manejo de 2 pacientes, con las recomendaciones de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO

Serie de 2 pacientes, fotografías, imagenología, revisión bibliográfica narrativa. Caso 1: Hombre, 18 años. Policonsultante, interpretado como trastorno de la conducta alimentaria. Con endoscopia digestiva alta normal, ingresa por compromiso de conciencia secundario a deshidratación severa. Enflaquecido. Con ruidos hidroaéreos y bazuqueo, distendido, resistencia muscular leve, sensible a la palpación. En la radiografía: megaestómago con imagen de doble burbuja. La laparotomía exploradora confirma el diagnóstico, realizándose duodeno-yeyunostomía latero lateral. Caso 2: Mujer, 19 años. Microcefalia, desnutrida en la infancia. Dos meses de dolor abdominal episódico, vómitos y baja de peso; consultó tras dos días de epigastralgia permanente y de máxima intensidad; vómitos profusos, ausencia de deposiciones y flatulencias. Hidratación límite, enflaquecida, con ruidos hidroaéreos y timpanismo aumentados. Dolor a la palpación periumbilical y epigástrica. En la tomografía: megaestómago y dilatación del duodeno hasta la tercera porción, signos de pancreatitis. Tras una primera cirugía en la que se libera el ángulo de Treitz, presenta gastroparesia por lo que se practica una gastrectomía subtotal con gastroyeyuno anastomosis.

RESULTADOS

Ambos pacientes evolucionan favorablemente y sin complaciones, recuperando su peso.

CONCLUSIONES

El síndrome de Wilkie es un diagnóstico de exclusión imagenológico o por visualización directa de la pinza aorto-mesentérica, de obstrucción intestinal. El tratamiento recomendado es la duodenoyeyuno anastomosis latero lateral. En el segundo caso, se sospechó además comorbilidad contribuyente a la desnutrición e hipomotilidad gástrica, decidiéndose gastrectomía subtotal con reconstrucción en Y de roux con asa corta, que permitió resolver los síntomas y mejorar el estado nutricional de la paciente.

(512) EVALUACIÓN DE COMPLICACIONES PERIOPERATORIAS DE PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA RESPECTO AL NIVEL DE EXPERTICIA DEL CIRUJANO, EN UNA COHORTE DE PACIENTES DEL PROGRAMA DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA DEL HOSPITAL DR. EDUARDO PEREIRA, EN UN AÑO DE SEGUIMIENTO. ESTUDIO DESCRIPTIVO PROSPECTIVO.

Felipe Alegre Gonzalez, Daniela Andrea Sabra Jara ()*

Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez (Valparaíso). Cirugía Mayor Ambulatoria

INTRODUCCIÓN

El entrenamiento de residentes en cirugía laparoscópica, y fundamentalmente en colecistectomía, es un tema de estudio y dedicación transversal a nivel mundial. Se ha observado tiempo operatorio mayor cuando operan residentes, sin embargo no se ha observado diferencias significativas en relación a las complicaciones perioperatorias debido a este factor.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es evaluar las complicaciones registradas en pacientes sometidos a CL por CMA, en una cohorte de pacientes del Programa de CMA del Hospital Eduardo Pereira, realizadas por cirujanos expertos versus becados del programa de cirugía general.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo prospectivo entre Marzo del 2012 y Abril del 2013 de pacientes sometidos a CL en el programa de CMA del HEP. Para el análisis estadístico se utilizó prueba de T de Student, Prueba Exacta de Fisher y Razón de Odds según correspondiera, e intervalos de confianza del 95%. Se consideró como significativo valor $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se estudiaron 121 pacientes, entre 16 y 72 años, 83.47% fueron mujeres y 69.42% sin comorbilidades. Hubo 6 complicaciones perioperatorias con suspensión de alta, 5 en cirujanos titulados, sin diferencia estadística al compararlos con becarios (OR 8.69, IC 95%, 0.919-416.45). Tampoco hubo diferencias en relación a la duración de la intervención entre ellos (IC95%, 5.35-8.92).

CONCLUSIONES

La CL en el programa de CMA es un procedimiento seguro y eficaz en la resolución de la patología benigna de la vesícula biliar. Se observó una alta participación de becarios, lo que no influyó en la presencia de incidentes perioperatorios, ni en tiempo quirúrgico, que fue similar en todos los grupos de cirujanos observados y menor al descrito en la literatura. Este programa logra una formación docente – asistencial de alta calidad, completando una curva de aprendizaje superior a la descrita en la literatura durante su formación.

(524) TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL DIVERTÍCULO DE MECKEL EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. REVISIÓN DE 8 AÑOS.

Manuel Lizana Corvera, Anibal Ibanez Mora (), Rodrigo Guaman Ortega*

Hospital San Juan de Dios (Santiago, Santiago). Equipo de cirugía digestiva baja

INTRODUCCIÓN

El divertículo de Meckel es encontrado incidentalmente durante una laparotomía. Se encuentra en el 1 al 2 % de la población general, y sólo un 5 - 6% son sintomáticos. La inflamación aguda implica la presencia de mucosa gástrica ectópica con riesgo de ulceración y perforación.

OBJETIVOS

Análisis de una serie de casos en que se realizó resección del divertículo de meckel en cuanto a diagnóstico de ingreso ,resolución intraoperatoria y evolución posoperatoria,morbimortalidad asociada.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una revisión retrospectiva,descriptiva de una serie de casos correspondiente a un periodo de 8 años (2005-2013)en que se realizó un tratamiento quirúrgico del divertículo de Meckel.Caracterizando el motivo de ingreso, diagnóstico pre y posoperatorio,la morbimortalidad asociada ,y la técnica quirúrgica empleada.

RESULTADOS

Se analizó un total de 12 pacientes,8 hombres (67%)y 4 mujeres (33%). El motivo principal de ingreso fue el dolor abdominal (100%). El diagnóstico preoperatorio fue en 11 (92%)pacientes sospecha de apendicitis aguda (2 de ellos como complicada),y en un paciente como obstrucción intestinal.El tiempo promedio de duración de la cirugía fue de 77minutos. La distancia encontrada desde la válvula ileocecal al divertículo varió de 15 hasta 50 cm.En un 50% de los pacientes se encontró diverticulitis aguda de Meckel,en la otra mitad fue un hallazgo (diverticulo sano) concomitante a una apendicitis aguda. Se realizó resección en cuña en 10 pacientes(83%) , y la resección intestinal en 2(17%). No se encontró mortalidad en esta serie. Sólo un paciente presentó morbilidad quirúrgica,evisceración posoperatoria,en caso con apendicitis aguda complicada (asociado a absceso intraabdominal).

CONCLUSIONES

La diverticulitis de Meckel es un diagnóstico complejo de realizar en forma preoperatoria, siendo la mayoría de los casos un hallazgo de una intervención por apendicitis aguda. En caso de complicación inflamatoria requiere tratamiento quirúrgico ,teniendo baja morbimortalidad. La resección incidental del divertículo no agregó morbilidad.

(532) PROGRAMA PIONERO PARA EL ENTRENAMIENTO DE TÉCNICAS QUIRÚRGICAS EN PREGRADO; PROPUESTA DE CAMBIO EN LA FORMA DE ENSEÑANZA.

Juan Alvarado Irigoyen (), Richard Castillo Ramos, Julian Varas Cohen, Arnoldo Riquelme Pérez, Fernando Crovari Eulufi, Jorge Martínez Castillo, Camilo Boza Wilson, Nicolás Jarufe Cassis*

Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva Facultad de Medicina

INTRODUCCIÓN

La simulación ha sido demostrada en el entrenamiento de técnicas mínimamente invasivas, faltando herramientas y programas validados para cirugía tradicional-abierta.

OBJETIVOS

Analizar un programa de entrenamiento simulado en técnica de sutura abierta básica para estudiantes de pregrado.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio experimental entre Mayo y Junio 2014. Se seleccionaron estudiantes de pregrado de medicina, con poca experiencia en sutura(menor a 2h) para participar en un programa de 6 sesiones (100min c/u). Cada sesión contó con 5 tareas de dificultad progresiva: nudo manual y punto simple (PS), Donati(PD), intradérmico interrumpido con nudo invertido(PI) e intradérmico continuo(PIC). Éstas son supervisadas por expertos-cirujanos quienes entregaron retroalimentación (feedback) efectiva. Las evaluaciones pre-post fueron realizadas en base a videos analizados en ciego, utilizando pautas globales validadas (OSATS) y registro de tiempo para cada tarea. Los resultados de los alumnos fueron comparados a los de expertos. Análisis estadístico con test Wilcoxon y Mann-Whitney para variables no paramétricas (p significativo<0,05).

RESULTADOS

Se seleccionaron 23 participantes, 65% hombres. En todos los procedimientos hubo mejoría significativa respecto a OSATS y disminución de tiempo. En Nudo, OSATS[5(5-6) vs 23(22-24), p<0.001] y tiempo[120seg vs 18seg(16-26), p<0.001]. En PS, OSATS[6(5-6) vs 22(21-24), p<0.001] y tiempo[180seg vs 50seg (43-56), p<0.001]. En PD, OSATS[6(5-7) vs 21(20-22), p<0.001] y tiempo[180seg vs 107seg

(97-119), $p < 0.001$]. En PI, OSATS[5(5-5) vs 20(17-23), $p < 0.001$] y tiempo[180seg vs 75seg (63-104), $p < 0.001$]. En PIC, OSATS[5(5-6) vs 19(19-20), $p < 0.001$] y tiempo[420seg vs 330seg (295-407), $p < 0.001$].

CONCLUSIONES

Los alumnos adquieren habilidad con entrenamiento simulado en el programa propuesto. Se demuestra validez de constructo al observar diferencias significativas de pre-entrenamiento vs expertos en ambas mediciones. El programa descrito, es factible de ser implementado en la formación de pregrado de medicina, permitiendo la adquisición de competencias en habilidades técnicas de sutura en modelo simulado, acercándose al nivel de un experto.

(538) MANEJO MÉDICO Y QUIRÚRGICO DE LA OBSTRUCCION INTESTINAL: UN DESAFÍO PERMANENTE

Attila Csendes J, Paulo Cesar Pereira Barrera (), Marcelo Zamorano Díaz, Isabel Arratia Severino*

Universidad de Chile. Departamento de Cirugía

INTRODUCCIÓN

La obstrucción intestinal es una causa frecuente de consultas en las unidades de emergencia, constituyendo aproximadamente el 15% de todas las cirugías de urgencia. Los avances en los métodos diagnósticos y la implementación de unidades de paciente crítico han logrado disminuir la morbimortalidad en su manejo. El mejor tratamiento se debe definir según cada caso, ya sea médico o quirúrgico, existiendo respuesta a terapia médica en hasta el 80%.

OBJETIVOS

Describir y analizar las diferencias en días de hospitalización, mortalidad y complicaciones en 3 grupos de pacientes: aquellos sólo con tratamiento médico, aquellos sólo con cirugía y aquellos que fueron a cirugía una vez que el tratamiento médico no fue efectivo.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo descriptivo. Revisión de datos de todos los casos egresados con diagnóstico de obstrucción intestinal como diagnóstico primario, atendidos en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile desde Enero de 2012 hasta Mayo de 2014. Se analizaron datos demográficos, quirúrgicos y resultados postoperatorios.

RESULTADOS

Hubo 170 casos, predominio femenino (54%), con edad promedio de 61 años. De ellos, 46 recibieron tratamiento médico, 108 quirúrgicos y 16 que requirieron cirugía habiendo iniciado tratamiento médico. El promedio de hospitalización fue de 6,93 días (2-43) para el grupo I, del grupo II 12,6 días (2-96) y del último 10,3 (3-29). Existiendo diferencias significativas entre el primero y los otros dos grupos. No hubo diferencias significativas en cuanto a mortalidad ni complicaciones por este diagnóstico entre los tres grupos.

CONCLUSIONES

El manejo conservador de la obstrucción intestinal no presentó mayores complicaciones que el manejo quirúrgico, teniendo incluso menor tiempo de hospitalización, por lo que es una opción válida de tratamiento considerando que una vigilancia estricta es necesaria para evitar mayor morbimortalidad. Sin embargo se requieren estudios metodológicamente adecuados para objetivar ventajas de un manejo sobre otro.

(553) FIBROSIS RETROPERITONEAL, CASO CLÍNICO.

Gino Bizjak Gomez (), Nicolás Alfredo Hasbún Scheel, Gonzalo Guastavino García*

Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río (Santiago, Santiago). Cirugía

INTRODUCCIÓN

Se presenta el caso clínico de fibrosis retroperitoneal, cuya presentación clínica fue un aneurisma de aorta abdominal complicado

OBJETIVOS

Presentar un caso clínico de patología poco frecuente, con una presentación poco habitual y que presenta pocos casos descritos en la literatura chilena.

MATERIAL Y MÉTODO

Se presenta el caso clínico de paciente masculino de 68 años, con antecedente de colecistectomía, nefrolitiasis e HTA. Que llegó al servicio de urgencias HUAP inicialmente por observación de aneurisma aórtico complicado. Consulta el mes de Mayo a extrasistema por cuadro de lumbalgia persistente desde enero 2014, sin síntomas urinarios ni neurológicos. En pielotAC se observa. "Sin alteraciones urológicas. No se puede descartar aneurisma aórtico infrarenal, por lo que se sugiere estudio adicional" Reconsulta en Servicio de Urgencias del HUAP, el día 1/8/14. Por persistencia de dolor lumbar y brusco aumento de este en las últimas 24hrs. Debido al antecedente de TAC con aneurisma aórtico infrarenal, se sospecha aneurisma aórtico complicado, por lo que se hospitaliza. Al ingreso hipertenso,

normocárdico, sin apremio respiratorio. Al examen físico sin alteraciones, abdomen blando depresible, indoloro, sin masas palpables. Se hospitaliza, con el Dg de OBS Aneurisma Ao infrarenal complicado. En angioTAC Aórtico, se demuestra: "Aorta permeable y de calibre normal sin áreas de estenosis ni flap de disección." "Moderada hidroureteronefrosis bilateral con cambios de calibre en uréteres medios en relación a un tejido con densidad de partes blandas que engloba aorta abdominal y se extiende caudalmente hasta la bifurcación" "Extensa fibrosis retroperitoneal que determina moderada hidroureteronefrosis bilateral"

RESULTADOS

Sin complicaciones y exámenes normales, se decide alta al día siguiente con tratamiento corticoidal en altas dosis e interconsulta a servicio de urología.

CONCLUSIONES

Los cuadros de FRP pueden simular patologías vasculares de importancia. Se sospechó inicialmente aneurisma aortico complicado. Esto se puede exacerbar sobre todo si las imágenes solicitadas (TAC) son interpretadas por médicos no especialistas.

(581) HERNIA DE GARENGEOT: MANEJO QUIRÚRGICO.

Pedro Ramírez Nieto, Carlos Hermansen Ramrez, Andrés Iglesias Bettini (), Felipe Castillo Henriquez, Carlos Alvarez Zepeda*

Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel). Cirugía

INTRODUCCIÓN

La presencia del apéndice contenido al interior de una hernia inguinal femoral fue descrita por primera vez en 1731, por Rene Jacques Croissant de Garangeot. Es más frecuente en mujeres, en relación a defectos congénitos. Constituye un hallazgo incidental, con un apéndice sano en 0.9% de los casos, y con signos sugerentes de apendicitis aguda en 0.13 a 0.8% del total de casos. De no mediar una cirugía oportuna, puede llegar a la necrosis del contenido herniario, e incluso con signos clínicos de obstrucción intestinal.

OBJETIVOS

Mujer de 70 años, hipertensa y LCFA. Refiere cuadro de 2 días dolor en fosa ilíaca derecha. Al ingreso destaca taquicárdica, hipotensa y afebril, con abdomen distendido, sensible en FID, sin irritación peritoneal. Destaca hernia crural ipsilateral no reductible. Parámetros inflamatorios elevados. Se decide intervención. Se accede a plano preperitoneal evidenciándose hernia crural derecha. Se reduce contenido herniado con apéndice cecal inflamado en su interior. Se procede a apendicetomía y reparación de anillo inguinal. La paciente evoluciona favorablemente, por lo que se decide alta a los 3 días.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño inespecífico

RESULTADOS

El apéndice dentro de una hernia se ha descrito como hallazgo tanto en hernias inguinales como crurales. Puede estar estar indemne o con signos de complicación, lo cual depende del grado de encarceración y tiempo de evolución. Es más frecuente en mujeres de edad. La clínica es localizada en la región crural con eritema, induración local e incluso enfisema subcutáneo. Los síntomas peritoneales son escasos pues el apéndice queda aislado de la cavidad peritoneal. El diagnóstico es difícil, reportándose en la literatura detección por TAC. Dada su baja frecuencia, el manejo quirúrgico no está estandarizado.

CONCLUSIONES

La hernia de Garegeot es una patología rara. Su diagnóstico es difícil, ayudado en algunos casos con escaner. El manejo final está condicionado por el estado inflamatorio - séptico del sitio intervenido.

(606) HERNIOPLASTÍA HIATAL CON MALLA POR VÍA LAPAROSCÓPICA, EXPERIENCIA Y SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE UNA SERIE DE CASOS.

Pablo Achurra Tirado (), Andrés Donoso Durante, Nicolás Quezada Sanhueza, Fernando Pimentel Müller, Nicolás Jarufe Cassis, Luis Ibanez Anrique, Camilo Boza Wilson, Ricardo Funke Hinojosa, Alex Escalona Pérez, Fernando Crovari Eulufi.*

Pontificia U. Católica de Chile. Cirugía digestiva

INTRODUCCIÓN

La vía laparoscópica es la técnica de elección para la reparación de la hernia hiatal. El uso de malla en hernias de gran tamaño ha demostrado disminuir la recidiva.

OBJETIVOS

Describir la experiencia y los resultados a largo plazo de los pacientes con hernia hiatal reparados con malla por vía laparoscópica.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo descriptivo de 47 pacientes intervenidos entre el 2001 y el 2014 en nuestra red de salud. Se registraron variables demográficas, complicaciones, incidencia de disfagia y recurrencia a largo plazo.

RESULTADOS

La edad promedio fue 64 años (37-91), 72% mujeres. Las principales presentaciones clínicas fueron reflujo gastroesofágico (35%), anemia (28%) y dolor abdominal (22%). Tres pacientes fueron operados de urgencia por hernia hiatal estrangulada. Un 35% de los pacientes tenían una hernia hiatal tipo II, 63% tipo III y una paciente tenía una tipo IV con ascenso del colon transverso. Todos tenían un anillo de más de 6 cm y 5 pacientes de 10 cm o más. La malla utilizada fue en 16% de polipropileno en el inicio de la serie y 74% mallas mixtas (60% Proceed®; 24% Physiomesh®). La fijación se realizó con dispositivos de fijación (79%) o con sutura manual no reabsorbible (21%). En 8 pacientes se realizó algún procedimiento anti-reflujo. Se convirtió a técnica abierta 1 paciente y 1 paciente fue reoperado precozmente por recidiva (4º día). No hubo mortalidad. El seguimiento fue de 85% a 33 meses (Rango: 3-104). Dos pacientes (4.2%) presentaron recidiva tardía que requirió reintervención (15 y 41 meses post cirugía). Once pacientes tuvieron disfagia ocasional para sólidos y dos disfagia ocasional para semisólidos. Todos los pacientes operados por anemia mejoraron. No se registraron complicaciones asociadas al uso de prótesis.

CONCLUSIONES

La hernioplastia hiatal con malla laparoscópica en hernias de gran tamaño presenta una baja tasa de recidiva y complicaciones a corto y largo plazo.

(609) EXPERIENCIA DEL HOSPITAL PADRE HURTADO EN EL MANEJO DEL ABDOMEN AGUDO EN OCTOGENARIOS

Juan Francisco Allamand Turner (), Nicolás Rojas Fernández, Sebastian Pradenas Bayer, Marta Sofía Castro du Plessis, Daira Marco M, Marcelo Vivanco Lacalle, Hugo Eduardo Rojas Pineda*

Universidad del Desarrollo. Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo

INTRODUCCIÓN

El manejo del abdomen agudo es un desafío constante en la práctica quirúrgica diaria. Además, dado del envejecimiento de la población chilena, será cada vez más frecuente verse enfrentado al adulto mayor con dolor abdominal. Sus comorbilidades y su reserva fisiológica disminuida implican un elevado riesgo asociado.

OBJETIVOS

Caracterizar el manejo del abdomen agudo en mayores de 80 años del Hospital Padre Hurtado (HPH), en el período entre Enero 2011 y Diciembre 2013.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión retrospectiva de registros clínicos de pacientes consecutivos mayores de 80 años, manejados quirúrgicamente en el HPH con diagnóstico de abdomen agudo. Se analizaron datos demográficos, etiología, comorbilidades, manejo y estadía hospitalaria, entre otros. Se excluyeron todos los pacientes con abdomen agudo de causa urológica y ginecológica. Se excluyeron también las peritonitis secundarias a una complicación de una cirugía electiva. También se excluyó a los pacientes con causas no sépticas/inflamatorias de dolor abdominal, como las hemorragias digestivas.

RESULTADOS

En el período estudiado, 163 pacientes mayores de 80 años ingresaron al HPH por abdomen agudo. 109 mujeres y 54 hombres, con una mediana de edad de 84 años. La mayoría (131, 80.4%), registró sólo un procedimiento en pabellón. Otros requirieron de dos (27, 16.6%), y hasta tres o más cirugías (5, 3%). La mediana de duración de la estadía fue de 7 días. La mediana de duración del primer pabellón fue de 77.5 minutos. La mortalidad intrahospitalaria fue de 25 pacientes (15.3%). El diagnóstico etiológico fue variado. Destacan entre ellos, 68 pacientes con cuadros de patología biliar benigna complicada (colédocolitiasis, colangitis, colecistitis), hernias complicadas (34), obstrucción intestinal (24), y apendicitis (10).

CONCLUSIONES

Existe alta frecuencia de abdomen agudo quirúrgico en octogenarios del HPH y lo más frecuente es que éste corresponda a patología biliar. Es necesario un seguimiento posterior focalizado en éstos y en la morbilidad derivada de su hospitalización.

(610) HAMARTOMA ESPLÉNICO: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Jorge Gajardo Jofre (), Francisco Izquierdo Martínez, Rodrigo López Escobar, Diego Barros Cassis, Juan Stambuk Mayorga, Manuel Meneses Ciuffardi, Nicolás Devaud Jaureguiberry, Sebastián Hoefler Steffen, Roberto Charles Carrasco*

Fundación Arturo López Pérez. Cirugía Digestiva.

INTRODUCCIÓN

El hamartoma esplénico es una neoplasia vascular benigna compuesta por tejido vascular desorganizado y estroma pulposo en proporciones aberrantes. Desde que fuese descrito por primera vez en 1892 por Rokitansky, menos de 200 casos han sido reportados en la literatura médica mundial. Este tumor puede presentarse a cualquier edad y suele ser más sintomático en mujeres que en hombres. El diagnóstico de hamartoma se plantea habitualmente como resultado del hallazgo incidental de una masa esplénica durante un estudio imagenológico por otra afección. Ante la necesidad de descartar malignidad, estos pacientes son habitualmente sometidos a esplenectomía. Presentamos el caso de una paciente de 39 años, previamente sana, que consulta por dolor abdominal y epistaxis recurrente de un año de evolución. La analítica sanguínea revela trombocitopenia y el estudio imagenológico describe una lesión expansiva de gran tamaño que ocupa gran parte del bazo. El estudio contrastado revela un patrón de captación de contraste característico de neoplasias vasculares del bazo, que en el contexto de la paciente permiten plantear el diagnóstico de hamartoma esplénico.

OBJETIVOS

Presentar el caso de una paciente que fue diagnosticada de Hamartoma Esplénico y su resolución quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de ficha clínica y entrevista con el paciente. Revisión de la literatura sin meta análisis.

RESULTADOS

Con los antecedentes mencionados se decide realizar esplenectomía, tras lo cual el estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica confirma el diagnóstico. La paciente evoluciona favorablemente, con normalización progresiva de la analítica sanguínea y remisión de los síntomas.

CONCLUSIONES

La presentación sintomática del hamartoma esplénico es infrecuente pero ha sido bien documentada. Alrededor de 20 casos sintomáticos han sido adecuadamente reportados. Los casos sintomáticos generalmente se presentan con trastornos hematológicos, tales como esplenomegalia y trombocitopenia, e incluso pancitopenia. En estos pacientes se ha demostrado que la esplenectomía es una conducta terapéutica eficaz en el control y remisión de los síntomas.

(741) SÍNDROME DE BOUVERET, REPORTE DE UN CASO ATÍPICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Nicolás Rojas Fernández (), Juan Francisco Allamand Turner, Michael Paul Schiller Rahausen, Hugo Eduardo Rojas Pineda, Daira Marco XX, Marta Sofía Castro du Plessis*

Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón). Departamento de Cirugía Servicio de Urgencia Quirúrgica.

INTRODUCCIÓN

El íleo biliar es una obstrucción intestinal por un cálculo vesicular, secundario a una fístula bilioentérica y da cuenta del 1-4% de todas las causas de obstrucción intestinal mecánica. El síndrome de Bouveret corresponde al 1-3% de los íleos biliares, y se caracteriza por un cuadro de retención gástrica por obstrucción gástrica o duodenal, secundaria a una fístula colecistogástrica o colecistoduodenal. En 1896 León Bouveret realiza la primera descripción de este tipo de íleo biliar reportando dos casos. El cuadro clínico simula un síndrome pilórico que se caracteriza por intolerancia oral, epigastralgia, náuseas, vómitos de contenido gástrico o biliosos y, en algunas ocasiones, hemorragia del tubo digestivo proximal por erosión de la mucosa en el sitio de la obstrucción. Este trabajo reporta un caso clínico de un paciente masculino de 67 años que ingresa con un cuadro de retención gástrica producto de una obstrucción duodenal por cálculo biliar, secundario a una fístula bilio entérica

OBJETIVOS

Presentar el reporte de un caso clínico de Síndrome de Bouveret y discutir acerca de esta entidad clínica (epidemiología, presentación clínica, estudio, tratamiento y pronóstico).

MATERIAL Y MÉTODO

Posterior a consentimiento informado, se describe caso clínico de un paciente masculino de 67 años con Síndrome de Bouveret atípico. Se realiza una revisión sistemática de la literatura sin meta-análisis.

RESULTADOS

Se reporta un caso de Síndrome de Bouveret atípico y su evolución desde el diagnóstico hasta el alta médica. Se describe esta entidad clínica en su aspecto epidemiológico, manifestaciones clínicas, estudio, tratamiento y pronóstico.

CONCLUSIONES

El Síndrome de Bouveret es una patología poco frecuente, con una mortalidad que alcanza hasta un 30% si no es tratado adecuadamente. Dado la alta prevalencia de patología biliar en nuestro país, debe tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial en cuadros de retención gástrica y obstrucción intestinal.

(800) MORBILIDAD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA. SERIE DE CASOS.

Julio Figueroa Roman (), Carlos Manterola Delgado*

Hospital de Puerto Montt. Servicio Cirugía adulto e infantil

INTRODUCCIÓN

La coledocistitis es un enfermedad prevalente e incidente en Chile; por ende, existe suficiente evidencia respecto de los resultados de la colecistectomía en población adulta; sin embargo, la información en población pediátrica es escasa.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio, es reportar los resultados de una serie de pacientes pediátricos, intervenidos quirúrgicamente por coledocistitis, en términos de morbilidad postoperatoria (MPO).

MATERIAL Y MÉTODO

Serie de casos retrospectiva. Se incluyeron todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía del Hospital de Puerto Montt, Chile; en el período 2004 y 2013. Todos los pacientes fueron operados con vía laparoscópica. La variable resultado fue MPO. Otras variables de interés fueron causa de consulta, coexistencia de coledocolitiasis, enfermedades concomitantes, carácter de la cirugía, estancia hospitalaria y mortalidad. Se utilizó estadística descriptiva con cálculo de porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión.

RESULTADOS

Se intervinieron 71 pacientes, con una mediana de edad de 13 años; con un 84,5% de sexo femenino. La MPO fue de 1,4% (un caso de hemoperitoneo que requirió reoperación; Dindo-Clavien IIIb). La causa de consulta más frecuente fue el cólico biliar (95,8% de los casos). Se determinó coexistencia de coledocolitiasis en 6 casos (8,5%). La enfermedad concomitante más frecuente fue microesferocitosis familiar (4 casos; 5,6%). La cirugía fue electiva en 62 pacientes (87,3%). La mediana de la estancia hospitalaria fue de 2 días y no se reporta mortalidad.

CONCLUSIONES

Los resultados observados son comparables con los de otras series de colecistectomía laparoscópica en pacientes pediátricos.

(811) COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR UN SOLO PUERTO. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

Tito Grageda Soto, Christian Ferruffino Mendez, Andrés Tito Grageda Garcia, Laura Grageda Garcia

Cirugía Mínimamente Invasiva. Hospital Universitario Elizabeth seton.

INTRODUCCIÓN

La colecistectomía laparoscópica por un solo puerto es una técnica en evolución y que busca establecerse como una alternativa mínimamente invasiva.

OBJETIVOS

Demostrar que la colecistectomía laparoscópica por un solo puerto es un procedimiento factible, reproducible y seguro, con una curva de aprendizaje positiva.

MATERIAL Y MÉTODO

Este estudio de casos y controles, incluye 50 pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica por un solo puerto, realizado por un cirujano (TG) y se compararon con 50 pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica convencional por el mismo cirujano. Ambos grupos fueron comparados con respecto a la indicación quirúrgica, el género, la edad y el índice de masa corporal, tiempo quirúrgico, uso de trocares adicionales, analgésicos requeridos en el post operatorio, complicaciones postoperatorias y la duración de la estancia hospitalaria. El análisis estadístico se realizó con IBM SPSS Statistics 20® (SPSS Inc., Chicago, IL). La distribución de Gauss fue confirmada para todos los datos, y se analizaron las diferencias utilizando el T de student. Los datos se presentan con un intervalo de confianza del 95 %.

RESULTADOS

No se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos con respecto a las complicaciones postoperatorias y la estancia hospitalaria. El tiempo operatorio se incrementó ligeramente en el grupo de un solo puerto, el uso de analgésicos requerida en el post ope-

ratorio fue mayor en el grupo de un solo puerto. Con respecto a la curva de aprendizaje, la experiencia y el uso de trocares adicionales mostraron una tendencia positiva.

CONCLUSIONES

La colecistectomía Laparoscópica por un solo puerto es un procedimiento factible, reproducible y seguro en un entorno especializado. El procedimiento se puede realizar bajo las mismas reglas de seguridad como los de la colecistectomía laparoscópica convencional. Teniendo en cuenta la curva de aprendizaje, a partir de la operación número treinta, se observó una tendencia positiva.

(812) COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA. 2397 CASOS EN UNA SOLA INSTITUCION

Tito Grageda Soto, Christian Ferrufino Mendez, Laura Grageda Garcia, Andrés Tito Grageda Garcia

Cirugía Minimamente Invasiva. Hospital Universitario Elizabeth Seton Cochabamba.

INTRODUCCIÓN

La colecistectomía laparoscópica es actualmente el estándar de referencia para el tratamiento de la patología de la vesícula biliar aguda y crónica.

OBJETIVOS

El objetivo del presente estudio es comunicar la experiencia con esta técnica en nuestra institución durante los últimos 10 años.

MATERIAL Y MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio descriptivo retrospectivo de 2397 pacientes, entre junio de 2004 y agosto de 2014. Se realizó revisión de las historias clínicas de todos los pacientes sometidos a colecistectomía durante este periodo.

Se registraron datos demográficos, presentación clínica, exámenes de laboratorio y gabinete. Se analizó la información técnica del procedimiento, la evolución postoperatoria. La serie de casos se compone de 2397 pacientes. La información fue recolectada en una base de datos realizada con el programa EXCEL 2007 y analizada en base a promedios, distribución normal de datos y análisis estadístico uni y multivariado, mediante el programa IBM SPSS 19 Statistics.

RESULTADOS

La edad promedio fue de 43 años, el sexo femenino representa un 65.2% y el sexo masculino un 34.8 %. El 85% de los pacientes ingresó en forma electiva y el 15% de urgencia. El tiempo operatorio promedio fue de 45 minutos. Se realizó conversión a cirugía abierta en 0,5% de los pacientes siendo los factores de conversión más importantes la edad avanzada y la presencia de colecistitis aguda. La estancia postoperatoria promedio fue de 1,7 días. Complicaciones post operatorias se observaron en el 0,6%. Lesión de la vía biliar en 0,12% de los pacientes (3 casos) de esta serie. La mortalidad operatoria fue de 0,0%.

CONCLUSIONES

Los resultados de la colecistectomía laparoscópica en el Hospital Elizabeth Seton son excelentes, demostrando una estancia post-operatoria mínima, complicaciones mínimas, recuperación y dolor post-operatorio reducido. Por lo tanto su práctica debería ser extendida como norma frente a la patología de la vesícula biliar.

Seccional: Cirugía Plástica

(49) COMPARACIÓN ENTRE EL COLGAJO DE LIMBERG Y EL COLGAJO DE KARYDAKIS EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DEL SENO PILONIDAL.

COMPARISON BETWEEN LIMBERG FLAP AND KARYDAKIS FLAP FOR TREATMENT OF PILONIDAL CYST DISEASE.

Osvaldo Iribarren Brown

Hospital San Pablo (Coquimbo). Servicio de cirugía. Departamento de Clínicas Facultad de Medicina Universidad Católica del Norte.

INTRODUCCIÓN

Hay pocos estudios que comparen el cierre primario libre de tensión postulado por Karydakís y el uso del colgajo romboidal de Limberg y sus resultados son contradictorios. Unos describen mejor evolución y menos recurrencia con este último, (16) otros señalan resultados equivalentes (17) y finalmente, otros autores señalan que los mejores resultados se obtienen con el colgajo de Karydakís, (18)

OBJETIVOS

Evaluar los resultados de la resección de la enfermedad del seno pilonidal y el cierre de la herida mediante la técnica de Karydakís y de Limberg en pacientes no tratados previamente y que presentan uno o más senos, fístulas o nódulo subcutáneo.

MATERIAL Y MÉTODO

Pacientes operados entre enero 2000 y diciembre de 2012, Los pacientes fueron evaluados según edad, sexo, duración de síntomas, duración de la cirugía, tiempo de hospitalización, complicaciones post operatorias, tiempo de cicatrización y recurrencia.

RESULTADOS

Se intervinieron 103 pacientes. 20 fueron excluidos porque se utilizó otra técnica y en 11 no se cumplió el seguimiento mínimo. El grupo de análisis incluye 24 casos operados con CL y 49 casos con CK. No hubo diferencia de edad, distribución por sexo, duración de síntomas, presentación clínica, tiempo de cicatrización, período de inactividad post operatoria y tiempo de seguimiento entre los dos grupos. la frecuencia de complicaciones de herida en el grupo CL fue 4.1 % y 12.2 % en el grupo CK , $p = 0,04$. La tasa de recurrencia fue, de 8,3 % para el CL y 12,2 % para el CK, $p = 0.91$

CONCLUSIONES

La tasa de recurrencia es similar para las técnicas de cierre de Limberg y Karydakís, en la resección de la enfermedad del seno pilonidal con una tasa de complicaciones significativamente mayor en la segunda

(55) CORRECCIÓN DE OREJAS PROMINENTES: IDENTIFICANDO FACTORES DE RESULTADO ADVERSO

Silvana Acosta Viana, Alvaro Cuadra Campos, Claudio Guerra Sanchez

Pontificia U. Católica de Chile. División de Cirugía - Sección de Cirugía Plástica.

INTRODUCCIÓN

Las complicaciones de otoplastia en orejas prominentes es un tema poco estudiado, probablemente se deba a que el resultado a menudo es satisfactorio. Es importante tratar de identificar las causas para asegurar el éxito del procedimiento

OBJETIVOS

Identificar variables que podrían determinar las complicaciones más frecuentes de esta cirugía.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte retrospectiva de pacientes operados de orejas prominentes, se excluyeron sindrómicos y reoperaciones. Se aplicó test de chi cuadrado con intervalo de confianza 95 % para todos los estudios: análisis de relación entre el material de sutura de plicatura de antehelix y de fijación a mastoides y la recidiva de la patología, así como en la ocurrencia de extrusión de puntos. Asociación entre queoide y resección de piel retroauricular que podría significar mayor tensión en el cierre. La presencia de complicaciones entre cirujanos experimentados v/s cirujanos en formación.

(99) REDUCCIÓN MAMARIA CON TÉCNICA DE PEDÍCULO SUPEROLATERAL*Claudio Vallejos Olavarria (*)***Hospital Regional (Coihaique). Servicio de cirugía****INTRODUCCIÓN**

Introducción La reducción mamaria se implementa por el autor en el Hospital Regional de Coyhaique. La búsqueda de una técnica que fuera reproducible, versátil, con bajo riesgo de complicaciones y resultados estéticos aceptables motivó la inquietud de implementar una técnica para todos los pacientes a fin de obtener resultados esperados y en el futuro tener una línea de base de comparación para otras técnicas.

OBJETIVOS

Realizar un estudio prospectivo de pacientes sometidos a reducción mamaria con técnica de pedículo superior lateral con cicatriz en T invertida.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional prospectivo de una serie consecutiva de 20 pacientes sometidos a reducción mamaria. Se incluyen todos los pacientes de consulta espontánea en el policlínico de cirugía. Se analizan variables del sujeto, procedimiento y resultado Desepitelización del colgajo periareolar de base superolateral. Resección en block, reconstrucción de mama con material reabsorbible. Alta en 24 horas Control el día 10 y 30 de operado , encuesta de satisfacción Se describen los resultados en análisis estadística descriptiva con estadígrafos de tendencia central.

RESULTADOS

Entre Noviembre del 2012 a junio del 2014 se intervinieron 20 pacientes edad promedio 38.5 años (r:22-66), lactancia 14, tiempo de deseo de cirugía promedio 4.5 años , dolor dorsal y disconfort estético fue el motivo de consulta en todos, el tiempo de espera de operación fue de 13.6 meses (r: 2 - 36). El tiempo quirúrgico promedio 146m (r:120-180), peso mama resecada promedio 571 grs (r:188- 894) complicaciones epidermólisis localizada 2, anestesia del CAM 3 mamas . resultado conforme 5 muy conforme 15

CONCLUSIONES

La reducción mamaria en la región de aysen con técnica de pediculo lateral superior es una estrategia quirúrgica que podemos realizar con bajas complicaciones y satisfacción para los pacientes del área publica en la región de Aysen

(106) VERSATILIDAD DE COLGAJO ANTEBRAQUIAL LIBRE EN RECONSTRUCCIONES COMPLEJAS CERVICO FACIALES*Erick Aliaga Santos (*)***Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez (Valparaíso). Equipo Cirugia Plastica y Reparadora****INTRODUCCIÓN**

Las reconstrucciones complejas en región cervico facial son de especial interés, colgajos locales son de utilidad en defectos pequeños o medianos . Grandes pérdidas de tejido tanto por secuelas de trauma y post resecciones oncológicas necesitan de uso de colgajos más complejos como los libres. Se presenta una serie de casos que muestra la versatilidad del colgajo antebraquial libre para reconstrucción de grandes defectos cervico faciales.

OBJETIVOS

Mostra la experiencia y resultados de nuestro equipo con el uso del colgajo antebraquial libre en reconstrucciones complejas cervico faciales

MATERIAL Y MÉTODO

se realizo un estudio de revisión de serie de casos con un análisis descriptivo , Se revisaron 4 casos operados durante los meses de abril 2013 a agosto 2014 donde el equipo de nuestro hospital realizo una cobertura compleja. Se analizaron variables de edad , tipo de cobertura , numero de anastomosis microquirúrgicas , tiempo quirúrgico tipo de vasos receptores , y numero de complicaciones.

RESULTADOS

La edad promedio fue 39,25 años, se realizaron 1 cobertura de trauma, y 3 coberturas por resección de oncológica, dos microanastomosis por colgajo en los 4 casos, el 78 % fue termino terminal y en 12,5 % termino lateral , todas suturas manuales con nylon 9/0 aguja 100 u. Los vasos receptores fueron 50% arterial temporal superficial y 50% arteria facial. El tiempo quirúrgico promedio fue de 6,75 hrs , la sobrevida fue de 100% en tres casos y una perdida total Las áreas a reconstruir fueron , caso 1 región cervical, caso 2 región temporo occipital , caso 3 región frontal , caso 4 mucosa oral , piso de boca y mejilla.

CONCLUSIONES

El colgajo antebraquial libre muestra gran versatilidad en el momento del inset logrando cubrir defectos planos y tridimensionales de forma satisfactoria.

(128) COLGAJO DIEP PARA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA PARCIAL*Héctor Segundo Roco Molina (*), Marilu Carolina Sylvester Frias***Hospital Clínico General Raúl Yazigi - FACH. Cirugía Plástica****INTRODUCCIÓN**

Las técnicas de cirugía conservadora en cáncer mamario se han incrementado últimamente. Sin embargo, resecciones mayores en mamas pequeñas y la radioterapia pueden ser factores de resultados insatisfactorios. Para la reparación de estos defectos se emplean técnicas de expansión tisular, prótesis y colgajos de distinto tipo. Son escasas las series de reconstrucción mamaria parcial con colgajo libre.

OBJETIVOS

Presentar la experiencia con colgajo libre de perforantes de la arteria epigástrica inferior profunda (DIEP) en defectos parciales secundarios de reconstrucción mamaria

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: Serie de casos retrospectiva de colgajos DIEP en reparación de defectos mamaros secundarios a cirugía oncológica desde 2007 a 2012 en Hospital FACH. Criterio de inclusión: pacientes con defectos de volumen y forma derivados de cirugía mamaria conservadora. Técnica: La marcación de perforantes se realizó con Doppler manual y la disección se realizó respetando al máximo la integridad musculofascial y la innervación motora. Todas las microanastomosis se realizaron con Ethilon® 9-0. Los vasos receptores fueron ramas del eje toracodorsal en todos los casos. Se evaluó resultado cosmético y funcional.

RESULTADOS

Los 5 colgajos evolucionaron satisfactoriamente. La recuperación del volumen y forma mamaria y posición del complejo areola - pezón fueron bien evaluados por las pacientes. Hubo dos complicaciones, un hematoma de zona donante y retardo de cicatrización en área cutánea de daño actínico. Todas las pacientes presentaron buena función de la pared abdominal y estuvieron satisfechas con el aspecto estético del abdomen.

CONCLUSIONES

El colgajo DIEP es una herramienta efectiva, segura y cosmética en defectos de mastectomía parcial y debería proponerse al paciente como alternativa junto a otras técnicas de reconstrucción.

(159) LAS MUJERES SOMETIDAS A REDUCCIÓN MAMARIA MEJORAN SU APARIENCIA ESTÉTICA, AUTOESTIMA, SÍNTOMAS FÍSICOS Y VIDA SEXUAL. RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO DE COHORTES EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE.*Stefan Danilla Enei, Carlos Domínguez Contreras, Rocio Jara Contreras, Pedro Cuevas Troncoso (*), Mara Elsa Calderón González, Rolando Schulz Rosales, Estefanía Enriquez Chiang, Cristian Erazo Cortés, Susana Benitez Seguel, Patricio Andrades Cvitanic, Sergio Sepúlveda Pereira***Hospital Clínico U. de Chile. Unidad de Cirugía Plástica****INTRODUCCIÓN**

La cirugía mamaria es uno de los motivos de consulta más frecuentes en cirugía plástica. Recientemente, el instrumento Breast-Qol fue validado en español y constituye una herramienta útil y precisa en la evaluación del resultado de la cirugía de reducción mamaria.

OBJETIVOS

Determinar el cambio en calidad de vida en mujeres sometidas a reducción mamaria y explorar sus factores determinantes.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una cohorte prospectiva con todas las pacientes que ingresaron al HCUCH y se sometieron a reducción mamaria por cualquier técnica. La calidad de vida se midió con el instrumento validado Breast-Q módulo reducción mamaria. Se utilizó estadística descriptiva para caracterizar la muestra y analítica para determinar sus factores pronósticos.

RESULTADOS

Entre Julio de 2013 y Abril de 2014 se operaron 25 pacientes, el seguimiento promedio fue de 7 meses. 20 pacientes contestaron el Breast-Q preoperatorio y 20 el postoperatorio. La patrón cutáneo más empleado fue la T acortada (10, 55.6%) seguido por el patrón de Wise (6, 33.3%); el pedículo más usado fue el superior (10, 55.6%) seguido del superomedial (7, 38.9%). La resección promedio total fue de 923g, variando entre 150g y 2850g. El puntaje promedio del Breast-Q subió de 45% a 65% ($p=0.005$). Las pacientes mejoraron su satisfacción con la apariencia mamaria desde un 30.8% a un 82.9% ($p<0.001$), su autoestima de 38.7% a 80.1% ($p<0.001$), síntomas físicos de 47.8% a 15.5% ($p=0.003$) y sexualidad de 50.0% a 81.4% ($p<0.001$). La magnitud de la resección se asoció a la mejoría de síntomas físicos (Coeff 0.07, $p=0.023$). No se encontraron otras asociaciones significativas entre el cambio en parámetros de calidad de vida y variables independientes.

CONCLUSIONES

En este reporte preliminar hemos podido objetivar que las pacientes operadas de reducción mamaria mejoran significativamente su calidad de vida al mejorar su autoimagen, autoestima, vida sexual y síntomas físicos.

(184) COLGAJOS PERFORANTES. ENTRENAMIENTO IN VIVO EN MODELOS PORCINOS.

Juan Pablo Cisternas Vera (), Kenneth Guler Gonzalez, Boris Marinkovic Gomez, Sergio Sepúlveda Pereira, Pedro Cuevas Troncoso, Luis Jaramillo Rojas, Rodrigo Subiabre Ferrer, Wilfredo Calderón Ortega*

Universidad de Chile. Laboratorio de Microcirugía, Sede Oriente, Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN

En microcirugía, el mayor desarrollo del entrenamiento se centra en la microanastomosis. Una de las piezas claves de esta técnica es la disección y elevación de colgajos perforantes, que puede tener incluso un mayor grado de dificultad. A pesar de esto, existen escasos modelos de entrenamiento en el mundo y ninguno en Chile.

OBJETIVOS

Desarrollo de modelos de entrenamiento para adquisición de habilidades microquirúrgicas en relación a la elevación de colgajos perforantes

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de colgajos perforantes descritos en humanos. Identificación de elementos anatómicos en común con anatomía porcina. Basados en suposiciones de congruencia anatómica, experiencia quirúrgica, áreas de superposición y adecuada exposición. Seleccionamos los colgajos perforantes: Toracodorsal, intercostal, escapular, epigástrica inferior, anterolateral de muslo y glúteo superior. Se realizaron estudios anatómicos en cadáveres porcinos para identificar presencia de vasos fuentes, perforantes, paletas cutáneas y disposiciones tridimensionales. Adicionalmente, se realizaron técnicas "free-style", para detección de otros colgajos perforantes. Los colgajos que cumplieran con adecuadas congruencias, y anatomía constante fueron luego estudiados in-vivo. A través de la siguiente secuencia: Identificación doppler de la perforante; Referencias anatómicas; Planos de disección; Trayectos de los vasos. Se midieron tiempos de ejecución, y se analizó la capacidad de adquisición de habilidades.

RESULTADOS

Tras 5 ejercicios de disección en modelos cadáveres y 5 ejercicios in-vivo. Pudimos determinar existencia y constancia anatómica en 4 de los colgajos seleccionados. En la disección "free-style" pudimos identificar adicionalmente dos colgajos perforantes en el muslo. Los tiempos de elevación oscilaron entre las 2 y 4 horas. 5 colgajos fueron clasificados como perforantes músculocutáneos y uno septocutáneo. Dos colgajos pudieron elevarse quiméricos. Todos poseen cualidades deseables para el entrenamiento.

CONCLUSIONES

Pudimos describir en detalle a 6 colgajos. Sus perforantes de calibres pequeños, con trayectos intramusculares y septales, y variadas estructuras tridimensionales; ofrecen interesantes desafíos técnicos que permiten el entrenamiento y adquisición de habilidades en un ambiente controlado.

(210) EL COLGAJO SURAL A PEDÍCULO DISTAL, EXCLUYENDO EL NERVIOS SURAL

Juan Pablo Cisternas Vera, Daniel Calderón Merino, Rodrigo Subiabre Ferrer, Kenneth Guler González, Boris Marinkovic Gómez, Wilfredo Calderón Ortega ()*

Hospital Del Salvador (Santiago, Providencia). Cirugía plástica

INTRODUCCIÓN

El colgajo sural a pedículo distal ha sido utilizado en reconstrucción del tercio distal de la pierna por largo tiempo. En los reportes figura que el aporte sanguíneo de las ramas que acompañan a este nervio, son esenciales para su vitalidad. En nuestro reporte demostramos que se puede excluir el nervio sural sin alterar la vitalidad del colgajo. Así la sensibilidad del borde lateral del pie y parte lateral de su planta conserva su sensibilidad. Este hecho es importante para que el roce del calzado no produzca ulceraciones

OBJETIVOS

Excluir el nervio sural del colgajo a pedículo distal para obtener sensibilidad de cara posterior de pierna y borde lateral del pie de la extremidad comprometida.

MATERIAL Y MÉTODO

Entre 2008 y 2013 hemos operado 40 pacientes con colgajos surales a pedículo distal que presentaban exposiciones óseas del tercio distal de pierna y planta del pie, excluyendo nervio sural. El pinch y el prick test fue realizado en todos los pacientes. Una neurografía sensorial fue hecha en cuatro pacientes

RESULTADOS

El nervio sural fue excluido del colgajo sin comprometer la irrigación. Hubo dos necrosis parciales distales de colgajo que cicatrizaron en forma secundaria. Edema estuvo presente en tres de los pacientes y desapareció con elevación de la extremidad y vendaje elástico suave. Celulitis se presentó en cuatro pacientes y desapareció con antibióticos.

CONCLUSIONES

El aporte sanguíneo al colgajo sural a pedículo distal no se compromete al excluir el nervio sural. La clínica y la neurografía demuestran presencia de sensibilidad en la piel de la porción lateral y posterior del tercio distal de la pierna y porción lateral del pie y planta. Estos hallazgos permiten excluir el nervio sural desde el colgajo a pedículo distal sin alterar su irrigación e impedir la presencia de posibles úlceras por presión con el calzado.

(216) DISECCIÓN DE COLGAJOS EN CADÁVER COMO EXPERIENCIA PREQUIRÚRGICA EN RESIDENTES DE CIRUGÍA PLÁSTICA.

Carolina Salisbury Devincenzi (), Carolina Soto Diez, José Ramón Rodríguez Astudillo, Susana Searle Ferrari, Bruno Leonardo Dagnino Urrutia*

Pontificia U. Católica de Chile. Sección Cirugía Plástica y Reconstructiva

INTRODUCCIÓN

La disección anatómica, inicialmente en animales (cerdos), y posteriormente en cadáveres humanos, es uno de los recursos más antiguos de la educación médica. Existen técnicas de reconstrucción de diferentes regiones anatómicas con colgajos locales, regionales o a distancia. La disección de colgajos en cadáveres es un ejercicio de simulación valioso ya que permite adquirir los conocimientos anatómicos y técnicos necesarios para poder optimizar los resultados en estas cirugías.

OBJETIVOS

Reafirmación de la técnica quirúrgica y planos anatómicos previo a la exposición de los residentes a este tipo de cirugías.

MATERIAL Y MÉTODO

Trabajo práctico en un cadáver fijado químicamente, sin tinciones intravasculares, de sexo masculino. Se realiza en la sala de anatomía de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Las disecciones son realizadas por residentes de cirugía plástica de primer año dirigidos por docentes de la Sección. Se realiza revisión bibliográfica pertinente por parte de los residentes y presentación de técnica y casos clínicos por parte de los docentes, previo a la disección. Se estudia la anatomía vascular pertinente a los colgajos elevados y se comentan sus diferencias con respecto al paciente vivo. Todos los colgajos fueron diseñados y elevados en el mismo cadáver. Se tomo registro fotográfico de cada etapa.

RESULTADOS

En forma consecutiva durante las 6 semanas se elevaron los siguientes colgajos, uno por sesión semanal: extendido toraco-epigástrico, anterolateral de muslo, dorsal ancho, paraescapular, trapecio y sural. Tiempo de elevación promedio: 90 minutos (60-105). Muestra preliminar de un trabajo de simulación de disección cadavérica como parte de la formación continua del residente de cirugía plástica de nuestra Facultad.

CONCLUSIONES

La disección cadavérica previa a exposición in vivo tiene como ventajas la reafirmación de la técnica y los planos anatómicos, lo cual da una mayor seguridad a los residentes expuestos a este tipo de cirugías.

(227) RECONSTRUCCIÓN DE PARED TORÁCICA CON COLGAJO LATISSIMUS DORSI EN PACIENTE PEDIÁTRICO.

Ricardo Antonio Yanez Martinez, Carolina Salisbury Devincenzi (), Alvaro Cuadra Campos, Juan Carlos Pattillo Silva, Bruno Leonardo Dagnino Urrutia*

Pontificia U. Católica de Chile. Sección de Cirugía Plástica y Reparadora

INTRODUCCIÓN

El sarcoma de partes blandas en la pared torácica es una entidad poco frecuente, la base del tratamiento es la resección quirúrgica. El manejo de los pacientes que requieren resección y reconstrucción de pared torácica implica cobertura y estabilización de parrilla costal.

OBJETIVOS

Presentar un caso de reconstrucción de pared torácica en paciente pediátrico con colgajo Latissimus Dorsi.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional descriptivo. Se presenta el caso de un paciente RNPT de 35sem, con tumor torácico anterior izquierdo detectado al nacer, al cuarto día de vida se realiza biopsia incisional: fibrosarcoma infantil. En TAC de control: masa de 3x2cm en región operatoria. Al mes se intenta realizar ampliación de los márgenes, pero al llegar al plano muscular se observa invasión tumoral de espacio intercostal y solo se reseca parcialmente. Se realiza marcación con clip y se programa nueva intervención con equipo de cirugía reconstructiva. A los tres meses: resección de masa tumoral de pared torácica en bloque, resecao piel, tejido muscular, óseo y pleural; el defecto de cobertura es de 70% de la región pectoral izquierda. Se reconstruye pared costal/pleural con malla de Dacron®, fijándola a muñones costales y claviculares. Se realiza colgajo miocutáneo de latissimus dorsi con isla vertical, fijando sobre la malla a muñones costales y claviculares, se fija a músculo pectoral y esternocleidomastoideo remanente. Prueba neumática comprueba hermeticidad.

RESULTADOS

Evoluciona sin complicaciones, logrando cobertura adecuada, sin evidencia de recurrencia. Biopsia: fibrosarcoma, bordes quirúrgicos negativos. Nodos (-).

CONCLUSIONES

En este paciente pediátrico, con un tumor torácico agresivo resecao, la reconstrucción con colgajo latissimus dorsi resultó ser una buena alternativa, que permitió la resección completa con estabilidad de la pared torácica y sin morbilidad asociada.

(231) PÉNFIGO VULGARIS SEVERO: MANEJO QUIRÚRGICO. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Omar Chavez Maichil (), Estefania Enriquez Chiang, Rocio Jara Contreras, Patricio Andrades Cvitanic, Susana Benitez Seguel, Stefan Danilla Enei, Cristian Erazo Cortés, Sergio Sepúlveda Pereira*

Hospital Clínico U. de Chile. Unidad de Cirugía Plástica

INTRODUCCIÓN

Pénfigo vulgaris (PV) es una enfermedad infrecuente de etiología autoinmune. Corresponde a una afección cutánea generalizada que se manifiesta como erosiones y flictenas dolorosas de piel y mucosas. Su tratamiento depende del grado de extensión de las lesiones.

OBJETIVOS

Nuestro objetivo es reportar el manejo lesiones cutáneas extensas en un paciente con PV severo complicado, realizado de manera multidisciplinaria por el Equipo de Cirugía Plástica y Dermatología del Hospital Clínico Universidad de Chile, sin haber bibliografía al respecto

MATERIAL Y MÉTODO

Hombre de 24 años, sin antecedentes, consulta por úlceras orales y lesiones excoriativas, vesiculares, dolorosas y pruriginosas, distribuidas en cuero cabelludo, dorso y tórax anterior, de 4 meses de evolución. Por evolución tórpida con manejo ambulatorio, se hospitalizó para tratamiento con corticoides sistémicos, curaciones e inmunomoduladores. Evolucionó con shock séptico y hemorrágico secundario a hemorragia digestiva baja con intento frustrado de embolización, requiriendo resección ileocecal con ileostomía y fístula mucosa. Las lesiones cutáneas progresaron a una extensa escara de tórax, hemiabdomen superior, hombros y brazos. El manejo consistió en 4 escarectomías, 8 aseos quirúrgicos y 2 cirugías para cobertura con injertos dermoepidérmicos (IDEs).

RESULTADOS

Tras 5 meses de hospitalización, se logró cobertura completa y se dio el alta.

CONCLUSIONES

La literatura sobre opciones de cobertura cutánea (CC) en PV es escasa, no existiendo artículos sobre casos severos como el nuestro. Los objetivos de la CC incluyen: sustituir piel dañada por piel sana, lo más rápido posible, procurando obtener los mejores resultados estéticos y funcionales. En pacientes graves con heridas cutáneas extensas el manejo es complejo, por la necesidad de priorizar el soporte vital y la presencia de factores de riesgo que perjudican la reepitelización. La CC precoz favorece la estabilización hemodinámica y metabólica. Optamos por un IDE mallado, que permitió optimizar la terapia sistémica y restaurar el defecto de cobertura exitosamente.

(232) LA MAMOPLASTIA DE AUMENTO MEJORA LA AUTOESTIMA, AUTOIMAGEN Y VIDA SEXUAL EN MUJERES CHILENAS. RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO DE COHORTES.

Stefan Danilla Enei, Carlos Domínguez Contreras, Rocio Jara Contreras, Pedro Cuevas Troncoso, Mara Elsa Calderon Gonzalez, Diego Rodriguez Schneider, Omar Chavez Maichil(), Marco Antonio Ríos Vergara, Rolando Schulz Rosales, Estefania Enriquez Chiang, Cristian Erazo Cortés, Susana Benitez Seguel, Patricio Andrades Cvitanic, Sergio Sepúlveda Pereira*

Hospital Clínico U. de Chile. Unidad de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora

INTRODUCCIÓN

La mastopexia es uno de los principales procedimientos estéticos en cirugía plástica. Hasta la fecha, las técnicas de evaluación de los resultados postoperatorios se limitaban al reporte de complicaciones a corto y mediano plazo, y a la evaluación estética postoperatoria desde la mirada del cirujano. El BREAST-Q se posiciona como una forma de evaluación confiable desde la perspectiva del paciente.

OBJETIVOS

Determinar los cambios en calidad de vida en mujeres sometidas a mamoplastía de aumento o aumento/mastopexia.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohortes prospectivo. Se incluyeron todas las pacientes operadas de mamoplastía de aumento o mastopexia de aumento en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre Octubre de 2013 y Mayo de 2014. La calidad de vida (CdV) se midió con el instrumento validado Breast-Q®. Se realizó estadística descriptiva y analítica para evaluar el cambio global en CdV y por dominios considerando estadísticamente significativo un $p < 0.05$.

RESULTADOS

En el periodo estudiado se operaron 58 pacientes, 33(56.9%) completaron el instrumento Breast-Q en el preoperatorio y 25(75.7%) de ellas en el postoperatorio. La calidad de vida subió de un 49.7% a 82.5% ($p < 0.001$); analizando por dominio hubo mejoría en Autoestima (52% a 88%, $p < 0.001$), Autoimagen (22% a 80%, $p < 0.001$) y Vida Sexual (31% a 86%, $p < 0.001$). Los síntomas físicos empeoraron desde un 94% a 75% ($p < 0.001$).

CONCLUSIONES

El aumento mamario mejora la calidad de vida, específicamente la autoestima, autoimagen y vida sexual, pero las molestias físicas aumentan. La satisfacción global fue alta.

(259) COLGAJO LIBRE ANTEROLATERAL DE MUSLO PARA RECONSTRUCCIÓN EN QUEMADOS.

Ignacio Cifuentes Ortiz (), Héctor Segundo Roco Molina, Francisca Leon Ganem, Iside Bravo Yubini, Luis Marcelo Standen Mitchell*

Equipo cirugía plástica y reconstructiva.

INTRODUCCIÓN

Las quemaduras pueden derivar en heridas complejas con exposición tendínea u ósea que escapan de la resolución quirúrgica habitual. El colgajo libre anterolateral de muslo (ALT) aparece como una herramienta útil y versátil en la cobertura de defectos corporales en pacientes quemados.

OBJETIVOS

Presentar cuatro casos clínicos de quemaduras eléctricas reconstruidas con colgajos libres(ALT).

MATERIAL Y MÉTODO

Serie de casos. Se revisaron los registros clínicos de pacientes quemados tratados en el Hospital Mutual de Seguridad con reconstrucción microquirúrgica. Se registraron edad, sexo, mecanismo y extensión de la quemadura, índice de gravedad (IG) y lesión que requirió tratamiento con colgajo libre.

RESULTADOS

Cuatro pacientes sexo masculino. Todos sufrieron quemaduras eléctricas. Caso1: Paciente de 40 años con 7%SCT quemada, IG:57 Presentó quemadura profunda en mano izquierda con exposición osteo-tendínea. Se realizó un colgajo ALT anastomosado a los vasos radiales. Caso2: Paciente de 45 años con 3%SCT quemada, IG:52 Evolucionó con exposición del olécranon del codo izquierdo. Cobertura con colgajo ALT anastomosado a una rama de vena cefálica y arteria radial. Presenta epidermólisis distal que fue tratada con curaciones. Caso3: Paciente de 29 años con 4%SCT quemada, IG:45 Luego de las escarotomías, presenta exposición ósea de región frontal y malar derecha. Se realizó cobertura con colgajo ALT anastomosado a vasos faciales. Caso4: Paciente de 25 años con 11%SCT quemada, IG:68. Presenta exposición tendínea y ósea plantar bilateral. Se realizan dos colgajos ALT diferidos por una semana. Vasos receptores utilizados en pie derecho: arteria tibial anterior y vena safena interna y en pie izquierdo: vasos tibiales posteriores. Este último presentó signos de congestión venosa. La exploración quirúrgica confirmó una trombosis venosa que causó la pérdida del colgajo. El defecto resultante se manejó con sistema de presión negativa e injerto de piel parcial.

CONCLUSIONES

El colgajo ALT es una herramienta versátil en la reconstrucción de defectos complejos en pacientes con quemaduras.

(276) RECONSTRUCCIÓN EN HIDROSADENITIS SUPURATIVA SEVERA AXILAR Y ESTERNAL CON COLGAJOS DE PERFORANTES.

Bruno Leonardo Dagnino Urrutia, José Ramón Rodríguez Astudillo (), Susana Searle Ferrari, Alvaro Cuadra Campos, Claudio Guerra Sánchez, Silvana Acosta Viana*

Pontificia U. Católica de Chile. Sección de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética.

INTRODUCCIÓN

La Hidrosadenitis Supurativa (HS) es una patología que puede requerir resecciones radicales y reconstrucciones complejas. Diversos colgajos han sido usados en casos de HS axilar, perineal y esternal.

OBJETIVOS

Presentar una serie de casos de reconstrucción axilar y esternal utilizando colgajos basados en perforantes, para pacientes con compromiso severo por HS.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional descriptivo. Se realizó resección de lesiones compatibles con HS en región axilar (5) y esternal (1), en cuatro pacientes de sexo femenino. Las pacientes fueron referidas desde dermatología, por falta de respuesta a tratamiento médico después de al menos un año. Se efectuó identificación preoperatoria de perforantes con doppler portátil en todos los casos. Para los casos con compromiso axilar se realizó resección radical y cobertura con colgajo de perforante paraescapular. El caso con compromiso esternal fue resuelto con un colgajo basado en vasos perforantes de arteria intercostal anterior.

RESULTADOS

La mediana de tiempo quirúrgico, incluyendo la etapa de resección, fue de 225 minutos (180-255). La estadía hospitalaria fue de dos días en todos los casos. No hubo pérdidas parciales ni totales de colgajos. Una paciente presentó una dehiscencia menor que se manejó con curaciones. Tras un mediana de seguimiento de 9,5 meses (5-11,5) no se han registrado recidivas.

CONCLUSIONES

En esta serie de pacientes, los colgajos de perforantes resultaron ser una excelente herramienta para reconstrucción de casos severos de HS. Se destaca la importancia de los colgajos de perforantes como parte del armamentario quirúrgico para el manejo de esta condición.

(277) INTRODUCIENDO EL BODY-QOL®. UN NUEVO INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE RESULTADOS DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE EN CIRUGÍA DE CONTORNO CORPORAL.

Stefan Danilla Enei, Socrates Aedo Monsalve, Carlos Domínguez Contreras, Rocio Jara Contreras, Pedro Cuevas Troncoso (), Mara Elsa Calderon Gonzalez, Sarah AlHimdani AlHimdani, Marco Antonio Ríos Vergara, Cristian Taladriz Rencoret, Diego Rodriguez Schneider, Rolando González Ciriano, Estefania Enriquez Chiang, Cristian Erazo Cortés, Susana Benitez Seguel, Patricio Andrades Cvitanic, Sergio Sepúlveda Pereira*

Hospital Clínico U. de Chile. Unidad de Cirugía Plástica.

INTRODUCCIÓN

La evaluación de resultados de la cirugía de contorno corporal (CCC) es multidimensional y requiere la perspectiva paciente.

OBJETIVOS

Desarrollar un nuevo instrumento de medición desde la perspectiva del paciente (IMPP) para medir calidad de vida (CdV) relacionada a la satisfacción corporal.

MATERIAL Y MÉTODO

Se siguió un diseño estándar de 3 fases para desarrollar el IMPP. En la primera fase se utilizó un diseño cualitativo en 35 pacientes para generar el marco conceptual e instrumento preliminar con sus ítems y dominios. La fase 2 consistió en la prueba masiva del instrumento preliminar en 1340 sujetos para reducir los ítems y dominios. En la fase 3, se realizó la medición de las propiedades psicométricas en 34 pacientes. Se utilizaron estadísticas de análisis RASCH, análisis factorial, regresión multivariante y pruebas clásicas. Las propiedades psicométricas medidas fueron tasa de respuesta, confiabilidad interna y correlaciones ítem-test, ítem-rest y test-retest.

RESULTADOS

El instrumento constó de 4 dominios (Satisfacción con el abdomen, bienestar sexual, bienestar social y autoestima y síntomas físicos) y 20 ítems en total. El puntaje puede variar de 20 (peor) a 100 (mejor) puntos. La tasa de respuesta fue 100%, confiabilidad interna 93.3%, concordancia test re-test 97.7%. La CdV asociada a la imagen corporal fue superior en hombres que en mujeres ($p < 0.001$), decrece con la edad ($p = 0.004$) y disminuye a mayor IMC ($p < 0.001$). Pacientes postbariátricos tuvieron menores puntajes que los cosméticos en todos los dominios ($p < 0.001$). Luego de la CCC el puntaje aumentó 21.9 ± 16.9 (tamaño del efecto 1.8, $p < 0.001$).

CONCLUSIONES

La CdV asociada a la satisfacción corporal puede ser medida en forma confiable y precisa con el instrumento Body-QoL. Puede ser usado para cuantificar la mejoría en pacientes estéticos y postbariátricos, incluyendo procedimientos no invasivos, liposucción, abdominoplastia, lipoabdominoplastia y lower body lift, y para entregar un enfoque basado en evidencia a la práctica estándar.

(352) MODELO PORCINO EX-VIVO PARA ENTRENAMIENTO EN BLEFAROPLASTÍA: ESTUDIO DE VALIDACIÓN

José Ramón Rodríguez Astudillo (), Ricardo Antonio Yanez Martínez, Julian Varas Cohen, Carolina Soto Díez, Susana Searle Ferrari, Alvaro Cuadra Campos, Claudio Guerra Sánchez, Silvana Acosta Viana, Bruno Leonardo Dagnino Urrutía*

Pontificia U. Católica de Chile. Centro de Simulación y Cirugía Experimental Sección de Cirugía Plástica y Reconstructiva División de Cirugía Facultad de Medicina.

INTRODUCCIÓN

El entrenamiento en modelos simulados permite adquirir destrezas y habilidades en forma segura y reproducible en distintas disciplinas quirúrgicas, pero su aplicación en cirugía estética es limitada.

OBJETIVOS

Evaluar la validez de fidelidad, contenido y constructo de un modelo cadavérico porcino, para entrenamiento en blefaroplastia.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio experimental. Se comparó el desempeño de cirujanos plásticos expertos respecto a cirujanos generales, sin entrenamiento previo, en la realización de una blefaroplastia superior transcutánea (BST) y una blefaroplastia inferior transconjuntival (BIT) empleando un modelo de cabeza de cerdo cadavérico (validez de constructo). Los procedimientos se registraron en video y fueron evaluados por dos cirujanos expertos ciegos, mediante escalas objetivas validadas para procedimientos quirúrgicos (OSATS). Empleando un dispositivo para registro de movimiento de manos, se comparó número de movimientos en el espacio, distancia total recorrida y tiempo total. Se aplicó un cuestionario para evaluar validez de fidelidad y contenido, mediante escala tipo Likert de 5 puntos. Se utilizó prueba de Mann-Whitney, considerando significativo un $p < 0,05$

RESULTADOS

Cinco expertos obtuvieron puntajes OSATS significativamente mayores que cinco cirujanos generales sin entrenamiento, tanto para BST como BIT [29 (27,5-29,5) vs 18,5 (18-19); $p < 0,05$ y 28,5 (27,5-29) vs 21 (18-23); $p < 0,05$, respectivamente]. No hubo diferencias significativas para distancia total recorrida, número de movimientos, ni tiempo total, para ambos procedimientos. En general los participantes evaluaron el modelo como realista y consideraron que contribuiría al desarrollo de habilidades y destrezas en blefaroplastia (mediana puntaje Likert 3-5/5 y 4-5/5, respectivamente)

CONCLUSIONES

En este estudio se obtuvo una diferencia significativa en las habilidades de expertos en comparación a novatos, demostrando así validez de constructo. Además se logró mostrar validez de fidelidad y contenido para el modelo descrito. Contar con un modelo de blefaroplastia validado podría ser útil para reducir la curva de aprendizaje de residentes, en la ejecución de este procedimiento.

(363) RESULTADOS DE LOS DIFERENTES PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS PARA LA REANIMACIÓN FACIAL

Freddy Alejandro Ferreira Camacho (), Susana Benitez Seguel, Stefan Danilla Enei, Patricio Andrades Cvitanic, Belen Sanhueza Pozarski, Cristian Erazo Cortés, Cristobal Alfonso Mulchi Espildora, Sergio Sepúlveda Pereira*

Hospital Clínico U. de Chile. Departamento de Cirugía

INTRODUCCIÓN

La Reanimación Facial son aquellos procedimientos quirúrgicos que permiten recrear movimientos faciales lo más cercano posible a la normalidad. Esto se puede lograr mediante la transferencia muscular regional o libre, transposición o injerto de nervio o la combinación de colgajo muscular microquirúrgico con injerto de nervio.

OBJETIVOS

Presentar la experiencia de una serie de pacientes en el tratamiento de la parálisis facial en relación a etiología, procedimiento realizado, tiempo quirúrgico, mejoría del movimiento de comisura, y complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte retrospectivo, con análisis descriptivo de casos, entre el año 2008 y 2014, se operaron 20 pacientes con diagnóstico de parálisis facial de distintas etiología, realizando 24 diferentes procedimientos quirúrgicos.

RESULTADOS

Se realizaron 24 diferentes procedimientos de Reanimación facial en 20 pacientes, cuatro pacientes con Síndrome de Moëbius, dos por parotidectomía, una secuela de polio, una secuela por resección de una malformación vascular rota, tres secuela post-traumática, dos parálisis de Bell, dos causa congénita, una resección de Schwannoma, un Neurinoma Acústico, dos post resección de tumor en tronco encefálico, y uno por síndrome de denervación, se realizaron cinco colgajos musculares libres, once Injertos cruzados de Nervio Sural a Nervio facial contralateral, tres colgajos minitemporal, un lifting unilateral, dos lifting facial con suspensión palpebral inferior y dos pacientes con injerto cruzado de N.Sural y transferencia de músculo libre, la media de tiempo quirúrgico fue de 5.5 horas, todos los pacientes obtuvieron mejoría del movimiento, como complicaciones se registraron un hematoma precoz, un hematoma tardío por valsalva, un seroma y tres neuralgias de la zona dadora.

CONCLUSIONES

En la actualidad existe reconocimiento sobre el impacto que posee el tratamiento de la parálisis facial, a pesar de los avances y la cantidad de técnicas propuestas no existe un consenso generalizado sobre cuál es el tratamiento óptimo, nosotros proponemos las técnicas dinámicas para su manejo.

(384) COLGAJO DE MUSLO POSTERIOR PARA COBERTURA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN ISQUIÁTICAS.

Ignacio Cifuentes Ortiz (), Francisca Leon Ganem, Iside Bravo Yubini, Héctor Segundo Roco Molina, Luis Marcelo Standen Mitchell*

Equipo Cirugía plástica y reconstructiva.

INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión isquiáticas (UPP) son una comorbilidad importante en pacientes con lesión medular (LM) que con frecuencia requieren de cobertura con colgajos. El alto porcentaje de recidiva de estas lesiones resulta en múltiples cirugías que agotan el arsenal de colgajos locales. El colgajo fasciocutáneo de muslo posterior, si bien está descrito para tratamiento de lesiones perineales, también puede ser usado para cobertura de úlceras isquiáticas.

OBJETIVOS

Presentar una serie de casos de pacientes con UPP isquiáticas reconstruidos con colgajos de muslo posterior.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo. Se evalúan pacientes con LM y UPP isquiática en quienes se realizaron colgajos pediculados de muslo posterior. Se obtienen variables demográficas y clínicas: osteomielitis, colgajos previos, complicaciones menores, mayores, recidivas y seguimiento. Se utilizó estadística descriptiva. Técnica quirúrgica: paciente en decúbito prono. Se define el punto medio de la línea trazada entre el isquion y trocánter ipsilateral. Se traza una línea hasta fosa poplítea y se disecciona de distal a proximal identificando la rama descendente de la arteria glútea inferior y el nervio cutáneo femoral posterior rotando el colgajo hasta cubrir la úlcera isquiática.

RESULTADOS

Siete pacientes fueron reconstruidos con el colgajo de muslo posterior. La mediana de la edad fue de 56 (29-78). Cinco pacientes se encontraban bajo tratamiento antibiótico por osteomielitis. Cuatro pacientes tenían colgajos previos. Dos pacientes presentaron epidermolisis distal y cuatro presentaron dehiscencia menor de 5 mm. Todos fueron tratados medicamente sin compromiso de su cobertura. Ningún paciente presentó necrosis del colgajo ni tampoco ocurrieron recidivas durante el período de seguimiento de 1,13 meses(0,9-5,1)

CONCLUSIONES

El colgajo pediculado de muslo posterior es una herramienta simple y útil para el tratamiento de úlceras por presión isquiáticas. Puede ser usado como primera alternativa quirúrgica o en aquellos casos en que ya no se dispone de colgajos locales para cobertura satisfactoria de las lesiones.

(396) UTILIDAD DEL DOPPLER MANUAL EN LA PLANIFICACIÓN DEL COLGAJO DIEP

Marilu Carolina Sylvester Frias (), Héctor Segundo Roco Molina, Manuel Meruane Naranjo*

Hospital Clínico General Raúl Yazigi - FACH. Unidad de Cirugía Plástica

INTRODUCCIÓN

En el colgajo perforante de arteria epigástrica inferior profunda (DIEP) es importante la identificación de sus perforantes. Estudios corrientes son ecografía, angio-TAC y resonancia magnética. Nosotros utilizamos el Doppler manual, pero su uso es cuestionado porque sería operador dependiente y tendría menor sensibilidad en la detección de las perforantes.

OBJETIVOS

Evaluar clínicamente el Doppler manual como estudio preoperatorio de las perforantes de los vasos epigástricos inferiores y estimar la variabilidad interoperador.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: estudio de corte transversal Se realiza, de forma independiente por un cirujano de mayor y otro de menor experiencia, mapeo con Doppler manual preoperatorio y mapeo intraoperatorio de las perforantes principales (mayor a 1mm) y menores periumbilicales en pacientes operadas de abdominoplastía o reconstrucción con colgajo DIEP durante el periodo de un año. Se excluyeron pacientes con grandes cirugías abdominales previas. Se estimó sensibilidad y especificidad y se utilizó el Error Técnico de Medición $(\%D2/2N)$ para evaluar la distancia entre las perforantes pre e intraoperatorias y el factor de correlación de Pearson entre los operadores

RESULTADOS

Se incluyeron 20 pacientes. La sensibilidad fue de 81,57% v/s 80% y la especificidad de 12,5 % v/s 10% para el observador de mayor y menor experiencia respectivamente. El Factor de Correlación de Pearson para las perforantes mayores fue de 0,8 y las menores de 0,3 entre los observadores. El Error Técnico de Medición para las perforantes principales y las menores del cirujano de mayor experiencia fue de 7,53 y de 8,31mm, y para el cirujano de menor experiencia fue de 8,39 y 9 mm respectivamente. No hubo diferencia estadísticamente significativa entre los observadores.

CONCLUSIONES

El Doppler manual puede utilizarse con ciertas limitaciones en la identificación de las perforantes de los vasos epigástricos inferiores. En nuestro estudio no hay mayor variabilidad interoperador.

(562) ENTRENAMIENTO EN MICROCIROUGÍA: ¿CÓMO IMPLEMENTAR UN LABORATORIO DE MICROCIROUGÍA DE BAJO COSTO?

José Ramón Rodríguez Astudillo (), Bruno Leonardo Dagnino Urrutia*

Pontificia U. Católica de Chile. Centro de Simulación y Cirugía Experimental, Sección de Cirugía Plástica y Reconstructiva, División de Cirugía, Facultad de Medicina.

INTRODUCCIÓN

Introducción: la adquisición de competencias en microcirugía requiere de entrenamiento en modelos simulados. Para ello, resulta imprescindible contar con laboratorios de entrenamiento que cuenten con el equipamiento necesario. Una de las limitantes en esta área es el alto costo de equipos e insumos. Se presenta la factibilidad de implementar un laboratorio de bajo costo para entrenamiento en microcirugía.

OBJETIVOS

Evaluar la factibilidad de implementar un laboratorio de bajo costo para entrenamiento en microcirugía

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional descriptivo. Utilizando fondos concursables, se adquirieron equipos e instrumental desde sitios disponibles en línea. Los valores se compararon con precios de referencia para equipos de marcas tradicionales. La calidad y rendimiento de los equipos se evaluó mediante implementación de un curso continuo de entrenamiento en microcirugía para residentes.

RESULTADOS

Existen múltiples alternativas de microscopios estereoscópicos adecuados para entrenamiento, a un bajo costo. Es recomendable emplear microscopios con soporte de brazo, en lugar de pedestal, dado que este último no provee ventajas comparativas en un escenario simulado y supone un costo adicional. El uso de cabezales trinoculares con salida para registro en video, permite supervisar en tiempo real, efectuar registro en alta definición y magnificar la imagen visible en el microscopio, facilitando la instrucción simultánea de múltiples alumnos. Existe disponibilidad de instrumental de acero inoxidable de diverso origen, que son adecuados para simulación. El uso de material de sutura y clamps no estériles, también permite reducir costos, manteniendo una calidad suficiente para entrenamiento. Implementar una estación de entrenamiento de este tipo tiene un valor aproximado de US\$ 1.500 dólares, contra un valor de más de US\$5.000 para equipos tradicionales.

CONCLUSIONES

Es factible proveer condiciones adecuadas para simulación, sin necesidad de incurrir en un gasto mayor. En la actualidad, el costo de equipos e insumos no constituiría una limitante para contar con un laboratorio de entrenamiento en microcirugía

(565) FACTIBILIDAD DE ENTRENAMIENTO EN CIRUGÍA PLÁSTICA PALPEBRAL EMPLEANDO UN MODELO CADAVÉRICO PORCINO

José Ramón Rodríguez Astudillo (), Ricardo Antonio Yanez Martínez, Carolina Salisbury Devincenzi, Susana Searle Ferrari, Bruno Leonardo Dagnino Urrutia*

Pontificia U. Católica de Chile. Centro de Simulación y Cirugía Experimental, Sección de Cirugía Plástica y Reconstructiva, División de Cirugía, Facultad de Medicina

INTRODUCCIÓN

Se ha descrito que la anatomía periorbitaria del cerdo sería similar a la humana, utilizándose para la enseñanza de procedimientos relacionados con la reparación del margen palpebral o de ptosis palpebral severa. Se presenta un video efectuando procedimientos en cirugía plástica palpebral empleando un modelo animal inanimado.

OBJETIVOS

Describir las características anatómicas de la región palpebral porcina. Evaluar la factibilidad de realizar procedimientos en cirugía plástica palpebral, empleando un modelo cadavérico porcino

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo. Se registró en video la realización de una blefaroplastia superior transcutánea, blefaroplastia inferior transconjuntival, corrección de ectropión mediante tira tarsal lateral (lateral tarsal strip) y tarsorrafia, empleando un modelo de cabeza de cerdo cadavérico. Los procedimientos fueron realizados por un cirujano plástico experto. Se consignaron las principales diferencias anatómicas respecto a su realización en humanos y la factibilidad de completar los procedimientos descritos en el modelo

RESULTADOS

La anatomía palpebral del cerdo tiene similitudes con la humana, respecto a las estructuras abordadas en cirugía plástica palpebral habitual. El reborde orbitario lateral esta compuesto por cartílago y no por un marco óseo. La distribución del tejido graso periorbitario se asemeja a la humana, siendo más difícil el abordaje de las bolsas palpebrales inferiores ya que se encuentran a mayor profundidad respecto al reborde orbitario. Dado que se trata de un modelo cadavérico, la protrusión del tejido graso a través del septum, no es tan evidente. La piel porcina es más gruesa, pero esta dificultad puede aminorarse empleando suturas de mayor calibre a lo habitual.

CONCLUSIONES

El modelo de cabeza de cerdo cadavérico posee una anatomía periorbitaria similar a la humana y podría representar una buena herramienta para el entrenamiento de procedimientos en cirugía plástica palpebral.

(621) EVALUACIÓN DEL COLLAGE FOTOGRÁFICO EN LA PLANIFICACIÓN PREOPERATORIA DE LA CIRUGÍA DE REMODELAMIENTO MAMARIO (AUMENTO, REDUCCIÓN Y PEXIA).

Ricardo Antonio Yanez Martínez (), Jaime Carrasco Toledo, Juan Pablo Henríquez Rissios, Daniel Valenzuela Candia, Carolina Salisbury Devincenzi, Carolina Soto Diez, Manuel Meruane Naranjo, Dante Gonzalez Bartolomei, Roberto Hoppmann Klestadt*

Centro Clínico de Cirugía Plástica y Reparadora PROPACAM.

INTRODUCCIÓN

El remodelamiento mamario es una de las cirugías estéticas más frecuentemente realizadas. Los métodos de evaluación de los resultados quirúrgicos son bien conocidos y se aplican cada día más. En el preoperatorio los métodos que ayudan en la planificación según preferencias y expectativas de la paciente son escasos.

OBJETIVOS

Nuestro objetivo es presentar la utilización del collage fotográfico y la factibilidad de su aplicación como instrumento de apoyo en la planificación preoperatoria de la cirugía de remodelamiento mamario.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional descriptivo. Se analizó a pacientes sometidas a aumento, pexia o reducción mamaria entre 2007-2012, en quienes había sido utilizado el collage fotográfico en la planificación preoperatoria. El collage fotográfico consiste en una selección de fotografías de distintos medios obtenidas por la paciente, que clasifican como: me gustan/no me gustan. El cirujano la mantiene como guía de referencia. Se realizó la evaluación del instrumento collage fotográfico por medio de una encuesta con una escala tipo Likert de 8 preguntas(puntaje,1-5). Ítems evaluados: factibilidad, tiempo empleado, motivación, importancia, utilidad asignada y comparación postoperatoria de forma, aspecto, volumen y atractivo.

RESULTADOS

La serie estuvo compuesta por 50 pacientes, 35 años (rango,23-68años). Mediana de los puntajes: factibilidad 4, tiempo empleado 4, motivación 4, importancia 4, utilidad asignada 4, comparación de forma y aspecto 2, comparación de volumen 4, atractivo 4.

CONCLUSIONES

La factibilidad de la realización del collage fotográfico y el tiempo empleado fue adecuado, a la mayoría de las pacientes les pareció entretenido, importante y útil. Al evaluar los resultados postoperatorios, estaban conformes con el volumen con respecto a las preferencias preoperatorias. Al analizar forma/aspecto el resultado fue distinto al esperado según el collage, sin embargo las encontraron más atractivas que las elegidas previamente. Es recomendable su uso como una herramienta más en la planificación preoperatoria del remodelamiento mamario.

(682) RECONSTRUCCIÓN MICROQUIRÚRGICA EN EL TRAUMA PEDIATRICO EXPERIENCIA INICIAL

Andrea Hasbun Nazar (), Silvana Acosta Viana, Patricio Andrades Cvitanic*

Hospital Clínico de Niños Dr. Roberto del Río (Santiago, Independencia). Cirugía Plástica

INTRODUCCIÓN

La reconstrucción microquirúrgica de los defectos de cobertura es una técnica ampliamente usada en el mundo entero. En niños se consideró un reto para el cirujano, por el pequeño calibre de los vasos y la tendencia al vaso espasmo. La consolidación de la curva de aprendizaje redundó en la optimización de los resultados. No hay publicaciones nacionales de reconstrucción microquirúrgica en niños.

OBJETIVOS

El propósito de esta comunicación es mostrar una serie de casos de transporte libre de tejidos en menores de 15 años con lesiones de origen traumático.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte retrospectiva y serie de casos: 4 puntos Revisión retrospectiva de casos clínicos consecutivos con defectos severos de cobertura provocados por trauma grave tratados con colgajo microquirúrgico. La indicación quirúrgica esta determinada por tamaño del defecto y compromiso de estructuras nobles. Se analiza: permeabilidad vascular, complicaciones, tiempo quirúrgico y resultado funcional.

RESULTADOS

4 pacientes (5 colgajos). 3 hombres y 1 mujer. Edad entre 4 y 11 años. Lesión: 3 casos en extremidad inferior, 1 en la extremidad superior. En el primer caso se utilizaron 2 colgajos (dorsal ancho y recto abdominal), en los 3 siguientes se utilizó el anterolateral de muslo. Tiempo quirúrgico: entre 5 y 9 hrs. Vasos receptores: 3 tibiales posteriores 1 peroneos. No hubo ninguna falla total de la anastomosis, sólo una falla parcial, que se rescató con puente venoso. Tiempo de seguimiento: de 4 a 22 meses.

CONCLUSIONES

Primera experiencia de reconstrucción microquirúrgica en lesiones traumáticas en niños del sistema público. Es posible realizar reconstrucción microquirúrgica en niños con buenos resultados. Si bien el tiempo de seguimiento es corto, la técnica elegida permitió la resolución favorable de los 4 casos que logran una cobertura estable, con capacidad de deambulación y reintegro a su actividad habitual.

(692) MORTALIDAD EN PACIENTES QUEMADOS POR ÍNDICE DE GRAVEDAD DE GARCÉS EN LA CLÍNICA INDISA

Jorge Villegas Canquil, Sebastián Villegas Galilea, Ekaterina Troncoso Olchevskaia (), Rodrigo Troncoso Olchevskaia*

Clínica Indisa. Equipo de Cirugía Quemados

INTRODUCCIÓN

Las quemaduras son un problema de salud pública por su elevada morbimortalidad. Para poder comparar entre diferentes pacientes se han establecido diferentes grupos de gravedad, siendo en nuestro país el más utilizado el índice de gravedad de Garcés. Existe una tendencia a la disminución progresiva de la mortalidad por grupo. Presentamos nuestra mortalidad actual por índice de gravedad.

OBJETIVOS

Describir la mortalidad actual según el índice gravedad de Garcés en la Clínica Indisa

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional transversal. Para ello se analizaron los datos de todos los pacientes adultos quemados y tratados por el equipo de cirugía de quemados en la clínica Indisa, entre julio de 2007 y mayo de 2014. Los datos fueron analizados con Stata/IC v13.0. Para la estadística descriptiva se realizó estimación de medias e IC95%. Para evaluar la relación entre índice de gravedad y mortalidad se utilizaron curvas N-N.

RESULTADOS

Se analizaron los datos de 324 pacientes. En los grupos leve o moderado no hubo mortalidad. Los pacientes con IG grave, crítico y sobrevivida excepcional tuvieron una mortalidad de 2.08%, 25.61% y 59.68% respectivamente. Índices de gravedad bajo 90 no tuvieron mortalidad y esta aumentó constante y progresivamente hasta una mortalidad de 100% con índice de gravedad sobre 232. El análisis multivariado mostró covariabilidad entre el índice de gravedad, la edad y la superficie corporal quemada, siendo el índice de gravedad mejor predictor individual de mortalidad.

CONCLUSIONES

El índice de gravedad de Garcés se ha utilizado ampliamente en nuestro país como factor pronóstico en pacientes quemados. Sin embargo, gracias a la protocolización de la técnica quirúrgica y el manejo en unidad de paciente crítico especializada, la mortalidad de estos pacientes ha disminuido de manera importante. La mortalidad por índice de gravedad es menor que la inicialmente descrita por Garcés, siendo nuestro límite de sobrevivida un IG de 230.

(701) INJERTO ÓSEO DE CRESTA IÍACA EN RINOPLASTIA REVISIONAL. EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN CON LA APARIENCIA NASAL POR MEDIO DEL RHINOPLASTY OUTCOME EVALUATION.

Ricardo Antonio Yanez Martinez (), JAIME CARRASCO TOLEDO, Daniel Valenzuela Candia, Juan Pablo Henriquez Rissios, Carolina Soto Diez, Carolina Salisbury Devincenzi, Manuel Meruane Naranjo, Dante Gonzalez Bartolomei, Roberto Hoppmann Klestadt*

Centro Clínico de Cirugía Plástica y Reparadora PROPACAM

INTRODUCCIÓN

En rinoplastias revisionales por grandes defectos el material autólogo debe considerarse como primera opción. Las zonas dadoras en general son calota, costillas, cresta tibial y cresta ilíaca. Se optó por la última por la fácil obtención y buen resultado en punta nasal.

OBJETIVOS

Nuestro objetivo es presentar los resultados estéticos y funcionales de la reconstrucción nasal con injerto de cresta ilíaca desde el punto de vista del paciente

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional descriptivo. Se aplica cuestionario Rhinoplasty Outcome Evaluation (ROE) traducida y validada al español a todos los pacientes intervenidos por rinoplastia revisional en quienes se utilizó injerto de cresta ilíaca para la reconstrucción nasal.

RESULTADOS

La serie estuvo compuesta por siete pacientes, cuatro mujeres, de 44 años de edad (rango, 15-50 años). La mediana de los puntajes obtenidos en cada uno de los ítems evaluados fue: apariencia nasal ideal 4, funcionalidad 5, opinión de terceros 5, social-laboral 4, apariencia esperada 4, deseo de cambiar apariencia 3. La mediana de los puntajes obtenidos en total fue de 26/30 puntos (rango, 12-30 puntos) u 86%.

CONCLUSIONES

La utilización de injerto óseo de cresta ilíaca en rinoplastia revisional por grandes defectos permite obtener resultados satisfactorios desde el punto de vista del paciente. Es de esperar que contando con esta herramienta para evaluar resultados quirúrgicos en rinoplastia, traducida y validada, se aplique en otros estudios previo y posterior a la intervención y se logre comparar las distintas técnicas.

(705) ABDOMINOPLASTÍAS SECUNDARIAS, RESULTADOS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE.

Ricardo Antonio Yanez Martinez (), JAIME CARRASCO TOLEDO, Juan Pablo Henriquez Rissios, Daniel Valenzuela Candia, Carolina Salisbury Devincenzi, Carolina Soto Diez, Andrea Hasbun Nazar, Manuel Meruane Naranjo, Dante Gonzalez Bartolomei, Roberto Hoppmann Klestadt*

Centro Clínico de Cirugía Plástica y Reparadora PROPACAM

INTRODUCCIÓN

En la última década se ha visto un aumento en el número cirugías de contorno corporal. La abdominoplastia es el procedimiento excisional más frecuentemente realizado en este tipo de cirugías. Existen distintas clasificaciones e indicaciones en la abdominoplastia revisional.

OBJETIVOS

Nuestro objetivo es presentar los resultados y evaluación desde el punto de vista de la satisfacción del paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional descriptivo. Se analizó a todos los pacientes sometidos a abdominoplastia secundaria entre los años 2005-2013. Se registra datos demográficos, hallazgos intraoperatorios y complicaciones. Se realiza cuestionario de satisfacción de los pacientes, por medio de una encuesta con una escala tipo Likert de 5 preguntas (puntaje, 1-5). Ítems evaluados: apariencia, salud física, salud sexual, estado psicológico, ámbito social.

RESULTADOS

La serie estuvo compuesta por 21 pacientes, 42 años (rango, 28-68 años). Al analizarlas según temporalidad, nueve intervenciones fueron tempranas y 12 tardías. Los hallazgos intraoperatorios más frecuentes fueron ausencia total/parcial de plicatura y ausencia de perforantes zonas I/II. Las complicaciones fueron mayor largo/altura cicatriz en nueve pacientes y cicatriz hipertrófica/queloide en siete pacientes. En cuanto a la satisfacción la mediana de los puntajes: apariencia 4, salud física 5, salud sexual 4, estado psicológico 3, ámbito social 5.

CONCLUSIONES

Se observa que la técnica de abdominoplastia secundaria es un procedimiento seguro, con baja tasa de complicaciones y con un alto grado de satisfacción del paciente.

(707) UTILIZACIÓN DE DOBLE COLGAJO DIEP PARA RECONSTRUCCIÓN DE EXTREMIDADES INFERIORES.

Ricardo Antonio Yanez Martinez (), Alvaro Cuadra Campos, Claudio Guerra Sánchez, Susana Searle Ferrari, Bruno Leonardo Dagnino Urrutia*

Pontificia U. Católica de Chile. Sección de Cirugía Plástica y Reconstructiva

INTRODUCCIÓN

La reconstrucción de un defecto de cobertura extenso de EEII, considerando la extensión, ubicación, profundidad y estructuras involucradas puede ser de una alta complejidad y llevar a buscar alternativas reconstructivas poco habituales.

OBJETIVOS

Nuestro objetivo es presentar la experiencia de la utilización de un doble colgajo DIEP para cobertura de tercio distal de EEII.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional descriptivo. Se presenta el caso de una paciente de 21 años, puérpera, con shock séptico y necrosis cutánea extensa de extremidades de causa desconocida. Se realiza escarectomía, defecto resultante: 27% SCT, correspondiendo a zonas necróticas en extremidades superiores e inferiores. Destaca la presencia de trombosis de vasos perforantes, necrosis de tendones de manos y pies, necrosis muscular segmentaria en piernas y manos. Se realizan múltiples aseos quirúrgicos e injertos. Para la cobertura de la exposición de ambos maléolos peroneos y dorso de ambos pies se realiza un colgajo DIEP doble. Se realiza arteriografía EEII y marcación de perforantes periumbilicales con Doppler. Se eleva colgajo DIEP bilateral en un tiempo, con dos equipos quirúrgicos simultáneos. En la EID se anastomosa los vasos epigástricos profundos derechos a la arteria y vena tibial anterior derecha; en la EII se realiza anastomosis a la arteria tibial posterior y a las dos venas comitantes izquierdas.

RESULTADOS

La evolución postoperatoria fue favorable. La paciente es dada de alta en buenas condiciones generales, extubada, con cobertura cutánea completa. No hubo pérdidas de los colgajos.

CONCLUSIONES

Ante la falta de tejidos locales vecinos al defecto se recurrió a la cobertura con colgajos libres. El colgajo DIEP está ampliamente descrito en reconstrucción mamaria y otras localizaciones como cabeza y cuello. En este caso, dado las condiciones generales y locales de la paciente, este colgajo resultó ser una excelente alternativa, sin morbilidad en la zona dadora y logrando una cobertura adecuada.

(740) QUEMADURA POR ÁCIDO MURIÁTICO. MÉTODO DE AGRESIÓN EMERGENTE EN NUESTRO PAÍS. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Jorge Villegas Canquil, Sebastian Villegas Galilea, Carolina Soto Diez, Ekaterina Troncoso Olchevskaia ()*

Clínica Indisa. Equipo de Cirugía Quemados

INTRODUCCIÓN

Los ataques con ácido son una modalidad de agresión destinada a desfigurar, mutilar o asesinar una persona. Los ácidos comúnmente utilizados con éste propósito son ácido sulfúrico, nítrico y el clorhídrico (Muriático). A nivel mundial, 1.500 personas son atacadas por ácido anualmente, siendo el 80% mujeres. Este fenómeno es más frecuente en Asia y África, pero existe un incremento de estos ataques en países americanos.

OBJETIVOS

Reportar caso clínico de un paciente atendido en nuestro centro, quién sufre agresión con ácido.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de ficha Clínica y registro fotográfico

RESULTADOS

Mujer de 25 años sufrió ataque con ácido muriático por su pareja. La paciente ingresó 72 horas después de la agresión, sin reanimación adecuada ni aseo quirúrgico previo. Se intervino, constatándose quemadura de 26% con compromiso de cuero cabelludo, cara, cuello, hombros, mamas, espalda y extremidades superiores. Espesor profundo en toda su extensión, con escara de límites definidos, seca, deprimida y sin signos de infección. Se optó por escarectomía tangencial para minimizar secuelas, pero se evidencia profundización progresiva, después de varias escarectomías a plano vital, probablemente por daño químico residual. Se obtuvo lecho adecuado para injertar el día 29, en plano celular profundo o suprafascial. La quemadura de cuero cabelludo y frente evolucionaron con exposición de calota, requiriendo combinación de colgajos locales e injertos. La paciente fue intervenida en 15 oportunidades, logrando una cubierta cutánea completa a los 69 días de evolución. Durante este período se resolvieron secuelas como ectropión de párpado inferior. La paciente fue dada de alta a los 90 días, con secuelas estéticas cervico-faciales y funcionales de codo derecho.

CONCLUSIONES

Este es uno de los primeros casos de ataque con ácido en nuestro país, constituyéndose como una forma de agresión emergente.

(742) DILEMAS ETICOS Y ESTRATEGIA TERAPÉUTICA EN EL MANEJO DE UN GRAN QUEMADO TESTIGO DE JEHOVÁ. 91% ESPESOR PARCIAL

Jorge Villegas Canquil, Sebastián Villegas Galilea, Ekaterina Troncoso Olchevskaia ()*

Clínica Indisa. Equipo de Cirugía Quemados

INTRODUCCIÓN

Tratar pacientes Testigos de Jehová que pudieran requerir de terapia transfusional puede generar una colisión de cosmovisiones y un desafío clínico particularmente complejo para los equipos tratantes. Así fue cuando se nos solicitó el traslado de un paciente de 35 años, sueco, testigo de Jehová quemado por explosión de gas domiciliaria en Cochabamba con 5 días de evolución. Se plantearon los siguientes dilemas ¿Tiene sentido trasladarlo o está fuera de alcance terapéutico? ¿Es posible tratarlo respetando sus convicciones religiosas? Esto es, aceptar el traslado asumiendo que cualquiera sea el escenario en el curso de la evolución se respetará la voluntad del paciente.

OBJETIVOS

Describir los dilemas éticos y estrategia terapéutica en el manejo de un gran quemado testigo de Jehová

MATERIAL Y MÉTODO

Previo consentimiento informado se revisó la ficha clínica y documentación fotográfica del caso.

RESULTADOS

Se planificó una estrategia terapéutica orientada tanto preservar el epitelio viable, controlar la infección, evitar la profundización, conseguir el mayor porcentaje de epidermización espontánea como a evitar las pérdidas de sangre, estimular el sistema hematopoyético y suplementar el aporte de hierro. Ingresó febril, taquicárdico y disneico. Hemoglobina de 14 y Hematocrito de 42%. Fue intervenido quirúrgicamente en 5 oportunidades, cada cuatro a cinco días, realizando aseo quirúrgico y retiro de escara de espesor parcial. Fue dado de alta y trasladado a su país a los 22 días de tratamiento, 27 de evolución. Hematocrito 26% y Hemoglobina de 8.6. Epidermizado 85 del 91% comprometido, 6% en evolución cubierto con heteroinjertos lo que finalmente también epidermizó sin requerir autoinjertos.

CONCLUSIONES

Los dilemas éticos son parte de nuestra práctica cotidiana y plantean desafíos clínicos adicionales que pueden hacer más compleja la estrategia terapéutica. Nos parece necesario definir posiciones y transparentar anticipadamente los problemas posibles y en ese contexto diseñar una estrategia específica para el paciente.

(748) QUEMADURAS EN EL ABDOMEN PRODUCIDAS POR ELECTRICIDAD DE ALTO VOLTAJE. ESTRATEGIA DE REPARACIÓN

Jorge Villegas Canquil, Sebastián Villegas Galilea, Carolina Soto Diez, Ekaterina Troncoso Olchevskaia ()*

Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río (Santiago, Santiago). Servicio de Quemados

INTRODUCCIÓN

Las quemaduras producidas por electricidad de alto voltaje (AT) son particularmente graves debido al daño inicial, la gran frecuencia de lesiones concomitantes y las complicaciones locales y sintéticas. La precisión en el diagnóstico, la oportunidad del tratamiento inicial y la cuidadosa planificación de la estrategia de reparación son determinantes en la mejoría del pronóstico. El compromiso abdominal es poco frecuente en nuestro medio. En nuestro Servicio, las quemaduras eléctricas representan alrededor del 6% del total. El 70% de ellas son producidas por AT.

OBJETIVOS

Reportar tres casos de quemaduras por electricidad de AT que comprometieron principalmente el abdomen

MATERIAL Y MÉTODO

Previo consentimiento informado se revisaron las fichas y registros fotográficos de los pacientes

RESULTADOS

Los tres pacientes fueron hombres adultos. Los tres sufrieron lesiones graves concomitantes. En un caso hubo compromiso de la pared con necrosis de los músculos rectos abdominales y una pequeña apertura abdominal en la línea blanca. Otro presentó una amplia necrosis de la pared con ruptura intestinal y el tercero sufrió necrosis de la pared, necrosis intestinal y compromiso de la vejiga. En el primero los músculos rectos abdominales evolucionaron a la necrosis. Se resecaron y se reparó con injertos de piel sobre el peritoneo parietal. En el segundo se reseco ampliamente la pared comprometida y se reparó injertando directamente sobre el intestino expuesto. El tercero se realizó resección de la pared abdominal, resección intestinal, anastomosis inmediata y cierre inmediato de la pared utilizando los remanentes sanos de los rectos abdominales, cobertura temporal con heteroinjertos y aspiración continua, difiriendo el cierre definitivo por siete días. Los tres pacientes sobrevivieron.

CONCLUSIONES

A pesar de la gravedad de la quemadura eléctrica de alto voltaje con compromiso del abdomen es posible reparar estos pacientes utilizando los recursos que provee el manejo de quemaduras, abdomen abierto y reparación de hernias gigantes.

(757) QUEMADURAS QUÍMICAS POR ÁLCALIS EN GENITALES Y PERINÉ

Jorge Villegas Canquil, Sebastian Villegas Galilea, Carolina Soto Diez, Ekaterina Troncoso Olchevskaia ()*

Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río (Santiago, Santiago). Servicio de Quemados

INTRODUCCIÓN

Las lesiones por álcalis producen quemaduras profundas e irregulares que dependiendo de su localización puede resultar un desafío para la reparación. El hidróxido de sodio (soda cáustica) es usado en nuestro medio como recurso para destapar cañerías y desagües. Excepcionalmente como instrumento de agresión. La soda cáustica, al contacto con el agua produce una reacción exotérmica lo que se traduce en una explosión que proyecta el químico sobre el operador produciendo la quemadura. Son particularmente complejas aquellas lesiones que comprometen abdomen inferior, genitales y peroné. Clásicamente la lesión es el resultado del manejo inadecuado del producto por operadores inexpertos. Sin embargo hemos debido tratar ya un paciente en el que la soda cáustica fue usada como herramienta de agresión.

OBJETIVOS

Analizar los desafíos que plantea la reparación de pacientes quemados por soda cáustica con compromiso genital y/o perineal. Especialmente cuando el pene, el escroto o la periferia anal están comprometidas

MATERIAL Y MÉTODO

Se analiza una serie de 5 pacientes quemados por soda cáustica que incluye la región genital y perineal. 4 de ellos de manera accidental, uno resultado de una agresión

RESULTADOS

Todos fueron hospitalizados en nuestros Servicios de Quemados, requirieron manejo de enfermería especializado. En todos los casos se realizó escarectomía precoz de las quemaduras profundas reparación con injertos y colgajos. Para la reparación del pene y el escroto se utilizaron como colgajos los remanente escrotales y peneanos combinados con injertos expandidos 1 x 1.5 No fue necesaria colostomía en los casos de compromiso de la periferia anal. No hubo secuelas funcionales.

CONCLUSIONES

Las quemaduras por soda cáustica que comprometen la región genital y/o perineal plantean problemas específicos en su manejo por lo que requieren hospitalización en un centro especializado. La escarectomía precoz reduce la morbilidad adicional. La reparación se realiza utilizando los remanentes sanos combinados con injertos. No es necesaria colostomía.

Seccional: Cirugía Torácica

(229) CARACTERIZACION DEL TRAUMATISMO DE TORAX EN LOS HOSPITALES CARLOS VAN BUREN Y DR. EDUARDO PEREIRA DE VALPARAISO ENTRE LOS AÑOS 2008 Y 2012

Andrea Patricia Jiménez Aguilar () Sergio Esteban Pacheco Santibanez, Jorge Avila Pérez, Cristian González Collao, Claudia Jiménez Aguilar, Maximiliano Cortes Latorre, Eduardo Brigando Leporati*

Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez (Valparaíso). Cirugía de Tórax Unidad de Emergencia Adulto

INTRODUCCIÓN

El trauma constituye un problema de salud pública y es la primera causa de mortalidad en personas de edad productiva.

OBJETIVOS

El objetivo del estudio es caracterizar clínica y demográficamente pacientes ingresados por traumatismo torácico en los Hospitales Carlos Van Buren y Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso entre los años 2008 y 2012.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron a pacientes egresados del Hospital Dr. Eduardo Pereira y Carlos Van Buren de Valparaíso con diagnóstico de Trauma de Tórax entre los años 2008 y 2012. Se creó una base de datos en Filemaker Pro 9.0 para consignar variables demográficas y clínicas. Se analizó la asociación entre variables cualitativas con Chi cuadrado o test de Fisher según corresponda. Para estudiar la asociación entre variables cualitativas y cuantitativas se utilizó t de Student o U de Mann-Whitney según correspondiera. Se consideró significativo un valor de p menor a 0,05.

RESULTADOS

Ingresaron al estudio 423 pacientes de los cuales 91,5% (387) fueron de sexo masculino. La mediana de edad fue de 28 años (22-42). Ingresaron en shock un 10,9% (46). El mecanismo de trauma fue penetrante en 72,1% (305). El diagnóstico más frecuente fue Neumotórax en 35,7% (151). Se realizó pleurotomía mínima en 81,3% (344). Se realizó cirugía de urgencia de tórax en un 8,7% (37). Requirió ingreso a UCI un 5,4% (23) de los pacientes. La Mortalidad fue de un 2,6% (11). Al comparar el grupo de pacientes que sobrevivió con el que falleció se encontraron diferencias significativas en las variables shock, insuficiencia respiratoria e ingreso a UCI entre otras.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se presentaron datos clínicos y demográficos similares a estudios nacionales. Se encontraron diferencias significativas generalmente en cuadros clínicos graves al ingreso, requerimiento de UCI y cirugías de urgencia, lo que se traduce en pacientes con falla hemodinámica y respiratoria.

(357) SIMPATECTOMÍA VIDEOTORACOSCÓPICA 2007-2013 EN CLÍNICA SANTA MARÍA: RESULTADOS EN 1076 PACIENTES.

David Ignacio Campos Negrete () José Luis Lobos Galilea, Rubén Alejandro Valenzuela Matamala, Patricio Jjavier Fernández Almonacid, Francisco Suárez Vásquez, Mauricio Javier Fica Delgado, Rodrigo Pablo Aparicio Ramírez, Claudio Miguel Suárez Cruzat*

Clínica Santa María. Cirugía de Tórax

INTRODUCCIÓN

La simpatetomía videotoracoscópica (SVT) es el tratamiento definitivo de la hiperhidrosis localizada (HH) y el rubor facial patológico (RF). La satisfacción de los pacientes supera el 90% y la sudoración compensatoria es el principal efecto secundario no deseado.

OBJETIVOS

Determinar el grado de satisfacción y sudoración compensatoria de los pacientes sometidos a SVT. Determinar si existe correlación con los distintos niveles e índice de masa corporal (IMC).

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión retrospectiva de todos los pacientes operados por HH y RF con SVT bilateral entre enero 2007 y diciembre 2013 en Clínica Santa María. Se describen nivel de satisfacción obtenido por los pacientes y morbimortalidad asociada a la técnica.

RESULTADOS

Se operaron 1076 pacientes, 59% mujeres, con edad promedio 27 años (11 - 60). La indicación quirúrgica fue en 73% HH, siendo palmar la localización más frecuente (97%), 6% RF exclusivo y 21% ambas. Se utilizó bisturí ultrasónico en el 87% de las cirugías y los niveles de sección fueron R2-3, R3-4 y R4-5, según localización predominante: facial, palmar o axilar respectivamente. Ocho pacientes presentaron morbilidad perioperatoria (0,74%), no hubo mortalidad ni conversión a cirugía abierta. El promedio de hospitalización fue 0,79 días. A partir de 2011 los pacientes permanecen hospitalizados hasta la mañana siguiente de la operación por protocolo. El grado de satisfacción global de los pacientes fue 96%. El 16% presentó sudoración compensatoria en grado variable, siendo severa sólo en 24 pacientes (2%), mayoritariamente sometidos a SVT R2-3. En los pacientes sometidos a SVT R3-4 la sudoración compensatoria severa fue significativamente mayor si el IMC era mayor a 21 (p=0,023).

CONCLUSIONES

La SVT es un procedimiento de baja morbilidad y altamente satisfactorio para el tratamiento de la hiperhidrosis y el rubor facial patológico. La sudoración compensatoria depende del nivel de SVT y el IMC.

(376) QUISTE BRONCOGÉNICO INTRATÍMICO: UNA ENTIDAD INFRECIENTE

Patricio Javier Fernandez Almonacid, Alvaro Barría Espinoza (), Virginia Linacre Sandoval, Juan Cheyre Forestier, Jorge Armijo Herrera, Guillermo Cacciuttolo Peralta*

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica. Servicio de Cirugía Torácica

INTRODUCCIÓN

Los quistes broncogénicos son anomalías del desarrollo del intestino anterior derivados de la rotación anormal del árbol traqueobronquial primitivo. Por lo general tienen ubicación intratorácica, principalmente mediastínica o intrapulmonar, aunque se han reportado localizaciones atípicas como cervicales y retroperitoneales. Se presenta un caso de quiste broncogénico de localización muy inusual, en el tejido tímico, que fue resecado exitosamente.

OBJETIVOS

Describir un caso clínico de quiste broncogénico de ubicación infrecuente dentro del tejido tímico

MATERIAL Y MÉTODO

Descripción de un caso clínico operado en el Instituto Nacional del Tórax

RESULTADOS

Hombre de 33 años de edad, con antecedente de tumor germinal retroperitoneal tratado con cirugía y quimioterapia. En el contexto de estudio de extensión tumoral se realiza TAC de tórax que evidencia un tumor tímico de 22 mm., probable timoma. Se decide resección quirúrgica, abordándolo por VTC izquierda convertida a esternotomía media por múltiples adherencias pleuropulmonares firmemente adheridas a pleura mediastínica. Se realiza timectomía trans-esternal sin incidentes. El resultado de anatomía patológica concluye hiperplasia folicular tímica con quiste broncogénico de 17 mm intratímico en lóbulo izquierdo.

CONCLUSIONES

El quiste broncogénico de desarrollo intratímico es una entidad extremadamente rara, con menos de seis casos reportados en la literatura en inglés. El mecanismo no se conoce completamente. Los quistes broncogénicos por lo general están llenos de líquido y la variabilidad de su contenido provoca atenuación de tejidos blandos en la tomografía computarizada, lo que conduce a un mal diagnóstico de timoma. El abordaje quirúrgico de estas lesiones es tema de discusión actualmente, siendo aceptado por muchos la resección mínimamente invasiva en lesiones de pequeño tamaño. Los quistes broncogénicos intratímicos, a pesar de su baja frecuencia, se deben considerar en el diagnóstico diferencial tumores de mediastino anterior.

(440) CIRUGÍA EN PRIMER EPISODIO DE NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO PRIMARIO. RESULTADOS A CORTO Y MEDIANO PLAZO EN CLÍNICA SANTA MARÍA.

José Luis Lobos Galilea () Rubén Alejandro Valenzuela Matamala, David Ignacio Campos Negrete, Patricio Javier Fernández Almonacid, Francisco Suárez Vásquez, Mauricio Javier Fica Delgado, Rodrigo Pablo Aparicio Ramírez, Claudio Miguel Suárez Cruzat*

Clínica Santa María. CIRUGÍA DE TÓRAX

INTRODUCCIÓN

El Neumotórax Espontáneo Primario (NEP) se presenta en aproximadamente 7/100.000 habitantes, predominantemente hombres jóvenes, con una elevada recurrencia, alcanzando 30% luego del primer episodio y hasta un 70% posterior a un segundo episodio. Las alternativas terapéuticas abarcan desde la observación clínica hasta la cirugía, sin existir consenso respecto a la indicación rutinaria de cirugía en un primer episodio. En Clínica Santa María, todo paciente con NEP es sometido a cirugía de resección segmentaria y algún procedimiento para disminución del riesgo de recurrencia.

OBJETIVOS

Evaluar los resultados quirúrgicos a corto y mediano plazo de pacientes con NEP operados al primer episodio en Clínica Santa María.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión retrospectiva de todos los pacientes operados por NEP en Clínica Santa María desde enero de 2010 hasta agosto de 2014. Se describen parámetros demográficos, clínicos, imagenológicos y de morbilidad perioperatoria (CTCAE v4.0). Mediante encuesta telefónica se consignó la recurrencia a mediano plazo.

RESULTADOS

Se ingresaron 58 pacientes con NEP primer episodio, siendo hombres el 76%, con una edad media de 32 años (14-76). Ningún paciente se presentó como un NEP Hipertensivo. Todos fueron a cirugía, y al 24% (14 pacientes) se les instaló pleurostomía previamente. En todos los casos se realizó resección segmentaria por Videotoracoscopia. El tratamiento para evitar la recurrencia por videotoracoscopia fue variable. La Estadía hospitalaria media fue 3 días (2-12). La Morbilidad perioperatoria fue del 9%, severa en 1,7% y sin mortalidad. La recurrencia a mediano plazo alcanzó el 1,7%, con un tiempo de evaluación promedio de 27 meses (0-54).

CONCLUSIONES

La cirugía en el primer episodio de NEP representa una excelente alternativa a todos los pacientes, siendo una técnica segura, con baja morbilidad, que no alarga la estadía hospitalaria y con buenos resultados a mediano plazo en cuanto a recurrencia.

(446) ESTRATEGIA DIAGNÓSTICA Y CARACTERIZACIÓN HISTOPATOLÓGICA DE PACIENTES CON CÁNCER PULMONAR Y/O METÁSTASIS PULMONAR EN HOSPITAL BARROS LUCO-TRUDEAU.

Pablo Pérez Castro () Felipe Castillo Henriquez, Carlos Alvarez Zepeda, Tomas Quezada Alvarez*

Universidad de Chile. Departamento de Cirugía Sur, Hospital Barros Luco-Trudeau

INTRODUCCIÓN

El desafío diagnóstico del nódulo pulmonar en estudio incluye dentro de su algoritmo procedimientos para obtener histopatología y con ello definir manejo. Dentro de los hallazgos malignos el cáncer de pulmón constituye la primera causa de muerte por cáncer en el mundo y se encuentra dentro de las primeras tres causas de muerte por cáncer en Chile. A pesar de su impacto, solo 10-20% de los pacientes diagnosticados cumple condiciones apropiadas para cirugía resectiva con intento curativo.

OBJETIVOS

Realizar una descripción de la vía de abordaje y resultados del estudio histopatológico realizado en pacientes con sospecha de cáncer de pulmón y/o metástasis pulmonares.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de corte transversal. Revisión de 230 informes anatómo-patológicos concordantes con cáncer pulmonar en entre los años 2008-2013. Se revisan datos epidemiológicos, formas de diagnóstico, histología y primarios en caso de metástasis.

RESULTADOS

De todos los informes un 47% se obtienen por broncoscopia, 22% por biopsia percutánea y un 18% por resecciones anatómicas y no anatómicas. Agrupación por sexo: 69% hombres y un 31% mujeres. Promedio de edad 63 años. Histológicamente 31% Carcinoma Escamoso, 28% Adenocarcinoma, 20% Metástasis, 12% Carcinoma de Células Pequeñas y 8% Carcinoma de Células Grandes. De 45 Metástasis, un 27% corresponde a Cáncer de Mama, 16% Pulmón contralateral, 11% Cáncer Renal, 9% Cáncer de Próstata, 7% Cáncer de Laringe y un 7% Linfomas. Se realizan 11 lobectomías por cáncer o metástasis.

CONCLUSIONES

El estudio histológico se realiza principalmente por vía broncoscópica o percutánea, no obstante los procedimientos toracoscópicos aún representan un importante herramienta diagnóstica. Existe un predominio en el género masculino, un predominio de la etiología escamosa y una frecuencia de metástasis similar a otras series. Solo un pequeño grupo de pacientes pudo acceder a una resección oncológica reglada.

(487) ROTURA TRAQUEAL IATROGÉNICA: REVISIÓN DE LA LITERATURA A PARTIR DE UN CASO CLÍNICO.

José Luis Quezada González ()*

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica. Cirugía Tórax

INTRODUCCIÓN

Dr. José Quezada, Dra. Camila Vergara, Dra. Virginia. Linacre, Dra. Jacqueline Lopez, Dr. Juan Cheire, Dr. Guillermo Cacciuttolo. La rotura traqueal es de presentación inusual, pero con alta morbilidad y mortalidad, la causa más común es secundaria a traumas de cabeza y cuello, sin embargo su causa también puede ser iatrogénica como complicación de una traqueostomía quirúrgica. El manejo de las lesiones de traquea depende de su extensión y características. Siendo en general las lesiones mayores de 4 cm de resorte quirúrgico. Sin embargo, la cirugía de reparación tiene una alta incidencia de complicaciones y mortalidad que esta reportada hasta en un 70% dependiendo de la lesión.

OBJETIVOS

Mediante el presente estudio pretendemos evaluar las alternativas de manejo que existen en la literatura a raíz de un caso clínico.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: Reporte de caso. En este documento realizamos una revisión de la literatura existente a partir de la descripción de un caso. Mujer de 29 años, que es intervenida por un Meningioma recidivado, por alteración postoperatoria de pares craneanos se decide traqueostomía. Evoluciona con insuficiencia respiratoria y neumotórax que no se logra manejar con pleurostomias por lo que se solicita evaluación a nuestro centro. Con alta sospecha de lesión de vía aérea se estudia con imágenes y broncoscopia que evidencia lesión de 8cm de la membranosa traqueal. Se decide reparación quirúrgica con resultados favorables.

RESULTADOS

Resultados y conclusiones: Sin un manejo único para lesiones traqueales, los pilares actuales del tratamiento de las lesiones que requieren reparación quirúrgica están basados en diagnóstico precoz con clínica, imágenes y endoscopia, mantener la irrigación traqueal evitando la disección excesiva, uso de tejidos autólogos (p.ej. músculo, pericardio) como cobertura de la sutura traqueal y evitar el uso de traqueostomía protectoras.

CONCLUSIONES

La reparación traqueal con injerto pericardio resulta una alternativa válida para dar solución a lesiones complejas de esta estructura

(528) EMBOLÍA DE PROYECTIL EN ARTERIA PULMONAR IZQUIERDA: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Daniela Ruiz Rozas () Patricio Javier Fernandez Almonacid, Virginia Linacre Sandoval, Juan Cheyre Forestier, Dimitrije Pavlov Leiva, Guillermo Cacciuttolo Peralta*

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica. Cirugía de Tórax

INTRODUCCIÓN

El alojamiento de proyectiles en estructuras intratorácicas es habitualmente secundario a traumas penetrantes, sin embargo la embolia pulmonar de proyectil es una complicación anecdótica de traumas penetrantes extratorácicos. A pesar de su baja ocurrencia, implica un gran desafío clínico por su diagnóstico y decisiones terapéuticas. La migración de proyectiles al lecho pulmonar vascular puede presentarse clínicamente desde pacientes asintomáticos a pacientes inestables con complicaciones graves como infecciones, trombosis, isquemia, sangrado y muerte, que pueden requerir manejo quirúrgico de urgencia.

OBJETIVOS

Discutir manejo en pacientes asintomáticos a raíz de un caso clínico.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente de 17 años, sexo masculino, sano, derivado al Instituto Nacional del Tórax por presentar imagen radiológica de proyectil en hemitórax izquierdo. Antecedente de sufrir herida por arma de fuego en ingle derecha, manejada en el Servicio de Urgencia de Hospital de San Fernando, donde ingresa hemodinámicamente estable, sin evidencias de sangrado, herida de 5 mm en ingle derecha, abdomen no quirúrgico, sin puerta de salida del proyectil, examen torácico sin alteraciones. Se realiza estudio por imágenes que evidencia proyectil retenido en hemitórax izquierdo, sin otras lesiones. Al ingreso al Instituto 23 días después, nuevo escáner muestra proyectil en relación a la arteria pulmonar izquierda. En cirugía electiva, se accede por toracotomía pósterolateral, se aborda arteria pulmonar en la cisura, identificando sus ramas. Sin alteraciones en parénquima circundante, proyectil se encuentra intraarterial, distal a emergencia de rama del segmento apical del lóbulo inferior, realizando resección segmentaria anatómica de la pirámide basal.

RESULTADOS

Paciente evoluciona favorablemente con expansión pulmonar completa.

CONCLUSIONES

Escasos reportes de literatura internacional destacan mayor tendencia hacia el manejo conservador en pacientes asintomáticos, sin embargo hasta la fecha, sigue siendo una conducta controvertida. La decisión del equipo para intervenir se basó en las potenciales complicaciones en paciente joven con difícil seguimiento.

(573) PLEURODESIS POR VIDEOTORACOSCOPIA: UN PROCEDIMIENTO PALIATIVO DE ALTA EFICACIA EN PACIENTES CON MAL PRONÓSTICO

Jaime Gonzalo Fernandez Ruiz, Ramón Gonzalo Cardemil Herrera, Jorge Salguero Aparicio, Maximiliano Mass Aviles, José Lazo Errázuriz, Natalia Moreno Baeza () Juan Aldana Landeros*

Hospital Clínico U. de Chile. Unidad Cirugía de Tórax Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN

La presencia de un derrame pleural neoplásico implica mal pronóstico e impacta negativamente en la calidad de vida de los pacientes. En la gran mayoría de los pacientes el tratamiento es paliativo enfocado en lograr una expansión pulmonar, que se asocia a disminución o ausencia de síntomas por períodos prolongados. Tradicionalmente se utilizan diversos procedimientos que van desde la toracocentesis evacuadora con catéter fino hasta extensas decorticaciones por toracotomía.

OBJETIVOS

Presentar los resultados del sellado pleural (o pleurodesis) a través de videotoracoscopia, evaluando cambios radiológicos y clínicos post procedimiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de serie de casos. Se evaluó una serie de 76 pacientes del HCUCH, sometidos a pleurodesis por videotoracoscopia. Criterios de inclusión: 1) derrame pleural en paciente con neoplasia diagnosticada o sospechada 2) compromiso pleural neoplásico confirmado 3) pleurodesis con agentes químicos. Criterios de exclusión: procedimientos no videotoracoscópicos (al inicio o por conversión) y sellado sin químicos. Para evaluar respuesta, se considera respuesta radiológica a la remisión y ausencia de recidiva de ocupación pleural, así como respuesta clínica a una mejora en la capacidad funcional del paciente.

RESULTADOS

Se incluye un total de 79 procedimientos en 76 pacientes, realizados entre abril de 2002 y marzo de 2012 (10 años); cuyo promedio de edad fue 65,4 años. Las neoplasias más frecuentes fueron cáncer pulmonar de células no-pequeñas, cáncer de mama y mesotelioma, en orden de frecuencia. El procedimiento tuvo éxito radiológico en un 97,5% y clínico en un 83,7% de los casos. Los efectos adversos ocurrieron en un 64% de los casos, de los cuales 6,5% fueron graves. Se encontró además un 5,2% de mortalidad.

CONCLUSIONES

La pleurodesis por videotoracoscopia es un procedimiento con alta probabilidad de éxito radiológico y clínico. Sin embargo los pacientes presentaron una alta tasa de efectos adversos. En la serie hubo mortalidad intrahospitalaria de 5.2%.

(601) REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA POR VIDEOTORACOSCOPIA. EXPERIENCIA INICIAL EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE.

Ramon Gonzalo Cardemil Herrera, Jorge Salguero Aparicio, Rocio Jara Contreras () Valeria Abiuso Baesler, Jaime Gonzalo Fernández Ruiz*

Hospital Clínico U. de Chile. Departamento Cirugía de tórax

INTRODUCCIÓN

La hernia diafragmática (HD) es una patología poco frecuente. Su etiología puede serde causa congénita o adquirida. Clásicamente en la HD traumática se prefiere el abordaje abdominal, a diferencia de las HD congénitas, donde la vía torácica es de elección.

OBJETIVOS

Mostrar la experiencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH) en el manejo de HD a través del abordaje por videotoracoscopia.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo de las fichas de pacientes operados por videotoracoscopia en el HCUCH, durante el periodo 2004-2014.

RESULTADOS

Se intervinieron 10 pacientes (7 hombres y 3 mujeres). La edad promedio fue 48,5 años (rango 28-72). 6 pacientes tenían antecedente de traumatismo previo, 4 cerrados y 2 abiertos. El tiempo de evolución desde trauma tuvo una media de 104 meses (rango 12-300 meses). 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): dolor torácico (5), síntomas respiratorios (4) y síntomas digestivos (2). 9 y 1 pacientes se estudiaron previamente con Scanner y RNM de tórax, respectivamente. El tiempo operatorio fue de 133 minutos (rango 60-180minutos). 2 pacientes necesitaron minitoracotomía de apoyo y 1 caso se convirtió a toracotomía. Se realizó herniorrafia en

5 pacientes con Prolene (3) y Ethibond (2), en el resto se usó malla de Prolene. Se efectuó laparoscopia exploradora en 4 pacientes. 1 paciente se complicó con una perforación de colon. Postoperatorio promedio fue de 6,3 días (rango 2-27 días). No hubo mortalidad asociada.

CONCLUSIONES

La videotoracosopia en el manejo de HD se posiciona como una alternativa segura, de baja morbimortalidad, poco invasiva y con un postoperatorio favorable que permite una recuperación precoz de los pacientes intervenidos.

(635) TUMORES FIBROSOS SOLITARIOS DE LA PLEURA GIGANTES. REPORTE DE DOS CASOS.

Tomás Rodríguez Castillo (*) Virginia Linacre Sandoval, Juan Cheyre Forestier, Jorge Armijo Herrera, Gerardo Mordojovich Ruiz, Guillermo Cacciuttolo Peralta

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica. Cirugía de Torax

INTRODUCCIÓN

Los tumores fibrosos solitarios de la pleura son neoplasias infrecuentes, originada en el tejido conectivo submesotelial. Son el segundo tipo de tumores pleurales más frecuentes y constituyen el 5% del total de estos. Se denomina tumor fibroso gigante cuando ocupa al menos el 40% del hemitórax comprometido. Existen pocos casos reportados.

MATERIAL Y MÉTODO

CASO 1: Varón de 50 años sin antecedentes mórbidos. Consulta por dos meses de dolor torácico y disnea. TAC de tórax evidencia lesión tumoral sólida que ocupa 90% del hemitórax derecho con desplazamiento mediastínico. Se completa estudio preoperatorio decidiéndose resección. Se accede a cavidad pleural a través de toracotomía Clamshell realizando resección completa y en bloque del tumor. Biopsia informa tumor fibroso de la pleura de 5 kg, 29x23x13 cm con márgenes negativos. Evolución postoperatoria favorable.

RESULTADOS

CASO 2: Varón, 55 años, antecedentes de HTA, DM2, fibrilación auricular, tabaquismo y Distrofia Miotónica de Steinert. Consulta por dos meses de dolor torácico y disnea. TAC de tórax evidencia lesión tumoral sólida que ocupa el 80% del hemitórax izquierdo con desplazamiento mediastínico. Estudios y evaluaciones preoperatorias favorables. Se realiza toracotomía Clamshell con resección completa y en bloque del tumor sin complicaciones intraoperatoria ni postoperatoria precoz, sin embargo paciente evoluciona con falla respiratoria y posterior sepsis, falleciendo el 15º día postoperatorio. Biopsia informa tumor fibroso de la pleura de 4,2 kg, 26x24,5x14,5 cm.

CONCLUSIONES

Los tumores fibrosos gigantes de la pleura constituyen un desafío quirúrgico. Los pilares de la cirugía son la elección de la vía de abordaje adecuada y la identificación preoperatoria del compromiso de estructuras mediastínicas adyacentes. En general no existe gran experiencia en el tratamiento de estos tumores ya que se observan esporádicamente. La morbimortalidad está asociada directamente a la comorbilidad de los pacientes y al compromiso tumoral de estructuras mediastínicas.

(671) RESULTADOS A LARGO PLAZO DE SIMPATECTOMÍA POR RUBOR FACIAL EN CLÍNICA SANTA MARÍA

Claudio Miguel Suarez Cruzat, David Ignacio Campos Negrete (*) José Luis Lobos Galilea, Rubén Alejandro Valenzuela Matamala, Patricio Javier Fernández Almonacid, Francisco Suárez Vasquez, Mauricio Javier Fica Delgado, Rodrigo Pablo Aparicio Ramírez

Clínica Santa María. CIRUGÍA DE TÓRAX

INTRODUCCIÓN

La simpatectomía videotoroscópica (SVT) es la alternativa de tratamiento definitivo para el rubor facial patológico (RF) que no responde a manejo médico. En las series publicadas de seguimiento a largo plazo, la satisfacción global supera el 80%, pero existe un 15% de pacientes arrepentidos, en general, asociado a sudoración compensatoria severa.

OBJETIVOS

Determinar el grado de satisfacción a largo plazo, el nivel de sudoración compensatoria, y la existencia de correlación entre sudoración compensatoria e índice de masa corporal (IMC) en nuestros pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Se evaluó mediante encuesta telefónica o por mail a los pacientes sometidos a SVT bilateral R2-3 por RF en Clínica Santa María, en el periodo enero 2009 y diciembre 2013, con un seguimiento mínimo de 1 año. La encuesta incluye datos actuales en cuanto a: peso, talla, calidad de vida pre y post operatoria, grado de sudoración compensatoria y nivel de satisfacción, entre otros.

RESULTADOS

Se operaron 221 pacientes por RF, 60% mujeres, con edad promedio de 29 años (15 - 52). Contestaron la encuesta 61 pacientes (28%). En este grupo la satisfacción global a largo plazo fue 88%, con un 7% de arrepentimiento. El 95% presentó sudoración compensatoria en grado variable, siendo severa en 16 pacientes (26 %), de estos, 14 presentaron IMC mayor a 21 (86%).

CONCLUSIONES

La SVT es un procedimiento con alto nivel de satisfacción para el tratamiento del rubor facial patológico, sin embargo en el largo plazo el porcentaje de pacientes arrepentidos se acerca al 10% siendo la sudoración compensatoria la principal causa de este. En esta serie no logramos demostrar asociación entre IMC y sudoración compensatoria, probablemente por el tamaño de la muestra.

(673) CASO CLÍNICO: MANEJO UNA COMPLICACIÓN DE UNA HERNIA DIAFRAGMÁTICA CRÓNICA TRAUMÁTICA EN LA URGENCIA.

Jaime Antonio Vásquez Yáñez, Maura Olea Andreani, Luis Verdugo Montenegro (), Vivian Parada Fariás, Daniel Perdomo Gainza, Javier Hurtado Sejas*

Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia). Servicio de Urgencia

INTRODUCCIÓN

La hernia diafragmática traumática crónica es una rara entidad que ocurre principalmente tras accidentes automovilísticos, heridas penetrantes y lesiones postoperatorias que afectan el diafragma. La mayoría se diagnostican en la fase inicial del trauma, pero un 10% se vuelve crónicas y pueden aparecer en meses, incluso años. Se diagnostica con Radiografía de tórax, siendo más sofisticado la Tomografía de tórax que puede dar múltiples cortes, establecer el nivel de ruptura y contenido de la hernia. Dentro de las complicaciones se describen la estrangulación de asas intestinales e insuficiencia cardiopulmonar por compresión. La cirugía en la urgencia consiste en liberar todo el contenido herniario y desplazarlo a la cavidad peritoneal empleando la videotoracoscopia o la toracotomía.

OBJETIVOS

Reportar el manejo una complicación de una hernia traumática iatrogénica en un Servicio de Urgencia de Santiago

MATERIAL Y MÉTODO

Mujer de 47 años con antecedente con antecedente de cirugía por absceso pulmonar izquierdo en 1985. Consulta por 4 días de dolor abdominal, asociado a vómitos alimentarios y diarrea. Al examen taquicárdica, polipneica y con cicatrices de pleurostomía a nivel de la séptima costilla, por lo cual se solicitó Radiografía de tórax que mostró asas alimentarias en hemitórax izquierdo. Tomografía toracoabdominal informó hernia diafragmática con protrusión de asas intestinales de delgado y grueso, fondo gástrico y mesenterio. Dilatación patológica de asas con signos de sufrimiento a nivel del yeyuno y desplazamiento mediastínico a derecha. Se decidió realizar una toracotomía izquierda liberando asas intestinales y reduciendo contenido hacia el peritoneo. Se logra identificar gran defecto diafragmático de 11 cm, por lo cual se decidió reforzar con malla de prolene.

RESULTADOS

Evolucionó satisfactoriamente, sin complicaciones precoces ni alejadas.

CONCLUSIONES

Las hernias diafragmáticas crónicas son raras y debemos sospecharla en una obstrucción intestinal y/o una insuficiencia cardiopulmonar en pacientes con antecedente de trauma torácico.

Seccional: Cirugía Vascular

(57) MANEJO TOTALMENTE ENDOVASCULAR DE LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA DISFUNCIONAL. EXPERIENCIA INICIAL

Gabriel Cassorla Jaime (), Camila Hevia Stevens, Victor Bianchi Schast, Alfredo Arriagada Rehren, Fernando Ibáñez Castro, Juan Seitz Castillo*

Clínica Alemana. Departamento de Cirugía Vascul y Endovascular

INTRODUCCIÓN

Desde principios de la década de los años 90 se ha intentado el manejo percutáneo de la Fístula Arteriovenosa (FAV) disfuncional, tanto para la corrección de estenosis significativa como para el rescate de FAV ocluidas. Estas técnicas aun no tienen un alto grado de difusión en el país.

OBJETIVOS

Presentar nuestra experiencia inicial en el manejo totalmente endovascular de FAV disfuncionales, demostrando 5 casos con distintos problemas anatómicos y/o evolutivos de la fístula y su resolución percutánea.

MATERIAL Y MÉTODO

Serie de casos clínicos, correspondiente a 5 casos seguidos de forma prospectiva que representan cada uno un ejemplo de alguna patología típica de FAV disfuncionales encontradas frecuentemente por los Cirujanos Vasculares. Se realiza seguimiento prospectivo, desde la fecha de la primera intervención, de forma clínica, imágenes cuando fue posible y por último de manera telefónica.

RESULTADOS

Se presenta un caso de los siguientes problemas de FAV disfuncionales : 1) estenosis de unión yugulo-subclavia 2) estenosis de cayado V. Cefálica 3) estenosis de porción perianastomótica de vena cefálica 4) estenosis de todo el segmento útil de V. Cefálica en el antebrazo 5) estenosis y oclusión de V. Basílica en brazo Todos los pacientes fueron tratados con técnicas endovasculares, con tasa de éxito técnico y de éxito de diálisis inmediato y tardío 100%. De estos 5 casos, solo uno requirió una reintervención endovascular a los 11 meses por aumento de presión de retorno venoso pero diálisis adecuada, el resto al término del seguimiento (4-12 semanas) presentan parámetros normales de diálisis.

CONCLUSIONES

Nuestra experiencia inicial demuestra la factibilidad técnica y buenos resultados a corto y mediano plazo del manejo de FAV disfuncionales, incluyendo alteraciones no manejables con cirugía convencional.

(86) ANEURISMA DE ARTERIA ULNAR POR TRAUMA CONTUSO EN NIÑO: CASO CLINICO

Juan Marin Peralta (), Eitan David Schwartz Yuhaniak, Carla Natalia Ibarra Mujica, María Ignacia Villablanca Riveros, Ricardo Alejandro Olguin Leiva, Cristian Alfredo Marin Heise*

Hospital Militar de Santiago (HOSMIL). Servicio de Cirugía

INTRODUCCIÓN

Los aneurismas en niños son muy poco frecuentes, particularmente aquellos que se presentan en la mano dependientes de la arteria ulnar distal, a diferencia de aquellos que se presentan en el adulto los cuales son de tipo ocupacional.

OBJETIVOS

Presentar un caso clínico de un aneurisma por trauma contuso de la arteria ulnar distal en un niño.

MATERIAL Y MÉTODO

CASO CLINICO: Paciente de 4 años, sexo femenino, que sufre trauma contuso de mano izquierda no asociado a fractura ni trauma grave de partes blandas, que de inmediato le aparece pequeño nódulo en eminencia hipotenar de su mano. Consulta a los 10 días en que se aprecia masa pulsátil en su mano. Ecodoppler revela aneurisma de mano y Angiotac confirma diagnostico de aneurisma de arteria ulnar distal. Se opera encontrándose masa pulsátil de 1,5 cm de diámetro dependiente de arteria ulnar distal antes de constituir el arco palmar de la mano. Se efectúa resección del aneurisma y se reconstituye la circulación con anastomosis terminoterminal de sus cabos.

RESULTADOS

Buena evolución postoperatoria. Angiotac de control a los seis meses revela indemnidad de la circulación de la mano

CONCLUSIONES

Los aneurismas de la mano en niños son poco frecuentes, la mayoría son falsos aneurismas secundarios a trauma penetrante, a diferencia de este caso. Su diagnostico se corrobora con Ecodoppler y Angiotac sin necesidad de recurrir a estudio angiográfico. Su tratamiento es quirúrgico convencional, es decir, la resección de éste con ligadura de la arteria ulnar o preferentemente restablecer la continuidad del vaso como en este caso. El Angiotac sirve como método de control de la intervención.

(88) TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA PATOLOGÍA DE AORTA TORACICA DESCENDENTE: RESULTADOS A LARGO PLAZO.

Renato Mertens Martín (), Martín Inzunza Agüero, María Jesús Ordenes Núñez, Francisco Valdés Echenique, Albrecht Krämer Schumacher, Leopoldo Mariné Massa, Michel Bergoeing Reid*

Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Vascul y Endovascular, División de Cirugía, Escuela de Medicina.

INTRODUCCIÓN

La reparación endovascular de aorta torácica se ha establecido como gold standard de tratamiento de diversas patologías por sus excelentes resultados inmediatos. Los resultados tardíos no son reportados con frecuencia y cuando ha ocurrido, se ha descrito alta tasa de reintervenciones.

OBJETIVOS

Evaluar resultados alejados de nuestra serie iniciada en 2001, con seguimiento mínimo de 5 años.

MATERIAL Y MÉTODO

Entre mayo 2001 y julio 2009 tratamos 116 pacientes consecutivos, edad 60.4 años (24-86), 90% hombres. Indicaciones: 52 disecciones agudas o crónicas, 42 aneurismas, 14 lesiones traumáticas, 5 úlceras penetrantes, 3 otros. Todos se trataron mediante inserción de endoprótesis vía femoral. Se utilizaron dispositivos Medtronic® 52%, Cook® 24%, Gore® 18%, Bolton® 4% y otras 2%. Se realiza seguimiento clínico e imagenológico.

RESULTADOS

Seguimiento promedio: 82,2 meses (0 - 157) durante el cual fallecen 40 pacientes (34.5%), 7 de ellos (6%) por su enfermedad aórtica de base: 4 (3.4%) antes de 30 días de su intervención por complicaciones y 3 tardíamente: una infección de prótesis, una ruptura de aneurisma y otra posible ruptura en portador de endofuga (EF) tipo I que fallece súbitamente. Tres pacientes fallecen alejadamente por otra patología aórtica: dos por disección tipo A y uno por aneurisma abdominal roto. Los 30 restantes por otras causas, principalmente cáncer e insuficiencia respiratoria. La sobrevida actuarial a 5 y 10 años fue 80.2% y 60.2% (ES: 3.7 y 8.1). 20 pacientes (17.3%) requirieron intervenciones aórticas alejadas: 11 (9.5%) de ellos sobre el segmento tratado (14 reintervenciones: 11 EF tipo I, 3 EF tipo III) y 9 (7.8%) sobre segmentos aórticos diferentes.

CONCLUSIONES

El tratamiento endovascular sobre la aorta descendente presenta excelentes resultados inmediatos y a largo plazo, previniendo eficazmente la mortalidad derivada de la enfermedad original. El control alejado con imágenes deriva en frecuentes intervenciones aórticas tardías.

(110) TUMORES DE LA BIFURCACIÓN CAROTÍDEA: EXPERIENCIA EN 29 PACIENTES

José Ignacio Torrealba Fonck (), Francisco Valdés Echenique, Albrecht Krämer Schumacher, Michel Bergoeing Reid, Leopoldo Mariné Massa*

Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía vascular y Endovascular

INTRODUCCIÓN

La bifurcación carotídea (BC) puede ser asiento de tumores cuya resección involucra riesgo cerebrovascular y puede demandar reconstrucción arterial. El más común es el paraganglioma originado del cuerpo carotídeo (CC).

Este se clasifica según Shamblin de I al III dependiendo del grado de compromiso neurovascular

OBJETIVOS

Analizar aspectos clínicos y terapéuticos del manejo de tumores de la bifurcación carotídea

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo, serie de casos, descriptivo.

RESULTADOS

Revisamos la experiencia en 29 pacientes (ptes) portadores de 31 tumores de la bifurcación carotídea, tratados entre 1984 y 2014. Son 21 mujeres y 8 hombres (2,6:1), edad promedio: 45,8 años (rango 18-75). Motivo de consulta: aumento de volumen submandibular (90%). Tiempo de evolución: 9 meses (mediana). Se resecaron 29 de 31 tumores. Histología: paraganglioma 27 ptes (93%) y Schwannoma 2 ptes (7%). Tamaño promedio: 41,5 mm, 69% grado II (Shamblin) y 20% grado III. Se efectuó embolización tumoral preoperatoria (1 pte) y reconstrucción arterial en 4 (13%), todos ellos grado III. Tiempo de hospitalización promedio: 4,5 días (rango 1-35 días). La complicación perioperatoria más frecuente fue: disfagia y compromiso del nervio hipogloso con un 10%, ambos transitorios. Tres ptes requirieron transfusión. Una pte requirió resección tumoral en block de nervio hipogloso, y disección microquirúrgica de nervio vago (Shamblin III) complicado de disfagia y disfonía severa, con escasas molestias al año de control. Una pte presentó déficit focal de

territorio cerebral posterior a las 24 hrs, por embolía paradójica, por flebotrombosis venosa gemelar, recuperándose ad integrum con tratamiento anticoagulante.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de tumor de la BC, debe ser sospechado clínicamente y confirmado mediante angioTAC. La resección es curativa. Las complicaciones son más frecuentes en tumores Shamblin III, siendo necesario disponer de técnicas de reconstrucción vascular para evitar la isquemia cerebral.

(119) EXPERIENCIA EN TERAPIA ENDOVASCULAR AÓRTICA EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ

Andrés Reyes Duschner, Melissa Pavez Kuncar () David Cambiazo Fuentes, Jorge Matute Villota, Guillermo Silva Perez, Sonnia Peñaloza Jaramillo*

Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia). Equipo de Cirugía Vascular

INTRODUCCIÓN

La cirugía endovascular ha producido un cambio radical en el manejo de las patologías de la aorta. El Hospital San José inició su experiencia en terapia endovascular aórtica el año 2012 realizando los primeros TEVAR y EVAR.

OBJETIVOS

Conocer los resultados iniciales en los primeros dos años de terapia endovascular aórtica realizados en el Hospital San José.

MATERIAL Y MÉTODO

Serie de casos consecutivos entre marzo de 2012 a julio de 2014. Se realizó una búsqueda de todos los pacientes portadores de patología de aorta torácica o abdominal y se incluyeron todos aquellos sometidos a tratamiento endovascular en nuestra institución.

RESULTADOS

Veinte pacientes fueron sometidos a reparación aórtica endovascular en el periodo mencionado. De estos, 9 corresponden a TEVAR y 11 a EVAR. La edad promedio fue de 53 y 72 años respectivamente. La indicación quirúrgica más frecuente fue disección tipo B en TEVAR y AAA infrarrenal en EVAR. La comorbilidad más frecuente fue Hipertensión Arterial en ambos grupos. Se obtuvo éxito técnico en todos. En el grupo TEVAR un paciente desarrolló síndrome post implantación y no se registraron fallecidos. En el grupo EVAR se instalaron endoprótesis aorta bi-iliacas en todos los pacientes, dos aneurismas estaban rotos al momento del diagnóstico. Registramos dos fallecidos en el grupo EVAR, uno por isquemia aguda de la extremidad inferior derecha secundaria a oclusión de la rama ilíaca y el otro por una fístula aorto-cava. El seguimiento promedio fue de 12 meses y no se ha detectado endofugas en ninguno de los grupos.

CONCLUSIONES

A pesar de ser una serie pequeña, los resultados obtenidos en TEVAR son comparables a lo publicado en otras series locales. Creemos que la elevada mortalidad operatoria observada en el grupo EVAR puede, en parte, ser explicada por la curva de aprendizaje inherente a la introducción de una nueva técnica quirúrgica.

(131) DESCRIPCIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLOGICA DE PACIENTES OPERADOS DE ESTENOSIS CAROTÍDEA EN HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE, VIÑA DEL MAR, AÑO 2012-2014.

Carlo Zuniga Gonzalez, Pablo Baeza Ibáñez (), Macarena Basso Moraga, Carla Morelli Lobos*

Universidad de Valparaíso. Cirugía vascular

INTRODUCCIÓN

La enfermedad cerebro vascular es la segunda causa de muerte en el mundo, 80% son isquémicos, 30% de los accidentes cerebro vasculares son de origen secundario a aterosclerosis extracraneana. La estenosis carotídea está presente entre 7-9% de los mayores de 65 años.

OBJETIVOS

Nuestro objetivo es describir las características clínicas y demográficas de los pacientes operados por Estenosis carotídea en el Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar durante 2012-2014 con énfasis en factores de riesgo para esta enfermedad y el perioperatorio inmediato.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de corte transversal, descriptivo y retrospectivo. Se utilizó un muestreo no probabilístico, consecutivo, a partir del registro de protocolos quirúrgicos de reparación de estenosis carotídea entre Abril de 2012 a Julio 2014 (n=21).

RESULTADOS

Un 62% de los pacientes fueron hombres. El promedio de edad fue 69 años. Un 86% de los pacientes padecía Hipertensión Arterial, 43% de dislipidemia y 57% de diabetes. El 81% de los pacientes tenía antecedente de accidente cerebro vascular isquémico previo. El 62% de los pacientes tenía mayor a un 90% de estenosis carotídea. 57% de las intervenciones fueron efectuadas en el la carótida interna derecha. 48% de las endarterectomías fueron asociadas a shunt intraoperatorio y reparación con parche

CONCLUSIONES

Nuestra muestra tiene una distribución demográfica y de factores de riesgo similar a la descrita por la literatura mundial, con buenos resultados perioperatorios dada la complejidad de la intervención. Desafiante será para estudios próximos el seguimiento de los pacientes a largo plazo, para evaluar su sobrevida.

(202) TRATAMIENTO DE ANEURISMA DEL ARCO AÓRTICO MEDIANTE DEBRANCHING E INSTALACIÓN DE ENDOPRÓTESIS: CASO CLÍNICO

Ricardo Alejandro Olguin Leiva, María Ignacia Villablanca Riveros () Juan Marin Peralta, Eitan David Schwartz Yuhaniak*
Hospital Militar de Santiago (HOSMIL). Servicio Cirugía

INTRODUCCIÓN

La cirugía del arco aórtico constituye un procedimiento de gran complejidad técnica y agresión fisiológica al paciente.

OBJETIVOS

Presentar un caso clínico de manejo híbrido endovascular y abierto de aneurisma de arco aórtico proximal.

MATERIAL Y MÉTODO

CASO CLÍNICO: Paciente de 65 años, sexo masculino, diabético, hipertenso y exfumador. En Junio 2009 presenta disección aórtica tipo B con compromiso de arteria renal izquierda e isquemia aguda de extremidad inferior izquierda por compromiso de arteria ilíaca común izquierda. Se realiza tratamiento endovascular utilizando endoprótesis Relay® (Bolton Medical, USA) respetando la arteria subclavia izquierda. En controles tomográficos a más de un año se evidencia dilatación patológica del arco aórtico, proximal al anclaje de la endoprótesis. Esta dilatación alcanza un diámetro de 6 cm, comprometiendo principalmente la curvatura menor del arco aórtico. En una primera cirugía, se expone la raíz aórtica a través de miniesternotomía media superior. Se realiza bypass con prótesis de Dacrón de dos ramas con anastomosis proximal latero-terminal a la raíz aórtica y luego una rama término-terminal a la arteria innominada distal y la otra a la arteria carótida común izquierda. Finalmente, se realiza bypass carótido-subclavio izquierdo con prótesis anillada eP-TFE. En una segunda cirugía se realiza la reparación del aneurisma aórtico con endoprótesis Relay NBS® (Bolton Medical, USA) la cual se despliega en aorta ascendente inmediatamente distal a nacimiento de bypass (zona 0). **RESULTADOS**

El control angiográfico inmediato demuestra exclusión total del aneurisma y permeabilidad de todos los vasos supraaórticos. Evolución postoperatoria sin complicaciones y seguimiento tomográfico a tres años evidencia aneurisma tratado y vasos supraaórticos permeables.

CONCLUSIONES

El manejo híbrido es una buena alternativa para el tratamiento de esta patología compleja, ofreciendo al paciente excelentes resultados a corto y mediano plazo, con mínima morbimortalidad asociada.

(203) ENDOPRÓTESIS AÓRTICA Y REVASCULARIZACIÓN VISCERAL EXTRA-ANATÓMICA EN EL TRATAMIENTO DE ANEURISMA INFECCIOSO DE LA AORTA VISCERAL.

Ricardo Alejandro Olguin Leiva, María Ignacia Villablanca Riveros () Juan Marin Peralta, Eitan David Schwartz Yuhaniak*
Hospital Militar de Santiago (HOSMIL). Departamento Enfermedades Cardiovasculares

INTRODUCCIÓN

El manejo de la patología aórtica en su segmento visceral continúa siendo un desafío quirúrgico; adicionalmente, el uso de material endoprotésico es discutido cuando hay infección concomitante.

OBJETIVOS

Presentar un caso clínico de manejo híbrido endovascular y abierto de un aneurisma infeccioso de aorta abdominal visceral.

MATERIAL Y MÉTODO

CASO: Paciente de sexo femenino de 75 años, diabética, hipertensa, en tratamiento corticoidal. Consulta por cuadro de dolor lumbar de un mes y fiebre de 48hrs de evolución. TAC abdomen/pelvis evidencia aneurisma sacular de segmento visceral de la aorta abdominal de hasta 16mm de diámetro, asociado a aumento de densidad de partes blandas vecinas. Se inicia tratamiento empírico con an-

tibióticos de amplio espectro. Posteriormente hemocultivos aíslan *Streptococcus viridans* por lo que se ajusta tratamiento. La paciente evoluciona sin dolor, afebril y con regresión de parámetros sépticos. Sin embargo, controles tomográficos a una semana muestran progresión significativa del aneurisma hasta 25mm. Dado el riesgo operatorio elevado se decide manejo híbrido mediante instalación de endoprótesis aórtica y debranching de ramas viscerales. Se lleva a cabo cirugía en dos tiempos: primero, mediante laparotomía se realiza debranching de arterias renales con prótesis bifurcada de Dacrón desde arteria iliaca externa derecha con ramas a cada arteria renal. Además, se anastomosa AMS mediante puente de Dacrón a la rama derecha de la prótesis bifurcada. En un segundo tiempo endovascular, se despliega extensión aórtica (Cook, USA) bajo visión radioscópica sellando el aneurisma.

RESULTADOS

Evolución sin complicaciones mayores en postoperatorio inmediato. Al alta se mantiene con tratamiento antibiótico oral hasta completar las 6 semanas con normalización de parámetros inflamatorios. Controles tomográficos a 4 años evidencian aneurisma excluido y vasos viscerales permeables mediante puentes.

CONCLUSIONES

El manejo híbrido de los aneurismas infecciosos que comprometen la aorta visceral, es una buena alternativa, con excelentes resultados a corto y mediano plazo, y mínima morbimortalidad asociada.

(207) DESCRIPCIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLOGÍA DE PACIENTES OPERADOS DE CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN DE EXTREMIDADES INFERIORES EN HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE, VIÑA DEL MAR AÑO 2012-2014.

Carlo Zuniga Gonzalez, Pablo Baeza Ibáñez () Macarena Basso Moraga, Carla Morelli Lobos*

Universidad de Valparaíso. Cirugía Vascular

INTRODUCCIÓN

La enfermedad arterial oclusiva crónica tiene una prevalencia en el mundo de 3-10 % , aumenta entre un 15-20 % en mayores de 70 años . el principal síntoma es la claudicación intermitente. Los principales factores de riesgo son diabetes y tabaquismo. La cirugía de revascularización de extremidades inferiores es una alternativa una vez que fracasa el tratamiento médico.

OBJETIVOS

Nuestro objetivo es describir las características clínicas y demográficas de los pacientes operados por cirugía de revascularización de extremidades inferiores en el Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar durante 2012-2014 con énfasis en factores de riesgo para esta enfermedad y el perioperatorio inmediato.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de corte transversal, descriptivo y retrospectivo. Se utilizó un muestreo no probabilístico, consecutivo, a partir del registro de protocolos quirúrgicos de cirugía de revascularización de extremidades inferiores entre abril de 2012 a julio 2014 (n=67).

RESULTADOS

Un 69 % de los pacientes fueron hombres. El promedio de edad fue 67 años. 67 % de los pacientes eran diabéticos, 76% hipertensos, 67% tenían antecedente de tabaquismo. Un 48 % de los pacientes tenía angio tomografía computada previo a la cirugía. un 63 % de los pacientes fue sometido a estudio hemodinámico con fines diagnósticos y/o terapéuticos . 31% de los pacientes tenía antecedente de bypass previo. 46% de los pacientes se realizó la reparación con prótesis.

CONCLUSIONES

Nuestra muestra tiene una distribución demográfica y de factores de riesgo similar a la descrita por la literatura mundial, con buenos resultados perioperatorios dada la complejidad de la intervención. Desafiante será para estudios próximos el seguimiento de los pacientes a largo plazo, con mayor énfasis en los casos de oclusión de bypass operados y una comparación con procedimientos endovasculares.

(369) MANEJO INTERVENCIONAL DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA ILIO-FEMORAL, EXPERIENCIA INICIAL DE CLÍNICA ALEMANA DE SANTIAGO

Juan Francisco Allamand Turner (*) Victor Bianchi Schast, Patricio Vargas Hudson

Clínica Alemana. Departamento de Cirugía

INTRODUCCIÓN

La trombosis venosa profunda (TVP) es una condición común cuyo tratamiento estándar es la anticoagulación. Pese a una terapia óptima, se mantiene el riesgo de complicaciones como el Síndrome Post-Trombótico (SPT), secundario al daño valvular y a estenosis residual de los segmentos afectados. Es así como el manejo percutáneo ha ganado terreno en la última década.

OBJETIVOS

Presentar y discutir la experiencia local en trombolisis guiada por catéter (CDT) como manejo invasivo de la TVP desde Julio de 2007 a Febrero de 2014.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión retrospectiva de registros clínicos. Se consideraron casos realizados tanto por Radiología Intervencional como por Cirugía Vascular. El programa local incluye un procedimiento en dos etapas separadas.

RESULTADOS

En el período estudiado, hubo 17 casos de CDT. Con una mediana de edad de 32 años, 59% eran mujeres y 41% hombres. Todos los casos fueron sometidos a un protocolo de tratamiento en dos fases. Dos pacientes necesitaron de más de dos intervenciones. 15 de ellos (88%) requirieron de ayuda mecánica además de la CDT. A 10 (59%) casos se les instaló un stent para corregir estenosis residual. Al completar el tratamiento, un 94% estaba libre de trombosis residual. El tiempo total de tratamiento fue de 19hrs en promedio. La mayoría no tuvo complicaciones (88%). A 10 meses de seguimiento promedio, el resultado es satisfactorio.

CONCLUSIONES

La trombolisis percutánea puede ser ofrecida con buenos resultados y baja tasa de complicaciones. Este procedimiento tiene el potencial de convertirse en una herramienta válida en pacientes seleccionados. Es esencial un seguimiento alejado y el refinamiento de técnicas para asegurar la permeabilidad a largo plazo y la prevención del SPT.

(372) RETIRO DE FILTROS DE VENA CAVA INFERIOR, EXPERIENCIA DE CLÍNICA ALEMANA DE SANTIAGO

Juan Francisco Allamand Turner (*) Victor Bianchi Schast, Camila Hevia Steven, Patricio Vargas Hudson

Clínica Alemana. Departamento de Cirugía

INTRODUCCIÓN

La creciente experiencia en técnicas vasculares invasivas, sumado al aumento sostenido del número de filtros de vena cava inferior (FCV) instalados, y la evidencia de complicaciones por su uso prolongado, han hecho que las técnicas de retiro de éstos entren en discusión.

OBJETIVOS

Compartir y discutir la experiencia de nuestra institución.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión retrospectiva de registros desde el primer retiro de filtro en 2006 a Junio de 2014. Se consideraron procedimientos realizados tanto por Radiología Intervencional como por Cirugía Vascular.

RESULTADOS

En el período descrito se realizaron 69 procedimientos de retiro, en 66 pacientes. Un procedimiento debió repetirse, mientras que dos pacientes tuvieron filtros en dos oportunidades diferentes. En total, 33 mujeres y 33 hombres, con una mediana de edad de 34 años. La indicación de instalación del FVC más frecuente fue la de uso profiláctico en el paciente politraumatizado (34.8%). Otras indicaciones de instalación fueron trombosis venosa profunda (TVP) con contraindicación al tratamiento anticoagulante (30.4%), TVP proximal (11.6%) y el uso profiláctico en el manejo intervencional de TVP (15.9%). La gran mayoría de los FVC fueron retirados por el cese de su indicación. Al momento del retiro las complicaciones fueron infrecuentes. Discusión El uso liberalizado del FVC no se ha acompañado de programas de retiro de FVC, a pesar de las recomendaciones internacionales. El propósito de nuestro equipo es objetivar la realidad del retiro de FVC en nuestra institución. El procedimiento suele ser exitoso, pero se precisan habilidades e insumos específicos y no estará exento de riesgos.

CONCLUSIONES

El uso de FVC seguirá aumentando. Aunque la frecuencia de complicaciones asociadas a la permanencia del FVC no sea alta, mientras no se hagan esfuerzos por retirarlos más pacientes se verán expuestos a ellas. Los reportes de retiro de FVC aun son escasos, y futuras investigaciones serán necesarias para ahondar al respecto.

(398) INSTALACIÓN DE CATÉTER CON RESERVORIO SUBCUTÁNEO PARA QUIMIOTERAPIA CON TÉCNICA DE PUNCIÓN BAJO VISIÓN ECOGRÁFICA. EXPERIENCIA EN HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARAN.

José Manuel Ramírez Torrealba, Manuel Quiroz Flores David Barra Ortiz () Camila Cuevas Vergara, Marcelo Mège Navarrete, Juan Pablo Uribe Larach, Sergio Valenzuela Roediger, Daniel Wallach Widder*

Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago). Cirugía Vascul Periferico

INTRODUCCIÓN

La instalación de catéteres con reservorio subcutáneos para la administración de quimioterapia es un procedimiento frecuente, con baja tasa de complicaciones, de cuyo éxito depende la posibilidad de realizar un adecuado tratamiento antineoplásico.

OBJETIVOS

Presentar la experiencia del Hospital Clínico San Borja Arriaran en el periodo 2012 – 2014 en instalación de catéter con reservorio subcutáneo para quimioterapia con técnica de punción vascular eco-guiada.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo de serie de casos. Se incluyeron pacientes con diagnóstico histológico de patología neoplásica con indicación de quimioterapia que fueron sometidos a instalación de catéteres con reservorio subcutáneo con técnica bajo visión ecográfica entre 2012 – 2014. Se excluyeron técnicas sin visión ecográfica. Se analizaron datos demográficos, diagnóstico, incidentes de punción y complicaciones del procedimiento en el seguimiento a un mes. Se realizó el análisis mediante estadística descriptiva. El protocolo de estudio fue aprobado por un comité de ética.

RESULTADOS

Durante el periodo 2012 - 2014, se intervino 85 pacientes, el 76% fueron mujeres. El promedio de edad de los pacientes fue 50 años (16-93). Los principales diagnósticos fueron Cáncer de mama y Linfoma de Hodgkin con un 59 % y un 15% respectivamente. El 71% de los catéteres fueron instalados en la vena yugular interna derecha y un 25% en la vena yugular interna izquierda. El éxito de la instalación con una sola punción se logró en 96% de los pacientes. La tasa de incidentes durante la punción fue 2%. Las complicaciones precoces más frecuentes fueron la infección y la disfunción del catéter en un 2% y 1% respectivamente.

CONCLUSIONES

En nuestro centro la instalación de catéter subcutáneo bajo visión ecográfica es una técnica común y segura, con una baja tasa de complicaciones durante la intervención y en el postoperatorio precoz.

(402) OPERACIÓN DE DRIL (DISTAL REVASCULARISATION WITH INTERVAL LIGATION) PARA TRATAR ROBO ARTERIAL SECUNDARIO A ACCESO VASCULAR EN PACIENTES NEFRÓPATAS. EXPERIENCIA HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN.

José Manuel Ramírez Torrealba, Camila Cuevas Vergara () David Barra Ortiz, Manuel Quiroz Flores, Jorge Gangas Diaz, Pablo Carreo Ortega, Marcelo Mège Navarrete, Daniel Wallach Widder, Sergio Valenzuela Roediger, Juan Pablo Uribe Larach, Rolando Pina Sepulveda*

Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago). Cirugía Vascul Periférico

INTRODUCCIÓN

El robo arterial sintomático secundario a fístula arteriovenosa (FAV) en pacientes nefrópatas crónicos en hemodiálisis, es una complicación infrecuente, que compromete la viabilidad de la extremidad y coloca en peligro la vida del paciente.

OBJETIVOS

Se presenta la experiencia de 10 casos registrados en nuestro centro entre los años 2008 y 2014 con técnica quirúrgica que incluye ligadura de la arteria distal a la fístula y revascularización distal mediante puente de vena safena, conocida como operación DRIL.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de una serie de 10 casos. Se revisaron los protocolos operatorios de pacientes nefrópatas portadores de FAV con diagnóstico de robo arterial que fueron tratados mediante operación DRIL entre el 2008 y 2014. Se excluyeron pacientes que fueron resueltos mediante otras técnicas. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva. Nuestro protocolo fue aprobado por el comité de ética

RESULTADOS

El procedimiento se realizó en 10 pacientes, 2 hombres y 8 mujeres, con un promedio de edad de 66,3 años. El diagnóstico de robo arterial se realizó mediante clínica, asociado a ecografía doppler venoso y arteriografía de extremidad superior compatible con robo arterial. La resolución de síntomas y funcionalidad de la revascularización se logró en 90% de los casos, sólo un paciente persistió con síntomas de robo arterial, por lo cual se decidió el cierre de la fístula. La complicación más frecuente fue persistencia de dolor en la extremidad. No se registró mortalidad.

CONCLUSIONES

La técnica DRIL, está indicada en el robo arterial secundario a FAV, permitiendo solucionar la patología y conservar el acceso vascular. Su tasa de complicaciones es baja, siendo una buena opción en pacientes con múltiples patologías, en quienes la conservación del acceso vascular es fundamental.

(403) ROL DE LA HEPARINIZACIÓN SISTÉMICA V/S NO HEPARINIZACIÓN EN LA CONFECCIÓN DE UNA FISTULA ARTERIOVENOSA AUTÓLOGA. RESULTADOS A CORTO Y MEDIANO PLAZO EN HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN.

José Manuel Ramírez Torrealba, Camila Cuevas Vergara (), David Barra Ortiz, Jorge Gangas Diaz, Manuel Quiroz Flores, Pablo Carreo Ortega, Marcelo Mège Navarrete, Daniel Wallach Widder, Sergio Valenzuela Roediger, Juan Pablo Uribe Larach, Rolando Pina Sepulveda*

Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago). Cirugía Vascular Periférico

INTRODUCCIÓN

Las Fistulas arteriovenosas (FAV) juegan un rol importante como acceso vascular periférico para pacientes con enfermedad renal crónica (ERC), siendo el acceso más seguro y de mayor duración. Existe escasa evidencia sobre los beneficios del uso de heparina sistémica previo a la confección de una FAV autóloga.

OBJETIVOS

Evidenciar si existen diferencias en la evolución de pacientes en los que se utilizó anticoagulación sistémica con heparina cálcica, previo a la realización de una FAV autóloga versus en los que no se utilizó ésta.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte retrospectivo. Se revisaron los protocolos operatorios de pacientes intervenidos por FAV en el Hospital Clínico San Borja Arriarán, se eligió a 40 pacientes a quienes se les realizó una FAV autóloga durante el año 2012, se distribuyeron en dos grupos, 20 heparinizados previo a la realización de la fistula (grupo I) y 20 no heparinizados (grupo II). Se siguió la evolución de estos según controles postoperatorios en policlínico de cirugía vascular y se registraron complicaciones inmediatas y permeabilidad de la fistula al mes. El protocolo fue aprobado por comité de ética.

RESULTADOS

De los 40 pacientes intervenidos por FAV autóloga, la permeabilidad de la FAV al control del mes fue de 100% en ambos grupos. La tasa de complicaciones inmediatas fue 25%, siendo el hematoma la complicación más frecuente. En el análisis por grupos, el grupo I presentó un 30% de complicaciones versus un 20% en el grupo sin heparina previa. La falta de desarrollo de la fistula se vio en el 10% de los casos en el control del mes, siendo todos estos pacientes pertenecientes al grupo II.

CONCLUSIONES

No existe diferencia significativa en la permeabilidad, incidencia de complicaciones ni desarrollo de FAV atribuibles al uso de heparinización sistémica previa a la realización de la FAV autólogas en pacientes con ERC.

(404) INSTALACIÓN ENDOVASCULAR PROFILACTIVA DE BALONES DE OCLUSIÓN EN ARTERIAS ILIACAS INTERNA EN MUJERES SOMETIDAS A CESÁREA- HISTERECTOMÍA POR ACRETISMO PLACENTARIO. EXPERIENCIA DE 7 CASOS EN HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN.

Marcelo Mège Navarrete, José Manuel Ramírez Torrealba, Camila Cuevas Vergara (), David Barra Ortiz, Manuel Quiroz Flores*

Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago). Cirugía Vascular Periférico

INTRODUCCIÓN

El parto quirúrgico en la placenta acreta tiene riesgos de hemorragia, shock hipovolémico, coagulopatía, morbilidad grave y muerte materna.

OBJETIVOS

El objetivo de nuestro estudio fue describir el uso de balón de oclusión en arteria ilíaca interna en mujeres sometidas a cesárea- histerectomía por acretismo placentario, evaluando la pérdida sanguínea intraoperatoria y complicaciones relacionadas con el procedimiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo de una serie de 7 casos. Se incluyó a pacientes embarazadas con sospecha ecográfica de acretismo placentario en las cuales se instalaron balones de oclusión bilateral en arterias ilíacas internas entre 2013- 2014. Se excluyeron a todas las pacientes en las cuales no existía ficha clínica y que no se instalaron balones en arterias ilíacas internas. Se analizaron datos demográficos, pérdida sanguínea intraoperatoria, requerimientos de transfusión y complicaciones relacionadas al procedimiento. Se realizó un análisis mediante estadística descriptiva El protocolo fue aprobado por un comité de ética.

RESULTADOS

El procedimiento se realizó en 7 pacientes, con una edad promedio 33 años, que tenían como antecedente un promedio de 1,7 cesáreas previas, todas con el diagnóstico de placenta previa oclusiva total y sospecha ecográfica de acretismo placentario previo. El 86% de los balones fueron instalados como procedimiento electivo y en un caso fueron instalados de urgencia (14%). La tasa promedio de pérdidas hemáticas durante la cesárea fue de 1850 ml, sin repercusiones hemodinámicas. Existió una complicación que fue la rotura de un balón durante instalación, sin complicaciones posteriores.

CONCLUSIONES

En nuestro centro la instalación profiláctica endovascular de balones de oclusión bilaterales en las arterias ilíacas internas en pacientes con el diagnóstico de acretismo placentario es un procedimiento con baja tasa de complicaciones que permite realizar una cesárea-histerectomía con sangrado intraoperatorio controlado, siendo una alternativa segura en el manejo de estas pacientes.

(405) PREVALENCIA DE LOS DISTINTOS MICROORGANISMOS Y SENSIBILIDAD A ANTIMICROBIANOS DE PACIENTES AMPUTADOS POR PIE DIABÉTICO COMPLICADO. EXPERIENCIA HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARAN

José Manuel Ramírez Torrealba, David Barra Ortiz (), Manuel Quiroz Flores Camila Cuevas Vergara, Pablo Carreo Ortega, Marcelo Mège Navarrete, Daniel Wallach Widder, Sergio Valenzuela Roediger, Juan Pablo Uribe Larach Rolando Pina Sepulveda*

Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago). Cirugía Vascul Periférico

INTRODUCCIÓN

El pie diabético complicado (PDC) es un problema médico, social y económico mayor y una gran causa de morbimortalidad en nuestro país.

OBJETIVOS

Se presenta la experiencia obtenida en el Hospital Clínico San Borja Arriaran de la prevalencia de microorganismos y su sensibilidad a los antimicrobianos en pacientes amputados por PDC.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyó pacientes con diagnóstico de PDC sometidos a amputaciones menores y en quienes se obtuvieron muestras para cultivo de partes blandas y óseas entre 2013-2014. Se excluyeron pacientes amputados por otras causas. Se analizaron datos demográficos, protocolos operatorios, estudios de cultivo, biopsias y antibiogramas. Se realizó el análisis mediante estadística descriptiva. El protocolo fue aprobado por el comité de ética.

RESULTADOS

Se intervinieron 57 pacientes con PDC, 74% eran hombres, la edad media fue de 63 años (32-81). De 114 muestras obtenidas en 63% de ellas se aisló al menos un microorganismo, en un 96% fue monomicrobiano y un 4 % polimicrobiano. El grupo de gérmenes aislados con mayor frecuencia fue gram positivos (86%); de los cuales Enterococcus sp. fue el más habitual (30%), seguido por Staphylococcus coagulasa negativo y Staphylococcus aureus 27% y 24% respectivamente. Respecto a los microorganismos gramnegativos los más frecuentes fueron Pseudomona aeruginosa y Escherichia coli 40% para cada uno de ellos. El 95% de los Enterococcus faecalis fueron sensibles a ampicilina y el 100% de Pseudomona aeruginosa fueron sensibles a ciprofloxacino. Un 50% de las Escherichia coli presentaron Betalactamasa de espectro extendido.

CONCLUSIONES

Las amputaciones menores por PDC en nuestro centro son frecuentes por lo que es importante conocer las bacterias de mayor prevalencia. La mayoría de los agentes aislados fueron gram positivos. La sensibilidad antimicrobiana global es similar a la descrita en la literatura actual.

(406) EXPERIENCIA EN ROBO ARTERIAL SECUNDARIO A FÍSTULA ARTERIOVENOSA PARA HEMODIÁLISIS HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARAN.

José Manuel Ramírez Torrealba, Manuel Quiroz Flores (), Camila Cuevas Vergara, David Barra Ortiz, Pablo Carreo Ortega, Marcelo Mège Navarrete, Daniel Wallach Widder, Sergio Valenzuela Roediger, Juan Pablo Uribe Larach, Rolando Pina Sepulveda*

Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago). Cirugía Vasculiar Periférico

INTRODUCCIÓN

La realización de fístulas arteriovenosas (FAV) ha aumentado los últimos años debido al aumento de los pacientes nefrópatas. El robo arterial es una complicación grave de un acceso vascular que puede comprometer la extremidad y poner en riesgo la vida del paciente.

OBJETIVOS

El objetivo del trabajo es describir la experiencia de nuestro centro en el manejo del robo arterial secundario a FAV.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con robo arterial por FAV entre el año 2008 y 2014 tratados en el Hospital Clínico San Borja Arriarán. Se excluyó pacientes con isquemia de extremidades por otras causas. Se revisó protocolos operatorios, estudios diagnósticos y seguimiento. Se realizaron los análisis con estadística descriptiva mediante el Software SPSS v.22®. El protocolo fue aprobado por el comité de ética.

RESULTADOS

Se obtuvo 35 pacientes con diagnóstico de robo arterial secundario a acceso vascular para hemodiálisis. El 71% fueron mujeres, la edad media fue 67.25 años. Las operaciones fueron cierre de FAV 20 pacientes (57.14%), operación de Schanzer 12 pacientes (28.57%) dos de ellos fueron con prótesis por vena de mal calibre y ocho con vena Safena, calibración venosa 4 pacientes (11.42%) y ligadura de colaterales más Basílica un paciente (2,85%). La evolución fue favorable en operación de Schanzer con prótesis en el 87.5% y con vena safena en el 100%, favorable en el 75% por calibración venosa y en el 100% de los casos de ligadura de colaterales y Basílica. La diferencia de éxito fue no significativa con p de 0.139. Requirieron cierre posterior un caso de Schanzer y uno de calibración venosa.

CONCLUSIONES

Las alternativas de tratamiento evaluadas en este estudio fueron seguras y efectivas, la operación de Schanzer con vena safena así como con prótesis presentó buenos resultados logrando rescatar el acceso hasta el 87.5% de casos.

(408) TRASPOSICIÓN DE VENA BASÍLICA EN ASOCIACIÓN DE DIALISADOS (ASODI). RESULTADOS A CORTO Y MEDIANO PLAZO.

Sergio Valenzuela Roediger, José Manuel Ramírez Torrealba (), Vicente Rodríguez Torres*

Humberto Pizarro Villalon, Jorge Vergara Cristi

Centro de Accesos Vasculares Asociación de Dializados ASODI

INTRODUCCIÓN

Las fistulas arteriovenosas (FAV) juegan un rol importante como acceso vascular en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC), siendo el acceso más seguro y de mayor duración. El capital venoso de cada paciente es limitado, por lo que la trasposición de vena basílica juega un rol importante entre los accesos de hemodialisis.

OBJETIVOS

Describir las trasposiciones de vena basílica confeccionados en ASODI en el trascurso de un año, buscando resultados quirúrgicos inmediatos, permeabilidad durante el seguimiento y la situación actual de cada paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo trasversal, en que se revisaron las fichas clínicas y los protocolos operatorios de pacientes intervenidos por trasposición de vena basílica en la ASODI entre Agosto del 2013 y Agosto 2014. Se siguió la evolución de estos según controles postoperatorios en policlínico y se registraron las complicaciones inmediatas, al mes y la permeabilidad de la fístula actual.

RESULTADOS

Entre Agosto 2013 y Agosto 2014 se realizaron 29 trasposiciones de vena basílica, con predominio de mujeres (17/12). La edad promedio de los pacientes fue de 54,3 años (mín. 15 - 77). La ubicación más frecuente fue la extremidad superior izquierda (22/7). El tiempo de maduración de las trasposiciones primarias fue de 4,6 semanas, en tanto que en las secundarias fue de 4,25 semanas. En el control del mes 28 pacientes tienen frémto adecuado. Un solo paciente requirió cierre. Actualmente el 89% de las trasposiciones se encuentran permeables y siendo utilizadas. El tiempo de seguimietno fue de 1 a 12 meses con un promedio de 6.

CONCLUSIONES

La trasposición de vena basilica es un procedimiento habitual en ASODI, sus resultados son excelentes en términos de seguimiento y permeabilidad a mediano plazo, constituyendo una alternativa fundamental en el manejo de los accesos vasculares de los pacientes que se encuentran en hemodiálisis.

(410) REPARACIÓN DE FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS PARA HEMODIÁLISIS, SEGUIMIENTO CORTO Y MEDIANO PLAZO.

Sergio Valenzuela Roediger, Vicente Rodríguez Torres (), José Manuel Ramírez Torrealba, Humberto Pizarro Villalon, Jorge Vergara Cristi*

Centro de Accesos Vasculares Asociación de Dializados

INTRODUCCIÓN

Las fístulas arteriovenosas (FAV) son el principal acceso vascular en pacientes con hemodiálisis. La falla primaria se asocia a morbimortalidad, siendo la reparación abierta una alternativa en el manejo de dichos pacientes.

OBJETIVOS

Identificar indicaciones de reparación de FAV, tipo de reintervenciones y seguimiento a corto y mediano plazo.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo transversal mediante revisión de fichas clínicas y protocolos operatorios de pacientes reintervenidos por disfunción de FAV autóloga o protésica en la Asociación de Dializados (ASODI). Indicaciones de reparación y seguimiento en control postoperatorios en policlínico, complicaciones inmediatas, a mediano plazo y estado actual de FAV.

RESULTADOS

Entre Julio 2013 y Agosto 2014 se realizaron 473 FAV, 9%(43) corresponden a reintervención por disfunción/estenosis/trombosis de FAV, afectando a 39 pacientes, con predominio de mujeres (22/17) de los cuales 4/39 requirieron una segunda reparación. Edad promedio de presentación fue 52,1 años (14/83). La reparación más frecuente fue plastía con parche (23%) y la interposición de PTFE (23%). El 1º control en 41/43 intervenciones identificando 2 complicaciones (dolor sitio de punción), 37/43 se dializaron sin incidentes. El 2º control en 40/43 intervenciones, observándose 3 complicaciones (ausencia de frémito, trombosis e infección sitio punción), 37/43 se dializó sin incidentes. El control de mediano plazo se logró en 31/39 pacientes, 46% continuó diálisis por FAV reparada, 3 pacientes continúan diálisis por FAV pero disfuncional, 3 pacientes se dializan por catéter en espera de maduración y 2 pacientes sin indicación de diálisis actual. El tiempo de seguimiento fue de 1 a 12 meses.

CONCLUSIONES

El rescate de una FAV mediante reparación es frecuente y una alternativa validada, permitiendo prolongar su uso y continuar las diálisis, siendo necesario pesquisar a pacientes de mayor riesgo de fallo para ofrecer la alternativa más adecuada.

(423) REPARACION DE ANEURISMA POPLITEO POR VIA ENDOVASCULAR CON ENDOPROTESIS VIABAHN® PRESENTADO CON ISQUEMIA DE EXTREMIDAD, PRESENTACION DE UN CASO Y REVISION DE LA LITERATURA

Jorge Vergara Cristi, Francisco Molina Parra (), Patricio Huerta Bustamante, José Luis Calderón Andrés, Rolando Pina Sepulveda, Melissa Pavez Kuncar*

Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel). Servicio Cirugia

INTRODUCCIÓN

Los aneurismas de arteria poplítea (AAP) son los aneurismas periféricos mas comunes. Frecuentemente se presentan de forma bilateral y asociado a otros aneurismas. La cirugía abierta o endoaneurismorrafia es considerado el gold standard. Con el advenimiento de las técnicas endovasculares y el avance de estas tecnologías se ha prestado mas atención a la reparación utilizando stents recubiertos.

OBJETIVOS

Presentar el caso de un paciente con un aneurisma popliteo, complicado con isquemia de la extremidad cuya reparación se hizo por vía endovascular y revision de la literatura

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente masculino de 57 años, hipertenso, gotoso y dislipidémico consulta en servicio de urgencias de Hospital de San Fernando por ausencia de pulsos, dolor y frialdad en pierna izquierda de 2 días de evolución. Se realiza Ecodoppler que muestra aneurisma popliteo de 3,5 cm parcialmente trombosado. Es derivado al hospital Barros Luco para evaluación por equipo de cirugía vascular, donde se realiza angiografía que confirma AAP trombosado

RESULTADOS

Se decide reparar por vía endovascular bajo heparinización sintética. Se instala endoprótesis Viabahn®, logrando exclusión completa del aneurisma, recuperando circulación distal y función de la extremidad. Control clínico al mes evidencia recuperación satisfactoria

CONCLUSIONES

Se logro un resultado satisfactorio con la via endovascular, comparable a la via abierta, considerándose como un procedimiento valido para el tratamiento de este tipo de lesiones. En la literatura ha habido un aumento sustancial de publicaciones sobre la reparación endovascular de AAP, con permeabilidades similares y ventajas como menor estadía hospitalaria y ausencia de infección de sitio operatorio. No obstante, se necesitan mas estudios para establecer las indicaciones precisas de cada vía de abordaje

(424) REPARACION DE PSEUDOANEURISMA ARTERIA FEMORAL COMUN POR VIA ENDOVASCULAR PRESENTADO CON ISQUEMIA DE EXTREMIDAD : A PROPOSITO DE UN CASO

Jorge Vergara Cristi, Francisco Molina Parra (), Claudio Hernan Vallejos Lobos, Patricio Huerta Bustamante, José Luis Calderón Andrés, Rolando Pina Sepulveda, Melissa Pavez Kuncar.*

Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel). Servicio Cirugia.

INTRODUCCIÓN

Un pseudoaneurisma ocurre cuando se ocasiona una ruptura de la pared arterial que permite salida de sangre hacia los tejidos adyacentes. Se recomienda la reparación quirúrgica en cualquier tamaño cuando se presentan complicaciones y asintomáticos mayores a 2,5 cm. La reparación con Stents recubiertos ofrece una adecuada alternativa a la cirugía abierta

OBJETIVOS

Presentar el caso de un paciente con un pseudoaneurisma postraumatico de la arteria femoral común (AFC) por arma de fuego, complicado con isquemia de la extremidad cuya reparación se hizo por via endovascular

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente masculino de 52 años sin antecedentes mórbidos, un mes previo a ingreso es agredido con arma de fuego en ingle derecha. Consulta en servicio de urgencias por aumento de volumen doloroso y pulsátil en región inguinal derecha asociado a hipoestesia, claudicación, ausencia de pulsos poplíteos y distales y poiquiloterma. Angiografía releva pseudoaneurisma CFA, arteria peronea proximal con lesión aterosclerotica mas trombos murales, arteria tibial anterior a nivel de ostium con lesión crítica aterosclerotica. Se decide realizar angioplastia a lesiones distales bajo heparinización sistémica e instalación de endoprotesis Viabahn®.

RESULTADOS

Se logro exclusión completa del pseudoaneurisma, recuperando perfusión distal de la extremidad. Control clínico y AngioTAC a los 3 meses muestra stent permeable.

CONCLUSIONES

La introducción de técnicas endovasculares permiten el tratamiento de una diversidad de patología vascular con invasión minima y pronta recuperación. En la literatura se muestra que la utilización de stents recubiertos ofrece resultados similares a la cirugía abierta; sin embargo, el riesgo de trombosis y fractura es un factor a vigilar.

(425) REPARACION DE PSEUDOANEURISMA CAROTIDEO IATROGENO POR VIA ENDOVASCULAR CON STENT VIABAHN

Jorge Vergara Cristi, Francisco Molina Parra (), Claudio Hernan Vallejos Lobos, Patricio Huerta Bustamante José Luis Calderón Andrés, Rolando Pina Sepulveda, Melissa Pavez Kuncar*

Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel). Servicio Cirugia.

INTRODUCCIÓN

Los pseudoaneurismas de la arteria carótida son una complicación poco frecuente de la canalización de la vena yugular interna. Las técnicas endovasculares se presentan como una alternativa de menor riesgo para su tratamiento en relación a cirugía convencional.

OBJETIVOS

Presentar el caso de un paciente con un pseudoaneurisma de arteria carótida comun (ACC) derecha luego de instalación de cateter tunelizado, cuya reparación se hizo por vía endovascular

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente femenino de 52 años, lúpica, con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, se deriva a servicio de urgencia por disfunción de fistula arteriovenosa (FAV), donde se instala cateter tunelizado derecho, quedando en vía arterial. Se hospitaliza para rescate de FAV y estudio, realizándose angiografía que muestra cateter que ingresa por via percutanea a ACC derecha a 14 mm de su origen y que sigue

hasta la aorta torácica, con reducción significativa de su lumen. Se procede a instalar endoprotesis Viabahn que se posiciona en zona de defecto de ACC en tercio distal. Hecho esto se retira cateter bajo vision radioscopica directa y se despliega stent cubierto

RESULTADOS

Evolución favorable, disminución del dolor y aumento de volumen. AngioTAC de control muestra endoprotesis adecuadamente ubicada y ampliamente permeable. Se da de alta con tratamiento anticoagulante

CONCLUSIONES

Recientemente, se han desarrollado técnicas basadas en el control endovascular mediante la colocación de stents y coils metálicos en la luz carotídea, comprobándose que es un método seguro, mínimamente invasivo y efectivo para el control de los pseudoaneurismas traumáticos en comparación a cirugía abierta.

(426) TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN PACIENTES CON ISQUEMIA CRÍTICA DEL COMPLEJO ASISTENCIAL BARROS LUCO

Jorge Vergara Cristi, Patricio Huerta Bustamante, José Luis Calderón Andrés (), Luis Villarroel Rivera, Francisco Molina Parra, Francisco Acuna Donoso, Claudio Hernan Vallejos Lobos*

Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel). Servicio Cirugia

INTRODUCCIÓN

la isquemia crítica de extremidad inferior constituye una patología grave que implica riesgo de pérdida de la extremidad comprometida si no se revasculariza el eje arterial comprometido mediante un bypass o técnica endovascular. En la actualidad el avance tecnológico a permitido que cada vez se realicen más procedimientos endovasculares que permitan la restauración del flujo en los pacientes con isquemia crítica de manera satisfactoria con baja tasa de complicaciones.

OBJETIVOS

mostrar la experiencia en el tratamiento endovascular de una cohorte de pacientes con isquemia crítica del Complejo Asistencial Barros Luco desde Enero del 2013 a Julio del 2014.

MATERIAL Y MÉTODO

Se analizaron de prospectivamente datos demográficos, comorbilidades, tipo de lesión según TASC II, resultado técnico del procedimiento endovascular, tasa de mortalidad y sobrevida libre de amputación mayor.

RESULTADOS

La cohorte fue de 48 pacientes (30 hombres y 18 mujeres), el promedio de edad de la población fue 67 ± 10.15 . El 92% (n=44) de los pacientes ingresaron con Rutherford 5. Según clasificación TASC II A (n=1), B (n=18), C(n=22) y D(n=9)El 79% (n=38) de los procedimientos el resultado técnico fue óptimo, 6.25 % (n=3) fueron resultado regulares y en 12.5% (n=6) de los pacientes falló el procedimiento endovascular. El 18%(n=9) de los pacientes requirió una amputación mayor post procedimiento. La tasa de mortalidad fue 6.25% (n=3) por causas cardiovasculares. No hubo complicaciones asociadas al procedimiento endovascular. La proyección de la tasa sobrevida de libre de amputación mayor a 1 año es 81%

CONCLUSIONES

La técnicas endovasculares son una alternativa fiable y segura para el tratamiento de la isquemia crítica de extremidad inferior. A pesar de la complejidad de las lesiones en esta población los resultados presentados son similares a los resultados descritos en la literatura internacional.

(427) CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES OPERADOS DE ANEURISMA DE LA AORTA ABDOMINAL POR VÍA ENDOVASCULAR ENTRE 2010-2014.

Jorge Vergara Cristi, Pablo Perez Castro, Felipe Castillo Henriquez, Constanza Bulboa Foronda, Patricio Huerta Bustamante, José Luis Calderón Andrés (), Francisco Molina Parra, Luis Villarroel Rivera, Claudio Hernan Vallejos Lobos*

Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel). Servicio Cirugia

INTRODUCCIÓN

El aneurisma de la aorta abdominal (AAA) es una patología frecuente en la población, con una incidencia de 15-37 casos por 100.000 pacientes/año. La morbi-mortalidad se ha utilizado tradicionalmente como marcador claves de los resultados quirúrgicos. Sin embargo, la calidad de vida (QOL) y la satisfacción, son cada vez más reconocidos como indicadores de la eficacia del tratamiento y la calidad de la atención.

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es evaluar la calidad de vida de los pacientes operados con reparación endovascular desde Enero del 2010 a Junio del 2014.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo consistente en aplicación telefónica de un cuestionario de salud general y del instrumento SF-36 a pacientes operados de AAA con reparación endovascular realizada en el HBLT entre enero del 2010 a Junio del 2014. Se contactaron un total de 37 pacientes. De ellos 2 no fueron ubicables y 3 habían fallecido.

RESULTADOS

Promedio de edad 68 años, 90% pacientes de sexo masculino. Un 75% de los pacientes presenta más de un año de seguimiento. Factores de riesgo de Framingham: 1 (25%), 2 (30%), 3 (40%) y 5 (5%). De los pacientes encuestados un 50% se encuentra asintomático. De aquellos sintomáticos un 15% refiere dolor abdominal, 15% dolor inguinal y 30% claudicación. No se reporta impotencia. Respecto a la calidad de vida, los pacientes reportan una función física de 93%, función social 100%, ausencia de problemas físicos 100%, ausencia de problemas emocionales 100%, salud mental 83%, vitalidad 96%, dolor 83,3% y percepción de salud general 80%. Globalmente refieren un 90% de satisfacción con la cirugía.

CONCLUSIONES

Los pacientes operados por vía endovascular de AAA refieren una óptima calidad de vida y percepción de salud general. Lo anterior reafirma la baja morbilidad y complicaciones postoperatorias de la reparación endovascular de los aneurismas de aorta abdominal.

(429) CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA SUPERFICIAL EN LISTA DE ESPERA.

Pablo Perez Castro () Felipe Castillo Henríquez, Luis Villarroel Rivera, Patricio Huerta Bustamante, José Luis Calderón Andrés, Jorge Vergara Cristi, Francisco Molina Parra*

Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel). Servicio Cirugía

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia venosa crónica de las extremidades inferiores, es una patología de alta frecuencia, que afecta entre un 7-38% de los hombres y un 14-52% de las mujeres en edad adulta. Son conocidas las complicaciones e indicaciones quirúrgicas de la patología varicosa, no obstante se desconoce el impacto de la patología sobre la calidad de vida en nuestra población.

OBJETIVOS

Se pretende conocer la calidad de vida de los pacientes en espera de resolución de patología variceal

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo de corte transversal. Se revisan registros de atención a policlínico de cirugía vascular con diagnóstico de varices, insuficiencia venosa crónica superficial o úlceras varicosas durante el año 2013. Se efectúa entrevista telefónica, recopilación de datos demográficos y sintomatología varicosa y aplicación de instrumento SF-36, validado para evaluar calidad de vida en pacientes con patología varicosa. Se completan un total de 39 encuestas.

RESULTADOS

Promedio de edad 56,6 años. De ellos 61,5% mujer y 38,5% hombre. Síntomas predominantes: Dolor (94%), pesadez (87%), edema (79%), prurito (76%), cambios cutáneos (74%). En términos de funcionamiento, en una escala del 0-100%: Función física (66,4%), función social (68,6%), problemas físicos (64,8%), problemas emocionales (73,5%), vitalidad (58%) y percepción de salud general (53,4%).

CONCLUSIONES

Se aprecia un perfil de paciente en edad laboralmente activa polisintomático y con una disminución importante de la calidad de vida en términos de función física, social, emocional, vitalidad y percepción de salud general. A pesar de no ser prioritario en el actual sistema de salud, se debiera considerar el impacto sobre la calidad de vida en cuanto a la planificación de la respuesta sanitaria

(431) TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN PACIENTES CON ISQUEMIA CRÍTICA DEL COMPLEJO ASISTENCIAL BARROS LUCO

Jorge Vergara Cristi, Patricio Huerta Bustamante, José Luis Calderón Andrés (), Luis Villarroel Rivera, Francisco Molina Parra, Pablo Perez Castro, Francisco Acuna Donoso, Claudio Hernán Vallejos Lobos*

Universidad de Chile. Departamento de Cirugía Sur, Hospital Barros Luco-Trudeau.

INTRODUCCIÓN

La isquemia crítica de extremidad inferior constituye una patología grave que implica riesgo de pérdida de la extremidad comprometida si no se revasculariza el eje arterial comprometido mediante un bypass o técnica endovascular. En la actualidad el avance tecnológico a permitido que cada vez se realicen más procedimientos endovasculares que permitan la restauración del flujo en los pacientes con isquemia crítica de manera satisfactoria con baja tasa de complicaciones.

OBJETIVOS

Mostrar la experiencia en el tratamiento endovascular de una cohorte de pacientes con isquemia crítica del Complejo Asistencial Barros Luco desde Enero del 2013 a Julio del 2014.

MATERIAL Y MÉTODO

Se analizaron de prospectivamente datos demográficos, comorbilidades, tipo de lesión según TASC II, resultado técnico del procedimiento endovascular, tasa de mortalidad y sobrevida libre de amputación mayor.

RESULTADOS

La cohorte fue de 48 pacientes (30 hombres y 18 mujeres), el promedio de edad de la población fue 67 ± 10.15 . El 92% (n=44) de los pacientes ingresaron con Rutherford 5. Según clasificación TASC II A (n=1), B (n=18), C(n=22) y D(n=9)El 79% (n=38) de los procedimientos el resultado técnico fue óptimo, 6.25 % (n=3) fueron resultado regulares y en 12.5% (n=6) de los pacientes falló el procedimiento endovascular. El 18%(n=9) de los pacientes requirió una amputación mayor post procedimiento. La tasa de mortalidad fue 6.25% (n=3) por causas cardiovasculares. No hubo complicaciones asociadas al procedimiento endovascular. La proyección de la tasa sobrevida de libre de amputación mayor a 1 año es 81%

CONCLUSIONES

Las técnicas endovasculares son una alternativa fiable y segura para el tratamiento de la isquemia crítica de extremidad inferior. A pesar de la complejidad de las lesiones en esta población los resultados presentados son similares a los resultados descritos en la literatura internacional.

(499) EXPERIENCIA EN CALIBRACION PARA EL MANEJO DE LA ISQUEMIA SINTOMATICA EN ACCESOS VASCULARES PARA HEMODIALISIS

Héctor Ivan Galleguillos Olmedo ()*

Clínica Indisa. Cirugía Vascular

INTRODUCCIÓN

La incidencia de pacientes que ingresan a hemodiálisis aumenta progresivamente y con ello la necesidad de construcción de accesos vasculares y sus eventuales complicaciones. La isquemia sintomática es una complicación poco frecuente pero muy invalidante que amenaza la permeabilidad del acceso.

OBJETIVOS

Analizar nuestra experiencia con la técnica de calibración asociada a fotopleetismografía intraoperatoria para el manejo de la isquemia sintomática en Accesos Vasculares para Hemodiálisis.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio cuasi experimental con análisis estadístico descriptivo. revisando los procedimientos de calibración con fotopleetismografía intraoperatoria realizados en el manejo de la isquemia sintomática grados III y IV de Fontaine con test de oclusión positivo. El grado de calibración se ajustó usando fotopleetismografía intra operatoria de tal modo de obtener una clara mejoría de la amplitud de la curva, similar la respuesta pre operatoria. Todos los pacientes fueron intervenidos con anestesia local y sedación de forma ambulatoria. Se registraron datos epidemiológicos y de respuesta clínica postoperatoria.

RESULTADOS

Entre Enero del 2007 y Marzo del 2013 se realizaron 3.356 procedimientos de accesos vasculares para hemodiálisis en el Centro de Accesos Vasculares y en Clínica Indisa de los cuales se efectuaron 36 calibraciones en 36 pacientes con el diagnóstico de Isquemia sintomática. Hubo 12 (30 %) hombres y 24 (70%) mujeres, 15 (41,6%) diabéticos. La edad promedio fue de 53. La isquemia se presentó como complicación post operatoria en 13 (36%) pacientes. Hubo 34 pacientes con isquemia grado III y 2 pacientes con isquemia grado

IV. Se observó clara mejoría sintomática en 34 pacientes con grado III. Un paciente con grado IV no tuvo mejoría. El promedio de seguimiento fue de 42 meses. No hubo casos de trombosis precoces ni tardías.

CONCLUSIONES

La técnica de calibración con fotopletismografía intra operatoria para el manejo de pacientes seleccionados con isquemia sintomática tiene excelentes resultados.

(503) REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES

Eitan David Schwartz Yuhaniak, María Ignacia Villablanca Riveros () Juan Marin Peralta, Ricardo Alejandro Olguin Leiva*

Hospital Militar de Santiago (HOSMIL). Departamento Enfermedades Cardiovasculares

INTRODUCCIÓN

El manejo endovascular del aneurisma aórtico en pacientes trasplantados renales supone una buena alternativa de tratamiento al evitar el tiempo de isquemia caliente, lo cual disminuye los riesgos al injerto. Aún así, son pocos los casos reportados en la literatura.

OBJETIVOS

Este trabajo tiene por objetivo mostrar nuestra experiencia en dos casos de aneurismas aórticos en trasplantados renales.

MATERIAL Y MÉTODO

A continuación se presentan dos casos clínicos. 1) Paciente masculino de 67 años, diabético, hipertenso, trasplantado renal hace 18 años en tratamiento inmunomodulador. Incidentalmente se pesquisa aneurisma de aorta abdominal de 42mm que se maneja con betabloqueadores. Escáner de control a los 6 meses demuestra crecimiento rápido hasta 51mm. Se decide manejo endovascular previo protección renal. Se instala endoprótesis Zenith® (Cook, USA) 28 x 82mm y ramas ilíacas respetando implantación de arteria renal riñón trasplantado. Se utilizan 40cc de medio durante totalidad de procedimiento. 2) Paciente de 60 años, sexo masculino, hipertenso, trasplantado renal hace 21 años en tratamiento inmunomodulador. TAC de abdomen pesquisa aneurisma de aorta abdominal de 54mm. Se maneja de forma endovascular previo protección renal. Se instala prótesis Zenith® (Cook, USA) 30 x 82mm y ramas ilíacas respetando implantación de arteria renal riñón trasplantado. Se utilizan 240cc de medio durante totalidad de procedimiento.

RESULTADOS

En ambos casos el control angiográfico inmediato demuestra exclusión de aneurisma y ausencia de endoleaks. Se realiza seguimiento con creatininemia a 48, 72 horas y al alta, la cual no presenta variación. El control tomográfico hasta dos años demuestra aneurismas tratados de forma satisfactoria.

CONCLUSIONES

Existe baja casuística de casos como estos reportados en la literatura, pero en nuestra experiencia, el manejo endovascular del aneurisma aórtico abdominal en pacientes trasplantados renales además de evitar la isquemia del riñón trasplantado, ofrece todas las ventajas habituales sin mayor morbimortalidad ni complicaciones renales asociadas.

(535) TRASPLANTE DE CÉLULAS MADRES AUTÓLOGAS EN PACIENTES CON ISQUEMIA CRÍTICA NO REVASCULARIZABLE:

REPORTE DE DOS CASOS.

María José Villarroel Fuentealba, Paulo Cassis Cáceres, Javiera Sendra Donoso ()*

Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia). Servicio de Cirugía

INTRODUCCIÓN

La biotecnología ha permitido el desarrollo de técnicas basadas en la manipulación celular, que permiten una esperanza a pacientes con isquemia crítica no revascularizable. Recientemente se ha planteado la implantación de células mononucleares de médula ósea autóloga, como tratamiento seguro y efectivo en la terapéutica angiogénica,

OBJETIVOS

Experiencia de Complejo Hospitalario San José

MATERIAL Y MÉTODO

Se presentan 2 casos: Caso 1: Mujer, 50 años, tabaquismo, hipotiroidismo y resistencia insulínica. Ingresó en Junio 2012, 4 meses de claudicación intermitente severa. Examen: pulsos femorales disminuidos, poplíteos y distales ausentes. ITB: 0,1. TM: claudicación moderada 100 mts, detención 150 mts. Caso 2: Mujer, 61 años, tabaquismo y dislipidemia. Ingresó en Abril 2014, 2 años de claudicación intermitente moderada. Examen: pulso femoral disminuido bilateral, poplíteos y distales ausentes. ITB: 0,4. TM: claudicación moderada 78 mts, detención 120 mts. Ambos casos presentan angiografía con enfermedad femoropoplíteo y distal bilateral severa, sin posibilidad de revascularización. Procedimiento estandarizado: anestesia regional y sedación. Extracción de 240 ml de médula ósea de ambas crestas ilíacas. Se procesaron en centrífuga Harvest BMAC. Se obtuvo volumen de 40 ml, el cual se distribuyó en alícuotas de 1 ml,

que se inyectaron cada 2 cm en angiosomas, previamente marcados, bajo visión ecográfica en ambas piernas.

RESULTADOS

Control 3 y 6 meses posterior protocolo: Caso 1: TM: claudicación leve 300 mts. ITB: 0,6. Caso 2: TM: claudicación leve 280 mts. Pendiente control de ITB, Octubre 2014. Ambas pacientes clínicamente asintomáticas, mejora sustancial calidad de vida.

CONCLUSIONES

El trasplante de células madre es una excelente alternativa terapéutica para pacientes con isquemia crítica severa no revascularizable, cuya única opción quirúrgica es la amputación. Los ensayos clínicos pioneros, han demostrado que es un procedimiento seguro, fácil de realizar, sin mortalidad asociada y escasa morbilidad. Sin embargo, la estandarización de la técnica para mayor eficacia, aún es materia de estudio.

(544) TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA ISQUEMIA CRÍTICA DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES

Sándra Hasbún Atala () Roberto Tapia Riepel, Patricio Tepper Lawrence, Juan Herrera Neira*

Marco Rivera Aguilera, Gabriela Molina González, Camilo Sánchez González

Hospital Dr. César Garavagno Burotto (Talca). Servicio de Cirugía

INTRODUCCIÓN

La isquemia crítica de las extremidades inferiores es una condición que afecta a un importante número de pacientes, tiene alto riesgo de pérdida de la extremidad y mal pronóstico vital. La terapia endovascular es punto de debate aun como enfrentamiento primario a nivel infrainguinal, cuando el objetivo es permeabilidad a largo plazo.

OBJETIVOS

El objetivo es analizar los resultados de la cirugía endovascular en pacientes con isquemia crítica de extremidades inferiores y oclucción femoropoplítea.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo en el que se incluyeron 65 pacientes (36 hombres y 29 mujeres), intervenidos entre Enero 2011 y Diciembre 2013. Método de Kaplan-Meier para análisis de los resultados. Existen 10 pacientes retirados del estudio por falta de seguimiento. Datos analizados por intención de tratar.

RESULTADOS

Edad Media 71.32 años, 52% diabéticos, 69.3% (52/75) en categoría clínica 5 de Rutherford. Se realizaron 75 procedimientos, 7 extremidades fueron nuevamente tratadas en el mismo territorio por reaparición de isquemia y 8 extremidades sometidas a cirugía derivativa para rescate de éstas. Éxito técnico inicial se obtuvo en el 90.7% (7/75) de los procedimientos. La tasa de salvataje de la extremidad de 92% al primer mes, 86.7% a los 6 meses y 84% al año (63/75). La mortalidad fue de 4.61% al primer mes, 15.38% a los 6 meses y 21.53% al año.

CONCLUSIONES

La angioplastia del territorio femoropoplítea es una alternativa válida, con tasas de salvataje de extremidad y mortalidad aceptables para pacientes con isquemia crítica de las extremidades inferiores.

(560) TROMBOSIS AGUDA DE ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL: REPORTE DE UN CASO

José Ignacio Torrealba Fonck () Michel Bergoeing Reid*

Pontificia U. Católica de Chile. Departamento Cirugía Vascular y Endovascular, División de Cirugía, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

INTRODUCCIÓN

La oclusión aguda del aneurisma aórtico abdominal (AAA) es una entidad muy poco frecuente, pero con una alta morbimortalidad (>50%). Clásicamente requiere de reconstrucción urgente de Aorta.

OBJETIVOS

Presentamos un caso de isquemia aguda de extremidades inferiores secundaria a oclusión completa de un AAA, en una paciente de alto riesgo para manejo estándar.

MATERIAL Y MÉTODO

Mujer de 74 años. Antecedentes de hipertensión y tabaquismo activo. Historia de 20 horas de dolor, parestesias y paresia de ambas EII que aumentan progresivamente. Sin pulsos femorales. Pletismografía plana. Ingresó en fibrilación auricular. AngioTAC demuestra AAA 4,7 cms de diámetro trombosado.

RESULTADOS

Dolor retroesternal y troponinas elevadas por lo que se decide by pass axilobifemoral, cirugía sin incidentes resolviendo la isquemia aguda. En día 7º postoperatorio se instala dispositivo Amplatzer en cuello del aneurisma para completar exclusión aórtica. Alta el día 16º postoperatorio en buenas condiciones.

CONCLUSIONES

La trombosis aguda de AAA es un cuadro muy poco frecuente, pero debe ser considerado dentro de las causas de isquemia aguda de extremidades inferiores. La etiopatogenia es: 1)secundario a enfermedad arterial oclusiva ilíaca 2)embolía hacia el AAA 3)desplazamiento de trombo mural, con oclusión de salida de ilíacas Se presenta asociada a síntomas medulares (hipoestesia en silla de montar, pérdida tono esfinterano), que pueden llegar hasta la paraplejia. El manejo ideal constituye la reparación urgente del AAA, reestableciendo el flujo a distal, ya sea con bypass Aortobiilíaco o bifemoral. En este caso se optó por una cirugía híbrida dado el antecedente de posible síndrome coronario en curso. Hay que tener en cuenta que pese a estar completamente trombosado, persiste la transmisión de la presión arterial hacia el trombo y de éste hacia la pared Aórtica, manteniéndose por tanto el riesgo de ruptura del AAA (15%).

(570) REVASCULARIZACIÓN DE ANGIOSOMAS EN EXTREMIDADES INFERIORES EN EL CONTEXTO DE UNA ISQUEMIA CRÍTICA, ANÁLISIS PROSPECTIVO DE 41 CASOS

Jorge Vergara Cristi, Maria Beatriz Retamales Moreno, José Luis Calderón Andrés () Patricio Huerta Bustamante, Francisco Molina Parra, Claudio Hernan Vallejos Lobos, Francisco Acuna Donoso*

Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel). Servicio Cirugia.

INTRODUCCIÓN

La cicatrización de las heridas isquémicas de la extremidad inferior puede fracasar a pesar de una revascularización satisfactoria. En 1987, Taylor y Palmer introdujeron el concepto de “angiosoma” que divide el cuerpo en territorios vasculares tridimensionales irrigados por arterias específicas. Si bien deben tenerse en cuenta muchos factores a la hora de elegir la arteria diana para la revascularización, es necesario considerar la revascularización de la arteria que nutre directamente al angiosoma isquémico.

OBJETIVOS

Evaluar si la revascularización directa o indirecta de un angiosoma específico permite una adecuada cicatrización de las heridas en pacientes con isquemia crítica.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte prospectivo desde Enero a Abril del 2014, análisis estadístico descriptivo. Se dividió el pie en 7 angiosomas originados en arteria tibial posterior, tibial anterior y peronea. Se realizó angiografía y caracterización de anatomía arterial así como su revascularización pertinente. Se definió como revascularización directa aquel tratamiento directo al angiosoma isquémico e indirecta como aquel tratamiento no directo al angiosoma comprometido. Seguimiento de la herida con curaciones y controles periódicos en un plazo 4 meses.

RESULTADOS

41 pacientes incluidos, 27 hombres (65,8%) y 14 mujeres (34,2%); edad promedio de 65,1 años, con un 85% de pacientes diabéticos. El angiosoma más comprometido fue el Dorsalis pedis en un 68,3% de los pacientes, dependiente de la arteria tibial anterior En 18 pacientes se hizo bypass, 17 terapia endovascular y 8 pacientes amputación primaria. En 2 pacientes se realizaron ambos procedimientos por fracaso inicial de terapia endovascular Se logró revascularización directa en 19 pacientes, indirecta en 14. 69,7% de los pacientes revascularizados presentaron una cicatrización completa. El 78,9% de los pacientes revascularizados de forma directa presentó cicatrización completa versus 55,3% de la indirecta.

CONCLUSIONES

Se observó una mayor tendencia a la cicatrización en pacientes con revascularización directa, no obstante los pacientes con revascularización indirecta igualmente se benefician.

(712) RESULTADOS DE UNA ESTRATEGIA BASADA EN IMÁGENES PARA LA BÚSQUEDA DE NEOPLASIA OCULTA EN PACIENTES CON TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA ESENCIAL DE EXTREMIDADES INFERIORES. EXPERIENCIA HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE

Miguel Eduardo Pinones Carmona () Katya Carrillo Gonzalez, Natalia Moreno Baeza, Isabel Arratia Severino, Viviana Carolina Saavedra Jana, Alejandro Antonio Campos Gutierrez*

Juan Pablo Moreno Pérez

Hospital Clínico U. de Chile. Unidad de Cirugía Vascular. Departamento de Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

La asociación entre la enfermedad tromboembólica venosa (ETV) idiopática y el cáncer fue sugerida por Trousseau. Estos eventos tromboticos pueden preceder al diagnóstico de cáncer en años, de tal forma que se ha propuesto la ETV idiopática como marcador de neoplasia oculta. Dada esta asociación, muchos autores proponen la realización de estudios para la detección de enfermedad maligna oculta.

OBJETIVOS

Evaluar la prevalencia de neoplasia oculta en pacientes diagnosticados de trombosis venosa profunda esencial de extremidades inferiores y valorar la eficacia del estudio con tomografía axial computada realizado en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de corte transversal. Incluimos 142 pacientes ingresados por TVP-EEII entre enero del 2012 y abril del 2014. Fueron excluidos del estudio los pacientes con TVP de extremidades superiores y aquellos con factores de riesgo conocidos para ETV tales como neoplasia activa y/o tratamiento quimioterápico en el momento del diagnóstico, cirugía mayor abdominal o traumatológica durante las 6 semanas previas al desarrollo de la TVP, reposo secundario a fracturas o esguinces de EEII y colocación de catéteres centrales o reservorios con anterioridad. Registramos datos clínicos y resultados del estudio imagenológico realizado en nuestro servicio (AngioTAC de torax, TAC abdomen y pelvis con contraste). Se aplica estadística descriptiva a resultados

RESULTADOS

Incluimos 62 (44%) varones y 80 (56%) mujeres con edad media de $67 \pm 13,7$ años. Diagnosticamos 7 (4,9%) neoplasias ocultas, 5 digestivas, una pulmonar y una ovárica. El 71,4% se encontraron en estadios avanzados.

CONCLUSIONES

La prevalencia de neoplasia oculta en pacientes diagnosticados de TVP-EEII es baja, con una mayoría de neoplasias digestivas. El 85,7% de los cánceres detectados en nuestros pacientes eran abdominales, lo que coincide con diversos estudios que destacan que la mayor parte de los tumores se alojan en vísceras abdominales. La mayoría de las neoplasias halladas se encontraban en un estadio avanzado de la enfermedad.

(749) DISECCIÓN ESPONTÁNEA DE ARTERIAS VISCERALES: EXPERIENCIA HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE.

Katya Carrillo González (), Miguel Eduardo Pinones Carmona, Natalia Moreno Baeza*

Isabel Arratia Severino, Alejandro Antonio Campos Gutierrez, Juan Pablo Moreno Pérez

Hospital Clínico U. de Chile. Unidad de Cirugía Vascular. Departamento de Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

La disección espontánea de arteria visceral sin disección aórtica asociada es excepcional. Recientemente se han publicado un mayor número de casos, gracias a la generalización de los estudios tomográficos. No se han dilucidado los factores de riesgo, causas ni historia natural de la disección aislada, espontánea, de una arteria visceral porque es una entidad poco frecuente.

OBJETIVOS

Caracterizar al paciente portador de esta entidad, la forma de presentación clínica, las ramas arteriales comprometidas, manejo realizado y resultados

MATERIAL Y MÉTODO

Serie de casos. Se revisan los angioTAC de abdomen y pelvis realizados entre 2009 y 2014 en el Servicio de radiología del HCUCH. Incluimos 11 casos con disección espontánea de arteria visceral. Se excluyen aquellos con disección aórtica concomitante. Se aplica estadística descriptiva a resultados

RESULTADOS

Incluimos 11 pacientes. El 73% varones y 27% mujeres con edad media de 52 años. Un 45% con antecedente de tabaquismo y 55% HTA. Compromiso del tronco celíaco y/o sus ramas en 7 pacientes, Arteria Mesentérica Superior (AMS) en 1, tronco celíaco y AMS en 1, y en 2 de ellos arterias renales. En 8 pacientes el diagnóstico se realizó en contexto de estudio de dolor abdominal, en los 3 restantes resultó hallazgo en estudio por otras causas. Se manejó con antiagregación a 5 de ellos, sin sospecha de daño órgano blanco (DOB).

En 6 pacientes existió sospecha de DOB, 2 manejados con antiagregación y los 4 restantes fueron manejados con anticoagulación, requiriendo 1 paciente resección intestinal por falla de tratamiento. Un paciente falleció por isquemia renal secundaria a disección. Los 10 pacientes restantes evolucionaron favorablemente

CONCLUSIONES

El significado de la disección de arterias viscerales está en discusión. En nuestra serie la mayoría de los pacientes eran sintomáticos. El manejo conservador no está estandarizado y se aplica criterio caso a caso, en general con buenos resultados

(770) BYPASS CORONARIO, VENA SAFENA CON TÉCNICA NO TOUCH. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA

Javier Labbe Zuniga (), Manuel Quiroz Flores, Andrés Pumarino Melendez, Gerardo Valdivia Salgado*

Hospital Dr. Leonardo Guzmán (Antofagasta). Cirugía Cardiovascular

INTRODUCCIÓN

Durante la disección de la vena safena es posible generar daños en el tejido venoso que pueden generar a largo plazo disminución de la permeabilidad del puente coronario. La técnica No-touch, ha presentado buenos resultados en cuanto a persistencia de la permeabilidad en comparación a la técnica habitual.

OBJETIVOS

Presentar la experiencia de nuestro centro en esta técnica.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de serie de casos. Se seleccionó pacientes tratados en nuestro centro con bypass coronario en que se utilizó vena safena con la técnica No-touch, durante el período 2013 a 2014. Se estudiaron fichas clínicas, protocolos operatorios, evolución post operatoria y seguimiento. Se utilizó estadística descriptiva para las variables que correspondan. El protocolo contó con la aprobación del comité de ética.

RESULTADOS

Se obtuvo 27 pacientes, de los cuales 19 fueron hombres (70,3%), la edad media fue 62.3. La totalidad de pacientes tenía al menos dos comorbilidades, las más frecuentes fueron Diabetes mellitus tipo 2 (45%) e Hipertensión arterial (60%). Se realizó puente con Arteria mamaria izquierda a todos los pacientes y el puente aortocoronario más frecuente fue a la arteria circunfleja (70%) y la arteria descendente posterior (51.8%). Al control post operatorio inmediato no se presentaron complicaciones. El seguimiento medio fue de 6 meses sin encontrar disminución de la permeabilidad ni síntomas anginosos.

CONCLUSIONES

La técnica de obtención de la vena safena No-touch es una técnica segura, que ha demostrado mayor permeabilidad a largo plazo y que en nuestra experiencia no presentó complicaciones.

(784) INCIDENCIA DE CÁNCER A 12 MESES DE SEGUIMIENTO DESDE EL DIAGNÓSTICO DE UNA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA ESENCIAL. EXPERIENCIA HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE

Natalia Moreno Baeza (), Miguel Eduardo Pinones Carmona, Katya Carrillo Gonzalez, Sebastian Ignacio Cruz Marti, Harald Werner Luchsinger Salinas, Alejandro Antonio Campos Gutiérrez, Juan Pablo Moreno Pérez*

Hospital Clínico U. de Chile. Unidad de Cirugía Vascular. Departamento de Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN

Múltiples trabajos han demostrado que los pacientes que han presentado una trombosis venosa profunda (TVP) sin factores de riesgo evidentes para la misma (TVP esencial) presentan un elevado riesgo de ser portadores de un cáncer oculto, el cual es habitualmente diagnosticado luego del episodio trombotico. Este riesgo es particularmente elevado dentro del primer año luego del diagnóstico de una TVP.

OBJETIVOS

Evaluar la incidencia de neoplasia en pacientes diagnosticados de trombosis venosa profunda esencial de extremidades inferiores (TVP-EEII), a 12 meses de seguimiento desde el diagnóstico

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de corte prospectiva. Se incluyó 232 pacientes con diagnóstico de TVP-EEII esencial tratados en el policlínico de anticoagulación de nuestra institución entre los años 2012 y 2014. Fueron excluidos del estudio los pacientes con TVP de extremidades superiores y aquellos con factores de riesgo conocidos para TVP tales como neoplasia activa y/o tratamiento quimioterápico al momento del

diagnóstico, cirugía mayor abdominal o traumatológica durante las 6 semanas previas al desarrollo de la TVP, reposo o inmovilización secundaria a fracturas, esguinces o parálisis de extremidades inferiores y colocación de catéteres centrales o reservorios con anterioridad. Revisión de datos demográficos, imagenológicos y de seguimiento clínico de estos pacientes. El seguimiento se realizó mediante análisis de ficha clínica y seguimiento telefónico. Se utilizó estadística descriptiva y cálculo de incidencia de diagnóstico de neoplasia.

RESULTADOS

Se incluyó 232 pacientes, 16,3% eran de sexo femenino y la edad promedio fue $59,9 \pm 15$ años. Sólo 9 pacientes (3,8%) presentaron diagnóstico de cáncer oculto durante el seguimiento a 12 meses.

CONCLUSIONES

Nuestro medio presenta una incidencia menor a lo publicado en el extranjero sobre cáncer oculto. Con estos datos, la búsqueda exhaustiva de neoplasia oculta debe ser discutida con el paciente, desde el punto de vista ético y costo-beneficio.

Seccional: COLOPROCTOLOGÍA

(105) TASA DE REINGRESO NO PROGRAMADO EN CIRUGÍA COLORRECTAL ELECTIVA

Guillermo Bannura Cumsille (), Cristián Gallardo Villalobos, Alejandro Barrera Escobar, Carlos Melo Labra, Felipe Illanes Fuertes*
Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago). Servicio y Departamento de Cirugía. Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

La readmisión no programada de un paciente operado se considera un indicador de calidad de la atención.

OBJETIVOS

Revisar las causas relevantes de reingreso en nuestro medio, establecer una tasa de readmisión (TR) e identificar factores de riesgo modificables.

MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyen todos los pacientes sometidos a cirugía mayor electiva en un periodo de 10 años. Se define como readmisión la re-hospitalización no planificada en el periodo de 30 días a contar del alta categorizada como causa médica o quirúrgica. Se compara dos grupos con y sin reingreso similares en edad, comorbilidades, patología de base y cirugía utilizando el test chi cuadrado, Mann-Withney y Wilcoxon, según corresponda, considerando significativo un $p < 0,05$. Para el análisis estadístico se empleó el test de regresión logística.

RESULTADOS

La TR en la serie fue 7% (56/791), el 55% son por causa médica. La tasa de re-operación global durante el reingreso fue 9% (20% en el grupo con alguna causa quirúrgica). El 61% de los pacientes reingresan antes de los 6 días del egreso y el 84% antes de los diez días. La infección del sitio operatorio superficial (ISO), la fístula y la obstrucción representan el 76% de las causas de reingreso por causa quirúrgica, la mayoría de manejo médico. De acuerdo con el análisis de regresión logística, el único factor de riesgo de una readmisión en el plazo de 30 días desde el egreso es haber sido reintervenido por una complicación durante la hospitalización índice. Un reingreso no planificado duplica el tiempo total de hospitalización (9 vs 19 días; $p = 0,001$) y casi triplica la tasa de reoperación ($p = 0,001$).

CONCLUSIONES

En nuestra serie el único factor de riesgo de un reingreso fue el antecedente de una reoperación durante la cirugía índice. La TR es un indicador complejo y los factores predictivos de una re-hospitalización son motivo de controversia.

(108) VALOR DEL CEA POSTOPERATORIO PRECOZ COMO PREDICTOR DE RECIDIVA EN CANCER DE COLON

Guillermo Bannura Cumsille (), Claudio Vargas Rona, Alejandro Barrera Escobar, Carlos Melo Labra, Felipe Illanes Fuertes, Cristián Gallardo Villalobos*

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

INTRODUCCIÓN

El antígeno carcinoembrionario (CEA) es un marcador de gran uso en los pacientes portadores de un cáncer colorrectal

OBJETIVOS

Analizar el valor predictivo de recidiva del CEA postoperatorio precoz en pacientes con cáncer de colon resecaados con intención curativa.

MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyen pacientes en estadios II y III con CEA preoperatorio y postoperatorio precoz sometidos a una resección R0 por un tumor de colon. El CEA se consideró elevado > 5 ng/ml. Se empleó la estadificación TNM 2002 y la prueba del Chi cuadrado para el análisis descriptivo. Las curvas de supervivencia se estimaron según Kaplan-Meier y se compararon con el test log-rank. Para el análisis multivariado se empleó el modelo de regresión de Cox

RESULTADOS

Se enrolaron 218 pacientes: CEA preoperatorio promedio de 13,3 ng/ml (extremos 0,2-271) y CEA postoperatorio promedio de 15,1 ng/ml (extremos 0,3-1680). El seguimiento promedio fue 95,6 meses (extremos 3-247) en el cual 35 pacientes (16%) presentan una recidiva (2 loco-regionales y el resto en el hígado), 18 con CEA preoperatorio normal y 17 con CEA preoperatorio elevado (tasa de recidiva 13,2% vs 20,7%; $p = 0,144$). El CEA postoperatorio en estos 35 pacientes que presentan una recidiva fue normal en 22 casos y elevado en 13 (tasa de recidiva 31,6% vs 68,4%; $p < 0,001$). En el análisis multivariado, los factores pronóstico relevantes son el estadio y el CEA postoperatorio. El riesgo de morir por cáncer es 8,9 veces mayor si el CEA postoperatorio se mantiene elevado o se eleva en el postoperatorio inmediato.

CONCLUSIONES

En este estudio se confirma que el CEA postoperatorio es superior que el CEA preoperatorio como factor predictivo de recidiva luego de una resección R0 en cáncer de colon estadios II y III. Un valor del CEA elevado en el postoperatorio precoz sugiere una resección incompleta o enfermedad metastásica no detectada.

(109) EXENTERACIÓN PÉLVICA TOTAL POR CÁNCER PRIMARIO DEL RECTO: RESULTADOS INMEDIATOS Y ALEJADOS

Guillermo Bannura Cumsille () Alejandro Barrera Escobar, Carlos Melo Labra, Felipe Illanes Fuertes, Cristián Gallardo Villalobos*

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

INTRODUCCIÓN

La exenteración pélvica total (EPT) puede ser la única oportunidad curativa en pacientes con tumores pélvicos de gran volumen.

OBJETIVOS

Dar a conocer los resultados inmediatos y alejados de la EPT en el manejo de tumores primarios de recto localmente avanzados.

MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyen tumores T4 por la etapificación clínica o los hallazgos operatorios sometidos a una EPT con intención curativa. La morbilidad se describe de acuerdo a la clasificación de Clavien-Dindo (C-D). En los casos de EPT supraelevador se realiza una resección anterior ultrabaja (RAUB) protegida por una ileostomía derivada de la confección de la ileostomía urinaria.

RESULTADOS

En 16 años se intervienen 10 pacientes, 6 de los cuales recibieron radioquimioterapia neoadyuvante. La técnica clásica se empleó en 3 pacientes, la EPT supraelevador en 6 y la panproctocolectomía total en 1. El promedio de hospitalización fue 36 días (extremos 18-97), la morbilidad alcanzó el 80% (hubo 6 complicaciones C-D II y dos pacientes reoperados (C-D III). El estudio de la pieza operatoria confirmó un tumor T4 en 6 pacientes, T3 en 3 y T0 en uno. De los 6 pacientes con neoadyuvancia, la estadificación patológica muestra 1 paciente ypTONOMO, 2 estadio ypIIA, dos ypIIC y 1 ypIIIB. Los pacientes sin radioquimioterapia eran estadio IIC (2) y IIIC (4). En el seguimiento hay 5 pacientes vivos entre 30 y 180 meses y 3 fallecen por metástasis a distancia sin recidiva local.

CONCLUSIONES

La EPT es una intervención asociada a una elevada morbilidad y estadía hospitalaria prolongada que provoca en el paciente un gran impacto en lo físico y en lo psicológico. La EPT supraelevador realizada en el 60% de los casos evita una colostomía definitiva y está indicada cuando se logra un margen quirúrgico adecuado. La sobrevida prolongada en la mitad de los pacientes justifica la indicación de la técnica en casos seleccionados.

(172) COLOPROCTÓLOGOS EN TERRENO, VALE LA PENA SALIR DE LA BURBUJA?

Eduardo García Muñoz () , Manuel Cabrerías Seguro, Thomas Schaub Fernandez, Mauricio Contreras Bastias, Diego Delgado Ruiz, Gonzalo Inostroza Levy*

Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz (Los Angeles). Servicio de Cirugía. Equipo de Coloproctología. Pontificia Universidad Católica de Chile Universidad San Sebastián

INTRODUCCIÓN

Las interconsultas de subespecialidad se realizan en centros de mayor complejidad y por su gran número, se deben priorizar seleccionando su atención de acuerdo a los diagnósticos consignados en interconsultas por médicos generales, las cuales no necesariamente son correctas, llevan a un error de selección y a diagnósticos más tardíos. Una intervención más dirigida permitiría una resolución más oportuna y eficaz.

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad de un policlínico móvil de Coloproctología para la resolución lista de espera mayor a 1 año del servicio salud Bio Bio. Considerando la pertinencia de las interconsultas y la resolutivez del equipo en terreno.

MATERIAL Y MÉTODO

Realizamos un estudio de cohortes prospectivo de 164 interconsultas de pacientes en espera de evaluación coloproctológica. Atendidos mediante operativos en hospitales periféricos y establecimientos municipales (CESFAM). Fueron 106 pacientes de Sexo femenino.(64%) Los principales diagnósticos de referencia : 80 Hemorroides (48%), 17 Colopatía funcional (10.1%), 13 Sospechas de tumor (7.5%), Tiempo espera 15,5 meses promedio. Evaluamos de las interconsultas su precisión diagnóstica y pertinencia. Del equipo en terreno su resolutivez inmediata, tardía (con necesidad de estudio complementario) y la pesquisa de cáncer colorectal.

RESULTADOS

Las interconsultas tuvieron una precisión diagnóstica de un 72% , una pertinencia de un 45%, pudieron ser resueltas inmediatamente un 25%. Requirieron estudio complementario 50%, Requirieron cirugía 28 pacientes (19 cirugía mayor ambulatoria). Pesquizamos 4 pacientes con cáncer colorrectal.

CONCLUSIONES

Esta experiencia muestra que priorizar atenciones a través de interconsultas no es un herramienta confiable. En cambio, la evaluación directa del especialista en el centro de origen contribuye a una selección y resolución más adecuada. Creemos que aplicar este modelo de atención en terreno tendría un impacto favorable en la salud pública de nuestro país.

(173) HEMORROIDEOPEXIA GRAPADA EN CIRUGIA AMBULATORIA, EXPERIENCIA DE UN PROTOCOLO PROSPECTIVO.

Gonzalo Inostroza Levy () , Manuel Cabrerías Seguro, Thomas Schaub Fernandez, Diego Delgado Ruiz, Mauricio Contreras Bastías, Eduardo García Muñoz*

Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz (Los Angeles). Equipo de Coloproctología

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de la patología proctológica de forma ambulatoria es una tendencia en aumento en el mundo. La hemorroidopexia grapada es una alternativa ampliamente validada para el tratamiento de la patología hemorroidal, pero no existen suficiente evidencia de su uso en régimen ambulatorio. Desde octubre del año 2010 iniciamos en la unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) del Hospital Víctor Ríos Ruiz de Los Ángeles un protocolo prospectivo de cirugía proctológica ambulatoria introduciendo la hemorroidectomía grapada desde junio 2013.

OBJETIVOS

Objetivo: Evaluar los resultados de la técnica en pacientes tratados ambulatoriamente.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo de 14 pacientes operados mediante hemorroidopexia grapada, CPH (Caissa Surgical, Frankenman International) Se incluyen pacientes con Hemorroides sintomáticos (Prolapso y/o Sangrantes), con criterios de CMA. Evaluamos: Tiempo de recuperación pre alta CMA, escala del dolor EVA a las 24, 48 y 72 hrs post operatorias, presencia de complicaciones mayores y menores, Necesidad de reingreso, satisfacción (escala 1 a 7) y recomendación de la intervención (sí/no).

RESULTADOS

Cumplieron criterios de alta de CMA a las 2.5 hrs \pm 28 min.; EVA post operatorio: 24 hrs: 4,7, 48 hrs: 3,5, 72 hrs: 2,5. Cuatro pacientes presentaron sangrado en la semana posterior; todos asociados a la defecación y cedió espontáneamente. El pujo estuvo presente en 4 pacientes (28,6%) hasta el día 15 PO. Un paciente reingreso a las 24 hrs por dolor anal intenso, que cedió al siguiente día. La nota promedio fue 6,7 y el 92% de los pacientes recomendaría la intervención.

CONCLUSIONES

La hemorroidopexia grapada es un procedimiento seguro que puede ser aplicable de forma ambulatoria. En nuestra serie no se presentaron complicaciones mayores, con una muy buena satisfacción de los pacientes, quienes en su mayoría recomiendan el procedimiento.

(176) RECTITIS ACTINICA TRATADA CON FORMALINA TÓPICA, RESULTADOS A CINCO AÑOS DE INICIO DE UN PROTOCOLO PROSPECTIVO.

Eduardo García Muñoz () , Mauricio Contreras Bastías, Thomas Schaub Fernandez, Diego Delgado Ruiz, Eleine de fátima Gonzalez Zambrano, Manuel Cabrerías Seguro, Gonzalo Inostroza Levy*

Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz (Los Angeles). Servicio de cirugía. Equipo de Coloproctología. Pontificia Universidad Católica de Chile Universidad San Sebastián

INTRODUCCIÓN

La rectitis actínica es una complicación descrita hasta en un 75% de pacientes que han recibido radioterapia como tratamiento del Ca CU, de las cuales aproximadamente un 5% pueden progresar hacia un cuadro crónico complicado con telangiectasias y hemorragia. Iniciamos el año 2009 un protocolo prospectivo para evaluar los resultados del tratamiento ambulatorio con tocaciones con formalina tópica.

OBJETIVOS

Evaluar los resultados clínicos alejados a 5 años del inicio del protocolo de tratamiento considerando éxito terapéutico, recaídas y efectos adversos.

MATERIAL Y MÉTODO

Material y método: Estudio de cohortes prospectivo del protocolo de tratamiento de la rectitis actínica, consistente en tocaciones a través de un rectoscopio corto con formalina tópica al 4% con sesiones bisemanales en la unidad de endoscopia bajo sedación superficial (Midazolam Petidina) hasta la regresión del sangrado (considerado éxito) o un periodo de 6 meses. Analizamos 21 pacientes (Edad promedio 63.3 años rango 51-82) con rectitis actínica confirmada por colonoscopia. Todos los pacientes presentaban rectorragia persistente (más de 1-2 veces diarias) y mala respuesta a otras medidas terapéuticas. Se consigno la presencia de efectos o reacciones adversas.

RESULTADOS

En promedio hubo respuesta exitosa en 18 pacientes tras 6 sesiones. Tras 12 sesiones solo 3 pacientes presentaban rectorragia ocasional (1 a 3 veces por semana). No se han presentado efectos adversos al tratamiento ni recaídas de importancia tras seguimiento promedio 31.6 meses (3-60)

CONCLUSIONES

El tratamiento con formalina tópica ha resultado muy efectivo en el control a largo plazo del sangrado rectal post rectitis actínica.

(233) VÓLVULO DE CIEGO COMO LO ESTAMOS MANEJANDO?

Sebastian Pradenas Bayer () , Diego Zamorano Valenzuela, Juan Francisco Allamand Turner, Aldo Cuneo Zuiga, Christian Jensen Benitez, Daniela Espinola Marin, Leonardo Espindola Silva, Ernesto Melkonian Tumani*

Clínica Alemana. Departamento de Cirugía

INTRODUCCIÓN

El vólvulo de ciego es una causa poco recordada de obstrucción intestinal baja. Da cuenta del 10-15% de obstrucciones de colon en EEUU. El manejo quirúrgico resectivo es la principal alternativa, otras opciones exponen al paciente al riesgo de la recurrencia.

OBJETIVOS

Evaluar el manejo de los vólvulos de ciego en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de una cohorte retrospectiva de paciente consecutivos que se presentaron con diagnóstico de vólvulo de ciego entre Enero del año 2006 y Julio del año 2014 que se manejaron en Clínica Alemana . Se revisaron las fichas y protocolos operatorios. Se revisaron datos demográficos, forma de presentación, vía de abordaje y morbimortalidad.

RESULTADOS

Se revisaron 8 pacientes con vólvulo de ciego, con edad promedio de 44 años de los cuales 2 son de sexo masculino. El 25% de los pacientes fue clasificado como ASA 2 el restante 75% ASA 1. El 100% de los pacientes se presentó en el servicio de urgencia con dolor abdominal. En nuestra serie en el 100% se realizó el diagnóstico por TAC. En 2 de los pacientes se realizó descompresión endoscópica del vólvulo previo a la cirugía. El 62,5% de los pacientes se operó por vía abierta y el 37,5% por laparoscopia. En la primera cirugía en el 87,5% del total se realizó anastomosis primaria. De estas 1 presentó complicaciones requiriendo una nueva intervención e ileostomía. El promedio de estadía hospitalaria fue de 11 días (5-42 días). En esta serie no encontramos mortalidad.

CONCLUSIONES

En nuestra serie la principal forma de presentación fue el dolor abdominal. En este grupo observamos que una opción de manejo inicial es el endoscópico , permitiendo además el abordaje laparoscópico en nuestros 2 pacientes. En el 100% de nuestra serie el manejo final fue quirúrgico con resección del segmento siendo las opciones laparoscópica y abierta factibles de realizar.

(244) CARCINOMA MEDULAR DE COLON, CASO CLINICO

Alejandro Barrera Escobar () , Cristián Gallardo Villalobos, Guillermo Bannura Cumsille, Andrea Madariaga Roman, Constanza Espinoza Riquelme, Felipe Illanes Fuertes, Carlos Melo Labra*

Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago). Coloproctología.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma medular de colon es una entidad recientemente reconocida y corresponde a una variedad de adenocarcinoma, con predominio del componente sólido, escasamente diferenciado y con un importante infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario. Se asocia frecuentemente a inestabilidad microsatelital.

OBJETIVOS

Se presenta un caso clínico que nos correspondió tratar que presenta una histología compatible con carcinoma medular de colon

MATERIAL Y MÉTODO

Varón de 54 años que consulta por dolor abdominal localizado en fosa iliaca derecha, asociado a cambio del hábito defecatorio, hemoquequia y anemia microcítica e hipocroma. Se estudia con un TAC de abdomen y pelvis que muestra una intususcepción colónica del ciego, asociada a la presencia de un tumor cecal que impresiona neoplásico. La colonoscopia revela un tumor ulcerado de ciego y la biopsia no es concluyente. Se somete a una colectomía derecha laparoscópica que evoluciona sin incidentes

RESULTADOS

La biopsia de la pieza operatoria muestra una neoplasia maligna poco diferenciada de predominio sólido, con intenso infiltrado inflamatorio crónico. La inmunohistoquímica es positiva intensa para citoqueratina y negativa para CD45, cromogranina y sinaptofisina, con lo que se confirma un carcinoma medular de colon. La infiltración en la pared es hasta la submucosa y se cosecharon 19 ganglios negativos para neoplasia

CONCLUSIONES

El carcinoma medular se presenta en 8 cada 10000 tumores de colon. Este caso es el primero en 700 pacientes operados. Se relaciona con alta frecuencia a inestabilidad microsatelital y pese a su componente indiferenciado su pronóstico a largo plazo es mejor que el de otros tumores de colon

(254) RESECCIONES AMPLIADAS CURATIVAS EN CÁNCER DE COLON

Alejandro Barrera Escobar () , Cristián Gallardo Villalobos, Guillermo Bannura Cumsille, Felipe Illanes Fuertes, Andrea Madariaga Roman, Constanza Espinoza Riquelme*

Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago). Coloproctología

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de elección del cáncer de colon es la cirugía. En ocasiones, el compromiso local avanzado de los tumores colónicos involucra a las estructuras vecinas. En estos casos se recomienda la resección en bloque.

OBJETIVOS

Presentar nuestra experiencia en el tratamiento del cáncer de colon localmente avanzado con compromiso de órganos o estructuras vecinas. Se analiza la morbilidad global y específica y el resultado oncológico a largo plazo

MATERIAL Y MÉTODO

Serie retrospectiva, descriptiva de los pacientes operados entre los años 1995 y 2013. Se considera resección curativa aquella realizada en bloque y con ausencia de tumor macroscópico al final de la cirugía. El análisis estadístico se realizó con el paquete StatPlus 2009

RESULTADOS

La serie corresponde a 60 pacientes. El 70% presentan anemia con hemoglobina bajo 12 gr%. El CEA se encontró elevado en el 49%. La estructura más comprometida es la pared abdominal en 34 casos (56%), seguido por el intestino delgado en 16 casos (27%). Catorce pacientes presentan compromiso de más de un órgano o estructura. La infiltración neoplásica fue demostrada en 32 pacientes (52%). La presencia de ganglios positivos fue encontrada en 31 pacientes (52%) La morbilidad global alcanza al 20% con 4 reintervenciones. La mortalidad quirúrgica fue de un caso (1,6%) La supervivencia alejada por cáncer global es de un 70% con una diferencia significativa entre los pacientes en estadio 2 (89%) y estadio 3 (64%).

CONCLUSIONES

Las resecciones ampliadas son necesarias frente al compromiso por vecindad dada la imposibilidad de certificar el compromiso neoplásico o inflamatorio de dicha adherencia. Si bien se reconoce un aumento en la morbilidad global y en el riesgo de reintervención, la mortalidad operatoria es cercana a la de una cirugía electiva. El control alejado de la enfermedad y la supervivencia dependen del estadio siendo significativamente peor para los pacientes en estadio 3.

(269) RESPUESTA INMUNE ANTITUMORAL E INESTABILIDAD MICROSATELITAL EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL.

Alejandro Zarate Castillo () , Karin Alvarez Valenzuela, Cynthia Villarroel Spring, Udo Kronberg K, Ana Maria Wielandt Necochea, Gabriel Cavada Chacon, Daniela Simian Marin, Luis Contreras Melendez, Francisco López Köstner*

Clínica Las Condes. Unidad de Coloproctología

INTRODUCCIÓN

En el cáncer colorrectal (CCR), se sugiere que un mejor pronóstico podría asociarse a una respuesta inmune antitumoral (del huésped) y/o a la presencia de una alta inestabilidad microsatelital.

OBJETIVOS

Determinar si los niveles de expresión de los marcadores de linfocitos T (CD3/CD4/CD8/CD45RO/FoxP3) y el estado de MSI se asocian a estadios metastásicos en pacientes con CCR.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte prospectivo de 109 pacientes con diagnóstico de CCR. El análisis de expresión de los marcadores CD3/CD4/CD8/CD45RO/FoxP3 fue realizado por inmunohistoquímica; los tumores fueron clasificados en negativo, débil e intenso. La MSI fue evaluada con siete marcadores amplificadas desde ADN normal y tumoral; los tumores fueron agrupados en: MSS(estable)/MSI-baja y MSI-alta. El análisis estadístico fue realizado con el test exacto de Fischer, y el análisis de sobrevida mediante Kaplan-Meier.

RESULTADOS

Una intensa expresión de los marcadores CD3 , CD4 , CD8 y CD45RO , fue observada en el 29%, 28%, 12% y 86% de los tumores, respectivamente. El 16% de los tumores presentó MSI-alta. Los tumores que presentan una alta densidad de linfocitos T (CD3 , CD4 y CD45RO) se asocian a estadios tempranos I-II ($p=0,023$; $p=0,030$ y $p=0,003$, respectivamente). Adicionalmente, se identificó una asociación estadística significativa entre los tumores con MSS/MSI-baja y una menor capacidad de reclutar linfocitos T citotóxicos CD8 ($p=0,037$) y totales CD3 ($p=0,064$).

CONCLUSIONES

Existe una asociación entre altas densidades de linfocitos T CD3 , CD4 y CD45RO y tumores con estadios no metastásicos. Además, tumores con MSS/MSI-baja se asocian a un menor reclutamiento de linfocitos T CD8 y CD3.

(299) ANALISIS DE SEGUNDOS PRIMARIOS EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR CLÁSICA.

Maria Cristina Garcia Osorio () , Eliana Veronica Pinto Torres, Udo Kronberg Kronberg, Alejandro Zarate Castillo, Claudio León Wainstein Gewolb, Francisco López Köstner*

Clínica Las Condes. Unidad de Coloproctología

INTRODUCCIÓN

La poliposis adenomatosa familiar clásica (PAFc) se define como la presencia de más de 100 pólipos adenomatosos en el colon. Para evitar el desarrollo de cáncer colorrectal (CCR) la cirugía profiláctica es el tratamiento de elección y esta indicada antes de los 25 años. La existencia de registros en CCR hereditario ha incrementado la expectativa de vida, impulsando la identificación de tumores asociados, principal motivo de enfermedad y mortalidad de estos pacientes a largo plazo.

OBJETIVOS

Analizar tumores asociados y la mortalidad a largo plazo en una cohorte de pacientes con PAFc posterior a la colectomía.

MATERIAL Y MÉTODO

Se evaluó una serie de casos de la base de datos, seleccionando a todos los pacientes con diagnóstico de PAFc sometidos a colectomía de junio de 1999 junio de 2014. Se recolectaron los datos demográficos y clínicos al momento de la cirugía. En el seguimiento se analizaron los diagnósticos asociados y la mortalidad

RESULTADOS

Se identificaron 27 pacientes (23 familias). Edad promedio 30,1 años. Se practicaron 18 (66,6%) colectomías totales y 9 (33,3%) procto-colectomías con reservorio. Al momento de la cirugía 4 pacientes presentaban CCR y 5 tenían osteomas. En un seguimiento promedio de 49,4 meses se diagnosticaron: adenomas del tracto digestivo en 17 pacientes, de estos 2 requirieron proctectomía y 3 resecciones de adenoma de papila duodenal; tumor desmoides en 8 pacientes diagnosticados entre 10 a 96 meses postquirúrgicos, 3 con resección quirúrgica el resto recibió tratamiento médico y un paciente con un tumor papilar de tiroides. Solo 8/27 pacientes no desarrollaron otros diagnósticos en el seguimiento. Un paciente fallece por progresión de CCR, 4 años posterior a la colectomía.

CONCLUSIONES

El desarrollo de segundos primarios es muy frecuente ocupando el primer lugar los adenomas del tracto digestivo alto y remanente rectal/reservorio ileal, seguidos por los tumores desmoides.

(301) RESULTADO DEL TRATAMIENTO CON CELULAS MADRE (ASCs) Y PLASMA RICO EN PLAQUETAS (PRP) EN PACIENTES PORTADORES DE FISTULA PERIANAL COMPLEJA Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Claudio León Wainstein Gewolb (), Rodrigo Quera Pino, Maria Cristina Garcia Osorio, Udo Kronberg Kronberg, Alejandro Conejero, Luis Francisco López Köstner, Alejandro Zarate Castillo*

Clínica Las Condes. Unidad de Coloproctología Servicio de Gastroenterología

INTRODUCCIÓN

Las fistulas perianales complejas (FPC) asociadas a las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) son de difícil manejo y presentan altas tasas de recurrencia. Las ASCs son capaces de diferenciarse hacia distintos tejidos y tienen capacidad antiinflamatoria y angiogénica. EL PRP ha demostrado acelerar la cicatrización y actúa como matriz para las ASCs.

OBJETIVOS

Analizar los resultados del tratamiento con ASCs y PRP en pacientes con FPC en EII.

MATERIAL Y MÉTODO

Protocolo prospectivo (Enero 2013 hasta Julio 2014), aprobado por comité de ética de CLC. Criterios de inclusión: mayores de 18 años, con EII y FPC. Se practica cirugía en dos tiempos: 1. revisión bajo anestesia, mapeo de la fistula, drenaje e instalación de setones; liopospiración de 200 cc, cultivo y expansión de ASCs en el laboratorio de ingeniería de tejidos. 2. Semana 4 a 6: cierre del orificio fistuloso interno (OFI), implante de 100 a 200 millones de ASCs y PRP en el OFI y trayecto fistuloso. En el seguimiento a 4 meses (de acuerdo a criterios preestablecidos) se clasifica la respuesta clínica como: completa (RCC), parcial (RCP) o sin respuesta (SRC).

RESULTADOS

Se han tratado 5 pacientes (4 mujeres). Cuatro pacientes con enfermedad de Crohn perianal, una con Colitis indeterminada; 3 con fistulas transesfinterianas altas y 2 con fistulas reservorio-vaginal. Portadores de FPC por 22 meses promedio (r: 9 - 60), todos ellos tratados con antiTNF y/o cirugía sin éxito. No se registraron complicaciones derivadas del uso de las ASCs. En el seguimiento a 4 meses, 4 pacientes presentaron RCC y una presenta RCP; en esta paciente la RM pelvis y reservorografía no evidencian fistula. A los 9,2 meses promedio todos los pacientes presentan RCC.

CONCLUSIONES

Este protocolo terapéutico con ASCs y PRP muestra resultados satisfactorios a mediano plazo, logrando regresión clínica completa en todos los pacientes tratados.

(303) DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN UN PROGRAMA DE TAMIZAJE MULTICÉNTRICO (PRENEC)

Maria Cristina Garcia Osorio (), Alejandra Victoria Ponce Flores, Alejandro Zarate Castillo, Udo Kronberg Kronberg, Hiroshi Kawachi kawachi, Takuya Okada Okada, Stanko Karelovic Car, Sergio Hernán Flores Oliva, José Patricio Chacón Poblete, Ricardo Estela Petit, Guillermo Bannura Cumsille, Francisco López Köstner, Hernán Carrasco*

Clínica Las Condes.

INTRODUCCIÓN

Los programas de tamizaje para cáncer colorrectal (CCR) basados en test de sangre oculta en deposiciones (TSOD) y colonoscopias reducen la mortalidad por CCR.

OBJETIVOS

Analizar los resultados de pacientes con CCR en un programa multicéntrico de tamizaje.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo multicéntrico de tamizaje de CCR, iniciado el 2012. Criterios de inclusión: individuos entre 50 y 75 años, beneficiarios del sistema público de salud, en 3 regiones (Metropolitana – Valparaíso – Magallanes). Se realiza inicialmente un TSOD inmunológico (TSODi), aquellos con TSODi positivo o antecedentes familiares se les indica colonoscopia. El seguimiento está protocolizado. Se seleccionaron todos los pacientes con CCR (hasta marzo 2014). Se analizaron datos clínicos, endoscópicos, quirúrgicos y de seguimiento.

RESULTADOS

Se detectaron 81 pacientes (51 mujeres) con CCR. El 60% tenía antecedentes mórbidos, principalmente hipertensión y diabetes mellitus. El 84% tiene un índice de masa corporal mayor a 25 (sobrepeso: 38% y obesidad: 46%). Se practica colonoscopia a 78/81 pacientes por TSODi positivo y a 3 pacientes por antecedentes familiares. El adenocarcinoma fue tratado endoscópicamente en 53/81 de los casos, presentando un tamaño promedio de la lesión de 14 mm; todos con márgenes negativos, de ellos 19 tienen control endoscópico a los 12 meses, 10 sin hallazgos y 9 con adenomas resecaos, sin cáncer. Fueron sometidos a resección quirúrgica 24/81: 14 colec-

tomías parciales, 7 resecciones anteriores de recto y 3 resecciones transanales. Los estadios de los pacientes operados fueron I, II y III en 11 (48%), 2 (8%) y 11 (44%) pacientes, respectivamente. No hubo mortalidad.

CONCLUSIONES

En el marco de un programa de tamizaje el tratamiento del CCR es principalmente endoscópico.

(342) ANASTOMOSIS ILEOCOLÓNICA: RESULTADOS DE TÉCNICA MANUAL VS MECÁNICA CIRCULAR.

Gonzalo Antonio Palominos Salas (), Richard Castillo Ramos, Darío Eduardo Palominos Salas, Manuel Cabrerías Seguro, Nasser Eluzen Gallardo, Sebastian King Valenzuela, Mónica Belén Martínez Mardones, Constanza Villalon Montenegro, Felipe Bellolio Roth, María Elena Molina Pezoa, Rodrigo Migueles Cocco, Álvaro Zúniga Díaz, Gonzalo Ignacio Urrejola Schmied*

Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva

INTRODUCCIÓN

La anastomosis ileocolónica con engrapadora circular no ha sido ampliamente estudiada.

OBJETIVOS

Evaluar el riesgo de filtración en anastomosis ileocolónica según técnica manual (AM) y mecánica con engrapadora circular (AC).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cohorte retrospectivo, entre enero 2010 y junio 2014. Se incluyeron los pacientes en quienes se realizó sólo una anastomosis ileocolónica manual o mecánica circular. Se excluyeron los pacientes operados por indicación diferente a neoplasia. La muestra está constituida por 146 pacientes. Análisis estadístico univariado y prueba de interacción considerando como variables primarias la técnica anastomótica y filtración, y como variables secundarias, datos demográficos, antecedente, diagnóstico, procedimiento electivo-urgencia, abordaje y tiempo operatorio.

RESULTADOS

Edad 65.3 ± 15.8 años, mujeres 52.7%. Se realizaron 92(63.0%) AM y 54(37.0%) AC. Hubo 123(84.2%) procedimientos electivos y 23(15.8%) de urgencia. La tasa de mortalidad operatoria en la serie fue 1.8%. El análisis univariado: la tasa de filtración anastomótica fue 6.7% para AM y 6.8% para AC ($p=0.990$). Todas las variables consideradas distribuyen aleatoriamente según el tipo de anastomosis, excepto el abordaje quirúrgico. 92(63.0%) fueron cirugías abiertas, en 69 se realizó AM con filtración en 4(5.8%) pacientes y en 23 AC con filtración de 3(13.0%), RR 2.250(0.544-9.313) para AC. 54(37.0%) cirugías fueron laparoscópicas, 23 AM con filtración en 3(13.0%), 31 AC y filtración en 1(3.2%), RR 0.250(0.028-2.227) para AC. Prueba de interacción Breslow-Day ($p=0.098$). La realimentación oral fue al día 3(1-13) en AM y el 2(1-9) en AC ($p=0.000$). Tiempo operatorio fue 150(75-420) minutos en AM y 150(40-360) en AC ($p=0.795$).

CONCLUSIONES

En nuestro estudio, globalmente, la técnica anastomótica no muestra diferencias significativas para filtración ni tiempo operatorio. Los resultados sugieren que en cirugía abierta existe mayor riesgo de filtración con AC y en cirugía laparoscópica existe mayor riesgo con AM. En nuestro centro, los pacientes con AC se alimentan en forma más que precoz que aquellos con AM.

(344) RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL Y METÁSTASIS HEPÁTICAS SINCRÓNICAS POTENCIALMENTE RESECABLES.

Gonzalo Antonio Palominos Salas (), Darío Eduardo Palominos Salas, Carlos Ignacio Rojas Koch, Carlos Eduardo Maldonado López, Juan Francisco Guerra Castro, Jorge Martínez Castillo, Nicolás Jarufe Cassis, Julio Ruperto Reyes Ruiz, Gonzalo Ignacio Urrejola Schmied, María Elena Molina Pezoa, Álvaro Zúniga Díaz, Felipe Bellolio Roth, Rodrigo Migueles Cocco*

Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva

INTRODUCCIÓN

La conducta terapéutica en pacientes con cáncer colorrectal metastásico es una decisión compleja.

OBJETIVOS

Analizar los resultados quirúrgicos de pacientes con cáncer colorrectal y metástasis hepáticas exclusivas, sincrónicas potencialmente resecables (CCM).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cohorte retrospectivo, entre Enero 2003 y Junio 2014. Incluye 60 pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico por CCM y con plan de lograr tratamiento curativo (PTC). Análisis estadístico multivariado.

RESULTADOS

Se realizaron 87 procedimientos quirúrgicos. Edad de 59.4±13.1 años. 34(56.7%) hombres. La mediana de metástasis hepática fue 2(1-12). En 46(76.7%) pacientes el primer tratamiento fue quirúrgico: 22 de ellos sincrónico y en 24 en etapas. 14(23.3%) pacientes recibieron quimioterapia neoadyuvante, seguido, ya sea por, resección sincrónica en 6 o bien, en etapas, en 8. Hubo 18(20%) complicaciones quirúrgicas Clavien III y IV (clínicamente relevantes), que se presentaron en 15(25%) pacientes. Las complicaciones en los pacientes con y sin neoadyuvancia fueron de 53.8% y 17.0% respectivamente ($p=0.004$). No hubo mortalidad operatoria. 51(85.0%) pacientes completaron el PTC y lograron una condición clínica sin evidencia de enfermedad. Se observó recurrencia a los 10(2-95) meses en 27(60%) pacientes que completaron el PTC. La sobrevida global de todo el grupo a 5 años es 33.3%; 41.9% para quienes completaron PTC vs 0.0% en quienes no ($p=0.003$). Según cirugía sincrónica o en etapas la sobrevida fue 52.9% o 12.8% respectivamente ($p=0.047$). Los pacientes que iniciaron tratamiento con cirugía sobre el tumor primario tuvieron una sobrevida menor ($p=0.022$).

CONCLUSIONES

Los pacientes con CCM sometidos a tratamiento quirúrgico tienen mejor sobrevida si completan PTC y si se practica una resección sincrónica del primario y sus metástasis. Un 15% de los pacientes no logran completar PTC. En este estudio los pacientes sometidos a resección inicial del tumor primario tuvieron peor pronóstico y las complicaciones clínicamente relevantes estuvieron asociadas a quimioterapia neoadyuvante.

(349) RESULTADOS A MEDIANO PLAZO DEL TRATAMIENTO CON COLGAJO DE AVANCE ANORRECTAL (CAAR) EN PACIENTES CON FISTULA ANORRECTAL COMPLEJA (FAC)

Alejandro Zarate Castillo, Cristián Gallardo Villalobos, Udo Kronberg Kronberg, Claudio León Wainstein Gewolb, Francisco López Köstner, Fernando Daniel Saelzer Rosas (), Maria Cristina Garcia Osorio*

Clínica Las Condes. Unidad de Coloproctología.

INTRODUCCIÓN

El resultado del tratamiento quirúrgico de las FAC es variable y se relaciona con un diagnóstico topográfico adecuado y con la técnica quirúrgica utilizada. El CAAR está indicado en FAC, reportándose recurrencias que varían entre 13 – 56%.

OBJETIVOS

Analizar los resultados del tratamiento de CAAR en pacientes con FAC en el seguimiento a mediano plazo.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de serie de casos de pacientes operados por FAC entre los años 2007 al 2014. Criterios de inclusión: pacientes portadores de FAC tratados con CAAR. Se definió FAC según la clasificación de Parks y como aquellas con mayor riesgo de presentar incontinencia y recurrencia (supraesfintérica, transesfintéricas con compromiso del esfínter externo mayor del 30%, de cara anterior en mujeres, con más de un trayecto y/o OFI y asociadas a EII). La técnica quirúrgica comprendió resección mucocutánea incluyendo orificio fistuloso interno (OFI), cierre del OFI y descenso de colgajo de pared rectal incluyendo esfínter interno. Se analizaron los datos clínicos, quirúrgicos y de seguimiento. En el seguimiento se aplicó encuesta estandarizada de incontinencia fecal (Wexner).

RESULTADOS

Se operaron 12 pacientes con diagnóstico de FAC, todos con estudios imagenológicos (Resonancia Magnética y/o Endosonografía Anal), 5 pacientes tenían cirugías previas por fistula anorrectal, con un promedio de 2,33 cirugías/paciente (i: 1-8). La media de estadía postquirúrgica fue de 2,5 días (1-5 días). Hubo una (8,3%) complicación (sangrado al primer día que requirió resutura). Se logró el seguimiento en 11/12 pacientes (promedio 19,7 meses e intervalo de 2-84). Un paciente recidivó a los 2 meses. Todos los pacientes reportaron continencia completa por escala de Wexner.

CONCLUSIONES

En esta serie, el uso de CAAR en pacientes con FAC presenta baja morbilidad y recidiva; con resultados funcionales satisfactorios a mediano plazo.

(353) HEMORRAGIA ANASTOMÓTICA POSTERIOR A CIRUGÍA RESECTIVA COLORRECTAL VÍA LAPAROSCÓPICA.

Rodrigo Ignacio Fernandez Mattar (*), Claudio León Wainstein Gewolb, Udo Kronberg k, Jorge Ramón Larach Said, Andrés Larach Kattan, Cristina Isabel Martinez Hincapie, Francisco López Köstner

Clínica Las Condes. Unidad de Coloproctología.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva baja (HDB) de origen anastomótico es infrecuente. Puede presentarse desde hematoquecia autolimitada hasta sangrado masivo. Su tratamiento es complejo por el riesgo de provocar lesiones en la anastomosis.

OBJETIVOS

Analizar la frecuencia y resultado del tratamiento en los pacientes que presentaron hemorragia digestiva baja de origen anastomótico.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de serie de casos obtenido de registros prospectivos de la unidad de Coloproctología CLC, entre 2007 y 2014. Se incluyeron pacientes sometidos a cirugía colorrectal con resección y anastomosis colorrectal laparoscópica. Se seleccionaron los pacientes con sangrado de la anastomosis. Se analizó su frecuencia, y tratamiento.

RESULTADOS

De 646 pacientes operados, 24 (3,7%) presentaron sangrado anastomótico. El grupo que sangró presentó un promedio de edad 59,5 años (r: 22 a 86 años). En la serie, 20/24 pacientes (83 %) se clasificaron como ASA 2. Las principales indicaciones quirúrgicas fueron: enfermedad diverticular: 8 pacientes (33%), neoplasia de colon: 7 (29%). No hubo complicaciones intraoperatorias ni conversión a cirugía abierta. Las anastomosis fueron colorrectales (17 casos), íleo rectales (4 casos) e ileocolónicas (3 casos). De los casos analizados, 14/24 (58,3 %) presentaron sangrado auto limitado que no requirió intervención, los 10 restantes fueron tratados endoscópicamente. Se utilizó inyección con vasoconstrictor en 9 pacientes. En 7 pacientes se aplicaron además clips hemostáticos. En todos los pacientes se había reiniciado profilaxis antitrombotica a las 6 horas postquirúrgica Ningún paciente requirió cirugía ni hubo mortalidad asociada. La estadía promedio postquirúrgica fue de 6,4 días en estos pacientes versus 5,9 días en los pacientes sin sangrado de la anastomosis.

CONCLUSIONES

La mayoría de los sangrados fueron autolimitados. En los casos que requirieron tratamiento endoscópico esta fue efectiva, sin necesitar tratamiento quirúrgico. No se presentaron filtraciones anastomóticas en este grupo de pacientes.

(453) VÓLVULO DE CIEGO, EXPERIENCIA DE CUATRO AÑOS

Rodrigo Ignacio Fernandez Mattar (*), Camila Vergara Caro, Daniel Calderón Merino, Ernesto Melkonian Tumani, Rodrigo Capona Perez, Alejandro Nicolás Readi Vallejos, David Oscar Contreras Flores, Patricio Opazo Santander

Hospital Del Salvador (Santiago, Providencia). Equipo Coloproctología, Servicio Cirugía, Hospital del Salvador

INTRODUCCIÓN

El vólvulo de ciego corresponde a aproximadamente 1,5 % de los casos de obstrucción intestinal y el 30 % de los vólvulos de colon. El tratamiento de esta patología es quirúrgico siendo la resección lo mas recomendado.

OBJETIVOS

Describir las características demográficas y clínicas de los pacientes con diagnostico de vólvulo de ciego.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo de los registros clínicos de los pacientes operados en el servicio de cirugía y urgencia de nuestro centro con diagnostico de vólvulo de ciego entre los años 2010 y 2014.

RESULTADOS

Serie compuesta por 7 pacientes, 6 de los cuales corresponden a genero femenino con un promedio de edad de 75 años. 4 pacientes (57 %) tenían trastornos neurológicos como antecedentes mórbidos. El 100 % de los casos corresponde a primer episodio. Se utilizo como estudio imagenológico TC de abdomen en 6 pacientes (86%), ingresando con diagnostico de vólvulo de ciego solo 5 pacientes (71%). Ningún paciente se le indico tratamiento endoscópico. Se evidencio en el intraoperatorio necrosis o perforación de ciego en 3 casos (43%). Todos los pacientes fueron sometidos a cirugía resectiva, en 4 se realizo ileostomía terminal mas fistula mucosa y en 3 se realizo ileo transverso anastomosis. 5 pacientes (71%) presentaron complicaciones médicas. La mediana de tiempo de hospitalización fue de 23 días.

CONCLUSIONES

En nuestra serie podemos observar que al igual que como señala la literatura los casos son mayoritariamente mujeres y se resuelven con la resección del colon comprometido. Es importante destacar el numero de pacientes con patología neurológica y el elevado tiempo de hospitalización, quizás dado por las condiciones basales de estos pacientes

(513) TUMOR CARCINOIDE APENDICULAR EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS EN UN PERIODO DE 5 AÑOS.*Anibal Ibanez Mora (*), Manuel Lizana Corvera, Milena Fercovic Lopez, Russeth Mesa Montecinos***Hospital San Juan de Dios (Santiago, Santiago). Coloproctología****INTRODUCCIÓN**

El tumor carcinoide de Apéndice Cecal es el más frecuente de todos los tumores apendiculares, y generalmente no presentan manifestaciones clínicas. Destaca en la mayoría de los casos su evolución benigna y tratamiento suficiente que se logra en un solo tiempo con la apendicectomía.

OBJETIVOS

Analizar en nuestro centro la prevalencia y comportamiento maligno del tumor carcinoide de apéndice cecal

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes sometidos a apendicetomía de Urgencia en el Hospital San Juan de Dios durante los años 2009-2013, se analizan las fichas clínicas y biopsias anatomopatológicas de los pacientes con hallazgos histopatológicos compatibles con tumor carcinoide de apéndice cecal.

RESULTADOS

En el periodo comprendido del estudio se realizaron 6.836 apendicectomías, encontrándose 18 casos (66% mujeres) con edad media de 38.1 años con diagnóstico histopatológico de carcinoide apendicular. Existe un único paciente con tumor carcinoide apendicular invasor con indicación de hemicolectomía derecha y en el resto de los casos la apendicetomía fue el tratamiento definitivo con un tamaño promedio del tumor de 0.87cm y sin riesgos histológicos de diseminación.

CONCLUSIONES

Los tumores carcinoide de apéndice cecal son poco frecuentes y constituyen una evolución y pronóstico variable. La mayoría de los pacientes que presentan tumores carcinoide apendiculares incidentales se consideran tratados con la apendicetomía inicial.

(523) PERFIL DE LA COLECTOMIA TOTAL EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. REVISIÓN DE 5 AÑOS.*Anibal Ibanez Mora (*), Manuel Lizana Corvera, Rodrigo Guaman Ortega, Milena Fercovic López***Hospital San Juan de Dios (Santiago, Santiago). Equipo coloproctología****INTRODUCCIÓN**

La colectomía total (CT) es en la actualidad una cirugía relativamente frecuente tanto en la urgencia como electiva. Sus indicaciones están bien definidas y la anastomosis ileorrectal (IRA) ha demostrado resultados funcionales cercana a la normal.

OBJETIVOS

Analizar resultados inmediatos de morbilidad y estrategia quirúrgica empleada en la colectomía total de indicación electiva y urgencia.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes sometidos a Colectomía Total en Hospital San Juan de Dios durante los años 2009-2013. Se analizan las fichas clínicas de los pacientes que fueron sometidos a cirugía de colectomía total electiva o de urgencia y se confecciona base de datos (edad, sexo, comorbilidades, manejo quirúrgico y morbilidad peri operatoria).

RESULTADOS

Son 20 pacientes (50% mujeres) con edad media de 43 (DS /- 9.1) años. La principal indicación de CT fue el Cáncer de Colon 64% seguido de Poliposis Adenomatosa Familiar, Hemorragia Digestiva Baja masiva y Megacolon con un 15% (3/20). Se indicó CT de urgencia en un 45% (9/20) de los pacientes. Se realizó Anastomosis Ileorrectal en 65% (13/20) con ileostomía en asa en 5 (25%) de estos pacientes, y en un 35% (7/20) ileostomía y fistula mucosa. El tiempo de hospitalización promedio fue 16 días. Las complicaciones intrahospitalaria más frecuentes fueron con un 20% (4/20) Insuficiencia Renal Aguda y Neumonía Intrahospitalaria, y en un 5% (1/20) de los pacientes con Hemorragia Digestiva y Evisceración. No hubo mortalidad a 30 días.

CONCLUSIONES

La principal indicación de Colectomía Total en el Hospital San Juan de Dios es el Cáncer de Colon seguido de la Poliposis Adenomatosa Familiar, Megacolon y HDB. Se realizó cirugía de urgencia en casi la mitad de los pacientes y la anastomosis ileorrectal fue la forma de reconstrucción más frecuente seguido por la ileostomía.

(550) RESECCIÓN ANTERIOR ULTRABAJA INTERESFINÉTERICA EN CÁNCER DE RECTO: RESULTADOS ONCOLÓGICOS, FUNCIONALES Y CALIDAD DE VIDA.

Mónica Belén Martínez Mardones (), José Miguel Zúñiga Avendano, Gonzalo Antonio Palominos Salas, Constanza Villalon Montenegro, Santiago Besa Bandeira, Darío Eduardo Palominos Salas, Felipe Bellolio Roth, Gonzalo Ignacio Urrejola Schmied, Rodrigo Migueles Cocco, Álvaro Zúñiga Díaz, María Elena Molina Pezoa*

Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva

INTRODUCCIÓN

La resección anterior ultrabaja interesfinéctica (RAUBIE) es una alternativa quirúrgica en pacientes con cáncer de recto. Los resultados funcionales y la calidad de vida comunicada son variables.

OBJETIVOS

Evaluar los resultados oncológicos y calidad de vida en los pacientes con RAUBIE.

MATERIAL Y MÉTODO

Cohorte retrospectiva entre los años 1998 y 2013. Se incluyeron los pacientes con diagnóstico de cáncer de recto que fueron a RAUBIE. Se practicaron 45 RAUBIE en el periodo. A 19 pacientes se les realizó encuesta funcional, Test Wexner para incontinencia y encuesta calidad de vida EORTC QLQ: C29 y C30. El seguimiento oncológico fue de 31(2-166) meses.

RESULTADOS

Edad de 58.3±12.9 años, 64.4% masculino. Recibieron neoadyuvancia 38(84.4%) pacientes. Se obtuvo márgenes circunferenciales y distales libres en todos los pacientes. El estadio postoperatorio fue 40.0% para etapa I; 8.9% para etapa II y 33.3% para etapa III. Hubo respuesta patológica completa en 17.8% de los pacientes. La sobrevida global a 5 años es 75.7%. La sobrevida libre de enfermedad fue 93.1% y 75.0% a 1 y 3 años respectivamente. Hubo 8 pacientes con recurrencia (4 fueron locales). Resultados funcionales: Test de Wexner > 15 en 4(21.1%) pacientes. El número de deposiciones diarias es 2.0(1-5) diarias. Un 61.1% de los pacientes presenta urgencia, un 66.6% fragmentación, un 94.4% usa protector diario y un 44.4% antidiarreicos. Lo más afectado en la escala funcional de calidad de vida fue la ansiedad e interés sexual masculino y en la escala de síntomas fue la frecuencia de deposiciones y la impotencia sexual.

CONCLUSIONES

Los resultados oncológicos de RAUBIE en pacientes con cáncer de recto son aceptables, sin embargo la calidad de vida se ve afectada de manera significativa.

(563) TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE COLON EN EL HOSPITAL DE COQUIMBO.

Benjamín Andrés Naranjo Doerr (), Eustaquio Pena Araya, Mauricio Zambra Rojas, Francisca Pérez Saavedra, Marcelo Barra Munoz*

Hospital San Pablo (Coquimbo). Servicio de Cirugía

INTRODUCCIÓN

Con el propósito disminuir la variabilidad de la práctica quirúrgica en nuestro país Bannura propone una serie de indicadores como modelo para aplicarlo en centros que se dediquen al manejo del Cáncer colorrectal (CC). Por lo anterior, en el Hospital de Coquimbo hemos comenzado por revisar los resultados del tratamiento de esta patología.

OBJETIVOS

El objetivo del trabajo es analizar los resultados del tratamiento quirúrgico del CC en un hospital público regional.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de pacientes operados en forma electiva y de urgencias por un CC entre enero de 2010 y junio de 2014. Los pacientes fueron etapificados según el TNM 2010. Los pacientes estadios I a III con R0 son considerados como cirugía con intención curativa. Las curvas de sobrevida fueron estimadas según el método de Kaplan-Meier.

RESULTADOS

Se trata de 57 pacientes, 70% mujeres, con una edad promedio de 68,2 años (extremos 48-88). Se operaron 35 pacientes en forma electiva y 22 de urgencias. La cirugía con intención curativa se realizó en un 82,4%, el promedio de días de hospitalización fue de 7,5 días (3-52). La morbilidad en cirugía electiva fue de un 20,59%, la tasa de reoperaciones fue de 10,53% y la mortalidad 3,51%, la que ocurrió sólo en pacientes de urgencia. Hubo 3 filtraciones de anastomosis, 2 de ellas en pacientes electivos. El tamaño tumoral promedio fue de 4,35 cm y se cosecharon en promedio 18,5 ganglios. 42,7% de la cirugía con intención curativa se realizó por laparoscopia. La sobrevida global se analizó con un seguimiento inicial hasta de 43 meses y de acuerdo a la etapificación.

CONCLUSIONES

La cirugía del CC se puede realizar en nuestro hospital con resultados comparables a otros estudios, con bajos índices de mortalidad. Es fundamental revisar la actividad quirúrgica en forma continua para optimizar los resultados de la cirugía en CC.

(571) RESULTADOS DE LA TERAPIA MULTIDISCIPLINARIA DEL CARCINOMA ESCAMOSO DEL CANAL ANAL.

Cristián Gallardo Villalobos () Alejandro Barrera Escobar, Felipe Illanes Fuertes, Mauricio Turu Canessa, Carlos Melo Labra, Guillermo Bannura Cumsille*

Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago). Unidad de Coloproctología. Departamento de Cirugía, Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

La radio-quimioterapia (RQT) según el esquema de Nigro es el tratamiento estándar del carcinoma escamoso del canal anal. Existen escasos reportes que muestren los resultados logrados con ésta terapia multidisciplinaria a nivel nacional.

OBJETIVOS

Presentar los resultados oncológicos en términos de sobrevida logrados con el manejo multidisciplinario (RQT / Resección abdomino-perineal de rescate (RAP)) en pacientes con carcinoma escamoso del canal anal.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyen los pacientes portadores de un carcinoma escamoso anal avanzado tratados desde el año 2001 a 2013. Todos los pacientes fueron tratados con RQT. En pacientes con sospecha de falla local al tratamiento primario definido como persistencia de enfermedad (lesión residual antes de 6 meses) o recidiva local (posterior a 6 meses), se realizó biopsia. En casos con biopsia positiva, se realizó RAP de rescate. Se excluyen los pacientes tratados con resección local.

RESULTADOS

Se trataron 29 pacientes (66% mujeres), edad promedio de 62 años, el 75% con comorbilidades, destacando el VIH en 5 pacientes (17%). El seguimiento promedio fue de 35 meses (extremos 7-108). La biopsia de lesiones sospechosas resultó positiva en 9 pacientes (31%), 5 (17%) correspondían a persistencia de enfermedad y 4 (14%) a recidiva. 7 (24%) pacientes fueron sometidos a RAP de rescate. La tasa de respuesta clínica completa a 6 meses fue 82%. La sobrevida global a 5 años fue 72%, 80% para los pacientes tratados con terapia médica y 58% para los casos sometidos a cirugía de rescate. La sobrevida libre de colostomía a 3 años fue 75%.

CONCLUSIONES

La RQT como tratamiento primario presenta resultados adecuados en términos de sobrevida global y sobrevida libre de colostomía, similares a lo reportado en la literatura internacional. Se observa una marcada disminución de la sobrevida en pacientes sometidos a cirugía de rescate por falla local a ésta terapia.

(575) TÉCNICA DE TURNBULL-CUTAIT EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE RECTO BAJO: RESULTADOS A CORTO PLAZO.

Cristián Gallardo Villalobos () Alejandro Barrera Escobar, Felipe Illanes Fuertes, Mauricio Turu Canessa, Carlos Melo Labra, Guillermo Bannura Cumsille*

Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago). Unidad de Coloproctología. Departamento de Cirugía, Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento quirúrgico del cáncer de recto bajo generalmente requiere una anastomosis colorrectal baja ó coloanal, técnicas con alto riesgo de dehiscencia, razón por la que se recomienda una ostomía de protección. Una alternativa es la técnica de Turnbull-Cutait (descenso colónico seguido de anastomosis coloanal diferida), que evita la necesidad de una ostomía.

OBJETIVOS

Presentar los resultados en términos de morbimortalidad postoperatoria de la técnica Turnbull-Cutait (T-C) en el tratamiento del cáncer de recto bajo.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyen los pacientes portadores de un cáncer de recto bajo operados mediante la técnica de T-C. Etapificación realizada mediante examen clínico e imagenológico. Se registraron datos demográficos, comorbilidades, complicaciones y mortalidad postoperatoria y fracaso de la técnica, definido como la realización de una colostomía definitiva. Las complicaciones postoperatorias se agruparon según la clasificación de Clavien-Dindo.

RESULTADOS

31 pacientes fueron intervenidos, 51% mujeres, edad promedio de 62 años (extremos 35-91), el 58% presentaba comorbilidades. El promedio de distancia tumoral al margen anal fue 5 cms (3-7). La etapificación clínica fue: Estadio I. 7 pacientes. Estadio II. 9. Estadio III. 15. El 52% de los casos fueron tratados con radioquimioterapia preoperatoria. Se presentaron complicaciones postoperatorias en 15 pacientes (48%). Según la clasificación Clavien-Dindo, se observaron 8 complicaciones grado I, 1 grado II, 5 grado IIIb y 1 grado IV.

Se reintervinieron 6 pacientes (19%); 4 secundario a necrosis del segmento de colon exteriorizado (en 2 se realizó un re-descenso, en 2 una operación tipo Hartmann). El promedio de hospitalización fue 16 días (rango 4-48). La mortalidad postoperatoria fue de 3,2% (1). La sección del segmento de colon exteriorizado se realizó en promedio a los 23,2 días (rango 12-34).

CONCLUSIONES

La técnica de T-C es una alternativa válida y segura para el tratamiento del cáncer de recto bajo que permite prescindir de una ostomía de protección.

(624) PERFIL MUTACIONAL DE GENES DE LA VIA DE SEÑALIZACIÓN DEL RECEPTOR DE EGF EN EL CÁNCER COLORECTAL DE PACIENTES CHILENOS

Karin Alvarez Valenzuela () Cynthia Villarroel Spring, Paulina Orellana Silva, Ana Maria Wielandt Necochea, Hiroshi Kawashi Kawashi, Maki Kobayashi Kobayashi, Udo Kronberg Kronberg, Maria del Pilar Carvallo De Saint Quentin, Francisco López Köstner*

Clínica Las Condes. Unidad de Coloproctología Laboratorio de Oncología y Genética Molecular

INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal es la cuarta causa de muerte por cáncer en Chile, y un aumento mayor al 100% ha sido observado.

OBJETIVOS

Caracterizar el perfil de mutaciones somáticas de genes de la vía de señalización del receptor de EGF en tumores colorrectales de pacientes chilenos y su correlación con características clínico-patológicas.

MATERIAL Y MÉTODO

Se analizaron 56 tumores frescos-congelados desde pacientes con cáncer colorrectal esporádico, 33 hombres y 23 mujeres. Análisis molecular incluyó "next generation sequencing" y un panel de siete genes: EGFR-KRAS-BRAF-MAP2K1-PIK3CA-PIK3R1-PTEN, para obtener un alto rendimiento. Correlaciones fueron evaluadas con el test exacto de Fisher.

RESULTADOS

Al menos un gen mutado fue observado en 38/56 (68%) tumores. Los genes más frecuentemente mutados fueron KRAS (45%), PIK3CA (21%), BRAF (14%) y PTEN (5%). Once tumores presentaron mutaciones en ambas ramas del receptor EGF: KRAS/BRAF y PIK3CA/PTEN. Análisis de inestabilidad microsatelital demostró que 11/56 (20%) tumores presentan inestabilidad de alto grado, seis de ellos originada por la metilación del promotor de MLH1. Mutaciones en KRAS fueron características en hombres ($p=0.029$), cáncer rectal ($p=0.014$), linfonodos positivos ($p=0.01$) y estadio IV ($p=0.014$); mientras mutaciones en BRAF fueron más frecuentes en mujeres ($p=0.006$), cáncer de colon derecho ($p=0.0068$), carcinomas mucinosos ($p=0.058$) y alta inestabilidad microsatelital ($p<0.0001$). Mutaciones en KRAS y BRAF fueron mutuamente excluyentes ($p=0.0063$); mutaciones en BRAF y PIK3CA tienden a ocurrir conjuntamente ($p=0.05$). Finalmente, tres subgrupos moleculares de tumores fueron identificados: i) con mutaciones KRAS/BRAF ($n=22$); ii) con mutaciones PIK3CA/PTEN ($n=5$) y iii) con mutaciones en ambos KRAS/BRAF y PIK3CA/PTEN ($n=11$).

CONCLUSIONES

La aplicación de una tecnología de alto rendimiento y un panel de multigenes permitió detectar mutaciones en el 68% de los tumores. Este estudio sugiere tres subgrupos moleculares de cáncer colorrectal que pueden progresar y responder a terapia de forma diferente.

(659) ESCISIÓN TOTAL DEL MESORRECTO POR VÍA TRANSANAL EN CÁNCER DE RECTO: EXPERIENCIA INICIAL HCUCH

Mario Abedrapo Moreira, Rodrigo Azolas Marcos, Gustavo Montesinos Abujatum, Mauricio Diaz Beneventi () José Luis Llanos Bravo, Gunther Bocic Alvarez, Solange Cortes Luengo*

Hospital Clínico U. de Chile. Servicio de Cirugía Unidad de Coloproctología

INTRODUCCIÓN

La mejor vía de abordaje quirúrgico en el tratamiento del cáncer de recto sigue siendo un tema controversial. Las limitaciones técnicas propias del paciente y/o del tumor no fueron resueltas por completo por la laparoscopia. La escisión total del mesorrecto por vía transanal es un abordaje combinado que utiliza un acceso transanal y la laparoscopia convencional.

OBJETIVOS

Caracterizar una serie de pacientes en los que se utilizó puerto endoanal.

MATERIAL Y MÉTODO

Serie prospectiva de pacientes sometidos a escisión total del mesorrecto asistida por puerto endoanal en el período de Octubre 2012 a la fecha en el HCUCh. En relación a los tipos de cirugía, se realizó resección anterior ultrabaja interesfintérica (RAUBIE) y RAB transanal – transabdominal (TA-TME). Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva.

RESULTADOS

Desde Octubre de 2012 a la fecha fueron sometidos a cirugía resectiva un total de 17 pacientes asistidos por monopuerto endoanal. Del total de pacientes, 14 fueron de sexo masculino y 3 de sexo femenino; edad promedio 55 años e IMC 27,3. La distancia media al margen anal medida con rectoscopia rígida fue 4,8 cm. Todos los pacientes recibieron neoadyuvancia. Se realizaron 11 TA-TME (64,7%) y 6 RAUBIE (35,3%). La anastomosis fue manual en 9 pacientes y grapada en 8 de ellos. La vía de abordaje laparoscópica se utilizó en 15 pacientes y abierta en 2 de ellos. Hubo 4 conversiones a cirugía abierta. En todos los pacientes se confeccionó una ileostomía en asa de protección. El tiempo operatorio promedio alcanzó los 274 minutos. La estada hospitalaria media fue de 7 días.

CONCLUSIONES

El monopuerto endoanal aparece como una herramienta útil en pacientes seleccionados de cáncer de recto del tercio medio e inferior. Las pocas series al respecto reportadas coinciden en la necesidad de trabajos randomizados comparando las diferentes técnicas quirúrgicas.

(664) SEROTIPIFICACIÓN VIRAL DE CONDILOMAS PERIANALES EN NUESTRA POBLACIÓN

Diego Zamorano Valenzuela () Aldo Cuneo Zuiga, Ernesto Melkonian Tumani, Christian Jensen Benitez*

Clínica Alemana. Departamento de Coloproctología

INTRODUCCIÓN

Los condilomas perianales ocurren secundario a una infección por el virus papiloma humano. (VPH) Tal como existe la asociación entre VPH como precursor de cáncer cervicouterino, también se ha asociado al desarrollo de lesiones escamosas intraepiteliales anales y cáncer. Existen múltiples serotipos con efectos asociados distintos sobre el epitelio, identificándose como de alto riesgo de desarrollar una lesión neoplásica a los serotipos 16 y 18.

OBJETIVOS

Serotipificar pacientes con condilomas perianales en Clínica Alemana de Santiago

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo y retrospectivo, se analizan los registros de los pacientes sometidos a resección de condilomas perianales en Clínica Alemana de Santiago entre Noviembre del 2007 y Agosto 2013. La determinación del VPH se realizó mediante la técnica de PCR a partir de DNA extraído de muestras de tejidos o de citología en base líquida.

RESULTADOS

Se obtienen 16 pacientes, de estos 14 (87,5%) corresponden a sexo masculino. El promedio de edad fue de 38,6 años. El número promedio de lesiones reseadas fue de 5,4. Solo 1 paciente es VIH positivo. Se reintervino a 2 pacientes. No presentaron morbilidad ni mortalidad. Un 81% (13) de los pacientes resultaron positivos para el serotipo 6, 56% (9) para el 11, 12% (2) para el 31 y un 37,5% (6) para serotipos de alto riesgo, 4 para el 16 y 2 para el 18. En el paciente VIH positivo se identificó además una Neoplasia Intraepitelial (NIE) con Displasia de Alto Grado asociado al serotipo de alto riesgo (16) y 2 pacientes con NIE de bajo grado asociados a serotipos de bajo riesgo. (6,11 y 31)

CONCLUSIONES

Los serotipos obtenidos en pacientes con condilomas perianales en nuestra población en su mayoría son de bajo riesgo, en 3 pacientes se identificaron NIE. Nosotros consideramos que la serotipificación es una herramienta útil para identificar pacientes en riesgo de desarrollar cáncer anal.

(666) TRATAMIENTO DE LA FILTRACIÓN EN ANASTOMOSIS COLORRECTAL. ¿ES NECESARIO DESMANTELAR LA ANASTOMOSIS?

José Gellona Vial, Constanza Villalon Montenegro () Rodrigo Migueles Cocco, Gonzalo Ignacio Urrejola Schmied, María Elena Molina Pezoa, Álvaro Zúñiga Díaz, Felipe Bellolio Roth*

Pontificia U. Católica de Chile. Unidad de Coloproctología. Departamento de Cirugía Digestiva

INTRODUCCIÓN

Una de las alternativas del tratamiento de la filtración de una anastomosis colorrectal es desmantelar la anastomosis y dejar una colostomía terminal. Sin embargo, la reconstitución del tránsito puede ser un procedimiento con morbilidad considerable.

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es describir el manejo de los pacientes con filtración anastomótica colorrectal.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo. En el período entre enero de 2010 y junio de 2014 se realizaron 359 anastomosis colorrectales sin ileostomía de protección. De este grupo se incluyó los pacientes con filtración confirmada por estudio de imagen o por re-exploración quirúrgica. Se muestra mediante estadística descriptiva su manejo, resultados y complicaciones.

RESULTADOS

Se identificaron 15 pacientes (4,2%) que cumplen los criterios de inclusión (66% hombres, promedio edad 68 años). La indicación de cirugía más frecuente fue por cáncer en 10 casos. La filtración fue detectada en una mediana de 5 (2-20) días postoperatorio. Cuatro pacientes fueron manejados con antibióticos, mientras que los 11 restantes re-intervenidos. En 7 (64%) de los pacientes re-operados se identificó el defecto anastomótico, de los cuales 3 tenían una peritonitis fecaloídea y fue desmantelada la anastomosis. De los restantes 8 pacientes, en cuatro se realizó aseo e ileostomía en asa, en los otros cuatro se realizó aseo y drenaje. De los pacientes tratados inicialmente en forma conservadora, dos tuvieron complicaciones y debieron ser re-operados, realizándose en ambos drenaje de colecciones residuales. De los pacientes reoperados inicialmente, 4 tuvieron complicaciones y 2 fueron re-operados. No hubo mortalidad en esta serie. La estadía hospitalaria promedio fue de 21 días.

CONCLUSIONES

En esta serie, un 80% de los pacientes con filtración anastomótica se trataron sin necesidad de desmantelar la anastomosis.

(669) MANEJO QUIRURGICO DE TUMORES QUISTICOS RETRORRECTALES.

Diego Zamorano Valenzuela () Sebastian Pradenas Bayer, José Antonio Hernandez Montalvo, Daniela Espinola Marin, Hugo Eduardo Rojas Pineda, Aldo Cuneo Zuiga, Christian Jensen Benitez*

Clínica Alemana. Equipo de Coloproctología

INTRODUCCIÓN

Los tumores quísticos retrorrectales son tumores poco frecuentes algunos de ellos derivados de remanentes postnatales del intestino. (Hamartomas Quísticos Retrorrectales) La mayoría son asintomáticos y se presentan en mujeres de mediana edad. Las complicaciones son la degeneración maligna, desarrollo de fistulas y la infección.

OBJETIVOS

Presentar resultados y manejo quirúrgico de tumores quísticos retrorretales en 2 centros, Clínica Alemana de Santiago y Hospital Padre Alberto Hurtado.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio multicéntrico, descriptivo y retrospectivo. De las bases de datos de Clínica Alemana de Santiago y Hospital Padre Hurtado se revisan los pacientes operados por los servicios de coloproctología entre febrero 2003 y abril 2014.

RESULTADOS

Se analizaron 6 pacientes todos de género femenino con una edad promedio de 39,5 años. (15-68 años) Solo 1 paciente presento sintomatología previa, el resto fue hallazgo incidental. En el 100% se logro la resección quirúrgica completa, las vías de abordaje en 3 de los pacientes fue rectal, 1 abdominal y 2 combinadas recto-abdominal y recto-latero sacra. El resultado de anatomía patológica informa 3 Hamartomas quísticos retrorrectales, 1 quiste epidermoide, 1 quiste de inclusión epitelial y 1 quiste folicular de tipo fundibular, no se identifico degeneración maligna. El rango de tamaño fue de 4,2 a 17,5 cm. Hasta el momento de seguimiento los pacientes no han presentado morbilidad ni mortalidad asociado a la cirugía. Tampoco han presentado recidiva.

CONCLUSIONES

Los tumores retrorrectales son una entidad poco frecuente, el abordaje quirúrgico es el tratamiento de elección, siendo los distintos abordajes seguros y con buenos resultados a largo plazo.

(674) RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE LA DIVERTICULITIS AGUDA EN PACIENTES INMUNOSUPRIMIDOS

Constanza Villalon Montenegro () Paula Aylwin Silva, José Gellona Vial, Felipe Bellolio Roth, Rodrigo Miguieles Cocco, Gonzalo Ignacio Urrejola Schmied, Álvaro Zúniga Díaz, María Elena Molina Pezoa*

Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva Unidad de Coloproctología

INTRODUCCIÓN

La evolución de pacientes inmunosuprimidos con diverticulitis aguda puede ser más agresiva que en inmunocompetentes.

OBJETIVOS

Evaluar la necesidad de cirugía en pacientes inmunosuprimidos con diverticulitis aguda durante la hospitalización y el seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte retrospectiva. Se definió inmunosupresión como tratamiento con inmunomoduladores, esteroides o quimioterapia. Se revisaron registros clínicos y se realizó seguimiento mediante encuesta telefónica de pacientes hospitalizados por diverticulitis aguda entre enero de 2007 a diciembre de 2012. Se utilizó estadística descriptiva.

RESULTADOS

Serie de 20 pacientes: 7 en quimioterapia, 8 con enfermedades mesenquimáticas con inmunomoduladores y 5 pacientes con tratamiento esteroideal por otras causas. Doce mujeres, mediana de edad de 65,5 (48-81) años. Trece pacientes (65%) tuvieron una Diverticulitis aguda No complicada (DANC), ninguno requirió tratamiento intervencional o cirugía durante la hospitalización. Siete (35%) pacientes tuvieron una diverticulitis aguda complicada (DAC); 3 de ellos requirieron una intervención quirúrgica durante la hospitalización (Operación de Hartmann) y uno fue sometido a un drenaje percutáneo bajo TAC por un absceso pericolónico. No hubo mortalidad operatoria. El seguimiento promedio fue 35 meses. De los 4 pacientes con DAC no intervenidos durante la hospitalización inicial, en 2 se realizó una sigmoidectomía electiva, 1 falleció por otra causa y 1 presentó un nuevo episodio de DANC, que no requirió de hospitalización. De los 13 pacientes con DANC, 2 se perdieron del seguimiento. Durante el seguimiento de los 11 pacientes restantes, 4 fueron sometidos a una sigmoidectomía electiva, 2 fallecieron por otras causas, 2 presentaron un nuevo episodio de DANC, que no requirió cirugía de urgencia.

CONCLUSIONES

Los pacientes inmunosuprimidos con una DANC responden adecuadamente al tratamiento médico y no requieren intervenciones adicionales. Los pacientes con DAC, en cambio, frecuentemente requieren de alguna intervención. Durante el seguimiento, ningún paciente requirió de una cirugía de urgencia por diverticulitis aguda.

(678) INSUFICIENCIA INTESTINAL: RESULTADOS DEL MANEJO POR UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

Constanza Villalon Montenegro () Daniela Espinola Marin, Julieta Klaassen Lobos, María Elena Molina Pezoa, Felipe Bellolio Roth, Gonzalo Ignacio Urrejola Schmied, Rodrigo Migueles Cocco, Andrea Valenzuela Bustos, Álvaro Zúniga Diaz*

Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva Departamento de Nutrición, Diabetes y Metabolismo

INTRODUCCIÓN

Los pacientes en Insuficiencia Intestinal (InI) necesitan de nutrición parenteral (NP). Sin embargo, la NP prolongada puede tener graves complicaciones. Por lo tanto, deben extremarse las medidas de rehabilitación intestinal, para optimizar la función del intestino remanente y lograr así suspender la NP.

OBJETIVOS

Describir los resultados de la Rehabilitación Intestinal (Rhi) por un equipo multidisciplinario para lograr la supresión de NP.

MATERIAL Y MÉTODO

Serie de casos. Se incluyen 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 incluyó nutrición enteral, dieta con nutrientes específicos, suplementos vitamínicos y minerales y loperamida en dosis variable. El tratamiento quirúrgico incluyó: tratamiento de fístulas enterocutáneas, drenaje de abscesos crónicos, cierre de ostomías o elongación intestinal (enteroplastia transversa seriada). Serie de 12 pacientes.

RESULTADOS

Once (92%) mujeres; mediana de edad 58 años. Las causas de InI fueron: resección extensa de ID secundario a isquemia en 6 pacientes (50%), complicaciones de cirugía abdominal en 3 (25%) y enteritis actínica en 3 (25%). La duración de la NP era de: 1-6 meses en 6 (50%) pacientes, 6-18 en 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 90cm; 3 (25%) entre 90 y 149 cm y 1 (8%) más de 150cm. Seis pacientes (50%) tenían el colon completo, 4 (33%) la mitad del colon y 2 (16%) tenían sólo el recto. Se logró suspender la NP completamente en 11 pacientes (92%) y se logró NP trisemanal en 1.

CONCLUSIONES

La Rhi llevada a cabo por un equipo multidisciplinario logró la independencia de NP en la mayoría de los pacientes de esta serie.

(681) RADIOTERAPIA DE CURSO CORTO EN CÁNCER DE RECTO: RESULTADOS QUIRÚRGICOS

Constanza Villalon Montenegro (*) Paula Aylwin Silva, Marisa Bustos Carrasco, José Gellona Vial, Gonzalo Antonio Palominos Salas, Felipe Bellolio Roth, Rodrigo Migueles Cocco, Gonzalo Ignacio Urrejola Schmied, Julio Ruperto Reyes Ruiz, Álvaro Zúniga Diaz, María Elena Molina Pezoa

Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva Departamento de Radiología. Servicio de Radioterapia

INTRODUCCIÓN

La radioterapia preoperatoria de curso corto para el cáncer de recto ha demostrado ser efectiva en reducir el riesgo de recidiva local.

OBJETIVOS

Describir los resultados quirúrgicos de pacientes con cáncer de recto sometidos a radioterapia neoadyuvante de curso corto, seguido de resección quirúrgica radical.

MATERIAL Y MÉTODO

Serie de casos. Se revisaron registros clínicos de pacientes que entre 2008 y 2013 recibieron radioterapia neoadyuvante de curso corto, que consistió en la administración de 25 Gy fraccionados en 5 días sucesivos, y a la semana siguiente fueron sometidos a una resección radical de recto. La serie consta de 10 pacientes.

RESULTADOS

La edad promedio fue 68,5 años, 8 mujeres y 2 hombres. Ocho pacientes presentaban un tumor de recto medio y 2 de recto inferior. La etapificación clínica preoperatoria fue: etapa III en 7 pacientes y etapa IV en 3 pacientes. En 1 paciente fue necesario diferir la cirugía rectal en una semana por trombocitopenia. En 8 pacientes se realizó una resección anterior baja, en 1 paciente una operación de Hartmann y en 1 paciente una resección abdominoperineal. La cirugía se realizó por vía laparoscópica en 9 pacientes. El tiempo operatorio promedio fue 253 minutos. No se registraron complicaciones intraoperatorias. La estadía hospitalaria postoperatoria tuvo una mediana de 7 días. Se presentaron complicaciones postoperatorias en 1 paciente (retención aguda de orina). No hubo mortalidad perioperatoria. Dos pacientes reingresaron después de 30 días por deshidratación secundaria a alto flujo por la ileostomía. La biopsia de la pieza operatoria, mostró un tamaño promedio del tumor resecado de 40,2 mm, un número promedio de ganglios resecados de 16, margen distal negativo en todos los pacientes y margen radial negativo en 8.

CONCLUSIONES

La radioterapia de curso corto es una alternativa segura como terapia neoadyuvante en pacientes con cáncer de recto, con baja morbilidad operatoria.

(684) CRISIS GRAVE DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: CURSO CLÍNICO Y NECESIDAD DE CIRUGÍA

Constanza Villalon Montenegro (*) Carlos Agüero Luengo, Gonzalo Antonio Palominos Salas, José Gellona Vial, Manuel Marcelo Alvarez Lobos, Patricio Fernando Ibanez Lazo, María Elena Molina Pezoa, Rodrigo Migueles Cocco, Gonzalo Ignacio Urrejola Schmied, Álvaro Zúniga Diaz, Felipe Bellolio Roth

Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva Departamento de Gastroenterología

INTRODUCCIÓN

Un tercio de los pacientes con colitis ulcerosa presentarán una crisis grave durante su evolución.

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es caracterizar el curso clínico de la crisis grave y la efectividad de la terapia médica.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte retrospectiva. Entre enero de 2007 a mayo de 2013 se hospitalizaron 159 pacientes por crisis de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII). De este grupo se incluyó a los pacientes que cumplieran criterios de crisis grave según la clasificación de Montreal. Se analizaron los datos demográficos, evolución intrahospitalaria y necesidad de terapia médica o quirúrgica. Estadística descriptiva. Mediante curva de Kaplan Meier se calculó la necesidad de colectomía al año desde la primera hospitalización.

RESULTADOS

La serie corresponde a 49 pacientes, 27 mujeres (55%), con una mediana de edad de 35 años (17-80). Un total de 33 pacientes (67,3%) respondió a tratamiento médico, consistente en corticoides y antibióticos sistémicos. De los pacientes que no respondieron a corticoides, se realizó una colectomía subtotal en 13 (26,5%) y se utilizó terapia biológica en 5, con una respuesta exitosa en 3 pacientes. Los 2 pacientes que no respondieron fueron también sometidos a una colectomía. La mediana de la estadía hospitalaria fue de 7,5 (RIQ: 5,2 – 14) días. No hubo mortalidad. Nueve pacientes presentaron una nueva crisis de enfermedad inflamatoria que requirió hospitalización a una mediana de 5 meses post alta (1-45). Un total de 4 pacientes se han sometido a una colectomía electiva luego del alta. La tasa de colectomía al año de seguimiento fue de 34%.

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes con una crisis grave de colitis ulcerosa responden a tratamiento esteroidal. El tratamiento quirúrgico mantiene un rol para los pacientes que no responden.

(711) HISTORIA NATURAL DE LA DIVERTICULITIS AGUDA SIMPLE. SEGUIMIENTO DE COHORTE A 5 AÑOS DEL DIAGNÓSTICO INICIAL.

Claudia Arenas Ponce () Camila Concha Flores, Valentina Maluenda Almonacid, Ekaterina Troncoso Olchevskaia, Joaquin Irrarrazaval Espinosa, Macarena Fernández Albornoz, Leonardo Espindola Silva*

Hospital Militar de Santiago (HOSMIL).

INTRODUCCIÓN

La incidencia de la enfermedad diverticular aumenta con la edad llegando a ser hasta de un 80%. De ellos un 20% presentará síntomas, siendo una importante causa de hospitalización y de costos en salud. A pesar de ser ampliamente estudiada, aún no se encuentra completamente dilucidada la historia natural de ésta

OBJETIVOS

Evaluar la historia natural de la diverticulitis aguda simple (DAS) ampliando el seguimiento a 5 años de una cohorte previamente estudiada de pacientes cautivos del Hospital Militar de Santiago. Evaluar riesgo de recidiva y de desarrollar un episodio complicado

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño observacional de cohorte retrospectiva. Se revisaron registros clínicos de pacientes que presentaron primer episodio de diverticulitis aguda diagnosticada por clínica y TAC entre Enero del 2009 y Diciembre del 2012. Se registraron variables demográficas, número de episodios, tratamiento y cirugía realizada, entre otros

RESULTADOS

De 126 registros clínicos revisados el promedio de edad afectado fue de 62 años. De los episodios analizados un 37.3% correspondían a DAC como episodio inicial y un 62.6% a DAS. Los pacientes con episodios simples un 73% requirieron hospitalización. De los pacientes con diverticulitis aguda simple un 22% había tenido episodios previos, correspondiendo un 88.8% a DAS. Durante los 5 años de seguimiento 7 pacientes con diagnóstico inicial de diverticulitis aguda simple presentaron un nuevo episodio, de los cuales 6 fueron simples; el episodio complicado fue manejado con tratamiento médico.

CONCLUSIONES

Los hallazgos en nuestra cohorte muestran tendencia a que pacientes con episodios de diverticulitis aguda simple recurrente no tienen mayor riesgo de presentar un episodio complicado, lo que concuerda con lo publicado en la actualidad

(724) TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA PERFORACIÓN COLÓNICA POST COLONOSCOPIA

Paulina Balbontin Meneses, Macarena Fernández Albornoz, Claudia Arenas Ponce () Valentina Maluenda Almonacid, Joaquin Irrarrazaval Espinosa, Leonardo Espindola Silva*

Hospital Militar de Santiago (HOSMIL). Equipo de Coloproctología Servicio de Cirugía

INTRODUCCIÓN

La perforación colónica durante la colonoscopia es una complicación grave cuyo manejo actualmente es controversial.

OBJETIVOS

Presentar el caso de un paciente con perforación colónica durante una colonoscopia tratado de forma conservadora con clips endoscópicos.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente hombre de 60 años de edad, sin antecedentes mórbidos. Se realiza colonoscopia en el contexto de estudio preoperatorio de enfermedad hemorroidal. Al retirar el colonoscopio se evidencia desgarro transmural de 5 mm de diámetro a nivel del colon descendente que se repara con 4 clips endoscópicos. La tomografía computada de abdomen y pelvis evidencia abundante neumoperitoneo y neumomediastino, con enfisema subcutáneo de la pared abdominal y un par de pequeños cuerpos metálicos distales al ángulo esplénico del colon, sin líquido libre intraperitoneal. Se hospitaliza para observación.

RESULTADOS

El paciente evoluciona con extenso enfisema subcutáneo abdominal, escrotal, torácico, cervical y facial, sin dolor abdominal espontáneo, hemodinámicamente estable, afebril, sin taquicardia ni signos peritoneales. Al segundo día de hospitalización inicia realimentación progresiva, mantiene evolución clínica favorable y es dado de alta al quinto día post colonoscopia. El paciente se ha mantenido asintomático en el control ambulatorio.

CONCLUSIONES

La perforación de colon durante una colonoscopia tiene una incidencia global de 0.1-3% . El manejo generalmente es quirúrgico asociado a una elevada morbimortalidad especialmente cuando el diagnóstico es tardío. El tratamiento endoscópico de esta complicación es una alternativa que se podría considerar cuando el diagnóstico se realiza durante el procedimiento, el tamaño de la perforación lo permita, la preparación del colon sea adecuada y el paciente mantenga una estabilidad clínica durante 24-48 horas de observación intrahospitalaria estricta.

(728) COLECTOMÍA TOTAL POR COLITIS PSEUDOMEMBRANOSA: EXPERIENCIA EN HOSPITAL PADRE HURTADO

Valentina Salvador Uauy () Marta Sofía Castro du Plessis, Daniela Espinola Marin, Sebastian Pradenas Bayer, Christian Jensen Benitez, Aldo Cuneo Zuiga*

Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón). COLOPROCTOLOGIA

INTRODUCCIÓN

El Clostridium difficile (CD) es uno de los patógenos causales de diarrea y alcanza hasta el 30% de los casos asociados al uso de antibióticos. La incidencia de infección por CD varía entre 0.6 al 2.1% del total de pacientes hospitalizados. La mayoría de los casos responde a tratamiento antibiótico, pero un 3-10% progresan a formas severas requiriendo cirugía. La mortalidad de la colectomía total en los casos severos alcanza hasta el 80%. El diagnóstico y el tratamiento quirúrgico oportuno de los casos graves son claves para disminuir la mortalidad.

OBJETIVOS

Descripción de los casos de megacolon tóxico por CD que requirieron colectomía total de urgencia en el Hospital Padre Hurtado (HPH). De cada paciente se obtuvieron datos demográficos, comorbilidad, tiempo y tipo de antibiótico usado, recuento de glóbulos blancos, toxina CD, confirmación histológica, estadía UPC, condición al egreso.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cohorte retrospectivo de datos clínicos, laboratorio y biopsias de pacientes sometidos a colectomía total por CD en el servicio de Cirugía del HPH entre el año 2008 y 2014.

RESULTADOS

Un total de 5 pacientes diagnosticados de colitis pseudomembranosa, sometidos a colectomía total con confirmación histológica. Promedio de edad: 60 años (54 - 67), 3 mujeres, 2 inmunocomprometidos. Todos ellos se presentan con megacolon tóxico refractarios a tratamiento antibiótico inicial, del total solo 2 con toxina positiva. Lactato y leucocitos promedio: 3,75 mmol/L y 22900/mm³ respectivamente. Todos con TAC sugerentes de colitis. El principal factor de riesgo asociado es el uso de Clindamicina. Al egreso, 2 fallecidos, 1 reconstituida actualmente.

CONCLUSIONES

Los pacientes sometidos a colectomía total por colitis pseudomembranosa, son pacientes que se presentan con shock severo, previo intento de terapia médica. Todos ellos presentan enfermedades crónicas de base y tienen el antecedente de uso de clindamicina.

(732) FÍSTULA COLECISTOCOLÓNICA EN PACIENTE CON CÁNCER DE SIGMOIDES OBSTRUCTIVO ETAPA IV

José Miguel Zúñiga Avendano, Macarena Fernandez Albornoz, Valentina Maluenda Almonacid () Claudia Arenas Ponce, Joaquín Irrarrazaval Espinosa, José Tomás Larach Kattan, Leonardo Espindola Silva*

Hospital Militar de Santiago (HOSMIL). Equipo de Coloproctología Servicio de Cirugía

INTRODUCCIÓN

La fístula colecistocolónica es una entidad clínica infrecuente que afecta principalmente a pacientes añosos, cuyo manejo es quirúrgico generalmente asociado a una elevada morbimortalidad.

OBJETIVOS

Presentar el caso de un paciente portador de una fístula colecistocolónica que clínicamente debuta con una obstrucción colónica de origen neoplásico concomitante.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente hombre de 83 años de edad, postrado, con antecedentes de accidente vascular encefálico secuejado, epilepsia secundaria e hipertensión arterial. Presenta cuadro clínico de 3 semanas de evolución caracterizado por constipación. Durante las últimas 72 horas previas a la consulta presenta dolor abdominal difuso, distensión abdominal, náuseas, vómitos biliosos y compromiso del estado general. Al ingreso se encuentra hemodinamicamente estable, afebril, con abdomen distendido, sensible difuso a palpación profunda,

ruidos hidroaéreos disminuidos, sin signos peritoneales. Se realiza tomografía computada de abdomen y pelvis que evidencia engrosamiento parietal estenosante de aspecto neoplásico en colon sigmoide proximal al cual existen 2 cálculos de 3-4 cm de diámetro y dilatación retrograda del colon proximal. Además presenta vesícula biliar con gas en su lumen, comunicada con el ángulo hepático del colon y 2 lesiones focales de aspecto neoplásico en el lóbulo hepático derecho.

RESULTADOS

Por condición basal del paciente y enfermedad neoplásica avanzada se realiza colostomía transversa en asa para manejar la obstrucción. El paciente posteriormente mantiene manejo paliativo.

CONCLUSIONES

La fístula colecistocolónica representa sólo el 4.1% de los íleos biliares, por lo tanto en estos casos es importante descartar patología neoplasia o inflamatoria subyacente del colon que pudiese justificar la impactación del cálculo a este nivel. Clínicamente se puede manifestar con la triada de Riegler. La prioridad del tratamiento quirúrgico es resolver la obstrucción. La resolución simultánea de la fístula biliar es controversial. La morbimortalidad asociada a esta patología y su tratamiento es de 30-40%.

(734) COLECTOMÍA TOTAL: POR QUÉ Y A QUIENES?

Marta Sofía Castro du Plessis, Valentina Salvador Uauy () Daniela Espinola Marin, Sebastian Pradenas Bayer, Aldo Cuneo Zuiga, Christian Jensen Benitez*

Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón). Coloproctología

INTRODUCCIÓN

La colectomía total (CT) tiene múltiples indicaciones y éstas han ido variando conforme mejoran los elementos diagnósticos y terapéuticos para cada patología; sin embargo sigue siendo un procedimiento útil y vigente. En forma electiva, la Colitis Ulcerosa y Poliposis Adenomatosa Familiar son las indicaciones más frecuentes. En el caso de intervenciones de urgencia, el megacolon tóxico ocupa el primer lugar. La mortalidad asociada a estos procedimientos oscila entre 0,2 - 4% en casos electivos, llegando a 80% en casos de urgencia.

OBJETIVOS

Caracterizar a pacientes operados de colectomía total en el Hospital Padre Hurtado (HPH) entre Enero 2008 y Diciembre 2013.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cohorte retrospectivo de pacientes sometidos a CT en el servicio de Cirugía del HPH en periodo comprendido entre 2008 y 2013. De cada paciente se obtuvieron datos demográficos, diagnóstico preoperatorio, datos de evolución y estadía hospitalaria.

RESULTADOS

Un total de 34 pacientes fueron sometidos a CT, promedio de edad: 53 años, 45,5% hombres. Del total, 36,4% fueron procedimientos electivos, el diagnóstico más frecuente es poliposis colónica. El grupo de urgencia corresponde al 63,6%, siendo la Colitis Fulminante por *C. difficile* la principal causa (23%). Del grupo electivo 16% de los pacientes tenían pendiente su reconstitución de tránsito, en comparación a un 74% en el grupo de urgencia. La mortalidad en el grupo electivo fue 0 % y 33% en los operados de urgencia. La estadía hospitalaria en el grupo electivo fue 18 días y en el grupo de urgencia 26 días.

CONCLUSIONES

La colectomía total en el HPH es una intervención principalmente de urgencia, siendo la colitis fulminante por *C. difficile* la principal causa. La mayoría de estos pacientes tiene pendiente la reconstitución de tránsito, lo que plantea la importancia de considerar este aspecto en una segunda instancia, siendo fundamental el cierre de la ostomía para mejorar la calidad de vida.

(747) IMPACTO DE LAS FILTRACIONES ANASTOMÓTICAS EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS COLORRECTALES OPERADOS POR VÍA LAPAROSCÓPICA

Lorna Castro Araya () Francisco López Köstner, Alejandro Zarate Castillo, Claudio León Wainstein Gewolb, Udo Kronberg k, Andrés Larach Kattan, Jorge Ramón Larach Said, Fernando Daniel Saelzer Rosas*

Clínica Las Condes.

INTRODUCCIÓN

En pacientes sometidos a una cirugía colorectal resectiva con anastomosis, una de las complicaciones más importantes son las filtraciones de las anastomosis (FA). Lo anterior tiene un impacto clínico desfavorable.

OBJETIVOS

Analizar la frecuencia e impacto de las FA en pacientes sometidos a cirugía colorectal electiva laparoscópica.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de serie de casos, desde una base de datos prospectiva de pacientes sometidos a cirugía electiva laparoscópica colorectal, en el período entre Julio 2007 a Agosto del 2014. Los criterios de selección fueron los pacientes que ameritaron la realización de algún tipo de anastomosis y presentaron una FA en el postoperatorio. Se analizaron los datos clínicos, quirúrgicos y de seguimiento temprano

RESULTADOS

Se identificaron 654 pacientes sometidos a cirugía colorectal electiva laparoscópica con anastomosis, de los cuales 44 presentaron FA (6,73%). De ellos, 13 fueron mujeres, con una edad promedio de 60,4 años (i: 33-85). Las patologías principales fueron cáncer colorectal (53%), enfermedad diverticular (23%) y otras (24%). En pacientes con enfermedad diverticular, un 6.61% presentó FA, mientras que el porcentaje en pacientes con cáncer de colon y recto fue de 5.6% y 9.6%. Los sitios de filtración más frecuentes fueron: anastomosis colorrectales a la altura del promontorio 18/371 (4.85%), colorrectales bajo la reflexión 9/94 (9.57%), ileocólicas 8/121 (6.61%) e ileorrectales 4/45 (8.89%). De los pacientes con FA, 40 fueron reoperados y ninguno falleció. Adicional al aseo y drenaje, a 19 pacientes se les realizó sutura del defecto con ostomía derivativa y en 4 casos resección de la anastomosis filtrada y confección de una nueva. El promedio de estadía luego de la primera intervención fue de 7.5 / 12 / 5 días en pacientes con FA sin reoperación, FA con reoperación y sin FA respectivamente.

CONCLUSIONES

En pacientes con FA existe un alto porcentaje de reoperación, prolongando de esta forma la estadía postoperatorio.

(761) USO DE SCORE NNIS PARA EVALUAR RIESGO DE INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA EN CIRUGÍA COLORRECTAL.

Antonella Sanguineti Montalva () Katya Carrillo Gonzalez, Mauricio Diaz Beneventi, Rodrigo Azolas Marcos, Gunther Bocic Alvarez, José Luis Llanos Bravo, Mario Abedrapo Moreira*

Universidad de Chile. Coloproctología

INTRODUCCIÓN

La infección del sitio quirúrgico (ISQ), corresponde a la segunda infección asociada a la atención en salud (IAAS) más frecuente en Chile. Es considerada un índice de calidad, el cual se asocia directamente con la mortalidad y el tiempo de estadía hospitalaria.

OBJETIVOS

Aplicar el índice National Nosocomial Infection Surveillance System (NNIS) y comprobar su relación con la ISQ en Cirugía Colorrectal.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de casos y controles. De la base de datos de Cirugía Colorrectal del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Se incluyó los pacientes operados por patología maligna, los pacientes con ISQ demostrado y un grupo control sin ISQ, homologados por edad, sexo, ubicación del tumor y cirugía de urgencia. Se utilizó el NNIS, que incluye 3 parámetros: Clasificación ASA, Tiempo operatorio y Tipo de herida, con puntaje total de 0 a 3 puntos. Se incluyó un total de 74 pacientes (37 en cada grupo). Se analizó las variables edad, sexo, ubicación del tumor y cirugía de urgencia.

RESULTADOS

Del total de pacientes incluidos en cada grupo y sus variables, estas no mostraron diferencias significativas entre ambos grupos ($p > 0,05$). El tiempo operatorio mayor a 3 hrs se presentó en 40,5% y 18,9% de los pacientes con y sin ISQ, respectivamente, con diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$). La proporción de heridas contaminadas fue mayor en los pacientes con ISQ (27% vs 13,5%), sin embargo, sin diferencia estadísticamente significativa ($p > 0,05$). El score total promedio fue mayor en paciente con IAQ (0,89 vs 0,54, $p < 0,05$). Los pacientes sin ISQ presentaron significativamente mayor proporción de puntaje igual a 0 (64,9% vs 35,1%, $p < 0,05$).

CONCLUSIONES

Este estudio preliminar demuestra que el NISS puede ser utilizado para analizar el riesgo de ISQ, sin embargo, un estudio prospectivo con mayor tamaño muestral debe ser realizado.

(771) PANPROCTOCOLECTOMÍAS CON RESERVORIOS ILEAL (PPCRI): EXPERIENCIA HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE.

Katya Carrillo Gonzalez (), Antonella Sanguinetti Montalva, Mauricio Diaz Beneventi, Andrés Fuentealba Pooley, Guillermo Elias Obes, Rodrigo Azolas Marcos, Gunther Bocic Alvarez, José Luis Llanos Bravo, Mario Abedrapo Moreira*

Universidad de Chile. Unidad de Coloproctología

INTRODUCCIÓN

La PPCRI es el tratamiento de elección en casos de Colitis Ulcerosa (CU) y Poliposis (PAF). Consiste en una cirugía en 2 ó 3 tiempos, que permite la resección de la mucosa rectal enferma y la restauración del tránsito intestinal. Sin embargo, presenta complicaciones quirúrgicas postoperatorias y consecuencias funcionales a largo plazo que determinan la satisfacción final del paciente.

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es analizar de forma crítica los resultados quirúrgicos y funcionales en los pacientes sometidos a PPCRI.

MATERIAL Y MÉTODO

De la base de datos de Cirugía Colorrectal del Hospital Clínico de la Universidad de Chile se incluyó a los pacientes sometidos a PPCRI en los últimos 10 años, se excluye a los pacientes que aún no han reconstituido su tránsito. Se analizó una cohorte retrospectiva, rescatando datos clínicos demográficos, quirúrgicos y complicaciones (Clasificación de Clavien-Dindo). Se utilizó el Score de Öresland, un cuestionario validado para la evaluación de resultados funcionales en pacientes con PPCRI.

RESULTADOS

Se reclutó un total de 20 pacientes. 17 fueron operados por diagnóstico de CU y 3 por PAF. Las cirugías fueron 2 dos tiempos en 80%, y 3 tiempos en 20%. La mayoría de los reservorios (70%) fueron realizados con sutura mecánica. La morbilidad operatoria es alta (60%), sin embargo, solo 30% requirió tratamiento específico (Clavien-Dindo II-IIIa y IIIb). La morbilidad de la reconstitución del tránsito fue de 10%. El promedio de seguimiento fue 66 ± 27 meses. El test de Öresland fue Satisfactorio en 55%, Aceptable en 15%, y Deficiente en 30%.

CONCLUSIONES

La PPCRI es una cirugía compleja con alta morbilidad. Los resultados funcionales son aceptables en la mayoría de los pacientes.

Seccional: CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

(287) UTILIDAD MACROCLIP ENDOSCÓPICO EN EL CIERRE DE FISTULAS POSTQUIRÚRGICAS

Tatiana Fuentes Menares (), Ramón Hermosilla Vásquez, Yamile Haito Chávez, Roberto Sagredo Arriagada, Marcelo Beltrán Saavedra*
Hospital San Juan de Dios (La Serena). Servicio de Cirugía

INTRODUCCIÓN

Una de las complicaciones más temidas en cirugía son las filtraciones de anastomosis y fistulas enterocutáneas. Los avances en la cirugía mínimamente invasiva y la endoscopia terapéutica avanzada han permitido un mejor enfrentamiento de estas complicaciones, con tiempos de recuperación acortados y mejores resultados. El uso del Macro clip u OTSC (over-the-scope-clip) se está masificando a nivel mundial y permitiendo ser un armamento eficaz frente a estas patologías.

OBJETIVOS

Describir 2 casos de fistulas post quirúrgicas tratados con endoscopia terapéutica avanzada y macro clip.

MATERIAL Y MÉTODO

Serie de caso, descriptivo

RESULTADOS

Dos pacientes, de 65 y 72 años. El primero con historia de colecistitis aguda operado de urgencia, se encontró una fístula colecistoduodenal. Se realizó una colecistectomía parcial, exploración de vía biliar, duodenorrafia y drenaje. El segundo paciente, con antecedente gastrectomía subtotal por cáncer gástrico que reingresa al 7mo día postoperatorio por dolor abdominal y fiebre. Un TAC de abdomen mostró una colección perigástrica. En la laparotomía exploradora, se evidenció filtración a nivel del muñón gástrico. Se reforzó la zona de filtración y se instaló un drenaje. Ambos pacientes evolucionaron con débitos altos en los drenajes. Se estudiaron con TAC de abdomen y pelvis con contraste oral que mostró filtración de contraste, sin colecciones residuales. En el primer paciente se objetivó una fistula de origen en el bulbo duodenal, con un defecto de 20 mm y en el segundo, una filtración de la línea de sutura contigua a la anastomosis de 5 mm. En ambos casos, se reavivaron bordes de los defectos con bisturí de argón plasma y se cerró el defecto con un macroclip. Ambos pacientes evolucionaron favorablemente, con caída abrupta del débito de drenaje, sin evidencias de filtración. No hubo complicaciones relacionadas a la instalación del clip.

CONCLUSIONES

El macroclip es efectivo para el cierre de fistulas postquirúrgicas

(312) COMPLICACIONES OPERATORIAS DE COLANGIOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA SERIE DE CASOS

Julio Figueroa, Carlos Manterola, Eric Castillo, Camila Figueroa, Pablo Navarro, Renato Carrasco, John Bohle

Servicio de Cirugía Hospital de Puerto Montt. Universidad San Sebastián. Programa de Magíster en Ciencias, mención Cirugía, Universidad de La Frontera. Centro de Excelencia en estudios Morfológicos y Quirúrgicos (CEMyQ), Universidad de La Frontera. Centro de Investigación en Ciencias Biomédicas, Universidad Autónoma de Chile. Alumna Medicina. Programa de Doctorado en Ciencias, mención Cirugía, Universidad de la Frontera. Bioestadístico. Unidad de Endoscopia Terapéutica Hospital de Puerto Montt. Hospital de Puerto Montt. Unidad de Endoscopia terapéutica Hospital de Puerto Montt

INTRODUCCIÓN

La patología biliar en nuestro país alcanza prevalencias de 30- 50% y en donde la ictericia como complicación debida a coledocolitiasis representa un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencia. La colangiografía endoscópica (CRE) como tratamiento de elección en estos casos, es un examen invasivo no exento de complicaciones graves como: Pancreatitis, Perforación, Hemorragia

OBJETIVOS

El objetivo es identificar los posibles factores de riesgo y morbilidad en pacientes con ictericia sometidos a CRE dentro de un estudio de serie de casos (n=178).

MATERIAL Y MÉTODO

Serie de casos de 178 pacientes portadores de ictericia a quienes se les realiza una CRE. La recolección de datos se realizó mediante una pauta en donde se anotan las variables operatorias extraídas desde protocolo operatorio y ficha clínica. Se explora mediante estadística descriptiva y mediante tabla de contingencia para estimar fuerza de asociación de la canulación difícil con las complicaciones observadas.

RESULTADOS

62,9% mujeres(n=112). Media de edad fue 60(-17) años. El diagnostico post procedimiento más frecuente fue coledocolitiasis 68% (n=121). En un 5,6% (n=10) no se logró la canulación de la vía biliar lo que da un éxito de canulación de un 94,4%(n=168). La papilotomía se realizó en un 71,3%(n=127) debiendo realizarse pre corte con papilotomo o aguja en un 20,8% (n=37). Del total de CRE las com-

plicaciones se presentaron : Perforación 0,6 %(n=1), Pancreatitis 2,2%(n=4) Hemorragia 14% (n=25). Al aplicar tabla de contingencia asociando las complicaciones con la presencia de una canulación difícil, se pudo encontrar que la Hemorragia da un $P=0,214$ La canulación difícil asociada a la presencia de pancreatitis da un $P=0,550$ La Hemorragia asociada a una papilotomía da un $P=0,046$

CONCLUSIONES

La hemorragia es la complicación más frecuente observada y en estrecha relación con la realización de papilotomía ($P=0,046$).

(615) RESULTADOS DE LA COLOCACIÓN ENDOSCÓPICA DE PRÓTESIS PARA EL MANEJO DE LAS COMPLICACIONES POST OPERATORIAS EN CIRUGÍAS ESÓFAGO-GÁSTRICAS

Héctor Valladares Hernández, Italo Braghetto Miranda, Maher Musleh Katan, Enrique Lanzarini S., Isabel Arratia Severino, Carlos Mandiola Bunster ()*

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

INTRODUCCIÓN

Las endoprótesis son dispositivos usados para tratar complicaciones post-operatorias en cirugías esófago-gástricas, como estenosis, fistulas o perforaciones. Estas últimas presentan una elevada morbilidad y mortalidad. .

OBJETIVOS

Nuestro objetivo fue evaluar los resultados de la colocación de endoprótesis en la evolución de estas complicaciones ocurridas en el post-operatorio de cirugías esófago-gástricas realizadas en nuestro Hospital en los últimos 2 años.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo y de serie de casos con estadística descriptiva. Se incluyen 12 pacientes sometidos a instalación endoscópica de prótesis en el tratamiento de fistulas, perforaciones o estenosis en postoperatorio de cirugías esófago-gástricas entre 2012 y 2014. Los datos incluyen diagnóstico preoperatorio, tipo de cirugía realizada, tiempo de prótesis in situ, y estado de los pacientes post retiro de prótesis. Se evalúa tipo de complicación, evolución alejada y mortalidad.

RESULTADOS

De 12 pacientes estudiados, 6 se efectuaron gastrectomía vertical por obesidad, 4 esofagectomía por cáncer de esófago, 1 paciente se sometió a hernioplastia, funduplicatura y gastropexia por hernia hiatal gigante, y otro se realizó una tiroidectomía, faringo-laringectomía total por cáncer de tiroides e hipofaringe. Las complicaciones post operatorias fueron fistulas en 6 pacientes, perforación en 3 pacientes y 3 disfagia por estenosis. Dos casos presentaron migración de prótesis, en uno de ellos se reacomoda y en otro retirada. Del total, 4 pacientes permanecieron con prótesis y el resto completo un promedio de 36,57 días con la prótesis in situ. Todos evolucionaron favorablemente, sin mortalidad intrahospitalaria post procedimiento.

CONCLUSIONES

De acuerdo a resultados, la utilización de prótesis endoluminales puede ser una alternativa de tratamiento en complicaciones post operatorias en cirugía esófago-gástrica como fistula, perforación o estenosis.

(809) COMPLICACIONES OPERATORIAS DE COLANGIOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA SERIE DE CASOS

Erick Castillo Franz, Carlos Manterola Delgado, Julio Figueroa Roman ()*

Hospital de Puerto Montt. Servicio Cirugía adulto Unidad de Endoscopia terapéutica

INTRODUCCIÓN

La patología biliar en nuestro país alcanza pre-valencias de 30- 50% y en donde la ictericia como complicación debida a coledocolitiasis representa un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencia. La colangiografía endoscópica (CRE) como tratamiento de elección en estos casos, es un examen invasivo no exento de complicaciones graves.

OBJETIVOS

Es identificar la morbilidad asociada (MPO) en la realización de CRE en la unidad de endoscopia del Hospital de Puerto Montt en términos de frecuencia de Hemorragia, Pancreatitis, Perforación y sus posibles factores de riesgo

MATERIAL Y MÉTODO

Serie de casos retrospectiva. Se incluyeron los pacientes intervenidos mediante CRE en la Unidad de Endoscopia del Hospital de Puerto Montt, entre el 1 Enero 2012 y Abril 2013. . Muestreo no probabilístico por conveniencia de 178 pacientes. La variable resultado es MPO. Otras variables de interés : canulación difícil, canulación o contraste wirsung, uso de pre-corte, esfinterotomía, instalación de prótesis biliar.. Se utilizó estadística descriptiva con cálculo de porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión. Para comprobar la asociación entre las variables categóricas se ha utilizado la prueba de la Chi cuadrado y la prueba exacta de Fisher.

RESULTADOS

Serie de casos de 178 pacientes 62,9% mujeres(n=112). Media de edad fue 60(-17) años. El diagnostico post procedimiento más frecuente fue coledocolitiasis 68% (n=121). En un 5,6% (n=10) no se logró la canulación de la vía biliar Papilotomía se realizó en un 71,3%(n=127) debiendo realizarse pre corte en un 20,8% (n=37). Del total de CRE las complicaciones se presentaron : Perforación 0,6%(n=1), Pancreatitis 2,2%(n=4) Hemorragia 14% (n=25).

CONCLUSIONES

La canulación difícil no predispone a un mayor riesgo de pancreatitis (P=0,550). La hemorragia es la complicación más frecuente observada 14%(n=25) no demostrándose su asociación con una canulación difícil (P=0,214), pero si en estrecha relación con la realización de papilotomía (P=0,046).

Seccional: CIRUGÍA ESÓFAGO GÁSTRICO

(3) TUMORES ESTROMALES GASTROINTESTINALES GÁSTRICOS: ANÁLISIS CLÍNICO MORFOLÓGICO, DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

Sebastian Cáceres Bavestrello (*) Carlos García Carrasco, Carlos Benavides Castillo, Manuel Quiroz Flores, Alvaro Barría Espinoza, Luis Palominos Morales, Alejandro Cancino Viveros

Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago). Departamento Cirugía Digestiva

INTRODUCCIÓN

El tumor estromal gastrointestinal (GIST) representa menos del 3% de las neoplasias gastrointestinales. Es el tumor mesenquimático más frecuente del tracto digestivo. Su importancia radica en su heterogeneidad tanto en su presentación clínica como su pronóstico. Su diagnóstico se basa en los hallazgos inmunohistoquímicos.

OBJETIVOS

Analizar las características clínicas, morfológicas y pronóstico de esta neoplasia.

MATERIAL Y MÉTODO

Se analizó una serie de casos retrospectiva de los pacientes operados, resecaados de tumores GIST, confirmados por inmunohistoquímica, entre Enero de 2004 y Diciembre de 2013. Se realizó una búsqueda de pacientes con sospecha clínica (cuadro clínico y endoscopia). Se excluyeron otros tumores gástricos. Se analizaron variables demográficas, presentación clínica, morfológicas, cirugías, inmunohistoquímica y pronóstico (supervivencia). El seguimiento se realizó mediante revisión de fichas, contacto telefónico y registro civil. Se utilizó estadística descriptiva y se solicitó autorización al comité de ética.

RESULTADOS

Se operaron 22 pacientes que correspondieron a GIST, confirmados por inmunohistoquímica. Edad media fue 63.22 años (32-86). El 72.7% fueron mujeres. Enfermedades asociadas destaca un caso de neurofibromatosis. La principal manifestación clínica fue epigastralgia (45.4%), luego hemorragia digestiva (40.9%) y baja de peso (3.6%). Los pacientes fueron estudiados con EDA y TAC. El 3.6% tuvo diagnóstico de certeza preoperatorio. Las cirugías realizadas fueron: gastrectomía en cuña en 54.5%, gastrectomías totales en 5.6% y subtotales en 40.9%. No hubo mortalidad operatoria. El tamaño de las lesiones varió entre 1.2 cm. y 19.5 cm de diámetro mayor con media de 6.5 cm. La localización predominante fue fondo gástrico 40.9%. La inmunohistoquímica marcó CD 117 positiva en 21 casos y el índice mitótico varió entre 1 a 12 por campo. La supervivencia actuarial fue de 81.8%.

CONCLUSIONES

El tumor GIST es una patología infrecuente, de presentación y comportamiento clínico incierto, pero con un pronóstico general bueno con una supervivencia a largo plazo mayor al 90%.

(187) CÁNCER GÁSTRICO EN MENORES DE 30 AÑOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL TEMA.

Italo Braghetto Miranda, Viviana Carolina Saavedra Jana (*), Daniela Soledad Carvajal Aguilera

Hospital Clínico U. de Chile. Departamento de cirugía

INTRODUCCIÓN

En Chile el cáncer gástrico (CG) es la primera causa de mortalidad por malignidad. Se presenta principalmente en hombres a edades avanzadas (peak 60 años), sin embargo, durante los últimos años se ha observado la aparición del CG a edades más tempranas y con características clínicas distintas a las conocidas tradicionalmente, lo que determina un nuevo campo de investigación.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es determinar características demográficas, clínicas e histológicas de este tipo de pacientes, para así poder establecer futuras líneas investigativas en cuanto a CG en pacientes jóvenes.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una revisión sistemática del tema, incluyendo cerca de 30 publicaciones internacionales entre el 2000 y 2014, que determinen características clínicas del CG en menores de 30 años (CG<30). Se excluyen presentaciones de casos clínicos, trabajos previos al año 2000 o que incluyan sólo pacientes mayores de 30 años. Se analiza edad de presentación, predilección por sexo, características histo-patológicas, factores de riesgo y pronósticos.

RESULTADOS

El CG<30 se presenta preferentemente en mujeres (60%) en la segunda década de la vida, con sintomatología vaga (epigastralgia, dispepsia) o asintomática, con tendencia a asociación familiar. En un 60% se detecta en estadios avanzados, correspondiendo a adenocarcinoma difuso pobremente diferenciado. Se han determinado factores pronósticos como presencia de síntomas, tamaño tumoral (>4 cm), altos niveles de CA 19-9/CEA, presencia de diseminación linfática, entre otros. No hay suficiente evidencia sobre factores de riesgo.

CONCLUSIONES

El CG<30 se expresa de manera más agresiva y con características demográficas distintas al CG en pacientes mayores. Se detecta en etapas tardías, con mal pronóstico a largo plazo. La evidencia sobre esta entidad clínica es insuficiente, por lo que es imperioso realizar nuevos estudios que se enfoquen en determinar factores de riesgo para la detectar tempranamente esta patología cada vez más frecuente en la población.

(223) EVOLUCIÓN DURANTE 44 AÑOS DE LAS CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS Y SOBREVIDA A LARGO PLAZO DE 304 PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO INCIPIENTE

Attila Csendes J, Juan Carlos Díaz J, Maher Musleh K, Italo Braghetto Miranda, Enrique Lanzarini S, Marcelo Zamorano Diaz (*)
Universidad de Chile. Departamento de Cirugía

INTRODUCCIÓN

El cáncer gástrico es una patología predominante en Chile, constituyendo un problema de salud pública. El carcinoma incipiente constituye una etapa inicial con un muy buen pronóstico a largo plazo.

OBJETIVOS

Analizar las características morfológicas del carcinoma incipiente en tres periodos de tiempo, con un periodo total de 44 años en un mismo centro y analizar todas las publicaciones nacionales referentes a este tema.

MATERIAL Y MÉTODO

En un estudio mixto, retrospectivo y prospectivo, desde 1970 hasta el año 2013, dividiendo a los pacientes en tres grupos: grupo I desde 1970 hasta 1989, grupo II desde 1990 hasta 2003 y grupo III, desde 2004 hasta 2013. Se analizaron las siguientes variables: localización en el estómago, tipo macroscópico, tipo histológico, disección linfonodal y sobrevida a largo plazo. Para los cálculos estadísticos se empleó el Test de Fisher y el Chi cuadrado. La sobrevida se analizó según el test de Kaplan-Meier.

RESULTADOS

Hubo un total de 304 pacientes, que corresponden al 11,3% del total de pacientes resecaados en el mismo periodo de tiempo. Hubo 136 pacientes con carcinoma mucoso (44,7%) y 168 con carcinoma submucoso (55,3%). Se observó un aumento estadísticamente significativo de la localización proximal del tumor. Los tipos macroscópicos excavados o ulcerados comprendieron al 62% de los casos. Hubo un aumento significativo del tipo histológico difuso en el III periodo. Se demostró que un 4,4% de los carcinomas mucosos y un 14,9% de los submucosos presentaron metástasis linfonodal en la primera barrera ganglionar. La sobrevida a 15 años plazo fue mayor al 70%. La mayoría de los pacientes fallecidos fueron por causas ajenas al cáncer.

CONCLUSIONES

En un extenso periodo de tiempo se apreció un cambio en la localización del carcinoma incipiente y en el tipo histológico, al igual que lo que ocurre en el cáncer avanzado. La sobrevida alejada a 15 años es muy buena.

(262) ANASTOMOSIS ESOFAGOYEYUNAL MANUAL EN DOS PLANOS INTRACORPOREA EN LA RECONSTRUCCIÓN POSTERIOR A GASTRECTOMÍA TOTAL LAPAROSCÓPICA. EXPERIENCIA PRELIMINAR.

Enrique Norero Munoz (*) Marco Ceroni Villanelo, Cristian Martinez Belmar, Paulina González Canales, Eduardo Briceno Valenzuela, Eduardo Vinuela Fawaz, Oscar Alfonso Calvo Belmar, Alfonso Díaz Fernández

Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto).

INTRODUCCIÓN

La reconstrucción del tubo digestivo posterior a una gastrectomía total laparoscópica es motivo de controversia. No existe ninguna técnica universalmente aceptada y existen múltiples alternativas con ventajas y desventajas.

OBJETIVOS

Evaluar la frecuencia de filtración y estenosis en una serie inicial de anastomosis esofagoyeyunal manual.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio de cohorte retrospectiva. Se evaluaron los datos epidemiológicos, perioperatorios y de seguimiento de los pacientes entre 2012-2014. Se incluyeron a todos los pacientes, en forma consecutiva, en quienes se reconstruyó el tubo digestivo posterior a una gastrectomía total laparoscópica por cáncer gástrico. Se excluyó a los pacientes con conversión a cirugía abierta. La técnica consistió en una Y de Roux transmesocolica, con una anastomosis esofagoyeyunal manual intracorporea en dos planos con vicryl-monocryl 3.0, el uso de una sonda esofágica 37F y prueba de azul de metileno intraoperatoria. Se realizó un estudio contrastado oral al 3-4 día postoperatorio y realimentación progresiva. A los 3 meses se realizó una endoscopia rutinariamente para evaluar estenosis anastomótica.

RESULTADOS

Incluimos 10 pacientes (5 hombres; edad 62 ± 13 años, IMC 26 ± 4). Se excluyó 1 paciente convertido debido a invasión duodenal. En 3 pacientes existían laparotomías supraumbilicales. Se completó la anastomosis por vía laparoscópica en los 10 casos y la prueba de azul de metileno fue negativa en todos. El tiempo operatorio total fue de 395 ± 44 min y el tiempo de la anastomosis fue de 68 ± 8 min. La mediana de estadía fue de $7\pm 1,2$ días. En 2 casos (20%) se registró morbilidad. Ningún paciente presentó morbilidad Clavien 3 o superior. Ningún paciente presentó filtración clínica ni radiológica y en el seguimiento ningún paciente ha presentado estenosis de la anastomosis.

CONCLUSIONES

Esta serie inicial presenta resultados favorables, sin casos de filtración ni estenosis anastomótica. Evitando una incisión abdominal superior y sin necesidad de dispositivos de sutura mecánica.

(263) EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA ESOFAGECTOMÍA POR CÁNCER ESOFÁGICO. ANÁLISIS DE MÁS DE 150 PACIENTES RESECADOS.

Enrique Norero Munoz (*) Marco Ceroni Villanelo, Cristian Martínez Belmar, Paulina González Canales, Eduardo Vinuela Fawaz, Eduardo Briceno Valenzuela, Sergio Baez Vallejos, Mario Caracci Lagos, Alfonso Díaz Fernández

Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto).

INTRODUCCIÓN

El cáncer de esófago representa una patología de tratamiento complejo. La cirugía presenta una alta morbimortalidad y la sobrevida a largo plazo es baja.

OBJETIVOS

Analizar los resultados perioperatorios y de sobrevida a largo plazo del tratamiento quirúrgico del cáncer esofágico.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte retrospectiva. Se incluyeron los pacientes sometidos a una esofagectomía por cáncer esofágico entre 1996 y 2014. Se revisó la vía de abordaje, la morbilidad y la mortalidad postoperatoria. La etapificación se realizó con el TNM según la séptima edición. La sobrevida alejada se analizó según curvas de Kaplan-Meier y test de log-rank.

RESULTADOS

Se incluyeron 178 casos (Edad 67 ± 10 años; 62% Hombres). La ubicación del tumor estaba en los 2/3 superiores del esófago en un 57%. El abordaje fue transhiatal abierto en 61%, transtorácico abierto en 28% y mínimamente invasivo en 12%. Se logró un resultado oncológico R0 en un 75%, R1 en 8% y R2 16%. La mortalidad operatoria a 30 días fue 8% y la morbilidad de 74%, destacando un 35% de complicaciones respiratorias y un 25% de filtración de la anastomosis esofagogastrica cervical. Las histologías más frecuente son carcinoma escamoso (74%) y adenocarcinoma (23%). En 62% existió compromiso tumoral hasta la adventicia (T3) y un 53% de los casos estaban en etapa III. La mediana de sobrevida global fue de 14 meses. La sobrevida al lograr un R0 es de 21 meses, superior a los casos R1-2 ($P<0,001$). De acuerdo a las etapas la sobrevida fue de 153 meses en etapa I, 29 meses etapa II, 11 meses en etapa III y 4 meses en etapa IV ($P<0,001$).

CONCLUSIONES

La esofagectomía presenta una mortalidad postoperatoria propia de un centro de volumen intermedio. La sobrevida general es baja y es significativamente mejor al lograr el R0 y en etapas precoces.

(264) EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO ADYUVANTE POSTOPERATORIO EN CÁNCER GÁSTRICO. ANÁLISIS DE PACIENTES TRATADOS CON INTENCIÓN CURATIVA EN MÁS DE 500 CASOS.

Enrique Norero Munoz (*) Jaime Cerda Lorca, Marisa Bustos Carrasco, Raúl Cartes Dagorret, Hernán Rojas Romero, Paulina González Canales, María Elisa Herrera Nieda, Marco Ceroni Villanelo, Cristian Martínez Belmar, Eduardo Vinuela Fawaz, Eduardo Briceno Valenzuela, Verónica López Larraechea, Victoria Hidalgo Torres, Sergio Baez Vallejos, Mario Caracci Lagos, Alfonso Díaz Fernández

Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto). Equipo de Cirugía Esofagogastrica y Oncología.

INTRODUCCIÓN

El beneficio de un tratamiento adyuvante en cáncer gástrico tratado con linfadenectomía D2 es motivo de discusión.

OBJETIVOS

Investigar el beneficio en sobrevida a largo plazo con adyuvancia postoperatoria en pacientes operados por cáncer gástrico.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte retrospectiva. Se seleccionaron los pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma gástrico operados con intención curativa y R0, entre 1996-2013. Se excluyeron los pacientes en etapa I y aquellos con mortalidad postoperatoria. La etapificación se realizó con el TNM según la séptima edición. Se compararon los pacientes en quienes se utilizó adyuvancia postoperatoria con los que se sometieron a cirugía exclusiva. Las curvas de supervivencia se analizaron según Kaplan-Meier y el test de log-rank. Se realizó un análisis multivariado, ajustando por edad, tipo de cirugía y etapificación. La linfadenectomía D2 fue el estándar y la adyuvancia realizada fue principalmente radioquimioterapia postoperatoria.

RESULTADOS

Incluimos 580 pacientes. En 204 pacientes se utilizó adyuvancia (AD) y en 376 se trataron con cirugía exclusiva (QX). En el grupo QX existían más pacientes con edad sobre 70 años (44% vs 17%, $p < 0.001$), más resección de órganos vecinos (39% vs 21%, $p < 0.001$) y más complicaciones postoperatorias (32% vs 14%, $p < 0.001$); y en el grupo AD encontramos mayor porcentaje de pacientes en etapa III (66% vs 77%, $p < 0.001$). No encontramos diferencias en el tipo de cirugía ni en el recuento ganglionar. La mediana de supervivencia de todos los pacientes fue de 29 meses. El análisis multivariado demostró beneficio en supervivencia global para el grupo de AD, en las etapas IIIB (HR 0.403; CI 0.233-0.698) y IIIC (HR 0.485; 0.325-0.722).

CONCLUSIONES

Nuestros resultados sugieren que en pacientes tratados con linfadenectomía D2, el uso de adyuvancia con radioquimioterapia postoperatoria presenta beneficios en etapas IIIB y IIIC.

(265) GASTRECTOMÍA TOTALMENTE LAPAROSCÓPICA POR NEOPLASIAS DEL ESTÓMAGO. EXPERIENCIA FACTIBLE EN UN CENTRO PÚBLICO.

Enrique Norero Muñoz () Marco Ceroni Villanelo, Cristian Martínez Belmar, Paulina González Canales, Eduardo Vinuela Fawaz, Eduardo Briceno Valenzuela, Sergio Baez Vallejos, Oscar Alfonso Calvo Belmar, Alex Escalona Pérez, Mario Caracci Lagos, Alfonso Díaz Fernández*
Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto).

INTRODUCCIÓN

El abordaje laparoscópico para el tratamiento de tumores gástricos presenta múltiples ventajas. Sin embargo la experiencia local es limitada.

OBJETIVOS

Evaluar los resultados de un programa de gastrectomía laparoscópica desarrollado en un hospital público.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio de cohorte retrospectiva. Se evaluaron los datos epidemiológicos, perioperatorios y de seguimiento de los pacientes tratados con una gastrectomía laparoscópica debido a neoplasias de estómago entre 2006-2014. Se utilizó una técnica totalmente laparoscópica en todos los casos. Las complicaciones se evaluaron con la clasificación de Clavien-Dindo.

RESULTADOS

Se sometieron 57 pacientes a una gastrectomía laparoscópica, la edad fue 65 ± 11 años. En 25 pacientes se realizó una gastrectomía total. El porcentaje de conversión a cirugía abierta fue de 7%. El tiempo operatorio fue de 330 (90-500) min y el sangrado de 150 (20-500) cc. La mediana de estadía hospitalaria fue 7 (3-37) días. Existió morbilidad postoperatoria en 18 (31%) casos, con complicaciones grado 3 o mayor en 3 (5%) y una mortalidad postoperatoria (1,7%). La histología fue adenocarcinoma en 46 pacientes. Se logró una resección R0 en 98%. Para adenocarcinoma gástrico, 31 (67%) casos eran T1, con un 78% en etapa 1. La mediana de ganglios reseccionados fue de 24. La mediana de seguimiento fueron 26 (1-91) meses. La supervivencia global para adenocarcinoma fue de 92% a 3 años.

CONCLUSIONES

Este estudio apoya la factibilidad y seguridad de un programa de gastrectomía laparoscópica en un hospital público; con baja morbilidad, una linfadenectomía adecuada y supervivencia a largo plazo.

(294) FACTORES DE RIESGO E IMPACTO PRONÓSTICO DEL COMPROMISO LINFONODAL DEL GRUPO 12 EN LA CIRUGÍA CURATIVA DEL CÁNCER GÁSTRICO.

Javier López Sebastián () Juan Andrés Madariaga Gatica, Evelyn Astudillo Munoz, Mauricio Zambra Rojas, Marcelo Barra Munoz, Karen Rojas Rossel, Eduardo Coddou Claramunt*

Hospital San Pablo (Coquimbo). Servicio de Cirugía

INTRODUCCIÓN

El impacto pronóstico del compromiso linfonodal del grupo 12, o sea los linfonodos del ligamento duodeno-hepáticos, en la cirugía del Cáncer Gástrico no ha sido debatido ampliamente en la literatura. Nos planteamos que la afección de este grupo linfonodal, sería un factor desfavorable en la supervivencia.

OBJETIVOS

El objetivo es definir factores de riesgo e impacto pronóstico del compromiso de linfonodos del grupo 12.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio observacional de cohorte retrospectivo, que incluye 87 pacientes con diagnóstico de Cáncer Gástrico de origen epitelial no metastático, que fueron sometidos a cirugía con intención curativa con disección del grupo 12, en el Hospital San Pablo Coquimbo, entre los años 2009 y 2013. Basados en el compromiso metastásico de este grupo linfonodal, se dividió la serie en aquellos con linfonodos afectados (n=13) y no afectados (n=74). Se compararon variables clínicas, patológicas y quirúrgicas. Se definieron factores de riesgo e impacto pronóstico del compromiso linfonodal del grupo 12. El análisis estadístico univariable se realiza mediante la prueba de X^2 y t de Student. Los factores de riesgo se determinan mediante el modelo de regresión logística binaria y se comparan las curvas de supervivencia de Kaplan Meier mediante el test de log rank.

RESULTADOS

La edad media fue de 63(DE:10,8) años y 57(65,5%) fueron hombres. El estadio III ($p=0.001$), la localización distal ($p=0,05$) y la presencia de permeación linfovascular ($p=0,035$) son factores de riesgo independientes de metástasis en el grupo 12. Los pacientes con el grupo 12 comprometido tuvieron una menor supervivencia general ($p < 0,001$) y en el estadio III ($p=0,002$).

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia los pacientes con compromiso linfonodal del grupo 12 tienen estadísticamente un peor pronóstico de supervivencia. El riesgo aumenta significativamente en tumores en estadio III, ubicados distalmente y frente a la presencia de permeaciones linfovasculares.

(311) CANCER GÁSTRICO EN PACIENTES LONGEVOS DE 75 AÑOS O MÁS: MORBIMORTALIDAD OPERATORIA. SOBREVIDA.

Oscar Lynch, Jaime Madariaga, Gabriel Astete, Cesar Llanos.

Servicio Pensionado Hospital Regional Concepción. Interno Medicina Universidad de Concepción.

Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Servicio de Pensionado.

INTRODUCCIÓN

La población longeva y la incidencia de cáncer aumenta; las comorbilidades de este grupo, más un supuesto aumento de morbimortalidad operatoria cuestionan el tratamiento quirúrgico. En Chile no hay registros frecuentes en pacientes longevos tratados por presentar cáncer gástrico.

OBJETIVOS

Determinar morbimortalidad y sobrevida del tratamiento quirúrgico de cáncer gástrico, en pacientes de 75 años o más.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte prospectiva. De nuestros registros y seguimiento de pacientes gastrectomizados por adenocarcinoma, longitudinalmente entre 1985 y julio del 2014 (total 265 pacientes) se analizan los pacientes de 75 años o más. Para cálculo de sobrevida se excluye mortalidad operatoria (1 caso) y adyuvancia (4 casos). Se analizan variables de: pacientes, tumor, manejo quirúrgico y variables resultado: morbimortalidad operatoria y sobrevida. Estadística descriptiva y analítica, sobrevida método de Kaplan Meyer y Test de Log-Rank.

RESULTADOS

36 casos. Hombres 20 (55.6 %) Mujeres 16 (44.4%). Edad promedio 78.5 años (± 3.8) rango 75 y 90 Comorbilidad preoperatoria: 24 pacientes (67%). Tumor: Estadío evolutivo TNM 7^oed: IA (7) IB (2) IIA (2) IIB (6) IIIA (4) IIIB (5) IIIC (3) IV (7). Gastrectomías Subtotales = 20 (55%), Totales = 16 (45%). Intención Curativa = 18 casos (50%), Paliativa = 18 (50%). Morbilidad operatoria: Médicas = 4 (11,1%), Neuropatía 2, ITU 1, IAM 1. Morbilidad quirúrgica = 0. Mortalidad operatoria= 1 (2.7%) IAM. Sobrevida: Global: 50% a 3 años y 32% a 5 años. Cirugía Curativa: 57% a 5 años, Paliativas 15% a 5 años. $P=0,002$

CONCLUSIONES

En esta serie, el tratamiento quirúrgico en pacientes de 75 años o más con adenocarcinoma gástrico, es posible realizarlo con morbi-mortalidad y pronóstico similar a la población general.

(505) ASOCIACIONES GENÉTICAS EN CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO EN ADULTOS JÓVENES: REVISIÓN DEL TEMA

Viviana Carolina Saavedra Jana () Italo Braghetto Miranda*

Hospital Clínico U. de Chile. Departamento de Cirugía

INTRODUCCIÓN

El cáncer gástrico (CG) es la primera causa de mortalidad por malignidad en Chile, presentándose principalmente a edades avanzadas (peak 60 años). Los últimos estudios apuntan a la aparición de CG a edades más tempranas y con características clínicas distintas a las conocidas tradicionalmente. Por otro lado, múltiples estudios han intentado relacionar alteraciones moleculares específicas en la génesis del CG, para así permitir la determinación de marcadores tempranos de la patología, ámbito de suma importancia para el tratamiento precoz del CG y la consiguiente disminución de la mortalidad.

OBJETIVOS

Determinar la asociación de algunos genes con la aparición de CG avanzado en adultos jóvenes

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una revisión sistemática del tema incluyendo trabajos que investiguen sobre bases genéticas del CG. Se excluyen del estudio trabajos sobre CG difuso hereditario.

RESULTADOS

Existen reportes sobre la inactivación de genes supresores de tumores y activación de oncogenes como ERBB2 en CG, pero su frecuencia global es baja, lo que impide la construcción de modelos moleculares. El estudio de la metilación de la región promotora de los genes BRCA1, p73 entre otros ha permitido determinar una asociación con variantes agresivas del CG. La metilación del gen APC estaría asociada a mal pronóstico, mientras que la de BRCA1 pareciera estar asociada a aparición más temprana. Uno de los oncogenes más estudiados es el receptor tirosin-kinasa HER2. Su sobreexpresión se asocia al desarrollo y progresión de tipos agresivos de cáncer de mama y CG, permitiendo la utilización de terapias anti-HER2 (trastuzumab) como asociación a la quimioterapia convencional con mejores resultados. No existen estudios específicos sobre asociación genética del CG en adultos jóvenes.

CONCLUSIONES

Se aprecia una tendencia a la asociación de la metilación del gen BRCA1 con el desarrollo de CG a edades más tempranas y en forma más agresiva, sin embargo todavía falta investigación.

(558) ¿LA QUIMIOTERAPIA PRE-OPERATORIA AUMENTA LA MORBI-MORTALIDAD DE LA GASTRECTOMÍA EN CÁNCER GÁSTRICO?

Manuel Quiroz Flores, Sebastián Cáceres Bavestrello, Carlos Benavides Castillo, Alvaro Barría Espinoza, Luis Palominos Morales, Mauricio Turu Canessa, Carlos García Carrasco ()*

Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago). Servicio de Cirugía Equipo Cirugía Digestiva Alta

INTRODUCCIÓN

Es ampliamente aceptado que el manejo actual del cáncer gástrico es multimodal y multidisciplinario. Una de las alternativas es el uso de la quimioterapia preoperatoria. Dos estudios han demostrado que no hay aumento de la morbi-mortalidad de la gastrectomía. Sin embargo, la población evaluada es distinta a la nuestra, en que suelen presentarse pacientes con patología crónica y otras condiciones que podrían incrementar la morbi-mortalidad.

OBJETIVOS

Comparar la morbi-mortalidad de pacientes sometidos a gastrectomía después de recibir quimioterapia preoperatoria versus los que fueron sometidos a cirugía como primer tratamiento

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: estudio de cohorte prospectiva de los pacientes tratados por cáncer gástrico desde septiembre del 2010 a diciembre del 2013. Todos los pacientes fueron evaluados en comité oncológico el cual decidió enrolar en un protocolo de quimioterapia preoperatoria seguido de cirugía resectiva oncológica gástrica o a cirugía primaria. Se comparó la morbi-mortalidad quirúrgica de acuerdo a la escala de Clavien. Se utilizó estadística descriptiva y analítica.

RESULTADOS

Durante el periodo mencionado fueron operados 171 pacientes, de los cuales 51 recibieron quimioterapia preoperatoria (Grupo A, 29,8%) y 125 no (Grupo B, 70,2%). La mortalidad operatoria global fue de 4,09%. Para el grupo A, esta alcanzó al 1,9% (1/51) y para el grupo B 4,8% (6/125). $P=0,211$. Complicaciones mayores, (Clavien III o más) ocurrieron en 14 pacientes (8,18%), En el Grupo A, fueron de, 3,92% y para el grupo B de 9,6% ($p=0,96$)

CONCLUSIONES

La morbilidad quirúrgica es similar en ambos grupos, con mortalidad algo mayor y significativa en el grupo de pacientes no sometidos a quimioterapia. Estos resultados confirman que en nuestra población, es necesario aplicar un protocolo de selección de pacientes que asegure un control de la morbilidad y mortalidad quirúrgica. Nuestro protocolo de inclusión es adecuado para seleccionar pacientes que se beneficiaran de la quimioterapia preoperatoria.

(559) SUPERVIVENCIA REAL A 5 AÑOS EN CIRUGÍA RESECTIVA ONCOLÓGICA EN CÁNCER GÁSTRICO

Sebastián Cáceres Bavestrello, Carlos Benavides Castillo, Alvaro Barría Espinoza, Luis Palominos Morales, Carlos García Carrasco ()*

Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago). Servicio de Cirugía equipo de Cirugía Digestiva Alta

INTRODUCCIÓN

Los avances actuales del tratamiento del cáncer gástrico obligan a comparar series históricas con casuísticas que incluyen las novedades de tratamiento. Para ello es fundamental tener series homogéneas, con definiciones claras, especialmente relativas a supervivencia, y fidedignas.

OBJETIVOS

El objetivo del presente trabajo es mostrar los resultados de supervivencia cruda y real a 5 años en pacientes sometidos a cirugía por cáncer gástrico, como método único de tratamiento, tomando en consideración los sistemas actuales de estadificación tanto preoperatorios como patológicos. (TNM 2010)

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte retrospectivo. La serie esta formada por todos los pacientes operados con criterio curativo y en forma consecutiva entre enero del 2000 y diciembre del 2004, cuya biopsia confirmó un cáncer gástrico tipo adenocarcinoma. (criterios de inclusión). Todos completaron seguimiento de a lo menos 5 años. Se excluyeron casos de mortalidad operatoria. Variables de estudio: demográficas, clínicas, patológicas y seguimiento. Seguimiento en base a fichas y registro civil. Se realizó análisis estadístico descriptivo y analítico según corresponda.

RESULTADOS

Análisis de 180 pacientes consecutivos. 107 hombres y 73 mujeres (59,4 y 40,6% respectivamente). promedio edad 63,1 años. 86,4% de causas de muerte fueron por cáncer gástrico. El 49,4% de los pacientes están vivos a 5 años. La frecuencia y supervivencia real (entre paréntesis), por estadio TNM 2010: IA 34 pacientes (85,2%), IB 11 casos (81,8%), IIA 16 casos (68,7%), IIB 35 (48,6%), IIIA 22 casos (54,5%), IIIB 39 pacientes (23,07%) y IIIC 23 (8,69%)

CONCLUSIONES

Habitualmente la supervivencia publicada corresponde a la actuarial, es decir un cálculo probabilístico. Esta serie entrega datos de supervivencia cruda y real a 5 años, esto es pacientes que están vivos efectivamente a 5 años. Para una adecuada comparación, es fundamental tener series homogéneas, estandarizadas y con definiciones exactas de supervivencia.

(582) MORBILIDAD, MORTALIDAD Y SOBREVIDA EN CANCER GASTRICO. ESTUDIO PROSPECTIVO

Oscar Lynch, Jaime Madariaga, Gabriel Astete, César Llanos.

Servicio Pensionado Hospital Regional Concepción. Interno Medicina Universidad de Concepción

Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Servicio de Pensionado

INTRODUCCIÓN

Cáncer gástrico en Chile es primera causa de muerte por cáncer; el tratamiento quirúrgico es la terapia con potencial curativo. A nivel nacional múltiples grupos quirúrgicos enfrentan este cáncer, no obstante existen escasas experiencias que muestren resultados pronósticos.

OBJETIVOS

Comunicar resultados de morbilidad y sobrevida en pacientes gastrectomizados por adenocarcinoma y, con ello, sumar experiencia nacional pronóstica útil para evaluaciones y necesaria para indicación de terapia adyuvante.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo. En nuestros datos de pacientes gastrectomizados por adenocarcinoma, registrados entre 1985 y julio del 2014 (230 casos), se analizan todos los pacientes y para sobrevida se excluyen adyuvancia (25 casos) y neoadyuvancia (5 casos). Se estudian variables de: pacientes, tumor, manejo y variables resultado: morbilidad operatoria y sobrevida. Estadística descriptiva y analítica, sobrevida método de Kaplan Meyer y Test de Log-Rank.

RESULTADOS

N=230. Hombres 137 (59,6%) Mujeres 93 (40,4%) Edad promedio: 61,1 años (\pm 12,1). Rango 27-90 Avanzado 187 (81,3%). Incipiente 43 (18,7%) Estadio evolutivo TNM 7ª Ed.: IA (36) IB (15) IIA (23) IIB (29) IIIA (32) IIIB (32) IIIC (31) IV (32) Gastrectomías: Subtotales = 112 (48,7%) Totales = 118 (51,3%) Morbilidad: Médicas = 25 (10,9%). Quirúrgica = 6 (2,6%). Fístula anastomosis = 0. Mortalidad operatoria = 3 (1,3%). IAM = 2. Neumopatía = 1. Estadía hospitalaria = 13,74 días (\pm 4,6) Sobrevida: Global (n=200) 5 años: 48,2% Incipientes (n=42) 5 años: 84,8%; Avanzados (n=158) 5 años: 40,1%. P=0,001. Avanzado T2T3T4aN0 (n=41) 5 años: 60,9%; T2T3T4aN1 (n=35) 5 años: 54,2%. T2T3T4aN2 (n=31) 5 años: 43,7%; T2T3T4aN3 (n=31) 5 años: 12,9%.

CONCLUSIONES

La serie permite apreciar que el tratamiento quirúrgico exclusivo en cáncer gástrico tiene gran potencial curativo, aún, en etapas avanzadas. En nuestro medio, la indicación de terapias adyuvantes debiera considerarse muy selectivamente.

(603) RESULTADOS DE LA GASTRECTOMIA LAPAROSCOPICA POR ENFERMEDAD TUMORAL EN EL HOSPITAL CLINICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

Maher Musleh K, Enrique Lanzarini S, Carlos Domínguez Contreras (), Juan Carlos Molina Franjola, Italo Braghetto Miranda, Marcelo Zamorano Díaz*

Universidad de Chile. Departamento de Cirugía

INTRODUCCIÓN

Desde el advenimiento de la cirugía laparoscópica la patología tumoral ha sido un punto controversial. Sin embargo en los últimos años se ha demostrado su seguridad en la patología tumoral gástrica, incluyendo los adenocarcinomas incipientes.

OBJETIVOS

Analizar las gastrectomías laparoscópicas en pacientes con diagnósticos de enfermedad tumoral gástricas primarias realizadas en el Departamento de Cirugía del Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo, Serie de casos clínicos, que incluye todos los pacientes mayores de 15 años sometidos a gastrectomía laparoscópica por patología tumoral desde enero del año 2006 hasta marzo del año 2014, en el HCUCH. Se evaluaron antecedentes clínicos, técnica quirúrgica y evolución. El análisis estadístico se realizó mediante medidas de tendencia central, dispersión y asociación. Utilizando Stata v11.

RESULTADOS

De un total de 29 pacientes operados, 55,17%(16) de sexo masculino, con edad promedio 54,8 años (\pm 13,36). Las etiologías fueron GIST 53,57%(15), Adenocarcinoma 39,29%(11) y 7,14%(2) Neuroendocrinos. Se realizaron gastrectomías totales(GT) en 24,14% de los pacientes, 27,93% gastrectomías subtotales(GST). Se realizó reconstrucción mediante Y-Roux en 100% casos, utilizando anastomosis mecánica en 77,7%, se dejó drenaje en 44,4% En el subgrupo de adenocarcinoma se realizó GT 54,5% y GST 45,5%, se asoció linfadenectomía D2 en 90,9%. El post operatorio promedio fue 4,4 días (\pm 1,4), 17,2% de los pacientes presentaron complicaciones postoperatorias, dos tipo IIIb (Clavien-Dindo). No hubo mortalidad en la serie. En el seguimiento hubo un fallecido con diagnóstico de Adenocarcinoma gástrico avanzado, poco diferenciado, con sobrevida a 6,3 meses.

CONCLUSIONES

Se ha observado un aumento de la cirugía laparoscópica en patología gástrica primaria en los últimos años en el HCUCH. La Gastrectomía Laparoscópica es factible y segura en enfermedad tumoral gástrica, incluyendo los adenocarcinomas, con baja morbilidad.. Con resultados quirúrgicos, comparables con estudios nacionales e internacionales.

(619) CARCINOMA GÁSTRICO NEUROENDOCRINO, REVISIÓN DE CASOS DESDE 2004 A 2014

Attila Csendes J, Maher Musleh Katan, Manuel Figueroa Giralt, Marcelo Pereira Peralta (), Jaime Antonio Vásquez Yanez, Andrés Sanhueza Zegers, Isabel Arratia Severino*

Hospital Clínico U. de Chile. DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA

INTRODUCCIÓN

Los Tumores neuroendocrinos del tracto digestivo son entidades infrecuentes. El carcinoma gástrico neuroendocrino representa <1% de los cánceres gástricos. Este se clasifica según su tipo histológico, celularidad, índice mitótico y el índice Ki-67. Su potencial de malignidad es variado y el tratamiento puede ir desde una resección endoscópica, hasta una resección quirúrgica dependiendo de su clasificación y estadio.

OBJETIVOS

Reportar nuestra experiencia en el manejo de carcinoma gástrico neuroendocrino de los últimos 10 años.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, retrospectivo de la base de datos de cáncer gástrico del Hospital Clínico Universidad de Chile de pacientes que consultaron entre los años 2004 y 2014. Se discriminaron los tumores neuroendocrinos, excluyendo aquellos pacientes no operados y se recopiló datos demográficos, clínicos, quirúrgicos, anatomopatológicos y de seguimiento a largo plazo.

RESULTADOS

De 538 pacientes con cáncer gástrico, 11 fueron cáncer neuroendocrino, 64% fueron hombres, edad media de 59 años, el 100% presentaba comorbilidades. Un 72,7% presentaba manifestación clínica siendo la baja de peso la más frecuente con un 45.4%. Se realizó 6 gastrectomías totales y 4 subtotales curativas y 1 gastrectomía total paliativa. Hubo 1 complicación quirúrgica post operatorias (filtración de la esofagoyeyuno anastomosis). No hubo mortalidad. La estadía hospitalaria media fue de 8 días. El estudio Histológico determinó 10 carcinomas neuroendocrinos y 1 carcinoma mixto, 81% de los carcinomas neuroendocrinos fueron tipo I y un 19% fueron tipo III. Existieron 2 recidivas, una ósea y una peritoneal local. Existen 3 muertes a los 16, 18 y 21 meses post operatorios, la supervivencia media a la fecha es de 28 meses con rango de 4 a 110 meses.

CONCLUSIONES

Los carcinomas gástricos neuroendocrino son tumores infrecuentes, con comportamiento maligno variable. La cirugía curativa ofrece buenos resultados con bajas tasas de complicaciones quirúrgicas en equipos experimentados.

(620) GASTRECTOMÍA D0-D1 MAS RADIOQUIMIOTERAPIA POR ADENOCARCINOMA GÁSTRICO. SOBREVIDA A 5 AÑOS SEGÚN ESTADIO.

Francisco Venturelli Munoz (), Janette Rosas Hinojosa, Ricardo Guarda Contardo, Marcela Cárcamo Ibaceta, Carlos Rosas Hinojosa*

Hospital Base San José de Osorno. Servicio de Cirugía

INTRODUCCIÓN

El tratamiento actual es la gastrectomía D2 mas quimioterapia perioperatoria

OBJETIVOS

El objetivo principal es describir la supervivencia de los pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma gástrico operados con intención curativa mediante gastrectomía D0 y D1 en el Hospital Base Osorno (HBO) entre los años 2006 y 2010

MATERIAL Y MÉTODO

Serie de casos. Se incluyeron a los pacientes con biopsia de adenocarcinoma gástrico diagnosticados en el HBO entre el año 2006 y 2010. Se excluyeron los pacientes no operados y los con intención paliativa. Para clasificarlos según TNM y cálculos de supervivencia por estadio se excluyeron los pacientes con una cosecha linfonodal menor a 15 a menos que sean mucosos bien diferenciados. Se realizó estadística descriptiva de las variables expuestas. Para calcular la supervivencia se definió como tiempo cero la fecha operatoria y el evento como la muerte por cáncer gástrico, lo cual se obtuvo tanto de los certificados de defunción como del seguimiento de los pacientes en oncología. Realizó análisis de supervivencia, mediante curvas de Kaplan Meier. Se utilizó un nivel de confianza del 95%. El software utilizado fue stata 12.0

RESULTADOS

Total 129 pacientes, 44 quedaron para el análisis global de pacientes operados mediante una gastrectomía con intención curativa. La mediana de edad fue de 63 años (29-85). La distribución por sexo fue 17 mujeres y 27 hombres. La ubicación tumoral fue; tercio superior: 8 (18,18%), superior-medio: 7 (15,91%), medio: 12 (27,27%), medio-inferior: 7 (15,91%), inferior: 9 (20,45%), superior-medio-inferior: 1 (2,27%). La mediana de ganglios resecados fue 27 (62-9) 13 (30%) pacientes recibieron QRD(TMT)(todos la completaron). La supervivencia a 5 años según estadio IA:100%, IB: 100%, IIA: 83%, IIB: 3%, IIIA: 18%, IIIB: 0%, IIIC: 0%

CONCLUSIONES

Como resumen podemos decir que con esta disección presentamos una baja sobrevida en los estadios más avanzados de la enfermedad, el corte de 25 linfonodos para considerar una disección D2 pudiera ser insuficiente.

(622) CANCER GASTRICO EN PACIENTES LONGEVOS DE 75 AÑOS O MÁS: MORBIMORTALIDAD OPERATORIA. SOBREVIDA.

Oscar Lynch, Jaime Madariaga, Gabriel Astete, César Llanos.

Servicio Pensionado Hospital Regional Concepción. Interno Medicina Universidad de Concepción.

Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Servicio de Pensionado

INTRODUCCIÓN

La población longeva y la incidencia de cáncer aumenta; las comorbilidades de este grupo, más un supuesto aumento de morbilidad operatoria cuestionan el tratamiento quirúrgico. En Chile no hay registros frecuentes en pacientes longevos tratados por presentar cáncer gástrico.

OBJETIVOS

Determinar morbilidad y sobrevida del tratamiento quirúrgico en cáncer gástrico en pacientes de 75 años o más.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte prospectiva. De nuestros registros y seguimiento de pacientes gastrectomizados por adenocarcinoma, longitudinalmente entre 1985 y julio del 2014 (total 230 pacientes) se analizan los pacientes de 75 años o más. Para cálculo de sobrevida se excluye mortalidad operatoria (1 caso) y adyuvancia (4 casos). Se analizan variables de: pacientes, tumor, manejo quirúrgico y variables resultado: morbilidad operatoria y sobrevida. Estadística descriptiva y analítica, sobrevida método de Kaplan Meyer y Test de Log-Rank.

RESULTADOS

36 casos. Hombres 20 (55.6 %) Mujeres 16 (44.4%). Edad promedio 78.5 años (± 3.8) rango 75 y 90 Comorbilidad preoperatoria: 24 pacientes (67%). Tumor: Estadío evolutivo TNM 7^{ed}: IA (7) IB (2) IIA (2) IIB (6) IIIA (4) IIIB (5) IIIC (3) IV (7). Gastrectomías Subtotales = 20 (55%) Totales = 16 (45%). Intención Curativa = 18 casos (50%) Paliativa = 18 (50%). Morbilidad operatoria: Médicas = 4 (11,1%); Neumopatía 2, ITU 1, IAM 1. Morbilidad quirúrgica = 0. Mortalidad operatoria= 1 (2.7%) IAM. Sobrevida: Global: 50% a 3 años y 32% a 5 años. Cirugía curativa: 57% a 5 años, Paliativa: 15% a 5 años. P=0,002

CONCLUSIONES

En esta serie, el tratamiento quirúrgico en pacientes de 75 años o más con adenocarcinoma gástrico, es posible realizarlo con morbilidad y pronóstico similar a la población general.

(687) CIRUGÍA DE SUPRESIÓN ACIDA Y DERIVACIÓN DUODENAL LAPAROSCÓPICA EN BARRET EXTENSO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE

Italo Braghetto Miranda, Jaime Antonio Vásquez Yanez () Juan Pablo Lasnibat Roldan, Ramón Torres Rodríguez, Nicolás Von Jentschky Rojas, Stefano Biancardi Kosler, Vivian Parada Farías*

Hospital Clínico U. de Chile. Departamento de Cirugía

INTRODUCCIÓN

El esófago de Barret es una complicación producto de un Reflujo Esofagogástrico Crónico que aumenta el riesgo de adenocarcinoma. La fundoduplicatura de Nissen es una alternativa quirúrgica pero tiene una alta tasa de recurrencia, por lo cual hemos sugerido efectuar adicionalmente antrectomía, vagotomía y derivación duodenal en y de roux, que mostró en la era de la cirugía abierta excelentes resultados en cuanto a morbilidad, recurrencia de esofagitis y regresión de metaplasia intestinal.

OBJETIVOS

Demostrar que la cirugía laparoscópica en Barret largo pueden presentar resultados equivalentes en morbilidad precoz y alejadas, mortalidad y recurrencia histológica.

MATERIAL Y MÉTODO

Es una cohorte prospectiva de pacientes operados por vía laparoscópicas en el Hospital Clínico Universidad de Chile en los años 2008 y 2012. Sólo se incluyeron los pacientes con barret largo (> 3 cm). Se controlaron clínicamente en el postoperatorio inmediato y alejado, además con endoscopia e histología anual. Para el análisis se utilizó t-student considerando un $p < 0,05$ como significativo.

RESULTADOS

Se incluyen 53 pacientes, 19 hombres y 34 mujeres, cuyas edades fluctuaban entre los 25 y 72 años. Como morbilidad precoz (1 mes) se presentó 1 paciente con trombosis portal. Las complicaciones tardías fueron 2 fístulas duodenales (3,7%) a los 6 meses, 4 dumping (7,5%), 6 diarreas severas (11,3%) y 2 paciente con baja de peso (3,7%), las que se manejaron médicamente con buenos resultados. No hubo mortalidad operatoria. La regresión de la displasia ocurrió en 15 pacientes en correspondiendo al 27,7% no habiendo diferencias con respecto a estudios anteriores (p no significativo). En 11 pacientes se trataron con ablación con argón plasma y radiofrecuencia. No se presentó progresión a adenocarcinoma.

CONCLUSIONES

La cirugía laparoscópica presenta una baja morbilidad y porcentajes de regresión equivalentes a experiencias previas del departamento.

(731) MANEJO QUIRURGICO DE LOS TUMORES ESTROMALES GASTROINTESTINALES EN EL HOSPITAL CLINICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

Carlos Domínguez Contreras () Maher Musleh Katan, Marcelo Zamorano Díaz, Juan Carlos Molina Franjola, Enrique Lanzarini S, Italo Braghetto Miranda, José Parra Pizarro, Leonardo Peruilh Bagolini*

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

INTRODUCCIÓN

Los Tumores estromales gastrointestinales (GIST) son neoplasias poco frecuentes del tracto digestivo. Se presentan habitualmente alrededor de los 60 años, sin diferencias por sexo. La invasión de linfonodos es poco frecuente, y bastaría obtener márgenes negativos en la cirugía, por lo que se plantea un manejo conservador en algunos casos.

OBJETIVOS

Analizar las características clínicas, demográficas, histopatológicas, enfatizando en el manejo quirúrgico de estos pacientes

MATERIAL Y MÉTODO

Serie de casos prospectiva, que considera a todos los pacientes con diagnóstico de GIST atendidos en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile desde el año 2005 al 2014, se excluyeron a los pacientes que no tuvieron confirmación con el estudio histopatológico. Se realizó análisis de variables demográficas, clínicas y manejo quirúrgico, utilizando medidas de tendencia central, dispersión y asociación. $p < 0,05$. Utilizando Stata v11

RESULTADOS

En total 58 pacientes. 59,3% mujeres, con edad media de 62,5 (27-93 años), 74,58% se localizaron en el estómago. El 61,02% presentó un tamaño tumoral entre 2 y 5 cm. La vía de abordaje quirúrgica fue endoscópica en el 5,08%, laparoscópica en 42,37% y abierta en 52,54%. La resección quirúrgica más frecuente fue la tumorectomía en el 33,33%. El recuento mitótico mayor a 5 mitosis por 50 campos estuvo presente en el 24,56% de los pacientes. 10,1% de los pacientes presentó alguna complicación, dos de ellos tipo IIIa de Clavien-Dindo. No se observó mortalidad operatoria.

CONCLUSIONES

Las características demográficas se coinciden con la literatura nacional e internacional. Observamos un creciente manejo con técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas, siempre que las condiciones del paciente y las características del tumor lo permitieron. Los resultados quirúrgicos se correlacionaron con parámetros histopatológicos como el tamaño y el recuento mitótico.

(754) LINFADENECTOMIA LAPAROSCÓPICA VERSUS ABIERTA EN CÁNCER GÁSTRICO

Enrique Lanzarini S () Maher Musleh Katan, Juan Carlos Molina Franjola, Andrés Sanhueza Zegers, Isabel Arratía Severino, Luis Gutiérrez Contreras, Italo Braghetto Miranda*

Universidad de Chile. Equipo Cirugía Digestiva. Depto. de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN

El abordaje laparoscópico en cáncer gástrico ha sido ampliamente aceptado en los tumores incipientes y actualmente se evalúan sus resultados en los casos avanzados. Uno de los puntos claves de este abordaje es realizar una adecuada linfadenectomía.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es comparar el número de linfonodos resecaados en el abordaje laparoscópico versus abierto en el tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico en tumores incipientes y avanzados.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo y comparativo que incluye una cohorte de pacientes operados en nuestro hospital entre Octubre del 2011 y Junio del 2014 que fueron sometidos a gastrectomía total o subtotal con linfadenectomía D1 y D2 (-10) con intención curativa. Se compararon el número de linfonodos resecados totales y por barrera ganglionar. Se excluyeron los pacientes con resección de otros órganos, compromiso más allá de la serosa, recidivas y quimioterapia preoperatoria. Los cálculos de significación estadística fueron realizados según t de Student considerándose un t crítico de -0,96 y 0,96 calculado según valor alfa de 5%.

RESULTADOS

De un total de 110 pacientes fueron incluidos 78. Quince operados por vía laparoscópica y 63 por vía abierta. 16 incipientes y 62 avanzados. En los pacientes con tumores incipientes sometidos a gastrectomía subtotal hubo una diferencia significativa a favor del abordaje laparoscópico vs abierto ($37,3 \pm 17,5$ vs $26 \pm 5,6$), y no hubo diferencias en los sometidos a gastrectomía total (38 ± 12 vs $30,5 \pm 19,5$). En los pacientes con tumores avanzados sometidos a gastrectomía subtotal hubo diferencia significativa a favor del abordaje abierto ($23,5 \pm 0,7$ vs $37,6 \pm 18,4$) y no hubo diferencia en los sometidos a gastrectomía total ($36,3 \pm 0,5$ vs $36,1 \pm 14$).

CONCLUSIONES

En nuestra serie la linfadenectomía laparoscópica en cáncer gástrico fue comparable a la abierta en los pacientes sometidos a gastrectomía total tanto en tumores incipientes como avanzados, mejor en la gastrectomía subtotal en tumores incipientes y peor en gastrectomía subtotal en tumores avanzados.

(762) VIDEO: GASTROPLASTIA DE COLLIS-NISSEN EN EL TRATAMIENTO DE LAS HERNIAS HIATALES TIPO III y IV

Enrique Lanzarini S () Maher Musleh Katan, Juan Carlos Molina Franjola, Luis Gutiérrez Contreras*

Universidad de Chile. Equipo Cirugía Digestiva. Depto. de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN

Para disminuir la recurrencia tras una reparación quirúrgica de una hernia hiatal de gran tamaño es necesario traer la unión esófago-gástrica de regreso al abdomen sin tensión, logrando una longitud de 2 a 3 cms de esófago intra-abdominal. Esto se logra en la mayoría de los casos con una extensa disección del esófago en el mediastino, sin embargo, en algunos pacientes se requiere un procedimiento de "alargamiento esofágico".

OBJETIVOS

El siguiente video muestra los aspectos técnicos de una gastroplastía de Collis- Nissen por vía laparoscópica en un paciente con una hernia hiatal tipo III.

MATERIAL Y MÉTODO

Técnica quirúrgica: paciente en "posición francesa", neumoperitoneo a 12 mm Hg, inserción de 5 trócares, reducción de hernia hiatal, resección de saco herniario y "fat pad", medición de hiato esofágico, cierre de pilares, colocación de malla parietex, medición de esófago intra-abdominal <2 cms, gastroplastía de Collis resecando cuña gástrica y funduplicatura de Nissen calibrada con sonda de 45F.

RESULTADOS

Se muestra resultado clínico, radiológico y endoscópico

CONCLUSIONES

En pacientes con hernias hiatales tipo III y IV en que no se logre un esófago intra-abdominal mayor a 2,5 cms., una gastroplastía de Collis-Nissen puede ser útil para asegurar una funduplicatura sin tensión, que puede reducir la incidencia de recurrencia.

(774) VIDEO: ESOFAGECTOMIA MINI-INVASIVA EN 2 TIEMPOS CON ANASTOMOSIS INTRA-TORACICA

Enrique Lanzarini S () Juan Carlos Molina Franjola, Maher Musleh Katan, Italo Braghetto Miranda*

Universidad de Chile. Equipo Cirugía Digestiva. Depto. de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN

La esofagectomía mini-invasiva en pacientes con cáncer de esófago ha mostrado ventajas significativas cuando se compara con la técnica abierta en cuanto a morbilidad postoperatoria, principalmente respiratoria, y resultados comparables del punto de vista oncológico, por lo que muchos centros de referencia han adoptado por este abordaje.

OBJETIVOS

El objetivo de este video es mostrar los aspectos técnicos de una esofagectomía completamente mini-invasiva en 2 tiempos (laparoscópico y videotoracoscópico) en un cancer de esófago de tercio distal, con anastomosis intratorácica.

MATERIAL Y MÉTODO

En todos los pacientes sometidos a esta técnica se aseguró reseccabilidad en la etapificación preoperatoria. Técnica quirúrgica: Primer tiempo laparoscópico, con paciente en "posición francesa" y neumoperitoneo a 15 mm Hg, inserción 5 trócares, se realiza tubulización gástrica a expensas de la curvatura mayor conservando arcada gastro-epiploica, gastrectomía proximal con linfadenectomía de grupos ganglionares paracardiales derecho e izquierdo, curvatura menor, arteria gástrica izquierda, tronco celíaco y hepática. Segundo tiempo torácico, intubación bronquial selectiva, paciente en decúbito lateral izquierdo, esofagectomía seccionando vena ácigos, linfadenectomía periesofágica, infracarinal, paratraqueal, ascenso tubo gástrico y anastomosis esófago-gástrica con sutura mecánica circular con Orvil.

RESULTADOS

Se muestra resultado clínico, radiológico y endoscópico.

CONCLUSIONES

La esofagectomía completamente mini-invasiva en 2 tiempos con anastomosis intra-torácica es una opción en pacientes con tumores de esófago distal, y tiene las ventajas propias de la mini-invasividad.

(803) CANCER GASTRICO EN PACIENTES LONGEVOS DE 75 AÑOS O MAS: MORBIMORTALIDAD OPERATORIA Y SOBREVIDA.

Oscar Lynch Gaete () Jaime Ernesto Madariaga Boero, Gabriel Astete Arriagada, César Alfonso Llanos Arredondo*

Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Servicio de Pensionado

INTRODUCCIÓN

La población longeva y la incidencia de cáncer aumenta; las comorbilidades de este grupo, más un supuesto aumento de morbilidad operatoria cuestionan el tratamiento quirúrgico. En Chile no hay registros frecuentes en pacientes longevos tratados por presentar cáncer gástrico.

OBJETIVOS

Determinar morbilidad y sobrevida del tratamiento quirúrgico de cáncer gástrico, en pacientes de 75 años o más.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte prospectiva. De nuestros registros y seguimiento de pacientes gastrectomizados por adenocarcinoma, longitudinalmente entre 1985 y julio del 2014 (total 230 pacientes) se analizan los pacientes de 75 años o más. Para cálculo de sobrevida se excluye mortalidad operatoria (1 caso) y adyuvancia (4 casos). Se analizan variables de: pacientes, tumor, manejo quirúrgico y variables resultado: morbilidad operatoria y sobrevida. Estadística descriptiva y analítica, sobrevida método de Kaplan Meyer y Test de Log-Rank.

RESULTADOS

36 casos. Hombres 20 (55.6 %) Mujeres 16 (44.4%). Edad promedio 78.5 años (\pm 3.8) rango 75 y 90 Comorbilidad preoperatoria: 24 pacientes (67%). Tumor: Estadío evolutivo TNM 7^{ed}: IA (7) IB (2) IIA (2) IIB (6) IIIA (4) IIIB (5) IIIC (3) IV (7). Gastrectomías Subtotales = 20 (55%), Totales = 16 (45%). Intención Curativa = 18 casos (50%), Paliativa = 18 (50%). Morbilidad operatoria: Médicas = 4 (11,1%), Neumopatía 2, ITU 1, IAM 1. Morbilidad quirúrgica = 0. Mortalidad operatoria= 1 (2.7%) IAM. Sobrevida: Global: 50% a 3 años y 32% a 5 años. Cirugía curativa: 57% a 5 años, paliativas: 15% a 5 años. P=0,002

CONCLUSIONES

En esta serie, el tratamiento quirúrgico en pacientes de 75 años o más con adenocarcinoma gástrico, es posible realizarlo con morbilidad y pronóstico similar a la población general.

(804) MORBILIDAD, MORTALIDAD Y SOBREVIDA EN CANCER GASTRICO. ESTUDIO PROSPECTIVO.

Oscar Lynch Gaete () Jaime Ernesto Madariaga Boero, Gabriel Astete Arriagada, César Alfonso Llanos Arredondo*

Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Servicio de Pensionado

INTRODUCCIÓN

Cáncer gástrico en Chile es primera causa de muerte por cáncer; el tratamiento quirúrgico es la terapia con potencial curativo. A nivel nacional múltiples grupos quirúrgicos enfrentan este cáncer, no obstante existen escasas experiencias que muestren resultados pronósticos.

OBJETIVOS

Comunicar resultados de morbilidad y sobrevida en pacientes gastrectomizados por adenocarcinoma y, con ello, sumar experiencia nacional pronóstica, útil para evaluaciones y necesaria para indicación de terapia adyuvante.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo. En nuestros datos de pacientes gastrectomizados por adenocarcinoma, registrados entre 1985 y julio del 2014 (230 casos), se analizan todos los pacientes y para sobrevida se excluyen adyuvancia (25 casos) y neoadyuvancia (5 casos). Se estudian variables de: pacientes, tumor, manejo y variables resultado: morbimortalidad operatoria y sobrevida. Estadística descriptiva y analítica, sobrevida método de Kaplan Meyer y Test de Log-Rank.

RESULTADOS

N=230. Hombres 137 (59,6%) Mujeres 93 (40,4%) Edad promedio: 61,1 años (\pm 12,1). Rango 27–90 Avanzado 187 (81,3%). Incipiente 43 (18,7%) Estadio evolutivo TNM 7ª Ed.: IA (36) IB (15) IIA (23) IIB (29) IIIA (32) IIIB (32) IIIC (31) IV (32) Gastrectomías: Subtotales = 112 (48,7%) Totales = 118 (51,3%) Morbilidad: Médicas = 25 (10,9%). Quirúrgica = 6 (2,6%). Fístula anastomosis = 0. Mortalidad operatoria = 3 (1,3%). IAM = 2. Neumopatía = 1. Estadía hospitalaria = 13,74 días (\pm 4,6) Sobrevida: Global (n=200) 5 años: 48,2% Incipientes (n=42) 5 años: 84,8%; Avanzados (n=158) 5 años: 40,1%. P=0,001. Avanzado T2T3T4aN0 (n=41) 5 años: 60,9%; T2T3T4aN1 (n=35) 5 años: 54,2%. T2T3T4aN2 (n=31) 5 años: 43,7%; T2T3T4aN3 (n=31) 5 años: 12,9%.

CONCLUSIONES

La serie permite apreciar que el tratamiento quirúrgico exclusivo en cáncer gástrico tiene gran potencial curativo, aún, en etapas avanzadas. En nuestro medio, la indicación de terapias adyuvantes debiera considerarse muy selectivamente.

Seccional: HERNIA

(416) MALLA DE AUTOSUJECION PARA REPARACIÓN DE HERNIAS INGUINALES ABIERTAS, ANÁLISIS DE RESULTADOS

Freddy Alejandro Ferreira Camacho, Juan Jorge Silva Solís, Jaime Carrasco, Marco Alba, Natalia Moreno Baeza, Natalia Farías González, Francisco Jesús Rodríguez Vega, Michel Penailillo García, Jaime Hugo Rappoport Stramwasser.

Hospital Clínico U. de Chile. Departamento de Cirugía.

INTRODUCCIÓN

En el departamento de cirugía del Hospital Clínico Universidad de Chile, un 10% son cirugías por hernias. De acuerdo al GPC local, a todos los pacientes se les sugiere la operación con el método Lichtenstein considerado gold standard. La introducción de la malla ha disminuido dramáticamente la recurrencia, pero aun existe cierta preocupación acerca del dolor postoperatorio debido a la propia malla y las suturas utilizadas. Durante el 2011 una nueva malla de autofijación con tecnología avanzada de microsujeción, ProGrip (PPG) esta disponible para la reparación de hernias. Con la fijación de toda la superficie de esta malla, se reduce la tensión en los puntos de sutura en la reparación de Lichtenstein y por ello, también el dolor en el periodo postoperatorio.

OBJETIVOS

Evaluar las ventajas del uso de la malla de auto sujeción en la reparación en los últimos 2 años, en relación al tiempo quirúrgico, y dolor post operatorio.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte retrospectivo y serie de casos, de abril del 2011 a enero del 2014, se repararon 139 hernias abdominales, método de reparación de Lichtenstein y de hernia ventral. No se utilizaron suturas. Se evaluaron el tiempo quirúrgico, dolor postoperatorio durante los días 1 a 30 luego de la cirugía, la sensibilidad cutánea y el regreso al trabajo

RESULTADOS

Se operaron 62 hernias inguinales derechas, 49 izquierdas, 12 bilaterales y 16 de la línea alba. El promedio del tiempo de cirugía fue de 50 minutos, y el dolor postoperatorio en el día 1 fue de un EVA 2/10. No se observaron complicaciones. El regreso al trabajo fue de 15 días y la sensibilidad se encontraba ligeramente disminuida en 10 pacientes.

CONCLUSIONES

La malla de auto fijación es fácil de utilizar, no hay necesidad de sutura, el tiempo de cirugía y el dolor postoperatorio es menor que otro tipo de mallas utilizadas.

(592) TOXINA BOTULINICA Y HERNIA INCISIONAL COMPLEJA: A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO

Marco Alban García (), Jaime Carrasco Toledo, Natalia Moreno Baeza, Tamara Daire Rojas*

José Luis Estrella Semanate, Jaime Hugo Rappoport Stramwasser, Carlos Jauregui Lozada

Hospital Clínico U. de Chile. Unidad de Hernias Departamento de Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN

En el manejo de la hernia compleja abdominal, el cierre de la pared con acortamiento muscular lateral, anillos y sacos gigantes con pérdida de derecho a domicilio, ha sido manejado con diversas técnicas. En México el año 2007 el Dr. Tomas Ibarra realiza un estudio prospectivo en pacientes con hernias ventrales gigantes utilizando la toxina botulínica A; este fármaco provoca una quimiodenervación reversible, reduciendo el volumen muscular entre la 2° y 4° semana tras su inyección en la pared abdominal, obteniendo una parálisis flácida que permita el avance necesario para la rafia del defecto aponeurótico, logrando el cierre de la línea media.

OBJETIVOS

Presentar el 1° caso clínico a nivel nacional del uso de Botox para el manejo de la hernia ventral compleja.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente femenino de 73 años, con antecedente de colecistectomía laparoscópica y posterior derivación bilio-digestiva abierta. Presenta hernia compleja en LMSU, anillo de 12cm, saco 15cm, contenido de epiplón; y hernia incisional en LMIU, anillo de 1cm, saco 2cm, contenido grasa preperitoneal más diastasis de rectos abdominales de hasta 12 cm. Se aplicó Botox a la pared abdominal según la técnica descrita por Dr. Ibarra. Un mes después se realiza hernioplastia abierta

RESULTADOS

Distancia entre músculos rectos pre-toxina: 12cm (TAC abdomen). Distancia entre músculos rectos 1 mes post-toxina: 7cm (Imágenes intraoperatorias). Se utilizó técnica complementaria de separación de componentes. Se logra cierre primario del defecto aponeurótico con refuerzo protésico, con PIA normal. Hospitalización de 4 días en total.

CONCLUSIONES

El uso de toxina botulínica para la relajación de los músculos de la pared abdominal parece ser una alternativa efectiva y segura para la reparación de hernias complejas. No requiere hospitalización prolongada, y por lo tanto se asocia a menores costos, al comparar con el protocolo de neumoperitoneo usado en este centro.

(596) HERNIOPLASTÍA Y CIRUGÍA MÚLTIPLE LAPAROSCÓPICA, HOSPITAL CLÍNICO U. DE CHILE

Marco Alban García (*) Jaime Carrasco Toledo, Tamara Daire Rojas, Natalia Moreno Baeza, José Luis Estrella Semanate. Jaime Hugo Rappoport Stramwasser, Juan Jorge Silva Solís

Hospital Clínico U. de Chile. Unidad de Hernias Departamento de Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN

La cirugía laparoscópica, representa una alternativa quirúrgica en el tratamiento de las hernias y cirugía múltiple. Los avances en prótesis, medios de fijación, e instrumental, junto a la reincorporación laboral precoz y menor dolor postoperatorio bajo este método, ha permitido avanzar en el perfeccionamiento de esta técnica.

OBJETIVOS

Presentar resultados de la cirugía de hernia, con y sin una segunda patología, resueltas por laparoscopia en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO

En la Unidad de Hernias, del Departamento de Cirugía, Hospital Clínico, Universidad de Chile, desde enero 2011 a junio 2013, se han operado 102 pacientes de hernioplastias laparoscópicas con un total de 164 hernias resueltas por este método, 26 de estos casos presentaban además otra patología de resolución quirúrgica. Se presenta un video que muestra varios de estos casos.

RESULTADOS

De los 102 casos evaluados de Hernioplastia laparoscópica, en 26 se resolvió otra patología quirúrgica en el mismo acto sin requerir conversión del procedimiento a cirugía abierta: instalación catéter peritoneodiálisis 4 casos, Colecistectomía 14 casos, Manga Gástrica 3 caso, RTU 3 casos. El promedio del tiempo operatorio en estos 26 casos fue de 93 minutos. Uso malla protésica 100% de los casos. Hospitalización 3 días, 16 pacientes presentaban solo 1 hernia. La cirugía fue electiva en el 100%. Esta serie no presenta complicaciones perioperatorias ni mortalidad. El seguimiento es de 6 a 12 meses, hasta el momento existe 1 recidiva inguinal.

CONCLUSIONES

La cirugía laparoscópica parece ser una técnica segura en el tratamiento de la hernia asociada a otras patologías, por sus índices de recidiva, complicaciones y morbilidad postoperatoria, permitiendo en un solo acto quirúrgico la resolución de patologías múltiples a manos de un equipo multidisciplinario.

(637) LESIÓN DE VEJIGA CON BALÓN DISECTOR DURANTE UNA HERNIOPLASTÍA INGUINAL BILATERAL LAPAROSCÓPICA

Max Enrique Buchheister Rosas, Carlos Eugenio Díaz Valdés Grez, Agustín Ignacio Álvarez Plaza (*), Carlos Derosas Arriagada, Carlos Andrés Díaz Valdés Abell

Clínica Santa María. Departamento de Cirugía, Equipo de Hernias Abdominales

INTRODUCCIÓN

La cirugía de accesos mínimos totalmente extra-peritoneal (TEP) para el manejo quirúrgico de las hernias inguinales, es un procedimiento ampliamente conocido con bajo índice de complicaciones.

OBJETIVOS

El motivo de éste reporte es mostrar (video) una complicación rara asociada a éste abordaje y su resolución.

MATERIAL Y MÉTODO

Caso Clínico

RESULTADOS

Paciente masculino de 34 años, deportista de alta competencia, consultó por dolor inguinal bilateral, con clínica e imágenes compatibles con hernia inguinal bilateral. Como precaución estándar preoperatoria se realiza vaciamiento vesical bajo anestesia. El abordaje TEP se realiza por debajo del ombligo con balón disector (Covidien®) y la insuflación se controla mediante visión trans-balón. Al momento de la exploración llamó la atención un poco mas de sangre que lo habitual en el piso del espacio disecado (supravesical). Se realizó el tratamiento del orificio inguinal y se redujo el saco peritoneal de ambos lados. Antes de colocar las mallas, se revisó la hemostasia y se observó una superficie lisa, rosada, que correspondía a la mucosa vesical, constatándose un desgarramiento transversal amplio. Se reparó por TEP con sutura en dos planos, con vicryl 2.0 continuo. Se verificó indemnidad con solución salina por sonda Foley. Se terminó aseo del espacio con solución salina y se colocaron ambas mallas Surgimesh XD® sin fijación. Se mantuvo la sonda Foley por 2 semanas, drenaje Blake por una y antibioticoterapia, en control por citoscopia fue retirada. El paciente evoluciona satisfactoriamente en el control tardío.

CONCLUSIONES

La ruptura vesical es posible durante la disección con balón en el TEP en pacientes sin cirugías previas. La lesión puede ser reparada por la misma vía. Hay que tomar todas las precauciones preoperatorias para prevenir este tipo de complicaciones. En nuestra serie este es el primer paciente en 863 casos (0,11%)

(651) HERNIOPLASTÍA VENTRAL LAPAROSCÓPICA FIJADA CON PEGAMENTO, EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Agustín Ignacio Álvarez Plaza (), Max Enrique Buchheister Rosas, Carlos Eugenio Díaz Valdés Grez, Carlos Derosas Arriagada, Carlos Andrés Díaz Valdés Abell*

Clínica Santa María. Departamento de Cirugía, Equipo de Hernias Abdominales

INTRODUCCIÓN

Con el advenimiento de la laparoscopia para la reparación de las hernias ventrales se ha podido evaluar de mejor manera la pared, el contenido herniario y además cubrir de manera adecuada el defecto. Múltiples métodos de fijación han sido evaluados.

OBJETIVOS

Presentar la experiencia inicial del equipo de Cirugía Herniaria de la Clínica Santa María en el tratamiento laparoscópico de las hernias ventrales fijándolas con pegamento.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, retrospectivo de una serie de casos. Se revisaron los datos clínicos desde RCE (registro clínico electrónico) de los pacientes operados desde abril de 2014 hasta agosto de 2014. La técnica consiste en abordaje laparoscópico por vía lateral, sección del ligamento falciforme, reducción del contenido herniario, evaluación del anillo (menor de 50mm), e instalación de malla IPOM Dynamesh®, procurando sobrepasar el defecto mínimo 40mms. Se colocan 4 puntos cardinales transmuralmente de monofilamento. Se completa la fijación mediante un aplicador laparoscópico de N-butyl cianocrilato (Glubran®) a cada 20mms en 2 coronas concéntricas. Se espera el tiempo de fragüe y se libera neumoperitoneo de forma controlada.

RESULTADOS

Se realizaron 10 hernioplastias ventrales fijadas con pegamento, de estas 6 fueron umbilicales (2 recidivas con malla), 2 de la línea alba, 2 incisionales (1 sitio de trocar y 1 laparotomía media supraumbilical). El rango de tamaño de los anillos es de 20 a 50mms. 9 se fijaron mediante la técnica descrita con malla circular de 12cms y una con malla cuadrada de 15x15cms. No se reportan recidivas ni complicaciones.

CONCLUSIONES

En este periodo de seguimiento la técnica descrita cumple con las condiciones básicas de la fijación, con menor costo, de fácil ejecución y además hasta el momento no se observa morbilidad relacionada a otros métodos de fijación como por ejemplo dolor, perforación de la malla, o sangramiento. Es necesario aumentar la casuística para realizar estudios comparativos

(670) REPARACION DE HERNIAS INGUINALES MEDIANTE LAPAROSCOPIA CON TAPP NUESTRA EXPERIENCIA

Waldo Martinez Munoz, Lauro Chica Jara (), Alberto Perez Castilla, Gonzalo Campana Villegas, Ernesto Juan Mollo Alonzo*

Clínica Indisa. Servicio de Cirugía

INTRODUCCIÓN

La cirugía laparoscópica en el tratamiento de la hernia inguinal usando la técnica de TAAP.

OBJETIVOS

Mostrar la experiencia acumulada de la cirugía laparoscópica en el tratamiento de la hernia inguinal usando la técnica de TAAP, reportar nuestros casos y compararla con la literatura, conocer la sintomatología postoperatoria, mediata y tardía así como el seguimiento de los casos tratados y aparición de complicaciones y recidivas.

MATERIAL Y MÉTODO

Pacientes sometidos a plastia inguinal mediante abordaje laparoscópico, utilizando como variables, edad, pacientes de ambos sexos, con o sin morbilidad asociada, obesidad, si presentan o no cirugías abdominales previas, la presencia de dolor postoperatorio, hematomas y aparición de seromas, con seguimiento en recidivas por paciente, desde un mes de operado hasta 32 meses con promedio de 16 meses.

RESULTADOS

Del total de 67 pacientes con hernias inguinales unilaterales y bilaterales, hacen un total 79 hernioplastias operadas mediante TAPP, 76% corresponde a sexo masculino y 24% a sexo femenino, de los cuales 41.8% presentan comorbilidades. 23.8% son pacientes obesos. Dentro del grupo estudiado 37.5% presento cirugías previas al procedimiento de hernioplastias por TAPP. Dentro del tipo de malla usado, Ultrapro con 72.15%, 3D max 7.5%, malla de prolene 2.5% y surpipro 2.5%. Como medio de fijación absorbatab con 58.22%, securestrap 15.18%, protac 10.2% y prolene 1.26%. En el seguimiento posterior a la cirugía se reportó 2,5% de pacientes con hematomas pequeños, 20% con dolor leve hasta la semana de su postoperatorio. Sin recidiva en ningún paciente, seguimiento en promedio de 16 meses.

CONCLUSIONES

Se justifica el abordaje laparoscópico en la hernioplastia inguinal, como un procedimiento seguro, en ningún caso tratado se presentó complicaciones de origen vascular o neurológico o recidivas en los pacientes tratados, el dolor dentro de lo esperado siendo leve tolerado bien por los pacientes y disminuido a la semana.

(691) HERNIOPLASTÍA INGUINAL VIDEOSCÓPICA, EXPERIENCIA DE UN CENTRO.

Agustín Ignacio Alvarez Plaza (), Max Enrique Buchheister Rosas, Carlos Eugenio Díaz Valdés Grez, Carlos Derosas Arriagada, Juan Eduardo Contreas Parraguez, Mario Venegas Concha, Carlos Andrés Díaz Valdés Abell*

Clínica Santa María. Departamento de Cirugía, Equipo de Hernias Abdominales

INTRODUCCIÓN

La reparación herniaria es una de las cirugías más frecuentes. Los índices de recurrencia han caído junto con los avances de la técnica y la tecnología de las mallas. La cirugía videoscópica trajo beneficios como menor dolor, recuperación más rápida y precoz re inserción a la vida cotidiana.

OBJETIVOS

Presentar la experiencia del equipo de Cirugía Herniaria de la Clínica Santa María en el tratamiento videoscópico de la hernia inguinal.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, retrospectivo, se revisaron los datos desde fichas clínicas y el registro clínico electrónico de los pacientes operados por vía videoscópica de hernias inguinocruales en Clínica Santa María desde enero de 1995 hasta julio de 2014. Se analizaron múltiples variables.

RESULTADOS

En el período estudiado se realizaron 1079 hernioplastias por videoscopia en 863 pacientes. De estos el 99,5% fueron con técnica TEP, el resto con técnica TAPP. En el 86,6% se utilizó algún método de fijación (en 144 pacientes no). Relacionado con la morbilidad asociada (1%), 4 pacientes (0,46%) presentaron recurrencia, todas dentro del primer mes, 3 hematomas mayores que no requirieron reoperación, 2 lesiones de vejiga (0,2%) una por balón disector y otra por adherencias, 2 neuropatías compresivas por tackers (0,2%). No se reportan infecciones.

CONCLUSIONES

La presente serie es la más grande presentada en nuestro país, se observa además que la morbilidad y recurrencia es comparable e incluso menor a las series internacionales, por lo tanto es un procedimiento seguro y reproducible.

(698) HERNIOPLASTÍA VIDEOSCÓPICA CON TECNICA EXTRAPERITONEAL (TEP) SIN FIJACION: EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Agustín Ignacio Alvarez Plaza (), Max Enrique Buchheister Rosas, Carlos Eugenio Díaz Valdés Grez, Carlos Derosas Arriagada, Carlos Andrés Díaz Valdés Abell*

Clínica Santa María. Departamento de Cirugía, Equipo de Hernias Abdominales

INTRODUCCIÓN

La hernioplastia de accesos mínimos ha sido relacionada con mayores costos que la cirugía abierta y por eso menos reproducible en los Hospitales, debido al uso de balón disector y medios de fijación. La técnica TEP a diferencia del TAPP, mantiene intacto el peritoneo, el que se convierte en un fijador natural con la presión abdominal.

OBJETIVOS

Presentar la experiencia de Clínica Santa María con la técnica TEP sin fijación

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo de una serie de casos. Se revisaron las fichas desde el Registro Clínico Electrónico de Clínica Santa María del mes de Julio del 2013 hasta el 31 de Julio del 2014. Y se observaron los resultados post operatorios relacionados con recidiva y complicaciones. La técnica quirúrgica consiste en abordaje del espacio preperitoneal por vía infra umbilical, disección del espacio preperitoneal mediante balón disector (Covidien®). Disección de las estructuras y reducción de hernias. Si los pacientes presentan un defecto directo mayor de 30mms se utiliza algún tipo de fijación, si es menor solamente se instala malla 3D de polipropileno. Con la postura conforme se libera de forma controlada el neumoperitoneo.

RESULTADOS

Se realizaron 144 reparaciones en 93 pacientes, hubo 1 recurrencia (0,7%) diagnosticada a las 3 semanas de la cirugía. La morbilidad operatoria temprana fue una ruptura vesical con el balón disector que fue reparada durante el mismo procedimiento por vía videoscópica y 2 hematomas mayores que no necesitaron cirugía. No se reportan infecciones de herida operatoria ni dolor postoperatorio. No se ha reportado inguinodinia crónica.

CONCLUSIONES

El presente reporte muestra que la técnica TEP sin fijación es un método reproducible, más económico (ahorro en métodos de fijación como Tackers y pegamentos, incluso del balón disector) y con baja morbilidad asociada. Es necesario realizar estudios comparativos y prospectivos en nuestro grupo para demostrar su eficacia.

Seccional: HÍGADO, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

(298) INSULINOMA: EXPERIENCIA DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO

Ricardo Cerda Segali, Felipe Castillo Henríquez (), Federico Hernández Fonseca, Rodrigo Abularach Cuellar, Tomislav Mostacedo Marasovic, Javier Reyes Illanes, Pablo Pérez Castro, Cristián Pinto Lara, Valentina Valenzuela Rebolledo.*

Universidad de Chile. Departamento de Cirugía Sur, Hospital Barros Luco Trudeau.

INTRODUCCIÓN

La hipoglicemia, y sus síntomas, representa un desafío diagnóstico para el médico, más aún en pacientes no diabéticos. El hiperinsulinismo es producido, en gran proporción de los casos, por tumores tanto benignos como malignos de las células de los islotes pancreáticos, siendo el más importante el insulinoma.

OBJETIVOS

Presentar los casos de insulinomas, diagnosticados, estudiados y manejados, en el Servicio de Cirugía del Hospital Barros Luco Trudeau (HBLT), y los resultados.

MATERIAL Y MÉTODO

-Diseño: retrospectivo, de corte transversal -Muestra: pacientes con ingresados al Servicio de Cirugía del HBLT con diagnóstico de insulinoma y resueltos quirúrgicamente -Variables: genero, edad, síntomas, estudio complementario, resolución quirúrgica, complicaciones y resultados -Análisis estadístico: descriptivo

RESULTADOS

Se analizó una muestra de 8 pacientes, de los cuales el fueron de sexo masculino y el promedio de edad fue 40,6 años (21 - 58). Los síntomas más frecuentes fueron los síntomas neuropénicos (temblor, parestesias) . El método diagnóstico más sensible fue la resonancia nuclear magnética de páncreas . La cirugía más realizada fue la enucleación en 3 de los casos. Las complicaciones fueron fístula pancreática (3), pancreatitis (1), colección intrabdominal (1) y estenosis anastomosis biliodigestiva (1). La remisión de los síntomas se produjo en el 100% de los casos. No hubo mortalidad en nuestra experiencia

CONCLUSIONES

El insulinoma es una entidad poco frecuente, pero es mandatoria nuestra búsqueda cuando existen síntomas asociados a la hipoglicemia. Nuestros resultados son similares a los de otras series, tanto en características clínicas y diagnósticas, como en resultados terapéuticos.

(320) RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE METÁSTASIS HEPÁTICAS DE ORIGEN COLORRECTAL.

Rodrigo TorresQuevedo Quevedo (), Juan Marcos Grajeda Balderrama, Eduardo Figueroa Rivera, Fabrizio Moisan Paravic, Carla Andrea Carvajal Rojas, Enrique Biel Walker, Pedro Osorio Valdivia, Macarena San Martín Echeverría, Paulina Paredes Sobino, Ricardo Duran González*

Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Equipo de cirugía hepatopancreática y biliar, Servicio de Cirugía.

INTRODUCCIÓN

La resección quirúrgica de metástasis hepáticas por cáncer colorrectal (MHCCR) presenta sobrevida a 5 años cercana a 40%. Con ello, la cirugía constituye el pilar del tratamiento de estos pacientes.

OBJETIVOS

Presentar resultados preliminares del tratamiento quirúrgico de MHCCR en términos de morbilidad, mortalidad y sobrevida.

MATERIAL Y MÉTODO

Serie de casos, que incluye pacientes intervenidos quirúrgicamente por MHCCR, en Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción, entre enero 2011 y junio 2014. Se excluyen pacientes irreseccables. Las variables resultados son morbilidad y mortalidad postoperatoria a 30 días de intervención. Otras variables son: estadía hospitalaria y sobrevida (SV) a 1, 2 y 3 años de la cirugía. Se utilizó estadística descriptiva con cálculo de porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión, además de análisis SV con Kaplan-Meier.

RESULTADOS

Se presentan 148 pacientes con MHCCR y 31 de ellos van a resección hepática. La edad media del grupo es 58,3 +/- 8,9 años y el 64,5% son género masculino. Al diagnóstico de MHCCR un 8,1% se considera reseccable, y con quimioterapia y/o cirugía en dos tiempos la tasa de reseccabilidad aumenta a 20,9%. Se efectúan 3 resecciones no anatómicas, 20 anatómicas, 8 combinadas. En 4 pacientes se efectuó cirugía en dos tiempos. No hubo complicaciones intraoperatorias. Siete pacientes (22,6%) requieren transfusión de glóbulos rojos. La mediana de estadía hospitalaria es 7 [3 - 46] días. La tasa de morbilidad y mortalidad es 24,4% y 3,0% respectivamente. La SV media es 30 +/- 3 meses, con SV actuarial a 1, 2 y 3 años de 85%, 66% y 59% respectivamente.

CONCLUSIONES

Estos resultados corresponden a la experiencia inicial, en tratamiento quirúrgico de MHCCR, de un equipo de cirugía hepatobiliar recientemente conformado. La morbilidad, mortalidad y SV reportada son comparables a publicadas por otros autores y se ajusta a estándares de calidad en MHCCR resecables.

(360) RESULTADOS DE QUIMIOTERAPIA PREOPERATORIA (XELOX MÁS BEVACIZUMAB) Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE METÁSTASIS HEPÁTICAS DE ORIGEN COLORRECTAL.

Rodrigo TorresQuevedo Quevedo (), Juan Marcos Grajeda Balderrama, Eduardo Figueroa Rivera, Fabrizio Moisan Paravic, Carla Andrea Carvajal Rojas, Enrique Biel Walker, Pedro Osorio Valdivia, Macarena San Martín Echeverría, Paulina Paredes Sobino, Ricardo Durán González*

Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Equipo de cirugía hepatopancreática y biliar, Servicio de cirugía.

INTRODUCCIÓN

Al momento del diagnóstico de metástasis hepáticas por cáncer colorrectal (MHCCR) sólo un 10% se considera resecable, pero con terapia preoperatoria multimodal (quimioterapia, embolización portal, entre otros) se puede alcanzar una tasa de resecabilidad cercana al 30-40%.

OBJETIVOS

Presentar los resultados preliminares de un grupo de pacientes tratados en forma multimodal con QT preoperatoria estándar (XELOX) asociada a Bevacizumab y cirugía.

MATERIAL Y MÉTODO

Serie de casos, que incluye a todos los pacientes con MHCCR sometidos a QT preoperatoria (XELOX más Bevacizumab), en Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción, entre enero 2012 y junio 2014. Las variables resultados son: tasa respuesta, resecabilidad y sobrevida. Se utilizó estadística descriptiva con cálculo de porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión y para análisis de SV curvas de Kaplan-Meier y log-rank.

RESULTADOS

En el periodo de estudio, se presentaron 148 pacientes con MHCCR, 13 realizan QT preoperatoria con XELOX Bevacizumab y uno de ellos se excluye por no corresponder a una MHCCR. La edad media del grupo es 59,2 /- 7,6 años, y un 75% (9 pacientes) son género masculino. La tasa de resecabilidad fue 66,7% (8/12) y de ellos 2 presentan respuesta completa y 6 respuesta parcial. Cuatro pacientes se mantiene irresecable (uno por enfermedad estable y 3 por progresión). La SV media es de 27 /- 4 meses, con SV global a 3 años de 39%. La SV de pacientes resecables es mayor que los irresecables ($p = 0,07$), con SV media de 32 /- 5 vs 20 /- 4 meses, y SV a 3 años de 73% vs 0%.

CONCLUSIONES

Estos resultados muestran que en un grupo seleccionado de pacientes con MHCCR la QT preoperatoria asociada a Bevacizumab muestra un claro beneficio en términos de aumentar tasa de resecabilidad y SV.

(365) PANCREATITIS AGUDA SEVERA DE MANEJO QUIRÚRGICO EN HOSPITAL PADRE HURTADO: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS

Gonzalo Andrés Guiñez Robertson, Gustavo Vial Ovalle, Juan Carlos Aguayo Romero (), Víctor Salazar Pierotic, Mauro Bernardello Ureta, Iván Alberto Turu Kobayashi, Hugo Eduardo Rojas Pineda*

Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón). Cirugía Digestiva.

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda severa (PAS), comprende al grupo de pacientes con cuadro de pancreatitis aguda (PA) que ya sea por falla de sistemas o la presencia de colecciones y necrosis, tienen un elevado riesgo de infección y mortalidad. De este grupo, un porcentaje de ellos requerirá necrosectomía, la que se describe en dos fases, aguda y tardía, donde la infección juega un rol preponderante. Las características del subgrupo de pacientes operados es poco conocida y no existen claros predictores de la evolución de estos pacientes.

OBJETIVOS

Caracterizar y analizar a los pacientes sometidos a necrosectomía por PAS, intentando identificar factores predictores de mortalidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte retrospectiva de los pacientes operados por PAS en el Hospital Padre Hurtado entre 2005-2014, evaluando variables demográficas, imágenes, detalles operatorios, microbiología y mortalidad. Estadística descriptiva y analítica de las variables estudiadas.

RESULTADOS

Se realizaron 235 cirugías en 34 pacientes, 21 fueron hombres, con rango de edad entre 25-88 años (Media:57), el 73,5% presentó APACHE II de ingreso >8. El promedio de hospitalización 56 días y en 73% la etiología fue biliar. En 5 pacientes no se realizó TAC preoperatorio, de los restantes el 48,3% presentaba necrosis >30% y Balthazar D-E. En 5 pacientes se realizó ERCP preoperatoria. Los pacientes se operaron entre los días 0-60 del ingreso (Media: 11,2) y el 37% después del 10º día. El abordaje más frecuente fue laparotomía (30,8%) y 1 por vía laparoscópica. El 59% fue laparostomizado, 79% requirió reintervención (Media:5,9). En el 94% se realizó cultivo intraoperatorio, con 47% positivo. La mortalidad fue un 44%. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre las variables estudiadas y mortalidad ($p>0.05$).

CONCLUSIONES

La PAS de manejo quirúrgico presenta una elevada mortalidad, superior a lo reportado. La etiología biliar continúa siendo la más frecuente y el abordaje por laparotomía el más utilizado. En nuestra serie, no se identificaron factores predictores de mortalidad.

(442) RESULTADOS ONCOLÓGICOS A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR TRATADOS CON CUÑA HEPÁTICA MÁS LINFADENECTOMÍA.

Fabrizio Moisan Paravic (), Rodrigo Edgardo Reyes Melo, Diego Miranda Córdova, Jorge Maturana Barra, Sebastian Miranda Rodríguez, Paulina Paredes Sobino, Carolina Delgado Schneider, Ricardo Duran González, Eduardo Figueroa Rivera, Juan Marcos Gajeda Balderrama, Rodrigo TorresQuevedo Quevedo.*

Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Cirugía Hepatobiliar, Servicio de Cirugía Adultos.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de vesícula biliar tiene una elevada mortalidad.

OBJETIVOS

El objetivo del estudio es analizar la sobrevida a 5 y 10 años de los pacientes con cáncer de vesícula biliar y conocer los factores asociados a la sobrevida.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte histórica. Se incluyeron los pacientes entre los años 2001 y 2014, tratados con cuña hepática más linfadenectomía en el Hospital Regional de Concepción. Se utilizó el modelo de Kaplan-Meier para calcular la sobrevida y una regresión de Cox para el análisis multivariado.

RESULTADOS

La serie está compuesta por 110 pacientes, un 84% son mujeres. Según la AJCC, un 2% de los pacientes se clasifican como T1a, un 20% T1b, un 59% T2 y un 19% T3. El 71% de los pacientes no tuvo compromiso ganglionar y un 29% si (20% N1 y 9% N2). La mediana de seguimiento fue de 67 meses. La sobrevida global a 5 y 10 años según estadio fue de 100% y 93% para el estadio 1, 61% y 57% para el estadio 2, 32% y 0% para el estadio 3a, 35% y 26% para el estadio 3b y de un 16% y 16% para el estadio 4b respectivamente. La mortalidad operatoria fue de un 1,8%. La sobrevida a 5 años fue de un 71% para los N0, de un 35% para los N1 y de un 16% para los N2. En el análisis multivariado las variables que influyeron independientemente en la sobrevida a 5 años fue el compromiso ganglionar (HR 4,5 IC95% 2,3-8,5) y la invasión vascular en la histología (HR 2,6 IC95% 1,2-5,8)

CONCLUSIONES

El compromiso ganglionar y la invasión vascular son factores de riesgo independientes de sobrevida a 5 años en pacientes con cáncer de vesícula biliar tratados con cuña hepática más linfadenectomía.

(461) ANÁLISIS DEL COMPROMISO GANGLIONAR EN PACIENTES CON CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR TRATADOS CON CUÑA HEPÁTICA MÁS LINFADENECTOMIA

Fabrizio Moisan Paravic (), Rodrigo Edgardo Reyes Melo, Jorge Maturana Barra, Sebastian Miranda Rodríguez, Diego Miranda Córdova, Paulina Paredes Sobino, Carolina Delgado Schneider, Ricardo Duran González, Eduardo Figueroa Rivera, Juan Marcos Grajeda Balderrama, Rodrigo TorresQuevedo Quevedo.*

Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Equipo de Cirugía Hepatobiliar, Servicio de Cirugía Adultos.

INTRODUCCIÓN

Todavía existe controversias sobre la necesidad de realizar cirugía complementaria en tumores de la vesícula biliar que comprometen hasta la muscular.

OBJETIVOS

Analizar los factores de riesgo de compromiso ganglionar en los pacientes con cáncer de vesícula biliar.

MATERIAL Y MÉTODO

Cohorte histórica. Se incluyeron los pacientes tratados entre los años 2001 y 2014 en el hospital Regional de Concepción, tratados con cuña hepática más linfadenectomía. Se utilizó test de Chi cuadrado para análisis univariado.

RESULTADOS

La serie la componen 110 pacientes, 84% mujeres. Según la AJCC, un 2% de los pacientes se clasifican como T1a, un 20% T1b, un 59% T2 y un 19% T3. El 71% de los pacientes no tuvo compromiso ganglionar y un 29% si (20% N1 y 9% N2). Se resecaron una media de 7,9 ganglios por paciente. Un 9% de los T1b tuvieron compromiso N1, un 15% y 12% de los T2 y un 43% y 10% de los T3 tuvieron compromiso N1 y N2 respectivamente. Pacientes con compromiso del conducto cístico tuvieron mayor compromiso ganglionar (57% vs 18%) $p < 0,001$. El 42% de los pacientes con ganglio cístico positivo tuvieron compromiso de otro(s) ganglio(s).

CONCLUSIONES

El compromiso ganglionar aumentó en conjunto con la profundidad de invasión tumoral. Los pacientes con compromiso del conducto cístico tuvieron significativamente mayor compromiso ganglionar.

(486) RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE LA VESÍCULA BILIAR AVANZADO.

Eduardo Vinuela Fawaz (), Marcell Paolo Sanhueza García, Mario Caracci Lagos, Eduardo Briceno Valenzuela, Paulina González Canales, Sergio Baez Vallejos, Enrique Norero Munoz, Marco Ceroni Villanelo, Cristian Martínez Belmar, Alfonso Díaz Fernández.*

Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto). Equipo de Cirugía Hepato Pancreato Biliar, Servicio de Cirugía.

INTRODUCCIÓN

El paciente que se presenta un cáncer de vesícula biliar (CVB) avanzado constituye un problema complejo para el cirujano HPB.

OBJETIVOS

Evaluar factores asociados a reseccabilidad y sobrevida en este grupo de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión retrospectiva de 164 pacientes de una base de datos prospectiva de CVB, operados electivamente por CVB avanzado entre Enero 2004 y Julio 2014. Se excluyeron casos con CVB incidental y tempranos (mucosos). Tasas de resección R0 y sobrevida global fueron investigados para distintos factores de extensión: invasión hepática, serosa y órganos vecinos, diseminación ganglionar, metástasis hepáticas y peritoneales. Realizamos análisis multivariado de variables pronósticas disponibles al cirujano en pacientes R0.

RESULTADOS

Edad promedio fue 61 años (31-88 años), hubieron 119 (73%) mujeres y 45% presentaron ictericia. Mortalidad y morbilidad grave (Clavien?3) fue 7,8% y 17,5%, respectivamente. Se realizaron 64 cuñas/resecciones 5/4b (40%), 11 hepatectomías (7%) y 2 pancreatoduodenectomías. Tasa de resección R0 fue 25%. La reseccabilidad no fue influida por la invasión serosa, invasión hepática ni invasión de órganos vecinos (R0 36%, 34% y 42%, respectivamente). La diseminación ganglionar si se asoció a menor reseccabilidad (R0: N0 47%, N1 29%, N2 20%, $p=0,02$) como también la presencia de diseminación hepática y peritoneal (0% ambos). La sobrevida a 5 años fue infrecuente para pacientes con metástasis hepáticas (3%), peritoneales (0%), invasión serosa (4%), hepática (5%), de órganos vecinos (0%) y compromiso N2 (0%). La sobrevida fue mejor en ausencia de compromiso ganglionar (18%) y compromiso hasta N1 (17%). La invasión serosa, el compromiso ganglionar y el número de ganglios reseccados fueron factores pronósticos independientes en el análisis multivariado.

CONCLUSIONES

La curación del paciente con CVB avanzado depende críticamente de obtener una resección completa y un adecuado vaciamiento ganglionar. En pacientes con factores asociados a resecciones incompletas otras modalidades de tratamiento debieran considerarse, idealmente en el contexto de estudios clínicos.

(531) EL INDICE BALANCEADO DE RIESGOS (BAR) ES EL MEJOR PREDICTOR DE SOBREVIDA EN TRASPLANTE HEPÁTICO EN UN CENTRO UNIVERSITARIO

Jean Phillipe Bachler González (), Juan Francisco Guerra Castro, Carlos Eduardo Maldonado López, Alejandra Cancino Marambio, Javier Méndez Romero, Carlos Benítez Gajardo, Rodrigo Wolff Rojas, Rosa Pérez Ayuso, Nicolás Jarufe Cassis, Jorge Martínez Castillo*
Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva y Unidad de Trasplante Hepático.

INTRODUCCIÓN

El puntaje de MELD (model for end-stage liver disease) constituye el principal método para organizar las listas de espera en trasplante hepático ortotópico (THO). Sin embargo, no considera las características del donante ni del órgano, las que pueden influir en los resultados y sobrevida de los pacientes sometidos a trasplante.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de las características del receptor según el MELD, del donante y el injerto a través del DRI (Donor Risk Index) y de ambos aplicando el índice BAR (Balance of Risk Index) en la sobrevida a largo plazo de una cohorte de pacientes sometidos a trasplante hepático en nuestro Centro.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo descriptivo. Se incluyó a todos los trasplantes realizados entre Enero de 2003 y Agosto de 2013. Se calculó el puntaje para cada uno de ellos utilizando los scores de MELD, BAR y DRI. Se analizó la sobrevida de la serie para cada uno de los índices.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 144 trasplantes en 138 pacientes, 63% sexo masculino, con una mediana de edad de 58 años (16-71). Un 35% (n=51) de los casos fueron trasplantes de urgencia, 51% de ellos debido a insuficiencia aguda sobre crónica. Los receptores que presentaron un puntaje MELD al momento del trasplante < 15 y > 15 registraron una sobrevida de 71% y 70% a 5 años respectivamente (p = 0,39). Aquellos receptores cuyos donantes/injertos tuvieron un puntaje DRI < 1.4 y > 1.4 presentaron una sobrevida a 5 años de 76% y 64%, respectivamente (p=0,24). Los trasplantes con puntaje BAR < 15 mostraron una sobrevida a 5 años de 76%, significativamente mayor que aquellos con BAR > 15 (40%; p< 0,001).

CONCLUSIONES

El uso del índice de riesgos balanceado (BAR) es el mejor predictor de sobrevida a largo plazo de pacientes sometidos a trasplante hepático en nuestro centro.

(533) ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO CURATIVO DEL CARCINOMA HEPATOCELULAR: RESULTADOS Y SOBREVIDA A LARGO PLAZO

Jean Phillipe Bachler González (), Juan Francisco Guerra Castro, Carlos Eduardo Maldonado López, Alejandra Cancino Marambio, Rosa Pérez Ayuso, Luis Meneses Quiroz, Maria Soledad Loyola Zunino, Nicolás Jarufe Cassis, Jorge Martínez Castillo*
Pontificia U. Católica de Chile. Departamentos de Cirugía Digestiva, Gastroenterología, Radiología, y Unidad de Trasplante Hepático.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma hepatocelular (HCC) es la tercera causa de muerte por cáncer a nivel mundial. El trasplante hepático ortotópico (THO) es la mejor alternativa de tratamiento para pacientes incluidos en los criterios de Milán. Sin embargo, debido a la escasas de donantes, la resección hepática y la radiofrecuencia han emergido como alternativas de tratamiento curativo y como terapias puente al trasplante en pacientes seleccionados.

OBJETIVOS

Describir los resultados y sobrevida a largo plazo de pacientes con HCC sometidos a tratamiento curativo (trasplante, resección o radiofrecuencia).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo descriptivo, a partir de los registros electrónicos y clínicos de pacientes con diagnóstico de HCC sometidos a THO, resección hepática o radiofrecuencia con intención curativa entre Enero de 2003 y Agosto de 2013. Se excluyeron aquellos pacientes sometidos a resección o radiofrecuencia como terapia puente al trasplante.

RESULTADOS

En el período estudiado se realizaron 80 procedimientos, todos con intención curativa. Treinta pacientes fueron trasplantados, todos ellos bajo criterios de Milán al momento del enlistamiento. Un 23% presentó complicaciones perioperatorias y sólo hubo un caso de mortalidad asociada. Veinticinco pacientes fueron sometidos a resección hepática, 2 de ellos con criterios de enlistamiento posterior a la cirugía. Se registraron complicaciones en un 20% de los casos, sin mortalidad perioperatoria. Sólo un caso de este subgrupo logró ser trasplantado, sin embargo fallece en las primeras horas debido a una falla primaria del injerto. Finalmente, 25 casos fueron tratados exclusivamente con radiofrecuencia, registrando un 16% de complicaciones. La sobrevida global a 5 años por grupo fue de un 87%, 46% y 34%, respectivamente ($p < 0,01$).

CONCLUSIONES

El THO es una alternativa segura de tratamiento para pacientes seleccionados con HCC. En pacientes fuera de criterios de enlistamiento, la resección hepática ofrece una sobrevida aceptable, superior a terapias más conservadoras como la radiofrecuencia.

(590) RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE LA VESÍCULA BILIAR AVANZADO.

Eduardo Vinuela Fawaz (), Marcell Paolo Sanhueza García, Mario Caracci Lagos, Rose Marie Mege Rivas, Eduardo Briceno Valenzuela, Gloria Aguayo Bonniard, Eduardo Vega Pizarro, Paulina González Canales, Sergio Baéz Vallejos, Cristian Andres Diaz Méndez, Enrique Norero Munoz, Marco Ceroni Villanelo, Cristian Martínez Belmar, Alfonso Diaz Fernandez*

Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto). Equipo de Cirugía HPB, Servicio de Cirugía.

INTRODUCCIÓN

El paciente que se presenta con un cáncer de vesícula biliar (CVB) avanzado constituye un problema complejo para el cirujano HPB.

OBJETIVOS

Evaluar factores asociados a resecabilidad y sobrevida en este grupo de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión retrospectiva de 164 pacientes de una base de datos prospectiva de CVB, operados electivamente por CVB avanzado entre Enero 2004 y Julio 2014. Se excluyeron los casos con CVB incidental y tempranos(mucosos). Tasas de resección R0 y sobrevida global fueron investigados para factores de extensión de enfermedad: invasión hepática, serosa y órganos vecinos, diseminación ganglionar, metástasis hepática y peritoneal. Se realizó un análisis multivariado de variables pronósticas disponibles para el cirujano en los pacientes R0.

RESULTADOS

La mediana de edad fue 61 años(31-88 años), 73% fueron mujeres y 45% se presentó icterico. La mortalidad y morbilidad grave(Cla- vien>3) postoperatoria fue 7,8% y 17,5%, respectivamente. Se realizaron 64 cuñas/resecciones 5/4b(40%), 11 hepatectomías(7%) y 2 pancreatoduodenectomías. La tasa de resección completa(R0) fue 25%. La resecabilidad no fue influida por la invasión serosa, hepática ni de órganos vecinos(tasas R0 36%, 34% y 42%, respectivamente). La diseminación ganglionar si se asoció a menor resecabilidad(-tasas R0: N0 47%, N1 29%, N2 20%, $p=0,02$) como también la diseminación hepática y peritoneal(0% ambos). La sobrevida a 5 años fue infrecuente para pacientes con metástasis hepáticas(3%), diseminación peritoneal(0%), invasión serosa(4%), invasión hepática(5%), invasión de órganos vecinos(0%) y compromiso N2(0%). La sobrevida fue mejor en ausencia de compromiso ganglionar(18%) y compromiso hasta N1(17%). La invasión serosa, el compromiso ganglionar y el número de ganglios reseca- dos fueron factores pronósticos independientes en el análisis multivariado.

CONCLUSIONES

La posibilidad de curación del paciente que se presenta con CVB avanzado depende críticamente de obtener una resección completa y un adecuado vaciamiento ganglionar. En pacientes con factores asociados resecciones incompletas otras modalidades de tratamiento debieran considerarse, idealmente en el contexto de estudios clínicos.

(628) APACHE II, PROTEÍNA C REACTIVA Y SCORE DE MARSHALL EN PANCREATITIS AGUDA. ASOCIACIÓN CON EL INGRESO UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO. ESTUDIO DE COHORTE.

Hector Losada Morales (), Luis Burgos San Juan, Jorge Silva Abarca, Luis Acencio Barrientos, Oriel Arias Rovira, Andres Troncoso Trujillo, Martin Alanis Alvarez*

Universidad de la Frontera. Departamento Cirugía y Traumatología.

INTRODUCCIÓN

Los predictores de gravedad en pancreatitis aguda son útiles para conocer qué pacientes tienen mayor riesgo de disfunción orgánica y muerte. Tanto APACHE II como Proteína C reactiva (PCR) tienen limitaciones como predictores de gravedad. El Consenso de Atlanta 2010 recomendó Score de Marshall para evaluar gravedad de pancreatitis aguda.

OBJETIVOS

Conocer si existe asociación entre puntaje APACHE II, PCR y score de Marshall al ingreso, requerimiento de unidad de paciente crítico (UPC) y mortalidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte prospectiva de pacientes con pancreatitis aguda tratados por equipo de cirugía biliopancreática del Hospital de Temuco, Junio 2013 - Julio 2014. Se registraron variables biodemográficas, puntaje APACHE II, PCR y Score de Marshall al ingreso de urgencia y UPC, necesidad de cirugía abierta/percutánea y mortalidad. Se usó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión; estadística analítica usando t-test para variables continuas previo análisis de varianza y chi² o test exacto de Fischer para variables categóricas.

RESULTADOS

La cohorte cuenta con 268 pacientes, edad promedio $52,12 \pm 19,97$ años, 66% género femenino. APACHE II, PCR y Score de Marshall al ingreso fue $5,86 \pm 4,24$, $73,77 \pm 94$ y $0,36 \pm 0,84$, respectivamente. Requirieron ingreso a UPC 18% de la cohorte. Siete pacientes (3%) requirieron cirugía/drenaje percutáneo por complicaciones locales. La mortalidad fue 2%. El puntaje APACHE II, score de Marshall y el valor de PCR al ingreso mostró asociación con el ingreso a UPC (APACHE II $p < 0.001$; PCR $p < 0.001$; Marshall $p < 0.001$). El puntaje APACHE II y valor de PCR al ingreso mostró asociación con la mortalidad (APACHE II $p = 0.0039$; PCR $p = 0.022$).

CONCLUSIONES

El puntaje de APACHE II y la PCR mostraron asociación con requerimiento de ingreso a unidad de paciente crítico y mortalidad. El score de Marshall sólo mostró asociación con el requerimiento de unidad de paciente crítico.

(629) ALPPS, ALTERNATIVA QUIRÚRGICA PARA AUMENTAR RESECABILIDAD EN PACIENTES CON HÍGADO REMANENTE INSUFICIENTE. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DEL SALVADOR .

Sebastian Uribe Echevarria Aranguiz (), Pamela Romanque Ulloa, Waldo Martínez Muñoz, Rolando Rebolledo Acevedo, Luis Alfredo Paqui Moyo, Francisco Riquelme Marín, Mario Uribe Maturana*

Hospital Del Salvador (Santiago, Providencia). Cirugía hepatobiliar y trasplante hepático.

INTRODUCCIÓN

La cirugía de los tumores hepáticos está limitada entre otros factores por el hígado remanente futuro. Existe un grupo de pacientes declarados irresecables por la magnitud de sus lesiones. Técnicamente son candidatos a cirugía resectiva, sin embargo el riesgo de una insuficiencia hepática es alto. Existen procedimientos para inducir el volumen hepático remanente tales como la ligadura de la vena porta derecha o embolización portal derecha. Con el fin de inducir una hipertrofia hepática significativa y rápida en pacientes con tumores hepáticos es que surge el concepto de Split in vivo in situ, que es reemplazado posteriormente por el acrónimo ALPPS que abre la posibilidad a la luz de los resultados de obtener un crecimiento rápido y significativo del remanente hepático futuro

OBJETIVOS

Evaluar a través de ALPPS el aumento de la resecabilidad hepática y cuantificar la hipertrofia hepática en pacientes con tumores hepáticos declarados irresecables.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo con serie de 10 casos de pacientes con tumores hepáticos con hígado remanente insuficiente ($< 0,5$ g/kg peso) declarados irresecables a los cuales se les realiza ALPPS entre 2011 y 2014. 5 hombres y 5 mujeres entre 41-70 años. 9 pacientes con MTT por cáncer colorectal y un Hepatocarcinoma. Los pacientes presentan TAC TAP con contraste, volumetría hepática, analítica de sangre y perfil hepático. Cirugía de dos tiempos: 1. Ligadura de la vena porta derecha, clearance del hígado izquierdo y bipartición hepática. Perfil hepático, parámetros inflamatorios durante la cirugía, a las 48 horas y al 7^a día post operatorio. TAC AP con contraste al 10 día para evaluar hipertrofia hepática. 2. Hepatectomía derecha clásica o extendida según el caso

RESULTADOS

La resecabilidad fue del 100%. Se obtuvieron hipertrofias entre 114cc hasta 431cc con incrementos porcentuales del 62% al 175% promediando el 89%.

CONCLUSIONES

ALPPS aumento significativamente la resecabilidad hepática

(686) CALIDAD DE VIDA POST-RECONSTRUCCIÓN DE VÍA BILIAR

Héctor Losada Morales (), Andres Troncoso Trujillo, Luis Burgos San Juan, Jorge Silva Abarca, Luis Acencio Barrientos, Oriel Arias Rovira, Martín Alanis Alvarez, Antonio Harcha González, Carolina Aguilera Pino, Francisco Arraiza Mora, Maite López Zugarramurdi*

Universidad de la Frontera. Departamento de Cirugía y Traumatología.

INTRODUCCIÓN

La reconstrucción de vía biliar es un procedimiento complejo y los estudios sobre calidad de vida posterior son contradictorios.

OBJETIVOS

Comparar la calidad de vida en pacientes sometidos a reconstrucción de vía biliar versus la calidad de vida de los pacientes sometidos a colecistectomía sin incidentes.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de calidad de vida comparando 20 pacientes sometidos a reconstrucción de vía biliar en Hospital Regional de Temuco y 20 pacientes sometidos a colecistectomía abierta o laparoscópica sin incidentes, entre 2002 y 2014. Los pacientes fueron pareados por género y edad. El instrumento de medición fue cuestionario SF-36. La encuesta fue aplicada en persona o telefónica. Se utilizó Excel® 14.4.1 para registro de datos y Stata® 10 para análisis.

RESULTADOS

Los pacientes con reconstrucción de vía biliar tienen edad promedio de 44±15,51 años; 79% género femenino. En 17 pacientes se utilizó hepato-yeyuno-anastomosis como técnica de reconstrucción; siendo técnica de Hepp-Couinaid utilizada en el 53%. El seguimiento promedio fue 68±44 meses y la mediana de 61 meses. En el dominio función física el puntaje de los pacientes con reconstrucción de vía biliar fue 78,5±21,46 y de los pacientes con colecistectomía sin lesión fue 74,05±16,69 (p=0,46); en el dominio rol físico 57±23 vs 72,5±27,98 (p=0,75); en el dominio rol emocional 79,58±23,33 vs 66,6±28,61 (p=0,12); en el dominio vitalidad 60,75±25,35 vs 50,25±17,38 (p=0,13); en el dominio salud mental 69,2 ± 22,36 vs 56,8 ± 18,65 (p=0,06); en el dominio rol social 84,31± 18,98 vs 64,12 ± 22,11 (p=0,003); en el dominio dolor corporal 74,12±25,09 vs 71,75±24,69 (p=0,76) y en el dominio salud general 57±24,35 vs 56,75±24,40 (p=0,97).

CONCLUSIONES

En nuestra cohorte de pacientes sometidos a reconstrucción de vía biliar la calidad de vida no presenta diferencias en comparación con la calidad de vida de los pacientes sometidos a colecistectomía sin incidentes.

(699) TERAPIA ABIERTA Y PERCUTÁNEA EN COMPLICACIONES LOCALES DE PANCREATITIS AGUDA. ESTUDIO DE COHORTE.

Héctor Losada Morales (), Jorge Silva Abarca, Luis Burgos San Juan, Luis Acencio Barrientos, Oriel Arias Rovira, Andres Troncoso Trujillo, Felipe Sandoval Orrego, Martín Alanis Alvarez, Carolina Aguilera Pino, Maite López Zugarramurdi*

Universidad de la Frontera. Departamento de Cirugía y Traumatología.

INTRODUCCIÓN

Las complicaciones locales de pancreatitis aguda requieren en algunas ocasiones tratamiento. Se plantean como opciones cirugía abierta y otras mínimamente invasivas.

OBJETIVOS

Describir los resultados del tratamiento mediante cirugía abierta y percutáneo en pacientes con complicaciones locales en pancreatitis aguda.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte retrospectiva de pacientes con pancreatitis aguda grave con complicaciones locales que requirieron tratamiento en el Hospital de Temuco entre 2010-2014. Se registraron variables biodemográficas, tratamiento y evolución clínica. Se efectuó estadística descriptiva y se utilizó Excel® 14.4.1 para registro y Stata® 10 para análisis.

RESULTADOS

La cohorte esta conformada por 25 pacientes, edad promedio de 52 ± 16 años, 64% género femenino. La etiología fue biliar en 76%. El promedio APACHE II de ingreso fue 10 ± 6 y el promedio de PCR al ingreso 271 ± 118 . Al momento del inicio de la terapia la complicación local fue clasificada como absceso pancreático en 5 pacientes; colección post-necrótica infectada en 16; wall-off-necrosis (WON) en 2 y pseudoquiste en 2. Inicialmente la terapia fue percutánea en 16 pacientes (64%) y abierta en 9 (36%). De los pacientes con terapia percutánea 6 (37%) requirieron 1 procedimiento, 3 (18%) 2 procedimientos y 4 (25%) 3 procedimientos. De los pacientes con terapia abierta 4 requirieron 1 procedimiento (44%) y 4, 2 procedimientos (44%). Ocho pacientes requirieron cambio o complementación con otra terapia: 6 en terapia percutánea (38%) y 2 en terapia abierta (22%). De los cultivos iniciales el 64% fue positivo y de los cultivos posteriores el 28% fue positivo. El promedio de días de estancia hospitalaria total fue 56 ± 33 días y estancia en UCI fue 32 ± 33 días. La mortalidad fue de 1 paciente (4%). El paciente que falleció inició su terapia por vía percutánea y luego se cambió a cirugía abierta.

CONCLUSIONES

La terapia de las complicaciones locales de pancreatitis aguda presentan resultados similares en cuanto morbimortalidad.

(703) TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HIDATIDOSIS HEPÁTICA

Héctor Losada Morales (), Luis Burgos San Juan, Jorge Silva Abarca, Luis Acencio Barrientos, Oriel Arias Rovira, Andres Troncoso Trujillo, Martín Alanis Alvarez, Antonio Harcha González, Carolina Aguilera Pino, Francisco Arraiza Mora, Maite López Zugarramurdi*
Universidad de la Frontera. Departamento de Cirugía y Traumatología.

INTRODUCCIÓN

Hidatidosis hepática es una zoonosis producida por el *Equinococcus granulosus* presente en alta prevalencia en nuestra región. Existen variadas alternativas de tratamiento, sin embargo, la cirugía sigue siendo el tratamiento más efectivo.

OBJETIVOS

Describir los resultados quirúrgicos de una cohorte de pacientes operados con diagnóstico de hidatidosis hepática en el Hospital Regional de Temuco.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte retrospectiva de pacientes operados en el Hospital de Temuco con diagnóstico de hidatidosis hepática entre 2010-2014. Se utilizó Excel® 14.4.1 para registro y Stata® 10 para análisis.

RESULTADOS

La cohorte esta compuesta por 110 pacientes, edad promedio de 46 ± 18 años, 59% género masculino; 16% de la cohorte tenía antecedente de cirugía previa por QHH. Existió concomitancia con quiste hidatídico pulmonar en 18%. Ingresaron desde el servicio de urgencia 55 pacientes (50%). En el 78% el estudio preoperatorio fue ecotomografía y tomografía computarizada. La distribución de quiste de mayor tamaño fue 79% al lado derecho. Todos los pacientes fueron operados con diagnóstico de QHH, siendo la biopsia diferida confirmatoria de hidatidosis en 98%. Se realizó quistectomía en 94% de los pacientes y epiploplastía en el 24%, en sólo 1 paciente se realizó resección hepática. De las complicaciones evolutivas de los pacientes un 6% tuvo tránsito hepatotorácico, ruptura del quiste en el 5% y colangiohidatidosis el 7%. Se efectuó exploración de vía biliar en el 28% de los pacientes. La indicación de exploración de vía biliar fue sospecha colangiohidatidosis en el 24% y como tratamiento de comunicaciones biliares el 33%. Presentaron morbilidad postoperatoria el 21% de los pacientes. Se uso albendazol como tratamiento coadyudante en el 9% de la cohorte. El promedio de estancia hospitalaria fue de 15 ± 15 días. No hubo mortalidad.

CONCLUSIONES

La morbimortalidad en la cirugía de QHH son comparables con cifras nacionales e internacionales.

(746) EXPERIENCIA EN MANEJO DEL REMANENTE PANCREÁTICO EN DUODENO PANCREATECTOMÍA CEFÁLICA EN HCUCH

Juan Carlos Díaz Jeraldo, Jaime Castillo Koch, Carlos Mandiola Bunster (), Marcelo Zamorano Díaz, Alexandre Sauré Maritano, Hans Lembach Jahnsen, Belén Sanhueza Pozarski, Solange Cortes Luengo*

Hospital Clínico U. de Chile. Departamento de Cirugía.

INTRODUCCIÓN

La duodeno-pancreatectomía cefálica (DPC) impone el desafío del manejo del remanente pancreático, siendo la pancreatogastro (PGA) y pancreatoyeyuno (PYA) anastomosis clásicas formas de reconstrucción hacia el tubo digestivo. La fístula pancreática, hemoperitoneo y hemorragia digestiva alta (HDA) constituyen temidas complicaciones que podrían estar asociadas a la técnica quirúrgica empleada en este contexto.

OBJETIVOS

Comparar las complicaciones asociadas al manejo del remanente pancreático en duodeno-pancreatectomías cefálicas efectuadas en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile en los últimos 10 años.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño retrospectivo, observacional. Se revisaron las historias clínicas de 155 pacientes sometidos a DPC abierta entre 2004-2014. Se analizó características demográficas y clínicas, junto a comparación de morbimortalidad general en relación a la técnica quirúrgica empleada en el manejo del remanente pancreático. Análisis estadístico Chi2 con SPSS Statistics.

RESULTADOS

De 155 DPC, en el 69,03% (n=107) se efectuó pancreatogastro-anastomosis, mientras en 25,16% (n=39) se realizó pancreatoyeyuno-anastomosis, y en el 4,51% (n=7) exclusión pancreática. No hubo diferencias significativas en tasas de morbilidad general entre ambos grupos (p=0,26). La fístula pancreática fue la complicación más frecuente, presentándose mayormente en el grupo PYA vs PGA, 28,2% (n=11) vs 14,9% (n=16) respectivamente, aunque sin diferencias estadísticas significativas (p=0,09). Sin embargo, las fístulas tipo A presentan significativa mayor incidencia en grupo PYA (p=0,008). No hubo diferencias significativas en la incidencia de hemoperitoneo/HDA entre ambos grupos. La mortalidad perioperatoria fue 4,67% en PGA y 2,56% en grupo PYA, sin existir diferencias estadísticas (p=0,28).

CONCLUSIONES

Si bien existe una tendencia a mayor incidencia de fístulas tipo A en el grupo PYA esto no impacta en la incidencia de morbilidad general ni mortalidad perioperatoria entre ambas técnicas quirúrgicas existentes para el manejo del remanente pancreático, lo cual resulta compatible a publicaciones internacionales donde no se ha podido establecer superioridad entre ambas técnicas quirúrgicas.

(752) RECONSTITUCIÓN DE TRÁNSITO EN DUODENO PANCREATECTOMÍA CEFÁLICA, ¿CON O SIN PRESERVACIÓN DE PÍLORO?

Juan Carlos Díaz Jeraldo, Jaime Castillo Koch, Carlos Mandiola Bunster (), Marcelo Zamorano Diaz, Hans Lembach Jahnsen, Alexandre Sauré Maritano, Natalia Farias González, Solange Cortes Luengo*

Hospital Clínico U. de Chile. Departamento de Cirugía.

INTRODUCCIÓN

La duodeno-pancreatectomía cefálica (DPC) requiere de reconstitución inmediata del tubo digestivo, siendo la anastomosis del yeyuno al remanente gástrico, con o sin conservación de píloro (CP), o al duodeno (siempre con preservación de píloro) las técnicas más efectuadas. El síndrome de retención gástrica (SRG) constituye una complicación frecuente, en cuya aparición no está claro el rol de la conservación de píloro.

OBJETIVOS

Comparar la incidencia de SRG en relación a preservación de píloro tras la reconstrucción del tubo digestivo en duodeno-pancreatectomías cefálicas efectuadas en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile en los últimos 10 años.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño prospectivo, observacional. Análisis de 155 pacientes sometidos a DPC abierta 2004-2014. Se analizó características demográficas y clínicas, junto a comparación de morbimortalidad asociada a la técnica quirúrgica empleada en reconstrucción del tubo digestivo. Análisis estadístico Chi2 con SPSS Statistics.

RESULTADOS

De 155 DPC, en 28,87% (n=37) se efectuó CP mientras en 76,12% (n=118) no se conservó. El SRG ocurrió en 5,4% (n=2) de los pacientes con conservación pilórica vs el 10,16% (n=12) en los que no se preservó, sin diferencias estadísticamente significativas (p=0,52). El manejo del SRG fue médico y/o endoscópico con instalación de SNY, reoperándose sólo un caso. Aunque no hubo diferencias en tasas de morbilidad general entre ambos grupos (p=0,45), existió una significativa mayor incidencia de fístula pancreática tipo B en grupo con CP 16,21% vs 5,08%, (p=0,03), siendo mayor la mortalidad perioperatoria en este grupo 8,1% vs 2,54% (p=0,01).

CONCLUSIONES

La CP en esta serie no parece presentar relación con la incidencia de SRG, aunque presenta tendencia a disminuir esta complicación. Esto es compatible a publicaciones internacionales donde no se ha establecido la conservación pilórica como estándar de manejo. Las diferencias de mortalidad observadas no parecen tener relación con las técnicas reconstructivas estudiadas.

(756) TRASPLANTE HEPATICO EN PACIENTES CON HEPATOCARCINOMA. EXPERIENCIA A 10 AÑOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

Juan Carlos Díaz Jeraldo, Hans Lembach Jahnsen, Valeria Abiuso Baesler, Jaime Castillo Koch, Marcelo Zamorano Diaz (), Alexandre Sauré Maritano, Carlos Mandiola Bunster, Jaime Poniachick Teller, Danny Oksenberg Reisberg, Patricio Palavecino Rubilar, Jose Ibarra Castillo, Cristian Lopez Gonzalez*

Hospital Clínico U. de Chile. Departamento de Cirugía

INTRODUCCIÓN

El carcinoma hepatocelular (HCC) es la neoplasia maligna primaria del hígado más frecuente. Dentro de las opciones curativas se incluye la resolución quirúrgica, ya sea resección hepática o trasplante, este último con mejores resultados en la literatura, sin embargo se ve limitado dada la escases de donantes lo que determina largos periodos en listas de espera.

OBJETIVOS

Analizar las características y resultados postoperatorios de pacientes trasplantados con diagnóstico de HCC, intervenidos en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH).

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de la base de datos realizada en forma prospectiva del Equipo de Trasplante del HCUCH, de pacientes trasplantados entre los años 2004 al 2013, analizando criterios diagnósticos, terapias peritrasplante, Morbi-mortalidad precoz del procedimiento, sobrevida acumulada y recidiva global. Se utilizó análisis estadístico descriptivo, y método de Kaplan Meier para curva de sobrevida.

RESULTADOS

Nuestra serie reúne un total de 32 pacientes trasplantados (de un total de 207 pacientes trasplantados). 11 mujeres y 21 hombres, con media de edad de 58,4 años (42 - 66 años), MELD real promedio de 17 puntos. El 100% de los pacientes eran cirróticos, que según escala de Child-Pugh A, B y C corresponden a 15,6%, 40,6% y 43, 7% respectivamente. El 40% recibió intervención con quimioembolización, radiofrecuencia o alcoholización previo al trasplante hepático, estando en lista de trasplante. La mortalidad fue de 3,23%. El 59,3% (19 pacientes) cumplía criterios de MILAN. La recidiva global fue del 12,5% (4 pacientes). La sobrevida global fue de 87,1% a 3 años y 70,4% a cinco años.

CONCLUSIONES

El trasplante hepático es un tratamiento potencialmente curativo en pacientes con hepatocarcinoma que se encuentra fuertemente limitado por la disponibilidad de órganos. Puede asociarse a terapias puente durante el tiempo de espera en lista. Nuestros resultados son comparables con artículos internacionales.

(764) RESULTADOS DE LA DUODENO PANCREATECTOMÍA TOTAL EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

Alexandre Sauré Maritano, Juan Carlos Díaz Jeraldo, Marcelo Zamorano Diaz (), Jaime Matus Rojas, Jaime Castillo Koch, Hans Lembach Jahnsen, Carlos Mandiola Bunster, Amy Pineres P, Karim Papapietro Vallejo*

Hospital Clínico U. de Chile. Departamento de Cirugía

INTRODUCCIÓN

La duodenopancreatectomía total (DPT) como tratamiento del cáncer de páncreas ha suscitado múltiples controversias en cuanto a su utilidad oncológica y prevención de fistulas pancreáticas. Sin embargo, estudios han fallado en demostrar el beneficio real de la duodenopancreatectomía total sobre las pancreatectomías parciales desde la perspectiva oncológica y metabólica.

OBJETIVOS

Evaluar los resultados quirúrgicos y metabólicos de la duodenopancreatectomía total en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio clínico retrospectivo, de todos pacientes intervenidos quirúrgicamente de DPT independientemente de la indicación quirúrgica en el HCUCH de 2006-2013. Se estudiaron las características demográficas, indicación de cirugía, características quirúrgicas y patológicas, etapa TNM, régimen y dosis de insulina utilizada, niveles seriados de glicemia y de Hemoglobina glicosilada. Se analizaron mediante estadística descriptiva, para el análisis de sobrevida el método de Kaplan – Meier.

RESULTADOS

Se incluyeron 13 pacientes intervenidos quirúrgicamente de DPT con edad promedio de 62.9 años (44 – 79 años), el 80 % de los pacientes fueron del sexo masculino, el IMC promedio fue de 24,8 kg/m², las principales comorbilidades fueron: HTA en 5 y DM2 en 3 pacientes. La indicación quirúrgica principal fue neoplasia pancreática maligna en la totalidad de los casos, en 9 casos se localizó en cabeza de páncreas, 7 casos correspondieron a adenocarcinoma ductal, 5 pacientes se encontraron en etapa IIb, en un caso se realizó resección portal, el tiempo quirúrgico promedio fue de 388 min (270-575min), la reconstrucción del tránsito digestivo se realizó mediante gastroyeyunoanastomosis más hepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux en 9 casos. No se presentó mortalidad operatoria.

CONCLUSIONES

La duodenopancreatectomía total constituye una técnica quirúrgica que se realiza en forma excepcional, principalmente en trauma abdominal grave. Su uso en tratamiento oncológico de tumores periampulares no es de regla, sin embargo, presenta un perfil de seguridad aceptable en nuestro centro.

(792) ANÁLISIS DE SOBREVIDA EN PACIENTES SOMETIDOS A RESECCIÓN PRIMARIA CURATIVA POR CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR AVANZADO.

Eduardo Vinuela Fawaz (), Marcell Paolo Sanhueza García, Mario Caracci Lagos, Rose Marie Mege Rivas, Eduardo Briceno Valenzuela, Gloria Aguayo Bonniard, Eduardo Vega Pizarro, Paulina Gonzalez Canales, Cristian Andres Diaz Mendez, Sergio Baez Vallejos, Enrique Norero Munoz, Marco Ceroni Villanelo, Cristian Martinez Belmar, Alfonso Diaz Fernández*

Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto). Equipo de Cirugía HPB, Servicio de Cirugía

INTRODUCCIÓN

El rol de la cirugía en el cáncer de vesícula biliar (CVB) avanzado tiene algunos aspectos controversiales.

OBJETIVOS

Evaluar el resultado oncológico de la cirugía por CVB avanzado e identificar factores asociados a sobrevida en los pacientes con resección completa.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de cohorte retrospectiva de 164 pacientes identificados en nuestra base de datos prospectiva, operados en forma electiva por CVB avanzado entre Enero 2004 y Julio 2014. Se excluyeron casos con CVB incidental y mucosos. El tipo de resección oncológica (R) se determinó con la información intraoperatoria y la biopsia definitiva de la pieza operatoria. Se realizó un análisis uni (log-rank) y multivariado (riesgo proporcional de Cox) de factores pronósticos de sobrevida global en los pacientes con resección completa (R0).

RESULTADOS

En 40 pacientes (24%) se obtuvo una resección R0 y en ellos la sobrevida fue significativamente mejor (mediana 16 meses y 20% a 5 años versus 7 meses y 8% en resección R1 y 3 meses y 2% en resección R2/cirugía no terapéutica, respectivamente, p<0,001). De los pacientes R0 80% fueron mujeres, la mediana de edad fue 64 años (35-81 años) y 35% se presentó con ictericia. Se realizaron 31 cuñas hepáticas (77%) y 7 hepatectomías (18%). Se resecó la vía biliar y/o algún órgano vecino en 19 (49%) y 11 (31%) casos, respectivamente. La mortalidad quirúrgica (30 días) fue 5% (2 casos) y la morbilidad grave (Clavien>3) fue 33%. El grado de compromiso de la pared vesicular, la presencia de adenopatías tumorales y el número de ganglios resecaados fueron factores pronósticos independientes en el análisis multivariado.

CONCLUSIONES

La posibilidad de curación del paciente que se presenta con CVB avanzado depende críticamente de obtener una resección completa y un adecuado vaciamiento ganglionar. Desafortunadamente, una resección R0 es posible en la minoría de los casos.

(815) UTILIDAD DE LA COLANGIOGRAFÍA INTRAOPERATORIA (CIO) EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA DE ORIGEN BILIAR (PAB), RESUELTA, Y COLANGIORESONANCIA (CRM) NEGATIVA PARA LITIASIS DE VÍA BILIAR, EN HOSPITALIZADOS DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DE SANTIAGO, EN UN PERIODO DE CUATRO AÑOS

David Cambiazo Fuentes (), Enrique Hiplan Aguirre, Felipe Soliz Cespedes, Martín Hirane Galdames*

Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia). Unidad de Digestivo, servicio de Cirugía.

INTRODUCCIÓN

La evidencia actual señala que del total de casos de pancreatitis aguda en Chile, más del 50% se presenta en mujeres y 75% son de origen biliar (PAB). Una vez resuelto el cuadro pancreático es necesario realizar la colecistectomía. En la era de la laparoscopia, CIO constituye un método eficaz para diagnóstica coledocolitiasis y aclarar dudas anatómicas.

OBJETIVOS

Determinar utilidad de CIO en pacientes con PAB resuelta, Y CRM negativa para litiasis de vía biliar, en el Hospital San José de Santiago

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión retrospectiva de casos clínicos de pacientes ingresados con diagnóstico de PAB, sometidos a exámenes imagenológicos (TAC, ecotomografía y/o CRM) y solicitud de pabellón central para colecistectomía (laparoscópica o abierta) más CIO, en la Unidad de Cirugía del HSJ entre los años 2008 y 2012. Se realizó análisis analítico explicativo de estas variables: litiasis de vía biliar, hallazgos de exámenes imagenológicos e intraoperatorios.

RESULTADOS

De un total de 82 casos con PAB como diagnóstico de ingreso, 27 fueron hombres. Edad promedio fue 51 años (21-89). En 18%(15) se realizó CRM preoperatoria, de ese porcentaje un 13%(2) resultó con coledocolitiasis, ambos sometidos a ERCP preoperatoria y CIO sin hallazgos patológicos. Por otra parte, 87%(13) pacientes sometidos a CRM tuvieron un resultado negativo para coledocolitiasis, de ellos; 0%(0) tuvieron coledocolitiasis, 38%(5) no se realizó CIO y 62%(8) tuvieron CIO sin coledocolitiasis. Por otra parte, del total de 82 pacientes, en 35%(29) se realizó CIO, de estos, 83%(24) resultaron sin defectos de llene en vía biliar y 17%(5) fueron positivos para coledocolitiasis

CONCLUSIONES

La PAB predomina porcentualmente en mujeres respecto de hombres, edad promedio de presentación de este cuadro es 4ta-5ta década y los pacientes con PAB resuelta y CRM negativa no se benefician de CIO. Solo los pacientes con CRM positiva, requieren ERCP preoperatoria; lo cual es compatible con la literatura.

Seccional : Mama

(214) LINFADENOPATÍA AXILAR POR SILICONA (SILICONOMA). DIAGNÓSTICO, CONDUCTA Y REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE TRES CASOS.

Rodrigo Iglesias Guillard, Rodrigo Cabello Perez de Arce, Matías Minassian Münster (*)

Clínica Tabancura.

INTRODUCCIÓN

La pesquisa de adenopatías axilares asociadas a prótesis mamarias de silicona, implantadas por motivos estéticos o reconstructivos, es un hecho poco frecuente pero no excepcional. Al detectarlas generan una importante preocupación y ansiedad en la paciente y sus médicos, por lo que su diagnóstico y tratamiento deben ser realizados oportunamente.

OBJETIVOS

Presentar los casos de tres pacientes con siliconomas axilares (adenopatía con una reacción tisular inducida por silicona libre en el área de drenaje linfático mamario) en contexto de prótesis mamarias instaladas con fines reconstructivos o cosméticos.

MATERIAL Y MÉTODO

Presentamos tres casos en que se detectaron adenopatías axilares sintomáticas y palpables, una de ellas tratada por cáncer de mama con reconstrucción con implante 5 años antes y dos con mamoplastía de aumento cosmético con 6 y 8 años de evolución. Se muestran tanto el resultados de los hallazgos histopatológicos como los procedimientos diagnósticos y terapéuticos utilizados en cada caso. Además se realiza una revisión bibliográfica acerca del tema, teniendo en consideración que existen escasos reportes nacionales publicados en la literatura.

RESULTADOS

En dos de tres pacientes el estudio de imágenes demostró indemnidad del implante y en otra se demostró daño de éste. El diagnóstico se realizó por biopsia por punción guiada por ultrasonido. En dos se retiraron los implantes junto a la resección del siliconoma axilar. La tercera optó por la observación clínica.

CONCLUSIONES

La linfadenopatía granulomatosa por silicona es una entidad poco habitual, sin embargo, será probablemente cada vez más frecuente de encontrar en el futuro por la gran cantidad de pacientes jóvenes que se someten a mamoplastía cosméticas y por el uso de implantes de silicona en reconstrucciones por cáncer. El diagnóstico realizado por imágenes y biopsia, a pesar de demostrar en algunos casos indemnidad de la cápsula de la prótesis, debe ser suficiente para indicar el explante y la extirpación del siliconoma.

(381) TRATAMIENTO COMBINADO EN MASTITIS GRANULOMATOSA IDIOPÁTICA.

Isabel Arratia Severino, Francisca González Saldivia (*) Gladys Ibanez Ramírez

Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia). Unidad de Patología Mamaria, Hospital San José.

INTRODUCCIÓN

La mastitis granulomatosa idiopática es una enfermedad inflamatoria benigna, infrecuente, de etiología desconocida. Puede simular carcinoma mamario, por lo cual su diagnóstico definitivo es histopatológico.

OBJETIVOS

Caracterización clínica de esta patología considerando su forma de presentación, métodos diagnósticos y tratamiento con especial énfasis en la efectividad de la corticoterapia y cirugía combinadas.

MATERIAL Y MÉTODO

Serie de casos. Se revisaron los registros y fichas clínicas de los pacientes con diagnóstico histológico de mastitis granulomatosa idiopática en el Hospital San José entre los años 2007-2013.

RESULTADOS

Se identificaron 22 casos, sexo femenino, 68 % previamente sanas al momento del diagnóstico. El promedio de edad fue de 38 años. La presentación clínica más frecuente fue tumoración mamaria en un 63.63 %, seguido de absceso en 28% y secreción por pezón en 9,09%. Lateralidad derecha en 40,9 %, izquierda en 54.4% y bilaterales en 4,54 %. Se registró un tamaño promedio de la lesión de 34.59 mm en su diámetro máximo. Se realizó ecografía en 54.54 %, ecografía más mamografía en 22.72 %, sin imágenes 22,7%. Estudio histopatológico obtenido por biopsia core 86.3 %, quirúrgica en 9,08% y citología 4.5 %. El tratamiento médico se realiza a base de prednisona en 63.7% de las pacientes, con metotrexato en 4.54%, con prednisona y metotrexato combinado en 13.6%. El tratamiento combinado (Tratamiento médico más punción evacuadora o drenaje quirúrgico) se realizó en 59,1%, siendo efectivo en 100% de las pacientes. El 40,9% recibe tratamiento médico exclusivo siendo efectivo en 66,6 %. Seguimiento promedio de 20 meses.

CONCLUSIONES

La presentación clínica de las mastitis fue similar a la reportada en la literatura. El tratamiento combinado fue exitoso en todas las pacientes que lo recibieron.

(721) ETAPIFICACIÓN DE CÁNCER DE MAMA EN CHILE, ¿SE DIAGNOSTICA DE FORMA MÁS PRECOZ EN UN CENTRO PRIVADO DE SALUD?

Jamile Camacho Neira, Valentina Salvador Uauy (), Carolina Barriga Schneeberger, Fernando Cadiz Val, Patricia Raimilla Rodríguez, Eugenio Roman Lucero, Marcela Paz Gallegos Angulo, Marcela Uchida Silva*

Clínica Alemana. CENTRO DE LA MAMA

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el segundo más frecuente y la primera causa de muerte por cáncer en la mujer en Chile y el mundo. Hasta el 2012 se presentaron 1.676.633 y 521.817 muertes, con Mortalidad de 12,9 por 100.000 mujeres. El registro nacional del MINSAL de 2011 evidenció que sólo 10% se diagnosticó en Estadío 0 y 16,7% en Estadío I, concentrándose el mayor grupo en Estadío II (42%). Según grupo etáreo, la mayor incidencia está entre 45 y 54 años.

OBJETIVOS

Comparar etapificación de Cáncer de Mama entre Clínica Alemana de Santiago (CAS) y registros del MINSAL. Hipótesis: En CAS se diagnostica el Cáncer de Mama más precoz que las cifras nacionales reportadas.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión base de datos del Centro de la Mama de CAS (Enero 2000-Julio 2014) correspondiente a 1127 pacientes. Se obtiene información de edad y estadíos según clasificación TNM y año de diagnóstico. Datos epidemiológicos MINSAL de 2011 relativos a edad y estadío. Se crearon tres grupos de edad (≥ 34, 35-74 y ≥ 75 años) y se describen resultados según éstos. Análisis estadístico según test Chi-cuadrado.

RESULTADOS

Total de 1127 pacientes atendidas en CAS, promedio de edad 54 años (25-99), se presentan 17,7% en Estadío 0, 44% en Estadío I, 30,8% en Estadío II, 6,8% en Estadío III y 0,7% en Estadío IV. MINSAL destaca 10,1% Estadío 0, 16,7% Estadío I, 42,1% Estadío II, 24,7% Estadío III y 5,7% Estadío IV. La diferencia entre ambas proporciones es estadísticamente significativas con $p < 0,05$. Según edad, en CAS vs MINSAL, se distribuye de forma similar, siendo 3,81 vs 3% las pacientes ≥ 34 años, 87,8 vs 83% las de 35-74 años y 8,35 vs 13,6% las ≥ 75 años, respectivamente.

CONCLUSIONES

En CAS se diagnostican las pacientes con cáncer de mama en etapas más precoces que en el sistema público. Esto podría significar potencialmente una menor morbimortalidad.

(730) ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES SOMETIDAS A QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN CÁNCER DE MAMA EN EL HOSPITAL BASE VALDIVIA EN EL PERIODO 2007 - 2013

Alvaro Rivas Müller (), Andres Steuer Holmgren, Cristian Zarate Bertoglio*

Hospital Clínico Regional (Valdivia). Cirugía Oncológica

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama ocupa el primer lugar como causa de muerte por cáncer en la mujer chilena. La quimioterapia neoadyuvante ha surgido como el tratamiento estándar para pacientes con cáncer de mama localmente avanzado. En un porcentaje menor se observa respuesta patológica completa con resultados alentadores en relación a la sobrevida.

OBJETIVOS

Caracterizar las pacientes sometidas a quimioterapia neoadyuvante de acuerdo al tipo histológico, subtipo molecular, respuesta patológica y sobrevida.

MATERIAL Y MÉTODO

Cohorte retrospectiva de pacientes ingresadas a Unidad de Patología Mamaria con diagnóstico de Cáncer de Mama, código CIE10 C50. Se identificaron 47 casos de pacientes sometidas a QMT neoadyuvante entre enero de 2007 y julio de 2013. Se revisaron las fichas clínicas y registros de biopsias. Se evaluó género, edad, tipo histológico, subtipo molecular, respuesta patológica y sobrevida. Los datos fueron analizados con EpiInfo 7.

RESULTADOS

De un total de 525 pacientes ingresadas a Unidad de Patología Mamaria, un 8,95% fue sometida a quimioterapia neoadyuvante. De estas 100% fueron mujeres con edad promedio de 51,1 años. Se obtuvo biopsia Core en un 100% con histología ductal invasor en 89,14% y lobulillar invasor en 10,86%. En relación a subtipo molecular un 44,68% fue Luminal A, 23,4% her2, 17,02% Luminal B y 14,89% basal. Se observó respuesta patológica completa en 8,51% de las pacientes, con edad promedio de 50 años. Del total de pacientes un 27,65% falleció, con sobrevida promedio de 17,76 meses. Se obtuvo una sobrevida a 3 años de 59,25%. Una paciente con respuesta clínica completa rechazó cirugía posterior a quimioterapia con sobrevida de 50 meses.

CONCLUSIONES

El porcentaje de pacientes sometidas a quimioterapia neoadyuvante, así como la respuesta patológica completa, son menores en relación a las cifras internacionales. Existe un margen para realizar cambios en la terapia y lograr mejores resultados a nivel local.

(739) HAMARTOMA MAMARIO: DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE FIBROADENOMA MAMARIO

Gladys Ibanez Ramirez, Paulo Cesar Pereira Barrera () Claudia Carson Osses*

Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia). Unidad de Patología Mamaria

INTRODUCCIÓN

El hamartoma mamario es una entidad rara en la patología tumoral mamaria benigna, siendo su principal diagnóstico diferencial el fibroadenoma, no existiendo herramientas certeras preoperatorias para clarificar su diagnóstico. El tratamiento quirúrgico es curativo con bajo índice de recurrencia y malignización.

OBJETIVOS

Exponer un caso de hamartoma mamario gigante que se planteó inicialmente como fibroadenoma.

MATERIAL Y MÉTODO

Mujer de 42 años, multipara de 3, ingresa a controles por nódulo mamario izquierdo de 5,5 cms. por 7 cms. de diámetro. Paciente se ausenta de controles clínicos sucesivos, con lo que nódulo creció hasta los 15 cm; la mamografía, ecografía y biopsia core fueron informadas como fibroadenoma. Dado aumento de tamaño y sintomatología se realizó mastectomía parcial objetivando en la biopsia diferida un hamartoma mamario.

RESULTADOS

En controles inicialmente semestrales, excelente evolución posterior tanto clínica como estética, actualmente en controles anuales con mamografía y ecografía, sin indicios clínicos ni imagenológicos de recidiva o malignización.

CONCLUSIONES

Los hamartomas son patologías sin presentación clínica específica, siendo los hallazgos radiológicos muy sugerentes, mas no patognómicos; en el caso expuesto el estudio anatomopatológico postoperatorio descartó la hipótesis inicial, confirmando el hamartoma. El análisis de toda la pieza quirúrgica es fundamental para establecer un diagnóstico definitivo.

Seccional: Oncología

(478) PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA: RESULTADOS ONCOLÓGICOS Y FUNCIONALES EN 160 PACIENTES CONSECUTIVOS

Octavio A Castillo Cadiz, Arquímedes Rodríguez Carlin (*), Vincenzo Borgna Christie, Ivar Vidal Mora, Andrés Siva Waissbluth, Oscar Schatloff Bitran, Roberto Van Cauwelaert Rojas

Clínica Indisa. Unidad de urología y centro de cirugía robótica

INTRODUCCIÓN

El análisis de los resultados de la prostatectomía radical se realiza hoy de 2 formas: Trifecta (continencia, potencia y control oncológico) y Pentafecta (incluye márgenes quirúrgicos positivos (MQP) y complicaciones postoperatorias).

OBJETIVOS

Presentamos los resultados de la prostatectomía radical robótica (PRR) realizada en 212 pacientes con cáncer de próstata localizado operados de forma consecutiva.

MATERIAL Y MÉTODO

Desde enero de 2010 a julio de 2014 se realizaron 212 PRR por un solo cirujano con el sistema da Vinci S-HD®. Para el análisis se consideraron solo los pacientes que tuvieran un seguimiento mínimo de 1 año (n=160). Se evaluaron las tasas de potencia, continencia, Trifecta y Pentafecta en aquellos pacientes a los que se les realizó preservación bilateral de BNV y estaban continentes y potentes previo a la cirugía (n=65). Se realizó un análisis de regresión logística para identificar predictores de no cumplimiento de la pentafecta. Para el análisis estadístico se utilizó el programa Stata/IC v12.0.

RESULTADOS

La mediana de APE fue de 6.4 ng/ml (RI: 2,5-50) y la estadificación clínica más frecuente fue T1c en 126 pacientes (78.8%). La mediana de seguimiento fue de 18,5 meses (RI: 9-30). Las tasas de continencia, potencia y sobrevida libre de recurrencia bioquímica fueron 96,9%, 92,3% y 96,4%, respectivamente. Ocho pacientes presentaron complicaciones postoperatorias (5%). La tasa de MQP fue de 19,4%. Hubo una disminución de la tasa de MQP en pacientes con estadio pT2 después de 100 casos de 17,9% a 8,8% (p. = 0,045). Las tasas de Trifecta y Pentafecta fueron 84,6% y 66,2%, respectivamente.

CONCLUSIONES

La prostatectomía radical laparoscópica asistida por robot es un método seguro y eficaz para el tratamiento de cáncer de próstata clínicamente localizado. Si bien sus resultados a largo plazo no se conocen por completo, los resultados perioperatorios, funcionales y oncológicos a corto y mediano plazo son alentadores.

(481) NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA: RESULTADOS ONCOLÓGICOS Y FUNCIONALES A 3 AÑOS DE SEGUIMIENTO.

Octavio A Castillo Cadiz, Arquímedes Rodríguez Carlin (*), Vincenzo Borgna Christie, Ivar Vidal Mora, Oscar Schatloff Bitran, Andrés Siva Waissbluth, Roberto Van Cauwelaert Rojas

Clínica Indisa. Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica

INTRODUCCIÓN

La nefrectomía parcial es hoy el tratamiento estándar del carcinoma de células renales (CCR) <4cm.

OBJETIVOS

Presentamos los resultados oncológicos y funcionales en una serie de 95 pacientes portadores de un tumor renal, tratados en forma consecutiva mediante nefrectomía parcial robótica (NPR).

MATERIAL Y MÉTODO

Entre los años 2010 y 2014 efectuamos 95 NPR. Para la evaluación de los resultados se incluyeron solo a los pacientes (n=43) que tuvieron un seguimiento mínimo de 2 años. Se realizó un análisis descriptivo de las características demográficas, variables intraoperatorias y postoperatorias como medias \pm desviación estándar o medianas \pm rango intercuartílico. Se utilizaron curvas de Kaplan-Meier para calcular las tasas de sobrevida global (SG), sobrevida cáncer-específica (SCE) y sobrevida libre de recurrencia (SLR).

RESULTADOS

La edad promedio fue 53,1 \pm 13,5 años. El tamaño tumoral preoperatorio fue 3,6 \pm 1,9 cm. El tiempo quirúrgico fue 102,2 \pm 37,1 minutos. El tiempo de isquemia promedio fue de 21,27 \pm 7,74 minutos. La mediana de sangrado intraoperatorio fue de 150 ml (RIC= 87,5-425). Hubo 9,3% de complicaciones postoperatorias Clavien ? III. No hubo mortalidad. La tasa de filtración glomerular preoperatoria fue 91,04 \pm 28,17 y la postoperatoria 89,9 \pm 27,69, con una disminución no significativa (p. 0,74). El grado de Fühman promedio fue 2,5 \pm 0,56. No hubo márgenes quirúrgicos positivos ni recurrencia local. La mediana de seguimiento fue 38 \pm 8 meses, con una SG y SCE a 3 años de seguimiento de 100%. La SLR fue 100% a 3 años y 92,3 % a 4 años de seguimiento.

CONCLUSIONES

Los resultados funcionales y oncológicos de nuestra serie de, confirman la seguridad oncológica y funcional de la nefrectomía parcial robótica.

(482) DESCRIPCIÓN Y EVALUACIÓN ESTANDARIZADA DE COMPLICACIONES ASOCIADAS A ADRENALECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Octavio A Castillo Cadiz, Arquímedes Rodríguez Carlin (), Ivar Vidal Mora, Oscar Schatloff Bitran, Andrés Siva Waissbluth, Roberto Van Cauwelaert Rojas, Vincenzo Borgna Christie*

Clínica Indisa. Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica

INTRODUCCIÓN

La adrenalectomía laparoscópica (AL) es el procedimiento de elección para el manejo quirúrgico de las masas adrenales.

OBJETIVOS

Presentar una evaluación estandarizada de las complicaciones perioperatorias en una serie de AL.

MATERIAL Y MÉTODO

Entre los meses de junio de 1993 a septiembre de 2012 se realizaron 344 AL en pacientes con diagnóstico de tumor suprarrenal, de forma consecutiva. Los datos fueron recolectados de forma prospectiva y analizados retrospectivamente para evaluar las complicaciones perioperatorias. Las complicaciones intraoperatorias se definieron utilizando la clasificación de Satava y las complicaciones postoperatorias según la clasificación de Clavien-Dindo.

RESULTADOS

Veinticinco AL presentaron complicaciones perioperatorias (7,3%), 11 fueron intraoperatorias (3,2%), siendo en su mayoría lesiones vasculares y del diafragma (Satava grado 2) y 14 postoperatorias (4,1%). Seis pacientes presentaron complicaciones que precisaron intervención quirúrgica (Clavien IIIa/IIIb) y/o soporte en la unidad de cuidados intensivos (Clavien IV). Hubo una conversión a cirugía abierta (0,3%). A pesar de que se tomaron todas las medidas endocrinológicas preoperatorias adecuadas, un paciente portador de un feocromocitoma desarrolló en el intraoperatorio una crisis hipertensiva incontrolable y paro cardiorrespiratorio recuperado, falleciendo a los 5 días por un infarto cerebral masivo (Clavien V).

CONCLUSIONES

Las complicaciones quirúrgicas necesitan de un criterio común de estandarización mediante la aplicación combinada de 2 herramientas. Creemos que este concepto de evaluación de la morbilidad de la cirugía debe ser aplicado de forma sistemática, y de esta manera permitir a los cirujanos lograr un nuevo estándar de informes de eventos adversos perioperatorios refinado, conciso y comparativo.

(484) NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA: RESULTADOS PERIOPERATORIOS EN 95 CASOS CONSECUTIVOS

Octavio A Castillo Cadiz, Arquímedes Rodríguez Carlin (), Ivar Vidal Mora, Oscar Schatloff Bitran, Andrés Siva Waissbluth, Roberto Van Cauwelaert Rojas*

Clínica Indisa. Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica

INTRODUCCIÓN

La nefrectomía parcial en el tratamiento del carcinoma renal de células claras ha mostrado una sobrevida cáncer específica equivalente a la nefrectomía radical, con una preservación de la función renal significativamente mayor en pacientes con tumores localizados estadio T1.

OBJETIVOS

Nuestro objetivo es presentar nuestra experiencia y resultados perioperatorios de una serie de 90 pacientes tratados en forma consecutiva mediante nefrectomía parcial robótica (NPR).

MATERIAL Y MÉTODO

Desde abril de 2010 a julio de 2014 se realizaron 95 NPR por vía transperitoneal con el sistema da Vinci S-HD®. Los datos fueron recolectados de forma prospectiva. Se realizó un análisis descriptivo de las características demográficas, variables intraoperatorias y postoperatorias como medias \pm desviación estándar o medianas \pm rango intercuartílico (RI).

RESULTADOS

La edad promedio fue 56 ± 13 años y el índice de masa corporal fue $26 \pm 3,6$ kg/m². El tamaño tumoral preoperatorio fue $4,25 \pm 6$ cm. El tiempo quirúrgico fue $106,3 \pm 41,7$ minutos. La mediana de tiempo de isquemia fue 19 minutos (RI 14-25). La mediana de sangrado intraoperatorio fue 150 ml (RI= 100-400). Se realizó resección del tumor sin isquemia caliente en 19 pacientes (20%). El punta-

je R.E.N.A.L. promedio fue $6 \pm 1,75$. Treinta y nueve pacientes (41,05 %) presentaron masas renales de moderada y alta complejidad quirúrgica. Hubo 2 complicaciones intraoperatorias (2,1%), una lesión del diafragma y una laceración esplénica reparadas en el mismo acto quirúrgico (Satava grado 2). Nueve pacientes (9,4%) presentaron complicaciones postoperatorias Clavien mayor o igual a III y no hubo mortalidad. El 78% de los tumores fue carcinoma de células renales. El estadio patológico más frecuente fue T1a (84,2,1%). El grado de Fürhman fue $2,2 \pm 0,7$. No hubo márgenes quirúrgicos positivos.

CONCLUSIONES

La nefrectomía parcial robótica es una alternativa viable en el manejo conservador mínimamente invasivo de tumores renales localizados estadio T1.

(495) MICRODISECCIÓN DE RAMAS DE LA ARTERIA RENAL EN NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA: CAMINO A LA CERO ISQUEMIA.

Octavio A Castillo Cadiz, Arquímedes Rodríguez Carlin (), Ivar Vidal Mora, Oscar Schatloff Bitran, Roberto Van Cauwelaert Rojas, Andrés Siva Waissbluth*

Clínica Indisa. Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente se pinza la arteria renal en la nefrectomía parcial (NP) para crear un campo quirúrgico exangüe durante la resección del tumor, pero esta técnica tiene el riesgo de producir daño renal por un tiempo prolongado de isquemia caliente (TIC).

OBJETIVOS

Describir nuestra técnica de microdissección de ramas de la arteria renal con pinzamiento supraselectivo en la nefrectomía parcial robótica con la finalidad de eliminar la isquemia renal.

MATERIAL Y MÉTODO

Nuestra técnica involucra: (1) tomografía computada o resonancia magnética (RM) preoperatoria con reconstrucción anatómica de las ramas de la arteria renal, (2) micro-dissección de ramas terciarias o superiores de la arteria renal que van dirigidas al tumor renal con la finalidad de limitar la isquemia únicamente al tumor. Presentamos el caso de un paciente masculino de 78 años de edad, con antecedente de hipertensión arterial quién consulta por hematuria macroscópica. La RM muestra un tumor renal derecho de 5 cm en cara posterior cT1bN0M0. Se realizó una nefrectomía parcial robótica con pinzamiento supraselectivo de una rama terciaria de la arteria renal dirigida al tumor.

RESULTADOS

El tiempo quirúrgico total fue de 180 minutos con un sangrado estimado de 300 ml. No hubo complicaciones perioperatorias ni postoperatorias tardías. La anatomía patológica revela un carcinoma de células renales variedad células claras de 4 x 3,3 cm que no sobrepasa la cápsula renal, sin compromiso del seno renal con márgenes quirúrgicos negativos. El estadio patológico final fue pT1a. El paciente se encuentra asintomático sin evidencia de recurrencia local y a distancia a un año de seguimiento.

CONCLUSIONES

la microdissección de ramas de la arteria renal con pinzamiento supraselectivo en la es una técnica segura y factible que permite eliminar la isquemia caliente del parénquima renal sano durante la nefrectomía parcial robótica.

(514) NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA SIN ISQUEMIA: NUESTRA EXPERIENCIA

Octavio A Castillo Cadiz, Arquímedes Rodríguez Carlin (), Ivar Vidal Mora, Oscar Schatloff Bitran, Roberto Van Cauwelaert Rojas, Andrés Siva Waissbluth*

Clínica Indisa. Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica

INTRODUCCIÓN

La nefrectomía parcial (NP) busca mejorar los resultados funcionales mediante la preservación de parénquima renal no comprometido por el tumor en comparación a la nefrectomía radical. Tradicionalmente se pinza la arteria renal durante la NP para crear un campo quirúrgico exangüe durante la resección del tumor, pero esta técnica tiene el riesgo de producir daño renal por un tiempo prolongado de isquemia caliente (TIC). Estudios recientes han demostrado que no hay un TIC seguro, lo que sugiere que cada minuto podría contar.

OBJETIVOS

Describir nuestras técnicas de nefrectomía parcial robótica sin isquemia caliente.

MATERIAL Y MÉTODO

Desde abril de 2010 a julio de 2014 se realizaron 95 NPR por vía transperitoneal con el sistema da Vinci S-HD®. Los datos fueron re-

colectados de forma prospectiva. Las técnicas de NPR sin isquemia empleadas en nuestra institución son: (1) resección del tumor con energía monopolar, (2) pinzamiento del parénquima renal con clamp Simon® y (3) microdissección de ramas de la arteria renal con pinzamiento supraselectivo. Se realizó un análisis descriptivo de las características demográficas, variables intraoperatorias y postoperatorias.

RESULTADOS

Se realizaron 19 NPR sin isquemia caliente (20%): 6 mediante resección monopolar, 6 con pinzamiento del parénquima renal y 7 por disección supraselectiva de ramas de la arteria renal. La edad promedio fue $55 \pm 12,8$ años y el índice de masa corporal fue $27 \pm 3,8$ kg/m². El tamaño tumoral preoperatorio fue $3,5 \pm 6$ cm. El tiempo quirúrgico fue $106,3 \pm 41,7$ minutos. El sangrado intraoperatorio fue 301 ml (20-1000). El puntaje R.E.N.A.L. promedio fue $6,1 \pm 1,75$. Un paciente (5,3%) presentó una complicación postoperatoria Clavien IIIb y no hubo mortalidad. El 63% de los tumores fue carcinoma de células renales. No hubo márgenes quirúrgicos positivos.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados demuestran que la nefrectomía parcial robótica sin isquemia renal es factible y segura en pacientes seleccionados.

(599) SEGUNDOS CANCERES PRIMARIOS. EXPERIENCIA DE 8 AÑOS EN HOSPITAL CLÍNICO U. CHILE.

Felipe Pino Enriquez, Francisca Gonzalez Saldivia () Carlos Domínguez Contreras, Attila Csendes J*

Hospital Clínico U. de Chile. Departamento de Cirugía.

INTRODUCCIÓN

El segundo cáncer primario es todo aquel ocurrido en pacientes sobrevivientes de cáncer, asociado o no, a las terapias o a la exposición a agentes carcinógenos. Tiene una frecuencia de 16% según Surveillance, epidemiology and End Results.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es identificar y caracterizar a los pacientes con segundos cáncer primario en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre el año 2004-2012

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de Corte transversal. Revisión de base de datos, 4007 pacientes operados por cáncer en el departamento de cirugía del HCUCh entre 2004-2012, identificando 197 pacientes con antecedente previo de cáncer. Luego se revisaron todas las fichas y biopsias de estos pacientes seleccionados. Registro en una ficha Excel y análisis en sistema stata v11.

RESULTADOS

La prevalencia de segundo primario en nuestro centro es de 4.9%. La edad promedio de presentación es 63 años, 51% mujeres y 48% varones. En promedio pasaron 8,2 años entre el primer y el segundo cáncer. Solo 23,47% tenía antecedentes familiares. La patología más frecuente fue el cáncer de colon 26.02%, seguido de cáncer gástrico 18.88%, cáncer de tiroides 15.8%, cáncer de recto 11.73%, cáncer de páncreas 8,16%, cáncer de pulmón 7.65% seguidos de tumores hepáticos, periampulares, sarcomas, tumores neuroendocrinos y colangiocarcinomas. De estos pacientes el 65.5% fue diagnosticado en etapa IV, siendo las metástasis más frecuentes al peritoneo 37.5 y pulmón 25%.

CONCLUSIONES

El segundo primario es una entidad poco frecuente en nuestro medio. Destacando la alta incidencia de cáncer de colon entre esta entidad. El intervalo de presentación invita mantener el seguimiento de los pacientes ya que estos pueden presentar nuevos cánceres en un plazo cercano a los 8 años.

Seccional: Residentes Cirugía

(79) PRIMER ACERCAMIENTO AL ESTADO ACTUAL DE LA FORMACIÓN DE CIRUJANOS EN CHILE

Eugenio Grasset Escobar ()*

Universidad de Chile. Departamento Cirugía Oriente, Hospital del Salvador

INTRODUCCIÓN

La educación en Chile pasa por un momento crítico en su historia, múltiples miradas críticas confluyen sobre un sistema de educación que no ha presentado cambios fundamentales en los últimos 30 años. Parte de esta realidad es la educación superior y de ella la formación de médicos especialistas. La escasa documentación al respecto no permite tener una visión actual y amplia para poder trabajar en su mejora.

OBJETIVOS

Describir el estado actual de la formación de médicos especialistas en cirugía general en Chile.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión sistemática en las bases de datos de scielo.cl con los conceptos residencia, cirugía, postgrado, educación restringiendo los resultados a Chile. Se extendió la búsqueda a pubmed.com bajo los mismos conceptos en inglés. Utilizando el Sistema de Información de Educación Superior se recopiló la información disponible de los distintos programas formativos, también se buscaron fuentes de datos primarias publicadas por las mismas universidades. Finalmente se revisó la reglamentación actual en la base de datos de la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile que tuvieran relación con la formación de médicos especialistas. Se realizó un análisis descriptivo de los hallazgos.

RESULTADOS

Desde el 2003 la Sociedad de Cirujanos de Chile presenta recomendaciones actualizadas el 2008 sobre la estructura y contenidos necesarios para formar a un cirujano. Las universidades tienen libertad para formular programas y certificar médicos como especialistas. La acreditación de los programas es voluntaria como en el resto del sistema educacional pero sin los incentivos económicos que existen para pregrado. Al 2014 existen 13 programas universitarios - solo dos acreditados- además de la certificación en práctica por CONACEM.

CONCLUSIONES

La formación de especialistas médicos en cirugía comparte elementos que necesitan revisión ya que dan espacio a gran variabilidad en la calidad de los médicos formados sin que se le pueda asegurar a la población mínimos.

(801) SERIE INICIAL BYPASS GÁSTRICO TOTALMENTE ROBÓTICO EN CLÍNICA ALEMANA

Militza Romagnoli Razmilic () Cristian Cavalla Castillo, Juan León Ramirez, Ivan Alberto Turu Kobayashi, Gonzalo Wiedmaier Teare, Marcelo Orvieto Sagredo, Ivetlisse Solís Moreno, Victor Bianchi Schast*

Clínica Alemana.

INTRODUCCIÓN

El bypass gástrico es una alternativa en el tratamiento de diabetes mellitus tipo 2, obesidad mórbida y complicaciones de la gastrectomía en manga como el reflujo gastroesofágico intratable. Las primeras experiencias de bypass gástrico robótico fueron realizadas hace ya más de una década, inicialmente con procedimientos parcialmente robóticos denominados asistidos y últimamente con procedimientos completamente robóticos. Series voluminosas de casos demuestran su seguridad para los pacientes y una curva de aprendizaje accesible.

OBJETIVOS

El objetivo de esta comunicación es presentar la serie inicial de 10 pacientes consecutivos no elegidos sometidos a bypass gástrico completamente robótico.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio serie de casos descriptivo. Todos los pacientes fueron presentados en el comité de obesidad de Clínica Alemana y evaluados con exámenes plasmáticos, imágenes y endoscopia digestiva alta. Se realizó bypass gástrico totalmente robótico por el mismo cirujano con el Robot da Vinci Se utilizaron cuatro brazos del robot más puerto asistente y tres instrumentos robóticos. Alimentación con líquidos el día después de la cirugía, estudio de Rx de EED, y alta según evolución.

RESULTADOS

La serie se compone de 10 pacientes consecutivos no elegidos, 6 pacientes obesos mórbidos (IMC promedio de 47), 2 pacientes con RGE intratable después de gastrectomía en manga y 2 pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Los tiempos de dock fueron en promedio 9,2 minutos. El tiempo en consola fue en promedio 140 minutos. Todos los postoperatorios en habitación estándar. El promedio de estada fue de 2,1 días. No hubo complicaciones postoperatorias hasta los 60 días

CONCLUSIONES

Hacen falta estudios comparativos y seguimiento de largo plazo para saber si el uso del robot Da Vinci entrega más seguridad al bypass gástrico, por ahora, tanto en el extranjero como en esta pequeña serie inicial existen elementos que nos permiten seguir adelante con esta propuesta.

Seccional: TRAUMA

(418) TRAUMATISMO PENETRANTE CARDIACO: MORTALIDAD SEGÚN CLASIFICACIONES E ÍNDICES DE GRAVEDAD

Roberto González Lagos, Enrique Seguel Soto, Rodrigo Edgardo Reyes Melo, René Saldías Freyhoffer, Aleck Stockins Larenas, Alejandra Riquelme Urrutia, Andrés Jadue Tobar, Emilio Alarcón Cabrera

Universidad de Concepción. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina. Equipo de Cirugía Cardiorrónica. Hospital Clínico Regional "Dr. Guillermo Grant Benavente" de Concepción.

INTRODUCCIÓN

Existen diversas clasificaciones de traumatismo penetrante cardiaco (TPC) e índices de gravedad de traumatismo (IGT).

OBJETIVOS

Determinar correlación entre clasificaciones e IGT con mortalidad en pacientes con TPC operados.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio analítico de cohorte prospectivo. Período enero-1990 a agosto-2014. Se incluyen todos los TPC operados. Total 190 TPC, 181 (95,3%) hombres, edad promedio 30,1±13. Agresión por arma blanca en 163 (85,8%). Otras lesiones intratorácicas 79 (41,6%), extratorácicas 26 (13,7%). Lesión ventrículo derecho en 100 (52,6%), lesión coronaria 10 (5,3%). Complicaciones en 59 (31,1%), secuela neurológica 12 (6,3%), mortalidad 21 (11,1%).

Todos los pacientes fueron clasificados según OIS-AAST, Saadia y Attar. Se calcularon IGT: RTS, ISS y TRISS. Se comparó mortalidad entre clasificaciones de TPC y según IGT, considerando significativo $p < 0.05$.

RESULTADOS

Clasificación OIS-AAST: Grado I: 4 (2,1%) pacientes, II: 4 (2,1%), III: 10 (5,3%), IV: 104 (54,7%), V: 67 (35,3%) y VI: 1 (0,5%). Mortalidad 0%, 0%, 0%, 5,8%, 20,9% y 100%, respectivamente. Clasificación de Saadia: A: 10 (5,3%) pacientes, B: 50 (26,3%), C: 56 (29,5%), D: 66 (34,7%) y E: 8 (4,2%); mortalidad 80%,

16%, 5,4%, 3,0% y 0% respectivamente. Clasificación Attar: Grupo (1): 10 (6,5%) pacientes, (2): 32 (20,6%), (3): 85 (54,8%) y (4): 63 (40,6%); mortalidad: 80%, 18,8%, 3% y 1,6% respectivamente. Según IGT: ISS: 0-24 puntos: 110 (57,9%) pacientes, 25-49 puntos: 78 (40%) y 50-75 puntos: 4 (2,1%); mortalidad: 3,6%, 17,1% y 100% respectivamente. RTS 0-2 puntos: 21 (11,1%) pacientes, 2-4 puntos: 18 (9,5%), 4-6 puntos: 26 (13,7%) y 6-8 puntos: 125 (65,8%); mortalidad: 42,9%, 16,7%, 11,5% y 4,8% respectivamente. TRISS: <25%: 139 (73,2%)

pacientes, 25-75%: 21 (11,1%) y >75%: 30 (15,8%); mortalidad: 3,6%, 19% y 40% respectivamente. Se encontró correlación entre las distintas clasificaciones de TPC e IGT con mortalidad.

CONCLUSIONES

Las clasificaciones de TPC e IGT se correlacionan adecuadamente con la mortalidad en pacientes operados por TPC.

(546) EXPERIENCIA QUIRÚRGICA DE 5 AÑOS EN TRAUMA PENETRANTE ABDOMINAL EN HOSPITAL PADRE HURTADO

Gonzalo Andrés Guiñez Robertson, Gustavo Vial Ovalle, Juan Carlos Aguayo Romero, Víctor Salazar Pierotic, Mauro Bernardello Ureta, Michael Paul Schiller Rahausen, Hugo Eduardo Rojas Pineda

Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón). Servicio de Emergencia Adulto. Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo.

INTRODUCCIÓN

El trauma abdominal penetrante es una entidad de prevalencia creciente en centros urbanos, principalmente en zonas de alto riesgo social. Llega a representar hasta un 30% de las hospitalizaciones en centros especializados de trauma. El manejo de estos pacientes requiere un abordaje sistematizado de trabajo, de manera de lograr mejorar los resultados y optimizar conductas. Se presenta la experiencia del Hospital Padre Hurtado.

OBJETIVOS

Describir y analizar el manejo de los pacientes sometidos a cirugía por herida penetrante abdominal, así como los resultados de éstos.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte retrospectiva de los pacientes operados por trauma penetrante abdominal en el HPH, en el periodo 2009-2014. Estadística descriptiva de variables demográficas, detalles operatorios, tipo de lesión y su tratamiento, y mortalidad. Estadística analítica asociando las variables descritas y mortalidad.

RESULTADOS

Se operó un total de 304 pacientes, el 86,9% fueron hombres. La edad promedio fueron 30 años (13-80), El 54,6% presentó lesiones por arma de fuego. 52 pacientes presentaban hemoperitoneo masivo. El promedio de hospitalización fueron 12 días. El 16,4% presentó

lesión torácica asociada. 120 pacientes presentaron lesión de órgano sólido y el 52% de los pacientes presentó lesión de víscera hueca. 18 pacientes requirieron clampeo aórtico. 17 pacientes fueron laparostomizados, 45 se reoperaron con una media de 3. La mortalidad en nuestra serie corresponde a un 5.9%. El hemoperitoneo masivo y las lesiones por arma de fuego se presentan como factor de riesgo de mortalidad estadísticamente significativo ($p < 0,05$)

CONCLUSIONES

Dadas las características de nuestro, las lesiones penetrantes abdominales son de una frecuencia elevada, presentando una amplia gama de lesiones de órganos. A diferencia de lo descrito en la literatura se presenta una casuística con alta frecuencia de lesiones por arma de fuego superior a lo descrito para centros urbanos. La mortalidad es comparable a lo descrito en las series internacionales.

(578) TRAUMA PENETRANTE CARDIACO: EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN HOSPITAL PADRE HURTADO

Gustavo Vial Ovalle, Gonzalo Andrés Guiñez Robertson, Víctor Salazar Pierotic, Juan Carlos Aguayo Romero, Marcelo Parra Novoa, José Ignacio Ortega Sepúlveda, Michael Paul Schiller Rahausen

Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón). Servicio de Emergencia Adulto. Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo.

INTRODUCCIÓN

Los traumatismos penetrantes cardíacos (TPC) son de relativa baja frecuencia pero de alta mortalidad por lo que es imperativo un enfrentamiento correcto y oportuno en el servicio de urgencia. Las causas más frecuentes de TPC en nuestro país son por arma blanca y de fuego, sobre todo en población urbana.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es caracterizar y analizar los resultados asociados a TPC que ingresaron al servicio de urgencia del Hospital Padre Hurtado (HPH).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes con TPC en el HPH desde mayo 2009-junio 2014. Se analizaron antecedentes demográficos, etiológicos, clínicos, operatorios y mortalidad, revisando datos de ingreso a urgencia, protocolos operatorios y epicrisis.

RESULTADOS

El número total de pacientes ingresados por TPC fue de 29, de ellos 26(90%) fueron hombres y 3(10%) mujeres. La edad promedio fue de 32.8 años. Se registraron 18(62%) pacientes con lesión por arma blanca y 11(38%) por arma de fuego. Al ingreso 8(28%) se presentaron normotensos, 13(44%) hipotensos y 8(28%) ingresaron en paro cardiorrespiratorio. Un total de 5(17%) pacientes requirieron toracotomía en box. En cuanto a las lesiones de cámaras cardíacas 10(34.5%) pacientes presentaron lesión de atrio derecho (AD), 16(55.2%) de ventrículo derecho (VD), 1(3.4%) de atrio izquierdo (AI), 9(31%) de ventrículo izquierdo (VI) y 5(17%) lesión de grandes vasos asociada. La mortalidad total fue de un 52% (n=14) y de los fallecidos, 8(57%) presentaron lesión por arma de fuego y 6(43%) lesión por arma blanca.

CONCLUSIONES

Nuestro estudio muestra una alta mortalidad asociada a TPC (52%). Al igual que en la literatura la cámara más frecuentemente afectada fue el VD (56%). Nuestro estudio presenta una mayor cantidad de lesiones por arma de fuego en comparación a la literatura. Lesiones por arma de fuego y los que presentaron lesión de grandes vasos mostraron mayor mortalidad.

(714) TRAUMATISMO TORÁCICO: CARACTERIZACIÓN, ÍNDICES DE GRAVEDAD Y MORBIMORTALIDAD EN HOSPITALIZADOS

Roberto González Lagos, Enrique Seguel Soto, Rodrigo Edgardo Reyes Melo, René Saldías Freyhoffer, Aleck Stockins Larenas, Alejandra Riquelme Urrutia, Andrés Jadue Tobar, Emilio Alarcón Cabrera

Universidad de Concepción. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina. Equipo de Cirugía Cardiorrespiratoria Hospital Clínico Regional "Dr. Guillermo Grant Benavente" de Concepción.

INTRODUCCIÓN

El traumatismo torácico (TT) constituye la primera causa muerte en menores de 40 años y es responsable del 25% de las muertes por traumatismo.

OBJETIVOS

Describir características, índices de gravedad de traumatismo y morbimortalidad de los pacientes hospitalizados por TT.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte prospectiva, con análisis estadístico analítico. Período enero 1999 a diciembre 2013. Revisión base de datos prospectiva de TT, protocolos quirúrgicos y fichas clínicas. Descripción de características del TT en pacientes hospitalizados. Se calcularon índices de gravedad de traumatismo (IGT) y se realizaron pruebas estadísticas analíticas.

RESULTADOS

Total de 2040 pacientes hospitalizados por TT, hombres: 1805 (88,5%). Edad promedio $37,5 \pm 18,1$ años, mediana 29,0 (rango: 7-98). Traumatismo torácico aislado 1606 (78,7%), asociado a lesión extratorácica 434 (21,3%), politraumatismo 238 (11,7%). Traumatismo penetrante en 1226 (60,1%) y contuso 814 (39,9%). Mecanismos: agresión en 1359 (66,6%), accidente tráfico en 324 (15,9%), doméstico en 168 (8,2%). Agente más frecuente arma blanca en 1240 (60,8%). Hallazgos torácicos más frecuentes neumotórax en 1065 (52,2%), hemotórax en 918 (45,0%) y fracturas costales en 577 (28,3%). Fracturas costales complicadas en 396 (68,6%). Dren pleural en 1269 (62,2%). Cirugía torácica en 362 (17,7%). Ésta fue: urgente (1-4 horas) en 202 (55,8%), precoz (4-24 horas) en 48 (13,3%) y diferida (24 horas o más) en 112 (30,9%). Hospitalización promedio $7,2 \pm 9,2$ días, mediana 5 días (rango 0-150). Los IGT fueron: ISS promedio $11,3 \pm 8,9$, mediana 9 (rango 1-75), RTS-T promedio $12 \pm 1,3$, mediana 12 (rango 0-12), TRISS promedio $3,2 \pm 8,4$, mediana 0,9 (rango 0,3-98,5). Complicaciones en 274 (13,4%) y mortalidad en 44 (2,2%).

CONCLUSIONES

La mayoría presentó un TT penetrante como resultado de una agresión. Existió baja morbimortalidad y los IGT se correlacionaron adecuadamente la mortalidad.

(818) ASFIXIA TRAUMÁTICA. A PROPÓSITO DE TRES CASOS. EXPERIENCIA HOSPITAL DEL COBRE.

Alejandro Javier Torres Álvarez (), Germán Esteban Avalos Guerra*

Servicio de Cirugía y Urgencias.

INTRODUCCION

La asfixia traumática es una rara condición que se caracteriza por cianosis cervicofacial, hemorragia subconjuntival, petequias y equimosis faciales como resultado de una compresión toracoabdominal. El mecanismo y la magnitud de energía involucrada es relevante dado las diversas presentaciones clínicas.

OBJETIVOS

Se presenta la experiencia del Hospital del Cobre en relación a tres casos atendidos.

MATERIAL Y METODO

Estudio descriptivo de tres casos.

RESULTADOS

1. Hombre de 22 años, sufre caída de caballo con aplastamiento por tiempo indeterminado. Ingresa al Servicio de Urgencia inconsciente con lesiones faciales características, edema ocular, fracturas costales múltiples y hemotórax mínimo. Se somete a reanimación avanzada y maneja en UCI con VM por cinco días. Cursa con secuela neurológica. 2. Hombre de 45 años, sufre aplastamiento en máquina despegadora de cátodos con energía equivalente a 10 toneladas. Primera atención médica fue prehospitalaria donde se constata paciente en riesgo vital, politraumatizado con neumotórax a tensión. Ingresa al Servicio de Urgencias con edema en esclavina, exoftalmos, petequias y fracturas costales múltiples, hemoneumotórax y trauma raquímedular. Ingres a pabellón de urgencia cursando con arritmias ventriculares se realiza masaje a corazón abierto. Paciente fallece. 3. Hombre de 60 años DM II, EPOC y obeso. Al encontrarse bajo un vehículo realizando cambio de neumático sufre aplastamiento con trauma craneocervical grave. Ingres a en parocardiopiratorio, se realiza reanimación con cricotiroidotomía quirúrgica por fractura macizo facial compleja con hemorragia activa. Permanece en cuidados intensivos con conexión a VM por 2 semanas. Se realiza ostensíntesis de hueso malar y maxilar inferior, instalación de drenajes torácico bilaterales y traqueostomía. Cursa con recuperación completa.

CONCLUSIONES

Nuestra experiencia nos permite sostener que el aplastamiento traumático es una entidad poco frecuente con un tratamiento y pronóstico variable determinado en gran parte por la energía de la cinemática del trauma.

Seccional: Póster

(25) RECONSTRUCCIÓN DE AORTA ABDOMINAL INFRARRENAL CON INJERTO ARTERIAL AUTÓLOGO*Melissa Pavez Kuncar, Javiera Sendra Donoso, Andrés Reyes Duschner, Guillermo Silva Pérez, Sonnia Peñaloza Jaramillo***Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia). Equipo de Cirugía Vascul. Universidad de Santiago de Chile.****INTRODUCCIÓN**

La infección de la prótesis aórtica es una de las complicaciones más temidas por los cirujanos vasculares, aunque infrecuente con una incidencia del 0.5 al 3.5%, se asocia a morbilidad elevada. Tradicionalmente el by-pass extra-anatómico ha sido el tratamiento de elección ante este escenario clínico, procedimiento que no está libre de complicaciones como re-infección, trombosis y oclusión.

OBJETIVOS

El objetivo es dar a conocer la técnica utilizada para la reconstrucción de aorta abdominal infrarrenal, como alternativa en el tratamiento de infecciones protésicas.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión retrospectiva y descriptiva del caso.

Caso clínico: paciente masculino de 26 años sin antecedentes conocidos, con herida penetrante abdominal por arma blanca, con lesión de aorta abdominal infrarrenal y perforación intestinal asociada. Fue sometido a reemplazo de aorta abdominal infrarrenal de urgencia con prótesis de Dacron y reparación de la lesión intestinal

con enterorrafia. Evolucionó con infección de la prótesis aórtica. El manejo definitivo se realizó con extracción de la prótesis y reconstrucción aórtica utilizando injerto arterial obtenido de las arterias iliaca común y femoral superficial derechas, similar a la técnica de panel. Para reconstruir el eje ilíaco femoral, se realizó una transposición de arteria ilíaca externa derecha a la ilíaca común izquierda y un puente corto con safena invertida en la arteria femoral superficial derecha.

RESULTADOS

Se logró erradicar la infección y a los 6 meses de seguimiento el paciente no ha desarrollado complicaciones en relación a la reconstrucción aórtica ni a la reconstrucción del eje ilíaco-femoral derecho.

CONCLUSIONES

La reconstrucción de aorta abdominal infrarrenal con esta nueva técnica aparenta ser una alternativa válida y efectiva para el manejo de la prótesis infectada, ya que permite alcanzar los objetivos del tratamiento que son la erradicación de la infección, disminuir al mínimo el riesgo de re-infección, además de evitar las complicaciones a largo plazo de un by-pass extra-anatómico.

(58) LESIÓN ISQUÉMICA DEL PLEXO LUMBOSACRO POSTERIOR A REEMPLAZO DE AORTA ABDOMINAL INFRARRENAL: REPORTE DE UN CASO*Melissa Pavez Kuncar, Tatiana Díaz Maggi, Andrés Reyes Duschner, Guillermo Silva Pérez, Sonnia Peñaloza Jaramillo***Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia). Equipo de Cirugía Vascul. Universidad de Santiago de Chile.****INTRODUCCIÓN**

A pesar que la reparación endovascular es hoy la elección para el manejo del aneurisma de la aorta abdominal infrarrenal, el reemplazo abierto continúa siendo una alternativa en ciertos pacientes. Las lesiones neurológicas por procedimientos aortoiliacos son infrecuentes, ocurren en menos del 1% de los casos y pueden causar discapacidad permanente. Su etiología es multifactorial siendo la más frecuente la alteración del flujo sanguíneo de la médula espinal o del plexo lumbosacro ya sea por hipoperfusión, por lesión de raíces lumbosacras o lesión de la arteria de Adamkiewicz.

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es reportar un caso de paraparesia posterior a reemplazo abierto de aorta abdominal infrarrenal.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión retrospectiva y descriptiva del caso.

Caso clínico: paciente femenina de 59 años con diagnóstico de aneurisma de la aorta abdominal infrarrenal de 77mm de diámetro con extensión hasta ambas arterias ilíacas externas. Fue sometida a reemplazo electivo de aorta abdominal con técnica abierta por no cumplir con criterios anatómicos para reparación endovascular.

RESULTADOS

Se realizó un reemplazo aorto-bifemoral con prótesis bifurcada de Dacron de 20x10x10mm sin incidentes. La paciente evolucionó con paraparesia de predominio derecho en el post-operatorio inmediato. El estudio imagenológico y funcional determinó lesión neuroisquémica de plexo lumbosacro. Tras rehabilitación y a los 6 meses de seguimiento la paciente ha mostrado remisión progresiva del déficit neurológico logrando deambular con apoyo.

CONCLUSIONES

A pesar que las lesiones neurosiquémicas del plexo lumbosacro son muy infrecuentes en la cirugía de aorta abdominal, se debe realizar todos los esfuerzos para prevenirla debido a lo devastadora que puede resultar.

Medidas como evitar la hipotensión prolongada, minimizar el tiempo de clampeo, revascularizar al menos una arteria íliaca interna y la utilización de una técnica quirúrgica prolija parecen ser medidas que ayudarían a disminuir la incidencia de este tipo de complicaciones

(59) MANEJO HÍBRIDO DE LA ÚLCERA PENETRANTE DEL CAYADO AÓRTICO: DEBRANCHING TOTAL DE ARCO MÁS TEVAR

Melissa Pavez Kuncar, Gabriel Vial Letelier, Andrés Reyes Duschner, Guillermo Silva Pérez, Sonnia Peñaloza Jaramillo, Juan Andrés Parra Gandolfo

Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia). Equipo de Cirugía Vascul. Universidad de Santiago de Chile.

INTRODUCCIÓN

La úlcera penetrante de la aorta se define como la perforación de una placa aterosclerótica a través de la lámina elástica interna hacia la capa media de la pared arterial. Es una entidad infrecuente y puede evolucionar a la formación de hematoma intramural, un aneurisma sacular o la ruptura. El tratamiento no está completamente dilucidado y depende de la ubicación y presentación clínica.

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es dar a conocer el manejo de un paciente con úlcera penetrante de cayado aórtico sintomática, quien fue sometido a un procedimiento híbrido con debranching total de arco y posterior instalación de una endoprótesis aórtica.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión retrospectiva y descriptiva del caso.

Caso clínico: paciente masculino de 63 años, hipertenso, con diagnóstico de úlcera penetrante del cayado aórtico ubicada entre la emergencia de la arteria carótida común izquierda y la arteria subclavia izquierda, con dilatación secundaria de 53mm. Se llevó a cabo una derivación total de arco construyendo un by-pass ascendente aorto-tronco braquicefálico y aorto-carotideo izquierdo más un by-pass carótido-subclavio izquierdo, posteriormente se instaló una endoprótesis aórtica (TX2 Cook Medical®), en un segundo tiempo operatorio.

RESULTADOS

La derivación del cayado se realizó sin incidentes y no hubo desarrollo de complicaciones. La instalación de la endoprótesis aórtica se realizó previo a lo programado debido al crecimiento de la dilatación aneurismática secundaria a la úlcera. Tras el TEVAR el paciente tuvo una evolución favorable y durante su seguimiento no ha presentado complicaciones.

Conclusiones

La ejecución de este caso demuestra que es posible realizar el tratamiento de una patología compleja como la úlcera penetrante del cayado en un perteneciente a la red de salud pública cuando se cuenta con los recursos físicos y tecnológicos además del entrenamiento adecuado, siendo factible obtener excelentes resultados y menor morbimortalidad.

(78) ADENOMA TIROIDEO CON PRESENTACIÓN ATÍPICA. CASO CLÍNICO.

Javier Moraga Concha, Felipe Castillo Henríquez, Miguel González Prado, Pablo Pérez Castro

Universidad de Chile. Departamento de Cirugía Sur, Hospital Barros Luco-Trudeau. Universidad Autónoma.

INTRODUCCIÓN

La masa cervical constituye un importante desafío para el cirujano general debido a la heterogeneidad en los diagnósticos diferenciales y por lo tanto distintos enfoques terapéuticos.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es comunicar el caso de una paciente portadora de un adenoma tiroideo con una presentación atípica, en el Hospital Barros Luco-Trudeau (HBLT).

MATERIAL Y MÉTODO

Reporte de un caso.

RESULTADOS

-Información demográfica: Mujer, 48 años, cursando con amigdalitis aguda en tratamiento con amoxicilina 500 mg. cada 8 horas.

-Motivo de consulta: Consultó en el servicio de Urgencias del HBLT por aumento de volumen cervical izquierdo doloroso. Al examen físico presentó masa cervical izquierda mal definida 5 x 7 cm. de diámetro, firme, sensible a la palpación, sin eritema.

-Proceso diagnóstico: Los exámenes de laboratorio del ingreso evidenciaron PCR de 96,3; leucocitos 10290 mm³. Se realizó TAC de cuello que mostró a nivel del compartimiento carotideo una masa densa con tenue realce periférico de 30 x 32 x 50 mm. de diámetro que desplaza estructuras adyacentes e impresionó comprometer el espacio retrofaríngeo, con cambios inflamatorios en la grasa adyacente y mediastínica, además de desviación laringotraqueal contralateral con múltiples linfonodos inespecíficos a nivel cervical carotideo. Se diagnosticó absceso parafaríngeo izquierdo.

-Intervención terapéutica: Se inició tratamiento con Ceftriaxona y Clindamicina.

-Evolución: Presentó evolución tórpida, por lo cual se realizó RNM cervical que evidenció nódulo tiroideo hemorrágico subagudo, con capsula bien delimitada. Se realizó cervicotomía exploradora y posterior tiroidectomía total con quistectomía cervical izquierda. La biopsia diferida informó adenoma folicular con células claras en lóbulo derecho y tiroiditis crónica leve en lóbulo izquierdo.

CONCLUSIONES

En conclusión se presenta el caso de una paciente portadora de adenoma tiroideo con una presentación atípica.

(90) AMILOIDOSIS NODULAR PULMONAR PRIMARIA. REPORTE DE UN CASO.

Carlos Álvarez Zepeda, Pablo Pérez Castro, Felipe Castillo Henríquez, Francisca Venegas Inostroza, Marcela Villarreal Zan
Universidad de Chile. Departamento de Cirugía Sur, Universidad de Chile, Hospital Barros Luco-Trudeau.

INTRODUCCIÓN

La amiloidosis pulmonar es una entidad infrecuente, que se presenta principalmente durante la quinta década de la vida. Suele ser asintomática. Se han descrito tres tipos de amiloidosis primaria de compromiso respiratorio: laríngea, traqueo bronquial y parenquimatosa difusa o localizada (nodular). Esta última posee típicamente curso benigno.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es comunicar el caso de una paciente con un caso de amiloidosis pulmonar primaria confirmada.

MATERIAL Y MÉTODO

Reporte de un caso.

RESULTADOS

Mujer de 85 años con historia de 5 años de evolución de disnea, tos con expectoración blanquecina y episodios de hemoptisis, que se mantuvo durante ese tiempo en evaluaciones en policlínico de broncopulmonar en HBLT. Se realizó TC de tórax que evidenció múltiples nódulos pulmonares bilaterales. Estudios complementarios no pudieron determinar su origen. Ante fuerte sospecha imagenológica de neoplasia broncogénica se realizó lingüectomía con resección biopsica completa del nódulo mayor. El informe de biopsia confirmó hallazgos histopatológicos compatibles con amiloidosis nodular pulmonar. A un año de seguimiento la paciente se encuentra asintomática respiratoria y en buenas condiciones generales.

CONCLUSIONES

Radiológicamente, los nódulos amiloideos pueden imitar lesiones neoplásicas malignas, lo que hace necesaria la confirmación diagnóstica mediante biopsia. La histopatología presenta característicamente depósitos extracelulares de sustancia amiloide formada por proteínas fibrilares histoquímicamente específicas. Presentan particular reacción en tinción Rojo Congo y birrefringencia verde manzana bajo luz polarizada, patognomónica.

La amiloidosis pulmonar primaria debe estar presente en el diagnóstico diferencial de los nódulos y las masa pulmonares. Su diagnóstico requiere biopsia y su comportamiento suele ser benigno.

(94) ENDOMETRIOSIS APENDICULAR. REPORTE DE UN CASO.

Maria Jose Yusseem Fernández, Francisca Venegas Inostroza, Pablo Pérez Castro, Felipe Castillo Henríquez, Javier Reyes Illanes
Universidad de Chile. Departamento de Cirugía Sur, Hospital Barros Luco-Trudeau.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es una patología frecuente padecida por aproximadamente un 10% de las mujeres en edad fértil y su implantación gastrointestinal se observa en un 3-37% de todos los casos. Del total de casos gastrointestinales la endometriosis apendicular corresponde solo a un 3%. Su diagnóstico suele ser casual y su confirmación solo la entrega el estudio histopatológico.

OBJETIVOS

El objetivo del presente trabajo es reportar un caso de endometriosis apendicular como hallazgo histopatológico en un tumor apendicular.

MATERIAL Y MÉTODO

Reporte de un caso.

RESULTADOS

Presentamos el caso de una paciente de 41 años con cuadro de dolor abdominal en fosa iliaca derecha sometida a hemicolectomía derecha, omentectomía e ileotransversoanastomosis termino lateral por un hallazgo de tumor apendicular en una laparotomía exploradora por apendicitis aguda. El estudio histopatológico de la pieza quirúrgica reveló la presencia de endometriosis apendicular y apendicitis aguda flegmonosa aplastronada de tipo reactiva.

Conclusiones

En pacientes en edad fértil operadas con diagnóstico de apendicitis aguda, tumor de ciego o tumor apendicular, la endometriosis debe ser considerado dentro del diagnóstico diferencial como una causa infrecuente. El diagnóstico definitivo se establece mediante examen microscópico del apéndice y luego de la resolución quirúrgica del cuadro agudo deberá continuar en evaluación por un ginecólogo para manejo con anticonceptivos hormonales y consejería reproductiva en caso que corresponda.

(115) Fibroma Nodular de la Pleura Metastásico.

Pablo Pérez Castro, Carlos Álvarez Zepeda, Felipe Castillo Henríquez, Javier Moraga Concha (), Francisca Venegas Inostroza, Marcela Villarreal Zan*

Universidad de Chile. Departamento de Cirugía Sur, Universidad de Chile. Universidad de Santiago de Chile.

INTRODUCCIÓN

El tumor solitario de la pleura es una neoplasia mesenquimatosa de baja incidencia y de curso habitualmente benigno, que puede ocasionalmente recidivar, malignizarse y con menor frecuencia metastazar. Presenta clínica inespecífica y suele ser asintomático. Su diagnóstico se realiza mediante inmunohistoquímica y su tratamiento definitivo es la cirugía.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es comunicar el caso de una paciente portadora de un tumor fibroso de la pleura que 6 años posterior a su intervención en el Hospital Barros Luco-Trudeau (HBLT) presenta metástasis pulmonares, paraesternales y mamarias.

MATERIAL Y MÉTODO

Reporte de un caso clínico.

RESULTADOS

Paciente de sexo femenino de 69 años, que 6 años posterior a la resección de un tumor fibroso solitario de la pleura presentó aumentos de volumen paraesternal y mamario. Se realizó una radiografía de tórax que evidenció múltiples imágenes nodulares bilaterales y la mamografía que reveló imágenes nodulares en ambas mamas informadas como BIRADS 3. Se realizó biopsia de las lesiones que confirmó el diagnóstico de tumor fibroso solitario maligno Metastásico. La paciente fue evaluada por comité oncológico donde se decide inicio de radioterapia e ingreso al programa de cuidados paliativos. La paciente se encuentra actualmente en controles en el servicio de cuidados paliativos del HBLT.

CONCLUSIONES

El tumor fibroso solitario de la pleura es una patología de baja incidencia que ocasionalmente puede malignizarse y metastazar.

(116) NEUMOTÓRAX BILATERAL, NEUMOMEDIASTINO Y NEUMOPERITONEO SECUNDARIO A BAROTRAUMA POR VENTILACIÓN MECÁNICA. REPORTE DE UN CASO.

Felipe Castillo Henríquez, Pablo Pérez Castro, Carlos Álvarez Zepeda, Sebastián Letelier Alfaro, Jose Miguel López Valladares

Universidad de Chile. Departamento de Cirugía Sur, Hospital Barros Luco-Trudeau.

INTRODUCCIÓN

El barotrauma es una complicación reportada de la ventilación mecánica asistida.

OBJETIVOS

Describir un caso de complicación potencialmente grave asociada a ventilación mecánica en un paciente con antecedentes de asma bronquial.

MATERIAL Y MÉTODO

Descripción de un caso

RESULTADOS

Mujer de 52 años con antecedentes de asma bronquial, HTA, tabaquismo y obesidad. Consulta por compromiso del estado general, disnea y tos seca. Se constata insuficiencia respiratoria aguda que no responde a oxigenoterapia de alto flujo, motivo por el cual es trasladada grave a la Unidad de Emergencia del Hospital Barros Luco Trudeau (UEHBLT). Durante su evolución presenta paro cardio-respiratorio presenciado el cual es reanimado satisfactoriamente. Concretado traslado a cama crítica se aprecia extenso enfisema subcutáneo bilateral que se extiende hasta pared abdominal derecha. Se realiza tomografía computarizada (TC) que evidencia la presencia de neumotórax bilateral, neumomediastino, neumoperitoneo y enfisema a nivel de tejido celular subcutáneo de pared torácica derecha. Se realiza pleurostomía bilateral y se continúa manejo en UCI en Ventilación Mecánica (VM) invasiva. Evoluciona estable, es extubada al quinto día, retirando pleurostomías una vez que se demostró pulmón expandido al sexto día. Es dada de alta con controles ambulatorios.

CONCLUSIONES

En neumomediastinos secundarios a barotrauma, la resolución espontánea dentro de pocos días suele ser la regla, siendo el tratamiento conservador. En presencia de neumotórax secundario a barotrauma es necesaria la colocación de drenajes pleurales para recuperar la expansión pulmonar. El neumoperitoneo no quirúrgico (descartando una rotura de víscera abdominal) requiere fuerte sospecha clínica y su manejo es conservador.

(130) SEGUIMIENTO ALEJADO DE ANEURISMA DE LA AORTA ABDOMINAL SUPRARRENAL TRATADO CON STENT MULTICAPA

Andrés Reyes Duschner, Melissa Pavez Kuncar, Luis Verdugo Montenegro
Guillermo Silva Pérez, Sonnia Peñaloza Jaramillo

Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia). Equipo de Cirugía Vascul. Universidad de Santiago de Chile.

INTRODUCCIÓN

El manejo de los aneurismas complejos continúa siendo un desafío clínico. Presentamos el caso de un paciente con AAA suprarrenal tratado por vía endovascular con stent multicapa y su seguimiento a dos años.

OBJETIVOS

Conocer los resultados alejados en términos de trombosis del saco aneurismático, permeabilidad de las arterias viscerales y modificación del tamaño del saco.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión retrospectiva de un caso. Caso Clínico: paciente femenina de 58 años con antecedentes de HTA y Linfoma No Hodgkin tratado con quimioterapia y radioterapia abdominal hace dos años. Ingresó al servicio de urgencia por AAA suprarrenal roto contenido, ubicado entre el tronco celíaco y el origen de las arterias renales.

Se realizó tratamiento endovascular con stent multicapa con endoprótesis Cardiatis Multilayer® de 28x80mm.

Dos meses posteriores al alta la paciente fue reintervenida por rotura del saco aneurismático. El manejo de esta complicación se realizó con embolización del saco de rotura con seis hidrocoils vía femoral derecha y a través de la pared del stent. Durante el seguimiento se ha evaluado con AngioTAC seriados la trombosis del saco, la permeabilidad de arterias viscerales y el tamaño del saco a los 6 y 12 y 18 meses.

RESULTADOS

La endoprótesis fue instalada sin dificultades técnicas y la paciente fue dada de alta al quinto día post operatorio y luego de la embolización fue dada de alta al tercer día. Actualmente ha completado dos años de seguimiento y en los controles imagenológicos hemos detectado trombosis progresiva desde la periferia del saco aneurismático, permeabilidad de todas las ramas viscerales involucradas y discreta disminución del tamaño del saco.

CONCLUSIONES

El uso de stent multicapa puede ser considerado como una solución prometedora para el tratamiento de aneurismas complejos, sin embargo es necesario evaluar resultados a largo plazo para poder llegar a establecer que son una alternativa de primera línea.

(133) NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO SECUNDARIO A VÓMITOS (SÍNDROME DE HAMMAN). REPORTE DE UN CASO.

Pablo Pérez Castro, Felipe Castillo Henríquez, Carlos Álvarez Zepeda, María Teresa Luchsinger Nunez

Universidad de Chile. Departamento de Cirugía Sur, Hospital Barros Luco-Trudeau.

INTRODUCCIÓN

El Neumomediastino Espontaneo o Síndrome de Hamman es una condición benigna, auto limitada e infrecuente.

El cuadro se produce por microruptura alveolar que lleva a la disección peribronquial de aire, localizándose posteriormentete en relación a estructuras mediastínicas (efecto de Macklin). Radiológicamente se puede apreciar colecciones lineales de aire mediastínico, separación de pleura parietal y visceral en relación a contorno cardiaco, enfisema subcutáneo y aire sub-esternal. Se requiere un alto nivel de sospecha clínica y radiológica para configurar su diagnostico definitivo.

OBJETIVOS

Se presenta un caso de neumomediastino espontáneo secundario a síndrome emético. Se revisara su presentación clínica y manejo más apropiado.

MATERIAL Y MÉTODO

Descripción de un caso.

RESULTADOS

Hombre de 25 años con historia previa de neumotórax espontáneo y tabaquismo consulta en Unidad de Emergencia por vómitos y edema facial. TC cervical y torácico muestra enfisema subcutáneo, enfisema mediastínico y pneumoraquis. Se mantiene hospitalizado por 72 horas para observación y control radiológico y luego manejado en forma ambulatoria.

El neumomediastino espontáneo una enfermedad de evolución generalmente benigna. Se debe excluir en forma cierta una condición grave que pudiese comprometer la vida y requiriera un tratamiento urgente, como el neumomediastino secundario a rotura traqueo-bronquial o perforación esofágica, la mediastinitis o el neumotórax.

Se recomienda administrar analgesia y oxígeno suplementario para mejorar la reabsorción de aire mediastínico.

Se espera un alivio sintomático importante durante las primeras 24 horas. La resolución radiológica demora al menos 3 semanas en normalizarse.

CONCLUSIONES

El neumomediastino espontáneo es una enfermedad de curso benigno, es capital descartar causas más graves de aire mediastínico y debe tenerse presente en el diagnóstico diferencial del dolor torácico en la unidad de emergencia. No requiere tratamiento quirúrgico y una vez descartados los diagnósticos diferenciales de gravedad, el paciente podría ser manejado en forma ambulatoria.

(198) EMPIEMA BILATERAL SECUNDARIO A ESPONDILODISCITIS: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Alberto Felipe Torres Gueren, Patricio Javier Fernández Almonacid, Virginia Linacre Sandoval, Juan Cheyre Forestier, Jorge Armijo Herrera, Guillermo Cacciuttolo Peralta, Gerardo Mordojovich Ruiz

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica. Unidad de Cirugía de Tórax. Pontificia Universidad Católica de Chile.

INTRODUCCIÓN

La espondilodiscitis corresponde a la inflamación secundaria a infección que afecta a los cuerpos vertebrales, su frecuencia en población general va entre 2,4-6 casos/100.000 habitantes y, salvo situaciones específicas, su manejo es médico. La asociación a empiema pleural se ha descrito infrecuentemente en la literatura.

OBJETIVOS

Exponer un caso de espondilodiscitis con empiema pleural bilateral manejado en nuestro centro y realizar una revisión de los aspectos epidemiológicos, etiológicos y alternativas terapéuticas publicadas al respecto.

MATERIAL Y MÉTODO

Varón, 52 años, refiere cuadro de 2 meses de dolor lumbar progresivo, sin síntomas neurológicos. Tras el diagnóstico de espondilodiscitis con empiema pleural bilateral asociado, es derivado al Instituto Nacional del Tórax para su resolución. RESULTADOS

Evaluado en conjunto con Neurocirugía, se decide realizar cirugía de decorticación pleural bilateral en 2 tiempos, antibioterapia y estabilización lumbar con corset de 3 puntas. En control post operatorio se identifica alteración de la anatomía lumbar, sin compromiso neurológico, que se decide resolver quirúrgicamente de forma diferida, luego de completar tratamiento antibiótico. El paciente evoluciona favorablemente por lo que se decide alta tras 6 semanas de antibióticos endovenosos para completar tratamiento antibiótico oral en su domicilio y planificar resolución quirúrgica lumbar.

CONCLUSIONES

La espondilodiscitis es una patología de baja frecuencia en la población general; su asociación con empiema pleural es anecdótico en la literatura. El manejo médico con antibióticos, en este caso, estuvo comandado por la espondilodiscitis, quedando los tiempos de tratamiento del empiema incluidos en el tratamiento de la patología lumbar. El manejo quirúrgico fue planificado en función de la patología pleural, pudiendo diferir la corrección anatómica vertebral para un segundo tiempo, luego de resolver el componente infeccioso. El trabajo interdisciplinario en la evaluación, tratamiento y seguimiento de este tipo de patologías es fundamental para la resolución del padecimiento del paciente ofreciéndole el mayor beneficio.

(253) MIGRACIÓN Y PERFORACIÓN DE UNA BANDA GÁSTRICA EN EL INTESTINO DELGADO

Federico Oppliger Boettcher, Horacio Ríos Rivas, Luis Manriquez Chau

Universidad del Desarrollo. Cirugía Bariátrica. Clínica Alemana.

INTRODUCCIÓN

La banda gástrica ajustable laparoscópica (BGAL) es un procedimiento seguro y reversible que conlleva una baja mortalidad y morbilidad de aproximadamente 0,05% y 11,3% respectivamente. Aún así, esta tiene una tasa de readmisión alta y cirugía de revisión de hasta un 52%. Sus complicaciones postoperatorias tardías son frecuentes. La erosión y migración de la banda gástrica tienen una incidencia de 0,6-3%.

OBJETIVOS

Presentar un caso raro de erosión de una banda gástrica a través del estómago y su posterior migración hacia el íleon, causando múltiples perforaciones intestinales.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de la literatura en base a un caso clínico

RESULTADOS

Mujer de 51 años con antecedentes de obesidad mórbida, fue sometida el año previo a una BGAL hace 1 año con una pérdida de peso de 25Kg con 2 reajustes. Ingresó por dolor abdominal persistente que luego de estudio por fluoroscopia y TAC se evidenció la presencia de la banda gástrica intraluminal en FID La exploración laparoscópica visualizó el tubo conector penetrando la pared gástrica, pero la banda no se pudo identificar por lo que se convirtió. Se encontraron múltiples perforaciones de intestino delgado, finalmente evidenciando la banda a 20cm de la válvula ileocecal. Se realizó una resección de 40cm de íleon y reparó mediante una anastomosis termino-terminal. La evolución de la paciente fue sin incidentes.

CONCLUSIONES

En la literatura hay 8 casos descritos de migración de la banda hacia el intestino delgado. Su diagnóstico es complejo y se debe tener un alto índice de sospecha. El tratamiento va a depender de la clínica y grado de migración de la banda. Si la banda se encuentra dentro del estómago con más del 50% de su circunferencia se puede intentar un retiro endoscópico. En los casos en que esté migrada hacia el intestino delgado y mas aún, asociado a perforaciones, se requiere un abordaje abierto.

(275) ENDOMETRIOMA UMBILICAL ESPONTÁNEO; REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Aldo López Ortega, Carolina Soto Diez, Bruno Leonardo Dagnino Urrutia

Pontificia U. Católica de Chile. Sección de Cirugía Plástica y Reparadora, Pontificia Universidad Católica de Chile.

INTRODUCCIÓN

Endometriosis se define como tejido endometrial que crece fuera de la cavidad uterina y tiene respuesta a la estimulación hormonal. La localización puede ser pélvica o extrapélvica. De la localización extrapélvica, la pared abdominal es la más común. Puede ser primario (espontáneo) o secundario (post quirúrgico), siendo este el más común.

OBJETIVOS

Este reporte muestra un caso clínico de endometrioma umbilical, sin antecedentes de cirugías uterinas ni endometriosis pélvica y una revisión de la literatura del tema.

MATERIAL Y MÉTODO

Mujer de 27 años, con antecedentes de asma en tratamiento y apendicetomía abierta hace 20 años. Nuligesta. Consulta por nódulo cutáneo umbilical de 1 año y medio de evolución, con crecimiento lento progresivo. Presenta dolor persistente y sangrado asociado al roce, el cual aumenta durante la menstruación. Se realiza biopsia excisional y reconstrucción umbilical con doble colgajo en C.

RESULTADOS

La biopsia diferida informa tejido conectivo con endometriosis y proceso inflamatorio agudo leucocitario acentuado, compatible con endometrioma.

CONCLUSIONES

La endometriosis cutánea espontánea es un fenómeno muy infrecuente, sin embargo debe estar presente dentro de los diagnósticos diferenciales de una lesión cutánea umbilical en la mujer. La histología es el único método de diagnóstico definitivo. Es importante, una vez confirmado el diagnóstico de endometrioma cutáneo espontáneo, derivar la paciente a una consulta ginecológica para descartar endometriosis pélvica.

(282) OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN SÍNDROME CORNELIA DE LANGE

Simón Guttman Lagos, Pablo González Valenzuela, Eduardo Mordojovich Zuniga, Joaquín Neufeld Sutherland

Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón). Servicio Cirugía.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Cornelia de Lange es una malformación congénita caracterizada por retraso del crecimiento severo, retraso mental y múltiples anomalías físicas. Variadas anomalías gastrointestinales están descritas, incluyendo malrotación, duplicación y menor fijación colónica.

OBJETIVOS

Presentar caso clínico atendido en Hospital Padre Hurtado con Síndrome de Cornelia de Lange con sintomatología compatible con obstrucción intestinal.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de caso clínico

RESULTADOS

Mujer de 18 años, antecedentes: hernia hiatal gigante, malrotación gástrica (ambas operadas a los 14 meses); constipación crónica; migraña e hipermenorrea. Múltiples consultas compatibles con obstrucción intestinal, manejadas médicamente. Ingresa a SUHPH con sintomatología compatible con obstrucción intestinal. Estudio con TAC Abdomen-pelvis evidencia asas intestinales dilatadas, en pila de moneda, niveles hidroaéreos, ampolla rectal sin aire. Se realiza laparotomía exploradora, evidenciando múltiples adherencias intestinales con múltiples cambio de calibre. A 140 cm de válvula ileocecal: adherencia del delgado a lóbulo hepático izquierdo de color violáceo oscuro. Vitalidad de asas positiva, no requiere resección de asas, cierre de laparotomía previa adherenciólisis. Evolución favorablemente, paciente recibe alta. Una semana post-operatorio, consulta por similar sintomatología. Al TAC abdomen-pelvis: líquido libre moderada cuantía. Exámenes de laboratorio objetiva blancos 25.000. Se decide reoperar, se evidencia líquido en pelvis (50 cc, citrino, claro) y adherencias intestino delgado-grueso, sin cambio de calibre importante. Resección de intestino delgado en bloque. Asas vitales, sin signos de sufrimiento

CONCLUSIONES

El Síndrome Cornelia de Lange es desconocido para cirujanos de adultos. Las malformaciones gastrointestinales son comunes, expresados en cuadros abdominales que, asociados al retraso mental propio de la enfermedad, dificultan la decisión respecto resolución quirúrgica. De fundamental importancia es tener presente antecedentes de malformaciones y cirugías previas de estos pacientes lo que asociados a un buen análisis clínico, exámenes de laboratorio e imágenes pertinentes logran concretar una decisión adecuada respecto al riesgo/beneficio de una potencial cirugía.

(302) CIRROSIS FOCAL DE LÓBULO CAUDADO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMOR HEPÁTICO PRIMARIO.

Rodrigo Abularach Cuellar, Felipe Castillo Henríquez, Javier Reyes Illanes, Pablo Pérez Castro, Valentina Valenzuela Rebolledo ()*

Universidad de Chile. Departamento de Cirugía Sur, Hospital Barros Luco Trudeau

INTRODUCCIÓN

Los tumores hepáticos primarios en hígados no cirróticos son una entidad infrecuente. La mayoría corresponde a tumores benignos, cuyo diagnóstico de certeza es difícil y muchas veces un desafío para el tratante. La cirrosis focal corresponde a una entidad poco descrita y se describe en ocasiones como hiperplasia nodular focal o hepatocarcinoma en los estudios imagenológicos.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es comunicar el caso de una paciente portadora de un tumor del lóbulo caudado correspondiente a cirrosis focal en el Hospital Barros Luco-Trudeau (HBLT).

MATERIAL Y MÉTODO

Reporte de caso clínico

RESULTADOS

-Información demográfica: Mujer, 30 años, usuaria de anticonceptivos orales -Motivo de consulta: 10 meses de dolor abdominal tipo sordo epigástrico asociado a baja de peso no cuantificada. Masa abdominal de consistencia dura en epigastrio de 9 centímetros en diámetro mayor. -Proceso diagnóstico: se realiza TC de abdomen y pelvis y RNM que evidencian lesión tumoral de lóbulo hepático izquierdo de aproximadamente 10 centímetros sugerente de hepatocarcinoma -Intervención terapéutica: se realiza laparotomía exploradora, evidenciando el segmento I (lóbulo caudado) hipertrófico, de aspecto macronodular, y, con el resto del hígado de aspecto macroscópico normal. Se realiza hepatectomía segmentaria del lóbulo caudado sin incidentes. Biopsia definitiva evidencia cirrosis focal de segmento I. -Evolución: evoluciona favorablemente en el post operatorio por lo que se da de alta al tercer día post operatorio sin complicaciones. Sin evidencia de recidiva 1 año post cirugía.

CONCLUSIONES

Los tumores hepáticos en pacientes jóvenes son infrecuentes. La cirrosis focal segmentaria corresponde a una entidad anecdótica pero que debemos considerar en el diagnóstico diferencial.

(306) OBSTRUCCION INTESTINAL EN EL ADULTO POR INTUSUSCEPCION INTESTINAL

Ramón Díaz Jara, Rodrigo Tapia Leiva (), Juan Sumba García*

Hospital Dr. Antonio Tirado Lanús (Ovalle). Servicio Urgencia

INTRODUCCIÓN

La intususcepción, como causa de obstrucción intestinal, es más frecuente en niños, siendo rara en adultos. El 90% de las intususcepciones en el adulto tiene un punto gatillo que corresponden a tumores intestinales siendo el 10% restante consideradas idiopáticas.

OBJETIVOS

Se expone el caso clínico de un paciente de 16 años con un cuadro de intususcepción ileo-ileal.

MATERIAL Y MÉTODO

Caso Clínico

RESULTADOS

Paciente de 16 años de edad, consulta en Urgencia del Hospital de la ciudad de Ovalle por cuadro de 12 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal tipo cólico y compromiso del estado general. Al momento de la consulta destaca un paciente con hemodinamia estable, afebril y bastante quejumbroso. Al examen físico abdominal no impresiona cuadro quirúrgico. El paciente durante su observación no responde bien a las medidas de analgesia, presentó vómitos de aspecto alimentario y diarreas de tipo disintéricas. Se hospitaliza por síndrome disintérico. Dentro de los exámenes al ingreso destaca leucocitosis y proteína C reactiva elevada. Los hemocultivos fueron negativos y el paciente rechazó la toma de coprocultivos. Al quinto día de hospitalización el paciente presenta mayor compromiso del estado general, distensión abdominal y deposiciones de tipo hematoquezia. Médico tratante solicita radiografía de abdomen simple que mostró distensión patológica de asas delgadas. Evaluado por cirujano se solicita tomografía abdominal que informa intususcepción del intestino delgado. Se somete a laparotomía exploradora que corrobora los hallazgos con necrosis del ileon terminal por lo que se realiza hemicolectomía derecha. La biopsia informó necrosis transmural sin tumores en lumen o parietales. El paciente evoluciona bien y se da de alta al quinto día.

CONCLUSIONES

La intususcepción es rara en adultos. La mayoría obedece a tumores intestinales, pocas son idiopáticas como en este caso que puede haber estado dada por hiperperistalsis.

(333) RESULTADOS QUIRÚRGICOS DEL USO DE GLUBRAN® COMO MÉTODO DE FIJACIÓN DE MALLA EN LA HERNIOPLASTÍA INGUINAL LAPAROSCÓPICA CON TÉCNICA TRANSABDOMINAL PRE-PERITONEAL (TAPP)

Carlos Eduardo Maldonado López (), Jean Phillipe Bachler González, Lissette Leiva Sánchez, Javier Zegpi Hunter, Juan Alvarado Irigoyen, Mauricio Gabrielli Nervi*

Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva.

INTRODUCCIÓN

El método de fijación de la malla en la hernioplastia inguinal laparoscópica es una de las causas de dolor postoperatorio y uno de los factores que incide en el dolor inguinal crónico.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es mostrar los resultados quirúrgicos del uso de Glubran® (N-Butyl Cianocrilato) como método de fijación de la malla en la hernioplastia inguinal laparoscópica vía TAPP, determinando dolor post operatorio, dolor crónico y recidiva.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte no concurrente, se identificó aquellos pacientes a quienes se les realizó una hernioplastia inguinal por vía laparoscópica, técnica TAPP con fijación de la malla con Glubran®, entre Marzo de 2013 y Marzo de 2014. En el seguimiento de los paciente se evaluó escala de dolor postoperatorio, dolor inguinal crónico y recidiva.

RESULTADOS

En el período de estudio se realizaron 34 hernioplastias laparoscópicas con uso de Glubran® en 25 pacientes, de estos 22 (88%) fueron hombres. El promedio de edad fue de 55±13 años. 9 (36%) pacientes presentaron hernia inguinal bilateral. 13 (52%) hernia inguinal derecha y 3 (12%) izquierda. Se registró 1 (2,9%) complicación postoperatoria, que correspondió a un hidrocele, registrado como tipo I de Clavien. La estadía hospitalaria fue de 1-4 días. El seguimiento fue de 10 meses (8-12), alcanzando un 96% de la serie. No se registró recidiva en ninguno de los pacientes. El promedio de disminución del dolor preoperatorio y postoperatorio fue de 4±3 puntos en la escala de visual analógica del dolor. Se registro 1 (4%) caso de dolor inguinal crónico.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en nuestra serie muestran que el uso de Glubran® como método de fijación de la malla en la hernioplastia laparoscópica vía TAPP, es una técnica segura, con baja incidencia de complicaciones, baja tasa dolor inguinal crónico y sin recidiva durante el período de estudio.

(339) METÁSTASIS YUGAL DE ADENOCARCINOMA DE COLON. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Felipe Castillo Henriquez, Pablo Pérez Castro, Francisca Díaz Hormazabal, Carlos Álvarez Zepeda, Valentina Valenzuela Rebolledo ()*

Universidad de Chile. Departamento de Cirugía Sur, Hospital Barros Luco Trudeau

INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal es una enfermedad frecuente. El diagnóstico en ocasiones puede ser complejo; lo que conlleva a un diagnóstico tardío.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es comunicar el caso de un paciente portador una metástasis de adenocarcinoma de colon en mucosa yugal, en el Hospital Barros Luco-Trudeau (HBLT).

MATERIAL Y MÉTODO

Reporte de un caso

RESULTADOS

-Información demográfica: Hombre, 70 años, jubilado. -Motivo de consulta: que consulta por lesión ulcerada en mucosa yugal izquierda asociada a pérdida de peso. -Proceso diagnóstico: se evidenció múltiples nódulos pulmonares de aspecto secundario que fueron biopsiados por VTC y cuyo resultado es informado como adenocarcinoma moderadamente diferenciado que podría corresponder a origen en glándula salival. Se pesquisa un tumor estenosante de colon ascendente cuya biopsia por colonoscopia fue positiva para adenocarcinoma de colon. Se estudian en conjunto las biopsias de mucosa yugal, nódulo pulmonar y colon, determinándose que corresponden a cáncer de colon metastásico. -Evolución: favorable, dándose de alta en buenas condiciones.

CONCLUSIONES

La metástasis yugal de un cáncer colorrectal es infrecuente como manifestación de enfermedad avanzada. El diagnóstico diferencial se debe hacer con una lesión primaria de la boca. El estudio clínico completo del paciente e inmunohistoquímico de la biopsia permite el diagnóstico definitivo.

(345) AGENESIA DE VESÍCULA BILIAR. REPORTE DE UN CASO

Andrés Pérez Gutiérrez (), Gabriel Vial Letelier, Mauricio Munoz Soto, Hernán Villagrán Salinas, Tomas Araneda Oses*

Hospital Clínico Fusat. Servicio de Cirugía.

INTRODUCCIÓN

La agenesia de vesícula biliar es una condición poco frecuente en la cual no hay desarrollo vesicular durante el periodo gestacional. Fue descrita por primera vez en 1702 por Bergman, y su incidencia se estima en 0.01% de la población general. A continuación presentamos un caso clínico.

OBJETIVOS

Dar a conocer un caso clínico sobre agenesia de la vesícula biliar. Tener en cuenta dentro de las variantes anatómicas en relación al árbol biliar, el no desarrollo de la vesícula. Recordar que la ecotomografía abdominal es un buen examen pero es operador dependiente.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión retrospectiva y descriptiva del caso. Caso clínico Ecotomografía abdominal Vídeo de laparoscopia exploradora ColangioRM

RESULTADOS

Paciente de sexo femenino, de 22 años, sana. Consulta en policlínico por dolor abdominal epigástrico, como parte del estudio se solicita ecotomografía abdominal que informa la presencia de Microlitiasis vesicular. Es derivada a cirugía donde se le ofrece colecistectomía por vía laparoscópica. En el intraoperatorio no se encuentra la vesícula biliar, si una gran hepatomegalia. Se solicitó ColangioRM postoperatoria la que confirmó la agenesia de la vesícula biliar.

CONCLUSIONES

La agenesia de vesícula biliar es una anomalía congénita caracterizada por ausencia de la misma sin atresia de la vía biliar extrahepática. Corresponde a una patología con una incidencia de 0.01 a 0.02%. Es más frecuente en mujeres que en hombres con una relación de 3 a 1. Puede estar asociada a otros defectos congénitos (pancreas divisum, cardiopatías, alteraciones genitourinarias) El diagnóstico en la mayoría de las veces es intraoperatorio. Cuando existe sospecha de agenesia, la colangiografía y los métodos de imagen contrastados de la vía biliar (Colangiografía intraoperatoria, CPRE) confirmarán el diagnóstico. La Ecotomografía abdominal es un examen ampliamente utilizado en la visualización de la vesícula biliar, sin embargo, No es el examen de elección para diagnosticar la Agenesia Vesicular, puesto que es operador dependiente.

(361) OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIO AL TUBO CONECTOR DE UNA BANDA GÁSTRICA

Federico Oppliger Boettcher (), Gonzalo Wiedmaier Teare, Juan León Ramírez*

Universidad del Desarrollo. Cirugía Bariátrica.

INTRODUCCIÓN

La banda gástrica ajustable laparoscópica (BGAL) ofrece un procedimiento puramente restrictivo para el tratamiento de la obesidad que es menos invasiva y reversible con resultados de 50 a 65 % de pérdida de peso excesiva en 2-3 años dependiendo de los ajustes frecuentes y seguimiento. La morbilidad y la mortalidad es de aproximadamente 11.3 % y 0,05 %, respectivamente, pero aún así el paciente tiene que considerar la alta tasa de reoperaciones documentados en hasta un 23 %. El puerto y los tubos son fuentes de morbilidad con una frecuencia de 23 % y 4,3 %, respectivamente. Estos incluyen desconexión, fractura de tubo, las fugas del repertorio e infección del puerto.

OBJETIVOS

Presentar un caso raro de obstrucción intestinal secundario al tubo conector de una banda gástrica

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de la literatura en base a un caso clínico.

RESULTADOS

Un paciente de 43 años con antecedentes de banda gástrica laparoscópica hace 7 años consultó por un cuadro de dolor en epigastrio y periumbilical asociado a náuseas. Radiografía de Abdomen simple evidenció una obstrucción intestinal alta. TAC Abdomen y pelvis mostró al tubo conector como causa. Se operó vía laparoscópica evidenciando el intestino delgado obstruido secundario al tubo conector, sin necrosis. No se pudo liberar el intestino por lo que se cortó el tubo y volvió a reubicar. El paciente evolucionó sin complicaciones.

CONCLUSIONES

La obstrucción intestinal secundario al tubo conector es un caso raro con 11 casos publicados en la literatura. Factores que pueden contribuir son el dejar un tubo conector redundante, la falta de cobertura por el omento por la baja de peso o secundario a adhesiones. El diagnóstico es desafiante ya que pueden no presentar una clínica característica. Su manejo va a depender de la presentación clínica y hallazgos.

(362) ÚLCERA DE MARJOLIN: CARCINOMA ESCAMOSO SOBRE CICATRIZ POR QUEMADURA EN CUERO CABELLUDO. REPORTE DE CASO.

Rodrigo Villalobos Rubilar, Natalia Farias González (*), Stephanie Quintanilla Rojas

Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago). Departamento de Cirugía

INTRODUCCIÓN

La Úlcera de Marjolin es una lesión poco frecuente que agrupa neoplasias originadas en piel sometida a inflamación crónica. La mayoría de estas úlceras se desarrolla en cicatrices de quemaduras. El carcinoma escamoso (espinocelular) es la neoplasia más frecuentemente encontrada y tendría un comportamiento más agresivo que las neoplasias originadas de novo. Su principal ubicación es en extremidades inferiores y afecta en mayor frecuencia a hombres que mujeres (2:1). La etiopatogenia es desconocida, siendo la hipoperfusión del tejido cicatricial un factor predisponente. La profilaxis más importante es evitar la progresión de heridas a úlceras crónicas. Su tratamiento consiste en extirpar la lesión con amplios márgenes de seguridad y su indicador pronóstico más importante es la presencia de metástasis ganglionares. Presentamos el caso de una paciente de 80 años con un carcinoma escamoso sobre cicatriz de quemadura antigua en cuero cabelludo.

OBJETIVOS

Conocer las características clínicas y criterios diagnósticos de la úlcera de Marjolin, y su potencial progresión a neoplasias malignas.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente sexo femenino, 80 años. El año 2013 es derivada a Cirugía Oncológica del Hospital San Borja Arriarán, por sospecha de Cáncer de piel en cicatriz de quemadura antigua en cuero cabelludo. Presentaba lesión ulcerada de aproximadamente 7 cm de diámetro en región occipital. Biopsia incisional: Carcinoma escamoso infiltrante, bien diferenciado. Exámenes complementarios: destaca anemia y compromiso ganglionar cervical bilateral. Tratamiento: resección quirúrgica de la lesión, disección cervical bilateral y reparación con colgajo de músculo trapecio derecho.

RESULTADOS

Biopsia quirúrgica: Carcinoma escamoso bien diferenciado, infiltrante, en cuero cabelludo con invasión de tejido subcutáneo y óseo. Metástasis en ganglios cervicales bilaterales. Se realiza colgajo de rotación con músculo trapecio derecho, el cual no presenta complicaciones. Se decide no realizar Radioterapia adyuvante por condiciones de lecho operatorio.

CONCLUSIONES

Reconocer la úlcera de Marjolin en el manejo de heridas cronificadas, favorece el diagnóstico oportuno de neoplasias epiteliales.

(366) CONSTIPACIÓN CRÓNICA PERTINAZ. MANEJO CON IRRIGACIÓN ANTERÓGRADA VÍA APENDICOSTOMÍA.

REPORTE DE UN CASO

Juan Francisco Allamand Turner (*), Karen Andrea Schönfeldt Guilisasti, Sebastián Pradenas Bayer, Christian Jensen Benitez, Ernesto Melkonian Tumani, Aldo Cuneo Zuiga, Francisco Javier Saitúa Doren

Clínica Alemana. Departamento de Cirugía

INTRODUCCIÓN

El estudio y manejo de la constipación crónica (CC) en los adultos es amplio e incluye un equipo multidisciplinario. Si bien la mayoría de los casos tiene buena respuesta al manejo médico, un porcentaje menor requerirá de cirugía.

OBJETIVOS

El objetivo del presente trabajo es discutir un caso y su evolución posterior utilizando la cirugía propuesta por Malone (Antegrade Colonic Enema, ACE).

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión y reporte de caso clínico Caso Clínico Mujer de 23 años, con historia de paraplejía secundaria a lesión medular y trastorno depresivo mayor. A raíz de lo anterior, constipación refractaria a tratamiento médico de cuatro años de evolución. Se propone manejo quirúrgico. Descartamos entre otras opciones la colectomía total y el uso de ostomía. Se realiza apendicostomía videolaparoscópica, según la técnica descrita por Malone. Procedimiento sin incidentes. Paciente recibe el alta a los pocos días.

RESULTADOS

Llevando un año de seguimiento, la paciente ha tenido un resultado considerado satisfactorio por ella, con movimientos intestinales diarios. Se realiza irrigación anterógrada diaria matinal, vía cateterismo umbilical con solución jabonosa, logrando una evacuación precoz. No utiliza fármacos.

CONCLUSIONES

La irrigación colónica anterógrada, vía apendicostomía, puede ser considerada una técnica adecuada para el manejo de casos seleccionados de pacientes con constipación refractaria a tratamiento. Ofrece un procedimiento seguro y eficaz, poco mórbido, y con opciones de reversibilidad.

(412) PARATIROIDECTOMÍA CON ANESTESIA LOCAL: CASO CLÍNICO

Ángel Ortiz Valenzuela, José Manuel Ramírez Torrealba, Camila Cuevas Vergara, David Barra Ortiz (*), Jaime Bitran Duenas, Olga Andrade Warnken

Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago). Cirugía de Cabeza y Cuello

INTRODUCCIÓN

Los enormes avances técnicos y de acceso que la medicina ha experimentado en el último tiempo sumado al acceso que hoy en día tienen los enfermos renales crónicos a hemodiálisis como parte del GES (garantías explícitas en salud) aumentan su expectativa de vida año a año y con ello la aparición de complicaciones derivadas de la enfermedad renal como es el hiperparatiroidismo secundario, donde los altos niveles de hormona paratiroidea (PTH) y de calcio circulante causan múltiples repercusiones a nivel sistémico, algunas graves y que afectan seriamente el sistema cardiovascular y otras como la osteodistrofia renal que desencadenan episodios de dolor y fracturas en hueso patológico causando un enorme deterioro en la calidad de vida de quienes la padecen. En Chile solo existe comunicación sobre paratiroidectomías con anestesia local mediante bloqueo de plexos cervicales superficiales en el manejo de el hiperparatiroidismo primario, pero no existen referencias en el manejo de los casos asociados a enfermedad renal.

OBJETIVOS

Presentar caso clínico.

MATERIAL Y MÉTODO

Mujer de 56 años de edad con múltiples fracturas relacionadas a enfermedad ósea severa y con contraindicación de anestesia general por el riesgo de fractura cervical. Se efectuó una marcación en piel de la paciente mediante ecográfica de g. paratiroideas más alteradas para un abordaje localizado cervical izquierdo con anestesia local que permitió la extracción de 2 glándulas paratiroideas hiperplásicas y que fue demostrado mediante biopsia intraoperatoria y diferida. La cirugía fue considerada exitosa por la disminución inmediata de los niveles de PTH > 90%. La paciente evolucionó satisfactoriamente con importante disminución de los dolores óseos, recuperando mayor movilidad e independencia y sin complicaciones metabólicas.

RESULTADOS

En conclusiones.

CONCLUSIONES

La paratiroidectomía con anestesia local con marcación ecográfica es una alternativa segura, efectiva y beneficiosa en el tratamiento de pacientes con hiperparatiroidismo secundario en quienes un procedimiento quirúrgico con anestesia general está contraindicado.

(436) TROMBOFLEBITIS SEPTICA DE LA VENA PORTA COMO COMPLICACIÓN DE APENDICITIS AGUDA COMPLICADA

Pablo Pérez Castro, Constanza Bulboa Foronda(*) Felipe Castillo Henríquez, Gonzalo Ramírez Guerrero, Germán Guzmán Bascuñán

Universidad de Chile. Departamento de Cirugía Sur, Hospital Barros Luco-Trudeau

INTRODUCCIÓN

La tromboflebitis del sistema venoso portal, es una patología producida por una complicación de procesos inflamatorios intraabdominales o secundario cirugía. Ha disminuido prevalencia, debido al tratamiento precoz y al mayor uso de antibióticos, no obstante, persiste mortalidad elevada, de 30-50%, debida a síntomas poco específicos. Presentamos el caso de una tromboflebitis de la vena porta producto de una apendicitis aguda.

OBJETIVOS

Revisión fisiopatológica y a las tendencias actuales de diagnóstico y tratamiento de esta patología.

MATERIAL Y MÉTODO

Reporte de un caso.

RESULTADOS

Paciente 51 años, sexo masculino, que presenta dolor abdominal epigástrico, asociado a astenia, baja de peso y distensión abdominal. Al ingreso se realiza una Tomografía Axial Computada de abdomen, que revela: apendicitis aguda, obstrucción intestinal por bridas y trombosis parcial de vena porta derecha. Se realizó apendicectomía, adherensiolisis y drenaje. Se inicia esquema antibiótico biasociado endovenoso. Sin anticoagulación, con evolución favorable.

CONCLUSIONES

A pesar de que la pyleflebitis es una rara complicación derivada de procesos sépticos en área de drenaje portal, se puede generar también por apendicitis. La clínica no es categórica y el estudio de imágenes ayuda a identificar tanto un foco de infección como la presencia de un trombo en la vena porta. El tratamiento principal es remover la fuente de infección y erradicar los patógenos con tratamiento antibiótico adecuado. La duración de la terapia antibiótica es de un plazo de 4 semanas cuando no se presente abscesos hepáticos y 6 semanas en abscesos hepáticos menores a 3 cm. Si el absceso hepático es mayor a 3 cm, requiere ser drenado. El uso de anticoagulantes es controversial, siendo descrito su uso en la mayoría de los casos publicados, aunque no existan estudios que definan sus ventajas en relación a mejorar la mortalidad y resolución del trombo.

(437) ALBÚMINA PREOPERATORIA Y MORTALIDAD EN CIRUGÍA DIGESTIVA ONCOLÓGICA

Sergio Esteban Pacheco Santibanez () Claudio Canales Ferrada, Andrea Patricia Jiménez Aguilar*

Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez (Valparaíso). Servicio de Cirugía

INTRODUCCIÓN

La desnutrición se presenta en al menos un 40 a 50% de los pacientes hospitalizados. En cirugía gastrointestinal aumenta el riesgo de complicaciones médicas, quirúrgicas y la mortalidad. Dentro de los parámetros más utilizados se encuentra la albúmina pues constituye un examen de bajo costo y ampliamente disponible.

OBJETIVOS

El objetivo del estudio es determinar si la albuminemia preoperatoria se asocia con mayor mortalidad postoperatoria en cirugía digestiva oncológica electiva.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio analítico de cohorte prospectivo de pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas por neoplasias malignas digestivas electivas en el Hospital Eduardo Pereira entre Octubre de 2012 y Febrero de 2014. Se creó una base de datos en el software Filemaker Pro. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 15.0. Se utilizó prueba t de Student y se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. El valor de albuminemia fue analizado mediante curva de características de receptor/operador (ROC) para conocer su capacidad diagnóstica en la predicción de la mortalidad.

RESULTADOS

Se estudiaron 182 pacientes con un promedio de edad de $65,7 \pm 12,3$ años. Un 54,4% (99) de los pacientes fueron de sexo masculino, la neoplasia más frecuente fue cáncer fue colon en 35,5% (64). Fallecieron un 6,2% (12), los cuales tenían menor nivel de albuminemia ($p < 0,01$). La curva ROC de la albuminemia mostró un área bajo la curva de 0,742 (IC95% 0,624 - 0,861), con un punto de corte de 3,55 mg/dl presenta una sensibilidad de 50,6% y especificidad de 83,3%.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se encontró asociación entre la albuminemia preoperatoria y la mortalidad postoperatoria como se encuentra documentado de manera extensa en la literatura. En este grupo de pacientes se pudo determinar un punto de corte de su albuminemia que se asocia con mayor mortalidad.

(459) DUPLICACIÓN VESICULAR: REPORTE DE UN CASO

Cristian Cruz Urrutia, Enrica Ramírez Pittaluga ()*

Hospital San Juan de Dios (Santiago, Santiago). Equipo cirugía digestivo Alto, Servicio de Cirugía.

INTRODUCCIÓN

Las anomalías de las vías biliares se observan con alguna frecuencia pudiendo alterar el número, tamaño y forma. En Chile las más frecuentes son las que alteran los conductos biliares, arteria cística. La duplicación vesicular es rara, presentándose en 1 de cada 4.000 necropsias. Esta puede ser detectada en el preoperatorio o como hallazgo en el intraoperatorio como se reporta en el siguiente caso.

OBJETIVOS

Reporte de un caso y revisión de la literatura

MATERIAL Y MÉTODO

Caso clínico Paciente de 57 años, sin antecedentes mórbidos, ingresa por colecistitis aguda. Manejado laparoscópicamente. A la exploración, se visualiza vesícula distendida de paredes finas, se realiza una disección laboriosa, sin lograr identificar colédoco, impresionando como malformación. La colangiografía laparoscópica intraoperatoria no permitió identificar las estructuras, se decidió convertir. Se realizó ectomía de fondo a cuello revelando vesícula doble con císticos independientes que terminan en un cístico común. Colangiografía transcística reveló vía biliar fina, sin cálculos,

RESULTADOS

se ligó conducto cístico, piezas operatorias a biopsia informándose como vesícula de 11 x 4,5 cm de paredes finas con cálculo de 3,5 cm en su interior, prolongación sacular de 5,5 cm x 1,5 cm de similares características a la vesícula, con cálculos mixtos, colecistitis crónica con metaplasia gástrica.

CONCLUSIONES

La duplicación vesicular es una anomalía rara. No posee sintomatología específica, que logre diferenciarla clínicamente de los pacientes con vesícula única. La litiasis es común pudiendo afectar una o ambas vesículas. Las verdaderas duplicaciones representan excrecencias independientes o secundarias del brote inicial en relación al esbozo hepático. El conocimiento de las variantes anatómicas se ha revalorizado con laparoscopías y colangiografías intraoperatorias que permiten detectarlas. La colangioresonancia es útil en el preoperatorio y es el método no invasivo de elección para visualizar vías biliares.

(465) TUMORES INTESTINALES EN NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1: REPORTE DE UN CASO

Cristian Cruz Urrutia (), Enrica Ramírez Pittaluga*

Hospital San Juan de Dios (Santiago, Santiago). equipo digestivo alto, Servicio de Cirugía

INTRODUCCIÓN

La neurofibromatosis tipo 1, es una enfermedad autosómica dominante con penetrancia variable, que afecta principalmente al sistema nervioso central por defecto en un gen cromosoma 17 que codifica para múltiples órganos y sistemas, entre ellos el gastrointestinal. La asociación entre NF1 y tumores gastrointestinales se desconoce, sin embargo estudios retrospectivos estiman que entre el 10-60% de los pacientes NF1 presentan tumores gastrointestinales y que de estos, menos del 5% fueron sintomático. El GIST es la manifestación más frecuente.

OBJETIVOS

Reporte de un caso y revisión de la literatura

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente 69 años, sexo masculino, con antecedentes mórbidos de NF1. Previamente asintomático, se realiza en examen de rutina ecografía abdominal en la que destaca una masa sólida de 3 cm en relación a la cola del páncreas.

RESULTADOS

La laparoscopia exploradora, mostró 2 tumores de 4x4 cm en caras antimesentéricas de la cuarta porción del duodeno y primeros centímetros del yeyuno, separados entre sí por 5 cm. Sin evidencias de perforación. A la exploración, se encuentran múltiples lesiones de similar aspecto en todo yeyuno e íleon, de menor tamaño. Se decide convertir a cirugía abierta, realizándose resección segmentaria del intestino delgado. Anastomosis termino lateral entre las dos porciones. Se resecan además 2 lesiones en yeyuno e íleon de 1 cm.

CONCLUSIONES

Los GIST corresponden al 5% de los tumores mesenquimáticos y 1% de todos los tumores gastrointestinales. Su incidencia ha aumentado entre 50-70 años. Generalmente se ubican en estómago (70%) colon (20%). La ubicación duodenal es menos frecuente (5%). En los pacientes con NF1 el riesgo de desarrollar un GIST es elevado, (7%), estos se desarrollan principalmente en intestino delgado, yeyuno e íleon, son múltiples y se asocian a otros tumores digestivos. El mecanismo molecular aun no ha sido claramente definido, pero es diferente al de los GIST esporádicos.

(469) TUMORES RETRORECTALES, A PROPÓSITO DE UN CASO

Juan Francisco Allamand Turner, Diego Zamorano Valenzuela, José Antonio Hernández Montalvo, Karen Andrea Schönfeldt Guilisasti ()*

Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón). Cirugía

INTRODUCCIÓN

Los tumores retrorectales se originan en el espacio presacro y son relativamente infrecuentes, con incidencias reportadas de 2.1 a 6.3 casos por año en centros terciarios. La mayoría se presentan de manera asintomática y son hallazgos imagenológicos.

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es presentar el caso de una paciente con un tumor retrorectal sintomático y su manejo quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODO

Caso clínico Mujer de 34 años, derivada desde atención primaria por aumento de volumen en el glúteo de dos años de evolución. Al examen físico se aprecia aumento de volumen en relación al glúteo izquierdo de 9x7 cm, no adherido a planos profundos. Se realiza

tomografía computada que muestra una gran lesión perineal izquierda bilobulada de contornos bien definidos, con cápsula fina de 12x8x10cm. Dado etiología no clara se decide manejo quirúrgico. Se realiza resección de la lesión por acceso parasacrocoxígeo izquierda, sin incidentes. La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta a los 3 días. En la biopsia definitiva se informa quiste de inclusión epitelial con metaplasia intestinal colónica, asociada a un proceso inflamatorio crónico.

RESULTADOS

Los tumores retrorectales son un grupo heterogéneo de tumores que se originan en el espacio presacro. Estos pueden ser congénitos, neurogénicos, óseos, inflamatorios o misceláneos. Su presentación es habitualmente asintomática y cuando presentan síntomas suelen ser vagos. El tratamiento es siempre la resección quirúrgica y son necesarias las imágenes su planificación.

CONCLUSIONES

Si bien los tumores retrorectales son una patología infrecuente, representan una gran abanico de posibilidades diagnósticas. Su tratamiento es la resección y sólo la biopsia definitiva hará el diagnóstico etiológico.

(479) HEMOPERITONEO SECUNDARIO A ROTURA DE ANGIOSARCOMA HEPATICO. REPORTE DE UN CASO

Nathalia Pena López (), Cristian Zarate Bertoglio, Leonardo Cárcamo Gruebler, Juan Díaz Basso*

Hospital Clínico Regional (Valdivia). Subdepartamento de Cirugía Adulto, Hospital Base Valdivia.

INTRODUCCIÓN

El angiosarcoma hepático es el tumor mesenquimal maligno más frecuente, representando el 2 % de las neoplasias primarias. La ruptura espontánea con hemoperitoneo esta descrito hasta en el 27% de los casos. La resección completa es el tratamiento de elección y puede mejorar la supervivencia en algunos pacientes. Sin embargo, la mayoría son no resecables al momento del diagnóstico.

OBJETIVOS

Revisión bibliográfica de angiosarcoma hepático en relación a un caso clínico.

MATERIAL Y MÉTODO

Hombre 66 años, con antecedentes de HTA y DM2. Ingresó el 07 de febrero de 2014 al servicio de urgencia por cuadro de dolor abdominal. Eco FAST positivo para líquido libre y evidenciando además tumor epigástrico de 7 centímetros. Se hospitalizó en el servicio de medicina para estudio. TC reveló lesión focal hepática con signos de sangrado activo y hemoperitoneo moderado secundario. El 12 de febrero ingresó a pabellón, para laparotomía exploradora. En intraoperatorio destacó hemoperitoneo de 1.500 cc. En segmento III, se evidenció tumor de 8 centímetros de diámetro, roto hacia la capsula hepática, sin sangrado activo. Se realizó lobectomía hepática izquierda.

RESULTADOS

Evoluciona de forma satisfactoria. Biopsia informó angiosarcoma grado I, bien diferenciado, de 7,8 cm con margen quirúrgico positivo de 7 mm. Estudio de diseminación reveló metástasis pulmonares y hepáticas por lo que comité oncológico decidió ingreso a cuidados paliativos falleciendo en junio de 2014.

CONCLUSIONES

El angiosarcoma hepático es una entidad poco frecuente. El diagnóstico es tardío, siendo mas frecuente en el contexto de una complicación o como hallazgo imagenológico. Además la rápida evolución y recurrencia aumentan la mortalidad, de ahí que muy pocos pacientes son candidatos a tratamiento curativo en el momento del diagnóstico. Por lo tanto es importante tener un alto índice de sospecha ya que sólo la resección quirúrgica completa R0 logra mejorar pronóstico.

(497) INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL POR TUMOR DE VANEK

Pedro Ramirez Nieto, Carlos Hermansen Ramrez (), Andrés Iglesias Bettini*

Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel). Servicio cirugía - Coloproctología

INTRODUCCIÓN

El pólipo fibroide inflamatorio, o tumor de Vanek, corresponde a un tumor benigno originado en la mucosa y submucosa del tracto gastrointestinal, principalmente en estómago a nivel de unión gastroesofágica y antro, duodeno, yeyuno e íleon. Se caracteriza por poseer tejido fibroso vascularizado, con infiltración de células inflamatorias, sin cápsula externa. Se ha descrito una gama de manifestaciones clínicas desde cuadros asintomáticos hasta síndrome pilórico. Su tratamiento de elección se basa principalmente en la resección endoscópica.

OBJETIVOS

A continuación, se describe un caso de obstrucción intestinal secundario a la presencia de un pólipo fibroide inflamatorio a nivel del íleon.

MATERIAL Y MÉTODO

Reporte de caso

RESULTADOS

Mujer de 66 años, hipertensa, diabética, colecistectomizada. Refiere cuadro caracterizado por dolor cólico intenso, que cede espontáneamente, asociado a vómitos. Refiere tránsito intestinal conservado, sin rectorragia ni melena. Se solicita tomografía axial computada de abdomen y pelvis, en donde se muestra hallazgos compatibles con intususcepción ileo-ileal. Se decide su ingreso para resolución quirúrgica. En el intraoperatorio, destaca una intususcepción ileo-ileal a aproximadamente 60 centímetros de la válvula ileocecal, sin compromiso de la serosa, con áreas de fibrosis a nivel del meso. Se realiza resección intestinal con margen de 10 centímetros a proximal y distal con anastomosis termino-terminal de íleon. En controles ambulatorios, se describe evolución favorable, sin nuevos episodios de obstrucción intestinal. La biopsia de la pieza quirúrgica informa histología compatible con tumor de vanek. Se decide alta del punto de vista quirúrgico a los dos meses del alta.

CONCLUSIONES

El tumor de Vanek constituye una lesión benigna de baja frecuencia. La mayoría de las veces es asintomático, lo que muchas veces propicia su hallazgo como fenómeno incidental en una endoscopia de rutina, sin embargo puede manifestarse con una gran gama de síntomas, los cuales dependen de la localización y el tamaño de la lesión.

(515) HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA SECUNDARIA A ANEURISMA ILIACO FISTULIZADO A SIGMOIDES

Sebastián Hugo von Muhlenbrock ()*

Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto). CIRUGIA VASCULAR

INTRODUCCIÓN

La Hemorragia digestiva baja secundaria a una fistula de un Aneurisma iliaco y el Sigmoides es muy rara. Su presentación generalmente es mortal. Hay Reportes de Casos en que la presentación fue como complicación rara de la cirugía de Bypass Aorto iliaco. Se Presenta Caso

OBJETIVOS

Dar a conocer una forma in habitual de presentación de la patología

MATERIAL Y MÉTODO

Presentación de Caso Clínico

RESULTADOS

Paciente de 70 años, ingresa al servicio de Urgencia con Hemorragia digestiva baja, presenta compromiso hemodinámico, se inicia reanimación se controlan exámenes y se realiza una TAC abdomen y pelvis el cual muestra un aneurisma iliaco derecho fistulizado al sigmoides. Paciente presenta un nuevo episodio masivo de hemorragia por lo que se decide cirugía de urgencia. Se decide realizar un Bypass Femoro-femoral con prótesis en un primer tiempo, y luego realizar una laparotomía identificando el cuello del aneurisma el cual se realiza control vascular, se decide abrir el aneurisma y ligar la arteria iliaca común a distal y proximal del aneurisma y una vez realizado esto se realiza un Hartmann. Luego de esto paciente cumple su post operatorio en la UCI, evolucionando satisfactoriamente.

CONCLUSIONES

El Aneurisma iliaco puro como causa de hemorragia digestiva es muy poco frecuente, por lo general es un hallazgo en el estudio de la hemorragia digestiva baja. Su morbimortalidad es muy alta, y solo existen reportes de sobrevida excepcional.

(517) ANÁLISIS DE LA ESTADÍA HOSPITALARIA EN APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA VS ABIERTA. ESTUDIO RETROSPECTIVO EN HOSPITAL BASE VALDIVIA

Gabriela Bascur Alarcón () Tamara Peters Álvarez, María Jesús Haydar De Allende Salazar, Marcelo Millan Alvarado*

Hospital Clínico Regional (Valdivia). Servicio de Cirugía

INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda es la causa más frecuente de cirugía de urgencia. La apendicectomía abierta (AA) ha sido considerada el gold standard, por baja morbilidad y mortalidad. Sin embargo, la apendicectomía laparoscópica (AL) ha ganado terreno, porque el riesgo de infección de herida operatoria, el dolor y la estadía hospitalaria es menor.

OBJETIVOS

Comparar apendicectomía abierta versus laparoscópica respecto a estadía hospitalaria. Como objetivo secundario se evaluará complicaciones, tiempo operatorio e incidencia de apendicectomía en blanco, en mayores de 15 años.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis Retrospectivo. Se incluyeron las apendicectomías realizadas durante el año 2012-2013 en el HBV, en mayores de 15 años. Los datos se obtuvieron de los registros de egreso hospitalario, protocolos quirúrgicos, además de la base de datos del servicio de Anatomía Patológica. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de Chi cuadrado y de Fisher.

RESULTADOS

En el periodo 2012-2013 se realizaron 970 apendicectomías, de ellas, 744 (76,7%) fueron AA y 226 (23,3%) AL. En el grupo abierto, el promedio de edad fue de 32, 57 años y el 57% correspondía a hombres, en el grupo laparoscópico el promedio de edad era de 33,31 años y el 37.7% eran hombres. Respecto a la estadía hospitalaria no hubo diferencias significativas (43,61 horas en AA vs 45,12 horas en AL), pero si lo hubo en cuanto al tiempo operatorio, siendo significativamente mayor en el grupo laparoscópico (72,87 min vs 47, 55 min).

CONCLUSIONES

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a estadía hospitalaria al comparar la apendicectomía abierta vs laparoscópica.

(519) COLEDOCOPLASTIA CON LIGAMENTO REDONDO EN SINDROME DE MIRIZZI TIPO II. REPORTE DE UN CASO.

Nathalia Pena López, Cristian Zarate Bertoglio () Ignacio Morales González, Carlos Enrique Cárcamo Ibaceta, Marcelo Millan Alvarado Hospital Clínico Regional (Valdivia). Subdepartamento de Cirugía Adulto, Hospital Base Valdivia.*

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Mirizzi es una complicación de la colelitiasis crónica presente en 0,006 – 2,7% de colecistectomías. En la literatura se han descritos diversos procedimientos para su resolución, como la coledocoplastía con pared vesicular y derivación biliodigestiva como opciones más utilizadas. Settaf en 1993 publica una serie de casos de coledocoplastía con ligamento redondo como alternativa a la derivación biliodigestiva, con buenos resultados a largo plazo.

OBJETIVOS

Revisar distintas opciones de reparación de vía biliar en síndrome de Mirizzi con énfasis a técnicas de coledocoplastía en relación a un caso clínico.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente femenino, 77 años acude a policlínico de cirugía en septiembre de 2013 por cuadro clínico caracterizado por cólicos biliares de 3 meses de evolución con ecografía de abril 2013 que evidenció colelitiasis múltiples. Acude nuevamente en abril 2014 con TC de abdomen y pelvis evidenciando vesícula de paredes irregulares con infiltración hepática y adenopatías en hilio hepático. Con sospecha de cáncer vesicular, el 16 de mayo se realizó colecistectomía clásica ampliada-coledocoplastía-cisticostomía, destacando en intraoperatorio: plastrón vesicular. Disección dificultosa de masa evidenciando apertura de cístico el cual se canula para CIO, identificándose vía biliar deserosamiento de pared anterior con áreas de filtración de contraste en colédoco.

RESULTADOS

Se realizó coledocoplastía con parche de ligamento redondo cisticotomía. Es dada de alta al 8vo día postoperatorio. Informe de biopsia: colecistitis crónica con reagudización hemorrágica más metaplasia gástrica. Ganglio 8, ganglio coledociano y cístico sin evidencia de neoplasia. El 10 de julio se realizó cisticografía retiro de sonda sin incidentes. Paciente actualmente en buenas condiciones.

CONCLUSIONES

A pesar de las diferentes técnicas existentes, la mejor alternativa para la reparación de una fístula colecistocolociana dependerá del tamaño de la lesión, calidad de los tejidos circundantes y experiencia del cirujano, siendo la coledocoplastía con ligamento redondo una alternativa a considerar

(522) VÓLVULO DE SIGMOIDES COMPLICADO EN PACIENTE EMBARAZADA. REPORTE DE UN CASO.*Manuel Lizana Corvera, Anibal Ibanez Mora (*), Rodrigo Guaman Ortega, Julio Rojas Astorga***Hospital San Juan de Dios (Santiago, Santiago). Equipo de Cirugía Digestiva****INTRODUCCIÓN**

El vólvulo de sigmoides, en general, es la segunda causa de obstrucción intestinal, siendo en el embarazo la primera, cercano al 45% del total. Requiere un alto índice de sospecha para evitar complicación mayor secundario a la necrosis intestinal.

OBJETIVOS

Reporte de un caso clínico de una paciente embarazada con un vólvulo de sigmoides complicado asociado al diagnóstico tardío de este, y la morbilidad asociada.

MATERIAL Y MÉTODO

Descripción de caso clínico mediante revisión de ficha clínica. Se analiza evolución clínica, morbilidad y resultado a largo plazo.

RESULTADOS

Paciente de 34 años portadora de embarazo de 21 semanas que consulta por cuadro de dolor abdominal de 10 días de evolución tipo cólico localizado en flanco izquierdo. Se plantea inicialmente como cólico renal izquierdo. Evoluciona con mayor dolor abdominal, y distensión abdominal marcada asociado a ausencia de deposiciones y heces por ano. Se realiza estudio imagenológico, ecografía abdominal, que muestra dilatación patológica de asas, siendo mayor en colon además de líquido libre. Se realiza rectoscopia rígida que muestra a los 18 cm, imagen sugerente de vólvulo de sigmoides, no se logra desvolvulación. Se indica cirugía, encontrando: Vólvulo de sigmoides complicado con necrosis asociado a peritonitis aguda difusa. Se realiza operación de Hartmann, aseo quirúrgico. Se mantiene en UCI con buena evolución posoperatoria. Feto vital y con unidad materno-fetal dentro de rango normal. Evoluciona satisfactoriamente y se da el alta a los 25 días posoperatorios. Durante el seguimiento obstétrico se mantuvo normal, y su embarazo culmina en forma satisfactoria.

CONCLUSIONES

Se presenta un caso de vólvulo de sigmoides complicado en embarazada con buena evolución posoperatoria y sin morbimortalidad. La incidencia de vólvulo en embarazada es desconocida. Requiere un alto índice de sospecha diagnóstica para evitar complicaciones mayores, como en nuestro caso. La radiografía simple de abdomen se reporta como el estudio de primera línea. La desvolvulación endoscópica resulta difícil por la presencia del útero grávido. El tratamiento quirúrgico tiene un rol fundamental en esta patología durante el embarazo.

(547) TUMOR DESMOIDES EN UNA PACIENTE POST PARTO: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA*Víctor Salazar Pierotic (*), Gonzalo Andrés Guiñez Robertson, Gustavo Vial Ovalle, Juan Carlos Aguayo Romero, Mauro Bernardello Ureta, Marcelo Vivanco Lacalle, Hugo Eduardo Rojas Pineda***Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón). Cirugía Digestiva****INTRODUCCIÓN**

Los tumores desmoides son neoplasias benignas fibroblásticas, de muy baja incidencia, que se comportan de una manera localmente agresiva infiltrando el tejido adyacente y con una alta incidencia de recidiva local después de la escisión quirúrgica. Además se describe un aumento de la incidencia durante y después del embarazo.

OBJETIVOS

Describir y analizar las características clínicas, radiológicas y patológicas de una paciente operada por un tumor desmoides mesentérico no asociado a poliposis adenomatosa familiar.

MATERIAL Y MÉTODO

Reporte de caso clínico, realizando revisión de ficha, laboratorio, estudios complementarios y protocolo operatorio de una paciente operada por tumor desmoides mesentérico. Revisión de la literatura publicada en las bases de datos Scielo y Pubmed.

RESULTADOS

Caso Clínico: Paciente mujer de 26 años, presenta 3 meses postparto dolor y aumento de volumen abdominal periumbilical de rápido crecimiento. El estudio de laboratorio no muestra alteraciones significativas. Tomografía computada de abdomen muestra masa mesentérica de 15x15 cm dependiente de la arteria mesentérica superior, sugerente de tumor desmoides. La colonoscopia no muestra lesiones. Se realiza resección de masa por laparotomía, respetando la vasculatura intestinal. El diagnóstico anatomopatológico revela un tumor mesentérico, específicamente tumor desmoides de 3000 gr, histológicamente con proliferación mesenquimática fusocelular entre mezclada con gruesos haces de colágeno grueso, con recuento mitótico mínimo. Evoluciona favorablemente y dada de alta al tercer día postoperatorio. En control trimestral, no se evidencia recidiva hasta la fecha.

CONCLUSIONES

La patología presentada está descrita y documentada en la literatura, es de muy baja incidencia. La causa probable en este caso fue el embarazo reciente descartando la asociación con poliposis adenomatosa familiar y concordante con el aumento de incidencia en pacientes jóvenes durante y después del embarazo. El tratamiento quirúrgico fue exitoso no requiriendo hasta la fecha opciones terapéuticas adicionales.

(585) EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL MANEJO DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A ÍLEO BILIAR. SERIE DE 17 CASOS DEL HOSPITAL PADRE HURTADO.

Gonzalo Andrés Guiñez Robertson () Gustavo Vial Ovalle, Víctor Salazar Pierotic, Juan Carlos Aguayo Romero, Mauro Bernardello Ureta, Marcelo Vivanco Lacalle, Hugo Eduardo Rojas Pineda*

Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón). Cirugía Digestiva

INTRODUCCIÓN

El íleo biliar representa una causa infrecuente de obstrucción intestinal (menos de 1% de las obstrucciones mecánicas). Consiste en la obstrucción del lumen secundario al paso de un cálculo biliar a través de una fístula colecistoentérica. Como alternativa de tratamiento se encuentra la extracción del cálculo con o sin resección intestinal y eventual resolución de la fístula. Existen pocos reportes sobre esta patología y su tratamiento. Presentamos una serie de 17 casos operados en el Hospital Padre Hurtado (HPH).

OBJETIVOS

Describir los resultados de pacientes operados por obstrucción intestinal secundaria a íleo biliar en el Hospital Padre Hurtado.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte retrospectiva de pacientes operados por obstrucción intestinal secundaria a íleo biliar en el HPH, periodo comprendido entre 2009-2014. Estadística descriptiva de variables demográficas, laboratorio, imágenes, operatorias, estadía hospitalaria y mortalidad.

RESULTADOS

Ingresaron 17 pacientes a través del servicio de urgencia del HPH por obstrucción intestinal secundaria a íleo biliar, 9 mujeres. Edad promedio 68,9 años. 100% con alteración de parámetros inflamatorios, 58,8% con falla renal. 70,5% evaluado con pruebas hepáticas, 76,4% alteradas. 88,2% ingresó a pabellón con diagnóstico de íleo biliar confirmado por tomografía computada. En 15 pacientes el cálculo fue identificado en intestino delgado, uno a nivel de sigmoides y otro en línea de sutura mecánica de anastomosis colorrectal. Ninguno requirió resección intestinal ni se resolvió la fístula colecistoentérica en el mismo tiempo quirúrgico. Dos reoperaciones. Estadía hospitalaria promedio 11,5 días. Mortalidad 5,8%.

CONCLUSIONES

En nuestro país debido a la alta frecuencia de patología biliar es necesario considerar el íleo biliar dentro del diagnóstico diferencial de obstrucción intestinal. La resolución mediante enterotomía y extracción del cálculo sin colecistectomía y cierre de la fístula ha mostrado mejores resultados en morbilidad en series mundiales. El estudio imagenológico es de gran utilidad para el diagnóstico. Nuestra serie presenta menor mortalidad que otras reportadas.

(607) OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR HERNIA OBTURATRIZ, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Juan Francisco Allamand Turner () Nicolás Rojas Fernández, Marta Sofía Castro du Plessis, Sebastian Pradenas Bayer, Hugo Eduardo Rojas Pineda*

Universidad del Desarrollo. Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo

INTRODUCCIÓN

La hernia obturatriz representa menos del 1% de las hernias de la pared abdominal. Su presentación clínica más frecuente es la obstrucción intestinal, pero al ser altamente inespecífica, respresenta un desafío diagnóstico. Dado el bajo índice de sospecha en la evaluación inicial y siendo la población adulta mayor la más frecuentemente afectada, es una entidad clínica que se asocia a una importante morbilidad. El diagnóstico definitivo se realiza a través del estudio de imágenes, o en la mayor parte de los casos, en el intraoperatorio. Este trabajo reporta un caso clínico de un paciente femenino de 80 años que ingresa por cuadro de obstrucción intestinal, producto de hernia obturatriz complicada.

OBJETIVOS

Presentar el reporte de un caso clínico de obstrucción intestinal por hernia obturatriz con diagnóstico preoperatorio realizado por imágenes, con buena evolución postoperatoria y revisión de la entidad clínica.

MATERIAL Y MÉTODO

Posterior a consentimiento informado, se describe el caso clínico y se realiza una revisión de la literatura sin meta-análisis. Caso Clínico Paciente de sexo femenino, 80 años, con dolor abdominal sugerente de obstrucción intestinal. Al estudio con Tomografía Computada, destaca aparente hernia crural derecha. Durante cirugía se comprueba hernia obturatriz atascada, con un asa vital en su interior. Se reparó el defecto con un plug de malla de prolene. Recibe el alta pocos días después.

RESULTADOS

Se reporta un caso de obstrucción intestinal por hernia obturatriz. Se describe esta entidad clínica en su aspecto epidemiológico, manifestaciones clínicas, estudio, tratamiento y pronóstico.

CONCLUSIONES

La obstrucción intestinal por hernia obturatriz es una patología poco frecuente y con alta mortalidad asociada a un diagnóstico tardío, pero cabe recordarla como parte de los diagnósticos diferenciales de obstrucción intestinal en pacientes adultos mayores.

(614) CONSULTA TARDÍA EN FRACTURA PANCREÁTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Eduardo Mordojovich Zuniga () Joaquín Neufeld Sutherland, Pablo González Valenzuela, Simón Guttmann Lagos, Guillermo Rencoret Palma*

Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón). Cirugía Digestiva

INTRODUCCIÓN

Pocos casos de fracturas pancreáticas han sido descritos. Frecuentemente las fracturas traumáticas de páncreas se presentan asociadas a otras lesiones abdominales por lo que su consulta se realiza de forma precoz, siendo infrecuente su consulta tardía.

OBJETIVOS

Presentar el manejo realizado a un paciente con una fractura de páncreas que consulta una semana posterior al trauma.

MATERIAL Y MÉTODO

Caso Clínico

RESULTADOS

Paciente hombre de 34 años de edad sin antecedentes mórbidos consulta por dolor abdominal. Refiere el antecedente de un trauma abdominal contuso en epigastrio ocurrido una semana previo a la consulta. Presenta dolor abdominal progresivo asociado a sensación febril no cuantificada. Al examen físico presenta un abdomen sensible a la palpación en hipocondrio izquierdo, sin signos de irritación peritoneal. Los exámenes de laboratorio muestran un hematocrito de 29%, sin leucocitosis y amilasemia de 333. Se completa el estudio con una TC de abdomen y pelvis con contraste evidenciando una fractura completa a nivel del cuerpo pancreático asociado a un pseudoquistes peri pancreático de 8 cm. Se maneja con drenaje percutáneo e instalación de pig tail, que se realiza en 2 oportunidades, siendo dado de alta sin drenaje. Paciente 4 meses posterior al trauma no muestra signos de complicación, TC de abdomen y pelvis de control sin evidencia de colecciones ni pseudoquistes, con leve dilatación del conducto pancreático distal.

CONCLUSIONES

Las fracturas de páncreas son causa de gran morbimortalidad que se incrementan con el retraso del diagnóstico. La clave del tratamiento radica en la indemnidad del conducto pancreático. En caso de lesión del conducto pancreático la literatura avala el tratamiento quirúrgico. Planteamos el manejo conservador con drenaje percutáneo como una alternativa posible en pacientes con diagnóstico tardío en fracturas de páncreas con lesiones del conducto pancreático.

(616) ENFERMEDAD DE KIKUCHI FUJIMOTO: RARA CAUSA DE ADENOPATÍA CERVICAL

Eduardo Mordojovich Zuniga () Simón Guttmann Lagos, José Ignacio Rojas Bravo, Verónica Sanhueza Linares, Hugo Eduardo Rojas Pineda*

Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón). Cirugía Cabeza y Cuello

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto, o también conocida como linfadenitis histiocítica necrotizante, es una rara causa de linfadenitis. Es benigna y autolimitada, razón por lo cual no siempre es diagnosticada. Se caracteriza por sensibilidad en linfonodos regionales, fiebre, sudoración nocturna, síntomas similares a la gripe y leucopenia.

OBJETIVOS

Presentar un caso clínico infrecuente de adenopatía cervical.

MATERIAL Y MÉTODO

Caso clínico

RESULTADOS

Paciente hombre de 17 años sin antecedentes mórbidos, que consulta por aumento de volumen cervical posterior derecho de 2 meses de evolución sin dolor ni síntomas asociados. Al examen físico se palpa un aumento de volumen de consistencia gomosa de 3 cm en triángulo cervical posterior derecho no adherido a planos profundos. Se completa estudio con ecografía de partes blandas que evidencia adenopatía de 2.5 cm. Se realiza biopsia excisional de adenopatía informando linfadenitis reactiva con focos necrotizantes, sospechoso de enfermedad de Kikuchi-Fujimoto.

CONCLUSIONES

Kikuchi-Fujimoto es una enfermedad de etiología aún desconocida. Múltiples agentes infecciosos se han postulado como causa; sin embargo, aún no se ha identificado un agente patogénico específico. Los hallazgos histológicos clásicos son parches de necrosis en áreas cortical y paracortical del linfonodo que generalmente se encuentra aumentado de tamaño. El sitio comprometido con más frecuencia es el cervical posterior y habitualmente unilateral. No existen hallazgos de laboratorio específicos, aunque puede haber leucopenia. Las enfermedades que deben ser descartadas al plantearse un Kikuchi-Fujimoto son linfoma, lupus, tuberculosis, sarcoidosis, toxoplasmosis, rasguño de gato, mononucleosis, VIH, entre otras. Creemos que es importante considerar esta enfermedad, a pesar de su baja frecuencia, como una alternativa diagnóstica en todo paciente con adenopatías persistentes, para así evitar tratamientos innecesarios.

(625) SÍNDROME DE LIGAMENTO ARCUATO MEDIAL: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO APROPOSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Isabel Arratia Severino () Alejandro Antonio Campos Gutiérrez, Juan Pablo Moreno Pérez*

Universidad de Chile. Cirugía Vasculuar, Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN

El síndrome de ligamento arcuato medial es una entidad de difícil diagnóstico, que consiste en la compresión de la arteria celiaca por este arco fibroso, que une los pilares del diafragma rodeando el hiato aórtico y se ubica superior a la salida de la arteria celiaca. La estenosis se produce cuando existe una inserción más baja del diafragma o un origen más alto de la arteria. Se caracteriza por presentar dolor abdominal epigástrico post-prandial asociado a baja de peso, náuseas y vómitos. El diagnóstico se confirma mediante AngioTAC y el tratamiento es la disección de dicho ligamento.

OBJETIVOS

Describir el diagnóstico y tratamiento de este particular síndrome.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente sexo masculino, 59 años, sin antecedentes, con historia de dolor abdominal en flanco e hipocondrio derecho opresivo de 4 meses y baja de peso de 20 kilos en 8 meses. En los últimos 40 días el dolor de gran intensidad migra a epigastrio. Por sospecha de isquemia mesentérica se realiza Angio-TAC que muestra gran estenosis de tronco celiaco, con permeabilidad conservada, sin compromiso hacia distal. Se realiza Laparotomía Supraumbilical, disecándose la aorta infradiafragmática y vasos viscerales. Se encuentra tronco celiaco estenótico, envuelto por tejido fibroso que se diseca, liberando el tronco celiaco en su totalidad (Sección del ligamento arcuato), sin necesidad de abrir el vaso.

RESULTADOS

Paciente evoluciona en buenas condiciones. Tres meses después presenta resolución de sus síntomas con alza de peso de 8 kilos.

CONCLUSIONES

El dolor abdominal constituye con frecuencia un desafío. Si bien es causa infrecuente, el síndrome de ligamento arcuato debe formar parte del diagnóstico diferencial, después de descartar las causas más comunes. Exámenes como lipasa, amilasa, endoscopia EED y ecografía abdominal deben ser considerados primero, antes realizar un AngioTAC. Teniendo el diagnóstico, la disección del ligamento es la única opción de tratamiento.

(646) ADENOCARCINOMA EN SITIO DE OSTOMÍA REALIZADA HACE 50 AÑOS POR PATOLOGÍA BENIGNA. CASO CLÍNICO.

Claudio Heine Tapia () Karen Morales Valderrama, Diego Gianetti Bahamonde, Gabriela Campos Klesse, Mauricio Cáceres Pérez*

Hospital Base San José de Osorno. Servicio de Cirugía, Unidad de Coloproctología.

INTRODUCCIÓN

El Cáncer Colorectal (CRC) se mantiene como una patología de alta prevalencia en nuestro medio siendo uno de los tres cánceres digestivos más frecuentes. La posibilidad de desarrollar este tipo de neoplasia, tampoco excluye a pacientes con derivaciones intestinales previas. Existen muy pocos casos reportados en la literatura.

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es dar a conocer el caso de un paciente portador de una derivación intestinal (Colostomía) de larga data y que desarrolla un Adenocarcinoma de Colon en la salida de la Ostomía.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente de 60 años con antecedente de obstrucción intestinal operada mediante colostomía en su infancia (Fitobezoar) hace 50 años. Consulta en servicio de urgencia por presentar un aumento de volumen de un año de evolución en la salida de su colostomía asociado a molestias locales. Al examen físico destacaba una masa exofítica, de 8 x12 cm de diámetro, en relación a su colostomía ubicada en flanco derecho. El estudio endoscópico mostró una estenosis secundaria al tumor sugerente de neoplasia avanzada del colon transverso. Las biopsias confirmaron un Adenocarcinoma. Se realizó estudio de extensión tumoral que no muestra diseminación a distancia. Se decide realizar una Hemicolectomía derecha con ileotransverso anastomosis. El estudio histológico de la pieza operatoria informó: Adenocarcinoma tubulopapilar de tipo colónico, con aéreas de mucosecreción, infiltrante en pliegue mucocutáneo compatible con colostomía (dermis). La lesión tumoral es escasamente infiltrante y predominantemente exofítica, alejada de bordes quirúrgicos (pT4bN0M0 (IIC).

RESULTADOS

Paciente es dado de alta 14 días posterior a su intervención quirúrgica. Se indicó 6 ciclos de quimioterapia (5-Fluorouracilo/Leucovorina). En el seguimiento a 12 meses no presenta recidiva de su enfermedad.

CONCLUSIONES

Existe evidencia de que el CCR puede afectar a pacientes con derivaciones de tránsito de larga data. La aparición de lesiones ostomales deben ser estudiadas por el riesgo de corresponder a una neoplasia maligna.

(656) COMPLETA REGRESIÓN DE MELANOMA MALIGNO, PRESENTACIÓN DE CASO CLINICO

Valentina Maluenda Almonacid () Rodrigo Neveu Cortez, Claudia Arenas Ponce, Camila Concha Flores, Diego Andrés Rodríguez Verdugo*

Instituto Nacional del Cáncer Dr. Caupolicán Pardo Correa (Santiago, Recoleta). Cirugía Oncológica

INTRODUCCIÓN

El melanoma maligno, aunque sólo corresponde al 5 % de todos los cánceres de piel, es la forma más agresiva y responsable de la mayor parte de las muertes por neoplasias de piel. Existe fuerte vínculo entre la inmunidad tumoral y autoinmunidad. Un buen ejemplo de este fenómeno, es el desarrollo de leucoderma en asociación a melanoma. Tres tipos de leucoderma se han descrito como respuesta inmune en pacientes con melanoma, una de ellas la regresión total del tumor.

OBJETIVOS

Presentación de caso clínico y revisión de la literatura

MATERIAL Y MÉTODO

Caso Clínico: Paciente masculino de 41 años de edad derivado para ampliación de bordes por melanoma cutáneo de 0,8 mm de espesor. Biopsia de ampliación de bordes y ganglio centinela informó sin compromiso maligno en bordes y linfadenitis crónica inespecífica. A los dos años de seguimiento, se evidenciaron adenopatías supraclaviculares izquierda. Disección ganglionar supraclavicular reveló metástasis en 3 linfonodos. Paciente recibió radioterapia 36 Gy a región supraclavicular y axila izquierda. Control imagenológico reveló progresión de enfermedad, demostrando adenopatías en región cervical posterior izquierda, bajo músculo esternocleidomastoideo derecho y submaxilar derecho. Paciente pierde seguimiento y un año posterior consulta por nueva adenopatía axilar derecha, correspondiente a metástasis intranodal. Durante mismo periodo, paciente refirió la aparición progresiva de lesiones hipopigmentadas.

RESULTADOS

En controles posteriores a la aparición de leucoderma y a diez años de seguimiento no hay evidencia de enfermedad

CONCLUSIONES

Si bien existen reportes de casos clínicos que han descrito como factor pronóstico positivo a la aparición de leucoderma en pacientes con melanoma metastásico, no existe literatura que describa a largo plazo la evolución de aquellos pacientes que han experimentado regresión total. Es por esto que nos parece importante reportar la experiencia de regresión espontánea de melanoma metastásico a 10 años de seguimiento.

(668) ESPLENECTOMÍA TOTAL EN QUISTE ESPLÉNICO GIGANTE NO PARASITARIO (QENP), ¿ES EL MANEJO MÁS ADECUADO?

Gloria Covarrubias Rojas () Alberto Pérez Castilla, Waldo Martínez Muñoz, Hernán Díaz Fuentes, Gonzalo Campana Villegas, Ernesto Juan Mollo Aonzo*

Clínica Indisa. Servicio de Cirugía.

INTRODUCCIÓN

Sólo 800 casos reportados de QENP en la literatura. Se define quiste esplénico gigante como aquel mayor a 15 cm⁴. Quistes menores a 5cm, asintomático puede ser factible el seguimiento, y en los mayores a 5 cm o sintomáticos es necesario intervenir, siendo estos los que presentan mayor riesgo de complicaciones. Durante muchos años la esplenectomía total fue la cirugía de elección para los quistes esplénicos sintomáticos, sin embargo durante la última década las cirugías con preservación de bazo han ganado popularidad.

OBJETIVOS

se presenta manejo quirúrgico de quiste espléndido gigante no parasitario , en relación a caso clínico presentado

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente iniciales A.V.G, femenino, 23 años, sin antecedentes mórbidos. Consulta por cuadro de un mes de dolor en hipocondrio izquierdo (HI), progresivo hasta 10/10 EVA. Sin síntomas acompañantes. Niega trauma previo. Al ingreso Abdomen BD, sensible en HI. Matidez. Masa 10cm en HI, sensible. RHA (). Blumberg (-). Se realiza TAC abdomen-pelvis informando lesión quística en bazo de 19,4 cm longitudinal x 12,3 cm transversal x 15,7 cm AP, de aspecto no maligno, probablemente de etiología congénita.

RESULTADOS

En laparoscopia exploradora se muestra un bazo sustituido por un gran quiste esplénico, con parénquima escaso en polo inferior. Resto de los órganos normales. Se decide esplenectomía total. Paciente con buena evolución postoperatoria, dada de alta al tercer día. Biopsia informa Quiste esplénico verdadero simple. Negativo para neoplásica.

CONCLUSIONES

No hay manejo común o algoritmos basados en grandes revisiones clínicas para los QENP. El manejo del quiste esplénico varía dependiendo del tamaño del quiste. Las cirugías con preservación del tejido espléndido (>25% del bazo), son de elección, siempre que no comprometan hilio esplénico, ya que conservan la función inmunológica del bazo y reducen complicaciones y debe ser la primera opción del manejo de los QENP.

(677) ENDOMETRIOSIS COLONICA SIMULANDO UNA DIVERTICULITIS RECURRENTE

Marcelo Rodríguez González, Gonzalo Campana Villegas, Camila Gacitúa Muñoz () Waldo Martínez Muñoz, Macarena González Knop, Alberto Pérez Castilla*

Clínica Indisa. Servicio de Cirugía.

INTRODUCCIÓN

La localización extrapelvica de la endometriosis no es infrecuente, siendo la localización intestinal la más frecuente, afectando entre 3-12% de las mujeres con endometriosis. Los segmentos más afectados son el colon rectosigmoide (70 -93%), región ileocecal, apéndice y más raramente otros segmentos de colon o intestino delgado. Se han reportado diferentes formas de presentación de la endometriosis intestinal, como constipación, obstrucción intestinal, apendicitis, hemorragia digestiva baja o simulando diferentes enfermedades (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa).

OBJETIVOS

Presentación de un caso clínico de endometriosis

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente J.S.P.G sexo femenino, 39 años. Antecedentes de esplenectomía hace 10 años. Presenta dos hospitalizaciones por diverticulitis en los últimos 9 meses, posterior a esto refiere dolor en FII, constante de baja intensidad, que se mantiene en el tiempo. Se realiza estudio con TAC que evidencia engrosamiento parietal del sigmoide, de aproximadamente 6 cm, asociado a un divertículo de paredes

engrosadas y Colonoscopia evidencia diverticulosis colon izquierdo moderada. Se decide Sigmoidectomía LPC. Biopsia diferida sigmoides muestra extenso compromiso por endometriosis y fibrosis perifocal.

RESULTADOS

Hallazgos del TAC y colonoscopia no muestran evidencias de endometriosis, esto debido a la gran dificultad diagnóstica de estos métodos. El rendimiento diagnóstico de biopsias colonoscópicas son bajas (50%), ya que los focos de endometriosis son de localización externa, con predominio por capas serosa y muscular del colon. Actualmente la RMN es el examen con más utilidad en el diagnóstico de endometriosis intestinal con una sensibilidad del 87% y especificidad de 93% cuando se compara con hallazgos quirúrgicos y patológicos.

CONCLUSIONES

A pesar de la gran incidencia de endometriosis en la población, se concluye que la localización intestinal de ésta, continua siendo un gran desafío diagnóstico, siendo vital una acuciosa anamnesis ginecológica.

(680) LIPOSARCOMA DE CÉLULAS REDONDAS COMO CAUSA DE MASA ABDOMINAL GIGANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Isabel Arratia Severino () Enrique Lanzarini S, Maher Musleh Katan, Marcelo Zamorano Díaz*

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

INTRODUCCIÓN

El liposarcoma de células redondas es un tipo raro de neoplasia de tejidos blandos abdominales. Su ubicación más común es retroperitoneal, pero se puede encontrar intraperitoneal, en mesenterio e incluso en mesocolón sigmoide. Poco se sabe sobre su presentación clínica, biología, comportamiento, y el enfoque terapéutico óptimo. La clínica consiste en masa abdominal palpable. El diagnóstico definitivo lo da la histología. Cirugía sigue siendo el principal tratamiento.

OBJETIVOS

Describir una etiología poco frecuente en una masa abdominal gigante.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente, sexo femenino, 66 años. Presenta dolor tipo cólico en flanco derecho asociado a masa abdominal palpable de crecimiento progresivo y baja de peso de 8 kg en 6 meses de evolución. TAC de abdomen y pelvis muestra una gran masa abdominal central de 26x20x15 cm, aparentemente vascularizada a través del mesocolón transversal, que lo desplaza hacia anterior. Compatible con GIST. Exámenes generales mostraban anemia micro e hipocromica, albumina de 2,6 y LDH 789, el resto del estudio resultó normal. Se realiza una laparotomía media supra e infra umbilical. Al abrir el peritoneo se evidencia gran tumor sólido quístico que ocupa casi la totalidad de la cavidad abdominal, epiplón se encuentra adherido al tumor. Se encuentra el origen del tumor a nivel del mesenterio, realizando ligadura del pedículo.

RESULTADOS

Posterior al procedimiento la paciente evoluciona en buenas condiciones y se decide el alta. El estudio histopatológico confirma un liposarcoma de células redondas.

CONCLUSIONES

Al estar frente a una masa abdominal se debe considerar una amplia gama de opciones, ya que la clínica, exámenes generales e imágenes no son concluyentes. Si bien el GIST es una etiología común, existen otros múltiples diagnósticos que solo se confirman con la histología. En el Liposarcoma de células redondas el tratamiento de elección es la resección quirúrgica.

(689) METÁSTASIS AXILAR CONTRALATERAL DE CARCINOMA MAMARIO. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Camila Concha Flores () Ricardo Schwartz Jodorkovsky, Claudia Arenas Ponce, Valentina Maluenda Almonacid, José Felipe Fuenzalida Schwerter, Matías Minassian Münster*

Hospital Militar de Santiago (HOSMIL). Servicio de Cirugía Oncológica

INTRODUCCIÓN

Las metástasis axilares contralaterales de un cáncer de mama son hallazgos poco frecuentes que representan un desafío diagnóstico y terapéutico. Su presencia etapifica a la enfermedad como etapa IV.

OBJETIVOS

Presentación de un caso clínico cuya patología es poco prevalente y revisar la literatura al respecto.

MATERIAL Y MÉTODO

Caso clínico: Paciente de 61 años con antecedente de cáncer de mama derecho tratado con mastectomía parcial y radioterapia el año 1977. Controles anuales. Durante seguimiento con mamografía y ecotomografía se pesquisan 2 nódulos en mama tratada de 7 y 14mm. PAAF: carcinoma ductal infiltrante. En axila izquierda se evidencian dos linfonodos de sospechosos cuya PAAF es concordante con metástasis. Estudio con RNM mamaria no evidencia nódulos en mama izquierda. Se realiza mastectomía total derecha y disección axilar izquierda. Buena evolución posterior.

RESULTADOS

La biopsia revela carcinoma micropapilar trifocal, el mayor de 2 cm, invasión linfática positiva, márgenes negativos. Axila 10/31 linfonodos positivos. Se concluye metástasis axilares contralaterales. Se presenta caso en comité oncológico y se decide inicio de tamoxifeno.

CONCLUSIONES

Discusión: En el cáncer de mama el compromiso linfonodal representa el factor pronóstico más importante. El hallazgo de metástasis axilares contralaterales es poco común y se considera enfermedad metastásica ya que no es una vía de drenaje habitual. Frente a este hallazgo hay que evaluar la presencia metástasis a distancia y de un cáncer mamario oculto idealmente con RNM. El manejo de este cuadro supone un desafío en el que las opciones incluyen cirugía, quimioterapia y hormonoterapia. Se postula que las metástasis contralaterales ocurren en presencia de bloqueo o daño a las vías de drenaje habituales ya sea secundario a cirugía, radioterapia o depósitos tumorales en las vías linfáticas. Es importante conocer el manejo de este tipo de presentación de las metástasis axilares para ofrecerle a nuestras pacientes el tratamiento más adecuado para su patología.

(697) REPORTE DE CASO: ANEURISMA ROTO DE ARTERIA ILIACA INTERNA

Nicolás Alfredo Hasbún Scheel () Gino Bizjak Gómez, Gonzalo Guastavino García*

Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río (Santiago, Santiago). Cirugía

INTRODUCCIÓN

Los aneurismas aislados de arteria iliaca interna son una condición poco común, grave y de difícil diagnóstico. De alta mortalidad si se asocia a rotura (40%). Representan menos del 2% de todos los aneurismas aorto-iliacos. La mayoría de los aneurismas iliacos aislados afectan la arteria iliaca común en un 70% e iliaca interna en un 20%. En la literatura nacional existen pocos reportes.

OBJETIVOS

Presentar un caso clínico poco frecuente, de difícil diagnóstico, de alta mortalidad y con resultado favorable al realizar un diagnóstico y resolución quirúrgica temprana.

MATERIAL Y MÉTODO

A continuación se presenta un reporte de caso: Paciente sexo masculino de 55 años, sin antecedentes mórbidos conocidos, previamente asintomático. Que presenta dolor de inicio súbito e intenso en región lumbar izquierda, asociado a hemodinamia inestable, sin compromiso de conciencia. Se realiza pielotAC por sospecha de cólico renal en un inicio, evidenciándose hematoma retroperitoneal, por lo cual se complementa con AngioTAC, que informa aneurisma de arteria iliaca primitiva izquierda con extenso hematoma retroperitoneal. En cirugía de urgencia se constata hemoperitoneo (800cc) y rotura de aneurisma de arteria iliaca común izquierda. Se realiza bypass ilioliaco con prótesis de Dacron. Paciente evoluciona favorablemente, sin complicaciones hasta la fecha.

RESULTADOS

Paciente con evolución post operatoria satisfactoria, logrando el alta hospitalaria a los pocos días post intervención y sin complicaciones en los controles post operatorios.

CONCLUSIONES

En conclusión, el siguiente trabajo se presentó por ser una patología de baja frecuencia, con un difícil diagnóstico, dado que estos aneurismas suelen causar síntomas inespecíficos debido su ubicación pélvica y es de importancia su temprano diagnóstico para un tratamiento quirúrgico satisfactorio evitando su alta mortalidad una vez roto, como se evidencia en este caso.

(735) SHUNT INTRAHEPÁTICO PORTO SISTÉMICO VÍA TRANSYUGULAR (TIPS): INDICACIÓN PREVIO A CIRUGÍA NO HEPÁTICA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Juan Carlos Díaz Jeraldo, Jaime Castillo Koch, Carlos Mandiola Bunster () Marcelo Zamorano Díaz, Hans Lembach Jahnsen, Isabel Arratia Severino, Patricio Palavecino Rubilar, Tomas Cermenati Bahrp, Alejandro Hollstein Contionor*

Hospital Clínico U. de Chile. Departamento de Cirugía

INTRODUCCIÓN

El TIPS consiste en un shunt permanente entre la circulación portal y sistémica hepática, comúnmente entre la vena porta derecha y una vena suprahepática, permitiendo la disminución de la presión venosa portal. Su uso para disminuir morbilidad post operatoria en pacientes cirróticos no se ha reportado.

OBJETIVOS

Reportar el caso de un paciente con hipertensión portal (HTP) y várices esófago-gástricas, que se somete a la instalación de TIPS como terapia puente previo a gastrectomía total por cáncer.

MATERIAL Y MÉTODO

Reporte de caso, análisis antecedentes clínicos y revisión bibliográfica. Paciente de sexo masculino, 52 años, antecedentes de daño hepático por alcohol, Child A. Debuta con HDA por varices esofágicas, efectuándose ligadura endoscópica. Durante procedimiento se observan múltiples lesiones en fondo y cuerpo gástrico compatibles con tumor neuroendocrino multifocal. TAC abdomen y pelvis muestra adenopatías perigástricas, la mayor de 13mm, quistes hepáticos simples en segmentos IV y II, HTP y esplenomegalia. VHB y VHC (-). TAC de tórax negativo. Se instala TIPS portocava para manejo de HTP, efectuándose al quinto día gastrectomía total con linfadenectomía D2 sin incidentes. Biopsia muestra carcinoma neuroendocrino grado 2 con márgenes quirúrgicos libres y 28 ganglios negativos.

RESULTADOS

Evoluciona sin complicaciones, decidiéndose alta al octavo día postoperatorio.

CONCLUSIONES

Las indicaciones más aceptadas de TIPS corresponden prevención secundaria de hemorragia variceal y ascitis cirrótica refractaria, si bien estudios no controlados han sugerido utilidad en sangrado agudo refractario de varices esofágicas y/o gástricas, hidrotórax hepático refractario, síndrome hepatorenal, enfermedad veno-oclusiva y síndrome hepato-pulmonar. El uso de TIPS para manejo primario de gastropatía hipertensiva está contraindicado por riesgo de morbimortalidad asociada al procedimiento, sin embargo, se decide su uso en este caso con el objetivo de disminuir el riesgo de sangrado intraoperatorio y las dificultades técnicas durante la esófago-yeyuno anastomosis. No existen en la literatura casos reportados de TIPS para este fin.

(760) ESTENOSIS PÉPTICA ESOFÁGICA ASOCIADA A VÓLVULO MESENTEROAXIAL, UNA PATOLOGÍA POCO FRECUENTE EN LA ERA DE LOS FÁRMACOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES.

Andres Sanhueza Zegers, Isabel Arratia Severino () Italo Braghetto Miranda*

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

INTRODUCCIÓN

La estenosis péptica es una complicación rara en nuestro tiempo, dado el extenso uso de los nuevos fármacos antiácidos. Ésta resulta del proceso de curación de una esofagitis ulcerosa y se produce generalmente contigua a la unión gastroesofágica, siendo en raras oportunidades superior. En ocasiones está asociada a hernia hiatal, muy raras veces con el vólvulo mesenteroaxial, que consiste en el ascenso del antro gástrico al tórax por el hiato diafragmático. El procedimiento indicado consiste en reducir la hernia, con cirugía anti-reflujo, gastropexia del EEI y dilatación esofágica.

OBJETIVOS

Describir una complicación poco frecuente de RGE en la actualidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente sexo masculino 67 años, sin antecedentes. Presenta historia de 8 años de disfagia progresiva, vómitos y dolor urente epigástrico. REED muestra una estenosis péptica de esófago bajo, con lumen de 4mm y vólvulo gástrico mesentero-axial. Por lo cual se decide resolución quirúrgica.

RESULTADOS

Hasta la fecha paciente presenta disfagia progresiva, sin otros síntomas. En espera de resolución quirúrgica.

CONCLUSIONES

Los factores asociados al desarrollo de una estenosis péptica, aún son comprendidos sólo parcialmente, su desarrollo se asocia, casi siempre, a edad avanzada, valores de reposo del esfínter esofágico inferior en sus niveles más bajos, reflujo severo y de larga evolución, y a trastornos de la motilidad concomitantes, los que son exacerbados por la formación de estenosis transmural. No siempre existe correlación entre los síntomas y la esofagitis, por lo que la sospecha debe inclinarnos a descartar una patología con consecuencias importantes. La Radiografía de esófago estómago y duodeno es primordial en el estudio de pacientes con disfagia, ya que permite visualizar completamente la anatomía de estas estructuras y su aproximación terapéutica. La cirugía antirreflujo, gastropexia y dilatación esofágica es el procedimiento de primera línea en su manejo.

(765) CARCINOMA PAPILAR INFILTRANTE DE TIROIDES EN QUISTE DE CONDUCTO TIROGLOSO. CASO CLÍNICO.

Maximiliano Figueroa Monsalve () Diego Gianetti Bahamonde, Claudio Heine Tapia*

Hospital Base San José de Osorno.

INTRODUCCIÓN

Los quistes del conducto tirogloso son la anomalía congénita más frecuente que se ubica en la línea media del cuello. La aparición de un carcinoma dentro de un quiste tirogloso ocurre en cerca del 1%. El tipo histológico más común en estos casos es el carcinoma papilar de tiroides.

OBJETIVOS

Presentar un caso clínico de un paciente joven portador de un quiste Tirogloso que se realiza una cirugía electiva y que el estudio postoperatorio muestra un foco de Carcinoma papilar infiltrante de tiroides en su interior.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente masculino de 27 años con historia de aumento de volumen cervical localizado en línea media desde la infancia. Estudio con Ecografía confirman un Quiste del conducto tirogloso de 2 x 3 cm. Tomografía computada muestra la lesión en línea media e carácter quístico complejo que expande el istmo tiroideo sin actividad inflamatoria ni adenopatías secundarias. Se realiza cirugía mediante operación de Sistrunk asociado a sección de segmento medio del hueso hioides por infiltración del conducto. Biopsia operatoria confirma la lesión quística ovoidea de 3 x 2,2 x 1,7 cm acompañado de cordón de aspecto fibroso de 5 cm de longitud y 0,8 cm de diámetro. Microscópicamente con Carcinoma papilar infiltrante de tiroides (1 x 0,8 cm) desarrollado en el quiste del conducto Tirogloso. Sin extensión extratumoral ni permeación linfática o vascular. Cordón fibroso sin infiltración neoplásica.

RESULTADOS

Paciente con buena evolución postoperatoria. En seguimiento a 18 meses sin evidencia de recidiva.

CONCLUSIONES

La aparición de un foco de Carcinoma papilar de tiroides dentro de un quiste tirogloso es una patología infrecuente que puede afectar a pacientes jóvenes que se someten a una cirugía inicialmente benigna.

(767) ADENOMA LACTACIONAL, CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LITERATURA

Valentina Salvador Uauy () Jorge Barrientos Weston, Fernando Cadiz Val*

Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón). Patología Mamaria

INTRODUCCIÓN

El adenoma lactacional es el tumor más frecuente de la mama durante el embarazo y puerperio. Bien circunscrito, mide 2-4 cms de diámetro, de textura firme gomosa. Hemorragia e infarto ocurre en solo 5% de los casos. Durante embarazo, hormonas placentarias, lúteas, hipofisarias inducen proliferación ductal, lo que se asocia con un rápido crecimiento.

OBJETIVOS

Describir un caso clínico de adenoma lactacional presentado en una mujer puérpera de la Unidad de Patología Mamaria (UPM) del Hospital Padre Hurtado (HPH)

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión y seguimiento de caso clínico de adenoma lactacional presentado en UPM del HPH: historia clínica, imágenes, biopsia y evolución en el tiempo.

RESULTADOS

El presente caso de una mujer de 25 años, puérpera de 40 días. Cursando 38 semanas de gestación, es derivada por aumento de volumen y cambios de piel en mama izquierda, Eco BIRADS 4US. Piel eritematosa, mayor volumen izquierdo, masa sólida 15 cms, axi-

la negativa. Eco: masa 15 cms ocupa casi mama por completo, borde liso, pequeños quistes interiores, escasa vascularización. Biopsia core: adenoma mamario lactacional, inmunohistoquímica CD10m actina, CK 5-6 positivas en células mioepiteliales de lobulillos hiperplásticos con cambios secretorios. Ki-67 positivo en 5% de células en lobulillos. Se manejó con supresión de lactancia, exitosa con bromocriptina

CONCLUSIONES

El adenoma lactacional es el tumor de mama más frecuente en embarazo y puerperio, pero así mismo poco frecuente y conocido. El presente caso presentado en el HPH reúne las características descritas de este tumor. Existen pequeñas series de casos descritos en la literatura.

(772) ADENOCARCINOMA APENDICULAR UNA RARA ENTIDAD

Alberto Pérez Castilla, Nicolás Marquez Adriazola, Ernesto Juan Mollo Alonzo (*) Luis Alfredo Paqui Moyo
Clínica Indisa. Servicio de Cirugía

INTRODUCCIÓN

Los tumores apendiculares tiene baja incidencia corresponde a 1% de apendicectomías y un 0,5% de las neoplasias intestinales. En la mayoría de los casos no se sospecha del origen tumoral y el diagnóstico se determina en el post operatorio por biopsia. El adenocarcinoma es más raro aun constituyendo el 0,2 % de las apendicectomías frecuente entre la quinta y séptima década de vida.

OBJETIVOS

Análisis de tratamiento complementario

MATERIAL Y MÉTODO

CASO CLINICO Paciente masculino de 78 años, antecedente de hipertensión HTA y hernia inguinal crónica, 36 horas dolor progresivo en cuadrante inferior derecho del abdomen y zona inguinal. Progresión del dolor se realiza hemograma destacando leucocitosis de 15000, TAC de abdomenopelvicano muestra proceso inflamatorio en pelvis asociado a hernia inguinal atascada. Cirugía evidencia apendicitis aguda en la hernia inguinal, se realiza apendicectomía y hernioplastia tipo Mc Vay. Buena evolución post operatoria. Biopsia informa adenocarcinoma apendicular, se realiza hemicolectomía derecha como tratamiento complementario.

RESULTADOS

La apendicectomía es una de las cirugías más frecuentes como tratamiento de la apendicitis aguda, la biopsia muestra que el 1% corresponde a tumores apendiculares, pudiendo estos ser benignos y malignos, los malignos más frecuentes son el carcinoma apendicular y más raro el adenocarcinoma y cistoadenocarcinoma. En nuestro caso se tenía la apendicitis aguda en el saco herniario, realizando extirpación del apéndice y resección del saco herniario pese a no tener perforación, solo se tuvo el diagnóstico de adenocarcinoma por biopsia y se realizó hemicolectomía derecha por compromiso más allá de la submucosa.

CONCLUSIONES

El tumor es subseroso de 1 cm cercana a la base por lo que se proyecta hemicolectomía derecha. En el tumor incipiente o intramucoso basta la apendicectomía, si compromete más allá de la submucosa se complementa con hemicolectomía derecha, si hay compromiso ganglionar o perforación se asocia quimioterapia adyuvante.

(805) ABORDAJE COMBINADO EN EVENTRACIÓN COMPLEJA. TÉCNICA CON DOBLE MALLA Y CIERRE DEL DEFECTO.

EXPERIENCIA INICIAL

Miguel Gianatiempo Goyeneche, Felipe Sepúlveda Jaqui (*) Ezequiel Bracheto Bracheto, Gustavo Pagliarino Ravalliese, Uber Forgiere Forgiere, Pablo Sisco Sisco

Hospital San Juan de Dios (Santiago, Santiago). Hospital de Agudos Dr. Ignacio Pirovano Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN

Las eventraciones complejas siempre han sido un desafío para el cirujano. Complementar la cirugía convencional, con el abordaje laparoscópico, facilita el manejo intraoperatorio de las eventraciones.

OBJETIVOS

Presentar técnica combinada (convencional y laparoscópica) con doble malla (refuerzo) y resultados de esta, para el tratamiento de eventraciones complejas.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio: serie de casos se presentan dos casos, ambos pacientes masculinos, portadores de eventración subcostal derecha y bulge postraumático en región suprailíaca derecha respectivamente. Se realizó medición de índice de Tanaka resultando ambos me-

nores al 25%. -primer tiempo laparoscópico: que consistió en adherenciólisis y aclaramiento de toda la pared abdominal anterior más tipificación del defecto parietal. -segundo tiempo convencional: resección de cicatriz previa, cierre primario del defecto parietal con surget de ida y vuelta con polipropileno 0 y colocación de malla liviana en plano prefascial, fijada con múltiples puntos simples de polipropileno 2.0 . -tercer tiempo laparoscópico: refuerzo intraperitoneal mediante colocación de malla de uso intraperitoneal (physiOmesh®), anclada con medios duros y 5 puntos de polipropileno transfasciales (uno central y cuatro cardinales). no se utilizaron drenajes intraabdominales, solo en un caso prefascial. no se utilizaron herramientas estadísticas

RESULTADOS

No se presentaron complicaciones postoperatorias relevantes (un caso de seroma con drenaje espontáneo, en el que no se utilizó drenaje previamente). se otorgó alta al cuarto día en ambos casos. el seguimiento alejado fue de 1 y 6 meses respectivamente sin complicaciones ni recidivas.

CONCLUSIONES

Creemos que con este abordaje: 1.- existe un beneficio en este tipo de patología, en particular el abordaje laparoscópico mediante adherenciólisis y la identificación del defecto parietal. 2.- se reduce el trauma quirúrgico intraabdominal con respecto a la cirugía puramente convencional. 3.- se otorga un excelente refuerzo doble del cierre primario anatómico. 4.- se mejora del componente estético al reseca cicatriz y saco herniario.

(806) ABORDAJE COMBINADO EN EVENTRACIÓN COMPLEJA. TÉCNICA CON DOBLE MALLA Y CIERRE DEL DEFECTO.

EXPERIENCIA INICIAL

Miguel Gianatiempo Goyeneche, Felipe Sepúlveda Jaqui () Gustavo Pagliarino Ravalliese, Ezequiel Bracheto Bracheto, Uber Forgione Forgione, Pablo Sisco Sisco*

Hospital San Juan de Dios (Santiago, Santiago). Hospital de Agudos Dr. Ignacio Pirovano Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN

Las eventraciones complejas siempre han sido un desafío para el cirujano. Complementar la cirugía convencional con el abordaje laparoscópico facilita el manejo intraoperatorio de las eventraciones.

OBJETIVOS

Presentar técnica combinada (convencional y laparoscópica) con doble malla (refuerzo) y resultados de esta, para el tratamiento de eventraciones complejas

MATERIAL Y MÉTODO

Se presentan dos casos, ambos pacientes masculinos, portadores de eventración subcostal derecha y bulge postraumático en región suprailíaca derecha respectivamente. se realizó medición de índice de tanaka resultando ambos menores al 25% primer tiempo laparoscópico: que consistió en adherenciólisis y aclaramiento de toda la pared abdominal anterior más tipificación del defecto parietal. segundo tiempo convencional: resección de cicatriz y saco, cierre primario del defecto parietal surget de ida y vuelta con polipropileno 0 y colocación de malla liviana en plano prefascial fijada con múltiples puntos simples de polipropileno 2.0 tercer tiempo laparoscópico: refuerzo intraperitoneal mediante colocación de malla de uso intraperitoneal (physiOmesh®), anclada con medios duros y 5 puntos de polipropileno transfasciales (uno central y cuatro cardinales) no se utilizaron drenajes intraabdominales, solo en un caso prefascial no se utilizaron herramientas estadísticas

RESULTADOS

No se presentaron complicaciones postoperatorias relevantes (un caso de seroma con drenaje espontáneo, en el que no se utilizó drenaje previamente). se otorgó alta al cuarto día en ambos casos. el seguimiento alejado fue de 1 y 6 meses respectivamente sin complicaciones ni recidivas.

CONCLUSIONES

Creemos que con este abordaje: 1.- existe un beneficio en este tipo de patología, en particular el abordaje laparoscópico mediante adherenciólisis y la identificación del defecto parietal 2.- se reduce el trauma quirúrgico intraabdominal con respecto a la cirugía puramente convencional 3.- se otorga un excelente refuerzo doble del cierre primario anatómico 4.- se mejora del componente estético al reseca cicatriz y saco herniario

(112) ARTERIA HEPÁTICA IZQUIERDA (AHI) DE ARTERIA GASTRODUODENAL (AGD). UN DESAFÍO TÉCNICO DURANTE CIRUGÍA DE WHIPPLE.

Rubén Darío Ávila Sepúlveda (), Guillermo Enrique Vander Stell Altamirano, Alfonso Jorge Navia Torelli, Nicolás Jarufe Cassis, Jorge Martínez Castillo, Juan Francisco Guerra Castro, Alejandro Altamirano Mansilla*

Pontificia U. Católica de Chile. Cirugía Digestiva.

INTRODUCCIÓN

Pancreaticoduodenectomía (Whipple) es el único tratamiento curativo para el cáncer de la región periampular. Las variaciones anatómicas de la arteria hepática es un factor importante a considerar. Estas se encuentran con una frecuencia del 30-50%, siendo las más frecuentes aquellas que se originan de arteria mesentérica superior, gástrica izquierda y Aorta.

OBJETIVOS

Caso clínico Mujer de 58 años, con antecedente de HTA. Historia de 1 mes de epigastralgia, ictericia y prurito progresivo, baja de peso de 5 kg. Bilirrubina total: 16,3 mg/dl, directa: 14 mg/dl. RNM abdomen muestra masa de cabeza pancreática 47 mm. Se realiza pancreatoduodenectomía el 07 de junio 2014, durante la cual se observa que AHI emerge de AGD, además se identifica AHI accesoria proveniente de gástrica izquierda. Dada la necesidad de seccionar AGD en su origen por extensión tumoral, se decide sección de AHI apreciando buen flujo retrógrado proveniente de rama accesoria de la gástrica izquierda, por lo que se decide no reconstruir la AHI. Se completa resto de la cirugía sin incidentes. Evoluciona favorablemente. El décimo día postoperatorio presenta fiebre y aumento de parámetros inflamatorios. TAC muestra extenso infarto de segmentos laterales que se maneja médicamente. Es dada de alta el día 23 postoperatorio.

MATERIAL Y MÉTODO

-

RESULTADOS

-

CONCLUSIONES

Existen numerosos reportes y clasificaciones de variantes anatómicas de la arteria hepática, la descrita es de excepción. Para lograr óptimos resultados oncológicos, se debe identificar detalladamente la vasculatura arterial y venosa del hígado y páncreas. En ocasiones es necesaria la resección de estos vasos con la debida reconstrucción. En este caso se decidió no reconstruir por la presencia de una arteria hepática accesoria, sin embargo de igual forma se produjo isquemia de un sector de los segmentos laterales del hígado que no requiere manejo intervencional y que no afecta la función hepática ni el postoperatorio de la paciente.

(217) LESIONES DE LA VÍA BILIAR EN EL HOSPITAL DR. SOTERO DEL RÍO. EXPERIENCIA DE LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS.

Cristian Andrés Díaz Méndez (), Frank Molina Ricaurte, Rose Marie Mege Rivas, Eduardo Vinuela Fawaz, Eduardo Briceno Valenzuela, Enrique Norero Munoz, Mario Caracci Lagos, Alfonso Díaz Fernández, Marcell Paolo Sanhueza García*

Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto). Servicio de Cirugía Departamento Hepato Bilio Pancreático.

INTRODUCCIÓN

La lesión de la vía biliar es una complicación habitualmente grave, que genera un gran impacto tanto para el paciente como para los equipos quirúrgicos. Su tratamiento plantea un desafío y debe ser llevado a cabo por equipos experimentados en cirugía hepato biliar.

OBJETIVOS

El objetivo del trabajo es dar a conocer la experiencia en el Hospital Dr. Sotero del Río en el manejo de esta complicación.

MATERIAL Y MÉTODO

Es un estudio retrospectivo. Se revisaron los registros clínicos de pabellón y del equipo de cirugía hepato biliar desde enero del año 2011 hasta julio del año 2014. Identificando aquellos pacientes con lesiones iatrogénicas de la vía biliar. El grupo a estudiar constó de 17 pacientes.

RESULTADOS

Dentro de la cohorte, el promedio de edad fue de 48 años con un rango etario entre 24 y 74. El grupo consta mayoritariamente de mujeres con un 82 %. El origen más frecuente de la lesión fue la colecistitis aguda en un 47% seguido de la colecistitis crónica en un 35%. En un 18% la lesión se originó en otras cirugías. En el 53% de las veces se reconoció y se reparó la lesión en el mismo acto quirúrgico. Las técnicas reconstructivas fueron variadas siendo la hepático yeyuno anastomosis en y de Roux la más frecuente. Esta se realizó en un 57% de las veces. No hubo mortalidad peri operatoria en el grupo estudiado.

CONCLUSIONES

La lesión de la vía biliar es una complicación grave que generalmente afecta a pacientes de sexo femenino en edad laboral, sometidas a colecistectomía por cuadros de colecistitis aguda. El tratamiento habitualmente es complejo y debe ser efectuado idealmente por equipos de cirugía hepato biliar.

(307) TUMORES SÓLIDOS PSEUDOPAPILARES DEL PÁNCREAS, ANÁLISIS DE UNA SERIE DE CASOS.

Diego Barros Cassis (), Rodrigo López Escobar, Francisco Izquierdo Martínez, Roberto Charles Carrasco, Sebastian Hoefler Steffen, Juan Stambuk Mayorga, Nicolás Devaud Jaureguiberry*

Fundación Arturo López Pérez.

INTRODUCCIÓN

Los tumores sólidos pseudopapilares del páncreas son una patología infrecuente caracterizados por ser tumores de bajo grado de malignidad.

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es realizar un análisis descriptivo de una serie de casos tratados en nuestra institución, características de los pacientes, evaluar resultados postoperatorios y sobrevida.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo de una serie de casos operados con diagnóstico de tumor sólido pseudopapilar del páncreas en la biopsia definitiva de la pieza operatoria en nuestra institución entre Noviembre 2007 y Marzo 2014. Los datos fueron obtenidos a través del registro centralizado de ficha electrónica y fichas clínicas. Se analizaron variables demográficas, las características clínicas y patológicas. Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de los resultados.

RESULTADOS

La serie se compone de 7 pacientes, un 86% correspondieron a mujeres, la mediana de edad de presentación fue de 30 (23-54) años, la mediana de tamaño tumoral fue de 8 (5-17) cms, la localización más frecuente fue en el cuerpo y cola en 5 pacientes. EL aspecto al TAC más frecuente fue de una lesión sólido-quística en cuatro de los pacientes, dos pacientes tuvieron una imagen de lesión sólida y uno quística. Ninguno de los pacientes presentó metástasis linfáticas o en órganos a distancia. Tres pacientes presentaron una complicación postoperatoria, una estenosis de la anastomosis biliodigestiva, una colección y una fístula pancreática. La mediana de seguimiento fue de 18 (5-82) meses, uno de los siete pacientes falleció durante el período de seguimiento y correspondió a un tumor con invasión a órganos vecinos.

CONCLUSIONES

En nuestra serie los tumores sólidos pseudopapilares del páncreas se presentaron principalmente como lesiones sólido-quísticas en mujeres jóvenes, no se asociaron a metástasis linfáticas o a distancia y con un bajo potencial de malignidad. La pancreatectomía corporocaudal fue la cirugía más frecuente en este grupo de pacientes.

(334) RESECCION HEPATICA ANATOMICA TOTALMENTE LAPAROSCÓPICA: RESULTADOS PERIOPERATORIOS

Carlos Eduardo Maldonado López (), Jean Phillippe Bachler González, Cristóbal Maiz Hohlberg, Oliver Daniel Maida Medina, Juan Francisco Guerra Castro, Jorge Martínez Castillo, Marcell Paolo Sanhueza García, Nicolás Jarufe Cassis*

Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva.

INTRODUCCIÓN

La hepatectomía laparoscópica demanda un equipo quirúrgico capacitado por el alto nivel de complejidad.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es mostrar los resultados perioperatorios de los pacientes a quienes se les realizó una resección hepática anatómica por vía totalmente laparoscópica.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte retrospectiva. Se incluyeron los pacientes sometidos a resección hepática anatómica por vía laparoscópica, entre agosto de 2004 y abril de 2014 en nuestro centro. Se excluyeron resecciones laparoscópicas no anatómicas, híbridas o mano asistidas.

RESULTADOS

Se identificaron 51 pacientes, 34 (66%) fueron mujeres, la edad fue de 50 años (16-78). Se realizaron 20 (40%) segmentectomías laterales (segmentos II y III), 16 bi-segmentectomías, 9 hepatectomías derechas y 6 izquierdas. 31 (60,8%) casos correspondían a patología benigna, en este grupo se identificó: 9 hemangiomas, 7 casos de hiperplasia nodular focal, 6 litiasis intrahepática, 4 quistes y 4 hígados sanos en donantes vivos. De los 20 (39,2%) casos correspondientes a patología maligna, 8 fueron hepatocarcinomas, 5 metástasis y 5 resecciones segmentarias (IVb y V) por cáncer de vesícula. Se requirió conversión en 8 (15,7%) casos. El tamaño promedio de las lesiones

nes fue de $6,6\pm 3,5$ cm y el tiempo operatorio 230 ± 100 minutos. Se registraron 10 (19,65%) complicaciones operatorias, 9 fueron tipo I – II de Clavien y una IIIa correspondiente a una fistula biliar. La estadía hospitalaria fue de 4,7 (3-21) días. No hubo reoperaciones ni mortalidad perioperatoria. En el análisis multivariado, hubo tendencia de mayor conversión en los pacientes sometidos a hepatectomía derecha, aunque sin significancia estadística (OR:7,2; 0,939-55,2; $p=0,058$). La tasa de conversión fue mayor para el grupo de patología benigna (OR:1,78; 0,288-11,019; $p=0,53$) diferencia que tampoco alcanzó significancia estadística.

CONCLUSIONES

La hepatectomía laparoscópica en patología benigna como maligna es una cirugía factible, que puede alcanzar buenos resultados operatorios, baja morbilidad y mortalidad en equipos entrenados.

(336) COMPARACION DE RESULTADOS QUIRURGICOS ENTRE LA HEPATECTOMIA LAPAROSCOPICA Y ABIERTA PARA PATOLOGIA HEPATICA BENIGNA

Carlos Eduardo Maldonado López (), Cristóbal Maiz Hohlberg, David Daroch Medina, Jean Phillipe Bachler González, Marcell Paolo Sanhueza García, Juan Francisco Guerra Castro, Jorge Martínez Castillo, Nicolás Jarufe Cassis*

Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva.

INTRODUCCIÓN

La experiencia actual en cirugía laparoscópica ha permitido que la hepatectomía por esta vía sea factible y comparable con la técnica abierta.

OBJETIVOS

El objetivo del estudio es comparar los resultados quirúrgicos entre la hepatectomía laparoscópica (HL) y la hepatectomía abierta (HA) en resección anatómica por patología benigna.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte retrospectiva. Se incluyó a los pacientes a quienes se realizó una hepatectomía anatómica por vía laparoscópica o abierta por patología benigna, en forma consecutiva entre agosto de 2004 y enero de 2014.

RESULTADOS

Se analizaron 89 pacientes: 31 HL y 58 HA. La edad de los pacientes fue de $47,5\pm 14,6$ años y se identificaron 64 (71,9%) mujeres, sin diferencia entre los dos grupos. El tipo de resección más frecuente en el grupo de HL fue la segmentectomía lateral: 15 (48,4%) pacientes; y en la HA, otras segmentectomías: 16 (27,6%) pacientes. El hemangioma fue la lesión más común resecada en el grupo de HL: 7 (22,6%) casos; y la litiasis intrahepática en el grupo de HA: 29 (50%) casos. El tamaño de la lesión resecada no mostró diferencia ($7,99\pm 3,6$ vs $7,1\pm 4,7$ cm; $p=0,50$). La conversión en la cirugía laparoscópica fue de 16,2% (5 casos). No hubo diferencia en el tiempo operatorio 180 (80-420) vs 180 (90-490) minutos; $p=0,32$; sangrado intraoperatorio (400 vs 300 cc; $p=0,64$) ni en las complicaciones postoperatorias (19,4% vs 25%; $p=0,54$). Se analizaron las complicaciones mayores, tipo 3 o 4 de la clasificación de Clavien, y específicamente la fistula biliar (6,5% vs 12,1% en la HA) sin encontrar diferencia entre los grupos. La estadía hospitalaria (4 vs 7 días; $p<0,0001$) fue significativamente mayor para HA. No hubo reoperaciones ni mortalidad en la serie.

CONCLUSIONES

La hepatectomía laparoscópica muestra significativa menor estadía hospitalaria, sin diferencias respecto al sangrado, tiempo operatorio, ni complicaciones quirúrgicas en relación a la hepatectomía abierta.

(373) METASTASIS DIGESTIVAS DE CARCINOMA RENAL

Carlos Benavides Castillo, Carlos García Carrasco, Norma Villalón Carrasco (), José Vallejos Hernández, Alejandro Cancino Viveros, Patricio Rubilar Ottone, Daniela Benavides Aguila*

Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago). Servicio y Departamento de Cirugía.

INTRODUCCIÓN

El cáncer renal puede presentar metástasis muy tardías las que con alguna frecuencia comprometen órganos digestivos siendo el páncreas uno de los sitios preferentes. La cirugía sigue siendo la principal arma curativa aunque obliga con frecuencia a resecciones importantes que exigen un adecuado análisis individualizado.

OBJETIVOS

Presentamos nuestra experiencia prospectiva acumulada en los últimos 5 años en el tratamiento de las metástasis digestivas de cáncer renal con el objeto de mostrar las manifestaciones clínicas, localizaciones principales, conductas terapéuticas empleadas y sobrevida.

MATERIAL Y MÉTODO

Serie de casos prospectiva de metástasis digestivas de cáncer renal desde 2009 a la fecha. Todos operados previamente por carcinomas renales y cuyas biopsias fueron revisadas para analizar la concordancia histológica con las metástasis. Se consignaron variables demográficas, presentaciones clínicas, resecciones realizadas, resultados quirúrgicos inmediatos y sobrevida.

RESULTADOS

Se trata de 7 pacientes. Edades entre 46 y 78 años. El tiempo entre la resección del primario y la de la metástasis varió entre 5 y 15 años. Cuatro fueron asintomáticos. Tres pacientes presentaron metástasis en páncreas, en 2 de ellos metástasis múltiples que obligaron a pancreatomecías totales; en el tercer caso la metástasis fue única y se sometió a pancreatomecía corporocaudal. Tres pacientes se presentaron en forma de tumores submucosos del duodeno, uno con hemorragia y dos con obstrucción duodenal y que obligaron a duodenopancreatomecías. El séptimo paciente fue de localización hepática, quien había sido sometido a resección de metástasis pulmonar y que requirió una hepatectomía segmentaria. No hubo mortalidad operatoria. Durante el seguimiento dos pacientes fallecieron al 2° y 4° año. El resto están vivos con sobrevida entre 1 y 5 años y sin evidencias de enfermedad. Solo un paciente recibió tratamiento adyuvante con sorafenif.

CONCLUSIONES

La cirugía de las metástasis digestivas del cáncer renal obligan a resecciones relevantes pero proporcionan un razonable tiempo de sobrevida.

(555) MANEJO QUIRÚRGICO DE LESIÓN DE VÍA BILIAR POST COLECISTECTOMÍA

Juan Alvarado Irigoyen (), Javier Ignacio Rodríguez Gutiérrez, Carlos Eduardo Maldonado López, Nicolás Quezada Sanhueza, Juan Francisco Guerra Castro, Jorge Martínez Castillo, Nicolás Jarufe Cassis*

Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva.

INTRODUCCIÓN

La lesión de la vía biliar post colecistectomía (LVB) es una situación clínica compleja y de alta morbilidad. El espectro de tratamiento va desde manejo de la sepsis, terapias endoscópicas, hasta quirúrgicas.

OBJETIVOS

El objetivo del estudio es describir el manejo quirúrgico en pacientes que presentaron LVB.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis retrospectivo de pacientes sometidos a reparación quirúrgica de LVB entre Diciembre 2003 y Julio 2014.

RESULTADOS

Se identificaron 26 pacientes, edad de 53 años(25-82), 23 pacientes fueron mujeres(88%). 15 LVB fueron derivadas para reparación a nuestro centro(57%). 14 se produjeron en colecistectomía laparoscópica(53%). El diagnóstico de LVB ocurre en período intraoperatorio en 3 pacientes, y perioperatorio(menos de 30 días) en 8 pacientes. Hubo 15 diagnosticados tardíamente(más de 30 días) por síndrome colestásico dentro de 6 años(0,5-30). Según Strasberg correspondieron a tipo E1, E2 y E3 en 26%, 23% y 19% respectivamente. Además, 2 pacientes presentaron lesión vascular concomitante. Se realizaron 20 derivaciones bilio-digestiva(DBD)[16 hepatico-yeyuno anastomosis(HYA), 1 colédoco-duodeno anastomosis(CDA), 1 anastomosis bilio-digestiva doble(ABDD), 2 reparaciones a un solo conducto], 5 coledocostomía con sonda T y 1 cierre primario del colédoco sin prótesis. La estadía hospitalaria fue de 6 días (4-15). Como complicación hubo una colección del lecho operatorio que fue drenada por vía percutánea. Seguimiento a 1,3 años(1mes-8años). Cuatro pacientes (21%) con DBD (2 HYA, 1 CDA y 1 ABDD) requirieron una segunda intervención por colangitis a repetición y/o litiasis intrahepática, en un período de re-intervención de 2,5 años(1-6), realizándose una nueva anastomosis en 4 casos y hepatectomía concomitante en 3.

CONCLUSIONES

El manejo de las LVB es complejo y requiere un seguimiento a largo plazo pudiendo aparecer nuevas complicaciones en el tiempo. La identificación de la LVB durante la colecistectomía es poco frecuente. Nuestro centro realiza de preferencia DBD, buscando ofrecer una solución definitiva, sin embargo existe riesgo de una nueva intervención a largo plazo.

(688) FASCIOLIASIS SIMULANDO UN COLANGIOCARCINOMA INTRAHEPÁTICO. CASO CLÍNICO CON CORRELACIÓN IMAGENOLÓGICA Y PATOLÓGICA.

Héctor Losada Morales (*), Andres Troncoso Trujillo, Martín Alanis Alvarez

Universidad de la Frontera. Departamento de Cirugía y Traumatología.

INTRODUCCIÓN

La fascioliasis humana es una zoonosis poco frecuente en Chile. Clínicamente se presenta como un cuadro con sintomatología muy polimorfa que evoluciona en dos períodos. El primero, agudo o de invasión hepática, dura de 2 semanas a 4 meses y se caracteriza, fundamentalmente, por dolor en hipocondrio derecho y/o epigastrio, fiebre continua y hepatomegalia dolorosa. Este cuadro asociado a eosinofilia y antecedentes de consumo de berros crudos corresponde a la presentación clásica de la enfermedad en su etapa inicial.

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es reportar una paciente con infección por un trematodo del genero Fasciola en la que se presentó una lesión focal en el lóbulo hepático derecho compatible con colangiocarcinoma intrahepático.

MATERIAL Y MÉTODO

Reportamos el caso de una paciente de 57 años sin factores de riesgo de fascioliasis y sin signos clínicos de ésta; con una lesión en el lóbulo hepático derecho compatible con un colangiocarcinoma intrahepático, estudiada con tomografía computada, resonancia magnética y PET-CT. Con la sospecha clínica de colangiocarcinoma intrahepático se realizó una hepatectomía derecha reglada, cuyo estudio patológico demostró colangitis y pericolangitis granulomatosa por huevos de trematodo, compatible con Fasciola hepatica.

RESULTADOS

La paciente fue dada de alta al sexto día post-operatorio en buenas condiciones generales, sin eventos de morbilidad post-quirúrgica. Se realizó RM de control a los 10 días post-operatorios donde no se evidencian colecciones; la vena porta izquierda, la arteria hepática izquierda y la vía biliar se observan bien, sin lesiones. Se derivó paciente a infectología para iniciar tratamiento antiparasitario.

CONCLUSIONES

Todos los exámenes imagenológicos del presente caso resultaron concordantes con diagnóstico de colangiocarcinoma intrahepático. Aunque los marcadores tumorales fueron negativos, debemos recordar que la utilidad de éstos en el diagnóstico de colangiocarcinoma intrahepático es baja.

(696) SARCOMAS HEPÁTICOS: SERIE DE CASOS.

Alexandre Sauré Maritano (*), Vivian Parada Farías, Jaime Castillo Koch, Hans Lembach Jahnsen, Jaime Antonio Vásquez Yáñez, Juan Carlos Díaz Jeraldo

Hospital Clínico U. de Chile. Departamento de Cirugía.

INTRODUCCIÓN

El sarcoma hepático es un tumor poco frecuente en la población adulta, siendo el 1% de los tumores hepáticos. Debido a su baja incidencia, la historia natural, los factores pronósticos y el manejo óptimo, están poco caracterizados.

OBJETIVOS

Reportar una serie de casos de sarcoma hepático.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión retrospectiva de registros médicos de pacientes operados con diagnóstico de sarcoma hepático en el Departamento de Cirugía del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, en un periodo de 5 años (2008 a 2013).

RESULTADOS

La serie consta de 7 pacientes, 6 mujeres (85,7%) y 1 hombre (14,3%), con edad promedio de 58,9 años (18-80). El principal síntoma de presentación fue aumento de volumen abdominal en 3/7 pacientes (42,8%). En 2/7 el tumor fue un hallazgo. En el 100% de los pacientes el método diagnóstico fue TAC de abdomen y pelvis con contraste endovenoso y en 2 se complementó con RMN de hígado. En el laboratorio preoperatorio solo un paciente presentó hiperbilirrubinemia y 2 con alteración de transaminasas. Marcadores séricos tumorales se elevaron en 2 pacientes. Todos los pacientes recibieron tratamiento quirúrgico, en 4 (57,1%) pacientes se realizó hepatectomía y en 3 (42,9%) segmentectomía. Ninguno de los pacientes recibió neoadyuvancia. La incidencia de complicaciones fue del 42,8%: shock cardiogénico (1), hemoperitoneo (1) y 1 paciente falleció por paro cardiorrespiratorio intraoperatorio. La sobrevida promedio fue de 31,77 (másmenos) 23 meses DS, con una sobrevida a los 4 años del 57,1%.

CONCLUSIONES

Los sarcomas hepáticos en adultos son extremadamente raros y de una alta variedad de tipos histológicos distintos. En nuestra serie la mayoría se presentaron en mujeres en la década de los 50 años, de forma asintomática o como masa abdominal. El tratamiento fue la resección tumoral con una sobrevida a 4 años de 57,1%.

(702) RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS DISTAL.

Alexandre Sauré Maritano (), Vivian Parada Farías, Jaime Castillo Koch, Hans Lembach Jahnsen, Jaime Antonio Vásquez Yáñez, Juan Carlos Díaz Jeraldo*

Hospital Clínico U. de Chile. Departamento de Cirugía.

INTRODUCCIÓN

Los tumores malignos del páncreas son altamente agresivos y letales. Cerca del 90% de éstos serán adenocarcinoma pancreáticos duc-tales. La cirugía continúa siendo el único tratamiento que es capaz de prolongar la sobrevida, pero a su vez, no está exenta de compli-caciones.

OBJETIVOS

Reportar una serie de casos del HCUCH en adenocarcinoma de páncreas distal.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de la base de datos prospectiva de los pacientes operados con diagnóstico de adenocarcinoma de páncreas distal del Depar-tamento de Cirugía del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, en un periodo de 10 años (2004 a 2014).

RESULTADOS

La serie consta de 19 pacientes, 12 mujeres (63,1%) y 7 hombres (36,8%), edad promedio de 66 años (35-79). El principal síntoma de presentación fue compromiso del estado general 11/19 (57,9%). En diez pacientes el diagnóstico se sospechó por ecotomografía abdo-minal. En el 100% de los pacientes el método diagnóstico fue TAC de abdomen y pelvis, en 6 se complementó con RMN de hígado. En 6 (31,6%) pacientes se elevó el CA 19-9. No hubo alteraciones en el perfil hepático en la totalidad del grupo estudiado. Todos los pacien-tes recibieron tratamiento quirúrgico, en el 100% de los pacientes se realizó pancreatectomía córpore-caudal. Ninguno de los pacien-tes recibió neoadyuvancia. La incidencia de complicaciones fue del 21% (4): fístula pancreática (1), shock hipovolémico (1), colección pa-red abdominal (1), trombosis de vena porta (1). No hubo mortalidad intraoperatoria. La anatomía patológica reportó 15 pacientes con adenocarcinoma tubular (79%), 2 (10,4%) carcinoma escamoso, 1 adenocarcinoma mixto (5,2%) y 1 (5,2%) adenocarcinoma mucinoso. La sobrevida promedio fue de 64,6 -37,4 meses DS, con una sobrevida a los 5 años del 29,4%.

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes con adenocarcinoma de páncreas del cuerpo o la cola fueron mujeres en la sexta década de la vida y se pre-sentaron con síntomas inespecíficos. El tratamiento consistió en resección corpore-caudal del páncreas con una morbilidad del 21%, sin mortalidad perioperatoria y con una sobrevida a 5 años del 29,4%.

(709) TRICOBEOZAR ASOCIADO A ÚLCERA PÉPTICA PERFORADA E INFECCIÓN POR CÁNDIDA GLABRATA. CASO CLÍNICO CON CORRELACIÓN IMAGENOLÓGICA.

Héctor Losada Morales (), Francisco Arraiza Mora, Martín Alanis Alvarez, Andres Troncoso Trujillo*

Universidad de la Frontera. Hospital de Temuco.

INTRODUCCIÓN

El tricobezoar es la presencia de masa de pelo en el tracto gastrointestinal proximal. El curso va desde asintomático a manifestaciones clínicas a medida que aumenta de tamaño, llegando a desarrollar obstrucción o perforación. Tiene una prevalencia de 0,06 % a 4%.

OBJETIVOS

Presentar una paciente de 21 años con diagnóstico de tricobezoar asociado a úlcera péptica perforada.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente femenina de 21 años, consulta 10 días posterior a cesárea por dolor abdominal cólico en flanco izquierdo de 24hrs de evo-lución, intensidad 10/10. Signos vitales normales. Destaca palidez, murmullo pulmonar disminuido hacia las bases y abdomen disten-dido, con ruidos hidroaéreos ausentes y signos de irritación peritoneal. De los exámenes de laboratorio destaca leucocitosis, proteína C reactiva 502 mg/L y potasio: 5,5 mmol/L. Ecografía FAST positiva. Se ingresa a unidad de paciente crítico como abdomen agudo. Se inicia reanimación con fluidos y antibiocioterapia. Se realiza laparotomía exploradora encontrando líquido libre abundante y absceso subfrénico, además 2 úlceras gástricas perforadas con una colección de líquido gástrico en la trasncavidad de los epiplones y un trico-bezoar que compromete estómago y duodeno (peso: 1090 gr.).

RESULTADOS

La paciente evoluciona favorablemente, en un cultivo de líquido peritoneal resulta positivo para Candida Glabrata por lo que se inicia tratamiento antifúngico. Durante la hospitalización recibe evaluación psiquiátrica y se diagnostica trastorno ansioso moderado con tri-cotilomanía y tricofagia inactiva. Se completa tratamiento antibiótico por dos semanas.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de tricobezoar en contexto de un abdomen agudo requiere de un alto nivel de sospecha clínica y una anamnesis dirigida hacia trastornos psiquiátricos específicos.

(718) EFECTO DE LA ENFERMEDAD RESIDUAL EN EL CÁNCER DE VESÍCULA INCIDENTAL.

Eduardo Vinuela Fawaz (), Marcell Paolo Sanhueza García, Mario Caracci Lagos, Rose Marie Mege Rivas, Eduardo Briceno Valenzuela, Gloria Aguayo Bonniard, Eduardo Vega Pizarro, Paulina Gonzalez Canales, Cristian Andres Diaz Méndez, Sergio Baez Vallejos, Enrique Norero Munoz, Marco Ceroni Villanelo, Cristian Martinez Belmar, Alfonso Diaz Fernández*

Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto). Equipo de Cirugía HPB, Servicio de Cirugía.

INTRODUCCIÓN

El manejo óptimo del cáncer de vesícula biliar incidental (CVBI) con enfermedad residual es aún controversial.

OBJETIVOS

Explorar el efecto de la enfermedad residual en un grupo de pacientes operados por CVBI.

MATERIAL Y MÉTODO

De nuestra base de datos prospectiva de CVBI se analizaron los pacientes reintervenidos entre Enero 2004 y Julio 2014 (estudio de cohorte retrospectiva). Se consideró como enfermedad residual (ER) la presencia de neoplasia macro o microscópica. Se analizaron variables demográficas, quirúrgicas y patológicas y se realizó un análisis multivariado de sobrevida asociado a enfermedad en los pacientes con resección completa.

RESULTADOS

Se reexploraron 90 pacientes y en 68 casos (75%) la resección fue completa. No hubo mortalidad quirúrgica y la morbilidad grave (Clavien?3) fue 8%. Se identificó ER en 33 pacientes (49%). La presencia de ER se asoció a una significativa reducción de la mediana de sobrevida (18 meses versus no alcanzada, $p < 0,001$) y la sobrevida a 5 años (14% versus 75%). En el análisis multivariado de los pacientes con resección completa la presencia de ER (HR 6,2 IC 2,6-14,9, $p < 0,001$) y de permeaciones linfáticas (HR 6,2 IC 1,1-34,8, $p = 0,04$) fueron los únicos factores asociados a una peor sobrevida por cáncer de vesícula, independiente del estadio tumoral.

CONCLUSIONES

La presencia de ER es el determinante crucial del pronóstico oncológico de los pacientes que se presentan con CVBI. La detección (o no) de ER en el preoperatorio pudiera tener consecuencias clínicas importantes y nuevos estudios debieran diseñarse en este escenario.

(723) EXPERIENCIA EN DUODENO PANCREATECTOMÍA CEFÁLICA EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE.

Juan Carlos Díaz Jeraldo, Jaime Castillo Koch, Carlos Mandiola Bunster, Marcelo Zamorano Diaz (), Alexandre Sauré Maritano, Hans Lembach Jahnsen, Solange Cortes Luengo*

Hospital Clínico U. de Chile. Departamento de Cirugía.

INTRODUCCIÓN

La duodeno-pancreatectomía cefálica (DPC) es uno de los mayores retos quirúrgicos, teniendo tasas de morbilidad y mortalidad muy variada entre distintos centros dependiendo del volumen quirúrgico realizado.

OBJETIVOS

Analizar los resultados clínicos de las duodeno-pancreatectomías cefálicas efectuadas en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile en 2 periodos de tiempos.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño retrospectivo y prospectivo, observacional. Se analizaron los pacientes sometidos a DPC abierta en 2 periodos de tiempo, grupo I (1995-2004) y grupo II (2004-2014). Se efectuó análisis de características demográficas, clínicas e indicaciones de cirugía, junto a la técnica quirúrgica empleada. Se asocia estudio de morbimortalidad general, complementándose con curvas de sobrevida para las distintas causas de resección.

RESULTADOS

De un total de 216 pacientes sometidos a DPC, 61 casos se incluyeron en grupo I y 155 en grupo II. La indicación más frecuente de DPC fue por tumores pancreáticos 45,2 y 63,2%, en el grupo I y II respectivamente. No se realizó conservación de píloro en el 68,9 y 76,12%, siendo el manejo del remanente pancreático predominantemente mediante pancreato-gastroanastomosis en ambos grupos, 85,2 y

69,03% en el grupo I y II respectivamente. Se presentaron complicaciones médicas y/o quirúrgicas en 54,09 y 50,96% de los pacientes, siendo más frecuentes las tipo III de Clavien-Dindo en ambos grupos. Dentro de éstas, la fístula pancreática fue la más frecuente de las complicaciones quirúrgicas (13,11 y 18,06%). La mortalidad perioperatoria fue de 4,9 y 3,22% a 30 días en grupo I y II respectivamente.

CONCLUSIONES

La duodeno-pancreatectomía cefálica abierta ha experimentado un significativo aumento (254%) en la última década en nuestro centro. Siendo esta técnica altamente demandante, en el HCUCH presenta actualmente índices de morbilidad y mortalidad comparables a los descritos en la literatura, lo que representa una mejoría en relación al periodo previo analizado.

(729) SCHWANNOMA DE VÍA BILIAR YA INTERVENIDA, REPORTE DE UN CASO

Nicolás Rojas Fernández (), Juan Francisco Allamand Turner, Guillermo Rencoret Palma, Marcelo Vivanco Lacalle, Marta Sofía Castro du Plessis, Nicolás Patricio Campaña Weitz, Daira Marco XX*

Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón). Departamento de Cirugía Cirugía Digestiva.

INTRODUCCIÓN

La patología maligna de la vía biliar es responsable de gran parte de la mortalidad por cáncer en la población femenina en Chile, requiriendo especial atención y manejo oportuno por parte de los equipos quirúrgicos. El Schwannoma benigno o neurilemoma, es un tumor derivado de las células de Schwann. Teóricamente, puede afectar a cualquier órgano, pero es muy raro en el aparato digestivo y aún más en la vía biliar. En esta última se desarrollan de la abundante red de nervios simpáticos y parasimpáticos encontrados en su pared y en la de la vesícula. Se describe que imagenológicamente es muy similar a un colangiocarcinoma.

OBJETIVOS

Presentar el reporte de un caso clínico de un schwannoma de vía biliar que simulaba ser un colangiocarcinoma, y discutir acerca de esta entidad clínica (epidemiología, presentación clínica, estudio, tratamiento y pronóstico).

MATERIAL Y MÉTODO

Posterior a consentimiento informado, se describe un caso clínico de una paciente de 68 años, con hallazgo incidental de un schwannoma de vía biliar. Se realiza una revisión sistemática de la literatura sin meta-análisis.

RESULTADOS

Se reporta un caso de schwannoma parcialmente obstructivo de vía biliar, su proceso diagnóstico y su evolución hasta el alta médica. Se describe esta entidad clínica en su aspecto epidemiológico, manifestaciones clínicas, estudio, tratamiento y pronóstico

CONCLUSIONES

Aunque existe reportado en la literatura, los tumores neurológicos de vía biliar corresponden a una entidad clínica rara, pero presente, y más aún en aquellos tejidos con componente inflamatorio crónico. Pese a esto y a que recomendamos sospecharlos como diagnóstico diferencial, no cabe duda que el manejo y el enfrentamiento de estos pacientes debe ser orientado a la sospecha diagnóstica más frecuente y de peor pronóstico.

(733) ENFRENTAMIENTO DE LESIONES PANCREATICAS DE CUERPO Y COLA POR VIA LAPAROSCOPICA EN HOSPITAL DEL SALVADOR

Nelida Saavedra Vedia (), Luis Felipe Puelma Calvo, Andrés Morillo Escudero, Felipe Catan Gouhaneh, Waldo Martínez Muñoz, Jeanne Marie Chehade Carraso, Andrés ignacio Stevenson Silva, Andrés ignacio Stevenson Silva, Mario Uribe Maturana*

Hospital Del Salvador (Santiago, Providencia). Cirugia Hepatobiliar.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de lesiones tumorales pancreáticas distales ha aumentado con el aumento del acceso a métodos diagnósticos. El enfrentamiento laparoscópico de estas lesiones ha reemplazado a la pancreatectomía distal abierta, sin embargo su uso es reciente, con casuísticas bajas en el país.

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es mostrar la experiencia en cirugía laparoscópica en tumores distales del páncreas en el Hospital del Salvador.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo de pacientes sometidos a pancreatectomía distal laparoscópica entre octubre 2011-mayo 2014 en Hospital del Salvador. Técnica quirúrgica se utilizó 5 trócares y se accedió al páncreas por vía trans omento mayor. La sección pancreática se realizó con stapler y plano de refuerzo con prolene. Tiempo quirúrgico promedio 264 min. La tasa de conversión a cirugía abierta fue de 46%, principalmente por hemorragia y adherencias. Hubo 2 esplenectomías de necesidad.

RESULTADOS

Total de 13 pacientes, 10 mujeres y 3 hombres, edad promedio 49 años (17-74) Diagnóstico con TAC en 69% de los casos. Tamaño tumoral 4 cm (1,3-17), predominio quístico. Histología más frecuente fue cistoadenoma seroso. La complicación más frecuente fue la colección intraabdominal que en un paciente requirió de intervención quirúrgica. La fístula pancreática se presentó en 2 casos con resolución espontánea. No hubo mortalidad perioperatoria.

CONCLUSIONES

La experiencia en nuestro centro hace evaluar la indicación del uso de laparoscopia, en tumores de gran tamaño, ya que determinó la principal causa de conversión. En relación a la técnica quirúrgica esta se encuentra estandarizada en el equipo, nos parece importante el refuerzo de sutura mecánica con prolene. Las complicaciones presentadas en cirugía laparoscópica fueron menores y resueltas sin necesidad de reintervención, los pacientes fueron dados de alta precozmente y no se registró mortalidad. El enfrentamiento laparoscópico demostró ser el curso de elección para el manejo quirúrgico de estas lesiones pancreáticas en nuestro medio.

(743) TRATAMIENTO QUIRURGICO RESECTIVO EN CARCINOMA HEPATOCELULAR: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN EL HCUCH

Hans Lembach Jahnsen, Valeria Abiuso Baesler (), Marcelo Zamorano Diaz, Jaime Castillo Koch, Alexandre Sauré Maritano, Carlos Mandiola Bunster, Juan Carlos Díaz Jeraldo, Solange Cortes Luengo*

Hospital Clínico U. de Chile. Departamento de Cirugía.

INTRODUCCIÓN

El Hepatocarcinoma (HCC) corresponde al 80-90% de los tumores hepáticos malignos primarios, presentando un pronóstico ominoso sin intervención, con una sobrevida cercana a los 6 a 9 meses. El tratamiento quirúrgico es curativo mediante resección hepática o trasplante.

OBJETIVOS

Analizar las alternativas quirúrgicas de resección hepática, en pacientes con hepatocarcinoma intervenidos en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis retrospectivo de base de datos, de pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico resectivo entre el periodo 2004-2014, analizando técnica quirúrgica, sobrevida, recidiva global, complicaciones y terapias asociadas. Excluyendo a los pacientes trasplantados con diagnóstico de Carcinoma Hepatocelular.

RESULTADOS

Se analizó un total de 62 pacientes (39 hombres y 23 mujeres), entre 17 y 87 años (media 63,9 años). El 69, 3% (43) eran pacientes cirróticos. Los que según clasificación de Child-pugh A, B y C corresponden a 60,4%, 16, 2% y 0% respectivamente. Del total de pacientes, 40 (65,5%) presentaban lesión única, mientras que 22 (35,4%) presentaban lesiones múltiples. El lóbulo derecho se encontró comprometido en el 74,1% (46) de los pacientes. Se realizaron 46 resecciones menores (74,1%), 16 resecciones mayores (25,8%), y 13 (20,9%) asociaron terapia con radiofrecuencia, alcoholización o quimioembolización, con un promedio de 9 (2-36) días de estadía hospitalaria post-operatoria y una tasa de recidiva global del 20,9%. La sobrevida fue de 34 y 40% a 5 años en pacientes cirróticos y no cirróticos respectivamente.

CONCLUSIONES

La cirugía de resección hepática, resulta ser una opción viable y con buenos resultados, que mejora la sobrevida especialmente en aquellos pacientes seleccionados según tamaño tumoral, función hepática previa y focalidad de las lesiones.

(758) PERFIL DEL DONANTE CADAVERICO HEPÁTICO DE UN PERIODO DE 11 AÑOS EN LA UNIDAD DE TRASPLANTE HEPÁTICO HOSPITAL DEL SALVADOR

Nelida Saavedra vedia (), Waldo Martinez Munoz, Andrés Morillo Escudero, Jeanne Marie Chehade Carraso, Andres ignacio Stevenson Silva, Luis Felipe Puelma Calvo, Sebastian UribeEchevarria Aranguiz, Mario Uribe Maturana*

Hospital Del Salvador (Santiago, Providencia). CIRUGIA HEPATOBILIAR

INTRODUCCIÓN

El trasplante hepático es la única opción terapéutica curativa de los pacientes con enfermedad hepática terminal. El número de candidatos en espera de trasplante se ha incrementado en el tiempo. Las características tanto de donantes como receptores han cambiado, secundario al aumento de la esperanza de vida y prevalencia de enfermedades crónicas.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es analizar las características de los donantes cadavéricos hepáticos ingresados en la unidad de trasplante del Hospital del Salvador desde el año 2003 a la fecha.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo, descriptivo de donantes cadavéricos hepáticos aceptados en la unidad. Se realiza tabulación excel de datos obtenidos de hoja ingreso pacientes donantes hepáticos de la unidad de procuramiento Hospital del Salvador. Se analizan las características demográficas, causa de muerte, estudio serológico y anatomía de los donantes ingresados.

RESULTADOS

Se analizaron 88 donantes cadavéricos hepáticos, de ellos 62,5% hombres, 37,5% mujeres. La edad media fue de 38 años, rango entre 11 y 67 años y con una tendencia positiva, pero no estadísticamente significativa, entre el tiempo y la mayor edad del donante (factor de correlación R2: 0,019). Las causas de muertes fueron: traumatismo encefalocraneano 39%, accidente cerebro-vascular 30% y hemorragia subaracnoidea 28,5%. La variación anatómica de la arteria hepática (AH) se presentó en 14,7%. La variación más frecuente fue el origen de la AH izquierda en el 7,9% desde arteria gástrica izquierda y de la AH derecha un 3,4% desde arteria mesentérica superior. Se incluyó parche aórtico en AH en 92% y el antecedente de colecistectomía se presentó en el 4,6%.

CONCLUSIONES

El perfil del donante cadavérico hepático de nuestro medio mantiene el histórico descrito de donante joven masculino secundario a traumatismo, sin embargo se esboza un cambio etario del donante. La variación anatómica más frecuente encontrada coincide con la descrita en la literatura.

(816) PERFIL CLÍNICO EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA RESUELTA, DE ORIGEN BILIAR (PAB) E INDICACIÓN DE COLECISTECTOMÍA MÁS COLANGIOGRAFIA INTRAOPERATORIA (CIO), EN HOSPITALIZADOS DEL HOSPITAL SAN JOSÉ EN UN PERIODO DE CUATRO AÑOS

David Cambiazo Fuentes (), Felipe Soliz Cespedes, Enrique Hiplan Aguirre, Martín Hirane Galdames*

Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia). Unidad de Digestivo, servicio de Cirugía.

INTRODUCCIÓN

Del total de casos de pancreatitis aguda en la población chilena, >70% son de origen biliar. El diagnóstico de PAB es clínico-imagenológico. La indicación de CIO continúa siendo motivo de debate; el argumento más sólido para su uso rutinario ha sido identificar litiasis coledociana y resolverla en la cirugía, evitando así procedimientos postoperatorios no exentos de morbilidad, principalmente en quienes tienen una CIO (o colangiograma) como falso positivo o cálculos pequeños que pasan espontáneamente a duodeno

OBJETIVOS

Determinar el perfil clínico de los pacientes con PAB e indicación de colecistectomía más CIO en hospitalizados del hospital San José de Santiago.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión retrospectiva de casos clínicos de pacientes ingresados con diagnóstico de PAB; hallazgos preoperatorios de exámenes imagenológicos (TAC, ecotomografía y/o CRM) y laboratorio principalmente e indicación de colecistectomía más CIO en la Unidad de Cirugía del HSJ de Santiago entre los años 2008-2012. Se realizó un análisis analítico explicativo de las siguientes variables: hallazgos de exámenes imagenológicos y de laboratorio.

RESULTADOS

De un total de 82 casos con PAB como diagnóstico de ingreso, 27 fueron hombres. La edad promedio fue 51 años (21-89). Las características clínicas de los pacientes incluyeron coledocolitiasis (n=37;45%), diámetro vía biliar (VB) ≥ 10 mm (n=16;19,6%), aumento de la bilirrubinemia $> 1,6$ mg/dL con un promedio de $2,02 \pm 1,2$ y amilasemia 812 ± 207 . El diagnóstico preoperatorio de PAB se basó principalmente en la historia clínica; dolor abdominal característico, alteración de pruebas hepáticas, elevación de amilasa y/o estudios imagenológicos que revelan litiasis de VB.

CONCLUSIONES

El perfil clínico de los pacientes que ingresan con diagnóstico de PAB e indicación de colecistectomía CIO se caracteriza principalmente por alteración de indicadores tradicionales para pancreatitis y coledocolitiasis; elevación de amilasemia más aumento del diámetro de la VB común con factor obstructivo demostrable y aumento de la bilirrubinemia.

Seccional: Videos

(138) RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE GIST GÁSTRICO ASISTIDA CON TRANSILUMINACIÓN ENDOSCÓPICA.

Marco Ceroni Villanelo () Julian Varas Cohen, Enrique Norero Munoz, Cristian Martínez Belmar, Alfonso Díaz Fernández*

Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto). Servicio de Cirugía Digestiva. Equipo de cirugía esófago-gástrica

INTRODUCCIÓN

El tratamiento curativo estándar del GIST gástrico de más de 2 cm es la resección quirúrgica, evitando la rotura de la cápsula del tumor y la diseminación durante la cirugía. La resección por vía laparoscópica es considerada un abordaje seguro si se siguen los principios oncológicos.

OBJETIVOS

Presentar un caso de un paciente con un GIST gástrico con resección laparoscópica asistida con trans-iluminación por endoscopia.

MATERIA Y MÉTODO

Se realiza un video con la técnica quirúrgica. Se graba la visión endoscópica y laparoscópica simultánea de un paciente con un GIST gástrico de curvatura mayor. Por vía laparoscópica se confirma ubicación del tumor, se utiliza la transiluminación por endoscopia para confirmar los márgenes. Se marcan los márgenes con puntos de seda y se realiza resección en cuña del estómago incluyendo el tumor con stapler I con dos cargas lineales cortantes azules y una sutura de refuerzo con vicryl 3-0.

RESULTADOS

Se reseca tumor con márgenes negativos, observando que la transiluminación endoscópica estima de mejor forma el tamaño real del tumor. La paciente presenta buena evolución en el periodo postoperatorio.

CONCLUSIONES

La trasiluminación endoscópica en una resección de un GIST gástrico por vía laparoscópica, es una técnica novedosa, que permite estimar con mayor precisión los márgenes intraoperatorios.

(141) RESECCIÓN DE DIVERTÍCULO EPIFRÉNICO GIGANTE LAPAROSCÓPICO EN PACIENTE CON ACALASIA POR VÍA TRANSHIATAL

Marco Ceroni Villanelo () Eduardo Briceno Valenzuela, Enrique Norero Munoz, Cristian Martínez Belmar, Alfonso Díaz Fernández*

Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto). Servicio de Cirugía. Equipo de cirugía Esófago-gástrica

INTRODUCCIÓN

El divertículo epifrénico asociado a acalasia es una condición poco frecuente. Históricamente el tratamiento evolucionó de un abordaje por toracotomía a uno por vía transhiatal laparoscópico. Existe controversia en cuanto al mejor tratamiento. Siendo la recomendación actual, la resección del divertículo, la miotomía de Heller y la realización de un procedimiento anrireflujo en centros con experiencia.

OBJETIVOS

Mostrar un video de una resección de un divertículo epifrénico gigante por vía laparoscópica.

MATERIAL Y MÉTODO

Video que muestra la técnica quirúrgica de resección de divertículo epifrénico gigante por vía transhiatal, asociado a miotomía de Heller, sin un procedimiento antireflujo, en una paciente de 64 años, con estudio preoperatorio con acalasia, con megaesófago y ausencia de motilidad del cuerpo esófago.

RESULTADOS

Técnica exitosa, sin complicaciones intraoperatorias. La paciente desarrollo una fístula de la miotomía de Heller, que cierra en forma espontánea.

CONCLUSIONES

La resección de un divertículo gigante asociado a acalasia, es una técnica factible por vía laparoscópica.

(143) ASPECTOS TÉCNICOS DE LA ESOFAGECTOMÍA TOTAL A DOS CAMPOS POR VIDEOTORACOSCOPIA Y DE LA CONFECCIÓN DEL TUBO GÁSTRICO.

Marco Ceroni Villanelo (*) Enrique Norero Munoz, Cristian Martinez Belmar, Alfonso Diaz Fernández

INSTITUCION: Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto). Servicio de Cirugía Digestiva. Equipo de cirugía esófago-gástrica

INTRODUCCIÓN

La esofagectomía por cáncer ha presentado un desarrollo muy importante en el último tiempo. La mejor selección de los pacientes, la introducción de la resección del esófago por toracoscopía, la confección del tubo gástrico y los cuidados postoperatorios por un equipo multidisciplinario, han sido claves para mejorar los resultados.

OBJETIVOS

Mostrar aspectos técnicos claves de la esofagectomía toracoscópica en semiprono y la reconstrucción del tracto digestivo con tubo gástrico.

MATERIAL Y MÉTODO

Se detallan los pasos de una esofagectomía por toracoscopía (posición del paciente en semiprono, ligadura de la ázigos, disección de esófago en bloque con linfadenectomía a dos campos), disección del estómago por vía laparoscópica, técnica de confección de tubo gástrico de 3 cm con una laparotomía de 4 cm; técnica de ascenso de tubo-gástrico por mediastino posterior y anastomosis cervical.

RESULTADOS

Técnica factible de realizar en un Hospital Público. El paciente del video evolucionó con fístula aérea que se resolvió al 7° día.

CONCLUSIONES

La esofagectomía por videotoracoscopía con laparoscopia asistida abdominal, y confección de tubo gástrico de 3 cm impresiona ser una buena alternativa para el tratamiento quirúrgico del cáncer de esófago.

(144) HEPATECTOMÍA IZQUIERDA MAS RESECCIÓN DE VÍA BILIAR POR COMPLICACIÓN TARDIA DE LESION DE VIA BILIAR ABANDONADA Y SOSPECHA DE COLANGIOCARCINOMA HILIAR.

Nicolas Devaud Jaureguiberry (*) Jean Michel Butte Barrios, Sebastian Hoefler Steffen, Roberto Charles Carrasco, Diego Barros Cassis, Rodrigo Lopez Escobar, Francisco Izquierdo Martinez, Juan Stambuk Mayorga

Fundación Arturo López Pérez. Equipo Cirugía Digestiva Oncológica, Servicio de Cirugía

INTRODUCCIÓN

La lesión de vía biliar y uso de sonda T pueden conllevar al desarrollo de una estenosis benigna de la vía biliar que si no se resuelve a tiempo puede desarrollar complicaciones tardías graves.

OBJETIVOS

Presentar el video de una hepatectomía izquierda y resección de vía biliar en una paciente con estenosis benigna antigua de la vía biliar secundaria a lesión de vía biliar y uso de sonda T, con episodios de colangitis a repetición y sospecha tardía de colangiocarcinoma hiliar.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente de 44 años, operada el 2005 de colecistectomía abierta con exploración de vía biliar y sonda T por lesión post ERCP. El año 2010 presentó episodio de colangitis aguda. Estudio con colangioRNM demostró la presencia de estenosis benigna de la vía biliar y coledocolitiasis que se resolvió por vía endoscópica. La paciente volvió a presentar episodios de colangitis en los años 2012 y 2013 tratados médicamente. En enero 2014 se realizó RNM y colangioRNM que demostraron la presencia de una estenosis de 2 cms con compromiso del conducto hepático izquierdo, asociado a múltiples adenopatías periportales y retroperitoneales: hallazgos sospechoso de colangiocarcinoma hiliar. PET- CT comprobó la presencia de una lesión hipercaptante de la vía biliar con SUV de 4.3 asociado a múltiples adenopatías hipercaptantes periportales y retroperitoneales con SUV de 2.3. Punción percutánea de los ganglios no fue concluyente. Se decidió la exploración quirúrgica abierta por estenosis benigna asociado a colangitis a repetición y compromiso ganglionar inflamatorio v/s colangiocarcinoma con compromiso ganglionar.

RESULTADOS

El video demuestra el estudio imagenológico perioperatorio y el tratamiento quirúrgico mediante una hepatectomía izquierda más resección y reconstrucción de la vía biliar.

CONCLUSIONES

La hepatectomía izquierda con resección de vía biliar es el tratamiento indicado para la estenosis benigna de la vía biliar abandonada, que evoluciona con episodios de colangitis a repetición y sospecha de colangiocarcinoma.

(168) USO DEL ASA VENTILADA EN EL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA ESTENOSIS DE LA HEPÁTICO YEYUNO ANASTOMOSIS

Roberto Sagredo Arriagada () Yamile Haito Chavez, Marcelo Barra Munoz, Sergio Häberle Tapia, Mauricio Zambra Rojas, Eduardo Coddou Claramunt*

Hospital San Pablo (Coquimbo). Unidad de Procedimientos Endoscópicos

INTRODUCCIÓN

La colecistectomía laparoscópica se asocia a mayor incidencia de lesiones complejas de la vía biliar. La reparación mediante hepático-yeyuno anastomosis con asa ventilada, ha sido la técnica que se ha adoptado en nuestro Servicio. La complicación más temida de esta reparación es la estenosis a través de una colangitis isquémica que aparece en hasta en un 30 % de distintas experiencias. El acceso a través del asa por vía percutánea, permite resolver la estenosis con procedimientos sencillos y mínimamente invasivos, pudiendo en nuestra experiencia cerrarse dentro de un año.

OBJETIVOS

Mostrar el uso del asa ventilada y el tratamiento endoscópico de la estenosis.

MATERIAL Y MÉTODO

La técnica de hepático-yeyuno anastomosis dejando un asa de 15 cm en el subcutáneo del hipocondrio derecho permite un acceso directo y de mínima incomodidad para el paciente durante el tiempo que debe permanecer abierta. Establecida la estenosis, se abre el asa y se accede con el auxilio de un separador endoscópico o cap que se anexa en el extremo del instrumento. Ubicada la anastomosis se pasa una guía y luego una cánula contrastando el árbol biliar. Se realiza dilatación con balón hasta 8 atmósferas logrando un diámetro de entre 6 y hasta 8 mm. Se controla según evolución dentro de las 4 semanas siguientes. Esperando un lapso de hasta 4 meses para hacer una nueva exploración. Al cumplir 12 meses desde la primera dilatación y no habiendo evidencia endoscópica ni de laboratorio de obstrucción, se procede a cerrar el asa.

RESULTADOS

Hemos completado una serie de 6 pacientes en los últimos 5 años con resultados satisfactorios clínicos y de laboratorio.

CONCLUSIONES

El acceso a la anastomosis mediante el asa ventilada, nos ha permitido solucionar la estenosis, mediante dilatación endoscópica.

(175) QUISTE DE DUPLICACIÓN DUODENAL RESECADO POR VIDEOLAPAROSCOPIA

Carlos Enrique Cárcamo Ibaceta ()*

Universidad Austral de Chile. Instituto de Cirugía

INTRODUCCIÓN

Los quistes de duplicación intestinal constituyen una rareza dentro las causas de cirugía y rara vez se tienen en mente dentro de los diagnósticos diferenciales de las lesiones quísticas peripancreáticas.

OBJETIVOS

Mostrar caso clínico que fue resuelto por vía laparoscópica.

MATERIAL Y MÉTODO

Video editado de paciente sometido a resección laparoscópica de quiste de duplicación duodenal.

RESULTADOS

Paciente evoluciona favorablemente, sin incidentes a la fecha.

CONCLUSIONES

Es posible resolver esta rara patología por vía laparoscópica.

(194) EXPERIENCIA INICIAL TAMIS, HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL VALDIVIA.

Rodolfo Avendano Hoffmann () Leonardo Cárcamo Gruebler, Alejandro Murua Avilés.*

Universidad Austral de Chile. Instituto Cirugía

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de los tumores rectales ha ido evolucionando en el tiempo. Es así como se han desarrollado técnicas cada vez menos invasivas para manejar casos seleccionados, logrando disminuir la morbimortalidad, tiempos quirúrgicos y optimizar resultados funcionales. Presentamos un caso utilizando resección transanal mínimamente invasiva (TAMIS), técnica publicada por primera vez el 2010.

OBJETIVOS

Dar a conocer nuestro primer caso utilizando esta innovadora técnica en un Hospital público, el Hospital Clínico Regional Valdivia.

MATERIAL Y MÉTODO

Previo consentimiento informado de la paciente, se procede a grabar cirugía para luego ser editado y presentado. Caso Clínico.

RESULTADOS

Paciente de 73 años, mujer, con cuadro caracterizado por prolapso de masa rectal asociado a rectorragia intermitente de escasa cuantía. Consultó el 02/01/2014 identificando al tacto rectal lesión polipoídea, blanda, a 4,5 cm del margen anal y de aproximadamente 3 cm de diámetro. Colonoscopia del 13/01/2014: lesión polipoídea y móvil antes descrita, resto exploración normal. Biopsia: Adenoma tubular con atipia moderada. Endosonografía del 14/01/2014: tercio inferior del recto, lesión proliferativa eco heterogénea que respeta la muscular propia. No se observan linfonodos regionales. EUS T1N0. TC abdomen y pelvis del 15/01/2014: tumor de bordes irregulares en recto medio de 3x2x3 cm, sin otros hallazgos. El 11/03/2014 se realiza TAMIS por monopuerto GelPoint, resecaando lesión completamente, con margen de seguridad y respetando el plano de la muscular propia. Sin incidentes. Biopsia: Adenoma tubular con atipias de grado moderado y severo, atipias de mayor grado restringidas a foco apical y en un corte atipias cercanas al límite de sección. Controles posteriores en buenas condiciones y asintomática. Colonoscopia a las 4 semanas con buena cicatrización.

CONCLUSIONES

Demostramos exitosamente la factibilidad de realizar el TAMIS en nuestra institución, una técnica segura, fácilmente replicable, barata y con múltiples y evidentes beneficios para nuestros pacientes.

(330) LINFADENECTOMIA D2 POR VIA LAPAROSCÓPICA. DESCRIPCION DE LA TÉCNICA

Carlos Eduardo Maldonado López () Oliver Daniel Maida Medina, Fernando Crovari Eulufi, Camilo Boza Wilson, Ricardo Funke Hinojosa Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva.*

INTRODUCCIÓN

La cirugía laparoscópica del cáncer gástrico, ha mostrado resultados similares a la cirugía abierta en casos incipientes. Existe aun controversia sobre los resultados oncológicos en cáncer gástrico avanzado, principalmente asociado a la linfadenectomía D2 en estos casos.

OBJETIVOS

Presentar la técnica de linfadenectomía D2 por laparoscopia en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente de sexo femenino de 54 años, portadora de un adenocarcinoma avanzado del cuerpo gástrico.

RESULTADOS

Paciente presentó evolución favorable. Sin complicaciones.

CONCLUSIONES

La linfadenectomía D2 por vía laparoscópica en cáncer gástrico es una técnica factible.

(200) MANEJO DE LESION DE LA VIA BILIAR POST COLECISTECTOMIA

Alberto Pérez Castilla ()*

Clínica Indisa. Servicio de Cirugía y Endoscopia Clínica Indisa

INTRODUCCIÓN

Paciente a quien se realiza colecistectomía laparoscópica en forma ambulatoria consulta en forma reiterada por malestar general distensión abdominal a los 30 días se reopera logrando realizar manejo quirúrgico y endoscópico.

OBJETIVOS

Mostrar técnica quirúrgica

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente operada

RESULTADOS

Excelente post 6 meses post operado

CONCLUSIONES

Será una alternativa

(201) MANEJO ENDOSCÓPICO QUIRÚRGICO DE COLEDOLITIASIS, COLECISTITIS AGUDA EN PACIENTE CON EMBARAZO DE 20 SEMANAS Y BY PASS GÁSTRICO

Alberto Pérez Castilla (*)

Clínica Indisa. Servicio de Cirugía y Endoscopia Clínica Indisa

INTRODUCCIÓN

Paciente embarazada g2p1 de 20 semanas, que consulta en urgencias por dolor abdominal intenso en epigastrio irradiado a hipocondro derecho eco colecistitis aguda litiasica perfil hepático alterado colestasico. resonancia abdomen: múltiples cálculos en el coledoco .

OBJETIVOS

Mostrar la técnica

MATERIAL Y MÉTODO

Se muestra video de manejo quirúrgico y endoscópico

RESULTADOS

Excelente resolviendo el problema y alta a las 48 horas

CONCLUSIONES

Se puede validar la técnica.

(304) HEPATOCARCINOMA FIBROLAMELAR: REPORTE DE UN CASO

Andres ignacio Stevenson Silva (*) Jeanne Marie Chehade Carraso, Juan Pablo Camacho Martino, Nelida Saavedra Velida, Cristian Astudillo Díaz, Mario Uribe Maturana, Waldo Martinez Munoz

Hospital Del Salvador (Santiago, Providencia). Cirugía Hepatobiliar

INTRODUCCIÓN

La incidencia del hepatocarcinoma fibrolamelar corresponde al 5% de todos los casos de hepatocarcinomas. El 85% de los casos corresponde a menores de 35 años. Su etiología es desconocida, El 90-95% de los CHC se desarrollan en hígados cirróticos. Al diagnóstico presentan un 70% de metástasis linfáticas. El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica. La tasa de las recidivas es del 60%.

OBJETIVOS

Presentamos el caso de un paciente de 17 años que presenta cuadro de baja de peso de 17 kg en un año, con sintomatología gastrointestinal inespecífica y TAC que muestra gran lesión del segmento II y III del lóbulo izquierdo de 11,3 x 10 cms con cicatriz central sugyente de carcinoma fibrolamelar.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de Caso y revisión de Literatura

RESULTADOS

Se realizó hepatectomía izquierda laparoscópica con biopsia rápida positiva para hepatocarcinoma, Biopsia diferida compatible con tumor fibrolamelar de tamaño de 10,3 x 9,5 x 9,8 cms. Con evolución postoperatoria satisfactoria, con alta precoz. Tac de control post operatorio (a los 2 meses) sin evidencia de lesiones secundarias. El paciente evoluciona de manera asintomática y se presenta en comité de Oncología donde se indica seguimiento, debido a que no hay evidencia de diseminación local o a distancia.

CONCLUSIONES

En pacientes con hepatocarcinoma fibrolamelar que no presentan diseminación o contraindicación de cirugía laparoscópica, al momento del diagnóstico, esta se vuelve una alternativa viable y exitosa para el tratamiento de esta patología permitiendo una recuperación rápida y satisfactoria. Todo paciente que presente este cuadro diagnóstico debe ser controlado y presentado en un comité oncológico para determinar seguimiento y manejo adyuvante posterior si este corresponde.

(329) HERNIOPLASTIA LAPAROSCÓPICA DE HERNIA DE MORGAGNI: HEMOPERICARDIO COMO COMPLICACIÓN POSTOPERATORIA

Carlos Eduardo Maldonado López () Juan Alvarado Irigoyen, Javier Zegpi Hunter, Mauricio Gabrielli Nervi, Nicolás Jarufe Cassis*
Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva.

INTRODUCCIÓN

La hernia de Morgagni es la menos frecuente entre las hernias diafragmáticas congénitas, correspondiendo al 3-5% del total, es diagnosticada en su mayoría durante la edad pediátrica, sin embargo un 5% de ellas se diagnostica en etapa adulta.

OBJETIVOS

El objetivo de este video es describir la técnica de reparación laparoscópica de una hernia de Morgagni en una paciente adulta, que presentó un hemopericardio como complicación postoperatoria.

MATERIA Y MÉTODO

Paciente de 81 años, sexo femenino, con historia de crisis de dolor abdominal epigástrico intenso, autolimitados de 6 meses de evolución. En el último episodio de dolor se estudia con una tomografía axial computarizada (TAC) que evidencia una hernia diafragmática de Morgagni atascada. Se decide resolución quirúrgica por vía laparoscópica.

RESULTADOS

A la exploración se confirmó la presencia de una hernia de Morgagni, con un anillo herniario de 5 cm con contenido de epiplón. Se redujo el saco, y se reparó el defecto con una malla de Proceed® de 10 x 15 cm que se fijó con puntos cardinales de Prolene® y con corchetes frontales laparoscópicos absorbibles (Securestrap®). No hubo complicaciones intraoperatorias. Paciente con evolución favorable es dada de alta a las 24 horas. Consulta en urgencia el día quince postoperatorio por dolor restroesternal asociado a síncope, se estudia con TAC de tórax y abdomen que evidencia un moderado derrame pericárdico compatible con un hemopericardio, sin signos de taponamiento. Se realiza pericardiocentesis y drenaje percutáneo. Paciente evoluciona de forma favorable, se retira el drenaje a las 48 horas posterior a control ecocardiográfico, siendo dada de alta al quinto día.

CONCLUSIONES

La técnica laparoscópica en la hernioplastia de una hernia diafragmática de Morgagni es un procedimiento factible, que puede presentar complicaciones como el hemopericardio asociado a lesión en pericardio por los corchetes de fijación de la malla.

(330) LINFADENECTOMIA D2 POR VIA LAPAROSCÓPICA. DESCRIPCION DE LA TÉCNICA

Carlos Eduardo Maldonado López () Oliver Daniel Maida Medina, Fernando Crovari Eulufi, Camilo Boza Wilson, Ricardo Funke Hinojosa*
Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva

INTRODUCCIÓN

La cirugía laparoscópica del cáncer gástrico, ha mostrado resultados similares a la cirugía abierta en casos incipientes. Existe aun controversia sobre los resultados oncológicos en cáncer gástrico avanzado, principalmente asociado a la linfadenectomía D2 en estos casos.

OBJETIVOS

Presentar la técnica de linfadenectomía D2 por laparoscopia en nuestro centro.

MATERIA Y MÉTODO

Paciente de sexo femenino de 54 años, portadora de un adenocarcinoma avanzado del cuerpo gástrico.

RESULTADOS

Paciente presentó evolución favorable. Sin complicaciones.

CONCLUSIONES

La linfadenectomía D2 por vía laparoscópica en cáncer gástrico es una técnica factible.

(355) MANEJO QUIRÚRGICO MÍNIMAMENTE INVASIVO DEL TRAUMA TÓRACO-ABDOMINAL PENETRANTE CON ARMA BLANCA.

Francisco Suárez Vásquez, José Luis Lobos Galilea (), Rubén Alejandro Valenzuela Matamala, Patricio Javier Fernández Almonacid, David Ignacio Campos Negrete, Javier Chapochnik Friedmann, Rodrigo Pablo Aparicio Ramírez, Mauricio Javier Fica Delgado, Claudio Miguel Suárez Cruzat*

Clínica Santa María. CIRUGÍA DE TÓRAX

INTRODUCCIÓN

El trauma tóraco-abdominal penetrante corresponde a una entidad clínica con incidencia en aumento, especialmente en pacientes jóvenes. El manejo quirúrgico conservador y mínimamente invasivo han ido ganando terreno y hoy son una alternativa en pacientes seleccionados.

OBJETIVOS

Dar a conocer la técnica quirúrgica mínimamente invasiva realizada en un caso en nuestra institución

MATERIAL Y MÉTODO

Se presenta el video editado de la cirugía realizada a un paciente masculino de 33 años con diagnóstico de trauma toracoabdominal penetrante derecho por arma blanca, el cual produjo hemoneumotórax, lesión diafragmática derecha, trauma hepático grado III y hemoperitoneo moderado. Inicialmente manejado en forma conservadora con pleurostomía derecha y control clínico, de laboratorio e imagenológico. Al ingreso, angiografía selectiva de arteria hepáticas negativa para hemorragia activa. A las 30 horas del ingreso presenta ortostatismo y caída de hematocrito, TC de control evidenció aumento de hemoperitoneo por lo que se decide conducta quirúrgica. Paciente fue sometido a Laparoscopia exploradora en la cual se realiza hemostasia de lesión hepática con AQUAMANTYS® y SURGIFLO®, además de aseo de cavidad peritoneal. Además, Videotoroscopia exploradora en la cual se realiza reparación diafragmática con sutura continua de ETHIBOND® EXCEL intracorporea, aseo de cavidad pleural e instalación de drenaje pleural.

RESULTADOS

Paciente en postoperatorio evoluciona satisfactoriamente, sin complicaciones abdominales ni torácicas. Recibe el alta hospitalaria al 5to día postoperatorio. En control ambulatorio a los 20 días sin evidencias de complicaciones por lo que recibe alta médica.

CONCLUSIONES

El manejo quirúrgico mínimamente invasivo representa un opción de tratamiento en pacientes seleccionados. Debe ser indicado por equipos quirúrgicos de experiencia en centros capaces de resolver complicaciones propias de esta patología.

(392) RESECCIÓN LOCAL AMPLIADA ENDOANAL MÁS ESTUDIO DE GANGLIO CENTINELA POR MELANOMA RECTAL PRIMARIO.

Nicolas Devaud Jaureguiberry (), Jean Michel Butte Barrios, Roberto Charles Carrasco, Sebastián Hoefler Steffen, Rodrigo Lopez Escobar, Diego Barros Cassis, Francisco Izquierdo Martínez, Juan Stambuk Mayorga*

Fundación Arturo López Pérez. Equipo Cirugía Digestiva Oncológica, Servicio de Cirugía

INTRODUCCIÓN

El melanoma rectal primario es una patología de baja incidencia y mal pronóstico. La cirugía con intención curativa sigue siendo el tratamiento de elección. Frente a las alternativas quirúrgicas aún se discute si la resección abdomino perineal (APR) con resección total del mesorecto (TME) presenta algún beneficio en sobrevida respecto a la resección local ampliada endoanal (WLE).

OBJETIVOS

Presentar un video sobre el estudio y tratamiento mediante resección local ampliada endoanal de un paciente con melanoma primario de recto inferior demostrando la utilidad de la linfocintigrafía y estudio de ganglio centinela para definir el estadio ganglionar y pronóstico de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente de 63 años, sin antecedentes relevantes quien consultó por cuadro de rectorragia intermitente. Al examen físico se evidenció una lesión pediculada de 4 cm de consistencia gomosa a 4 cms del margen anal. Se realizó una colonoscopia y se intentó la polipectomía por sospecha de pólipo rectal. La biopsia demostró la presencia de un melanoma rectal mal diferenciado con márgenes comprometidos. El estudio se complementó con PET-CT con FDG que no mostró signos de metástasis ganglionar ni a distancia. Se decidió resección local ampliada endoanal y linfocintigrafía para evaluación de ganglio centinela.

RESULTADOS

La linfocintigrafía marcó captación del trazador en un ganglio inguinal e ilíaco izquierdo. Se resecó ganglio centinela de la región inguinal izquierda e ilíaco izquierdo por acceso retroperitoneal, que fueron negativos para tumor. La resección local ampliada se completó sin incidentes y con márgenes libres de tumor.

CONCLUSIONES

La resección local ampliada asociado al estudio del ganglio centinela permite la etapificación ganglionar durante el tratamiento quirúrgico del melanoma rectal, evitando la resección abdomino perineal y sus complicaciones.

(393) HEPATECTOMIA MAYOR PRECOZ DESPUÉS DE LIGADURA PORTAL DERECHA PARA TRATAMIENTO DE METASTASIS COLORECTAL SINCRONICA EN PACIENTE CON RESERVA HEPÁTICA Y FUNCIONAL LÍMITE

Nicolás Devaud Jaureguiberry () Jean Michel Butte Barrios, Sebastián Hoefler Steffen, Roberto Charles Carrasco, Diego Barros Cassis, Rodrigo López Escobar, Francisco Izquierdo Martínez, Juan Stambuk Mayorga*

Fundación Arturo López Pérez. Equipo Cirugía Digestiva Oncológica, Servicio de Cirugía

INTRODUCCIÓN

El acondicionamiento e hipertofia del futuro remanente hepático permite disminuir los riesgos asociados a hepatectomías mayores en el tratamiento de pacientes con metástasis colorectales y reserva hepática y/o funcional límite. Entre las alternativas presentes hoy están la ligadura portal, la embolización portal y la partición hepática. No está definido el tiempo necesario entre estos y la hepatectomía definitiva, considerando el riesgo inherente de progresión de la enfermedad.

OBJETIVOS

Presentar el video de una hepatectomía derecha por metástasis colorectal sincrónica en un paciente con reserva funcional y hepática límite, a sólo 10 días de haber completado su cirugía de recto y ligadura portal derecha.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente de 79 años, antecedentes de HTA, DM tipo 2 e IRC. Consulta por Sd. anémico y rectorragia intermitente. En el estudio se evidenció un gran tumor de recto superior con sangrado activo, asociado a una lesión metastásica única de 7 cms en el hígado derecho. La volumetría del futuro remanente demostró un hígado residual del 30%. Se realizó la resección anterior de recto y exploración del hígado que evidenció la presencia de segmentos laterales pequeños y la lesión metastásica muy cercana al segmento IV. Se decide ligadura portal derecha para hipertrofia del remanente. Paciente evoluciona en buenas condiciones generales, logrando alta a los 5 días. TAC a los 7 días demuestra hipertrofia de los segmentos laterales asociado a importante necrosis de la lesión metastásica. Dado las buenas condiciones del paciente se decide completar la hepatectomía derecha precozmente a los 10 días post ligadura portal.

RESULTADOS

Se completa hepatectomía derecha con márgenes quirúrgicos negativos y sin signos de insuficiencia hepática.

CONCLUSIONES

La ligadura portal en pacientes con reserva hepática y funcional límite permite completar precozmente la hepatectomía mayor planificada y controlar la progresión metastásica.

(401) HEPATECTOMÍA IZQUIERDA PURAMENTE LAPAROSCÓPICA IN-VIVO EN UN MODELO SIMULADO OVINO; ESTÁNDAR DE APRENDIZAJE EN RESIDENTES DE SUBESPECIALIDAD

Richard Castillo Ramos () Felipe León Ferruffino, Juan Alvarado Irigoyen, Erwin Buckel Schaffner, Julian Varas Cohen, Marcell Paolo Sanhueza García, Camilo Boza Wilson, Nicolás Jarufe Cassis*

Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía.

INTRODUCCIÓN

La cirugía hepática (CH), considerada de alta complejidad, ha tenido una lenta incorporación del abordaje laparoscópico debido, principalmente, a su prolongada curva de aprendizaje cuando se realiza a través de un modelo tutorial de forma no estandarizada. La simulación ha demostrado ser una técnica efectiva en la enseñanza de procedimientos laparoscópicos básicos y avanzados. En nuestro centro, se utiliza el modelo ovino para entrenar tanto a residentes de subespecialidad como cirujanos expertos en cirugía hepatobiliar.

OBJETIVOS

Presentar el procedimiento simulado realizado por un residente de subespecialidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Se presenta el video de hepatectomía izquierda puramente laparoscópica en modelo ovino vivo, diseñado e implementado en el Centro de Simulación y Cirugía Experimental de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

RESULTADOS

El procedimiento inicia con oveja en decúbito supino bajo anestesia general. Inserción de 5-6 trócares según inspección de cavidad abdominal. Presentación del pedículo con elevación del reborde hepático y disección del ligamento gastrohepático. Identificación de

arteria hepática izquierda, con recorrido extrahepático, la que se liga y secciona. Luego, la vena porta izquierda, mayormente intrahepática, se disecciona cuidadosamente de sus tributarias al segmento I para, una vez controlada y seccionada, proceder a identificar anatómicamente el paso de la vía biliar. Controlando el flujo de entrada se aprecia los límites de isquemia hepática y demarca los segmentos II, III y IV a reseccionar. Transección del parénquima hepático ayudado con armónico y pinza bipolar. Uso de stapler para la sección de venas suprahepáticas en posición intrahepática.

CONCLUSIONES

El entrenamiento en CH laparoscópica en modelo ovino es factible. Su mayor dificultad anatómica comparativa respecto a un paciente, lo establece como un modelo óptimo para intentar acortar curvas de aprendizaje. Este modelo permitiría un entrenamiento adecuado para residentes de subespecialidad y cirujanos expertos en CH.

(433) NEUMONECTOMÍA POR PUERTO ÚNICO. REVISIÓN DE UN CASO

Cristian González Collao, Andrea Patricia Jiménez Aguilar, Jorge Ávila Pérez, Eduardo Brigando Leporati (), Daniela Andrea Sabra Jara, Maximiliano Cortes Latorre, Jorge Dalbora Padovani, Mario Santamarina R.*

Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez (Valparaíso). Cirugía de Tórax.

INTRODUCCIÓN

El Enfisema Lobar Congénito es una anomalía del desarrollo de la vía aérea inferior caracterizada por hiperinsuflación de uno o más lóbulos pulmonares. Tiene una prevalencia de 1 en 20.000 personas y la causa se debe a un desarrollo anormal del tejido endodérmico y mesodérmico. Se manifiesta principalmente en los primeros 6 meses de vida, con taquipnea, esfuerzo ventilatorio y en ocasiones cianosis. El diagnóstico se realiza normalmente con radiografía de tórax y complementado con TAC. EL tratamiento quirúrgico es la lobectomía del segmento afectado, antiguamente por toracotomía, hoy en día con técnica mínimamente invasiva lo que ha disminuido considerablemente la morbimortalidad quirúrgica.

OBJETIVOS

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente 22 años, sexo femenino. Antecedente de enfisema pulmonar congénito del pulmón derecho, diagnosticado a los 19 años, luego de presentar cuadro de dolor tipo puntada intermitente en hemitorax derecho, sin disnea o apremio ventilatorio. Se deriva a Cirugía de Tórax por empeoramiento de sintomatología y mala respuesta a tratamiento habitual. Al momento de consultar, presenta disnea de moderados esfuerzos, con poca capacidad funcional. Se realiza una radiografía de Tórax que muestra pulmón derecho de aspecto secuelear con grandes formaciones bulosas e hiperinsuflación. TAC de Tórax revela extenso buloma derecho asociado a enfisema y atelectasia del lóbulo inferior y medio. Cintigrama V/Q muestra exclusión funcional del pulmón derecho con una participación menor del 5% de la capacidad pulmonar total. Espirometría: Enfermedad restrictiva moderada. CVF 60% del normal, VEF1 58%, VEF1/CVF 95%. Se realiza Neumonectomía derecha con abordaje uniportal, encontrándose proceso adherencial en los tres lóbulos pulmonares, asociado a bulas gigantes.

RESULTADOS

Realiza el postoperatorio en UCIM presentando buena evolución. Al tercer día postoperatorio se retira tubo pleura, dándose de alta ese mismo día. Sin complicaciones en controles posteriores. La biopsia de la pieza operatoria muestra Enfisema del lóbulo superior con bulas gigantes.

CONCLUSIONES

(434) METASTASECTOMÍA ÚNICA PULMONAR UNIORTAL EN PACIENTE EN VENTILACIÓN ESPONTÁNEA

Cristian González Collao, Andrea Patricia Jiménez Aguilar, Daniela Andrea Sabra Jara (), Eduardo Brigando Leporati, Jorge Ávila Pérez, Nicolás Patricio O'Brien Pardo, Nelson Meza Ayala, Maximiliano Cortes Latorre, Jorge Dalbora Padovani*

Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez (Valparaíso). Cirugía de Tórax

INTRODUCCIÓN

El uso de anestesia general y el tubo endotraqueal de doble lumen es el procedimiento más frecuente para el control de las vías respiratorias en las resecciones pulmonares. Se ha reportado en la literatura casos recientes de lobectomía toracoscópica en pacientes no intubados (sedados) con excelentes resultados postoperatorios. Estos procedimientos tratan de minimizar los efectos adversos de la intubación traqueal y la anestesia general, como el trauma, lesiones pulmonares inducidas por la ventilación, bloqueo neuromuscular residual, función cardíaca alterada y náuseas y vómitos secundarios. Además, se traduce en una reducción de la estancia hospitalaria y costos relacionados con el procedimiento y una recuperación más rápida con retorno inmediato a las actividades de la vida diaria.

OBJETIVOS

El objetivo de este video es mostrar una metastasectomía por videotoroscopia asistida (VATs) uniportal, realizada por el equipo de cirugía de tórax del Hospital Eduardo Pereira (HEP) en paciente sedado, en ventilación espontánea.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente de 68 años, tabáquico crónico suspendido hace 5 años. Antecedente de cáncer de colon transversal operado. Presentó el 2013 metástasis única hepática que fue resecada. En seguimiento con PET/CT, se observa lesión única pulmonar metastásica, de 14 mm ubicada en el segmento superior del lóbulo inferior izquierdo. Se realiza metastasectomía por VATs uniportal, previo bloqueo intercostal en paciente sedado en ventilación espontánea con colapso pulmonar apropiado. Resección se realiza con dos cargas de endograpadora. Se instala tubo pleural aspirativo.

RESULTADOS

Paciente con buena evolución, sin fugas aéreas. Se retira drenaje pleural al día siguiente y se da de alta sin dolor.

CONCLUSIONES

Se obtuvo resultados similares a los descritos en la literatura, con excelente resultado postoperatorio, sin dolor, y con estadía corta hospitalaria.

(460) ESOFAGUECTOMÍA TORACOSCÓPICA EN DECÚBITO PRONO PODRÍA SER ENTRENADO EN MODELO PORCINO VIVO.

Richard Castillo Ramos () Felipe León Ferrufino, Juan Alvarado Irigoyen, José Manuel Campos Varas, Erwin Buckel Schaffner, Julian Varas Cohen, Enrique Norero Munoz, Fernando Crovari Eulufi, Camilo Boza Wilson*

Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva Facultad de Medicina

INTRODUCCIÓN

La esofaguectomía es el tratamiento de elección en el cáncer de esófago potencialmente curable. El abordaje mínimamente invasivo ha surgido como una alternativa factible y segura, con resultados oncológicos comparables a la cirugía tradicional y con menor morbi-mortalidad perioperatoria asociada. La vía toracoscópica en decúbito prono ha mostrado mejores resultados en cuanto a área de visión, linfadenectomía y ergonomía del cirujano, en comparación al decúbito lateral. Al ser un procedimiento laparo-toracoscópico de alta complejidad, posee una curva de aprendizaje prolongada. El entrenamiento simulado es una herramienta útil en la adquisición de destrezas laparoscópicas avanzadas. Se propone un modelo de entrenamiento para la adquisición de esta técnica.

OBJETIVOS

Presentar un modelo de simulación en porcino vivo para el aprendizaje de la técnica de esofaguectomía toracoscópica en decúbito prono.

MATERIAL Y MÉTODO

Video del entrenamiento de un residente de subespecialidad del modelo diseñado e implementado en el Centro de Simulación y Cirugía Experimental de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

RESULTADOS

La técnica se inicia con la posición en prono de un porcino de 20 a 25 kg, intubación selectiva bronquial izquierda, anestesia general. Inserción de 2 trócares de 10 mm en el quinto y séptimo espacio intercostal derecho y un tercero de 5 mm en el séptimo espacio intercostal derecho. Inspección de cavidad pleural derecha, disección y liberación de esófago torácico desde hiato diafragmático hasta opérculo torácico, identificando y respetando aorta, tráquea, bronquio fuente derecho, pleura mediastínica, vena ázigos y nervios laríngeos recurrentes, en caso de ser visualizados. Ligadura y sección de vena ázigos, linfadenectomía paraesofágica y peribronquial derecha.

CONCLUSIONES

Se presenta este modelo pionero a nivel mundial de entrenamiento de la técnica quirúrgica en un modelo simulado animal. El desarrollo de un programa de entrenamiento dirigido a cirujanos digestivos y residentes de subespecialidad podría disminuir las curvas de aprendizaje de esta infrecuente y compleja cirugía.

(462) NECROSECTOMIA PANCREÁTICA LAPAROSCÓPICA*Fabrizio Moisan Paravic (*) Rodrigo TorresQuevedo Quevedo, Eduardo Figueroa Rivera, Juan Marcos Grajeda Balderrama***Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Equipo Cirugía Hepatobiliar, Servicio Cirugía Adultos.****INTRODUCCIÓN**

Paciente de 18 años de edad, hospitalizada por pancreatitis aguda biliar, evolucionó con colección peripancreática drenada por vía percutánea. Actualmente en la cuarta semana de hospitalización, con fiebre y parámetros inflamatorios elevados. En TAC de abdomen de control persisten colecciones en relación a cuerpo y cabeza de páncreas con gas en su interior.

OBJETIVOS

Describir y mostrar la técnica quirúrgica y su resultado.

MATERIAL Y MÉTODO

Posición de litotomía modificada, se realiza técnica de cuatro trocares. Se accede a la transcavidad de los epiplones seccionando epiplón mayor. Se diseca adherencias entre estomago y mesocolon hasta abrir colección, dando salida a pus. Se observa necrosis pancreática que se extrae, saliendo en una sola pieza cuerpo y cola de páncreas. Se realiza aseo de cavidad y se instala drenaje. Se extrae páncreas necrótico en bolsa por T2.

RESULTADOS

Paciente evoluciona satisfactoriamente con resolución clínica de cuadro y regresión de colecciones a la imagenología.

CONCLUSIONES

La necrosectomía pancreática laparoscópica es una alternativa para el tratamiento de la necrosis pancreática infectada, evitando la morbilidad de la laparotomía o laparostomía en estos pacientes.

(463) PERIQUISTECTOMÍA TOTAL LAPAROSCÓPICA DE GRAN QUISTE HIDATÍDICO PERITONEAL*Fabrizio Moisan Paravic (*) Rodrigo Edgardo Reyes Melo, Rodrigo TorresQuevedo Quevedo, Eduardo Figueroa Rivera***Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Equipo de Cirugía Hepatobiliar, Servicio de Cirugía Adultos****INTRODUCCIÓN**

Paciente de 28 años de edad, sin antecedentes, consultó por vómita hidatídica. Estudio con tomografía axial computada evidenció quiste hidatídico pulmonar de lóbulo inferior izquierdo y gran quiste hidatídico peritoneal en hipocondrio izquierdo adherido a estómago, hígado, bazo, mesocolon y diafragma. Se realizó periquistectomía pulmonar sutura bronquial por toracotomía con buena evolución postoperatoria. A los 20 días postoperatorios se decide realizar periquistectomía laparoscópica de quiste hidatídico peritoneal.

OBJETIVOS

Describir y mostrar la técnica quirúrgica y su resultado.

MATERIAL Y MÉTODO

Posición de litotomía modificada, se realiza técnica de cinco trocares. Se trata quiste aspirando su contenido e instilando suero hipertónico. Luego se retira germinativa en bolsa. Se libera quiste de adherencias de epiplón, posteriormente se disecan adherencias diafragmáticas, del bazo, mesocolon, estómago y finalmente de segmentos laterales hepáticos con bisturí harmónico para completar así una periquistectomía total. Se realiza aseo y se instala drenaje. Se extrae periquística por T2.

RESULTADOS

Paciente evoluciona satisfactoriamente en el postoperatorio con alta al tercer día, asintomático.

CONCLUSIONES

La periquistectomía total laparoscópica de quistes hidatídicos peritoneales es una alternativa para el tratamiento de esta patología, evitando la morbilidad de una gran laparotomía en estos pacientes.

(480) SEGMENTECTOMÍA II-III HEPÁTICA ROBÓTICA; LA PRIMERA EN SUDAMÉRICA*Marcelo Vivanco Lacalle (*), Guillermo Rencoret Palma, Cristian Cavalla Castillo***Clínica Alemana. Departamento de Cirugía****INTRODUCCIÓN**

Últimamente la cirugía robótica se ha convertido en una opción real para el manejo de casos hepatobiliares. Hoy en día existen un número considerable de centros en nuestro país y Latinoamérica que cuentan con esta tecnología, sin embargo ninguna resección hepática ha sido reportada hasta el momento.

OBJETIVOS

Reportar y mostrar la primera resección hepática realizada con esta tecnología en nuestro país y Sudamérica

MATERIAL Y MÉTODO

El caso es una mujer de 49 años, sin antecedentes de interés, que se presentó a la clínica, con historia de dolor en el hipocondrio izquierdo y una ecografía abdominal que muestra una lesión quística compleja del lóbulo hepático izquierdo. El estudio se completó con marcadores tumorales, marcadores de hidatidosis, todos los cuales fueron negativos, y con resonancia magnética de hígado y tomografía computarizada del abdomen y pelvis. Los estudios de imágenes son sugerente de un cistoadenoma biliar del segmento II-III del hígado. Con el diagnóstico antes descrito se planifica una resección II-III robótica

RESULTADOS

Se utilizaron tres puertos robóticos 8 mm más dos puertos de 12 mm para cámara y asistente. El parénquima hepático se secciona con una combinación de energía bipolar / bisturí armónico / engrapadoras vasculares. El tiempo quirúrgico total fue de 125 minutos La pérdida de sangre total de 220 cc Segmento II-III se extrajo con Endocatch por AMPLIACIÓN de T1 a 40 mm. Drenaje tipo blake al lecho de sección Paciente fue dado de alta del hospital 36 horas después de la cirugía en condiciones óptimas. Volvió a trabajar 7 días después de la cirugía

CONCLUSIONES

La cirugía robótica es un método mínimamente invasivo óptimo para la resección de lesiones hepáticas. Proporcionar menor estancia hospitalaria, menor pérdida sanguínea y una precoz reincorporación laboral podrían ser algunas de las ventajas potenciales de esta técnica.

(490) DERIVACIÓN CISTOENTÉRICA EN Y DE ROUX LAPAROSCÓPICA COMO TRATAMIENTO DE PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Susan Retamal Brendel () José Miguel Martínez González, Marco Nuez Camara, Yocelyn Palta López*

Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez (Valparaíso). Servicio de Cirugía Digestiva

INTRODUCCIÓN

Los pseudoquistes pancreáticos se pueden producir como resultado de procesos patológicos tales como pancreatitis aguda, pancreatitis crónica, traumatismos pancreáticos u obstrucción del conducto pancreático. El tratamiento de estos por cirugía convencional ha sido sustituida por procedimientos miniinvasivos: percutáneos, endoscópicos y laparoscópicos.

OBJETIVOS

Presentación del procedimiento laparoscópico realizado como tratamiento miniinvasivo de un paciente con pseudoquiste pancreático.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente mujer, 56 años, con antecedentes de diabetes mellitus, cáncer de mama izquierdo operado 2009, hernia hiatal y pancreatitis aguda de origen biliar en Marzo 2014. Consulta en UEA por cuadro de mal vaciamiento gástrico, ictericia obstructiva asociado a masa palpable en epigastrio, sin parámetros de actividad inflamatoria. Se realizó Tomografía computada de abdomen y pelvis contraste que evidencio imagen compatible con pseudoquiste pancreático gigante con importante dilatación de Vía biliar intra e intrahepática y coledocistitis. Se programa derivación cistoyeyunoanastomosis en Y de Roux laparoscópica más colecistectomía que resulta sin incidentes.

RESULTADOS

Vigilancia postoperatoria en Unidad de cuidados intermedios donde presenta insuficiencia pancreática con hiperglicemias que se manejan con Insulina NPH, con buena respuesta, siendo trasladada a sala, donde evoluciona estable y es dada de alta a las 3 semanas de la cirugía.

CONCLUSIONES

La cistoyeyunoanastomosis en Y de Roux laparoscópica, es en la actualidad, una gran posibilidad terapéutica en el manejo de los pacientes con pseudoquistes pancreáticos, por la baja morbi-mortalidad postoperatoria, seguridad y efectividad cuando es realizada por cirujanos digestivos que tienen experiencia en la técnica quirúrgica.

(492) NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA PASO A PASO

Oscar Schatloff Bitran (*) Octavio A Castillo Cadiz, Ivar Vidal Mora, Arquímedes Rodríguez Carlin, Andrés Siva Weissbluth, Roberto Van Cauwelaert Rojas

Clínica Indisa. Centro de Cirugía Robótica Unidad de Urología

INTRODUCCIÓN

La nefrectomía parcial robótica es una técnica mínimamente invasiva en el tratamiento de tumores renales. Nuestra experiencia con nefrectomía parcial robótica supera los 110 casos. El siguiente video es la demostración de una técnica personal de nefrectomía parcial robótica.

OBJETIVOS

Demostrar la técnica quirúrgica de nefrectomía parcial robótica en un tumor renal izquierdo de 4.5 cms.

MATERIAL Y MÉTODO

La técnica quirúrgica es transabdominal con 5 puertos. Se libera el colon del riñón fuera de la fascia de Gerota. Se crea una ventana en la cara anterior del músculo posas y con el cuarto brazo robótico se fracciona el hilio renal permitiendo la disección de la arteria y vena renales. Se demarca el tumor y se procede al clampeo vascular con bulldogs laparoscópicos o robóticos. La excisión del tumor se realiza con tijera fría y la renorrafia en dos planos vasculocalicular y cortical. La hemostasia se realiza mediante tensión con clips hemoloks. Se retiran los clamps vasculares antes de terminada la renorrafia para disminuir el tiempo de isquemia caliente. Se coloca un agente hemostático y el riñón se fija por la fascia de gerota y pared abdominal lateral para evitar su desplazamiento dentro del abdomen. La pieza quirúrgica se envía a anatomía patológica.

RESULTADOS

El caso es una paciente de 78 años, con un tumor renal de 4.5 cms con biopsia percutánea que informó carcinoma de células renales en riñón izquierdo. El tiempo quirúrgico fue de 145 minutos, el sangrado de 150 cc y el tiempo de isquemia de 24 minutos. La paciente se fue de alta sin complicaciones. La biopsia informó un carcinoma de células renales con márgenes quirúrgicos negativos para tumor.

CONCLUSIONES

La nefrectomía parcial robótica es una alternativa viable en el manejo conservador mínimamente invasivo de tumores renales localizados.

(493) GASTRECTOMÍA SUBTOTAL MÁS VAGOTOMÍA SELECTIVA TOTALMENTE ROBÓTICA

Militza Romagnoli Razmilic (*) Juan León Ramírez, Iván Alberto Turu Kobayashi, Cristian Cavalla Castillo

Clínica Alemana.

INTRODUCCIÓN

La cirugía gástrica resectiva por enfermedad péptica es cada vez menos frecuente en nuestro medio, tanto por el diagnóstico más precoz como por la efectividad del tratamiento médico. La cirugía robótica permite realizar procedimientos con máxima precisión, visión tridimensional y gran amplitud de movimientos.

OBJETIVOS

Dar a conocer un caso de estenosis pilórica con mal vaciamiento gástrico sometido a gastrectomía subtotal mas vagotomía selectiva con reconstrucción en Y de Roux, realizada en todos sus tiempos con la asistencia del Robot da Vinci.

MATERIAL Y MÉTODO

Hombre de 62 años, historia de más de un año de úlceras pilóricas y duodenales con antecedentes de hemorragia digestiva alta a repetición, con síndrome pilórico objetivado por estudio radiológico que demostró retención gástrica por ulceras retractiles. La cirugía se realiza bajo anestesia general, en Fowler de 10 grados, neumoperitoneo cerrado, acceso con cuatro trócares para los cuatro brazos robóticos y un trocar de 12 mm para asistente. Confección de gastrectomía subtotal de 80 % con bisturí Harmónico robótico y cargas de Echelon de 60 mm, vagotomía selectiva y gastroentero anastomosis en Y de Roux antecólica e isoperistáltica.

RESULTADOS

Para este procedimiento el tiempo de Dock fue de 7 minutos y el tiempo en consola de 140 minutos. Se realiza la cirugía completamente con el sistema Da Vinci Si. Paciente evoluciona satisfactoriamente con salida desde la recuperación a sala médico-quirúrgico, se realiza estudio radiológico y alta el cuarto día postoperatorio. Los controles postoperatorios certifican buena tolerancia a la realimentación progresiva sin complicaciones médicas o quirúrgicas a los 60 días.

CONCLUSIONES

La gastrectomía subtotal mas vagotomía selectiva con reconstrucción en Y de Roux es un procedimiento efectivo y seguro realizado con asistencia completa robótica.

(501) TRANSPOSICIÓN URETERAL ROBÓTICA EN URÉTER CIRCUNCAVO

Oscar Schatloff Bitran (*) Octavio A Castillo Cadiz, Ivar Vidal Mora, Arquímedes Rodríguez Carlin, Andres Siva Waissbluth, Roberto Van Cauwelaert Rojas

Clínica Indisa. Centro de Cirugía Robótica Unidad de Urología

INTRODUCCIÓN

El uréter circuncavo es una malformación congénita en que el uréter pasa por detrás de la vena cava produciendo su compresión y obstrucción. Esto es secundario al desarrollo anómalo de la vena cava inferior. Es una entidad relativamente rara que se presenta con una incidencia de 1 en mil nacidos vivos, casi siempre asociado al uréter derecho.

OBJETIVOS

Demostrar la técnica quirúrgica de manejo robótico de uréter circuncavo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se presenta el caso de un varón de 19 años, sano, con cuadro de cólico renal derecho. La topografía computada muestra un uréter circuncavo y el cintigrama renal dinámico muestra características obstructivas. Se demuestra la técnica quirúrgica que consiste en liberar el uréter a ambos lados de la vena cava, seccionarlo, transponer el segmento distal hacia anterior de la vena cava y realizar una anastomosis uretero-ureteral protegida por un catéter doble J.

RESULTADOS

El tiempo operatorio fue de 100 minutos, el sangrado fue mínimo (no medible). No hubo complicaciones perioperatorias. Cintigrafía renal luego de retirado el catéter doble J mostró resolución de la obstrucción.

CONCLUSIONES

La cirugía robótica es una alternativa viable en el manejo del uréter circuncavo.

(502) MICRODISECCIÓN DE RAMAS DE LA ARTERIA RENAL EN NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA: CAMINO A LA CERO ISQUEMIA.

Octavio A Castillo Cadiz, Arquímedes Rodríguez Carlin (*) ,Ivar Vidal Mora, Oscar Schatloff Bitran, Roberto Van Cauwelaert Rojas, Andrés Siva Waissbluth

Clínica Indisa. Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica

INTRODUCCIÓN

La nefrectomía parcial (NP) busca mejorar los resultados funcionales mediante la preservación de parénquima renal sano. Tradicionalmente se pinza la arteria renal durante la NP para crear un campo quirúrgico exangüe durante la resección del tumor, pero esta técnica puede producir daño renal irreversible a un tiempo de isquemia caliente prolongado (TIC). Estudios recientes han demostrado que no hay TIC seguro, lo que sugiere que cada minuto podría contar.

OBJETIVOS

Describir nuestra técnica de microdissección de ramas de la arteria renal con pinzamiento supraselectivo en nefrectomía parcial robótica (NPR).

MATERIAL Y MÉTODO

Nuestra técnica involucra: (1) tomografía computada o resonancia magnética (RM) preoperatoria con reconstrucción anatómica de las ramas de la arteria renal, (2) microdissección de ramas terciarias o superiores de la arteria renal que van dirigidas al tumor con la finalidad de limitar la isquemia únicamente al tumor. Presentamos el caso de un paciente masculino de 78 años de edad, con antecedente de hipertensión arterial quién consulta por hematuria macroscópica. La RM muestra un tumor renal derecho de 5 cm en cara posterior. Se realizó NPR con pinzamiento supraselectivo de una rama terciaria de la arteria renal dirigida al tumor.

RESULTADOS

El tiempo quirúrgico total fue 180 minutos con un sangrado estimado de 300 ml. No hubo complicaciones perioperatorias ni postoperatorias. La anatomía patológica revela un carcinoma de células renales variedad células claras de 4 x 3,3 cm que no sobrepasa la cápsula renal, sin compromiso del seno renal y márgenes quirúrgicos negativos. El estadio patológico fue pT1b. El paciente se encuentra asintomático sin evidencia de recurrencia local y a distancia a un año de seguimiento.

CONCLUSIONES

La microdissección de ramas de la arteria renal con pinzamiento supraselectivo es una técnica segura y factible que permite eliminar la isquemia caliente del parénquima renal sano durante la nefrectomía parcial robótica.

(507) RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE TUMOR DE YEYUNO*José Vallejos Hernández (*)***Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago). Servicio de Cirugía****INTRODUCCIÓN**

En el video se muestra una resección laparoscópica de tumor de yeyuno con marcación previa con tinta china.

OBJETIVOS

Demostrar la posibilidad de reseccionar lesiones intestinales por vía laparoscópica con seguridad y con márgenes adecuados.

MATERIAL Y MÉTODO

Hombre de 57 años con antecedentes de ulcera duodenal y anemia microcítica hipocromica, que debuta con episodios de tvp de eei, tep segmentario base derecha, se sospecha síndrome de hipercoagulabilidad paraneoplásico, se estudia con endoscopia digestiva alta y baja, tac de abdomen y pelvis y enteroscopia evidenciando tumor yeyunal de aspecto maligno cercano al ángulo de treitz, se instala filtro de vena cava y se realiza resección quirúrgica laparoscópica. (video).

RESULTADOS

Evoluciona favorablemente. Alta a los tres días post operado. Resultado de biopsia definitiva informa hamartoma vascular. Paciente evoluciona satisfactoriamente

CONCLUSIONES

Se muestra video con técnica de resección de tumor yeyunal y anastomosis terminal funcional laparoscópica.

(508) REEMPLAZO URETERAL CON APÉNDICE CECAL LAPAROSCÓPICO TOTALMENTE INTRACORPÓREO: UNA ALTERNATIVA A LA LESIÓN EXTENSA DE URÉTER PROXIMAL*Ivar Vidal Mora (*) Octavio A Castillo Cadiz, Arquímedes Rodríguez Carlin, Andrés Siva Waissbluth, Oscar Schatloff Bitran, Matías Poblete Mora***Clínica Indisa. Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica****INTRODUCCIÓN**

La lesión de uréter proximal representa un desafío quirúrgico. El apéndice cecal ha sido usado ocasionalmente para reemplazar el uréter derecho.

OBJETIVOS

Presentar el caso de un paciente con diagnóstico de cáncer testicular izquierdo y una masa residual post quimioterapia al que se le realizó una linfadenectomía lumbo-aórtica robótica bilateral con lesión secundaria de uréter proximal derecha, reparada laparoscópicamente con interposición de apéndice cecal.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente de 16 años, con diagnóstico de un cáncer testicular izquierdo y una masa residual post quimioterapia para aórtica izquierda de 3 cm. El paciente fue sometido a una linfadenectomía lumbo aórtica bilateral robótica. Al 7º día post operatorio evolucionó con un urinoma derecho. El estudio imagenológico contrastado evidenció una lesión de los 2/3 proximales de uréter derecho Se decidió un reemplazo ureteral derecho laparoscópico. Técnica quirúrgica: Posición de lumbotomía derecha. Técnica transperitoneal con 5 trocáres. Se identifica lesión en uréter proximal de aproximadamente 10 cm. Se decide interponer apéndice cecal. Se realiza liberación de meso apendicular y sección de apéndice en su base con clip de hemolok. Anastomosis uretero-apendicular proximal y distal con puntos separados de monocryl 4/0. Instalación de catéter doble J con técnica cistoscópica.

RESULTADOS

El tiempo operatorio fue de 240 minutos. Sangrado estimado de 100 cc. Tiempo de hospitalización: 72 horas.

CONCLUSIONES

El reemplazo ureteral con apéndice cecal es una alternativa de manejo a las lesiones de uréter derecho. La técnica laparoscópica es factible, pero requiere manejo avanzado en suturas intracorpóreas.

(509) RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE FISTULA COLECISTOCOLÓNICA*José Vallejos Hernández (*)***Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago). Servicio de Cirugía****INTRODUCCIÓN**

Se presenta el video de una resolución laparoscópica de una fistula colecisto colonica.

OBJETIVOS

Presentar la técnica quirúrgica para la resolución laparoscópica de una fistula colecistocolonica

MATERIAL Y MÉTODO

Mujer de 62 años que ingresa a servicio de urgencia por cuadro de 4 horas de evolución con dolor en hd, distensión abdominal, fiebre de hasta 39.3. pared abdominal con secuelas de quemaduras y cirugías reconstructivas en hemiabdomen superior y en hd. se estudia con ecografía abdominal y tac de abdomen y pelvis que evidencian neumobilia, dilatación de vía biliar intrahepática y signos de fistula colecistocolonica. se hospitaliza, inicia tratamiento antibiótico y se realiza colecistectomía laparoscópica y resección segmentaria de colon que incluye fistula utilizando sutura mecanica.se muestra la técnica quirúrgica.

RESULTADOS

Evoluciona satisfactoriamente, alta al tercer día post operada. Biopsia descarta signos de malignidad en la fistula. Actualmente en buenas condiciones generales.

CONCLUSIONES

Se presenta el video de resolución quirúrgica laparoscópica de una fistula colecistocolonica.

(525) HERNIA INTERNA POSTERIOR A BYPASS GÁSTRICO. RESOLUCIÓN VIA LAPAROSCÓPICA*Juan Pablo Lasnibat Roldan (*) Luis Gutiérrez Contreras***Hospital Clínico U. de Chile. Cirugía Digestiva****INTRODUCCIÓN**

El Bypass gástrico con reconstrucción en Y de Roux es un procedimiento frecuente en nuestro país. Este procedimiento crea múltiples espacios susceptibles de albergar hernias internas. Estas hernias internas se pueden presentar de diversas formas, y requerir de manejo quirúrgico para su reparación.

OBJETIVOS

Mostrar un caso clínico de hernia interna posterior a ByPass gástrico, y su resolución por vía laparoscópica.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente de 47 años, sexo femenino. Como antecedentes destacan un hipotiroidismo en tratamiento, y un bypass gástrico en Y de Roux laparoscópico en abril del año 2011. Evolución sin incidentes, con buena baja de peso a los 2 años, IMC 21.49. Se presenta en mayo del año 2013 con un cuadro de 48 horas de evolución de dolor epigástrico brusco, EVA 8/10, no asociado a vómitos. Ingresa estable, parámetros inflamatorios dentro de rangos normales. TC de abdomen y pelvis evidencia dilatación patológica de asas con cambio de calibre brusco en relación a entero-entero anastomosis.

RESULTADOS

Se realizo laparoscopia exploradora, evidenciándose hernia interna en relación a defecto en meso de entero-entero anastomosis. Se reduce hernia y se repara defecto con sutura de seda 3-0.Se explora resto de cavidad abdominal sin otras alteraciones. Duración de procedimiento: 70 minutos. Paciente evoluciona estable, buena tolerancia oral, presentando tránsito intestinal. De alta al segundo día postoperatorio.

CONCLUSIONES

La hernia interna posterior a bypass gástrico es una entidad más frecuente de lo que se pensaba, y es importante reconocerla a tiempo. La presentación clínica puede ser variada y se requiere de una alta sospecha. En caso de requerir resolución quirúrgica, la laparoscopia aparece como una opción rápida y segura.

(526) COLANGIO-PANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE) CON TÉCNICA DE RENDEZ-VOUS POR VÍA TRANS-GÁSTRICA, ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA, PARA EL MANEJO DE COLÉDOCOLITIASIS EN PACIENTES CON BY-PASS GÁSTRICO CON RECONSTRUCCIÓN EN Y DE ROUX (BPGYR).

Ricardo Mejía Martínez, Alberto Felipe Torres Gueren (), Allan Sharp Pittet, Eduardo Briceno Valenzuela, Fernando Crovari Eulufi*

Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva

INTRODUCCIÓN

La cirugía bariátrica ha experimentado un crecimiento explosivo a nivel mundial, siendo el By-pass gástrico con reconstrucción en Y de Roux la técnica más comúnmente realizada. La colelitiasis y colédocolitis son hallazgos frecuentes en el seguimiento a mediano y largo plazo en pacientes con BPGYR. El acceso a la vía biliar es técnicamente complejo en pacientes con BPGYR debido a la alteración de la anatomía intestinal, por lo que distintos abordajes han sido descritos. La CPRE no está exenta de complicaciones entre ellas la pancreatitis entre un 3-5%, con mortalidad hasta 0,11%. El abordaje de la vía biliar mediante Rendez-Vous podría disminuir el riesgo de pancreatitis post CPRE.

OBJETIVOS

Describir la técnica de CPRE con técnica de rendez-vous por acceso transgástrico realizada en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO

Presentamos dos casos con antecedentes de BPGYR, el primero con colelitiasis y colédocolitis y el segundo con colédocolitis residual luego de una colecistectomía laparoscópica. En ambos casos una guía hidrofílica fue avanzada desde el conducto cístico hasta el duodeno, se insertó un trócar de 15 mm a la cámara gástrica y por el canal de éste se avanzó un duodenoscopio a la segunda porción duodenal, la guía fue recuperada y extraída por el canal del duodenoscopio, sobre la guía se avanzó un papilótomo para la realización de papilotomía, finalmente, los cálculos de la vía biliar fueron extraídos con catéter de Dormia. El cierre de la pared gástrica fue realizado con una sutura en 2 planos.

RESULTADOS

Ambos pacientes fueron resueltos con la técnica descrita y dados de alta sin complicaciones.

CONCLUSIONES

La CPRE con técnica de Rendez-Vous por vía trans-gástrica, asistida por laparoscopia es una técnica efectiva y segura para el manejo de pacientes con antecedente de BPGYR que desarrollan colédocolitis.

(561) USO DE LA FUSIÓN POR CT PARA MANEJO DE PATOLOGÍA AÓRTICA

José Ignacio Torrealba Fonck (), Francisco Vergara Serrano, Albrecht Krämer Schumacher, Renato Mertens Martín*

Pontificia U. Católica de Chile. Departamento de Cirugía Vascul y Endovascular, Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN

El avance de las técnicas endovasculares ha revolucionado el manejo de la patología de aorta torácica disminuyendo significativamente la morbilidad asociada. Persiste sin embargo el riesgo asociado por exposición prolongada a radiación y el uso de medio de contraste. La fusión de imágenes angiográficas por tomografía computada (CT) es una novedosa técnica que permite reducir estos problemas.

OBJETIVOS

Presentar un caso de reparación de patología aórtica con tecnología de fusión por CT.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente hipertenso y fumador de 61 años. A raíz de un dolor epigástrico se realizó AngioCT que reveló úlcera penetrante de 10 mm en aorta torácica en íntima relación con esófago distal. Se decide reparación por vía endovascular.

RESULTADOS

Se realiza en pabellón híbrido: 1. Adquisición y reconstrucción tomográfica 3D 2. Luego fusión entre imagen de AngioCT original e imagen adquirida que permite navegar por un sistema "road map" 3. Denudación arteria femoral derecha 4. Por ser uno de los primeros casos, se realiza angiografía para verificar sitio de úlcera, la que coincide con imagen de fusión 5. Despliegue de endoprótesis torácica Relay® de 30 x 104 mm 6. Angiografía de control satisfactoria, sin endofuga 7. Cierre de incisión inguinal 8. Volumen de contraste:15 cc total / tiempo quirúrgico 54 minutos.

CONCLUSIONES

El uso de la fusión por CT es una técnica simple y muy útil, que permite disminuir los tiempos quirúrgicos, las dosis de radiación y la cantidad de contraste necesario para el procedimiento. Cabe esperar que demuestre aún mayor utilidad en casos complicados, como el manejo de endoprótesis fenestradas.

(568) ÚLCERA ANASTOMÓTICA SANGRANTE POSTERIOR A BYPASS GÁSTRICO. MANEJO ENDOSCÓPICO Y QUIRÚRGICO.

Juan Carlos Molina Franjola, Juan Pablo Lasnibat Roldan (*), Luis Gutiérrez Contreras, Enrique Lanzarini S, Maher Musleh Katan

Hospital Clínico U. de Chile. Cirugía Digestiva

INTRODUCCIÓN

Dentro de las complicaciones del Bypass gástrico, la aparición de úlceras anastomóticas es un diagnóstico poco frecuente. Estas úlceras pueden generar estenosis o hemorragias entre otros, generalmente requiriendo manejo multidisciplinario con terapia médica, endoscópica y quirúrgica.

OBJETIVOS

Mostrar un caso de úlcera anastomótica posterior a un Bypass gástrico y su manejo multidisciplinario.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente de sexo femenino, 48 años. Dentro de sus antecedentes destacan DM2 IR, HTA e hipotiroidismo, además de un Bypass gástrico el año 2007. Evoluciona favorablemente, llegando a IMC 25 y con resolución parcial de sus comorbilidades. 6 años posterior al procedimiento presenta un cuadro de epigastralgia tipo urente, intolerancia alimentaria, vómitos y melena. Se realiza EDA, que evidencia una gran úlcera de la anastomosis gastro-yeyunal, test de ureasa negativo, sin malignidad a la biopsia. Se inicia manejo con IBP, sin embargo en la endoscopia de control no se evidencia mejoría. Se realiza Rx EED que muestra un pouch gástrico de 8 cm de longitud y una úlcera en boca anastomótica de 5mm de profundidad.

RESULTADOS

Dada la mala evolución con terapia médica y endoscópica, se decide realizar laparoscopia exploradora. Se evidencia un plastron sobre gran úlcera gástrica perforada hacia borde hepático. Se realiza una resección en bloque, una reconfección del pouch gástrico y nueva gastro-yeyuno anastomosis vía laparoscópica. Evoluciona favorablemente, realimentándose al tercer día y alta al cuarto día. Asintomática actualmente, una EDA a los 3 meses no evidenciaba lesiones.

CONCLUSIONES

Las úlceras anastomóticas son cuadros poco frecuentes posterior a un bypass gástrico y su aparición en general se presenta durante el primer año. El manejo médico y endoscópico cumple un rol fundamental, sin embargo puede requerir manejo quirúrgico para una resolución definitiva de la patología.

(586) GASTRECTOMÍA VERTICAL EN PACIENTE CON CIRUGÍA ANTIREFLUJO PREVIA

Carlos Enrique Cárcamo Ibaceta (*), Marcelo Millan Alvarado, Angélica Catricheo Prieto

Universidad Austral de Chile. Instituto de Cirugía

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por reflujo gastroesofágico se considera en general una contraindicación para gastrectomía vertical en pacientes obesos mórbidos

OBJETIVOS

Mostrar técnica quirúrgica y resultado inmediato de paciente obesa mórbida portadora de operación de Nissen, sometida a gastrectomía vertical laparoscópica.

MATERIA Y MÉTODO

Video editado de Gastrectomía vertical laparoscópica en paciente con operación de Nissen previa

RESULTADOS

Paciente evoluciona favorablemente, sin reflujo ni complicaciones a la fecha

CONCLUSIONES

Es discutible considerar el RGEF como una contraindicación formal para gastrectomía vertical.

(589) MANEJO ENDOSCÓPICO DE COLANGIHIDATIDOSIS Y QUISTE HIDATÍDICO GIGANTE

Carlos Enrique Cárcamo Ibaceta (*)

Universidad Austral de Chile. Instituto de Cirugía

INTRODUCCIÓN

La colangiohidatidosis es una complicación grave del quiste hidatídico hepático que comúnmente se resuelve combinando el método endoscópico con la cirugía

OBJETIVOS

Mostrar el manejo y resolución completa de un caso de colangiohidatidosis y quiste hidatídico gigante por vía endoscópica (CPER)

MATERIAL Y MÉTODO

Video editado de CPER e instalación de prótesis biliares intraquísticas y seguimiento imagenológico posterior

RESULTADOS

La paciente evoluciona favorablemente, recuperándose de cuadro séptico y posterior resolución total del quiste hidrático

CONCLUSIONES

El manejo íntegramente endoscópico mediante CPER y prótesis biliares podría ser una alternativa de manejo en pacientes seleccionados con quistes hidatídicos comunicados a vía biliar.

(591) GASTRECTOMIA VERTICAL Y RETIRO DE BALÓN GÁSTRICO EN UN TIEMPO EN MEGAOBESIDAD

Carlos Enrique Cárcamo Ibaceta () Marcelo Millán Alvarado, Angélica Catricheo Prieto*

Universidad Austral de Chile. Instituto de Cirugía

INTRODUCCIÓN

El balón intragástrico es una alternativa de manejo en pacientes megaobesos como preparación a cirugía bariátrica, con la intención de disminuir la morbilidad quirúrgica

OBJETIVOS

Mostrar un caso de paciente megaobesa a quien se le retira el balón intragástrico durante la cirugía de gastrectomía vertical

MATERIA Y MÉTODO

Video editado de retiro de balón intragástrico y posterior gastrectomía vertical laparoscópica.

RESULTADOS

Paciente evoluciona favorablemente, sin complicaciones y baja ponderal adecuada a la fecha

CONCLUSIONES

Es posible el retiro de balón intragástrico por vía laparoscópica en el mismo tiempo quirúrgico de la gastrectomía vertical y puede ser una alternativa de manejo en pacientes megaobesos.

(675) TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST) DE RECTO INFERIOR TRATADO CON IMATINIB NEOADYUVANTE Y RESECCION TRANSANAL CON TÉCNICA TAMIS

José Gellona Vial, Bruno Nervi Nattero, Felipe Bellolio Roth, María Elena Molina Pezoa, Gonzalo Ignacio Urrejola Schmied, Álvaro Zúñiga Díaz, Rodrigo Migueles Cocco ()*

Pontificia U. Católica de Chile. Unidad de Coloproctología. Departamento de Cirugía Digestiva. Unidad de Oncología Médica

INTRODUCCIÓN

Los tumores rectales GIST de ubicación baja son poco frecuentes. La ruta de tratamiento está en evolución dada la adecuada respuesta a terapias farmacológicas específicas y la posibilidad de realizar cirugía conservadora de esfínter gracias al comportamiento biológico favorable de estos tumores en relación a los adenocarcinomas.

OBJETIVOS

Video demostrativo de resección transanal de tumor GIST de recto bajo sometido a neoadyuvancia con Imatinib.

MATERIAL Y MÉTODO

Se presenta el caso de una mujer de 36 años portadora de un voluminoso tumor GIST de recto bajo, de límite distal en la línea pectínea. Evaluado por imágenes (RM pelvis y PET-CT) muestra lesión de 6 x 6 cm compatible con GIST con sospecha de compromiso del esfínter anal interno, hipermetabólica. La biopsia transrectal junto con la inmunohistoquímica confirman el diagnóstico de GIST. En este contexto se decide tratamiento con Imatinib neoadyuvante por 6 meses. Logrando una significativa reducción del tamaño de la lesión y de la captación al PET-CT. Por esto se decide completar tratamiento con cirugía mínimamente invasiva transanal a través de plataforma de acceso específico (Gelpoint®) la cual se realiza sin incidentes (VIDEO) logrando una resección completa.

RESULTADOS

La paciente evoluciona sin complicaciones, hospitalización de 2 días, sin comprometer la función anal. La anatomía patológica mostró un GIST de bajo grado fusocelular, con menos de 2 mitosis por campo, sin necrosis y bordes libres de tumor. Se decide mantener Imatinib adyuvante por 3 años. A los 8 meses de seguimiento se encuentra asintomática y sin evidencia de enfermedad.

CONCLUSIONES

Se presenta un caso en el cual el manejo multidisciplinario, el uso de neoadyuvancia con terapias específicas asociado a nuevas plataformas de acceso transanal, permiten la resección de tumores GIST en forma oncológica, sin morbilidad y con conservación de la función anal.

(755) CISTECTOMÍA TOTAL LAPAROSCÓPICA Y NEOVEJIGA SIGMOIDEA (MAINZ II) TOTALMENTE INTRACORPÓREA.

Octavio A Castillo Cadiz, Arquímedes Rodríguez Carlin (), Ivar Vidal Mora, Oscar Schatloff Bitran, Andrés Siva Waissbluth, Roberto Van Cauwelaert Rojas*

Clínica Indisa. Unidad de Urología y Centro de Cirugía Robótica

INTRODUCCIÓN

La derivación urinaria rectosigmoidea (Mainz II) se caracteriza por ser un reservorio continente de bajas presiones y sin ostomas; lo que tiene como objetivo proteger la función del tracto urinario superior y mantener la continencia. Esta forma de derivación está indicada en casos de resección vesical por patología oncológica, extrofias vesicales, traumatismos y seno urogenital. La creación de derivaciones urinarias por vía intraperitoneal laparoscópica se mantiene como un objetivo técnicamente exigente, reservado a centros con amplia experiencia laparoscópica.

OBJETIVOS

Describir nuestra técnica de cistectomía total laparoscópica más neovejiga tipo Mainz II totalmente intracorpórea.

MATERIAL Y MÉTODO

Se presenta el caso de una paciente de 31 años de edad con cuadro de cistitis intersticial condicionante de dolor pélvico crónico sin respuesta al tratamiento médico, que requirió de cistectomía total laparoscópica transperitoneal, así como la creación intracorpórea de una derivación urinaria rectosigmoidea. Se decidió ofrecer el reservorio tipo Mainz II intracorpóreo, en el marco de una mujer joven, con la finalidad evitar estomas cutáneos y/o derivaciones no continentes, además de mantener la pared abdominal intacta.

RESULTADOS

El tiempo quirúrgico total fue de 300 minutos con un sangrado estimado de 80 ml. No hubo complicaciones perioperatorias y fue dada de alta al noveno día. La paciente refiere continencia total tanto diurna como nocturna, con diferenciación en la evacuación de orina y heces. El dolor pelviano crónico desapareció por completo. El resultado final de la anatomía patológica reportó cistitis y uretritis intersticial.

CONCLUSIONES

La cistectomía total laparoscópica mas derivación tipo Mainz II intracorpórea es una técnica segura y factible, que puede ofrecer resultados beneficiosos en pacientes seleccionados.

(817) COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA ELECTIVA POR TRES PUERTOS

Hugo Cristian Bosch Escobar (), Mario Henríquez Ugalde*

Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río (Santiago, Santiago).

INTRODUCCION

La Colecistectomía se inicio abierta, luego laparoscópica con 4 puerto, luego han aparecido varias técnicas como N.O.T.E.S y S.I.L.S que por dificultad tecnológicas, económicas y de dificultad no se han convertido en la regla. También existe la posibilidad de realizar con dos o tres puertos.

OBJETIVOS

Mostrar factibilidad y utilidad de colecistectomía laparoscópica con 3 puertos.

MATERIA Y METODO

Casuística personal de 601 pacientes, 429 (71%) operados electivamente, realizándose colecistectomía laparoscópica tipo americana con tres puertos, desde abril 2011 a agosto de 2014.

RESULTADOS

Se muestra posición de trocares, momentos de disección de pedículo vesicular en cara medial y lateral, ectomía retrograda, introducción a bolsa y extracción umbilical de vesícula. Se muestran pacientes obesos, no obesos, hidrops vesicular, pacientes con abdominoplastías previas y momentos en que es necesario convertir a 4 puertos (4 pacientes : 1%) o utilizar drenaje (3 pacientes: 1%). 1 conversión a abierto.(0,4%) , biopsia hepática sociada en 21 pacientes (5%) y tres cio (1%).

CONCLUSIONES

Es factible realizar colecistectomía electiva segura con tres puertos. Excelente entrenamiento para cirugía laparoscópica avanzada al realizarla bimanualmente.

(819) COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA EN AGUDO CON TRES PUERTOS.

Hugo Cristian Bosch Escobar (), Mario Henríquez Ugalde*

Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río (Santiago, Santiago).

INTRODUCCIÓN

Al inicio de la Colecistectomía Laparoscópica, los cuadros agudos se consideraron contraindicados, lograda la experiencia adecuada se inicio también para los cuadros agudos, con hasta un 20% de conversión a cirugía abierta.

OBJETIVO

Mostrar factibilidad y utilidad de colecistectomía laparoscópica aguda con 3 puertos.

MATERIAL Y MÉTODO

Casística personal de 601 pacientes, 172 (29%) realizadas en agudo desde abril 2011 a agosto 2014. Operados por vlp tipo americana con tres puertos.

RESULTADOS

Se muestra lateralización, posición de trocares, momentos de disección de pedículo vesicular en cara medial y lateral, ectomía retrograda, introducción a bolsa y extracción umbilical de vesícula en colecistectomía aguda de pacientes obesos, no obesos, y momentos en que es necesario recurrir a cuarto trocar clásico (7 pacientes: 4%), conversión abierta (por cáncer; 1) (3 pacientes 1,7%) y utilizar drenaje (7 paciente 4%). Fístula (3, 1,7%) mirizzi 1 caso.

CONCLUSIÓN

Es factible realizar colecistectomía de urgencia segura con tres puertos. Excelente entrenamiento para cirugía laparoscópica avanzada al realizarla bimanualmente.
