



# LXXXVIII CONGRESO CHILENO E INTERNACIONAL DE CIRUGÍA XLVII JORNADAS CHILENAS DE COLOPROCTOLOGÍA XIII JORNADAS CHILENAS DE CIRUGÍA PLÁSTICA II JORNADAS DE CIRUGÍA VASCULAR Y ENDOVASCULAR

SOCIEDAD DE CIRUJANOS DE CHILE  
SOCIEDAD CHILENA DE COLOPROCTOLOGÍA  
SOCIEDAD CHILENA DE CIRUGÍA DE CABEZA-CUELLO Y PLÁSTICA MAXILO-FACIAL  
SOCIEDAD CHILENA DE CIRUGÍA PLÁSTICA RECONSTRUCTIVA Y ESTÉTICA  
SOCIEDAD CHILENA DE QUEMADURAS  
SOCIEDAD CHILENA DE CIRUGÍA VASCULAR Y ENDOVASCULAR

**8 AL 11 DE NOVIEMBRE DE 2015**  
**SEDE: GRAN HOTEL PUCÓN. PUCÓN-CHILE**







**LXXXVIII CONGRESO CHILENO E INTERNACIONAL DE CIRUGÍA**  
**XLVII JORNADAS CHILENAS DE COLOPROCTOLOGÍA**  
**XIII JORNADAS CHILENAS DE CIRUGÍA PLÁSTICA**  
**II JORNADAS DE CIRUGÍA VASCULAR Y ENDOVASCULAR**

SOCIEDAD DE CIRUJANOS DE CHILE

SOCIEDAD CHILENA DE COLOPROCTOLOGÍA

SOCIEDAD CHILENA DE CIRUGÍA DE CABEZA-CUELLO Y PLÁSTICA MAXILO-FACIAL

SOCIEDAD CHILENA DE CIRUGÍA PLÁSTICA RECONSTRUCTIVA Y ESTÉTICA

SOCIEDAD CHILENA DE QUEMADURAS

SOCIEDAD CHILENA DE CIRUGÍA VASCULAR Y ENDOVASCULAR

8 AL 11 DE NOVIEMBRE DE 2015  
PUCÓN-CHILE

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

### **Presidente:**

Dr. Juan Carlos Díaz J.

### **Vice-Presidente:**

Dr. Carlos Cárcamo I.

### **Secretario General:**

Dr. Marco Bustamante Z.

### **Tesorero:**

Dr. Günther Bocic A.

### **Past-President:**

Dr. Mario Uribe M.

### **Directores:**

Dr. Marcelo Barra M.

Dr. Patricio Gac E.

Dr. Carlos García C.

Dr. Nicolás Jarufe C.

Dr. Francisco López K.

Dr. Rodrigo Torres-Quevedo Q.

Dra. Marcia Valenzuela D.

Dr. Enrique Waugh C.

### **Secretarias Sociedad de Cirujanos de Chile:**

Srta. Margarita Ferrer S.

Sra. Yohana Velásquez A.

## COMITÉ PLANIFICADOR DEL CONGRESO

### **Presidente**

Dr. Juan Carlos Díaz J.

Dr. Carlos Cárcamo I.

Dr. Nicolás Jarufe C.

Dr. Francisco López K.

Dr. Michel Bergoeing R.

*Presidente del Departamento de Cirugía Vascolar*

Dra. María Eliana Solovera R.

*Presidente del Departamento de Cirugía Torácica*

Dr. Eduardo Labarca M.

*Presidente del Departamento de Trauma*

Dr. Camilo Boza W.

*Presidente del Departamento de Cirugía Bariátrica y Metabólica*

Dr. Jorge Muñoz S.

*Presidente del Departamento de Cirugía Endoscópica*

Dr. Carlos García C.

*Presidente del Departamento de Cirugía Gastroesofágica*

Dr. Marco Albán G.

*Presidente Departamento de Hernias*

Dr. Rodrigo Torres-Quevedo Q.

*Presidente Departamento de Hígado, Vías Biliares y Páncreas.*

Dra. Marcia Valenzuela D.

*Presidenta Departamento de Mama*

Dr. Jorge Martínez C.

*Presidente Departamento de Educación Médica*

Dr. Misael Ocares U.

*Presidente Sociedad Chilena de Coloproctología*

Dr. Gustavo Vial C.

*Presidente de la Sociedad Chilena de Cirugía de Cabeza-Cuello y Plástica Máxilo-Facial.*

Dra. Teresa De la Cerda

*Presidenta Sociedad Chilena de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética*

Dr. Enrique Lee F.

*Presidente de la Sociedad Chilena de Quemaduras*

Dr. Michel Bergoeing R.

*Presidente Sociedad Chilena de Cirugía Vascolar y Endovascular*



**LXXXVIII CONGRESO CHILENO E INTERNACIONAL DE CIRUGÍA**  
**XLVII JORNADAS CHILENAS DE COLOPROCTOLOGÍA**  
**XIII JORNADAS CHILENAS DE CIRUGÍA PLÁSTICA**  
**II JORNADAS DE CIRUGÍA VASCULAR Y ENDOVASCULAR**

**RESÚMENES DE TRABAJO**

**Seccional**

Cirugía Bariátrica .....	7
Cirugía Cabeza, Cuello y Maxilofacial .....	12
Cirugía Endoscópica .....	17
Cirugía General .....	20
Cirugía Plástica y Reparadora .....	28
Cirugía Vasculuar .....	39
Coloproctología .....	46
Esófago Gástrico .....	60
Hernia .....	69
Hígado, Vías Biliares y Páncreas .....	73
Mama .....	82
Tórax .....	85
Trauma .....	88
Poster .....	91
Videos .....	158





## ESTUDIO CASO CONTROL EN LA MORBIMORTALIDAD ENTRE EL *BYPASS* GÁSTRICO NO RESECTIVO VERSUS RESECTIVO LAPAROSCÓPICO

*Drs. Ítalo Braghetto Miranda, Marcelo Zamorano Díaz, Gustavo Martínez Riveros, Nicole Cuneo Barbosa, Javier González Almonacid*  
Universidad de Chile. Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Departamento de Cirugía. Equipo de Cirugía Esófago Gástrica. Universidad de Antofagasta. Hospital Regional de Antofagasta.

**Introducción:** El aumento de la prevalencia de la obesidad en conjunto al incremento en la indicación quirúrgica, ha permitido el constante desarrollo de la cirugía bariátrica, entre estas técnicas quirúrgicas destaca el *bypass* gástrico resectivo, sin embargo, existe controversia si este procedimiento al adicionar la resección gástrica aumenta la morbimortalidad. **Objetivos:** Comparar la morbimortalidad entre el *bypass* gástrico resectivo (R) versus no resectivo (NR) en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. **Material y Método:** Estudio caso control, retrospectivo de 105 pacientes por grupo, entre enero de 2012 y diciembre de 2014, con un mínimo de seguimiento de 6 meses, ambas técnicas laparoscópicas. La selección de pacientes se hizo de forma aleatoria con método computacional de probabilidad uniforme, sobre una base de datos existentes de las cirugías realizadas durante ese período. Se evaluaron las características clínicas, quirúrgicas y morbimortalidad asociada. Se utilizó estadística descriptiva y el análisis de las variables se realizó con  $\chi^2$ , siendo p significativo  $< 0,05$ . **Resultados:** Las variables como edad ( $\bar{x}$ : 42,2), relación hombre:mujer (1:3). Peso ( $\bar{x}$ : 108,2 kg), Índice de Masa Corporal (40,5 kg/m<sup>2</sup>). Reflujo gastroesofágico previo a la cirugía (21%). Sin diferencias estadísticas significativas entre ambos grupos en todas las variables anteriores, por lo que hace ambos grupos comparables. El tiempo quirúrgico promedio fue de 120 (NR) vs 150 min (R). La media de días de hospitalización fue de 4,3 vs 4,5 días. 6,7% vs 5,7% presentaron complicaciones postoperatorias, todas las variables con  $p > 0,05$  (ns). **Conclusiones:** Este estudio evidencia que el *bypass* gástrico resectivo es una técnica segura. Comparable con los resultados del *bypass* gástrico no resectivo. Sin embargo, se debe realizar un estudio metodológicamente acorde para realizar mayores conclusiones.

## CONVERSIÓN DE GASTRECTOMÍA EN MANGA A *BYPASS* GÁSTRICO EN Y DE ROUX REVISIONAL: EXPERIENCIA LUEGO DE 3 AÑOS DE SEGUIMIENTO

*Drs. Julián Hernández Castillo, Fernando Crovari Eulufi, Mauricio Gabrielli Nervi, Alejandro Raddatz Echavarría, Fernando Pimentel Müller, Gustavo Pérez Blanco, Nicolás Quezada Sanhueza*  
Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva, Facultad de Medicina.

**Introducción:** La cirugía bariátrica revisional (CBR) puede alcanzar hasta el 20% de los pacientes sometidos

a cirugía bariátrica. Sus indicaciones son diversas, principalmente reganancia de peso (RP) y complicaciones derivadas de la cirugía. **Objetivos:** Describir los resultados de pacientes convertidos de gastrectomía en manga (GM) a *bypass* gástrico en Y de Roux revisional (BGYR-R). **Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectivo con estadística descriptiva. Análisis de nuestra base de datos. Se incluyó pacientes sometidos a GM convertidos a BGYR-R, entre los años 2005 y marzo de 2015. Se registraron datos demográficos y antropométricos, complicaciones y porcentaje de pérdida de exceso de peso (%PEP). Datos cuantitativos expresados en mediana y rango intercuartil. **Resultados:** Se identificaron 50 pacientes. Edad 40 (36-46) años, 42 (84%) mujeres. IMC previo a GM y BGYR, 36,4 (34-40) y 33,8 (31-36) kg/m<sup>2</sup>, respectivamente. Intervalo entre cirugías 49 (24-67) meses. Reportamos una mediana de seguimiento a 3 años de 72,2%. Las indicaciones de CBR fueron: RP 28 pacientes (56%), reflujo gastroesofágico 10 pacientes (RGE, 20%), estenosis gástrica 6 pacientes (EG, 12%) y RP RGE 6 pacientes (12%). El %PEP a los 36 meses en pacientes operados por RP fue de 66,9 (26-90). En pacientes operados por RGE el 90% tuvo mejoría de sus síntomas. Todos los pacientes operados por EG resolvieron síntomas. Hubo 6% de complicaciones (2 estenosis gastroeyunales resueltas por dilatación con balón y 1 colitis pseudomembranosa). **Conclusiones:** La conversión de GM a BGYR-R fue una solución segura y efectiva, con una baja tasa de complicaciones y alto %PEP. La mayoría de los pacientes operados por RGE o EG resolvieron sus síntomas. El BGYR-R post GM parece una buena alternativa en pacientes seleccionados.

## ÍNDICE DE MASA CORPORAL VERSUS COMPOSICIÓN CORPORAL EN ASOCIACIÓN CON ENFERMEDADES METABÓLICAS

*Drs. Julián Hernández Castillo, Sebastián Morales Zapata, Fernando Crovari Eulufi, Mauricio Gabrielli Nervi, Alejandro Raddatz Echavarría, Fernando Pimentel Müller, Gustavo Pérez Blanco, Nicolás Quezada Sanhueza*  
Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva, Facultad de Medicina. Escuela de Medicina, Facultad de Medicina.

**Introducción:** La adiposidad corporal está directamente relacionada al desarrollo de enfermedades metabólicas. Clínicamente, el índice de masa corporal (IMC) se utiliza para su estimación. Sin embargo, el porcentaje de masa grasa (%MG), medido por bioimpedanciometría (BIM), permite determinar la adiposidad con mayor precisión. **Objetivos:** Comparar ambos parámetros en su asociación con enfermedades metabólicas. **Material y Método:** Estudio analítico de corte transversal. Todos los pacientes evaluados en el centro de tratamiento de obesidad a los que se realizó BIM durante años 2013 y 2014 por evaluación nutricional, fueron incluidos. Se registraron datos demográficos y antropométricos, composición corporal y comorbilidades. Se realizaron

pruebas t de Student o de Mann-Whitney para evaluar asociación entre presencia/ausencia de cada enfermedad y valor de IMC o %MG. Variables cuantitativas expresadas en mediana y rango. **Resultados:** Se identificaron 440 pacientes, edad 37 (15-73) años, 313 (71%) mujeres, peso 83,7 (47,5-162,1) kg, IMC 30,6 (20,3-51,5) kg/m<sup>2</sup>, %MG 40,8 (14,4-55,8). Un 11,1% correspondía a pacientes eutróficos, 32,3% a pacientes con sobrepeso, 28,2% a pacientes con obesidad moderada, 18,2% a pacientes con obesidad severa y 10,3% a pacientes con obesidad mórbida. La frecuencia de diabetes mellitus 2 (DM2) fue de 10,3%, resistencia insulínica (RI) 36%, hipertensión arterial (HTA) 23,6%, dislipidemia 34,4% y síndrome de apnea/hipopnea obstructiva del sueño 2,7%. El análisis estadístico demostró que el IMC se asocia significativamente sólo con la RI ( $p < 0,001$ ), mientras que el %MG presentó una correlación positiva con RI, DM2 e HTA ( $p < 0,001$ ,  $p = 0,001$  y  $p = 0,04$ , respectivamente). **Conclusiones:** El %MG guarda mejor correlación que IMC con presencia de DM2 e HTA, asociándose fuertemente ambos con RI. Si bien el IMC puede ser un parámetro útil por su fácil utilización, nuestros datos sugieren que la BIM debiera ser preferida en pacientes que requieran una evaluación más precisa de riesgo cardiometabólico.

### OBESOS DIABÉTICOS SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA: REMISIÓN DE DIABETES, CONTROL METABÓLICO Y EVALUACIÓN DE INSULINOSECRECIÓN, SEGUIMIENTO A 5 AÑOS

*Drs. Franco Innocenti Castro, Ernesto Hinrichs Oyarce, María Isabel González Gálvez, Cristian Ledermann Stutz, Gino Caselli Morgado, Kyrie Antezana Ray, Boris Cuevas Villegas*

Universidad de Concepción. Servicio de Cirugía, Clínica Sanatorio Alemán. Servicio de Cirugía, Clínica Bío Bío.

**Introducción:** El tratamiento quirúrgico de la diabetes es crecientemente avalado por experiencias en pacientes seleccionados. Sin embargo, el seguimiento es difícil y los datos con evaluación de insulino secreción son escasos. **Objetivos:** El objetivo es revisar y mostrar los resultados del tratamiento quirúrgico de los pacientes obesos diabéticos manejados por nuestro grupo y su pérdida de peso, control metabólico, insulinoresistencia e insulino secreción a mediano y largo plazo. **Material y Método:** Estudio retrospectivo tipo serie de casos, en que se incluyen pacientes obesos diabéticos sometidos a *bypass* gástrico (BG) o gastrectomía vertical (GV) con intención laparoscópica entre enero de 2007 y julio de 2015. Se revisa variables índice de masa corporal (IMC), sobrepeso perdido (SPP), Remisión de diabetes según criterios sociedad americana (ADA), control metabólico con glicemia basal y Hb A1C, insulinoresistencia con insulinoemia y HOMA, insulino secreción con HOMA beta hasta 5 años post-

operatorio y según tipo de cirugía. Se utiliza t-test. **Resultados:** Treinta y seis obesos diabéticos; 50% BG, 97% laparoscópicos. Al operarse, IMC 38 con diabetes 3,8 años de diagnóstico. La remisión de la diabetes es de 78% y 64% a 1 y 3 años de seguimiento. El SPP fue de 82% y 62% al año y 5 años. HbA1C fueron menores al preoperatorio hasta los 5 años de seguimiento. El HOMA fue menor al preoperatorio hasta el tercer año de seguimiento, con HOMA beta sin aumento significativo. No hubo diferencia entre grupos de BG y GV. **Conclusiones:** Hubo significativa baja de peso, remisión de diabetes y control metabólico en obesos diabéticos sometidos a cirugía bariátrica en nuestra serie. La diabetes tiene sobre 60% de control a 5 años. La insulinoresistencia es menor hasta los 4 años de seguimiento, reapareciendo y la insulino secreción nunca se modifica en forma significativa en el postoperatorio. Esto no difiere según tipo de cirugía.

### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE OBESIDAD CON SEGUIMIENTO A 7 AÑOS: RESULTADOS DE REDUCCIÓN DE PESO, REMISIÓN DE COMORBILIDADES Y MORBIMORTALIDAD

*Drs. Franco Innocenti Castro, María Isabel González Gálvez, Ernesto Hinrichs Oyarce, Cristian Ledermann Stutz, Gino Caselli Morgado, Kyrie Antezana Ray, Boris Cuevas Villegas*

Universidad de Concepción. Cirugía Digestiva, Sanatorio Alemán.

**Introducción:** Existe creciente evidencia de las ventajas de la cirugía sobre el tratamiento médico en el control de la obesidad y diabetes en pacientes seleccionados. **Objetivos:** El objetivo es revisar y mostrar los resultados del tratamiento quirúrgico de los pacientes obesos manejados por nuestro grupo y su pérdida de peso, remisión de comorbilidades, complicaciones y mortalidad. **Material y Método:** Estudio retrospectivo tipo serie de casos, en que se incluyen pacientes obesos con comorbilidad a quienes se indica cirugía de *bypass* gástrico (BG) o gastrectomía vertical (GV) con intención laparoscópica entre enero de 2007 y julio de 2015. Especialmente se excluyen de GV aquellos con reflujo gastroesofágico (RGE) clínico, radiológico o con esofagitis por reflujo preoperatorio endoscópico. Se revisa variables índice de masa corporal (IMC), sobrepeso perdido (SPP), Remisión de diabetes según criterios sociedad americana (ADA), remisión de otras comorbilidades hasta 7 años postoperatorio y según tipo de cirugía. Se comparan promedios utilizando t-test. **Resultados:** 155 pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica. 51% GV. 97% laparoscópicas. En preoperatorio, IMC mayor en grupo BG, 25% diabéticos, 73% insulinoresistentes; 86% enfermedad hepática grasa no alcohólica (NAFLD) con 43% estatohepatitis (NASH). Desde el tercer mes postoperatorio, sin diferencia de IMC ni control metabólico entre GV y

BG. Hay 85% SPP al año y 74% a 5 años. Remisión de diabetes es 77% al año y 43% a 3 años. Remisión de NASH es 92% al año y 79% a 5 años. Otras comorbilidades remiten significativamente. Las reoperaciones por complicaciones precoces fueron 3% y tardías de 1%, sin mortalidad. **Conclusiones:** Hubo significativa baja de peso y remisión de comorbilidades con cirugía bariátrica y baja morbimortalidad perioperatoria. Aunque inicialmente hubo diferencia de IMC entre los dos tipos de cirugía, esto se iguala precozmente y en el postoperatorio no hay diferencias entre ambas técnicas al seguimiento en nuestra serie.

### CONSULTA EN SERVICIO DE URGENCIA Y READMISIÓN DURANTE LOS PRIMEROS 30 DÍAS DESPUÉS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA EN UN CENTRO DE ALTO VOLUMEN

*Drs. Rodrigo Muñoz Claro, Erik Manríquez Alegría, Rodrigo Tejos Sufan, Alejandro Rojas Cohen, Mauricio Gabrielli Nervi, Nicolás Quezada Sanhueza, Alejandro Raddatz Echavarría, Sergio Guzmán Bondiek, Fernando Crovari Eulufi*  
Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva.

**Introducción:** La readmisión después de una cirugía electiva es un indicador de la calidad de atención. El objetivo de este estudio fue evaluar las tasas de consulta en el Servicio de Urgencia (SU) y de readmisión durante los primeros 30 días después de una cirugía bariátrica. **Objetivos:** Determinar las tasas de consulta y readmisión después de la cirugía bariátrica. **Material y Método:** Se realizó una revisión retrospectiva de todos los pacientes que fueron sometidos a un *bypass* gástrico (BPG) laparoscópico o gastrectomía en manga (GM) de forma consecutiva durante los períodos 2006-2007 y 2012-2013. A partir de los registros hospitalarios, se identificaron aquellos pacientes que consultaron en nuestro SU y/o que fueron hospitalizados durante los primeros 30 días después de haber sido dados de alta. **Resultados:** Identificamos un total de 1.146 pacientes, 73% eran mujeres. La edad e IMC promedio fue de  $36,8 \pm 11,7$  años y  $37,5 \pm 5,5$  kg/m<sup>2</sup> respectivamente. En total 613 y 533 pacientes fueron sometidos a un BPG y GM, respectivamente. La tasa global de consulta al SU y de readmisión fue de 7,9% y 3,5%. No hubo diferencias en la consulta en el SU entre pacientes sometidos a BPG y GM (9,1 vs 6,6%,  $p > 0,05$ ). La readmisión fue mayor después del BPG (4,9% vs 2,3%,  $p < 0,05$ ). Un 78% de los pacientes readmitidos era mujeres, tuvieron un tiempo operatorio, y estaba hospitalaria mayor. Los pacientes sometidos al BPG requirieron cirugía o endoscopia más frecuentemente que los pacientes operados de GM (2,3% vs 0,2%,  $p < 0,05$ ). No hubo diferencias en estas variables entre los períodos analizados. **Conclusiones:** La readmisión

se observa de forma más frecuente en pacientes sometidos al BPG que en aquellos sometidos a la GM. La mayoría de los pacientes que requirió hospitalización pudo ser tratada de forma conservadora.

### MORBILIDAD ASOCIADA A CIRUGÍA BARIÁTRICA Y COLECISTECTOMÍA SIMULTÁNEA

*Drs. Hernán Guzmán Martín, Matías Sepúlveda Hales, Hernán Guzmán Céspedes, Cristian Astorga Larrondo, Juan Pablo Hermosilla De La Carrera, Felipe Guzmán Martín*  
Hospital Dipreca. Centro de Cirugía de la Obesidad. Universidad Diego Portales.

**Introducción:** La coleditiasis es una patología común en la población obesa chilena, particularmente durante la baja de peso rápida. La colecistectomía laparoscópica es una técnica bastante segura, pero simultánea con cirugía bariátrica en pacientes asintomáticos, es un tema controversial. **Objetivos:** Presentar las complicaciones intraoperatorias y postquirúrgicas asociadas a la colecistectomía simultánea con cirugía bariátrica en pacientes obesos asintomáticos. **Material y Método:** Serie de casos. Se realizó una revisión retrospectiva de todos los registros clínicos de pacientes obesos (IMC  $> 30$  kg/m<sup>2</sup>) asintomáticos para coleditiasis, sometidos a colecistectomía concomitante con cirugía bariátrica (gastrectomía vertical, gastrectomía vertical más *bypass* yeyunal y *bypass* gástrico) en el Hospital Dipreca, entre enero de 2010 y diciembre de 2013. Variables: complicaciones intraoperatorias y postquirúrgicas (primeros 30 días). El análisis fue realizado con estadística descriptiva. **Resultados:** De una base de datos de 2.321, a 71 pacientes se les realizó cirugía bariátrica y colecistectomía simultánea. Tres pacientes (4,2%) presentaron alguna complicación. Dos pacientes (2,8%) presentaron complicaciones intraoperatorias (lesión de vía biliar y sangrado del lecho hepático) y una complicación (1,4%) postoperatoria (atelectasias bibasales). Dos pacientes (2,8%) requirieron de re-operación. No hubo mortalidad y 68 (95,8%) pacientes no presentaron complicaciones de ningún tipo. **Conclusiones:** La colecistectomía concomitante con cirugía Bariátrica no está exenta de complicaciones y aumenta la posibilidad de reoperación.

### CIRUGÍA BARIÁTRICA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA. IMPACTO EN FUNCIÓN HEPÁTICA Y PARÁMETROS DE OBESIDAD

*Drs. Ítalo Braghetto Miranda, Danny Oksenbergs Reisberg, Daniel Revello Pedemonte, Nicole Cuneo Barbosa*  
Hospital Clínico Universidad de Chile. Unidad de Cirugía Bariátrica.

**Introducción:** La obesidad está asociada con la presencia de esteatosis hepática no alcohólica (NASH) y

cirrosis, siendo la baja de peso el pilar del tratamiento. El desarrollo de la Cirugía Bariátrica ha permitido posicionarse como una alternativa terapéutica validada en casos seleccionados de pacientes obesos cirróticos. **Objetivos:** Analizar los resultados de función hepática y parámetros de obesidad tras la realización de cirugía bariátrica en pacientes cirróticos compensados Child A, en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH). **Material y Método:** Se realizó un estudio descriptivo y analítico, prospectivo, de pacientes con cirrosis hepática, sometidos a cirugía bariátrica entre los años 2003 y 2013. Se compararon por medio de T-Student las siguientes variables entre el preoperatorio y el seguimiento entre 6-12 meses: peso, creatinina, tiempo protrombina (TP), INR, bilirrubina total (BT), la hemoglobina glicosilada (HbA1c) y MELD. **Resultados:** Siete fueron los pacientes incluidos, cinco de ellos hombres, teniendo una edad promedio de 53,6 años. Todos los casos fueron cirrosis post NASH y uno de ellos además tenía hepatitis autoinmune. Dos pacientes presentaron hipertensión portal, con várices esofágicas de moderado desarrollo, que fueron sometidas a ligadura variceal profiláctica y uso de Terlipresina pre e intraoperatoria. El MELD inicial promedio fue de 8,14. A seis se le realizó gastrectomía vertical y a uno *bypass* gástrico. Una paciente desarrolló en el postoperatorio ascitis de corta duración y fácil manejo. En los seguimientos posteriores, se detectó mejorías significativas en: HbA1c ( $p < 0,04$ ), BT ( $p < 0,03$ ) y el peso ( $p < 0,0002$ ). Al año de seguimiento, no hubo deterioro de la función hepática y el MELD promedio fue de 8. **Conclusiones:** La cirugía bariátrica, principalmente gastrectomía vertical, en pacientes cirróticos compensados Child A es un procedimiento bien tolerado y con mínima morbilidad postoperatoria, logrando mejoría significativa en el control metabólico, función hepática y en el peso.

## RESULTADOS A LARGO PLAZO EN MANGA GÁSTRICA

*Drs. Matías Sepúlveda Hales, Gonzalo Castillo Carvajal*  
Hospital Dipreca. CCO. UDP.

**Introducción:** La obesidad es un problema de salud a nivel nacional e internacional. La manga gástrica como cirugía bariátrica ha mostrado buenos resultados en términos de baja de peso a corto y mediano plazo, sin embargo, existen resultados disímiles a largo plazo. **Objetivos:** Reportar la baja de peso en pacientes operados de manga gástrica con más de 2 años de evolución. **Material y Método:** Serie de casos retrospectiva. Se revisaron desde una base de datos prospectiva, los pacientes sometidos a manga gástrica en el Hospital Dipreca entre el año 2007 y el año 2012. Se utilizó estadística descriptiva. **Resultados:** Se revisa-

ron 409 pacientes sometidos a manga gástrica. El IMC preoperatorio promedio fue de 36,5 kg/m<sup>2</sup> y el 74,5% era de género femenino. El porcentaje de baja del exceso (PEP) de peso a 1, 2, 3, 4 y 5 años fue de 100,7; 89; 79,1; 84,8 y 54,9 respectivamente. Un 40% de los pacientes seguidos en el quinto año presentaba menos del 50% PEP. Morbilidad quirúrgica 0,04%. No hubo mortalidad. **Conclusiones:** La baja de exceso de peso en manga gástrica es buena dentro de los primeros años, pero se produce reganancia a partir del quinto.

## BYPASS GÁSTRICO RESECTIVO LAPAROSCÓPICO EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA: UNA OPCIÓN VÁLIDA EN NUESTRO PAÍS. EXPERIENCIA DE 10 AÑOS

*Drs. Ítalo Braghetto Miranda, Gustavo Martínez Riveros, Owen Korn Bruzzone, Marcelo Zamorano Díaz, Manuel Figueroa Giralt, Cristoph Scheel Bastias, Paulina Ferrada Andrade*  
Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento de Cirugía. Equipo Esófago Gástrico.

**Introducción:** El *bypass* gástrico, sin resección gástrica del estómago distal, es el tratamiento quirúrgico realizado frecuentemente para la obesidad. Se han descrito varias complicaciones postoperatorias relacionadas con el estómago distal "*in situ*" y a pesar de que hay pocos casos de carcinoma gástrico situado en este segmento, hacen plantear la posibilidad de gastrectomía distal. **Objetivos:** Presentar los resultados postoperatorios inmediatos en pacientes sometidos a *bypass* gástrico laparoscópico resectivo. Se estudia morbilidad postoperatoria y seguimiento a corto y mediano plazo. **Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectivo, se analiza la experiencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile en un período de 10 años, desde enero de 2004 a diciembre de 2014. Se incluyen 336 pacientes, 240 mujeres y 96 hombres. Se consideró peso, IMC, comorbilidades, tiempo operatorio, estadía hospitalaria, histología del estómago resecado, complicaciones y su manejo, cambios en parámetros de obesidad. Análisis estadístico mediante STATA 12. **Resultados:** Peso promedio preoperatorio 105,9 ± 16,8 kg (72-153). IMC promedio 38,5 ± 4,5 kg/m<sup>2</sup> (32-62). El 43,4% presentaba comorbilidades. Tiempo operatorio promedio 136,5 ± 28,9 min (120-230). Alta al tercer día postoperatorio, promedio 4,8 ± 1,75 días (3-45). Complicaciones postoperatorias ocurrieron en 25 pacientes (7,4%), de los cuales se reoperaron 9 pacientes. No hubo mortalidad operatoria. Estudio histológico de la pieza resecada fue normal en sólo el 6,25%. La mayoría presentó gastritis crónica. Al primer año de seguimiento se confirmó una baja de peso promedio de 43,7 ± 6,8 kg y el IMC promedio fue de 25,8 ± 2,7 kg/m<sup>2</sup>. **Conclusiones:** *Bypass* gástri-

co resectivo laparoscópico presenta resultados muy similares en comparación con el *bypass* gástrico clásico, en cuanto a morbilidad, mortalidad y cambios en los parámetros de obesidad. Por lo tanto, es una opción para el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida en los países con alto riesgo de carcinoma gástrico.

## HERNIA HIATAL PARAESOFÁGICA POST BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE Y GASTRECTOMÍA VERTICAL TUBULAR: RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA POR VÍA LAPAROSCÓPICA

*Drs. Ítalo Braghetto Miranda, Enrique Lanzarini S., Owen Korn Bruzzone, Héctor Valladares Hernández*  
Universidad de Chile. Departamento de Cirugía.  
Hospital Clínico Universidad de Chile.

**Introducción:** Tanto la colocación de banda gástrica ajustable como la gastrectomía vertical tubular pueden presentar complicaciones severas como abscesos perigástricos, perforación, esofagitis graves, etc. **Objetivos:** Presentar la técnica quirúrgica (vídeo) de un caso clínico complejo de complicación post colocación de banda gástrica ajustable y luego post gastrectomía vertical tubular resuelto exitosamente por vía laparoscópica. **Material y Método:** *Caso clínico:* Paciente de sexo femenino, 25 años, IMC 42 kg/m<sup>2</sup> que se sometió a colocación de banda gástrica ajustable por vía laparoscópica. Dos años más tarde debido a la erosión gástrica y perforación se confirmó un absceso perigástrico. Ella fue sometida a drenaje laparoscópico y la extracción de la banda. Seis meses más tarde, debido a reganancia progresiva de peso se efectuó una gastrectomía vertical tubular sin complicaciones tempranas. Sin embargo, 1 año después el paciente presentó dolor retroesternal y síntomas de reflujo intratables. Endoscopia y Rx EED demostraron una gran hernia para-esofágica. Se muestra vídeo que incluye los hallazgos del estudio preoperatorio, los hallazgos intra-operatorios y la técnica utilizada que consistió en una re-resección gástrica vertical hiato-plastia hiatal. **Resultados:** Sin complicaciones postoperatorias y a los 6 meses de seguimiento no presenta síntomas de reflujo, con buena calidad vida y un IMC 26,1 kg/m<sup>2</sup>. Se presentan los hallazgos pre y postoperatorios. **Conclusiones:** El abordaje laparoscópico es factible y puede ser seguro en la resolución de la hernia hiatal post cirugía bariátrica.

## REPROGRAMACIÓN METABÓLICA DEL ASA ALIMENTARIA EN PACIENTES OBESOS SOMETIDOS AL *BYPASS* GÁSTRICO EN Y DE ROUX

*Drs. Rodrigo Muñoz Claro, Luca Meoli Meoli, Nicolás Quezada Sanhueza, Erick Castillo Franz, Palmenia Pizarro Parra, Danae Turiel Araya, Fernando Crovari Eulufi, Nicholas Stylopoulos Stylopoulos*  
Pontificia Universidad Católica de Chile.

Departamento de Cirugía Digestiva. Boston Children's Hospital, Harvard Medical School Broad Institute of Massachusetts Institute of Technology (MIT) and Harvard Medical School.

**Introducción:** Estudios recientes han demostrado que el *bypass* gástrico en Y de Roux (BPGYR) reprograma el metabolismo del asa alimentaria en roedores sometidos a este procedimiento. Luego de esta cirugía, el intestino experimenta proliferación y remodelación tisular. En respuesta a las demandas energéticas aumentadas, el intestino aumenta la captación y utilización de sustratos metabólicos esenciales como glucosa, colesterol y aminoácidos. Esta reprogramación metabólica del intestino puede ser clave en mediar los efectos metabólicos de esta cirugía. **Objetivos:** El objetivo de este estudio fue determinar si luego del BPGYR el asa alimentaria de los pacientes exhibe cambios que indiquen reprogramación metabólica. **Material y Método:** Evaluamos muestras correspondientes a asa alimentaria de pacientes sometidos a BPGYR (n = 12) las cuales fueron comparadas a muestras obtenidas de un grupo control de pacientes obesos (n = 12). Se determinó la expresión de genes y proteínas involucradas en la regulación del metabolismo de la glucosa, lípidos y proteínas. **Resultados:** El análisis del transcriptoma demostró el aumento de vías metabólicas involucradas en el ciclo celular, y metabolismo de la glucosa, lípidos y aminoácidos. El análisis de la expresión de genes por medio de PCR en tiempo real confirmó el aumento en la expresión de Hexokinasa-2 (1.5x), PKM2 (1.6x), LDLR (4.5x), HMGCR (3x), HMGCS1 (1.7x), MVD (2x). Consistentemente, la expresión de proteínas de componentes esenciales de estas vías metabólicas se encontraban aumentadas incluyendo Hexokinasa 2, CDK1 proteína esencial para la meiosis celular-, SREBP2 regulador principal de la síntesis de colesterol celular y LDLR. Caracterización metabólica del asa alimentaria demostró también que el metabolismo energético pueda estar también aumentado en esta asa alimentaria. **Conclusiones:** Este estudio preliminar apoya la hipótesis que la reprogramación del asa alimentaria puede ser uno de los componentes claves en mediar los efectos benéficos del BPGYR en humanos.

## IMPACTO DE LA DISECCIÓN CENTRAL PROFILÁCTICA DEL CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES A 10 AÑOS DE SEGUIMIENTO EN EL SERVICIO DE SALUD OCCIDENTE

*Drs. Enrica Ramírez Pittaluga, Aníbal Ibáñez Mora, Luis Alberto Inzunza Constanzo, Jaime Morán Tamayo, Mauricio Chang Salazar, Juan Pablo Andrés Cárdenas Larenas, Sofía Lizana C.*

Hospital San Juan de Dios, Santiago. Equipo de Cirugía de Cabeza y Cuello.

**Introducción:** Cáncer Papilar Tiroides es relativamente infrecuente y si bien existe consenso en cuanto a realizar tiroidectomía total, aún hay controversia en el manejo linfonodal, en especial por no haberse demostrado injerencia en el pronóstico de sobrevida, dado el buen pronóstico vital y la sobrevida prolongada, no existen estudios prospectivos randomizados que permitan comparar su tratamiento entre series. **Objetivos:** El objetivo es analizar el manejo quirúrgico del Servicio de Cirugía del Hospital San Juan de Dios (HSJD). **Material y Método:** Estudio descriptivo retrospectivo en base a la revisión de los registros clínicos de los pacientes con CPT del Servicio de Cirugía del HSJD entre los años 2005-2014. Se incluyeron sólo aquellos pacientes sin metástasis clínica linfonodal (cN0). Datos procesados por el programa STATA v.11.1. **Resultados:** Se identificaron 273 pacientes (90,1% mujeres) de 45 ( $\pm$  13,8) años. El compromiso metastásico del compartimiento central fue 46% y el promedio 1,7 ( $\pm$  2,9) linfonodos comprometidos (11,2% macro-metástasis). La mediana de recurrencia fue en los primeros 36 meses y se presentó en un 2,8%, compartimiento lateral y central en un 2,5% y 0,3%, respectivamente. La variedad histológica más frecuente fue papilar clásico. El hipoparatiroidismo transitorio un 11,1%. El nivel de Tiroglobulina postoperatorio promedio 1,25 ( $\pm$  2,11). La Sobrevida a 1, 3 y 5 años fue 100%. La mediana de seguimiento fue 58 meses. **Conclusiones:** Considerando la baja recidiva y morbilidad asociada a este procedimiento. Recomendamos la disección cervical central profiláctica para poder mejorar el status linfonodal y etapificar a los pacientes en grupos pronósticos apropiados que permitirá personalizar el manejo postoperatorio sin aumentar la morbimortalidad y así disminuir el riesgo de reintervención del compartimiento central.

## TIROIDECTOMÍA TOTAL COMO TRATAMIENTO DE ELECCIÓN PARA PACIENTES PORTADORES DE ENFERMEDAD DE GRAVES-BASEDOW CON NÓDULO TIROIDEO CONCOMITANTE

*Drs. Patricio Cabané Toledo, Patricio Gac Espinoza, Francisco Javier Rodríguez Moreno, Juan Aldana Landeros, Daniel Alejandro Riquelme Tapia, Natalia Aldana Landeros, Yoshiro Sato Alvarado, Nicole Cuneo Barbosa, Caterina Contreras Bertolo* Universidad de Chile. Departamento de Cirugía. Equipo Cirugía Endocrina. Hospital Clínico Universidad de Chile.

**Introducción:** La enfermedad de Graves-Basedow (EGB), constituye la entidad más frecuente, entre las

enfermedades que producen hipertiroidismo. Se ha observado mediante ultrasonografía la presencia concomitante de nódulos tiroideos hasta en un 30%, teniendo estos pacientes un riesgo elevado de desarrollar cáncer de tiroides hasta un 45,8%. Actualmente el tratamiento para la EGB abarca fármacos anti tiroideos, radioyodo y cirugía. La elección del método terapéutico, es aún controversial, sin embargo, su correlación con cáncer tiroideo perfila la tiroidectomía total (TT) como tratamiento de elección. **Objetivos:** El presente estudio, tiene como objetivo avalar la tiroidectomía total como conducta terapéutica en pacientes portadores de EGB con nódulo tiroideo concomitante. **Material y Método:** Se seleccionaron 74 pacientes con diagnóstico de EGB e indicación quirúrgica, operados en un período de 7 años (2008-2015) en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Se realizó un análisis retrospectivo de los datos clínicos incluyendo ecotomografía tiroidea, estudio hormonal, indicación quirúrgica, cirugía realizada y resultado anatomopatológico. **Resultados:** Del total de 74 pacientes, con edad promedio 43 años, el 82% correspondió a mujeres. El 54% de los pacientes tiene como una de sus indicaciones quirúrgicas la presencia de nódulos tiroideos sospechosos. De aquellos que presentaban nódulos, el resultado de la biopsia quirúrgica indicó presencia de cáncer en 24% (13,5% total pacientes). A su vez el 27% de los operados no presentaba nódulos como indicación quirúrgica, encontrándose cáncer en un 5%. La presencia de nódulos en pacientes con EGB e indicación quirúrgica establece un riesgo de cáncer de tiroides 4,8 veces mayor. **Conclusiones:** Los pacientes con EGB e indicación quirúrgica que tienen diagnosticado nódulos tiroideos tienen casi 5 veces mayor riesgo de presentar cáncer de tiroides, justificando la cirugía como tratamiento definitivo de elección.

## MELANOMA MALIGNO CUTÁNEO ETAPAS I Y II: CARACTERIZACIÓN Y ANÁLISIS DE SOBREVIDA SEGÚN GÉNERO

*Drs. Angélica Silva Figueroa, Teresa Ip Lam, Guillermo Enrique Vander Stell Altamirano, Nicolás Droppelmann Muñoz, Francisco Domínguez Covarrubias, Mauricio Camus Appunh, Ignacio Goni Espildora, Augusto León Ramírez* Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento de Cirugía Oncológica y de Cabeza y Cuello.

**Introducción:** La incidencia del MM ha crecido rápidamente más que cualquier otro tumor sólido. Muchos estudios reportan que las mujeres tienen un mejor pronóstico en comparación con los hombres en EE.UU. Las publicaciones sobre caracterización sobre MM en América Latina son escasas. **Objetivos:** Caracterización de pacientes operados en Hospital Clínico Universidad Católica de Chile (HCUC) con MM en

etapas I y II entre los años enero de 2010 a abril de 2015. **Material y Método:** Trabajo retrospectivo. Se excluyeron todos los pacientes con etapas 0, III y IV, MM no *cutaneous* y todos con datos clínicos incompletos. Se evaluará edad, sexo, presentación clínica, tratamiento quirúrgico realizado, ubicación de MM, características histológicas, TNM y seguimiento. Todas estas variables serán analizadas con SPSS 23. **Resultados:** Total de 105 pacientes. Edad promedio 51 años y 52% de género femenino. Ubicación más frecuente extremidades 49%. El tipo de extensión superficial es el más frecuente 39%. Los rangos de seguimiento: 9 hasta 168 meses (promedio 79). La sobrevida global es 95% a 4 años y 91% a 10 años. Por género; La zona corporal más frecuentes en mujeres son las extremidades 57% y en hombre el tronco 63%. No hubo diferencias significativas en edad de presentación ni presencia de mitosis por campo ni *Breslow* ni en ulceración ni en etapa de presentación para ambos géneros. La sobrevida global en mujeres fue de 98% a 4 y 10 años y en hombres 95% a 4 años y 86% a 10 años. **Conclusiones:** No hay diferencias con la literatura publicada en edad, tipo histológico y distribución corporal. La sobrevida global en Chile en estas etapas es igual que las publicadas en series norteamericanas. El análisis de sobrevida mostró que las mujeres tienen mejor sobrevida a largo plazo que los hombres. Al igual que otras publicaciones se confirma el fuerte factor protector del género femenino en la mortalidad.

### ECOGRAFÍA DE ETAPIFICACIÓN PREOPERATORIA EN CÁNCER DE TIROIDES: CORRELACIÓN CON ECOGRAFÍA TIROIDEA ESTÁNDAR E HISTOPATOLOGÍA POSTOPERATORIA

*Drs. Patricio Cabané Toledo, Patricio Gac Espinoza, Francisco Javier Rodríguez Moreno, Juan Aldana Landeros, Nicole Cuneo Barbosa, Yoshiro Sato Alvarado, Natalia Aldana Landeros, Daniel Alejandro Riquelme Tapia, Caterina Contreras Bertolo*  
Universidad de Chile. Departamento de Cirugía.  
Equipo de Cirugía Endocrina, Hospital Clínico Universidad de Chile.

**Introducción:** La ecografía de etapificación preoperatoria realizada a pacientes con diagnóstico de cáncer de tiroides tiene como objetivo establecer la presencia de adenopatías sospechosas de compromiso metastásico, permitiendo cambio de conducta quirúrgica, establecer el riesgo de recurrencia linfonodal y necesidad de tratamiento adyuvante adicional. **Objetivos:** Establecer correlación de ecografías tiroidea estándar (ET) con respecto a Ecografía de etapificación (EEP) en cuanto a presencia de adenopatías sospechosas de malignidad, evaluando respecto a resultado de estudio histopatológico de biopsia postoperatoria. **Material y Método:** Análisis retrospectivo de 13 pacientes operados en HCUCH que cuentan con ET y EEP realizada

en el mismo centro. Se considera como presencia de adenopatía sospechosa ecográficamente las siguientes características; microcalcificaciones, vascularización, relación alto/ancho, presencia de hilio graso. Posteriormente a la cirugía, establecer con resultado de biopsia la precisión del método. **Resultados:** De un total de 13 pacientes, edad promedio 37,7; se estableció presencia de compromiso linfonodal en 23,1% en ET y EEP: grupo central derecho 15,4%; Central izquierdo 23,1%; yugular derecho 38,5%; yugular izquierdo 38,5%. A su vez, con ET negativa, el 46,2% resultó EEP positiva. Según localización: grupo central derecho 15,4%; Central izquierdo 15,4%; yugular derecho 23,1%; yugular izquierdo 23,1%. El tiempo entre ET y EEP fue 106,7 días promedio, y entre EEP y cirugía 33,3 días. Se realizó tiroidectomía total en 23,1%; TT ampliada en 76,9%, con disección de grupos central derecho 62,5%; Central izquierdo 75,0%; yugular derecho 75,0%; yugular izquierdo 50%; lateral derecho 12,5%; lateral izquierdo 0%. En biopsia diferida, positiva para invasión en 50% de los operados. Estableciendo correlación de positividad entre EEP y biopsia para cada localización: central derecho 66,7%; central izquierdo 100%; yugular derecho 100%; yugular izquierda 100%; lateral derecho 0%; lateral izquierdo 0%. **Conclusiones:** El cáncer de tiroides es una patología relativamente frecuente, en la cual, la detección de compromiso ganglionar preoperatorio nos permite optimizar su manejo, ofreciendo cirugía cuatativa asociada a adyuvancia, disminuyendo la tasa de recidiva y reoperaciones. A su vez de mejorar el manejo quirúrgico del paciente, disminuyendo las complicaciones quirúrgicas y pronóstico.

### CIRUGÍA EN CÁNCER DE TIROIDES: ¿HAN AUMENTADO LAS DISECCIONES GANGLIONARES EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS?

*Drs. Patricio Gac Espinoza, Patricio Cabané Toledo, Valeria Abiuso Baesler, Diego Valenzuela Silva*  
Hospital Clínico Universidad de Chile.  
Equipo de Cirugía de Cabeza y Cuello.

**Introducción:** El cáncer de tiroides en Chile, presenta una incidencia de 7,86 por cada 100.000 hab/año, siendo aproximadamente un 80% mujeres. Corresponde a la neoplasia endocrina más frecuente con más del 90% del tipo bien diferenciado (papilar y folicular), los cuales se encuentra en su mayoría en glándulas eutiroideas. Otros tipos histológicos menos comunes son el medular, anaplásico y el linfoma tiroideo. El pronóstico dependerá entre otras cosas del tipo histológico y el momento del diagnóstico, siendo actualmente la tiroidectomía total o ampliada, el tratamiento más validado y efectivo. **Objetivos:** Evidenciar la variación en el número y tipo de disecciones ganglionares de pacientes operados en nuestro centro, por diagnóstico de cáncer de tiroides en un período de 10 años. **Material y Método:** Mediante diseño de cohorte retrospectivo y utilizando t-ANOVA

y t-student, se analizaron 1.725 pacientes sometidos a tiroidectomías total o ampliada por cáncer de tiroides, entre los períodos 2004-2009 y 2010-2015. **Resultados:** De los 1.725 pacientes estudiados, 696 (40,3%) corresponden al período 2004-2009 y 1.029 (59,7%) al 2010-2015. En ambos períodos, la mayoría fueron mujeres (84% vs 85%) y edad promedio de  $45,4 \pm 14,3$  vs  $44,9 \pm 14,2$ . En este último período se realizaron 2,5 veces más disecciones ganglionares ( $p < 0,01$ ), con disminución del número de ganglios con metástasis en cada disección ( $p < 0,7$ ) y por consiguiente de la densidad linfonodal ( $p < 0,01$ ). Se observa además un aumento en el número de pacientes con metástasis ganglionares, siendo 2,3 veces más frecuente en el último período (16% vs 26%). **Conclusiones:** En los últimos 10 años, a pesar del aumento del número de disecciones ganglionares, existe una disminución en la densidad linfonodal de cada paciente. Es motivo entonces de análisis futuro, las posibles causas de este fenómeno y el impacto que esto tendría en la recurrencia, el pronóstico y la sobrevida de los pacientes operados por cáncer de tiroides metastásico.

## PRESENTACIÓN ANÓMALA DE QUISTE TIROGLOSO

*Drs. Mauricio Chang Salazar, Enrica Ramírez Pittaluga*  
Hospital San Juan de Dios, Santiago. Cirugía Cabeza y Cuello.

**Introducción:** Los quistes de conducto tirogloso son una malformación congénita en alrededor del 7% de la población producto de una falla en la obliteración del conducto tirogloso. Representan una de las causas más importantes de tumores de línea media. **Objetivos:** Reportar caso. **Material y Método:** Revisión Ficha clínica. **Resultados:** Hombre de 47 años consulta por aumento de volumen en la región cervical lateral derecha y anterior a línea preauricular, de aproximadamente 5 cm. Refiere un año de evolución, progresivo, indoloro agregándose durante el último mes disfagia. Al examen, lesión de 5 cm de diámetro, piel circundante sin eritema ni lesiones agregadas, indoloro, superficie homogénea a la palpación, consistencia elástica, no adherido a planos profundos. Ecografía muestra lesión quística cervical de 5 cm. TAC revela una extensa lesión quística cervical derecha de  $6,2 \times 5 \times 4,3$  cm bien definida, sin refuerzo con el uso de contraste, localizada inmediatamente lateral a los cartilagos tiroides, debajo de la glándula submandibular y parótida derecha. Desplaza órganos cervicales hacia izquierda, lateral y posterior vasos carotídeos, anterior glándula submandibular. Se plantea quiste del 3<sup>er</sup> arco branquial. Ingres a pabellón, se realiza exploración cervical y se identifica lesión quística, lateral derecha hacia la región infrahioidea, íntimamente adherida al cuerpo del hioides, se completa procedimiento tipo Sistrunk. Ectomía de la lesión con salida de líquido purulento, escasa cuantía. Biopsia revela masa

quística, concordante con quiste del conducto tirogloso. **Conclusiones:** Los quistes del conducto tirogloso son las lesiones cervicales congénitas más frecuentes. Se diferencian clínicamente de otras lesiones quísticas por su posición mediana y su elevación al sacar la lengua. La posición lateral de nuestro caso se explicaría por el tiempo de evolución y ptosis de la lesión secundaria a la acción de la gravedad. El diagnóstico de sospecha intraoperatorio hace que la operación de Sistrunk deba realizarse para evitar la recidiva de la lesión.

## QUISTE PARATIROIDEO: ANÁLISIS CLÍNICO A PARTIR DE DOS CASOS

*Drs. Ángel Ortiz Valenzuela, Loreto Andrea Vásquez Rivera*  
Hospital Clínico San Borja-Arriarán, Santiago.  
Servicio Cirugía Adulto.

**Introducción:** Los quistes paratiroides son una causa poco frecuente de masa cervical anterior. Representan alrededor del 1% de todos los quistes cervicales. Se presentan principalmente entre los 40 y 50 años de edad, sin diferencia de incidencia entre ambos sexos. Pueden ser funcionantes o no funcionantes. Los quistes funcionantes representan la causa de hiperparatiroidismo primario en el 1% del total, mientras que los no funcionantes suelen ser asintomáticos o presentarse raramente como compresión a estructuras vecinas. El diagnóstico es complejo, suelen confundirse con nódulos tiroideos. **Objetivos:** El objetivo de este trabajo es caracterizar y analizar dos casos clínicos de quistes paratiroides diagnosticados en el Servicio de Cirugía del Hospital Clínico San Borja Arriarán. **Material y Método:** Revisión retrospectiva de pacientes intervenidos en el Servicio de Cirugía del Hospital San Borja Arriarán con diagnóstico de Hiperparatiroidismo primario entre enero de 2004 y julio de 2015. Se analizaron los aspectos clínicos, radiológicos e histopatológicos de ambos casos. **Resultados:** Se encontraron 2 casos de quistes paratiroides de un total de 52 pacientes intervenidos con diagnóstico de hiperparatiroidismo primario en el Hospital San Borja Arriarán. Ambos casos se presentaron en mujeres en la quinta década de la vida. Uno de ellos era un quiste funcionante, causante del hiperparatiroidismo primario, que se presentó como hipercalcemia asintomática, pesquisada en exámenes de rutina. Mientras que el segundo caso fue un hallazgo intraoperatorio a la exploración cervical por adenoma paratiroideo identificado imagenológicamente en el estudio preoperatorio. El diagnóstico se confirmó a la histología. **Conclusiones:** Los quistes paratiroides son una causa rara de quistes cervicales. Son de difícil diagnóstico, por lo que se requiere de alta sospecha clínica y exhaustivo examen cervical. Su estudio debe incluir ecografía cervical y aspiración con aguja fina, ya que la obtención de parathormona en líquido aspirado confirmaría el diagnóstico y podría actuar como manejo definitivo.



## DISTRACCIÓN MANDIBULAR OSTEOGÉNICA INTERNA EN NIÑOS CON SECUENCIA DE PIERRE ROBIN. SERIE DE CASOS CLÍNICOS TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA

*Drs. Diego Ardiles López, Pablo Vilca Araneda, Louise Navarrete Malig*

Universidad de Antofagasta. Unidad Fisurados.  
Hospital Regional de Antofagasta.

**Introducción:** La secuencia de Pierre Robin (SPR) es una malformación congénita caracterizada por micrognatia, fisura palatina y glosoptosis. Las complicaciones del SPR yacen en la desnutrición secundaria a la dificultad para alimentarse y problemas respiratorios, ambos producto de la obstrucción de la hipofaringe. El tratamiento del SPR abarca métodos quirúrgicos y no quirúrgicos, destacando la distracción mandibular osteogénica interna (DMOI), la cual revierte la micrognatia y corrige las complicaciones propias de esta patología. **Objetivos:** Analizar la experiencia de tratamiento quirúrgico en pacientes pediátricos con SPR. **Material y Método:** Estudio descriptivo retrospectivo de una serie de dos casos clínicos. Los datos se obtuvieron por revisión de fichas clínicas y corresponden a todos los pacientes con SPR tratados con DMOI en período 2014-2015 en el Hospital Regional de Antofagasta. **Resultados:** *Caso 1:* Recién nacido de pre-término (RNPT) 36 semanas, adecuado para la edad gestacional, cesárea por cesárea anterior, antecedentes de SPR y desnutrición grave. Se realiza DMI bilateral con distractor baby recto, incrementándose longitud mandibular en 1 mm diario hasta 15 mm. Evoluciona favorablemente sin complicaciones, se alimenta bien logrando buen incremento ponderal, sin dificultad respiratoria. *Caso 2:* RNPT 32 semanas, pequeño para la edad gestacional, cesárea por restricción de crecimiento intrauterino severo, con antecedentes de SPR. Evoluciona con trastorno en la deglución, reflujo gastroesofágico patológico y desnutrición severa, alimentándose por sonda. Presenta neumonía neonatal y paro cardiorrespiratorio recuperado. Se realiza DMI bilateral con distractor baby recto, incrementándose longitud mandibular 1 mm diario hasta 15 mm, retomando la alimentación oral y con recuperación del incremento ponderal, sin desarrollo de dificultad respiratoria. **Conclusiones:** La DMOI es un procedimiento efectivo en el tratamiento de los pacientes con SPR, logra resultados óptimos en la elongación de la mandíbula con la consecuente corrección de la dificultad del niño para alimentarse y la obstrucción respiratoria asociada, siendo además bien tolerada por el paciente.

## EXPERIENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE TALCA EN MELANOMAS MUCOSOS

*Drs. Marcelo Sánchez Peña, Carlos Tosi Murillo, Marcelo Fuentes Espinoza*  
Universidad Católica del Maule.

**Introducción:** Los melanomas mucosos primarios de cabeza y cuello son un ente clínico bastante raro, com-

prendiendo aproximadamente el 1% de todos los melanomas malignos, y con un mal pronóstico si se considera su localización oculta y la población a la que afecta, principalmente pacientes mayores. Dada su rareza, la mayoría de la evidencia con respecto a ellos proviene de reportes de casos aislados y series retrospectivas. **Objetivos:** Esta presentación se aboca a la revisión retrospectiva de 4 casos de melanoma mucoso y su discusión de presentación, histología, abordaje quirúrgico y su correlación con los factores pronósticos que pudiesen extrapolarse a los planteados en la literatura, a modo de enfatizar la importancia de la sospecha diagnóstica precoz y de una aproximación quirúrgica radical. **Material y Método:** Diseño inclasificable o inespecífico. No utiliza herramientas estadísticas. Se revisaron retrospectivamente casos de melanomas mucosos de cabeza y cuello del Hospital Regional de Talca desde 2004 a 2014. **Resultados:** Se consideraron todos los casos de melanoma disponibles en las fichas clínicas físicas atendidos en el Servicio de Cirugía de nuestro establecimiento en el período comprendido entre 2004-2014, encontrando 4 casos los cuales se presentan. De acuerdo a la literatura podemos encontrar similitudes en cuanto a la presentación y síntomas más comunes. En todos los casos se encuentran pacientes con estudio de diseminación negativo, sin embargo, en uno de los casos se encuentra una recidiva local agresiva, demostrando el comportamiento impredecible que puede caracterizar esta enfermedad. La falta de evidencia dificulta el manejo y la necesidad de terapias complementarias. **Conclusiones:** El pronóstico y la supervivencia descrita en la literatura difieren al visto en nuestro servicio, lo que puede deberse al escaso número de casos encontrados y su baja frecuencia, y la etapa de presentación precoz de los mismos. Se encuentra una necesidad creciente de estudios acerca del manejo, pronóstico y utilidad de tratamientos adyuvantes efectivos.

## TIROIDECTOMÍA TOTAL COMO TRATAMIENTO EN PACIENTES PORTADORES DE ENFERMEDAD DE GRAVES-BASEDOW CON FRACASO DE TRATAMIENTO MÉDICO Y BOCIO GIGANTE

*Drs. Patricio Cabané Toledo, Patricio Gac Espinoza, Francisco Javier Rodríguez Moreno, Juan Aldana Landeros, Daniel Alejandro Riquelme Tapia, Natalia Aldana Landeros, Yoshiro Sato Alvarado, Nicole Cuneo Barbosa, Caterina Contreras Bertolo*  
Universidad de Chile. Departamento de Cirugía.  
Equipo de Cirugía Endocrina. Hospital Clínico Universidad de Chile.

**Introducción:** La enfermedad de Graves-Basedow (EGB), constituye la entidad más frecuente, entre las enfermedades que producen hipertiroidismo. Actualmente el tratamiento para la EBG abarca fármacos anti tiroideos, radioyodo y cirugía. La elección del método

terapéutico, es aún controversial, sin embargo, su correlación con cáncer tiroideo perfila la tiroidectomía total (TT) como tratamiento de elección. **Objetivos:** El presente estudio, tiene como objetivo avalar la tiroidectomía total como conducta terapéutica en pacientes portadores de EGB con fracaso de tratamiento médico o bocio gigante. **Material y Método:** Se seleccionaron 74 pacientes con diagnóstico de EGB e indicación quirúrgica, operados en un período de 7 años (2008-2015) en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Se realizó un análisis retrospectivo de los datos clínicos incluyendo ecotomografía tiroidea, estudio hormonal, indicación quirúrgica, cirugía realizada y resultado anatomopatológico. **Resultados:** Del total de 74 pacientes, con edad promedio 43 años, el 82% correspondió a mujeres. El 27% de los pacientes tiene como una de

sus indicaciones quirúrgicas el fracaso de tratamiento médico (FTM) y un 8,1% el bocio gigante. De aquellos con FTM, el resultado de la biopsia quirúrgica indico presencia de cáncer en 20% (5,4% total pacientes). A su vez el 0% de los operados por bocio como indicación quirúrgica presento cáncer. Las complicaciones fueron de un 15% en pacientes con FTM (1 hiperparatiroidismo permanente; 1 hipocalcemia transitoria; 1 disfonía transitoria). De los operados por bocio, sólo un paciente presentó disfonía transitoria. **Conclusiones:** Los pacientes con EGB e indicación quirúrgica por fracaso de tratamiento médico tendrían importante incidencia de cáncer de tiroides, por lo cual, una conducta quirúrgica debe ser siempre considerada, cuidado de una técnica quirúrgica proliza a fin de disminuir la tasa de complicaciones, siendo transitorias en su mayoría.

## UTILIDAD DE LA CPRE EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LAS COMPLICACIONES BILIARES DE LA ENFERMEDAD HIDATÍDICA HEPÁTICA

*Drs. Pedro Pablo Pinto Guerrero, Sergio Gaete Feres, Patricia Vega Morgado*  
Hospital Regional Coyhaique. Servicio de Endoscopia  
Servicio de Cirugía.

**Introducción:** La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es usada en el preoperatorio principalmente para resolver las complicaciones agudas como colangitis y obstrucción de la vía biliar y en el postoperatorio para el manejo de la fistula biliar externa. **Objetivos:** Presentar la experiencia sobre la utilidad de la CPRE en el manejo pre y postoperatorio de pacientes con hidatidosis hepática complicada; poniendo de especial énfasis en la clínica, características ecotomográficas, hallazgos anatomopatológicos y técnica quirúrgica. **Material y Método:** Serie de casos, con carácter retrospectivo, de 14 pacientes sometidos a CPRE en el Servicio de Endoscopia del Hospital Regional de Coyhaique, desde enero de 2005 a diciembre de 2014. En esta presentación se separan los pacientes en los cuales la CPRE fue utilizada como diagnóstico de aquellas en la cual se utilizó como manejo de la fistula biliar externa (FBE). Los pacientes después del alta fueron controlados al mes, tres, seis meses, para posteriormente realizarlo anualmente. **Resultados:** Hubo 5 pacientes sometidos a CPRE en el preoperatorio. El motivo de consulta fue ictericia y dolor. En todos se encontraron membranas hidatídicas las que fueron extraídas. Se realizó esfinterotomía en todos ellos y en sólo uno se dejó endoprótesis. Cuatro pacientes fueron estabilizados y operados de manera programada y sólo uno no requirió de intervención. En 9 pacientes con FBE, se realizó CPRE. El tamaño promedio del quiste fue de 12 cm y 2/3 de ellos eran multivesiculares. La técnica realizada fue quistectomía parcial y en 4/9 se realizó mediante videolaparoscopia. La indicación se efectuó a los 20 días y el débito promedio fue de 498 ml/día. En todos se realizó esfinterotomía con instalación de endoprótesis. El cierre de la FBE aconteció a los 28 días. El seguimiento promedio fue 6 años. **Conclusiones:** Este estudio confirma que la CPRE es un procedimiento útil y seguro en el diagnóstico y tratamiento de las complicaciones biliares de la hidatidosis hepática.

## PERFORACIÓN INSTRUMENTAL EN CÁNCER DE ESÓFAGO: MANEJO CON PRÓTESIS METÁLICAS AUTOEXPANDIBLES CUBIERTAS

*Drs. Mario Anselmi Méndez, Maximiliano Figueroa Silva, Ana María Gemmato De Tedesco*  
Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción. Unidad Docente Asistencial de Cirugía Endoscópica (UDACE).

**Introducción:** Las perforaciones esofágicas secundarias a instrumentación endoscópica se han asociado

a una elevada morbimortalidad. **Objetivos:** Analizar los resultados del manejo endoscópico de las perforaciones esofágicas instrumentales en un esófago neoplásico, mediante el uso de prótesis autoexpandibles metálicas cubiertas (PAEM). **Material y Método:** Se realizó un estudio prospectivo descriptivo, en una serie de 16 pacientes consecutivos con cáncer de esófago, que sufrieron una perforación durante la dilatación de la estenosis neoplásica. La edad promedio fue 78 años. 8 (50%) eran mujeres, 14 (87,5%) presentaban tumores de esófago torácico y 2 (12,5%) cardioesofágicos. En 15 pacientes el diagnóstico fue hecho durante la misma intervención. En 10 enfermos se insertó una PAEM totalmente cubierta de 18 mm de diámetro y en 6, parcialmente cubiertas de 22 mm. Se estudió la evolución y las complicaciones inmediatas, precoces y tardías, con seguimiento hasta 90 días. **Resultados:** El éxito de la inserción fue de 100%. Evolucionaron sin complicación 10 enfermos (62,5%). En 6 (37,6%) se pesquisó morbilidad inmediata: 3 (18,8%) presentaron enfisema subcutáneo y 3 (18,8%) fiebre transitoria. En 3 (18,8%) hubo complicaciones precoces, 2 desarrollaron derrame pleural y una mediastinitis leve y uno, una fistula esófago-pleural. La PAEM permaneció *in situ* en 15/16 pacientes (93,5%). En promedio, la ingesta oral se reinició en 3,6 días y la hospitalización fue de 8,4 días. Falleció un paciente 19 días post-procedimiento, como consecuencia de una fistula esófago pleural secundaria a la migración de la prótesis, lo que da una mortalidad para esta serie de 6,3%. **Conclusiones:** El uso de una PAEM para el tratamiento de las perforaciones esofágicas instrumentales en pacientes con cáncer del esófago, es un método seguro y efectivo, de rápida ejecución, con baja morbilidad, adecuada recuperación de la vía oral y corta estada hospitalaria.

## ANÁLISIS CRÍTICO DE CAUSAS E INDICACIÓN DE GASTROSTOMÍA EN CENTRO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO

*Drs. Héctor Valladares Hernández, Ítalo Braghetto Miranda*  
Universidad de Chile. Departamento de Cirugía.

**Introducción:** La indicación de gastrostomía se asocia a serie de patologías que involucran imposibilidad o dificultad para adecuada alimentación por vía oral. Este procedimiento se puede efectuar por vía abierta o endoscópica siendo la segunda opción la más utilizada en la actualidad. **Objetivos:** Describir causas y determinar si indicación de gastrostomía fue adecuada en cada caso, analizando sobrevida mayor a 2 meses, necesidad de permanecer con gastrostomía y evolución nutricional en control alejado. **Material y Método:** Diseño de estudio de tipo cohorte retrospectivo y estadística

descriptiva Se revisaron en forma retrospectiva fichas clínicas de pacientes sometidos a gastrostomía endoscópica o quirúrgica durante período 2004 a 2013 con un total de 83 pacientes, edad promedio de 66 años, se incluyeron pacientes con seguimiento igual o mayor a 2 meses Se efectuó análisis por patología presentada y evolución alejada en controles durante hospitalización y posteriores en policlínico. **Resultados:** Del total de 83 pacientes estudiados durante período 63,8% correspondieron a patologías de origen neurológico y 34,9% a patologías de origen tumoral, del total de pacientes sobrevivieron más de 2 meses 77, fallecieron 6 pacientes por complicaciones de patología no derivadas de procedimiento. En pacientes con sobrevida mayor de 2 meses nutrición satisfactoria se obtuvo en todos los pacientes. **Conclusiones:** En nuestra serie se observa que indicación de efectuar gastrostomía fue útil para prolongar sobrevida de paciente y mantención nutricional en mayoría de pacientes.

## ROL DE LA CPRE EN EL MANEJO DE LAS FUGAS BILIARES POST COLECISTECTOMÍA

*Drs. Ana María Gemmato de Tedesco, Lister Gutiérrez San Lucas, Mario Anselmi Méndez*  
Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción. Unidad Docente Asistencial de Cirugía Endoscópica (UDACE).

**Introducción:** La fuga biliar es una entidad poco frecuente, sin embargo, se asocia a una importante morbilidad y a una estancia hospitalaria prolongada. **Objetivos:** Determinar la eficacia del manejo endoscópico de las fugas biliares post colecistectomía. **Material y Método:** Se efectuó un estudio descriptivo retrospectivo, en una serie de 24 enfermos que ingresaron a la UDACE (Unidad Docente Asistencial de Cirugía Endoscópica), entre el 01-01-2003 y el 31-03-2012, con el diagnóstico de fuga biliar post colecistectomía. Se excluyeron ocho pacientes. De los 16 incluidos, 8 (50%) eran de sexo masculino. La edad promedio fue de 39,8 años (Rango: 20-65 años). Durante la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) se realizó esfinterotomía, instalación de prótesis o ambos. **Resultados:** El tiempo promedio entre la colecistectomía y la CPRE fue de 17 días (Rango: 1 a 62 días). Durante la CPRE, la canulación biliar resultó exitosa en los 16 enfermos (100%). La esfinterotomía fue la técnica más usada en 6 casos (35,5%), la esfinterotomía más prótesis en 5 (31,2%) y sólo prótesis en los 5 (31,2%) pacientes restantes. El cierre de la fístula se confirmó en el 100% de los casos. El promedio de tiempo transcurrido entre la terapia endoscópica mediante CPRE y el retiro de los drenes fue de 11,3 días (Rango: 2 a 44 días). No se pesquisarón complicaciones derivadas de la CPRE. **Conclusiones:**

La CPRE es una alternativa eficaz para el manejo de las fugas biliares secundarias a la colecistectomía. Se asocia a bajas tasas de morbilidad, mortalidad y a una disminución en la estancia hospitalaria. Su rol básicamente intervencionista, demuestra además utilidad diagnóstica crucial en estos enfermos.

## REVISIÓN DE LAS INDICACIONES DE GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA

*Drs. Héctor Valladares Hernández, Belén Sanhueza Pozarski, Rodrigo Brunet Whittle, Sebastián Ignacio Cruz Marti, Freddy Alejandro Ferreira Camacho*  
Hospital Clínico Universidad de Chile.  
Departamento de Cirugía.

**Introducción:** La gastrostomía percutánea endoscópica es una alternativa para nutrición de pacientes que no alcanzan su requerimiento calórico diario y presentan un tracto gastrointestinal intacto. Está indicado en pacientes con patologías neurológicas o neoplásicas. Descrito en 1980, a la fecha es muy utilizado por su éxito, bajo costo, mínima invasión y prácticamente no necesita anestesia general. No obstante, se han descrito diversas complicaciones tanto menores como mayores. Por esto es necesario considerar el momento más indicado y el costo/beneficio de esta intervención para mejorar su calidad de vida. **Objetivos:** El objetivo es analizar críticamente las gastrostomías realizadas los últimos 10 años en el HCUCH, su indicación, complicaciones y sobrevida. **Material y Método:** Este estudio es una cohorte retrospectiva obtenida al revisar ficha de pacientes gastrostomizados entre 2003-2013, se tabuló los datos en un archivo Excel y se utilizó estadística descriptiva para reportar resultados. La revisión sistemática de la literatura incluyó metaanálisis, en Pubmed, Lilac, Scielo, sin restricción de tiempo ni idioma. **Resultados:** Se obtuvieron 108 pacientes, se excluyó 1 que carecía de ficha completa, 57,9% hombres y 42,1% mujeres, con un promedio de edad de 67 años, los diagnósticos más comunes que gatillaron la indicación corresponde un 25,2% a accidentes cerebro vasculares y cáncer de esófago en 13,1% de los casos, respecto de las complicaciones generales, 20,6% de los pacientes las presentaron, y de éstas 45,5% fueron infecciosas, 7 fallecieron antes de los 60 días post procedimiento, el estado nutricional postoperatorio no se registró en 86,9% de los casos. **Conclusiones:** La gastrostomía percutánea es un método útil en el manejo nutricional del paciente con afecciones de la deglución o alteraciones anatómicas al paso del alimento, pero se deben respetar sus indicaciones, se debe plantear en pacientes estables, ya que no está exento de complicaciones tanto inherentes al procedimiento como secundarias a comorbilidades del paciente.

## CUERPO EXTRAÑO EN MIGRACIÓN AL COLON: TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO

*Drs. Amy Pineres P., Hugo Richter Roca,  
Carlos Harz Bandet, Claudio Navarrete García*  
Clínica Santa María. Cirugía Endoscópica.

**Introducción:** Los cuerpos extraños olvidados durante cirugías, son eventos adversos poco frecuentes. Se presentan aproximadamente en 1 de cada 5.000 operaciones. Son parte de la medición de calidad de los servicios. Están asociados a mortalidad significativa (11-35%). Existen factores que favorecen los favorecen: Conteo incorrecto de material, cambios en el equipo quirúrgico, múltiples procedimientos, cirugía de emergencia, IMC elevados, entre otros. Cuando estos migran hacia el lumen gastrointestinal se pueden extraer endoscópicamente. **Objetivos:** Describir el tratamiento endoscópico de un cuerpo extraño (compresa) retroperitoneo en migración al colon, causando dolor abdominal y cuadro séptico asociado. **Material y Método:** Mujer de 59 años de edad, sometida a una pancreatometomía corporocaudal por tumor mucinoso de la cola de páncreas de 3,5 cm. Evolución sin contratiempos. Al 6° mes presenta dolor en hemiabdomen izquierdo. Clínicamente sin abdomen agudo. TAC de abdomen demuestra un cuerpo extraño con pared engrosada y nivel hidroaéreo. Bajo cobertura antibiótica (Ceftriaxona-Metronidazol) y sedación con propofol se realiza colonoscopia en la que se evidencia un cuerpo extraño extra-colónico en migración (compresa). Extracción en forma sistemática, bajo visión endoscópica y apoyo radioscópico con pinza diente de ratón de la compresa. Se inyecta medio de contraste, comprobando cavidad sellada, comunicada ampliamente al colon y sin extravasación. **Resultados:** Realimentada precozmente, manteniendo terapia antibiótica endovenosa y luego oral. Es dada de alta al 7° día. En relación a cuadro de constipación reingresa 1 mes post extracción por cuadro febril que responde a lavado endoscópico y terapia antibiótica. Control clínico y de imágenes posteriores y a los 16 meses normales. **Conclusiones:** La extracción endoscópica de un cuerpo extraño en migración al colon es una opción mínimamente invasiva que hay que considerar entre las alternativas terapéuticas como se evidenció en este caso.

## ACCESO PERCUTÁNEO RETROPERITONEAL A NECROSIS PANCREÁTICA CON STENT AUTOEXPANDIBLE

*Drs. Amy Pineres P., Hugo Richter Roca,  
Carlos Harz Bandet, Claudio Navarrete García*  
Clínica Santa María. Cirugía Endoscópica.

**Introducción:** La pancreatitis aguda es una patología frecuente. 15, 20% de los pacientes presentan cuadro severo con colecciones que en 20, 70% se sobreinfectan. La mortalidad inicial se relaciona con falla orgánica múltiple y la tardía con complicaciones sépticas secundarias a las colecciones e infección de la necrosis. El tratamiento quirúrgico clásico se asocia a morbimortalidad significativa. La necrosectomía endoscópica directa es una extensión del concepto miniinvasivo del drenaje endoscópico transgástrico. **Objetivos:** Describir un caso clínico en el cual se utilizó la necrosectomía endoscópica directa para tratamiento de complicaciones post pancreatitis aguda necrotizante. **Material y Método:** Mujer de 17 años, que ingresa con cuadro de pancreatitis aguda de origen biliar, demostrada por exámenes de laboratorio e imágenes. Progresión con compromiso extenso del retroperitoneo, certificado por TAC con contraste (Baltazar E). Subsecuentemente, cuadro séptico que requiere apoyo con drogas vasoactivas, ventilación mecánica y antibióticos. Las imágenes de control comprueban extenso compromiso del retroperitoneo con colecciones líquidas y necrosis. Drenaje percutáneo bajo TAC, se ajustan antibióticos de acuerdo a cultivos. Mejoría clínica transitoria. Se intercambia drenaje por prótesis autoexpandible recubierta para acceso endoscópico y necrosectomía retroperitoneal. **Resultados:** Después de 7 aseos endoscópicos bajo sedación, la paciente evoluciona con mejoría del cuadro séptico y de parámetros inflamatorios. No hubo reactivación del SIRS postprocedimientos. De alta en buenas condiciones, sin fistula pancreática. En controles ambulatorios se mantiene mejoría clínica, con exámenes normales. Colectectomía laparoscópica posterior. **Conclusiones:** La necrosectomía endoscópica percutánea es una técnica segura con baja reactivación del SIRS con excelente respuesta clínica, sin riesgo de fistulas intestinales, hernias incisionales y que no dificulta la colectectomía laparoscópica posterior, por tratarse de una técnica extraperitoneal, como se evidenció en este caso.

### PREVALENCIA DE COLELITIASIS EN LA POBLACIÓN RURAL AYMARA

*Drs. Marcelo Andrés Fonseca Canteros, Sergio Calcagno Zuleta, Pablo Vargas Mora, Jorge Gajardo Jofré, Eduardo Andrés Gallardo Olguin, Óscar Muñoz Saa, Javier Baruch Peña Leiva, Sergio Antonio Carrasco Araya, Alberto Antonio Espinoza Araya, Dino Eugenio Ibaceta Orlandini, Boris Andrés Ahlborn Carvajal, Karin Angelina Segeur Serey*

Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, Iquique.

Servicio de Cirugía, Servicio de Imagenología.

Posta Rural Colchane. Posta Rural Camiña.

Universidad Adventista. Universidad de los Andes.

**Introducción:** La coleditiasis representa un importante problema de salud pública en el mundo y particularmente en Chile debido a su alta prevalencia, morbimortalidad y a los costos relacionados a su atención. Estudios epidemiológicos muestran grandes diferencias de prevalencia entre las diferentes poblaciones y etnias, en donde destacan los indios de América, y particularmente en nuestro país los Mapuches y en menor medida Maoris, no existiendo estudios para el resto de los pueblos originarios. **Objetivos:** Estimar la prevalencia de coleditiasis en la población Aymara mayor de 15 años. **Material y Método:** Entre el 01 de abril de 2014 al 31 de julio de 2015 se realizaron ecografías abdominales por radiólogo a individuos Aymaras, voluntarios, asintomáticos, mayores de 15 años pertenecientes a las Comunas de Camiña y Colchane. Los resultados definidos fueron: a) normal (ausencia de coleditiasis); b) presencia de coleditiasis y c) colecistectomía previa. Estas dos últimas condiciones se interpretaron como un resultado positivo para la enfermedad litiasica biliar. Los datos fueron tabulados y analizados utilizando el programa STATA 13.1. Se realizaron pruebas de significancia estadística:  $\chi^2$  y Fisher. Las diferencias fueron consideradas significativas cuando  $p < 0,05$ . **Resultados:** La muestra se compuso de 243 Aymaras (167 mujeres y 76 hombres), con un promedio de edad de 44 años (15 a 93). El índice de masa corporal promedio fue de 27,2. La prevalencia de coleditiasis para la población general fue de 38,7% (mujeres: 44,9%, hombres: 25%). Se encontró una relación significativa entre sexo femenino y coleditiasis ( $p = 0,003$ ) y obesidad y coleditiasis ( $p = 0,033$ ). **Conclusiones:** Este estudio demuestra la alta prevalencia de coleditiasis en la población Aymara, la cual la posiciona como la mayor de Chile, por sobre los mapuches cuya prevalencia es de 35,2%. El perfil epidemiológico resultante debería sentar las bases para futuras políticas de salud étnica y geográficamente diferenciadas.

### SUSCEPTIBILIDAD ANTIBIÓTICA A LA TERAPIA EMPÍRICA DE PRIMERA LÍNEA (CLOXACILINA AMIKACINA) EN CEPAS AISLADAS EN QUEMADURAS DE PACIENTES INGRESADOS AL SERVICIO DE QUEMADOS DEL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE CONCEPCIÓN: EXPERIENCIA PRELIMINAR

*Drs. Hermann Klenner Muñoz, Christian König Petitlaurent, Enrique Biel Walker, Ignacio Neira Sanhueza, Enrique Henning Luer, Dálton Azócar Hitschfeld, Daniela Torres Carter, Javiera Araya Ortiz, Javiera Torres Rodríguez*

Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción. Servicio de Quemados. Universidad de Concepción.

**Introducción:** Una complicación frecuente de los pacientes quemados es la infección de la herida, ante cuya sospecha se indica terapia antibiótica empírica. El estudio microbiológico de la lesión permite ajustar esta terapia. **Objetivos:** Analizar las características microbiológicas de las quemaduras de los pacientes que ingresan a nuestro servicio y correlacionar los resultados con la indicación de terapia antibiótica empírica utilizada. **Material y Método:** Estudio retrospectivo observacional preliminar de 44 pacientes, dentro de un universo de 128 pacientes ingresados al servicio entre enero y julio de 2015, a los que se les tomó cultivo de secreción de la herida (12) y cultivo de tejido (32) para estudio microbiológico y se les indicó la terapia empírica de primera línea. Se excluyó a los pacientes que recibieron otra terapia antibiótica. Se analizó la bacteriología y su susceptibilidad a los antibióticos indicados. Se utilizó estadística descriptiva. **Resultados:** De los 44 pacientes estudiados, 39 (88,6%) tuvieron cultivo positivo. Se aislaron 47 cepas, de las que el 72,3% resultaron sensibles al tratamiento antibiótico empírico de primera línea. El germen más frecuentemente aislado fue el *Staphylococcus aureus* con un 63,8%, siendo un 86,7% de éstos sensible a la cloxacilina. Se aislaron, también, 3 *Pseudomonas* (6,4%), 1 *Acinetobacter* (2,1%) y 1 *Enterobacter* (2,1%), todos los cuales fueron sensibles a amikacina. El germen resistente más frecuente fue el *Enterococcus faecalis*, con un 8,5% del total y 100% de resistencia a la terapia. De los 39 pacientes con cultivo positivo, 27 (69,2%) tuvieron infección sensible a la terapia empírica. **Conclusiones:** El germen más frecuentemente aislado en pacientes quemados es el *Staphylococcus aureus* multisensible, lo cual sustenta el uso empírico de cloxacilina. Otros gérmenes menos frecuentes, pero asociados a mayor morbimortalidad, fueron susceptibles a amikacina, por lo cual el tratamiento empírico de primera línea estudiado logra una adecuada cobertura antibiótica.

## FASCITIS NECROTIZANTE. EXPERIENCIA HOSPITAL PADRE ALBERTO HURTADO

*Drs. Víctor Salazar Pierotic, Karen Andrea Schönffeldt Guilisasti, Gustavo Vial Ovalle, Juan Carlos Aguayo Romero, Pía Isabella Stefano Fuentes, Gala Bozzano Vukic, Benjamín Guiloff Scarneo, Sebastián Pradenas Bayer*  
Hospital Padre Alberto Hurtado, San Ramón. Servicio de Cirugía. Clínica Alemana de Santiago-Universidad del Desarrollo.

**Introducción:** La fascitis necrotizante (FN) es una infección rápidamente progresiva que compromete los tejidos subcutáneos hasta fascia subyacente y se asocia a un importante compromiso sistémico. El diagnóstico es clínico y su sospecha es perentoria dado la necesidad de un manejo activo por su elevada morbimortalidad. Presentamos la experiencia clínica de 10 años del Hospital Padre Alberto Hurtado (HPH) en el manejo de FN. **Objetivos:** Establecer y analizar las características clínicas de pacientes operados por FN en HPH. **Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectivo de los pacientes diagnosticados con FN en el Servicio de Cirugía Adulto del HPH entre diciembre de 2004 y mayo de 2015. Estadística descriptiva y analítica de variables demográficas, cultivos, *score* de LRINEC y mortalidad. **Resultados:** Se diagnosticaron 113 pacientes con FN. La edad media fue de 71 años (rango 22-84). El 62% (n = 70) de los pacientes fueron hombres. La comorbilidad más frecuente fue diabetes mellitus tipo 2 en el 45,1% (n = 51). Las principales localizaciones fueron Gangrena de Fournier en 48,6% (n = 55) de los casos y fascitis de extremidades inferiores con 32,7% (n = 37). La mediana de LRINEC *score* fue de 8. El promedio de cirugías por paciente de 3,2. Los principales agentes encontrados fueron *E. coli* en 15% (n = 17), polimicrobiano 10,6% (n = 12), *S. aureus* 7,9% (n = 9) y *K. pneumoniae* 7% (n = 8), además de 33 cultivos negativos. La mortalidad fue de 17,6% (n = 20), de estos, el 70% presentó puntaje LRINEC > 6 (p = 0,23). **Conclusiones:** En nuestro centro se evidencia una alta incidencia de FN; cuyas principales comorbilidades asociadas son la DM2 e HTA. Puntaje LRINEC 6 se asocia significativamente (p < 0,05) a mayor mortalidad, siendo en nuestro centro menor a la registrada en la bibliografía.

## EXPERIENCIA DE 14 AÑOS EN PATOLOGÍA BILIAR Y PANCREÁTICA DE EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL PADRE ALBERTO HURTADO

*Drs. Gustavo Vial Ovalle, Víctor Salazar Pierotic, Karen Andrea Schönffeldt Guilisasti, Juan Francisco Allamand Turner, Juan Carlos Aguayo Romero, Felipe Ignacio Fuster Corsi, Isidora Paz Rettig Infante, Sebastián Pradenas Bayer, Marcelo Vivanco Lacalle*  
Hospital Padre Alberto Hurtado, San Ramón. Servicio de Cirugía. Clínica Alemana de Santiago-Universidad del Desarrollo.

**Introducción:** La urgencia quirúrgica no obstétrica es infrecuente durante el embarazo, siendo la patología

biliar litiasica la más preponderante después de la apendicitis aguda, reportándose en la literatura con una incidencia de 0,5-0,8%. Dado los cambios propios del embarazo se estima un aumento de incidencia de colelitiasis hasta en un 10%. El manejo y los resultados quirúrgicos de estas pacientes es aún controversial. **Objetivos:** Describir y analizar el manejo y resultados quirúrgicos de pacientes embarazadas con patología biliar y pancreática en el Hospital Padre Alberto Hurtado (HPH). **Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectivo de pacientes embarazadas ingresadas a la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) con diagnóstico de cólico biliar, colecistitis aguda y pancreatitis aguda durante enero de 2000 a diciembre de 2014. Se revisaron variables demográficas, clínicas, etiológicas, laboratorio, imagenológicas, resultados quirúrgicos y morbimortalidad materno-fetal. **Resultados:** Se ingresaron 56 pacientes durante el período, con una media de edad de 27,9 años (rango 16-40) y edad gestacional promedio de 20 semanas. Los principales diagnósticos preoperatorios fueron cólico biliar a repetición (colelitiasis) en 23,2% (n = 13), colecistitis aguda 58,9% (n = 33), pancreatitis aguda 14,3% (n = 8), colecistitis crónica 1,8% (n = 1) y un abdomen agudo (1,8%) con sospecha de origen biliar. 8,9% (n = 5) con coledocolitiasis asociada. La vía de abordaje fue laparoscópica en el 95% de los casos, con una tasa de conversión de 3,8%. De las pacientes con pancreatitis aguda el 100% fue de origen biliar, en su mayoría de evolución leve. No existió morbimortalidad materna, hubo un aborto retenido 38 días postcolecistectomía de causa no precisada. **Conclusiones:** La patología quirúrgica no obstétrica durante el embarazo es una entidad poco frecuente en nuestro centro, en donde el abordaje laparoscópico ha tenido buenos resultados con baja morbimortalidad materno-fetal. El porcentaje de conversión es similar a lo evidenciado en la literatura.

## APENDICECTOMÍA EN EL EMBARAZO: EXPERIENCIA ÚLTIMOS 10 AÑOS DE HOSPITAL PADRE ALBERTO HURTADO

*Drs. Gustavo Vial Ovalle, Karen Andrea Schönffeldt Guilisasti, Víctor Salazar Pierotic, Juan Francisco Allamand Turner, Juan Carlos Aguayo Romero, Isidora Paz Rettig Infante, Felipe Ignacio Fuster Corsi, Sebastián Pradenas Bayer, Marcelo Vivanco Lacalle*  
Hospital Padre Alberto Hurtado, San Ramón. Servicio de Cirugía. Clínica Alemana de Santiago-Universidad del Desarrollo.

**Introducción:** La apendicitis aguda en el embarazo constituye la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico no obstétrico, reportándose una incidencia entre 0,1-1,4 cada 1.000 embarazadas. El cambio de

posición del apéndice con el crecimiento del útero y la dificultad en el examen físico pueden retardar el diagnóstico precoz. El diagnóstico correcto de apendicitis aguda durante la gestación es fundamental ya que pudiera derivar en un resultado obstétrico desfavorable.

**Objetivos:** Presentar la experiencia de apendicetomías en embarazadas con sospecha de apendicitis y sus características clínicas, resultados quirúrgicos y morbimortalidad materno-fetal. **Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectivo de las pacientes embarazadas sometidas a apendicectomía de urgencia entre los años 2004-2014 en el Hospital Padre Alberto Hurtado. Se realiza estadística descriptiva. **Resultados:** Se realizaron un total de 57 apendicetomías en embarazadas. La edad promedio fue de 26 años. Se realizó apendicectomía durante el primer trimestre del embarazo a 20 pacientes (37%), 2° trimestre 21 pacientes (38,8%) y 3° trimestre 13 pacientes (24%). El diagnóstico de apendicitis aguda fue clínico en 46 pacientes (85,1%), TAC 2 pacientes (3,7%) y Ecografía abdominal 6 pacientes (11,1%). El abordaje quirúrgico fue abierto en 28 pacientes (51,8%), laparoscópico en 25 pacientes (46,2%) y 1 paciente requirió conversión (1,8%). Los resultados de las biopsias fueron: 8 pacientes sin apendicitis (14,8%), apendicitis aguda en 46 pacientes (85,1%). Promedio de días de hospitalización fue de 4 días. 3 pacientes tuvieron infección de herida operatoria (5,5%), 1 paciente con atelectasia (1,8%) y una muerte fetal por rotura uterina luego de inserción de trocar. **Conclusiones:** La apendicitis aguda es la patología quirúrgica más frecuente del embarazo. En nuestra serie se realizó el procedimiento tanto por vía laparoscópica como abierta con una baja morbimortalidad y con un *outcome* materno-fetal adecuado sin eventos de parto prematuro secundario a la progresión séptica del cuadro.

### ADENOCARCINOMA APENDICULAR: SERIE DE CASOS EN 10 AÑOS EN HOSPITAL DR. SÓTERO DEL RÍO

*Drs. Angelo Fulle Caro, Nicolás Muñoz Ferrada, Richard Castillo Ramos, Catalina Andrea Vargas Aazco, María José Orellana González, Paulina González Canales, Rodrigo Kusanovich Bórquez, Felipe Quezada Díaz*  
Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río. Puente Alto, Santiago. Unidad de Coloproctología, Servicio de Cirugía. Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** Los tumores apendiculares son una entidad rara, correspondiendo a menos del 1% del total de apendicetomías. El adenocarcinoma apendicular (AA) no supera el 10% del total de casos, con una sobrevida variable según la etapificación clínica y el tipo histológico. **Objetivos:** El objetivo de este trabajo es describir el manejo y sobrevida de pacientes

diagnosticados de AA en el Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río (CASR). **Material y Método:** A partir de los registros clínicos y de anatomía patológica se identificaron 9 casos de AA de 14.582 pacientes apendicetomizados entre 2003-2013 en el CASR, 7 de ellos con documentación completa. Se realizó un análisis retrospectivo descriptivo de los 7 AA seleccionados en base a datos demográficos, quirúrgicos, oncológicos y de sobrevida. **Resultados:** Seis de los pacientes con AA presentaron un cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal agudo variable en intensidad y duración. Un caso tenía historia de dolor abdominal inespecífico de 4 meses de evolución. En todos los casos la cirugía primaria consideró apendicectomía, agregándose en un caso ooforectomía bilateral por sospecha pre-operatoria de lesión anexial, que intra-operatorio evidenció carcinomatosis peritoneal. Seis pacientes se manejaron con intención curativa: a todos se les indicó una hemicolectomía derecha como segunda intervención (mediana tiempo entre cirugías: 95 días). La etapificación fue: uno etapa I, uno etapa II y cuatro etapa III. Cuatro pacientes recibieron quimioterapia adyuvante, uno no recibió por ser etapa I y el otro por contraindicación médica. La mortalidad general y específica por cáncer a 3 años fue de 42% y 28%, respectivamente, con una mediana de sobrevida de 32 meses. **Conclusiones:** El AA es una entidad infrecuente, diagnosticada como hallazgo anatómico en el postoperatorio. En nuestro centro los casos con intención curativa son manejados con hemicolectomía derecha y quimioterapia adyuvante, obteniendo resultados similares a los reportados en la literatura.

### LIPOSARCOMA BIEN DIFERENCIADO DE CORDÓN ESPERMÁTICO CON METAPLASIA ÓSEA. REPORTE DE UN CASO

*Drs. Hernán Guzmán Martín, Juan Pablo Hermosilla De La Carrera, Hernán Guzmán Céspedes, Rubén Romero Dococeo, Felipe Guzmán Martín, Matías Sepúlveda Hales*  
Hospital Dipreca. Servicio de Cirugía. Universidad Diego Portales

**Introducción:** Los sarcomas paratesticulares son tumores raros del tracto genitourinario, pero el liposarcoma es el tipo más común en adultos. El liposarcoma es una neoplasia maligna de tejido adiposo, siendo el segundo más frecuente después del histiocitoma fibroso maligno. La variación diferenciada representa el 40-45% de los casos de liposarcoma. La presentación clínica típica es similar a una hernia inguinal o lipoma benigno. **Objetivos:** Presentar un caso clínico de liposarcoma bien diferenciado de cordón espermático con metaplasia ósea. **Material y Méto-**



**do:** Reporte de un caso clínico. **Resultados:** Paciente masculino de 60 años, sin antecedentes, que consulta por aumento de volumen inguinal derecho de 6 meses de evolución, asociado a dolor ocasional. Ecografía abdominal muestra gran hernia inguino-escrotal derecha. Paciente es derivado a Hospital Dipreca, donde se realiza estudio preoperatorio y durante el abordaje para hernioplastía, se evidencian múltiples tumores inguino-escrotales en relación al cordón espermático. Anillo inguinal profundo pequeño y testículo macroscópicamente normal. Se envían a biopsia 3 tumores de 5 x 5 cm. Anatomía patológica informa liposarcoma bien diferenciado, mixoideo con áreas esclerosantes. Se complementa estudio con TAC tórax abdomen y pelvis que no muestra evidencia de diseminación y RNM inguinal que evidencia un liposarcoma intraescrotal y región inguinal derecha. Adenopatías inguinales superficiales y profundas derechas. Posteriormente se realiza orquiectomía radical derecha, con ligadura alta del cordón espermático. El paciente evolucionó favorablemente en el postoperatorio. Biopsia de la pieza revela como diagnóstico un liposarcoma bien diferenciado tipo esclerosante, con áreas de diferenciación heteróloga madura ósea. El paciente recibe radioterapia y a dos años del diagnóstico inicial, no hay evidencias de recidiva local o a distancia. **Conclusiones:** El liposarcoma bien diferenciado de cordón espermático es una entidad poco frecuente, que generalmente se falla en el diagnóstico al momento de la presentación clínica y que requiere de un enfrentamiento quirúrgico agresivo más terapia adyuvante, para un tratamiento curativo.

## RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE LA COLECISTITIS AGUDA. ¿INFLUYE EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD?

*Drs. Javier López Sebastián, Osvaldo Iribarren Brown, Tatiana Fuentes Menares, Ramón Hermosilla Vásquez, Evelyn Astudillo Muñoz, Gabriela González Meri, Nicolás López Iribarra, Marcelo Barra Muñoz, Marcos Rojas Guzmán*

Hospital San Pablo, Coquimbo. Servicio de Cirugía. Departamento de Clínicas. Facultad de Medicina. Universidad Católica del Norte. Coquimbo, Chile.

**Introducción:** La colecistitis aguda es la complicación más frecuente de la colelitiasis. El tratamiento estándar actual es la colecistectomía laparoscópica precoz, hasta 6 días de iniciada la enfermedad. Ésta es la conducta en nuestro servicio; sin embargo, la consulta tardía y las dificultades de acceso (falta de camas hospitalarias, acceso a ecografía y quirófanos) hacen que el tiempo de resolución quirúrgica, sobrepase frecuentemente este período. **Objetivos:** Evaluar si esta demora impacta en los resultados; para lo cual

se compara los resultados quirúrgicos de pacientes operados hasta el 6° día, “grupo precoz” (GP), con los operados después de este período, “grupo tardío” (GT). **Material y Método:** Estudio longitudinal y observacional que se extiende entre junio de 2013 a diciembre de 2014 en el Servicio de Cirugía del Hospital San Pablo de Coquimbo. De 358 pacientes intervenidos quirúrgicamente por Colecistitis Aguda, se excluyen aquellos asociados a Colangitis Aguda, ASA 4, cuadro clínico mayor a 30 días y post-pancreatitis aguda. Se incluyen 233 pacientes, 94 (40,3%) corresponden al GP y 139 (59,6%) al GT. Se analiza la presentación de la serie y la asociación entre variables se realiza mediante la prueba de  $\chi^2$  y t de Student. **Resultados:** El GP presenta una estadía hospitalaria de 3,9 ( $\pm$  2,0) días y el GT de 7,2 ( $\pm$  5,2), ( $p = 0,0001$ ); el período postoperatorio es de 1,9 ( $\pm$  1,6) y 2,9 ( $\pm$  4,4), ( $p = 0,055$ ) días respectivamente. La tasa de conversión en el GP es de 2,1% y en el GT de 9,7% ( $p = 0,027$ ); y la tasa global de complicaciones postoperatorias fue de 3,2% y 10,7% ( $p = 0,033$ ), respectivamente. **Conclusiones:** Discusión: Nuestros resultados respaldan la indicación de colecistectomía precoz en pacientes con colecistitis aguda. Queda de manifiesto un problema de salud pública, donde la postergación de la resolución quirúrgica, por dificultades de acceso, empeoran los resultados y además conlleva a un mayor gasto en salud.

## COLECISTECTOMÍAS LAPAROSCÓPICAS ELECTIVAS EN OCTOGENARIOS

*Drs. Fernando Muñoz Flores, Martín Guzmán Asenjo, Krystel Werner Feris*  
Hospital Militar de Santiago (HOSMIL).  
Servicio de Cirugía.

**Introducción:** La población chilena ha aumentado su expectativa de vida en los últimos años y con ello la indicación de colecistectomía en edades geriátricas. **Objetivos:** El objetivo de este estudio es describir los resultados de la colecistectomía laparoscópica electiva en mayores de 80 años. **Material y Método:** Estudio de serie de casos. Se incluyeron y estudiaron a todos los pacientes mayores de 80 años que fueron sometidos de forma electiva a una colecistectomía laparoscópica por colelitiasis en el Hospital Militar de Santiago entre enero de 2006 y diciembre de 2014. Se excluyeron a aquellos que requirieron cirugía de urgencia o pacientes con sospecha de cáncer vesicular. Las variables principales fueron: complicaciones postoperatorias según la clasificación de Clavien-Dindo, estadía hospitalaria y mortalidad postoperatoria a 30 días. Otras variables estudiadas fueron: riesgo ASA, forma de presentación, tasa de conversión a cirugía abierta, reintervenciones y reingreso postoperatorio.

Para realizar el análisis descriptivo se utilizó STATA 13 en todas las variables de interés. **Resultados:** Estudio de serie de casos de carácter retrospectivo. Se incluyeron y estudiaron a todos los pacientes mayores de 80 años que fueron sometidos de forma electiva a una colecistectomía laparoscópica por colelitiasis en el Hospital Militar de Santiago entre enero de 2006 y diciembre de 2014. Se excluyeron a aquellos que requirieron cirugía de urgencia o pacientes con sospecha de cáncer vesicular. Las variables principales fueron: complicaciones postoperatorias según la clasificación de Clavien-Dindo, estadía hospitalaria y mortalidad postoperatoria a 30 días. Otras variables estudiadas fueron: riesgo ASA, forma de presentación, tasa de conversión a cirugía abierta, reintervenciones y reingreso postoperatorio. Para realizar el análisis descriptivo se utilizó STATA 13 en todas las variables de interés. **Conclusiones:** La colecistectomía laparoscópica es un tratamiento seguro en pacientes octogenarios portadores de colelitiasis, esto dado el bajo índice de complicaciones, mortalidad y estadía hospitalaria en el Hospital Militar de Santiago.

## TUMORES DE GIST: EXPERIENCIA INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER SANTIAGO

*Drs. Rodrigo Neveu Cortez, Krystal Werner Feris*  
Instituto Nacional del Cáncer Dr. Caupolicán Pardo Correa. Recoleta, Santiago. Servicio de Cirugía.  
Hospital Militar de Santiago.

**Introducción:** GIST son neoplasias mesenquimales del tracto digestivo y representan el 3% de las patologías tumorales digestivas. El tratamiento es la resección quirúrgica completa, ya que determina el pronóstico del paciente. **Objetivos:** El objetivo de este estudio es describir la experiencia del INC en el manejo quirúrgico del GIST. **Material y Método:** Estudio de serie de casos. Se incluyeron a todos los pacientes derivados al INC diagnosticados de tumor de GIST entre los años 2001 y 2015, excluyendo a pacientes operados en otros centros y/o que presentaran enfermedad metastásica irresecables a su ingreso. Se realizó análisis descriptivo utilizando STATA 13 para las variables estudiadas: síntomas al diagnóstico, riesgo ASA, tipo de cirugía, morbi-mortalidad postoperatoria, recidiva y hallazgos anatomopatológicos. Además se calculó la supervivencia promedio y según riesgo, de acuerdo con la clasificación de Miettinen y Lasotta. **Resultados:** Un total de 23 pacientes cumplieron los criterios de inclusión, de éstos un 65% son mujeres con una edad media de  $61,9 \pm 14,3$  años. La ubicación más frecuente fue estómago (47,8%) luego ileon (34,7%). El diagnóstico fue incidental en el 34,7% de los casos. Dolor fue el principal síntoma (39,2%). Se realizaron cinco gastrectomías totales, siete subtota-

les, una hemicolectomía, una pancreatoduodenectomía, ocho resecciones intestinales y una operación de Hartmann. Recidivaron 9 pacientes, 6 se reoperaron y uno requirió de una tercera operación. La supervivencia promedio fue de  $78,3 \pm 47,1$  meses y según su riesgo: bajo: 74,2, moderado: 86,4 y alto: 69,2 meses. Al término del estudio 7 pacientes, pertenecientes al grupo de alto riesgo fallecieron, 6 de ellos por progresión de la enfermedad. **Conclusiones:** Los tumores de GIST son infrecuentes presentándose principalmente en estómago. El manejo quirúrgico es fundamental y las recidivas son altas, por lo que la resección completa es trascendental. Por último se deben considerar los factores de riesgo anatomopatológicos en el pronóstico de nuestros pacientes.

## CUERPOS EXTRAÑOS POSTQUIRÚRGICOS INTRAABDOMINALES CON MIGRACIÓN AL TUBO DIGESTIVO

*Drs. Catalina Valenzuela Vega, Marcelo Beltrán Saavedra, Camilo Bustos Ramírez*  
Hospital San Juan de Dios, La Serena.  
Servicio de Cirugía.

**Introducción:** Los cuerpos extraños olvidados en el abdomen constituyen una rara complicación postoperatoria, poco documentada, que persiste vigente pese al recuento rutinario de gases, compresas e instrumental. Más frecuente en pacientes obesos y en cirugías de urgencia, donde afecta a 1 de cada 700 casos. Los síntomas pueden aparecer décadas después, a veces vagos e intermitentes que llevan a consultar reiteradamente. Una presentación clínica inusual es la migración al tracto gastrointestinal generando una suboclusión intestinal. **Objetivos:** Presentar dos casos de cuerpos extraños postquirúrgicos migrados. **Material y Método:** *Caso 1:* Mujer, 45 años, anexectomía laparoscópica (2012), tras lo cual evolucionó durante dos años con dolor cólico, fiebre, diarrea crónica, vómitos 3-4 veces por semana y desnutrición severa. Durante ese período tuvo seis consultas en Ginecología, consultas mensuales en urgencia, varias ecografías abdominales y dos tomografías computadas, que demostraron una colección pelviana, que fue creciendo, y posteriormente se fistulizó a intestino. En pabellón, plastrón de asas dilatadas y al centro, un cuerpo extraño plástico postquirúrgico, con dos tercios dentro del asa intestinal. *Caso 2:* Hombre, 78 años, colecistectomía abierta hace 28 años. Múltiples consultas de urgencia en 10 años por episodios intermitentes de dolor abdominal cólico y vómitos. Se sospechó suboclusión intestinal y la radiografía abdominal demostró imagen ovoidea con marca radioopaca. En pabellón, asas intestinales adheridas al lecho vesicular, rodeando a una colección comunicada por orificio fistuloso a un asa, por donde

habría migrado la compresa hacia el lumen intestinal.

**Resultados:** Tras la remoción, ambos pacientes mejoraron su sintomatología. **Conclusiones:** La sintomatología de los cuerpos extraños abandonados puede ser tardía, intermitente y poco notoria, requieren un alto índice de sospecha. Aunque habitualmente son gasas o compresas, otros insumos quirúrgicos, radiolúcidos, pueden quedar abandonados y habitualmente no van en el recuento. Aunque no pueden evitarse completamente, la rigurosidad en la técnica quirúrgica y protocolos de recuento de insumos puede minimizar su incidencia.

## RESULTADOS DE 4 AÑOS DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO SIMULADO EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA AVANZADA

*Drs. Pablo Achurra Tirado, Antonia Lagos Villaseca, Rolando Rebolledo Acevedo, Felipe León Ferrufino, Erwin Buckel Schaffner, Nicolás Jarufe Cassis, Julián Varas Cohen*

Pontificia Universidad Católica de Chile.

Simulación y Cirugía Experimental, Departamento de Cirugía Digestiva.

**Introducción:** La laparoscopia es actualmente el estándar de diversos procedimientos quirúrgicos pero se asocia a largas curvas de aprendizaje. Las habilidades obtenidas en ambientes simulados se transfieren a la sala operatoria acortando las curvas de aprendizaje y disminuyendo los errores intraoperatorios. **Objetivos:** Reportar los resultados de 4 años de un programa de entrenamiento simulado en cirugía laparoscópica avanzada. **Material y Método:** Estudio retrospectivo descriptivo de un programa de 15 sesiones de complejidad ascendente para realizar una anastomosis intestinal manual laparoscópica en un modelo validado de intestino bovino. Los alumnos se evaluaron antes y después del entrenamiento y sus resultados se compararon al de expertos. Se registraron los tiempos (máximo permitido: 60 min) y escalas observacionales validadas (OSATS) globales (GRS, máximo 25 puntos) y específicas (SRS, máximo 20 puntos). Para aprobar el curso en la evaluación final se exigió GRS > 20, SRS > 15 y tiempo menor a 30 min. De no alcanzar estos valores se permitió un máximo de 2 sesiones/evaluaciones adicionales antes de reprobado definitivamente el curso. El análisis estadístico se realizó con prueba de Wilcoxon, con resultados en promedio (rango). **Resultados:** Se entrenaron 167 cirujanos, 77% de sexo masculino y 19% de nacionalidad extranjera. Al cierre de este estudio 128 (76%) alumnos habían completado el curso y se consideraron para el análisis. En la pre-evaluación, el tiempo fue 2.305 segundos (1.223-3.600), la GRS 11 (5-20) y la SRS 9,2 (4-15). En el 80% de los casos filtró la anastomosis. Posterior al entrenamiento, el tiempo

fue 1.189 segundos (628-1.970), la GRS 23 (20-25) y SRS 18,3 (15-20), con anastomosis permeables y sin filtración (todas las variables:  $p < 0,001$ ). Dos alumnos reprobaron el curso. Los resultados de 6 expertos fueron: tiempo 720 segundos, GRS 24 (23-25) y SRS 19 (18-19). **Conclusiones:** Un modelo en base a simulación permite entrenar a gran cantidad de alumnos con bajas tasas de reprobación y obtener estándares similares a los expertos.

## NUEVA CAJA DE ENTRENAMIENTO DE ALTA FIDELIDAD Y BAJO COSTO PARA SIMULACIÓN LAPAROSCÓPICA AVANZADA

*Drs. Julián Varas Cohen, Antonia Lagos Villaseca, Erwin Buckel Schaffner, Sebastián Morales Zapata, Pablo Achurra Tirado, Pedro Ramírez Nieto, Rubén Darío Ávila Sepúlveda, Richard Castillo Ramos*  
Pontificia Universidad Católica de Chile.  
Simulación y Cirugía Experimental, Departamento de Cirugía Digestiva.

**Introducción:** La simulación ha demostrado acortar las curvas de aprendizaje y reducir los errores operatorios en cirugía laparoscópica avanzada. Sin embargo, las cajas de entrenamiento son de alto costo, con regular calidad de imagen y retraso en la señal, alejándose de la realidad del quirófano. **Objetivos:** Presentar una caja de entrenamiento de alta fidelidad y definición con mínimo retraso de imagen para laparoscopia avanzada. **Material y Método:** Se describen las características de la caja de simulación. Además se realizó una encuesta a 76 cirujanos laparoscopistas internacionales que participaron en el LAF 2014, en Orlando, FL. La encuesta tenía 9 preguntas en escala Likert. Todos los cirujanos encuestados probaron la caja de simulación en un modelo validado de yeyuno-yeyuno anastomosis. **Resultados:** El simulador de laparoscopia está fabricado en fibra de vidrio con la forma de un abdomen insuflado con 4 puertos para la inserción de trocarts en posición con triangulación quirúrgica. Cuenta con una cámara integrada de alta definición (full HD) que permite imágenes de 1.080 p (1.920 x 1.080) y evita retraso al emitir señal a 60 cuadros por segundo. Además permite grabar en alta definición los procedimientos realizados. La caja fue diseñada y ensamblada en Chile a bajo costo. Con respecto a los expertos encuestados, un 91% consideró que el simulador representa bien la realidad del pabellón, se sintió conforme con la calidad de la imagen y con la manipulación de los instrumentos. El 97% respalda que el entrenamiento en laparoscopia avanzada debiese realizarse en simuladores de alta definición y fidelidad. **Conclusiones:** Se presenta una nueva caja de entrenamiento simulado con una alta calidad de imagen y mínimo retraso en la emisión de señal asemejándose a la imagen de una torre de laparoscopia

pero a un bajo costo. Esta caja fue evaluada como de alta fidelidad, definición y precisión por un grupo de laparoscopistas expertos.

### EVALUACIÓN DEL MODELO PORCINO EN EL ENTRENAMIENTO DE LA FUNDOPLICATURA DE NISSEN LAPAROSCÓPICA

*Drs. José Manuel Campos Varas, Richard Castillo Ramos, Rubén Darío Ávila Sepúlveda, Felipe León Ferrufino, Pablo Achurra Tirado, Julián Varas Cohen, Rolando Rebolledo Acevedo, Fernando Crovari Eulufi, Nicolás Jarufe Cassis, Alejandro Luis Zavala Busquets* Pontificia Universidad Católica de Chile. Simulación y Cirugía Experimental, Departamento de Cirugía Digestiva.

**Introducción:** La fundoplicatura de Nissen es una técnica efectiva para el tratamiento del reflujo gastroesofágico tanto en niños como adultos. Los programas de formación entregan poco volumen en su entrenamiento por lo que un modelo simulado podría acortar las curvas de aprendizaje. **Objetivos:** Realizar un programa de entrenamiento simulado en fundoplicatura de Nissen laparoscópico en un modelo animal porcino. **Material y Método:** Estudio experimental, se entrenaron 4 residentes de subespecialidad en un programa de 5 sesiones de fundoplicatura de Nissen laparoscópica en un modelo porcino. En cada sesión los residentes fueron ayudados por expertos con retroalimentación efectiva. Se realizaron sesiones de evaluación antes y después del programa donde se midieron escalas validadas (OSATS, rango 5-25), tiempo operatorio y número de movimientos. Además se midieron 2 expertos a modo de comparación. Se utilizó el test de Wilcoxon para comparar el antes y después. **Resultados:** Se entrenaron 3 residentes de cirugía digestiva y uno de cirugía pediátrica. El OSATS global mejoró de 15 -1 a 24 -1 con el entrenamiento (p: 0,026), el tiempo operatorio disminuyó de 32,4 -6,3 min a 23,5 -5,3 min (p: 0,04). El número total de movimientos disminuyó de 897 a 452 (p: 0,068) con el entrenamiento. Los valores post entrenamiento fueron similares al de los expertos (OSATS de 25 y tiempo operatorio de 19 min). **Conclusiones:** El entrenamiento en modelo porcino es efectivo en entregar habilidades laparoscópicas para realizar una fundoplicatura de Nissen. El uso de este modelo permite acortar las curvas de aprendizaje en un ambiente educacional óptimo y sin poner en riesgo a los pacientes.

### NEUMOPERITONEO EN CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO: COMPARACIÓN DE COMPLICACIONES CON NEUMOPERITONEO ABIERTO Y UMBILICAL. EXPERIENCIA CLÍNICA DÁVILA

*Drs. María Francisca Wuth Izquierdo, Joaquín Ramírez Sneberger, Manuel Calcagno Lüer, Rodrigo Patricio Ávila Piña, Marcelo Rodrigo Fajardo Gutiérrez, José Luis Peña López* Clínica Dávila. Departamento de Cirugía.

**Introducción:** Existen distintas técnicas para lograr establecer el neumoperitoneo en cirugía laparoscópica. Hasta la fecha no se ha logrado demostrar una diferencia estadísticamente significativa en la reducción de complicaciones con alguna de estas técnicas en específico. En el cuadrante superior izquierdo (CSI), no existen grandes arterias ni venas que puedan resultar lesionadas por la punción con la aguja de Veress y el estómago, si es puncionado, no evoluciona con complicaciones mayores generalmente, lo que haría este punto idóneo para establecer el neumoperitoneo. **Objetivos:** Comparar la incidencia de complicaciones con neumoperitoneo con aguja de Veress en cuadrante superior izquierdo con neumoperitoneo cerrado umbilical y neumoperitoneo abierto. **Material y Método:** Estudio descriptivo de cohorte retrospectivo para el análisis de morbimortalidad y resultados de los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica en los que se utilizó neumoperitoneo en el CSI desde el 01 de septiembre de 2014 hasta agosto de 2015, con un total de 500 pacientes. Se revisaron las fichas electrónicas de los pacientes tomando muestras aleatorizadas de 500 pacientes sometidos a neumoperitoneo umbilical y 500 con técnica abierta para compararlos con nuestra muestra objetivo. **Resultados:** El grupo de neumoperitoneo en CSE no reportó complicaciones. Mientras que el grupo de neumoperitoneo umbilical reportó 0,2% de complicaciones al igual que el neumoperitoneo con técnica abierta. **Conclusiones:** Establecer el neumoperitoneo en el CSI no toma más tiempo que con las otras técnicas, no presenta una cicatriz mayor y no se asocia a lesiones de grandes vasos. La única víscera hueca que se encuentra en ese sitio anatómico es el estómago, que no genera mayores complicaciones al ser puncionado con la aguja de Veress. Por tanto creemos que el CSI es el lugar anatómico ideal para establecer el neumoperitoneo en cirugía laparoscópica.

## DRENAJE PERCUTÁNEO DE LAS COLECCIONES ABDOMINALES, EXPERIENCIA EN PACIENTES DE CAUSA POSTQUIRÚRGICA Y NO QUIRÚRGICA. ¿HAY QUE RE-OPERAR?

*Drs. Freddy Alejandro Ferreira Camacho, Tomás Cermenati Bahrs, Belén Sanhueza Pozarski, Guillermo Reyes Reyes, Cesar Silva López, Cristian Andrés Vargas Cárdenas, Patricio Palavecino Rubilar*  
Universidad de Chile. Departamento de Cirugía HCUCH, Departamento de Imagenología HCUCH.

**Introducción:** Clásicamente, la cirugía abierta era considerara el estándar para el manejo de colecciones infectadas abdominales, hoy reemplazado por el drenaje percutáneo, la decisión para el manejo requieren una evaluación multidisciplinaria por parte de cirujanos, intensivistas y radiólogos intervencionales. El drenaje quirúrgico debe reservarse sólo para aquellos casos en los cuales el drenaje percutáneo sea frustro. **Objetivos:** Presentar el rol del drenaje percutáneo y el éxito terapéutico en el manejo de las colecciones abdominales. **Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectivo y análisis de casos, base de datos de la Unidad de Radiología-HCUCH entre los años 2011-2015. Se clasificaron a las colecciones en causas post-quirúrgicas y no quirúrgicas, se consideró drenajes guiados por ultrasonido y por tomografía-computada, se evaluó el éxito terapéutico en: curación completa, (imagen de control sin colección), curación parcial (requirió nuevo drenaje) y frustro (necesidad de drenaje y aseo en pabellón). **Resultados:** De los 110 pacientes, 56,5% sexo masculino y 43,5% femenino, 62 años edad promedio, causas no-quirúrgicas representó un 21,7% predominando la patología colónica complicada (diverticulitis, cáncer de colon, plastrón-apendicular), las causas post-quirúrgicas representó el 78,3% de los casos, el absceso hepático un 34,8% (38) de casos, seguido de la colección subhepática con 30,4% (33), colecciones retroperitoneales un 13% (14), colección subfrénica 8,7% (10), colecciones pélvicas 5,5% (6) e interasas/filtración de anastomosis 5,5% (6). No se presentaron complicaciones precoces, *shock* séptico y FMO como complicaciones tardías en un 8,7% Los cultivos fueron positivos en 55% de los pacientes, 60% Gérmenes multiresistentes, y 40% gérmenes típicos abdominales. El éxito terapéutico con curación completa de colección en 87,5%, parcial en 10,5% y frustro en 1,5% de las colecciones. **Conclusiones:** El drenaje percutáneo guiado por Ultrasonido y TAC es un procedimiento seguro, con un éxito terapéutico alto, y bajas complicaciones, por lo tanto debe ser el tratamiento de elección en los centros con este recurso.

## HIDATIDOSIS ABDOMINAL EXTRA HEPÁTICA: CARACTERIZACIÓN Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

*Drs. Rodrigo Edgardo Reyes Melo, Fabrizio Moisan Paravic, Pablo Saldías Echeverría, Eduardo Figueroa Rivera, Juan Marcos Grajeda Balderrama, Rodrigo Torres-Quevedo Quevedo.*

Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción. Equipo de Cirugía Hepatobiliopancreática. Universidad de Concepción.

**Introducción:** La hidatidosis es una zoonosis endémica en el sur de Chile. El principal órgano afectado es el hígado. Existen otras localizaciones abdominales menos frecuentes. **Objetivos:** Describir características y resultados del tratamiento de pacientes operados por hidatidosis abdominal de localización extra hepática. **Material y Método:** Serie de casos. Período marzo-2011 a agosto-2014. Se incluyeron pacientes con hidatidosis abdominal de localización extra hepática operados en nuestro hospital. Revisión de fichas clínicas, protocolos quirúrgicos y registro electrónico hospitalario. **Resultados:** En total 10 pacientes operados, 9 de género masculino. Edad promedio  $43 \pm 11$  años. Ruralidad en 6. Cirugía previa por hidatidosis de cualquier localización en 5 pacientes. Presentaron síntomas 7 pacientes, de ellos 5 con dolor abdominal, 1 con retención urinaria y 1 con disuria. Se consignó masa palpable en 3 pacientes. Todos se estudiaron con tomografía axial computada de abdomen y pelvis. Coexistencia de quistes hidatídicos en otras localizaciones en 4 pacientes: 3 en hígado y 1 en pulmón. Recibieron tratamiento con albendazol 9 pacientes. Órganos comprometidos fueron peritoneo en 8, páncreas en 1 y ovario en 1. Se realizó periquistectomía total en 8 pacientes. Cirugía abierta en 9 y laparoscópica en 1. Cuatro pacientes presentaron morbilidad postoperatoria. No hubo mortalidad en esta serie. La estadía hospitalaria fue de 7,5 días [rango 2-131]. Existió recidiva en 1 paciente en el peritoneo. **Conclusiones:** La mayoría de los pacientes fueron de procedencia rural y de género masculino. El órgano comprometido con mayor frecuencia fue el peritoneo.

### COBERTURA CUTÁNEA CON MATRIZ CELULAR SINTÉTICA MONOCAPA E INJERTO INMEDIATO EN QUEMADURA QUÍMICA POR EXTRAVASACIÓN DE CITOSTÁTICOS

*Drs. Constanza Silva Nome, Luisa Morales Ruiz, Patricio Stevens Moya*  
Hospital Las Higueras, Talcahuano. Servicio de Cirugía. Equipo de Cirugía Plástica. Departamento de Cirugía, Universidad De Concepción.

**Introducción:** La extravasación de soluciones endovenosas constituyen una complicación de baja frecuencia y de gravedad variable, su mecanismo de acción es complejo y poco conocido; la mayoría sana por segunda intención, las de mayor profundidad requieren cobertura cutánea, constituyendo un real desafío, por las malas condiciones del lecho del defecto y las condiciones generales del paciente. **Objetivos:** Reportar un caso de cobertura difícil, en defecto de cobertura cutánea secundario a extravasación de citostáticos, en la que se empleó matriz dérmica sintética, monocapa, con injerto inmediato. **Material y Método:** Retrospectivo, análisis de caso sin instrumentos estadísticos. **Resultados:** Paciente de 67 años, con cáncer mamario, recibió dos ciclos de quimioterapia con Adriamicina endoxan, por vía de dorso de mano; a la semana consultó por dolor y eritema de antebrazo y mano derecha; fue hospitalizada y tratada por una semana como celulitis, reingresa a la semana por presentar escara húmeda en dorso de mano de 5 x 3 cm. Progresó el compromiso del dorso de mano, después de tres aseos consecutivos quedó defecto en dorso de mano y del antebrazo, en una extensión total de 4% de superficie corporal total; con exposición completa y necrosis de tendones; por las malas condiciones locales se planteó uso de matriz celular e injerto dermoepidérmico inmediato; se obtuvo un prendimiento del 97% del injerto; el defecto residual, cicatrizó por segunda intención. Se logró cobertura cutánea de excelente calidad gracias a la matriz celular, permitiendo la ejecución de la cirugía oncológica de cáncer de mama, postergada por dos meses por la extravasación. No hubo complicaciones postoperatorias. **Conclusiones:** La cobertura cutánea en extravasación de citostáticos, constituyen un verdadero desafío, los pacientes están deteriorados por la enfermedad oncológica y las comorbilidades propias de la edad, además de representar una problemática medio-legal importante.

### ADENECTOMÍA MAMARIA SUBCUTÁNEA, CON RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA DEL COMPLEJO AREOLO-MAMILAR EN TRANSEXUALES

*Drs. Luisa Morales Ruiz, Patricio Stevens Moya*  
Hospital Las Higueras, Talcahuano. Servicio de Cirugía. Equipo de Cirugía Plástica. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

**Introducción:** Un transexual se identifica con el sexo opuesto a su sexo biológico, por lo que desea un cuer-

po acorde con su identidad, vivir y ser aceptado como una persona del sexo al que siente pertenecer; desean un cambio de imagen y un cambio legal de género. **Objetivos:** Se presenta experiencia única nacional en Hospital Público que desarrolla un programa de cambio de género a pacientes transexuales. **Material y Método:** Retrospectivo, análisis de casos sin instrumentos estadísticos. Se incluyen transexuales adultos, con IMC menor a 30, con perfil psicológico de transexual a masculino; que solicitan adenectomía mamaria para cambio legal de género. **Resultados:** Se operaron 19 transexuales a masculino, entre 2009 a 2015, edad promedio de 27,3 años; provenientes de Santiago a XI región. La distancia del complejo areolo-mamilar observada fue de 19 a 30 cm; las diferencias entre los perímetros mamario y torácico encontradas fueron 10 pac de 7 a 12 cm, 6 pac de 13 a 18 cm y 2 de 19 a 24 cm; el tejido resecado promedio de cada mama fue entre 100 y 1.150 g. Se utilizó el complejo areolo-mamilar (CAP) original, como injerto de piel total para reconstruir el CAP. Con diferentes abordajes, se logró reducir el excedente cutáneo y reubicar CAP; (abordaje infraerolar, Transversal submamaria y T invertida). La duración promedio fue de 100 min; no hubo anomalías en las biopsias. Las complicaciones observadas fueron de 4 seromas. El seguimiento máximo fue hasta el año en un 35%. Sólo un 52% accedió a histerectomía y ooforectomía laparoscópica bilateral complementaria. **Conclusiones:** Los transexuales a nivel nacional tienen escasas posibilidades para cumplir con los estrictos requerimientos legales para obtener el cambio legal de género y lograr un anhelado cambio de imagen acorde con su identidad psicológica.

### COMPARACIÓN ENTRE EL GRAN QUEMADO DE ORIGEN LABORAL Y NO LABORAL EN EL HOSPITAL CLÍNICO MUTUAL DE SEGURIDAD

*Drs. Ignacio Cifuentes Ortiz, Iside Bravo Yubini, Francisca León Ganem, Héctor Segundo Roco Molina, Omar Atenas Molina, Luis Marcelo Standen Mitchell, Alberto Muñoz Robles*  
Hospital Clínico Mutual de Seguridad. Servicio de Quemados.

**Introducción:** El paciente Gran Quemado constituye un problema importante de salud pública. En Chile aproximadamente 200 pacientes adultos corresponden a este grupo al año, en su mayoría de origen no laboral. No existen publicaciones recientes sobre la epidemiología del Gran Quemado de origen laboral. **Objetivos:** Comparar las características epidemiológicas y resultados del tratamiento de los quemados de origen laboral (L) y no laboral (NL) en el Hospital Clínico Mutual de Seguridad de Santiago, Chile. **Material y Método:** Estudio prospectivo no concurrente. Se revisaron los antecedentes clínicos y sociodemográficos

de los pacientes grandes quemados de origen L y NL hospitalizados en la Unidad de Quemados del Hospital Mutual de Seguridad entre los años 2010 y 2014. Se registraron las variables: comorbilidades, etiología de la quemadura, porcentaje de superficie corporal quemada (%SCQ), índice de gravedad de Garcés (IG), número de cirugías, tiempo de hospitalización en UCI y mortalidad. **Resultados:** Se admitieron 155 pacientes grandes quemados. El 55,5% de ellos fueron de origen laboral siendo en su mayoría hombres (94,2%). La mediana de la edad fue de 36 años en el grupo L vs 47 años en el grupo NL. Hubo menor frecuencia de patologías crónicas (14% vs 30%) en el grupo L vs grupo NL,  $p < 0,05$ . La etiología más común en el grupo L fue la electricidad (31,4%) vs fuego (56,5%) en el grupo NL. Ambos grupos tuvieron diferencia estadísticamente significativa en el %SCQ: 15 vs 20, y en su índice de gravedad 69 vs 100. No hubo diferencia en la mediana de los días de hospitalización en UCI (10 días vs 16 días) ni en el número de cirugías 1 (0-3) vs 2 (1-3). La mortalidad fue 3,5% en el grupo L vs 13% en el grupo NL. **Conclusiones:** Las características demográficas y etiológicas fueron distintas en ambos grupos lo que se reflejó en la diferencia de mortalidad.

### EVALUACIÓN MULTIDISCIPLINARIA Y CIRUGÍA DE REASIGNACIÓN SEXUAL EN TRANSEXUALES DE MUJER A HOMBRE: EXPERIENCIA PRELIMINAR

*Drs. Carla Natalia Ibarra Mujica, Roberto Hoppmann Klestadt, Jacobo Jankelevich Rozental, Jaime Carrasco Toledo, Ricardo Antonio Yáñez Martínez, Dante González Bartolomei, Manuel Meruane Naranjo, Carolina Soto Diez, Carolina Salisbury Devincenzi*  
Clínica Tabancura. Propacam.

**Introducción:** La disforia de género trata de una sensación constante de discomfort psicológico relacionado al sexo anatómico, al deseo de vivir y ser aceptado como miembro del sexo opuesto. Un método que intenta resolverlo es la cirugía de reasignación sexual. El primer procedimiento quirúrgico en el paciente transexual de mujer a hombre es la creación de un tórax estéticamente masculino por medio de mastectomía subcutánea, luego lipoaspiración y por último, la transformación genital. **Objetivos:** Presentar la experiencia del tratamiento por un equipo multidisciplinario en cirugía de reasignación sexual en pacientes transexuales de mujer a hombre. **Material y Método:** Estudio retrospectivo de pacientes transexuales a quienes se les realizó mastectomía subcutánea más lipoaspiración entre 2009-2014. Todos fueron evaluados por equipo multidisciplinario (psicólogo, ginecólogo, cirujano plástico). Se registró datos demográficos, cirugías previas, comorbilidades y complicaciones. Todos vivían un rol masculino y estaban en tratamiento con hormona masculinizante.

**Resultados:** Fueron intervenidos cinco pacientes, 26 años (18-39), género morfológico femenino, identidad sexual masculina (se descarta psicosis/trastorno de personalidad). En dos pacientes que tenían mastectomía previa se realizó cirugía revisional, remodelando la mama y corrigiendo cicatrices. En los tres pacientes restantes se realizó una mastectomía subcutánea, dos de ellos por vía periareolar extendida y en uno por vía lateral simulando margen lateral del músculo pectoral mayor. En todos se realizó remodelamiento corporal/masculinización con lipoaspiración de tronco. No presentaron complicaciones. **Conclusiones:** El objetivo es transformar el aspecto de un tórax masculino en uno femenino. La mastectomía es frecuentemente la primera y una de las más importantes intervenciones en la reasignación sexual. Es necesario remodelar el resto del cuerpo para lograr un cambio armónico acorde con la nueva identidad del paciente. Los resultados obtenidos con la mastectomía subcutánea, ya sea con técnica periareolar extendida o por vía lateral son adecuados desde el punto de vista estético.

### IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO EN EL SERVICIO DE QUEMADOS DEL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA DR. ALEJANDRO DEL RÍO (HUAP)

*Drs. Cristián Arriagada Irrarrazaval, Carla Natalia Ibarra Mujica, Ekaterina Troncoso Olchevskaia, Adriana Alzate Rodas, José Ramón Rodríguez Astudillo, Emilio González Silva*

Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río, Santiago. Servicio de Quemados.

**Introducción:** La necesidad de avanzar en el conocimiento a largo plazo de las consecuencias físicas, psicológicas y sociales generadas por grandes quemaduras plantea desafíos importantes y uno de ellos es el seguimiento a largo plazo. A nivel internacional existe una escasez de bibliografías referentes a protocolos de seguimiento y a nivel nacional no existe registro. **Objetivos:** Mostrar la implementación de un protocolo de seguimiento en pacientes que fueron hospitalizados y tratados en el Servicio de Quemados del HUAP, para evaluar la evolución de quemaduras, secuelas físicas/funcionales y la reinserción laboral. **Material y Método:** Se implementó el protocolo desde junio de 2015, en el contexto de policlínico de seguimiento del servicio de quemados. Se analizaron las principales características epidemiológicas y los resultados obtenidos por los cuestionarios POSAS y BSHS-B. **Resultados:** Fueron evaluadas 23 personas (14 hombres y 9 mujeres), edad promedio 48 años y estadía promedio 82,58 días. Sólo 4 trabajaban al momento de la encuesta. Hombres y mujeres reportaron similares puntajes en opinión general del aspecto de la cicatriz (4,15/10 y 4,12/10 puntos), sin diferencias significativas entre ambos. El grupo mujeres

manifestó mayor afectación en dolor, picazón, diferente coloración y rigidez de cicatriz respecto a los hombres, quienes reportaron mayor afectación en grosor e irregularidades de cicatrización. Las consecuencias de lesión y su impacto global fue igual en ambos sexos, las mujeres reportaron mayor dificultad para la realización de actividades de la vida diaria: baño, vestuario, transición de sedente a bípedo y actividades bimanuales. **Conclusiones:** Esta implementación del protocolo de seguimiento, en Servicio de Quemados del HUAP, es pionero en nuestro país, permitiendo compararnos con centros de quemados a nivel mundial. Se pudo evaluar la evolución a corto y largo plazo de las quemaduras, así como objetivar las secuelas psicológicas y físicas y permitiendo ofrecerles soluciones asistenciales como quirúrgicas, que les faciliten la reinserción social y laboral.

### ADQUISICIÓN SIGNIFICATIVA DE HABILIDADES MICROQUIRÚRGICAS MEDIANTE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO BASADO EXCLUSIVAMENTE EN MODELOS INANIMADOS. CURVAS DE APRENDIZAJE, ESTUDIO DE VALIDACIÓN Y TRANSFERENCIA A UN MODELO DE RATA VIVA

*Drs. José Ramón Rodríguez Astudillo, Ricardo Antonio Yáñez Martínez, Bruno Leonardo Dagnino Urrutia, Ignacio Cifuentes Ortiz, Julián Varas Cohen*  
Pontificia Universidad Católica de Chile. Centro de Simulación y Cirugía Experimental, Sección de Cirugía Plástica y Reconstructiva, División de Cirugía, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** Las limitaciones asociadas al entrenamiento en modelos vivos hacen necesario implementar alternativas más accesibles. Actualmente no existen programas de entrenamiento microquirúrgico validados basados exclusivamente en modelos inanimados. **Objetivos:** Demostrar y validar la adquisición de habilidades microquirúrgicas en un programa de entrenamiento simulado basado en modelos inanimados. **Material y Método:** Estudio experimental. Se evaluó residentes de cirugía general en un programa de 17 sesiones, mediante ejecución anastomosis arteriales y venosas empleando modelos de pollo ex-vivo. Los procedimientos fueron registrados en vídeo y analizados por dos expertos ciegos mediante escalas validadas globales (GRS), específicas (SRS) y un *checklist*. Se consignó tiempo operatorio, tasas de permeabilidad anastomótica y movimiento de manos mediante un dispositivo de análisis (ICSAD). Los resultados fueron comparados con desempeño de cirujanos expertos. Luego se comparó a residentes entrenados y a expertos efectuando anastomosis arterial y venosa femoral en rata viva. Se utilizó estadística no paramétrica, considerando significativo

valor  $p < 0,05$ . **Resultados:** Se obtuvo curvas de aprendizaje. Diez residentes mejoraron significativamente sus puntajes en anastomosis arterial [GRS 8 vs 28,  $p < 0,05$ ; SRS 7 vs 28,  $p < 0,05$ ] y venosa [GRS 8 vs 27,  $p < 0,05$ ; SRS 7 vs 28;  $p < 0,05$ ]. Hubo incremento en puntaje del *checklist* ( $p < 0,005$ ) y en tasa de permeabilidad anastomótica ( $p < 0,05$ ). Los resultados de novatos fueron comparables a expertos, sin diferencias significativas entre ambos para las variables anteriores. En el modelo rata viva residentes obtuvieron puntajes comparables a expertos, sin diferencias significativas para arteria ni vena ( $p > 0,05$ ). Las tasas de permeabilidad de novatos fueron 100% para arteria y 50% para vena. **Conclusiones:** Existió una adquisición significativa de destrezas microquirúrgicas por parte de los residentes, alcanzando un nivel similar a expertos. Las destrezas adquiridas fueron transferidas a un modelo vivo de mayor complejidad. Este estudio valida el modelo como alternativa frente al uso de animales vivos.

### PROPUESTA DE UNA NUEVA CLASIFICACIÓN DE ANOMALÍAS TORÁCICAS EN PACIENTES CON SÍNDROME DE POLAND Y ALGORITMO DE TRATAMIENTO

*Dra. María Victoria Romanini Catalán*  
Cirugía Plástica e Ricostruttiva Istituto Giannina Gaslini Genova. Cirugía Plástica e Ricostruttiva Ist-San Martino Genova.

**Introducción:** El síndrome de Poland (SP) es una deformidad congénita caracterizada por hipoplasia o aplasia unilateral de los músculos pectorales, mama, pezón, pliegue axilar, tejido subcutáneo, costillas y la mano. La anomalía torácica, que es el defecto patognomónico, presenta una amplia variabilidad fenotípica y ha sido clasificado por diferentes autores. Sin embargo, estas clasificaciones no incluyen todos los posibles fenotipos de SP y no hay acuerdo en la literatura respecto al tipo de terapia quirúrgica. **Objetivos:** El objetivo de este estudio es proponer una clasificación simple de todo el espectro de defectos torácicos y un algoritmo para decidir el abordaje quirúrgico. **Material y Método:** Desde el año 2008, 100 pacientes fueron evaluados por el mismo equipo de cirugía plástica en el Istituto Gaslini y en el Hospital San Martino-IST en Genova, Italia. Las anomalías torácicas se clasificaron de la siguiente manera: T (“thorax”) desde T1 (defecto muscular solamente) a T4 (deformidad compleja con costilla y participación esternal); B (“breast”) en B1 (hipoplasia) o B2 (amastia); N (“nipple”), desde N1 (dislocación 2 cm) a N3 (Atelia). Setenta de estos pacientes fueron operados. (Estudio de cohorte retrospectivo y serie de casos). **Resultados:** Las anomalías torácicas más frecuentes en ambos sexos fueron T1 (47%) y N2 (74%), mientras que en las mujeres B1 fue más frecuente que B2. La reconstrucción de la mama



y pectorales se basa no sólo en la edad y el sexo de los pacientes, sino también en el tipo de defecto de acuerdo a esta clasificación. En particular, se requiere un enfoque de dos etapas con expansor tisular en casos N2 y N3, mientras que en gran parte de los pacientes N1 una sola cirugía era suficiente. **Conclusiones:** Esta Clasificación podría ser una herramienta útil para elegir la terapia quirúrgica más adecuada en pacientes con SP.

## TRATAMIENTO DE CICATRICES QUELOI-DEAS CON CIRUGÍA Y RADIOTERAPIA, EVALUACIÓN DE RESULTADOS Y CALIDAD DE VIDA

*Drs. Leonardo Parada Matus, Álvaro Cuadra Campos, Bruno Leonardo Dagnino Urrutia, Susana Searle Ferrari, Eugenio Francisco Vines Vásquez*  
Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de Medicina, Sección de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

**Introducción:** El queloide es un tipo de cicatriz patológica. Pueden ser muy sintomáticos afectando la calidad de vida. Existen distintos tratamientos con resultados variables. La resección quirúrgica seguida de radioterapia es considerada como la más exitosa. **Objetivos:** Evaluar los resultados del tratamiento de queloides con resección y radioterapia, en relación a recidiva, cicatriz resultante y calidad de vida. **Material y Método:** Revisión retrospectiva de pacientes con queloides sometidos a cirugía y radioterapia postoperatoria entre mayo de 2013 y junio de 2015 en el Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile. Todos fueron operados con la misma técnica y sometidos a un protocolo de radioterapia externa. Se aplicó la encuesta QualiFibro para medir calidad de vida pre y post tratamiento y la escala POSAS para evaluar el resultado de la cicatriz por pacientes. Se utilizó el programa SPSS 21.0 para análisis estadístico con las pruebas t de student, test de Fisher y ANOVA. **Resultados:** Se trataron 7 pacientes con 10 queloides, mediana de edad de 27 (14-57) años. Las ubicaciones más frecuentes fueron tórax y abdomen. El tiempo de evolución del queloide fue de una mediana de 6,5 (1-30) años. El seguimiento fue de un período de 7 (4-14) meses, sin presentar recidivas, ni complicaciones. Todas las cicatrices presentan mejoría clínica. La encuesta POSAS arroja una mediana de puntaje de 26, cercano al punto intermedio de la escala. La calidad de vida presenta mejoría comparando post con pre tratamiento, pero sin significancia estadística. **Conclusiones:** Discusión: La cirugía combinada con radioterapia aparece como un tratamiento efectivo y seguro. En esta serie no hay recidivas y la cicatriz resultante es bien evaluada, sin embargo, la mejoría en calidad de vida con el tratamiento no es significativa. Esto podría estar relacionado con altas expectativas de los pacientes y/o un bajo número de pacientes estudiados.

## EVALUACIÓN DE ZONA DADORA EN RECONSTRUCCIÓN AURICULAR DE MICROTIA CON TÉCNICA SUPRAPERICÓNDRICA EN LA OBTENCIÓN DE CARTÍLAGO COSTAL

*Drs. Silvana Acosta Viana, Carolina Lagos Jefferson, Ricardo Antonio Yáñez Martínez*  
Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de Medicina. Sección de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Pontificia Universidad Católica de Chile. Equipo de Cirugía Plástica-Servicio de Cirugía, Hospital de Niños Roberto del Río.

**Introducción:** El cartílago costal sigue siendo, sin discusión, el material de elección para la reconstrucción auricular, uno de sus principales inconvenientes es la deformidad de contorno que puede producir en la zona dadora en pacientes en crecimiento. **Objetivos:** Evaluar presencia de secuela en zona dadora de pacientes sometidos a reconstrucción auricular con cartílago costal con técnica suprapericóndrica. **Material y Método:** Estudio de corte transversal; pacientes menores de 15 años. Cartílagos fueron levantados con pericondrio. Evaluación de zona dadora fue realizada por tres observadores independientes (escala validada de Strasser: deformidad, asimetría, contorno y cicatriz). A niños y madres se les aplicó encuesta de satisfacción. En el análisis de la asociación entre variables se utilizan pruebas no paramétricas. **Resultados:** 19 reconstrucciones, 18 pacientes, mediana edad 8 (6-15) años, seguimiento 50 (14-96) meses, número de cartílagos costales obtenidos 3 (2-4) unidades. Evaluación de expertos: excelente en 2 (10,5%) casos, bueno en 10 (52,6%) y regular en 7 (36,8%). La mayoría de las madres y pacientes calificó como bueno el resultado. No hubo diferencia significativa en el puntaje con respecto al número de cartílagos costales cosechados. Al separarlos por edad se obtuvo peores resultados en los intervenidos antes de los 10 años que en mayores ( $p < 0,03$ ). **Conclusiones:** La reconstrucción auricular con cartílago costal y técnica suprapericóndrica, permite obtener buenos resultados en zona dadora. Existe alta satisfacción al ser evaluada por el paciente y su madre, así como por los observadores. El resultado no es dependiente del número de cartílagos; sí en relación a la edad de la cirugía: mejores resultados en pacientes operados sobre los 10 años de edad, lo que concuerda con otros estudios.

## MANEJO QUIRÚRGICO DE LA OSTEOMIELITIS ESTERNAL SECUNDARIA A CIRUGÍA CARDIOTORÁCICA

*Drs. José Tomás Gantz Vives, Marcelo Felipe Parra Novoa, José Ignacio Ortega Sepúlveda, Javier Villalón Quiroz, Mila Sofia Razmilic Triantafilo*  
Hospital Padre Alberto Hurtado, San Ramón. Equipo de Cirugía Plástica y Equipo de Cirugía Torácica. Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo.

**Introducción:** Si bien la osteomielitis esternal (OE) es una complicación poco frecuente en cirugía cardio-

torácica (menos de un 5%), de no ser diagnosticada y tratada de manera precoz puede ser muy grave. El principal factor de riesgo es la diabetes mellitus y la utilización de ambas arterias torácicas internas. Cuando la OE se presenta, trae como consecuencia hospitalizaciones prolongadas, múltiples intervenciones quirúrgicas y procedimientos avanzados realizados por equipos multidisciplinarios. **Objetivos:** El objetivo de este estudio es realizar una revisión sistemática de la literatura del manejo de estos pacientes a propósito de dos casos manejados recientemente en el Hospital Padre Hurtado. **Material y Método:** Se realizó una revisión sistemática de la literatura sin metaanálisis RS s/MA con la ayuda de los buscadores Pubmed, EBSCO, SUMSearch, OVID y LILACS en relación a la OE. Secundariamente se complementó la búsqueda con un análisis retrospectivo de dos pacientes con OE manejados en el Hospital Padre Hurtado a comienzos de 2014. **Resultados:** Se encontraron 482 trabajos publicados en la literatura relacionados con la OE, lamentablemente en su mayoría son reportes de casos clínicos. Al analizar el subgrupo de las OE relacionados con cirugías cardiorácicas, todos los autores recomiendan un manejo agresivo y precoz, utilización prolongada de antibióticos, curaciones avanzadas con el uso de VAC, aseos quirúrgicos frecuentes y finalmente en los casos más severos y refractarios recomiendan la realización de distintos tipos de colgajos musculares con o sin resecciones esternas. Nuestros dos pacientes requirieron múltiples aseos quirúrgicos uso prolongado de VAC, y finalmente la realización de colgajos musculares (pectoral y recto abdominal). **Conclusiones:** Aun cuando se tomen las medidas preventivas necesarias, la OE va a seguir ocurriendo. Frente a una OE se recomienda un abordaje multidisciplinario. Finalmente a pesar de haber una evidencia científica débil, la utilización de colgajos musculares se recomienda para el manejo de los casos más complejos.

## RECONSTRUCCIÓN MICROQUIRÚRGICA DE EXTREMIDAD INFERIOR EN PACIENTES AÑOSOS. SERIE INICIAL

*Drs. Bruno Leonardo Dagnino Urrutia, Carolina Salisbury Devincenzi*  
Pontificia Universidad Católica de Chile. Sección de Cirugía Plástica y Reconstructiva, División de Cirugía, Escuela de Medicina.

**Introducción:** Con el aumento de la expectativa de vida ha crecido el número de pacientes de edad avanzada que requieren reconstrucción con colgajo microquirúrgico. Si bien existe consenso en que la edad no es contraindicación para cirugía en general, se discute la indicación de procedimientos prolongados y fisiológicamente demandantes para el grupo etario sobre 65

años. **Objetivos:** Presentar una serie inicial de reconstrucción microquirúrgica en pacientes mayores de 70 años. **Material y Método:** Revisión retrospectiva de reconstrucción microquirúrgica de extremidad inferior en pacientes mayores de 70 años realizadas por un mismo cirujano entre junio de 2014 y julio de 2015. Se registraron comorbilidades, tiempo quirúrgico, tipo de colgajo, tiempo de hospitalización pre y postoperatorio, complicaciones. Mediana de seguimiento fue 5 meses (1,5-14). **Resultados:** Serie de cuatro pacientes, mediana de edad 72,5 años (72-77), las comorbilidades fueron hipertensión arterial, insuficiencia renal en hemodiálisis, diabetes mellitus, hipotiroidismo y marcapaso definitivo. Un paciente presentó más de una comorbilidad. Las indicaciones de reconstrucción fueron melanoma de talón, pie diabético, necrosis por hematoma de tercio medio de pierna, cicatriz inestable plantar. Estudio vascular: clínico con pulsos normales (1), evaluación por cirugía vascular (3) realizándose PVR (1), angiotomografía (1) y PVR más angiografía (1). Los colgajos utilizados fueron fasciocutáneo anterolateral de muslo (3) y muscular de recto anterior del abdomen cubierto con injerto dermoepidérmico (1). Mediana de tiempo quirúrgico fue 6 h 7 min. Hubo una pérdida parcial superficial de ALT que se resolvió con injerto dermoepidérmico, un paciente presentó eritema local manejado con antibióticos por infectología y virosis respiratoria alta postoperatoria. No hubo reexploraciones vasculares ni pérdidas totales. **Conclusiones:** La reconstrucción de extremidad inferior con colgajo microquirúrgico se pudo realizar en esta serie de pacientes mayores de 70 años con complicaciones acordes con lo descrito en la literatura. La edad no parece ser una contraindicación según estos resultados.

## DESARROLLO DE UN MODELO DE ENTRENAMIENTO PARA DISECCIÓN DE COLGAJO DE FÍBULA OSTEOCUTÁNEO USANDO UN MODELO PORCINO INANIMADO

*Drs. José Ramón Rodríguez Astudillo, Ignacio Cifuentes Ortiz, Ricardo Antonio Yáñez Martínez, Bruno Leonardo Dagnino Urrutia*  
Pontificia Universidad Católica de Chile. Centro de Simulación y Cirugía Experimental, Sección de Cirugía Plástica y Reconstructiva, División de Cirugía, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina.

**Introducción:** La disección de colgajos perforantes requiere de la adquisición de destrezas específicas. El entrenamiento en colgajos perforantes se ha restringido sólo a modelos vivos. El colgajo libre de fibula en sus distintas variantes constituye la alternativa de elección para la reconstrucción de defectos óseos extensos. **Objetivos:** Evaluar la factibilidad de entrenamiento para la disección de un colgajo de fibula osteocutáneo, empleando un modelo porcino inanimado. **Material y**

**Método:** Estudio experimental. Se efectuó disección de un colgajo osteocutáneo de fíbula usando un modelo de pierna de cerdo *ex-vivo*. El diseño de la isla de piel y la identificación del septum se efectuó siguiendo los reparos anatómicos relevantes en el cerdo. El abordaje óseo se realizó de acuerdo a lo descrito en publicaciones previas. Se consignó el estado de los tejidos, la preservación de vasos perforantes y factibilidad de efectuar una o más osteotomías segmentarias. Para efectos didácticos se confeccionó un video ilustrativo del procedimiento. **Resultados:** Se disecó ocho piernas de cerdo. El septum se ubica entre los músculos peroneo largo y corto, en profundidad respecto al músculo soleo. Los vasos perforantes a nivel septal, son claramente identificables y suelen seguir un trayecto hacia anterior respecto a la tibia. Es posible identificar dos o más vasos periósticos segmentarios, los cuales emergen desde la arteria tibial caudal porcina. Los planos de disección y la ejecución de osteotomías fueron semejantes a la disección en humanos. **Conclusiones:** Es factible emplear un modelo porcino inanimado para la disección de un colgajo osteocutáneo basado en perforantes. Dicho modelo podría constituir una herramienta complementaria al entrenamiento en modelos vivos.

#### MANEJO DE REDUCCIÓN MAMARIA EN ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO: INDICACIONES, RESULTADOS Y EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA

*Drs. Juan Pablo Sorolla Parker, José Ramón Rodríguez Astudillo, Carla Natalia Ibarra Mujica, Bruno Villalobos Coz, Pamela Wisnia Contreras, Ángela Bautista Sayago, Montserrat Fontbona Torres, Rodrigo Cabello Pérez De Arce*  
Hospital Militar de Santiago (HOSMIL). Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva.  
Sección de Cirugía Plástica y Reconstructiva, División de Cirugía, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** La hipertrofia mamaria sintomática constituye un problema mayor en adolescentes. En esta etapa las pacientes con macromastía están expuestas a múltiples estresores psicosociales y limitaciones físicas. Adicionalmente hay poco consenso en el manejo quirúrgico para este grupo etario. **Objetivos:** Describir las indicaciones, evaluación preoperatoria y resultados de pacientes adolescentes con hipertrofia mamaria sintomática, sometidas a reducción mamaria bilateral (RM). **Material y Método:** Serie de casos. Revisión retrospectiva de registros clínicos entre 2008 y 2015. Se incluyó pacientes menores de 18 años operadas de RM bilateral por hipertrofia mamaria sintomática. Se excluyeron pacientes intervenidas por asimetría mamaria de cualquier etiología y RM unilateral. Se evaluó calidad de vida mediante cuestionario validado y se diseñó

un cuestionario tipo Likert para conocer la opinión de cirujanos plásticos especialistas respecto a esta patología. Se utilizó estadística descriptiva no paramétrica. **Resultados:** Se identificaron 25 pacientes menores de 18 años operadas de RM bilateral. La mediana de edad fue 16 (15-17) años. La mayoría de las pacientes presentó estado nutricional normal (18/72%), con un índice de masa corporal de 22 (21-25) kg/m<sup>2</sup>. Un 84% de los casos (n = 21) tuvo dos o más evaluaciones preoperatorias. La totalidad de las pacientes reportó alteración de imagen corporal y un 68% (n = 17) dolor dorsal o cervical. La distancia clavícula-pezones fue de 28 (26-30) cm y el volumen total resecado fue 1.670 (1.290-1.830) gr. La técnica más frecuente fue patrón de Wise con pedículo inferior. Existió hipertrofia mamaria virginal en 6 (24%) casos. Existieron complicaciones precoces en 10 (40%) casos y tardías en 13 (52%) pacientes, con una mediana de seguimiento de 17 (12-27) meses. **Conclusiones:** En esta serie la reducción mamaria fue una técnica segura con resultados consistentes. Es recomendable estandarizar el manejo de este grupo de pacientes.

#### RECONSTRUCCIÓN DE DORSO DE MANO EN UNA SOLA ETAPA CON INTEGRAL E INJERTO DERMEOEPIDÉRMICO

*Drs. Ekaterina Troncoso Olchevskaia, Carla Natalia Ibarra Mujica, Adriana Alzate Rodas, Cristián Arriagada Irrarrazaval*  
Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río, Santiago. Quemados.

**Introducción:** Las reparaciones quirúrgicas de las manos es compleja y las decisiones en cuanto a técnica y precocidad de la cirugía definen el pronóstico. El uso de matrices dérmicas en dorso de manos es actualmente una de las técnicas más difundidas en la literatura, sin embargo, el tiempo de espera a la integración de estas y la necesidad de una segunda etapa hacen que la aplicabilidad de la técnica sea compleja en centros de alta demanda. La aparición de un sustituto dérmico de una capa, en que el injerto inmediato es posible, nos abre nuevas posibilidades de uso. **Objetivos:** Presentar el caso de un paciente Gran Quemado con compromiso de dorso de manos en el que se utilizó una matriz dérmica acelular de una capa con injerto inmediato. **Material y Método:** Paciente de 35 años con antecedente de intentos suicidas, ingresa a nuestro servicio con quemadura autoinflingida de cara, cuello, tronco y extremidades superiores de 30% de superficie corporal afectada. Destaca compromiso profundo de la mano izquierda y de espesor parcial profundo de la derecha. Se realizó una escarectomía suprafascial en la mano izquierda, y una escarectomía tangencial con navaja hasta plano dérmico en la derecha. En un segundo tiempo se trató la mano derecha con injerto dermoepidérmico laminar y la izquierda con matriz dérmica e injerto dermoepidérmico

en una sola etapa. **Resultados:** El paciente evoluciona favorablemente, con prendimiento sobre el 90% y con recuperación progresiva de la movilidad de ambas manos. **Conclusiones:** La evidencia sobre la utilización de sustitutos dérmicos de una capa en un área funcional como la mano son escasos. Con esta experiencia podemos proponer su uso en estos pacientes, en los que el uso de un sustituto dérmico clásico no pueda utilizarse por la limitación de los tiempos de hospitalización y en los que la recuperación de la funcionalidad sea una prioridad.

### EVALUACIÓN DE LA MICROCIRCULACIÓN CON MICROSCAN® (SDF) COMO MÉTODO DE MONITORIZACIÓN EN MICROCIRUGÍA EN MODELO PORCINO

*Drs. Ricardo Antonio Yáñez Martínez, José Ramón Rodríguez Astudillo, Sebastián Sepúlveda Palamara, Carolina Salisbury Devincenzi, Bruno Leonardo Dagnino Urrutia, Arturo Meissner Haecker, Rodrigo Menchaca Cruzat, Glenn Hernández Poblete*  
Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de Medicina. Sección de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

**Introducción:** La supervivencia de un colgajo microquirúrgico en presencia de una alteración microvascular está relacionada con el tiempo entre el inicio y la reparación quirúrgica. Existen distintos métodos de evaluación, la monitorización por medio de la evaluación de la microcirculación con SDF no está definida. **Objetivos:** Determinar factibilidad de monitorización en microcirugía por medio de evaluación no invasiva de la microcirculación con SDF en modelo porcino y compararla con otros métodos. **Material y Método:** Estudio experimental, aprobado por Comité Ética. En 8 cerdos se diseccionó colgajo pectoral, disección de pedículo. Instalación sucesiva de dispositivos cutáneos para evaluación de la microcirculación: SDF, evaluando flujo; y NIRS (near infrared spectroscopy):  $\text{StO}_2$ . Luego se realizó oclusión venosa, arterial y total con clamp: evaluación y flujo del vaso perforante con *Doppler* sonido, medición de diferencias en tiempo de detección. **Resultados:** SDF en oclusión venosa: disminución del flujo: 51 (59-62) segundos, ausencia del flujo: 92,5 (85-105) segundos. SDF en oclusión arterial: disminución del flujo: 3 (1-5) segundos, ausencia del flujo: 9 (2-32) segundos. SDF en oclusión vascular total: disminución del flujo: 3,5 (2-5) segundos, ausencia del flujo: 8,5 (3-15) segundos. NIRS en oclusión venosa: disminución de la  $\text{StO}_2$ : 180 segundos fue  $15,2 \pm 5,3\%$ . NIRS en oclusión arterial: disminución de la  $\text{StO}_2$ : 180 segundos  $23,9 \pm 13,8\%$ . NIRS en oclusión vascular total: disminución de la  $\text{StO}_2$  a los 180 segundos  $23,85 \pm 13,9\%$ . *Doppler* en oclusión venosa: señal no desapareció. *Doppler* en oclusión arterial: desapareció a los

2 (1-3) segundos. *Doppler* en oclusión vascular total: desapareció a 2 (1-4) segundos. Oclusión venosa: congestión a 70 (55-80) segundos, llene capilar acelerado: 60 (50-90) segundos, temperatura constante. Cambios clínicos en oclusión arterial: congestión (-), llene capilar enlentecido 42,5 (35-80) segundos, palidez 67,5 (55-110) segundos, temperatura constante. Cambios clínicos en oclusión vascular total: congestión a los 70 (55-130) segundos, llene capilar enlentecido y palidez sólo en uno de los colgajos a los 75 y 65 segundos respectivamente, temperatura constante. **Conclusiones:** Es factible la monitorización en microcirugía por medio de la evaluación de la microcirculación con Microscan® en un modelo porcino, permite realizar el diagnóstico de oclusión vascular más tempranamente que NIRS y evaluación clínica.

### IMPACTO DE LAS COMORBILIDADES EN EL RIESGO DE MORIR DE LOS PACIENTES GRAN QUEMADOS EN LA CLÍNICA INDISA, SANTIAGO DE CHILE

*Drs. Ekaterina Troncoso Olchevskaia, Sebastián Villegas Galilea, Jorge Villegas Canquil, Sandra Gallardo Pellerano*  
Clínica Indisa. Quemados.

**Introducción:** Los pacientes con quemaduras extensas presentan un riesgo de morir elevado y largas estadias hospitalarias. La presencia de comorbilidades importantes se ha considerado un criterio para el manejo en una Unidad Especializada en el tratamiento de pacientes Gran Quemados en nuestro país. Conocer la influencia de las comorbilidades sobre la mortalidad puede ayudar en la toma de decisiones y plan de tratamiento de estos pacientes, además de poseer valor pronóstico tanto para el equipo tratante como la familia. **Objetivos:** Determinar el impacto de las comorbilidades importantes sobre el riesgo de morir de los pacientes Gran Quemados. **Material y Método:** Estudio observacional. Los datos fueron extraídos de la historia clínica de todos los pacientes hospitalizados con diagnóstico de Gran Quemado tratado por el equipo de cirugía de quemados de la Clínica Indisa entre enero de 2012 y diciembre de 2013. El *outcome* primario fue la muerte durante la hospitalización. Se utilizaron medidas de tendencia central para la descripción de las variables. Se calculó el OR con IC 95% para determinar el riesgo de muerte. **Resultados:** Un total de 75 pacientes fueron analizados. La mortalidad fue de 21,3%. La presencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus y obesidad no tuvieron influencia sobre el riesgo de morir. La presencia de cardiopatía aumentó el riesgo de morir en 6,8 veces con IC 95% [1,2-35,1]. El diagnóstico de enfermedad psiquiátrica presenta un riesgo de morir de 5,5 veces con IC 95% [0,6-47]. El ingreso tardío no afectó el riesgo de morir, pero sí aumentó significativamente la estadia hospitalaria. **Conclusiones:** Si bien la HTA, la DM y

la obesidad no tienen influencia sobre la mortalidad y los días de hospitalización en nuestra serie, la presencia de cardiopatía y enfermedad psiquiátrica sí aumenta significativamente el riesgo de morir en estos pacientes. Conociendo esto se puede trazar un mejor plan de tratamiento y predecir el pronóstico del paciente.

## DESCRIPCIÓN DE PARÁMETROS DEMOGRÁFICOS, ANTECEDENTES E INTERCURRENCIAS EN QUEMADOS CON EXTENSIÓN MAYOR AL 70%. EXPERIENCIA DE LA CLÍNICA INDISA, SANTIAGO DE CHILE

*Drs. Ekaterina Troncoso Olchevskaia, Sebastián Villegas Galilea, Jorge Villegas Canquil*  
Clínica Indisa. Quemados.

**Introducción:** Los pacientes Gran Quemados con extensas áreas comprometidas representan un reto en particular, pues encontrar zona donante se transforma en un problema adicional. Los parámetros en particular que nos pueden ayudar en predecir la evolución de estos pacientes no están del todo dilucidados. Por esto, mostramos nuestra experiencia en el manejo de los pacientes Gran Quemados con extensión mayor al 70% de superficie corporal quemada (SCQ). **Objetivos:** Describir los parámetros demográficos, comorbilidades e interurrencias de los pacientes Gran Quemados con SCQ mayor al 70%. **Material y Método:** Estudio observacional analítico. Los datos fueron extraídos de la historia clínica de todos los pacientes hospitalizados con SCQ mayor o igual a 70%, entre enero de 2007 y mayo de 2015. El *outcome* primario fue la muerte durante la hospitalización. Se extrajeron parámetros demográficos, comorbilidades e interurrencias durante la hospitalización. Se utilizaron medidas de tendencia central para la descripción de las variables. Se aplicó el test  $\chi^2$  para comparar variables dicotómicas y regresión logística para asociar variables continuas con el *outcome* primario. **Resultados:** Un total de 20 pacientes fueron analizados. La mortalidad fue de 65%. El 60% de los pacientes eran hombres, en su mayoría jóvenes, con un promedio de edad de 36 años, sin comorbilidades. La mayoría se complicaron con insuficiencia renal aguda, neumonía o sepsis, mientras que la presencia de falla orgánica múltiple demostró ser un predictor de mortalidad. Del punto de vista quirúrgico, el promedio de superficie comprometida de espesor profundo fue de 51,18%, no mostrando relación con la mortalidad. **Conclusiones:** Los pacientes quemados con superficies mayores al 70% son extremadamente complejos, con una mortalidad sobre el doble de la mortalidad general de los pacientes Gran Quemados. Se trata principalmente de pacientes jóvenes y sanos, que sin embargo, por la presencia de complicaciones, desembocan en la falla orgánica múltiple y posteriormente la muerte.

## RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS PARCIALES NAALES SECUNDARIO A NEOPLASIAS CUTÁNEAS CON COLGAJOS LOCALES

*Drs. Aldo López Ortega, Susana Searle Ferrari, Bruno Leonardo Dagnino Urrutia, Álvaro Cuadra Campos, Claudio Guerra Sánchez*  
Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de Medicina, Sección de Cirugía Plástica y Reparadora.

**Introducción:** La principal indicación de reconstrucción nasal, son las neoplasias cutáneas, siendo la más frecuente el carcinoma basocelular. Las opciones de reconstrucción incluyen cierre primario, cierre secundario, injerto de piel total, colgajos locales y colgajos libres. **Objetivos:** El objetivo de este trabajo es revisar las opciones de cobertura de defectos de espesor parcial secundarias a resecciones neoplásicas nasales, realizadas en nuestro centro y analizados según las subunidades estéticas afectadas. **Material y Método:** Estudio observacional retrospectivo. Se realiza una revisión de los pacientes desde junio de 2013 a julio de 2015 de los pacientes operados por neoplasia cutánea nasal en nuestro centro, recolectando datos de ficha clínica, protocolos operatorios y de sus cirujanos tratantes. **Resultados:** Se estudiaron 17 pacientes (18 lesiones). Las ubicaciones fueron punta nasal con ocho (44%) ala con seis (34%), dorso con tres (17%) y pared lateral uno (5%). El colgajo más utilizado fue de avance local en siete pacientes, seguido de colgajo de Rieger en tres, nasogeniano, Mustardé y bilobulado en dos y glabellar en un paciente respectivamente. Sin complicaciones. **Conclusiones:** La reconstrucción nasal es un desafío importante dado la importancia que posee la nariz tanto para la estética facial como para la funcionalidad. Se presenta una serie de 17 pacientes. Se utilizaron múltiples opciones de reconstrucción, todos con resultado satisfactorio. Es importante seleccionar el colgajo adecuado basado en el tamaño y ubicación del defecto y respetando siempre las subunidades estéticas nasales.

## ¿QUÉ FACTORES INFLUYEN EN LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A REDUCCIÓN MAMARIA? ANÁLISIS DE UN ESTUDIO DE COHORTE UTILIZANDO EL INSTRUMENTO BREAST Q

*Drs. Stefan Danilla Enei, Pedro Cuevas Troncoso, Marco Antonio Ríos Vergara, Naomi Yamada Torres, Sofía Serra Daprile, Carlos Domínguez Contreras, Valeria Abiuso Baesler, Rolando Schulz Rosales, Cristian Erazo Cortés, Susana Benítez Seguel, Patricio Andrades Cvitanic, Sergio Sepúlveda Pereira*  
Hospital Clínico Universidad de Chile.  
Unidad de Cirugía Plástica, Departamento de Cirugía.

**Introducción:** El instrumento Breast-Qol ha permitido objetivar la mejoría en calidad de vida (CdV)

asociada a reducción mamaria. Resulta relevante evaluar los factores que determinan mejoría en CdV. **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. Se utilizó estadística descriptiva para caracterizar la muestra y analítica para determinar sus factores pronósticos. **Resultados:** Entre julio de 2014 y abril de 2015 se operaron 30 pacientes, 27 pacientes completaron el instrumento Breast Q. El seguimiento promedio fue 10 meses. El patrón cutáneo más empleado fue la T acortada (14, 74,7%) luego el patrón de Wise (7, 25,9%); el pedículo más usado fue el superior (10, 55,6%) luego el superomedial (16, 59,2%). La resección promedio fue de 474 g. 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 26,8% a 88,2% ( $p < 0,001$ ), su autoestima de 48,5% a 88,9% ( $p < 0,001$ ), síntomas físicos de 48,8% a 87,8% ( $p = 0,003$ ) y sexualidad de 46,8% a 75% ( $p < 0,001$ ). La magnitud de la resección, la depresión y la distancia clavícula pezón se asociaron a la mejoría de síntomas físicos y calidad de vida (Coeff 0,07,  $p = 0,023$ ). El análisis de curva ROC demostró que una resección de 400 g se asocia a una mejoría significativa de al menos un 50% en la CdV. **Conclusiones:** La reducción mamaria mejora en forma global y por dominios la CdV de las pacientes operadas. La magnitud de la resección, la DCP y la depresión son los factores que influyen de manera significativa en la mejoría de las pacientes sometidas a reducción mamaria.

### MAMOPLASTÍA DE AUMENTO E IMPACTO EN CALIDAD DE VIDA. RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO DE COHORTES

*Drs. Sergio Sepúlveda Pereira, Patricio Andrades Cvitanic, Susana Benítez Seguel, Cristian Erazo Cortés, Rolando Schulz Rosales, Valeria Abiuso Baesler, Carlos Domínguez Contreras, Naomi Yamada Torres, Sofía Serra Daprile, Marco Antonio Ríos Vergara, Pedro Cuevas Troncoso, Stefan Danilla Enei*  
Hospital Clínico Universidad de Chile. Unidad de Cirugía Plástica, Departamento de Cirugía.

**Introducción:** La mamoplastía de aumento es uno de los principales procedimientos estéticos en cirugía plástica. La aplicación del instrumento Breast Q permite determinar el cambio en calidad de vida (CdV) asociado a la cirugía y sus posibles factores determinantes. **Objetivos:** Determinar los cambios en calidad de vida en mujeres sometidas a mamoplastía de aumento o

aumento/mastopexia y sus factores determinantes. **Material y Método:** Estudio de cohortes prospectivo. Se incluyeron todas las pacientes operadas de mamoplastía de aumento o mastopexia con implantes en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre octubre de 2014 y mayo de 2015. La calidad de vida (CdV) se midió con el instrumento validado Breast-Q®. Se utilizó estadística descriptiva para caracterizar la muestra y analítica para evaluar el cambio global en CdV y para determinar sus factores pronósticos. **Resultados:** En el período estudiado se operaron 40 pacientes, 38 (95%) completaron el instrumento Breast-Q en el preoperatorio y postoperatorio. El diagnóstico preoperatorio fue hipoplasia mamaria en 32, (80%), mamas tuberosas en 4 (10%). El abordaje más utilizado fue la incisión periareolar inferior 31 (77%) seguido por la periareolar superior en 5 pacientes (12%). El diseño del bolsillo protésico fue subfascial en 37 (92%) y dual plane en 3 pacientes (8%). La calidad de vida subió de un 43,7% a 86,5% ( $p < 0,001$ ); analizando por dominio hubo mejoría en Autoestima (52% a 89%,  $p < 0,001$ ), Autoimagen (32% a 89%,  $p < 0,001$ ) y Vida Sexual (31% a 86%,  $p < 0,001$ ). Los síntomas físicos empeoraron desde un 92% a 79% ( $p < 0,001$ ). **Conclusiones:** El aumento mamario mejora la calidad de vida, específicamente la autoestima, autoimagen y vida sexual, pero las molestias físicas aumentan.

### IMPACTO EN CALIDAD DE VIDA DE LA CIRUGÍA DE CONTORNO CORPORAL. EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE UN ESTUDIO DE COHORTE

*Drs. Stefan Danilla Enei, Pedro Cuevas Troncoso, Marco Antonio Ríos Vergara, Naomi Yamada Torres, Sofía Serra Daprile, Carlos Domínguez Contreras, Valeria Abiuso Baesler, Rolando Schulz Rosales, Cristian Erazo Cortés, Susana Benítez Seguel, Patricio Andrades Cvitanic, Sergio Sepúlveda Pereira*  
Hospital Clínico Universidad de Chile. Unidad de Cirugía Plástica, Departamento de Cirugía.

**Introducción:** La cirugía de contorno corporal tiene un impacto multidimensional afectando, aspectos físicos, psíquicos, sociales y sexuales de los pacientes mejorando su calidad de vida (CdV). **Objetivos:** Evaluar la mejoría en CdV asociado a la cirugía de contorno corporal y evaluar sus factores pronósticos. **Material y Método:** Estudio de cohortes prospectivos. Se incluyeron todas las pacientes operadas de cirugía de contorno corporal en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre octubre de 2014 y mayo de 2015. La calidad de vida (CdV) se midió con el instrumento validado BodyQoL®. Se utilizó estadística descriptiva para caracterizar la muestra y analítica para evaluar el cambio global en CdV y para determinar sus factores

pronósticos. **Resultados:** En el período estudiado se operaron 73 pacientes, 70 (95%) completaron el instrumento BodyQoL® en el preoperatorio y postoperatorio. La edad promedio fue de 39,4 años, el IMC promedio de 26,7 kg/m<sup>2</sup>, sexo femenino 73 (100%), pacientes eran postbariátricos (13%). Los procedimientos realizados fueron lipoabdominoplastias en 62 casos (84%), Liposucción en 9 (12,3%) y Bodylift en 2 (2,7%). La calidad de vida subió de un 53,7% a 82,6% ( $p < 0,001$ ); analizando por dominio hubo mejoría en Satisfacción corporal (52% a 89%,  $p < 0,001$ ), en Vida Sexual (31% a 86%,  $p < 0,001$ ), Autoestima y bienestar social (32% a 89%,  $p < 0,001$ ) y en Síntomas físicos 46% a 84% ( $p < 0,001$ ). **Conclusiones:** La Cirugía de contorno corporal mejora de manera significativa la CdV al mejorar la satisfacción corporal, la vida sexual, bienestar social y síntomas físicos de pacientes de cirugía estética y postbariátrica.

## RINOPLASTÍA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

*Drs. Stefan Danilla Enei, Pedro Cuevas Troncoso, Marco Antonio Ríos Vergara, Sofía Serra Daprile, Naomi Yamada Torres, Carlos Domínguez Contreras, Valeria Abiuso Baesler, Rolando Schulz Rosales, Cristian Erazo Cortés, Susana Benítez Seguel, Patricio Andrades Cvitanic, Sergio Sepúlveda Pereira*  
Hospital Clínico Universidad de Chile. Unidad de Cirugía Plástica, Departamento de Cirugía.

**Introducción:** La Rinoplastia constituye una de las cirugías más complejas dentro de la cirugía plástica demandando un acabado manejo técnico con el fin de lograr un buen resultado estético y funcional. **Objetivos:** Presentar la experiencia de la Unidad de Cirugía Plástica en Rinoplastia en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. **Material y Método:** Estudio de cohortes prospectivos. Se incluyeron todas las pacientes operadas de Rinoplastia en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre diciembre de 2014 y mayo de 2015. La calidad de vida (CdV) se midió con el instrumento validado Nose-QoL®. Se utilizó estadística descriptiva para caracterizar la muestra y analítica para evaluar el cambio en CdV. **Resultados:** En el período estudiado se operaron 20 pacientes. La edad promedio fue de 29,4 años, el IMC promedio de 23,4 kg/m<sup>2</sup>, sexo femenino 20 (100%). Todas las pacientes fueron sometidas a rinoplastia abierta. Del total de pacientes 15 (75%) corresponden a rinoplastia primaria y 5 (25%) a rinoplastia secundaria. La duración promedio de la cirugía fue 2,8 h. Se observa una mejoría en calidad de vida. **Conclusiones:** La Rinoplastia es una cirugía compleja que demanda un manejo acabado de técnica quirúrgica, a fin de lograr un resultado estético y funcional adecuado.

## EXPERIENCIA EN PTOSIS PALPEBRAL: ANÁLISIS DE 80 CASOS

*Drs. Montserrat Fontbona Torres, Bruno Villalobos Coz, Ángela Bautista Sayago, Rodrigo Cabello Pérez De Arce, Juan Pablo Sorolla Parker, Pamela Wisnia Contreras*  
Hospital Militar de Santiago (HOSMIL). Servicio de Cirugía Plástica.

**Introducción:** La ptosis palpebral es frecuentemente confundida con blefarochalasis y en ocasiones subdiagnosticada. Existen diferentes alternativas quirúrgicas para su tratamiento. La casuística de esta patología en nuestro medio es escasa. **Objetivos:** El objetivo del trabajo es analizar los casos de ptosis palpebral que fueron operados en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Militar. **Material y Método:** Se estudiaron retrospectivamente las fichas de los pacientes con ptosis palpebral operados entre enero de 2006 y julio de 2015. Se consignaron: sexo, lateralidad, edad, causa, grado de ptosis, función del músculo elevador, técnica quirúrgica, complicaciones y seguimiento. **Resultados:** Fueron operados 39 hombres y 41 mujeres. 42 casos bilateral y 38 unilateral, con un total de 122 párpados. El promedio de edad fue de 60 años (rango: 15-85). Los párpados se analizaron según la clasificación de Mustardé (grado de ptosis vs función del músculo elevador): leve con buena función = 14, moderada con buena función = 48, moderada con regular función = 27, severa con regular función = 25, severa con mala función = 8. La causa más frecuente fue ptosis senil. La técnica quirúrgica más utilizada fue plastia del elevador. Se presentaron complicaciones en 14 párpados (12 pacientes): subcorrección en 10, sobrecorrección en 1, conjuntivitis en 2, úlcera corneal en 2, exceso cutáneo en 1. Requirieron reoperación 5 párpados. El tiempo de seguimiento promedio fue 12 meses (rango de 1-47). **Conclusiones:** La evaluación clínica adecuada del paciente con ptosis es fundamental para su diagnóstico y tratamiento así como para disminuir las complicaciones. La plastia del elevador del párpado es una técnica simple, fácil de reproducir. Nuestros resultados se correlacionan con los publicados en la literatura.

## LIPOSUCCIÓN DE ALTA DEFINICIÓN. EXPERIENCIA PRELIMINAR EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

*Drs. Stefan Danilla Enei, Pedro Cuevas Troncoso, Marco Antonio Ríos Vergara, Naomi Yamada Torres, Sofía Serra Daprile, Carlos Domínguez Contreras, Rolando Schulz Rosales, Cristian Erazo Cortés, Susana Benítez Seguel, Patricio Andrades Cvitanic, Sergio Sepúlveda Pereira*  
Hospital Clínico Universidad de Chile. Unidad de Cirugía Plástica.

**Introducción:** La Liposucción es una técnica que ha evolucionado constantemente. Una de las últimas in-

novaciones es la Liposucción de Alta Definición o de Definición Muscular. **Objetivos:** Presentar una serie de casos con la experiencia inicial y características de la técnica quirúrgica aplicada en Liposucción de Alta Definición. **Material y Método:** Estudio de serie de casos. Se incluyeron los pacientes sometidos a Liposucción de Alta Definición en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. **Resultados:** La serie incluye un total de 10 pacientes. Son 7 mujeres y 3 hombres, con una edad promedio de 34 años, IMC de 25 kg/M<sup>2</sup>. Se presentan los resultados estéticos preliminares de la técnica quirúrgica. No se registran complicaciones. **Conclusiones:** La Liposucción de Alta Definición es una técnica innovadora que logra resultados estéticos óptimos en pacientes seleccionados.

### USO DE TOXINA BOTULÍNICA TIPO A, SEPARACIÓN DE COMPONENTES Y NEUMOPERITONEO PREOPERATORIO COMO TERAPIAS COMPLEMENTARIAS PARA EL MANEJO DE DEFECTOS DE PARED ABDOMINAL EN HERNIAS VENTRALES GIGANTES

*Drs. Jaime Carrasco Toledo, Marco Alban García, Carlos Domínguez Contreras, Josefina Moreno Yates, Gisela Fernanda Meza Márquez, Juan Jorge Silva Solís, Carlos Jauregui Lozada, Jaime Hugo Rappoport Stramwasser*  
Hospital Clínico Universidad de Chile.  
Servicio de Cirugía, Equipo de Hernias.

**Introducción:** La administración de la toxina botulínica tipo A en la pared abdominal favoreció el cierre de grandes defectos por su efecto de neuro-bloqueo, asociado a separación de componentes. **Objetivos:** Comunicar nuestra experiencia preliminar en el manejo de los grandes defectos de pared abdominal mediante el uso de Toxina Botulínica tipo A asociado a Neumoperitoneo Preoperatorio Progresivo y a la técnica de Separación de Componentes, en la Unidad de Hernias del Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH). **Material y Método:** Estudio clínico basado en serie de caso de pacientes registrados en forma prospectiva en base de datos de equipo de hernias del HCUCH, con diagnóstico de hernia gigante, entre agosto de 2014 y agosto de 2015. **Resultados:** Durante el último año, 7 pacientes fueron intervenidos previo ingreso a Protocolo de toxina botulínica y con el uso de técnica de separación de componentes intra-operatorio. La edad mediana fue de 71 años (IC 54-73), 5 pacientes eran de sexo femenino, 6 pacientes presentaron ASA II. El 100% de los pacientes presentaron hernias incisionales asociadas a grandes cirugías abdominales de las cuales 6 correspondieron a hernias incisionales de laparotomías de la línea media y 1 de laparotomía transversa.

Con un defecto herniario de 20 x 15 cm (IC 12-20 y 10-25). La totalidad de los pacientes fueron operados en forma electiva. El seguimiento actual no reporta complicaciones quirúrgicas, ni postoperatorias. Sin mortalidad asociada a los procedimientos. **Conclusiones:** El uso de toxina botulínica asociado a la separación de componentes, como técnicas complementarias para el manejo de grandes defectos de la pared abdominal han demostrado ser procedimientos seguros.

### ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LAS TÉCNICAS DE NAKAJIMA Y FISHER EN LOS RESULTADOS DE LA CORRECCIÓN DE FISURA LABIO PALATINA UNILATERAL

*Drs. Allison Ford Martínez De Pinillos, Bruno Villalobos Coz, María Eugenia Tastets Herrera*  
Fundación Gantz.

**Introducción:** La fisura labial (FL), afecta a 1,7 por cada 1.000 nacidos vivos, siendo la fisura labial unilateral (FLU) no-sindromática la más frecuente. Distintos tipos y técnicas de reparación se describen desde 1891, cada una con distintas ventajas y desventajas en los resultados estéticos. **Objetivos:** Comparar los *outcomes* estéticos de la técnica de Fisher y la de Nakajima en la reparación de FLU, en 2 grupos de pacientes operados por el mismo cirujano. **Material y Método:** Estudio de Cohortes. Se evaluaron 21 pacientes portadores de FLU, sometidos a reparación de labio por el mismo cirujano en la Fundación Gantz entre noviembre de 2011 y noviembre de 2012, 10 de ellos según técnica de Fisher y 11 según técnica de Nakajima. Se evaluó cada paciente según la Escala de Chelsea-Santiago para labio y nariz. Esta asigna un puntaje de 0-3 donde 0 es excelente y 3 es malo. Evaluación fue realizada por 1 enfermera, la madre del paciente y el cirujano, en forma independiente. Se obtuvieron resultados promedio para el labio y nariz para cada evaluador, para los 3 evaluadores y según técnica quirúrgica. Los puntajes promedio se ordenaron en 5 categorías: Excelente: = 0, Muy Bueno: < 1, Bueno: = 1, Regular: 1-2, Malo > 2. Se realizó análisis estadístico comparando ambas técnicas quirúrgicas y su resultado estético. **Resultados:** Para labio, técnica de Fisher reportó 90% Muy Bueno y 10% Excelente; para técnica de Nakajima, 100% reportó Muy Bueno. Para nariz, técnica de Fisher reportó 80% Muy Bueno y 20% Regular; para técnica de Nakajima se catalogó 73% como Muy Bueno, 9% Bueno y 18% Regular. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre cada técnica quirúrgica y su resultado quirúrgico encontrado ( $p = 0,48$ ). **Conclusiones:** Ambas técnicas dan muy buenos resultados, no existiendo diferencia estadísticamente significativa entre ambas técnicas en la población estudiada.



## INFECCIÓN DE *DEBRANCHING* ABDOMINAL: UNA COMPLICACIÓN CATASTRÓFICA. REPORTE DE UN CASO

*Drs. Juan Marín Peralta, Enrique Ceroni Fuentes, Leopoldo Nicolás Díaz Fuentes, Cristian Alfredo Marín Heise*  
Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río, Santiago. Servicio de Cirugía.  
Universidad Finis Terrae.

**Introducción:** Durante estos últimos 20 años la cirugía endovascular ha experimentado un gran desarrollo, especialmente en relación a la patología aórtica lo que ha permitido tratar pacientes de alto riesgo quirúrgico al evitar el clampeo aórtico y disminuir las complicaciones isquémicas. Tal es el caso en el tratamiento actual de la úlcera aórtica abdominal sintomática en relación a la porción de los orificios viscerales, usando una técnica híbrida, vale decir, un tiempo quirúrgico convencional efectuando un puente de revascularización a arterias viscerales mediante el uso de prótesis vasculares (*debranching*) y un tiempo endovascular usando una endoprotesis para cubrir esta úlcera aórtica. Desafortunadamente estos elementos protésicos intraabdominales tienen riesgo de infección lo que constituye una catástrofe que es de alta mortalidad debido a la sepsis. **Objetivos:** Se presenta paciente de 77 años, portadora de úlcera aórtica abdominal rota en su porción visceral, asociado a daño hepático severo con hipertensión portal y ascitis que se complica con infección severa de prótesis vascular intraabdominal (*debranching*). **Material y Método:** Caso clínico, reporte. **Resultados:** Fallecimiento de paciente debido a comorbilidades agregadas descompensadas y proceso séptico en evolución. **Conclusiones:** El tratamiento de esta grave complicación es el retiro de la prótesis intraabdominal y una nueva revascularización con material autólogo, lo que constituye una gran cirugía en este tipo de pacientes. Desafortunadamente creemos que es difícil poder superar esta complicación que necesariamente terminará con la vida del paciente.

## TERAPIA ENDOVASCULAR EN TRAUMA VASCULAR PERIFÉRICO: EXPERIENCIA INICIAL

*Drs. Juan Marín Peralta, Eitan David Schwartz Yuhaniak, María Ignacia Villablanca Riveros, Ricardo Alejandro Olguín Leiva, Enrique Ceroni Fuentes, Cristian Alfredo Marín Heise*  
Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río, Santiago. Servicio de Cirugía, Hospital Militar de Santiago. Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae.

**Introducción:** Hacia finales de los 90, el tratamiento del trauma vascular era la reparación de los vasos mediante la cirugía vascular tradicional caracterizada por

grandes abordajes quirúrgicos. Posterior a esto, surge la terapia endovascular para tratar lesiones principalmente arteriales con grandes ventajas como son el tiempo quirúrgico, menores complicaciones y pérdida de sangre, anestesia local, menor estadía intrahospitalaria en Unidades de Cuidados Intensivos y accesos vasculares mínimos. **Objetivos:** Mostrar nuestra experiencia inicial en el manejo endovascular para tratar lesiones arteriales periféricas ocasionadas por trauma. **Material y Método:** Se presentan 6 casos de trauma vascular. Dos pacientes con pseudoaneurismas de vasos tibiales, una fistula arteriovenosa asociada a pseudoaneurisma de vasos iliacos, un pseudoaneurisma de arteria poplítea gigante y una oclusión aguda de arteria poplítea en trauma contuso y un caso con lesión de subclavia con catéter intraarterial central. En dos casos de pseudoaneurisma se efectuó embolización con *coils*, en los casos de la fistula arteriovenosa asociada a pseudoaneurisma iliacos y pseudoaneurisma de poplítea se colocó una endoprótesis cubierta y en la oclusión aguda de poplítea se colocó un *stent*. En un caso se efectuó compresión con balón de angioplastia a catéter intraarterial en subclavia para sellar la arteria. **Resultados:** Todos los pacientes evolucionaron sin complicaciones. **Conclusiones:** Si bien el tratamiento clásico del trauma vascular tiene plena vigencia en la actualidad, la terapia endovascular a través del uso de endoprótesis cubiertas para tratar fistulas arteriovenosas y pseudoaneurismas en vasos arteriales de gran calibre, además de la embolización de pequeños vasos asociados a pseudoaneurismas, el uso de *stent* en oclusiones, además de balón frente a arterias sangrantes de difícil acceso, parece ser a la fecha una terapia satisfactoria que ofrece numerosas ventajas, ya sea para tratamiento definitivo o transitorio a fin de mejorar las condiciones locales y poder efectuar una reparación vía abierta sin mayores complicaciones en forma electiva.

## SEUDOANEURISMA TRAUMÁTICO DE ARTERIA POPLÍTEA TRATADO VÍA ENDOVASCULAR: CASO CLÍNICO

*Drs. Juan Marín Peralta, Gino Bizjak Gómez, Enrique Ceroni Fuentes, Cristian Alfredo Marín Heise*  
Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río, Santiago. Servicio de Cirugía.  
Universidad Finis Terrae.

**Introducción:** El tratamiento tradicional de los pseudoaneurismas de arteria poplítea ha sido la cirugía abierta ya sea a través de interposición con vena o prótesis. Desde hace algún tiempo con el desarrollo de la terapia endovascular han aparecido numerosas publicaciones con pequeños números para tratar este tipo de trauma. En nuestro país no hemos encontrado publicaciones en relación al tratamiento endovascular de estos pseudoaneurismas. **Objetivos:** Presentar un caso de pseudoa-

neurisma poplíteo secundario a trauma penetrante por arma de fuego tratado mediante técnica endovascular. **Material y Método:** *Caso Clínico:* Paciente de sexo masculino, que consulta por dolor intenso acompañado de masa gigante y pulsátil en parte alta de pierna con frémito y soplo. Se estudia con angio-TAC y en pabellón se trata con prótesis cubierta para sellar la arteria. **Resultados:** Satisfactorio sin complicaciones con desaparición completa del soplo y frémito con alivio del dolor y recuperación para caminar. **Conclusiones:** Si bien la cirugía vascular a cielo abierto sigue vigente para tratar esta patología, la terapia endovascular ofrece numerosas ventajas tales como mínimo acceso lejos de la lesión, anestesia local o regional, menos pérdida de sangre, menor hospitalización y mínimas complicaciones comparadas con la técnica tradicional. Sin embargo, tratándose de gente joven creemos que el futuro en cuanto a permeabilidad es incierto, pero creemos que podría servir de tratamiento transitorio de esta patología y poder operar con técnica abierta en forma electiva y menos engorrosa.

### EXPERIENCIA EN STENT YUXTA ANASTOMÓTICO COMO SALVATAJE DE ACCESOS VASCULARES

*Drs. Sebastián Hugo Von Muhlenbrock, Gabriel Cassorla Jaime, José Ignacio Torrealba Fonck, Paulo Cassis Cáceres, Martín Inzunza Agüero, Gabriel Seguel Seguel, Moshe Pincu Lechner*  
Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río. Puente Alto, Santiago. Cirugía Vascular.

**Introducción:** La estenosis venosa es la causa más común en la falla de los accesos vasculares 1,2, ubicada más frecuentemente en el segmento yuxta anastomótico (YXA). En este segmento la estenosis del capuchón anastomótico de la vena es la más frecuente, pero la combinación de sitios en forma simultánea o secuencial también juega un rol en la falta de maduración o disfunción de las fistulas (FAV). **Objetivos:** Mostrar nuestra experiencia en esta nueva técnica. **Material y Método:** Se realizó un registro en forma prospectiva de pacientes que se realizó tratamiento endovascular de la disfunción de la FAV. Se realizó fistulografía a pacientes con diagnóstico de disfunción de FAV por cuadro clínico o con estudio preoperatorio con ecotomografía *Doppler* (n = 36 pacientes) que confirmó la disfunción de la FAV con estenosis del segmento YXA (n = 6), a los cuales se les predilató con balón colocó un *stent* y post dilato con balón. Se les realizó seguimiento clínico y telefónico evaluando éxito dialítico y se analizaron los resultados utilizando método de Kaplan-Meier evaluando permeabilidad. **Resultados:** Se evaluó éxito dialítico y permeabilidad primaria la cual fue del 100% (n = 6) a 301 días. **Conclusiones:** El manejo

endovascular de las estenosis del segmento YXA, es un manejo efectivo seguro y con buen éxito dialítico y permeabilidad.

### REPARACIÓN ENDOVASCULAR DEL TRACTO DE SALIDA EN ACCESOS VASCULARES DISFUNCIONANTES

*Drs. Sebastián Hugo Von Muhlenbrock, Gabriel Cassorla Jaime, José Ignacio Torrealba Fonck, Paulo Cassis Cáceres, Martín Inzunza Agüero, Gabriel Seguel Seguel, Moshe Pincu Lechner*  
Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río. Puente Alto, Santiago. Cirugía Vascular.

**Introducción:** El acceso vascular funcional es un requisito previo para el tratamiento renal sustitutivo en pacientes con enfermedad renal crónica. El problema más común es la estenosis que impide la maduración correcta causando una diálisis inadecuada o que lleva a la trombosis del acceso. Varios estudios han informado sobre la viabilidad y la tasa relativamente alta del éxito clínico del abordaje endovascular para tratar estas estenosis. **Objetivos:** Evaluar resultados del tratamiento endovascular en reparaciones del tracto de salida. **Material y Método:** Se realizó un registro en forma prospectiva de pacientes a los cuales se les realizó tratamiento endovascular de la disfunción de la FAV. Se realizó fistulografía a pacientes con diagnóstico de disfunción de FAV por cuadro clínico o con estudio preoperatorio con ecotomografía *Doppler* (n = 36 pacientes). La fistulografía confirmó estenosis del tracto de salida en 16 Pacientes a los cuales se les trató con angioplastia con balón y *stent*. Se analizaron los resultados utilizando método de Kaplan-Meier evaluando permeabilidad. **Resultados:** La permeabilidad fue de 87,5% y la Permeabilidad asistida fue de un 100% a 301 días. **Conclusiones:** La utilización del abordaje endovascular en disfunción de FAV para mejorar el tracto de salida es válida y con buen resultado en términos de permeabilidad de la FAV.

### QUINCE AÑOS DE ENDARTERECTOMÍA CAROTÍDEA EN UN HOSPITAL DEL SERVICIO PÚBLICO EN CHILE

*Drs. Valentina Salvador Uauy, Joaquín Humberto Torres Rojas*  
Hospital Padre Alberto Hurtado. San Ramón.  
Servicio de Cirugía Adultos. Universidad del Desarrollo.

**Introducción:** Los estudios NASCET y ECST entregan suficiente evidencia de que la endarterectomía es el tratamiento de elección en estenosis carotídea sintomática mayor a 70%. A pesar de ser fácil de implementar, es desafiante realizarla en hospitales públicos, donde los

recursos son limitados por escasez de especialistas y camas críticas. Presentamos 15 años de endarterectomía en nuestro hospital con resultados similares a lo publicado. **Objetivos:** Caracterizar los pacientes sometidos a endarterectomía carotídea en el HPH durante el período 2000 a 2015. **Material y Método:** Estudio descriptivo, serie de casos. Recopilación de endarterectomías carotídeas de nuestra base de datos. Se identificaron elementos demográficos, clínicos (factores de riesgo cardiovascular [FRCV]), diagnóstico, grado de estenosis, indicación quirúrgica), quirúrgicos (tipo de cirugía, tiempo operatorio e isquemia, uso de shunt y parche, reoperaciones) y morbimortalidad. **Resultados:** Un total de 50 endarterectomías en 44 pacientes, 71% hombres. Edad promedio 72 años (50-97). Del total, 6 operados contralateral en diferido. Los FRCV más frecuentes fueron hipertensión (63%), diabetes (27%), tabaquismo (21%). Estenosis carotídea promedio: 84% (70-99%), diagnosticadas con eco *Doppler* 25%, angio-TAC 85%, angiografía 15%, indicación sintomática en 44 pacientes (88%), 6 de éstos, mayor a 80% contralateral asintomática. Las endarterectomías fueron realizadas por 9 cirujanos distintos, 60% por un mismo cirujano. Tiempo operatorio promedio 2,5 h (1-4,5), isquemia promedio 3,5 min (1-13). En 94% se logró instalar shunt, en todos cierre con plástia: 94% parche (poliesteruretano), 6% vena safena. Estadía hospitalaria promedio 13 días (3-52). Postergación de 60% por falta de cama crítica, en 80% retraso de inicio por falta de recursos. Morbilidad 12%: 3 hemorragias, 3 eventos neurológicos motor, uno de ellos definitivo con mortalidad tardía por neumonía aspirativa (2%). **Conclusiones:** La endarterectomía es ampliamente conocida, con buenos resultados. Requiere mínimo equipamiento, pero postoperatorio debe ser en unidades monitorizadas, lo que dificulta su realización en los hospitales públicos en la actualidad.

## REPARACIÓN ENDOVASCULAR DEL SEGMENTO ÚTIL EN ACCESOS VASCULARES DISFUNCIONANTES

*Drs. Sebastián Hugo Von Muhlenbrock, Gabriel Cassorla Jaime, José Ignacio Torrealba Fonck, Gabriel Seguel Seguel, Paulo Cassis Cáceres, Martín Inzunza Agüero, Moshe Pincú Lechner*  
Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río. Puente Alto, Santiago. Cirugía Vascular.

**Introducción:** El acceso vascular funcional es un requisito previo para el tratamiento renal sustitutivo en pacientes con enfermedad renal crónica. El problema más común es la estenosis que impide la maduración correcta causando una diálisis inadecuada o que lleva a la trombosis del acceso. Varios estudios han informado sobre la viabilidad y la tasa relativamente alta

del éxito clínico del abordaje endovascular para tratar estas estenosis. **Objetivos:** Evaluar resultados del tratamiento endovascular en reparaciones del segmento útil. **Material y Método:** Se realizó un registro en forma prospectiva de pacientes a los cuales se les realizó tratamiento endovascular de la disfunción de la FAV. Se realizó fistulografía a pacientes con diagnóstico de disfunción de FAV por cuadro clínico o con estudio preoperatorio con ecotomografía *Doppler* (n = 36 pacientes). Se pesquisó una estenosis que determina una falta de maduración o mal desarrollo de la FAV en el segmento útil en 16 pacientes, a los cuales se les trató con angioplastia con balón y *stent*. Un 25% n = 4 se les realizó resucitación y el 75% n = 12 fueron reparación del segmento útil. Se analizaron los resultados utilizando método de Kaplan-Meier evaluando permeabilidad. **Resultados:** La permeabilidad fue de 75% (n = 12) y la permeabilidad asistida fue de un 93,8% (n = 15) con un promedio de permeabilidad de 234 días y 308 días para permeabilidad asistida. **Conclusiones:** La utilización del abordaje endovascular en disfunción de FAV para mejorar y rescatar el segmento útil es válida y con buen resultado en términos de permeabilidad de la FAV.

## ESTENOSIS CAROTÍDEA MANEJO ENDOVASCULAR EXPERIENCIA INICIAL EN HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO

*Drs. Sebastián Hugo Von Muhlenbrock, Gabriel Cassorla Jaime, Gabriel Seguel Seguel, José Ignacio Torrealba Fonck, Paulo Cassis Cáceres, Martín Inzunza Agüero, Moshe Pincú Lechner*  
Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río. Puente Alto, Santiago. Cirugía Vascular.

**Introducción:** La endarterectomía carotídea es actualmente el *gold standard* en el tratamiento prevención del accidente cerebrovascular (ACV) en pacientes con estenosis carotídea sintomáticos severos o asintomáticos. El manejo endovascular utilizando *stent* junto con dispositivos para prevenir el embolismo es menos invasivo que la endarterectomía. **Objetivos:** Presentar el inicio de nuestra experiencia con 3 casos. **Material y Método:** Se inició registro prospectivo de pacientes con manejo endovascular de su estenosis carotídea, desde febrero de 2015 a la fecha se presenta serie de casos de 3 pacientes. **Resultados:** Se realizó seguimiento de los pacientes a 6 meses, la indicación de *stent*, fue 2 por lesión alta (indicación anatómica y 1 por cuello hostil, éxito técnico en los 3 casos, la estadía hospitalaria fue de 3 días. No hay morbimortalidad asociada al procedimiento. **Conclusiones:** El manejo endovascular en la estenosis carotídea es una alternativa válida y segura en nuestro centro, para la prevención efectiva del ACV en pacientes seleccionados.

## TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL SÍNDROME AÓRTICO AGUDO

*Drs. Juan Carlos Cassina Flores, Renato Mertens Martín, Martín Inzunza Agüero, Francisco Valdés Echenique, Leopoldo Mariné Massa, Michel Bergoing Reid, Albrecht Krämer Schumacher*  
Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento de Cirugía Vascul y Endovascular.

**Introducción:** El manejo endovascular del síndrome aórtico agudo se ha convertido en la mejor opción terapéutica en pacientes con síndrome aórtico complicado, dado alta tasa de éxito inmediato y reducción de complicaciones asociadas. Sin embargo, existe insuficiente información del seguimiento a mediano y largo plazo. **Objetivos:** Describir la indicación, técnica y seguimiento peri operatorio y a largo plazo de serie iniciada el año 2001 en la Universidad Católica. **Material y Método:** Revisión retrospectiva de base de datos prospectiva de pacientes consecutivos, sometidos a reparación endovascular por síndrome aórtico agudo en nuestra Institución entre mayo de 2001 y julio de 2015. Se realizó seguimiento clínico e imagenológico. **Resultados:** Se trataron 59 pacientes. Todos presentaban complicaciones de su patología. Promedio de edad 59,7 años (32,2 a 91,6 años). 84% hombres. 52 pacientes (88%) se trataron por disección aórtica tipo B aguda o subaguda (hasta 6 semanas) y 7 (12%) por úlcera aórtica penetrante. La indicación de tratamiento fue malperfusión en 33 casos (56%), dilatación aguda de la aorta mayor a 40 mm en 15 casos (25%) y dolor persistente o hipertensión inmanejable en 11 casos (19%). Se implantaron dispositivos Bolton Relay® en 19, Medtronic Talent® en 12, Medtronic Valiant® en 11, Cook Zenith TX2® en 10 y Gore TAG® en 7 casos. La mortalidad peri operatoria fue de un caso (1,7%) a consecuencia de un infarto maligno en territorio de arteria cerebral media secundario a disección retrógrada con compromiso de aorta ascendente. Un paciente (1,7%) presentó paraparesia persistente, deambula con la ayuda de un bastón. La mediana de seguimiento fue de 62,3 meses, 10 pacientes han fallecido en seguimiento alejado y 7 pacientes han sido reintervenidos. **Conclusiones:** El tratamiento endovascular del síndrome aórtico agudo presenta excelentes resultados inmediatos y a largo plazo, modificando la historia natural de la enfermedad tanto en el período agudo como en el seguimiento alejado.

## TRATAMIENTO DE ISQUEMIA CRÍTICA BASADO EN ANGIOGRAFÍA CONVENCIONAL: RESULTADOS CONTEMPORÁNEOS

*Drs. Cristóbal Kobus Garín, Luis Felipe Selman Briceño, Francisca González Saldivia, Francisco Carriel Albarracín, Juan Pablo Moreno Pérez, Alejandro Antonio Campos Gutiérrez*  
Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento de Cirugía Vascul.

**Introducción:** La revascularización (convencional o endovascular) es el tratamiento óptimo para los

pacientes con isquemia crítica de extremidad (ICE). La amputación mayor es necesaria cuando no es posible salvar la extremidad. **Objetivos:** Describir la demografía y el tratamiento en pacientes con ICE a los cuales se realizó angiografía diagnóstica entre marzo de 2011 a agosto de 2014 en el Hospital Clínico Universidad de Chile (HCUCCh). **Material y Método:** Estudio Retrospectivo Descriptivo. Revisión de 104 angiografías por ICE entre enero de 2011 a agosto de 2014. Identificando 80 pacientes a los cuales se les realiza tratamiento y seguimiento en HCUCCh. Registro de características clínicas, demográficas, tratamiento y seguimiento. Registro en ficha Excel y análisis con Stata v11. **Resultados:** La edad promedio es 69 años, 20% mujeres y 80% hombres. El 75% diabéticos, 76% hipertensos, 34% dislipidémicos, 30% tabáquicos. El 45% presenta dolor de reposo y ulceración, el 32% sólo úlcera y 23% sólo dolor de reposo. El intervalo promedio entre diagnóstico angiográfico y tratamiento es 8 días. El 29% de los pacientes requiere amputación primaria y el 71% se revasculariza. El 72,5% presenta lesiones distales y el 27,5% proximales. Los pacientes con afección proximal van a angioplastia en un 60%, mientras que los pacientes con afecciones distales 41% revascularización convencional, 22% angioplastia, 25% amputación mayor y 12% amputación menor. De los pacientes Revascularizados el 56% es por vía convencional y 44% endovascular; el 47% requiere reintervención (62% amputaciones menores) y 69% conservan la extremidad al año. **Conclusiones:** En nuestro centro, la mayoría de los pacientes se revascularizan, siendo la cirugía convencional el tratamiento preponderante. Destaca el bajo porcentaje de pacientes que requiere amputación mayor secundaria, con alto porcentaje de salvataje de extremidad y conservación de la extremidad en este grupo.

## PESQUISA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR Y CÁNCER EN PACIENTES CON TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE EXTREMIDADES INFERIORES

*Drs. Alejandro Antonio Campos Gutiérrez, Gabriel Figueroa Benavides, Galo Cárdenas Santacruz, Nicolás Von Jentschky Rojas, Stefano Biancardi Kosler*  
Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento de Cirugía. Unidad de Cirugía Vascul y Endovascular.

**Introducción:** La trombosis venosa profunda (TVP) es una enfermedad que afecta a 1-2/1.000 habitantes, asociada a tabaquismo, HTA, obesidad, trombofilias y cáncer, siendo el tromboembolismo pulmonar (TEP) una complicación de alta mortalidad (hasta 30%) frecuentemente subdiagnosticada y subestimada. La presencia de un cáncer concomitante (Síndrome de Trousseau) se estima en 5% y hasta 10% de los pacien-

tes jóvenes presentan alguna trombofilia, las cuales no son buscadas rutinariamente. **Objetivos:** Determinar en pacientes hospitalizados con TVP proximal y distal, la frecuencia de TEP, cáncer oculto y trombofilias en los menores de 50 años. **Material y Método:** Se realizó una cohorte prospectiva, en los pacientes hospitalizados en el Departamento de Cirugía del HCUCH, con el diagnóstico ecográfico de TVP de extremidades inferiores, entre enero y agosto de 2015. A todos los pacientes se les realizó al ingreso un angio-TAC de tórax y un TAC de abdomen y pelvis y a los menores de 50 años se les realizó, un estudio de trombofilias, antes del inicio de anticoagulación en el Servicio de Hematología. **Resultados:** Se estudiaron 31 pacientes, 15 mujeres y 16 hombres, promedio de edad de 64 años (20-88), correspondiendo un 38% a TVP distales y 62% a TVP proximales. El angio-TAC de tórax mostró un 54,8% de TEP, (58,3% en TVP distal y 52,6% en TVP proximal) siendo el 100% asintomático. Dos pacientes tenían antecedentes de cáncer al momento del diagnóstico y se encontraron 3 neoplasias (9,6%). 4 pacientes se realizaron estudio de trombofilia, siendo positivo en 50% (síndrome antifosfolípido y déficit de proteína S). **Conclusiones:** Existe una gran incidencia de TEP asintomático, en las TVP distales y proximales. El hallazgo de un cáncer oculto o de trombofilias en estos pacientes justifica su búsqueda rutinaria. Son necesarios nuevos estudios para confirmar estos hallazgos.

### ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR. EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ESTENOSIS CAROTÍDEA

*Drs. Fernando Ibáñez Castro, Luis Villarroel Rivera, José Luis Calderón Andrés, María Ignacia Villablanca Riveros, Carmen Gloria Lagos Cereceda, Waldo Bastías Fernández, Felipe Corvalán Zúñiga, Cristian Salas Del Campo, Rodrigo Julio Araya*  
Hospital del Salvador. Providencia, Santiago.  
Equipo de Cirugía Vascular y Endovascular.

**Introducción:** La enfermedad cerebrovascular secundaria estenosis carotídea extracraneana es causa de mortalidad y secuelas incapacitantes. Especialmente en la estenosis sintomática la cirugía aparece como una buena alternativa terapéutica dependiendo de sus resultados. **Objetivos:** Revisar los resultados de la Endarterectomía Carotídea en los pacientes operados por el equipo de Cirugía Vascular y Endovascular del Hospital del Salvador. **Material y Método:** Corresponde a un estudio observacional retrospectivo y descriptivo, de corte transversal que muestra la experiencia del Hospital del Salvador, en el período enero de 2010 y diciembre de 2014. El análisis de los resultados se expresa mediante sistema estadístico descriptivo. **Resultados:** El tratamiento quirúrgico se realizó en 70

pacientes (20 mujeres y 50 hombres), con edad promedio de 70,8 años, que requirieron 75 endarterectomías carotídeas. Los factores de riesgo fueron: hipertensión arterial (100%), tabaquismo (33%), cardiopatía isquémica (24%), y diabetes (48%). El 46% de las endarterectomías fueron izquierdas y 54% derechas; 81% por estenosis sintomática y 19% asintomáticas. Las estenosis sintomáticas incluyeron accidente vascular encefálico con buena recuperación (79%) y TIA (21%). El promedio de estenosis en las lesiones sintomáticas fue de 77% y en las asintomáticas de 75%. Todos los pacientes fueron operados bajo anestesia general. En 56 procedimientos (75%) se utilizó shunt. En el 100% de los pacientes la arteriorrafia se realizó con parche: 94% Poliuretano y 6% vena safena. La mortalidad perioperatoria fue 1 paciente (1,3%) por infarto agudo al miocardio. La morbilidad neurológica ocurrió en 2 casos (2,7%) que presentaron un accidente cerebrovascular, ambos con recuperación parcial. **Conclusiones:** En esta revisión las cifras de mortalidad perioperatoria (1,3%) y de morbilidad neurológica (2,3%) en pacientes en su mayoría sintomáticos, están de acuerdo a lo reportado en estudios multicéntricos y confirman que la cirugía es una buena alternativa en el manejo de la enfermedad carotídea.

### DEBRANCHING PARA EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA PATOLOGÍA DEL ARCO AÓRTICO. EXPERIENCIA Y RESULTADOS

*Drs. Michel Bergoeing Reid, Francisco Valdés Echenique, Renato Mertens Martín, Leopoldo Mariné Massa, Albrecht Krämer Schumacher*  
Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de Medicina, Departamento de Cirugía Vascular y Endovascular.

**Introducción:** La reparación endovascular de la aorta torácica descendente ha significado una reducción significativa de la morbimortalidad asociada a esta. Sin embargo, para el arco aórtico (AA) aún no hay prótesis comerciales con ramas disponibles. La cirugía tradicional del AA es de alto riesgo: mortalidad 3%-10% y morbilidad neurológica 3%-13%. Para evitarlo se han diseñado estrategias de *debranching* del AA para permitir el uso de endoprótesis estándar. **Objetivos:** Reportar la experiencia en nuestro centro. **Material y Método:** Estudio retrospectivo entre los años 2004 a 2014 mediante revisión de fichas médicas, seguimiento clínico y sobrevida mediante seguimiento en Registro Civil e Identificación. Análisis estadístico: test de student no pareado para variables continuas, test de  $\chi^2$  o Fisher para discontinuas y sobrevida mediante método Kaplan-Meier. Valor p significativo < 0,05. **Resultados:** Quince pacientes, 13 varones, edad promedio 67,9  $\pm$  10,3 años. Etiología

aneurismática en 12 (complicación crónica de disección 6), post traumática en 2 (1 agudo) e infecciosa en uno. Diámetro promedio del aneurisma  $6,4 \pm 2,5$  cm. El *debranching* consistió en: *Bypass* caroto carotídeo subclavio en 8, aorto bi carotídeo (ABC) en 4 y caroto carotídeo en 3. El tiempo entre el *debranching* y el implante de endoprótesis fue de  $16,4 \pm 20,2$  días: 10 diferidos y 5 simultáneo. La zona anclaje proximal en el arco: Z0 = 5, Z1 = 9 y Z2 = 1. No hubo mortalidad operatoria. Estadía mediana 6 días (3-85). Dos pacientes con *bypass* ABC presentaron morbilidad multisistémica. Seguimiento promedio  $23,1 \pm 28,4$  meses. Ocho pacientes fallecidos durante el seguimiento alejado, 1 por infección de endoprótesis y otro por mediastinitis. Sobrevida promedio  $26,6 \pm 29,1$  meses. **Conclusiones:** El *debranching* del AA es una alternativa aceptable para permitir el tratamiento endovascular. El uso de esternotomía se acompañó de una alta morbilidad en esta serie. Se espera que las endoprótesis con rama sean una mejor alternativa.

## REPARACIÓN ENDOVASCULAR DEL ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL EN EL HOSPITAL NAVAL DE VIÑA DEL MAR

*Drs. Alejo Chávez Aravena, Álvaro Zapico Guerra, Pablo Díaz Díaz, Eduardo Labarca Mellado, Rodrigo Martín Pérez*  
Hospital Naval Almirante Nef. Servicio de Cirugía.  
Universidad de Valparaíso.

**Introducción:** La reparación endovascular del aneurisma aórtico abdominal (EVAR) infrarrenal se ha vuelto una práctica habitual en los centros de Cirugía Vascular del país. El Hospital Naval de Viña introdujo esta técnica sólo en 2010 y presentamos nuestra experiencia acumulada en estos años. **Objetivos:** Analizar los resultados y morbimortalidad asociada de los casos de EVAR realizado en el Hospital Naval. **Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectivo y serie de casos de EVAR realizados entre marzo de 2010 a julio de 2015, se revisaron fichas clínicas, base de datos de imágenes del Hospital Naval y registro de procedimiento del pabellón de hemodinamia del Hospital Naval. **Resultados:** Se efectuaron 23 EVAR en este período, 22 hombres y sólo una mujer. El promedio de edad fue de 76 años. Veintidós fueron tratados con reparación aorto-biiliaca con un solo caso de manejo híbrido con prótesis aorto-monoiliaca más puente fémoro-femoral. Se obtuvo éxito técnico en todos. Veintiuno evolucionan favorablemente, 2 pacientes presentan complicaciones siendo éstas, un accidente vascular postoperatorio con recuperación parcial y un fallecido alejado a los 54 días por perforación esofágica. Todos están bajo control ambulatorio, no se presentan casos con *endoleak* y tampoco se observó aumento del diámetro del saco.

**Conclusiones:** El advenimiento del EVAR ha significado un gran avance en el manejo del aneurisma aórtico abdominal. Esta serie constituye una de las pocas comunicaciones de experiencia en centros regionales del país, pero si bien hubo éxito técnico en todos los casos, esta serie presenta un AVE y un paciente fallecido alejado sin relación directa EVAR. El seguimiento es fundamental en estos pacientes y no tenemos pérdida de controles en esta serie. Esta muestra pequeña no permite sacar conclusiones estadísticas. Pero sí nos ha permitido posicionar esta técnica como una opción válida en el tratamiento de nuestros pacientes.

## EXPERIENCIA EN EL MANEJO ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS DE AORTA ABDOMINAL EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL BARROS LUCO (CABL)

*Drs. Jorge Vergara Cristi, Patricio Huerta Bustamante, Matías José Valenzuela Larrain, Natalia Elinette Gutiérrez Wolff, Daniel Hernández Clarck, José Manuel Ramírez Torrealba, Humberto Pizarro Villalón, Claudio Hernan Vallejos Lobos, Francisco Acuña Donoso*  
Hospital Barros Luco Trudeau. San Miguel, Santiago.  
Equipo de Cirugía Vascular y Endovascular.

**Introducción:** Los Aneurismas de Aorta Abdominal (AAA) se definen como una dilatación localizada y permanente de la aorta abdominal mayor a 3 cm de diámetro. Diversos estudios han comprobado el beneficio de intervenir cuando el diámetro supera los 5 cm, por el mayor riesgo de ruptura. En la actualidad, existe consenso que la terapia de elección es por vía endovascular (EVAR), la cual ha demostrado ventajas en cuanto a la menor morbimortalidad postoperatoria y menor estadía hospitalaria. **Objetivos:** Recopilar la experiencia del equipo de Cirugía Vascular del CABL en el manejo del AAA con el uso de diversos dispositivos endovasculares disponibles en el mercado. **Material y Método:** Estudio descriptivo retrospectivo de fichas clínicas, incorporando todos los procedimientos EVAR, realizados entre enero del año 2010 y junio del año 2015 en nuestro establecimiento. **Resultados:** En el período analizado se trataron un total de 54 pacientes (42 hombres y 12 mujeres), con una edad promedio de 70 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial y tabaquismo. El diámetro promedio de los aneurismas tratados fue de 6,4 cm. Los dispositivos utilizados fueron Treovance, AFX, Zenith, Excluder y Endurant; su elección se basó en las características anatómicas y disponibilidad. El tiempo promedio de hospitalización post procedimiento fue de 3,8 días (2,2 días en UPC). Se registraron seis casos con síndrome post implante. El seguimiento se realizó de manera clínica e imagenológica, con un tiempo promedio de 22,5 meses. Entre las complicaciones a largo plazo se

detectaron nueve endoleaks, tres de los cuales requirieron re-intervención. Dos pacientes presentaron oclusión de rama manejándose con *bypass* fémoro femoral. Han fallecido nueve pacientes, sólo uno de ellos por causa relacionada al procedimiento. **Conclusiones:** El equipo de Cirugía Vascular del CABL ha acumulado una importante experiencia en el manejo endovascular de pacientes con AAA, obteniendo resultados comparables con otras series nacionales y extranjeras.

### TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO 2007-2015

*Drs. Eitan David Schwartz Yuhaniak, María Ignacia Villablanca Riveros, Juan Marín Peralta, Ricardo Alejandro Olguín Leiva, Krystal Werner Feris*  
Hospital Militar de Santiago (HOSMIL).  
Equipo de Cirugía Vascular.

**Introducción:** El manejo endovascular del aneurisma aórtico abdominal (AAA) ha permitido disminuir la tasa de complicaciones postoperatorias, la estadía hospitalaria y el tiempo de recuperación de los pacientes, por lo que se ha convertido en la terapia de elección para esta patología. **Objetivos:** Informar los resultados de EVAR en el Hospital Militar de Santiago. **Material y Método:** Estudio de serie de casos retrospectivos. Se incluyó a todos los pacientes sometidos a tratamiento endovascular electivo de AAA en el Hospital Militar de Santiago entre los años 2007-2015. Se excluyeron aquellos pacientes operados de urgencia (aneurisma roto) o con otras patologías aórticas que no corresponden a AAA (disección aórtica, úlceras penetrantes, etc.). El *outcome* principal fue la morbimortalidad a 30 días. Otras variables estudiadas fueron: criterios de elección de endoprótesis, estadía hospitalaria, complicaciones menores y mayores, y reintervención. Para realizar el análisis descriptivo se utilizó STATA 13 en todas las variables de interés. **Resultados:** Se estudiaron a 43 pacientes (93% hombres, edad media 72,2 años DS 8,4). El 89% de los pacientes fueron asintomáticos y el diagnóstico de AAA se realizó por hallazgo imagenológico. Todos cumplieron con los criterios para uso de endoprótesis. El promedio de estadía hospitalaria fue de 4,8 días (DS 2,9). En cuanto a las complicaciones, seis pacientes presentaron complicaciones menores (sin necesidad de reintervención ni aumento estadía hospitalaria) y ocho pacientes presentaron complicaciones mayores: 3 presentaron falla renal aguda transitoria, 3 misceláneas que alargaron estadía sin necesidad de reintervención, 1 paciente que presentó isquemia aguda de EII que fue reoperado con

resultado satisfactorio y 1 caso en que hubo migración de la endoprótesis con consecuencias que finalmente llevaron al deceso del paciente. **Conclusiones:** La cirugía endovascular es el tratamiento de elección del AAA en el Hospital Militar de Santiago, dado el bajo índice de complicaciones, mortalidad y estadía hospitalaria.

### TEVAR EN EL HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE

*Drs. Pablo González Sanhueza, Edgardo Vera Contreras, Constanza Silva Nome, Gabriel Andrés Silva Seguel, Alexis Bustos Valenzuela, Juan Carlos Bravo Salazar, Juan Ramón Farías Marambio*  
Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción. Cirugía Vascular y Endovascular.

**Introducción:** El tratamiento de las enfermedades de la aorta torácica vía endovascular, representa hoy el *gold standard* de tratamiento, ya que la cirugía abierta representa una morbimortalidad muy alta en comparación al TEVAR. **Objetivos:** El objetivo de este trabajo es conocer la experiencia del grupo de Cirugía Vascular del HGGB en el tratamiento de patologías de la aorta torácica vía endovascular. **Material y Método:** Este es un estudio descriptivo, retrospectivo, con datos recolectados desde las fichas clínicas de los pacientes. Los datos fueron analizados en el programa Excel versión 14.1. **Resultados:** Desde el año 2007 al 2015 se realizaron 27 TEVAR, de los que 21 correspondieron a cirugías de urgencia. 8 pacientes eran mujeres, y 19 hombres. Las indicaciones de cirugía fueron: 7 pacientes con transección traumática de la aorta torácica, 6 pacientes con disección aórtica complicada, 2 pacientes con úlcera aórtica, 4 pacientes con hematoma intramural roto, 2 pacientes con aneurisma roto y 6 pacientes fueron reparados de manera electiva de un aneurisma de la aorta torácica. Se realizaron 7 *debranching* en la serie: 5 *bypass* carótido subclavios y 2 ascendo bicarotídeos. Hubo una mortalidad operatoria en la serie. El promedio de estadía en UCI fue de 5,4 días y 17 días fueron el promedio de días de hospitalización. 3 pacientes presentaron endofugas en el seguimiento. A la fecha 18 pacientes se encuentran vivos. **Conclusiones:** La realización de TEVAR en el HGGB ha demostrado ser una cirugía con buenos resultados. La morbimortalidad de nuestra serie es comparable a otras publicadas. Creemos que nuestro número de cirugías realizadas continuará en aumento, en virtud de un evidente incremento en la incidencia y de un diagnóstico más completo de las patologías de la aorta torácica.

## TUMORES RETRORRECTALES: UN REPORTE DE 4 CASOS

*Dr. Marcos Rocha Guerrero*

Clínica Dávila. Departamento de Cirugía, Unidad de Coloproctología.

**Introducción:** Los Tumores Retrorrectales son poco frecuentes. Estudios retrospectivos sugieren entre 1 a 6 casos podrían ser diagnosticados anualmente en Centros de referencia. Debido a su ubicación, síntomas inespecíficos o asintomáticos, su diagnóstico y tratamiento puede ser un desafío para el cirujano. **Objetivos:** El objetivo, dada la escasa frecuencia general reportada, es comunicar las características del cuadro clínico de casos tratados, su diagnóstico, manejo quirúrgico, y evolución postoperatoria. **Material y Método:** Desde diciembre de 2010 hasta junio de 2014 se hospitalizan en Clínica Dávila 4 pacientes con diagnóstico de Tumor Retrorrectal. Se realiza estudio de cohorte tipo retrospectivo de serie de casos, analizando características clínicas, con parámetros de sintomatología, edad, sexo, tipo de ASA, exámenes de evaluación, técnica quirúrgica y evolución, histología de la pieza reseçada, con seguimiento a mediano plazo mediante control ambulatorio. **Resultados:** Tres pacientes (75%) sexo femenino. Edad promedio 61 años (72-51). Sólo molestias subjetivas rectales con defecación, sin otra sintomatología. Dos casos consultan espontáneamente, dos casos referidos. Exámenes realizados colonoscopia, Rx o TAC tórax, TAC abdomen y pelvis, RNM Pelvis. Lavado anterógrado y profilaxis ATB todos los casos. Técnica quirúrgica perineal posterior posición litotomía. Evolución favorable sin complicaciones postoperatorias los 4 casos. Estadía hospitalaria promedio 4,2 días (3-6). Estudio histológico: quiste tipo epidermoide/dermoide (50%), leiomioma (25%), GIST (25%). Seguimiento sin recidiva a los 34 m (14-56 m). Un caso sin seguimiento por regreso a su país. **Conclusiones:** Los tumores retrorrectales son poco frecuentes. Si bien la mayor frecuencia es de origen benigno, su escasa sintomatología e incidencia puede influir en el pronóstico de los casos malignos. La vía perineal posterior más drenaje aspirativo es una buena técnica para su resección.

## CONTRACCIÓN PARADOJAL DEL PUBORRECTAL COMO CAUSA DE CONSTIPACIÓN CRÓNICA: RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CON BIOFEEDBACK Y REHABILITACIÓN PELVIPERINEAL

*Drs. Javier Gómez Basauri, Manuel Cabrerías Segura, Oriana Molina Ávila, Carla Fuentes Ponce, Felipe Bellolio Roth, Gonzalo Ignacio Urrejola Schmied, Rodrigo Migueles Cocco, Jose Tomás Larach Kattan, Alvaro Zúñiga Díaz, María Elena Molina Pezoa*  
Pontificia Universidad Católica de Chile. Unidad de Coloproctología, Departamento de Cirugía Digestiva, Facultad de Medicina.

**Introducción:** En pacientes con constipación crónica por obstrucción de salida, la contracción paradójal del

puborrectal (CPP) juega un rol importante. El tratamiento con biofeedback y rehabilitación pelvipereinal (BF-RPP) presenta resultados publicados exitosos entre el 40-90%. **Objetivos:** El objetivo es evaluar el resultado del tratamiento con BF-RPP en pacientes con CPP en la UC. **Material y Método:** Estudio de cohorte no concurrente. Los datos se obtuvieron de la base de datos prospectiva de la Unidad de Piso Pelviano UC. Se incluyó pacientes con CPP entre 2008 y 2015 que cumplían criterios para el diagnóstico de constipación crónica por obstrucción de salida, asociado a manometría anorrectal y/o defecoresonancia que confirman CPP y descartan otras causas de obstrucción de salida. Se analizó datos demográficos, frecuencia de evacuaciones, uso de laxantes, enemas, pujo, *Score* de Altomare y *Score* de constipación de Wexner pre y post-tratamiento. Se realizó análisis en SPSS 22, medianas y rangos para distribución de frecuencias y prueba no paramétrica de Wilcoxon para muestras relacionadas, considerada significativa con  $p < 0,05$ . **Resultados:** Cohorte de 43 pacientes, 39 mujeres. Mediana edad: 40 años (rango: 14-84). Duración de síntomas igual o mayor a 5 años en 72,5%. Mediana de sesiones BF-RPP: 8 (rango: 6-10). El 62,8% presenta 2 evacuaciones semanales o menos y sólo en un 29,3% post-tratamiento ( $p < 0,001$ ). El 76,2% requiere laxantes y 42,9% enemas, disminuyendo a 35,1% ( $p < 0,001$ ) y 5,4% ( $p < 0,001$ ) respectivamente post-tratamiento. Sensación de evacuación incompleta/fragmentada en todos los intentos mejoró de 67,4% a 14,6% ( $p < 0,001$ ) y el pujo excesivo en más de la mitad de intentos de 76,1% a 10,8% ( $p < 0,001$ ). *Score* de Wexner para constipación y Altomare mejoró de 18 a 7 ( $p < 0,001$ ) y de 16 a 5 ( $p < 0,001$ ) respectivamente. **Conclusiones:** El BF-RPP es efectiva en el tratamiento de la CPP.

## COLECTOMÍA DERECHA DE URGENCIA EN HOSPITAL PADRE ALBERTO HURTADO

*Drs. Karen Andrea Schönfeldt Guilisasti, Víctor Salazar Pierotic, Gustavo Vial Ovalle, Juan Carlos Aguayo Romero, Gala Bozzano Vukic, Benjamin Guiloff Scarneo, Sebastian Pradenas Bayer, Daniela Espinola Marín, Christian Jensen Benítez*  
Hospital Padre Alberto Hurtado, San Ramón. Servicio Cirugía. Clínica Alemana de Santiago-Universidad del Desarrollo.

**Introducción:** Durante la primera mitad del siglo XX, la mortalidad por cirugía colorrectal superaba el 20%. Las técnicas quirúrgicas y manejos perioperatorios han evolucionado, con lo cual esto ha disminuido. En la práctica quirúrgica es habitual la necesidad de colectomías de colon derecho para resolver patologías de urgencia. **Objetivos:** Caracterizar a los pacientes sometidos a colectomía derecha de urgencia (CDU).



Identificando y analizando resultados postoperatorios. **Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectivo de los pacientes sometidos a CDU en el Hospital Padre Alberto Hurtado (HPH) entre los años 2004-2015. Se evaluaron variables demográficas, etiológicas, quirúrgicas y complicaciones postoperatorias. Estadística descriptiva y analítica de las variables estudiadas.

**Resultados:** Se realizaron 95 CDU entre los años 2004-2015. Edad media 45 años (rango 15-90). 51,5% (n = 49) corresponden a sexo masculino. Del total de cirugías, 88,4% (n = 84) fueron realizadas por cirujano general y 11,6% (n = 11) por coloproctólogo. El tiempo quirúrgico promedio fue 156 min (rango 66-480 min). Las principales etiologías fueron tumor 31,6% (n = 30), trauma 20% (n = 19), apendicitis aguda 16,8% (n = 16), e isquemia 12,6% (n = 12). Se observó peritonitis en el 34% (n = 33) de los pacientes. En el 71% (n = 67) se realizó anastomosis primaria. Se registró deshiscencia de sutura en el 20,8% (n = 14) de los pacientes. Del total de deshiscencia se realizó sutura mecánica en el 71,4% (n = 10). **Conclusiones:** Las hemicolectomías tanto derechas como izquierdas son frecuentes en el escenario de urgencia. En nuestra serie la morbilidad en relación a dehiscencia de anastomosis fue elevada en el contexto de condiciones desfavorables para la realización de anastomosis, presencia de peritonitis por ejemplo. La adecuada selección de los pacientes a quienes se les realizará una anastomosis primaria podría disminuir la tasa de complicaciones en este tipo de pacientes.

## EXENTERACIÓN PÉLVICA POSTERIOR EN CÁNCER DE RECTO

*Drs. Alejandro Barrera Escobar, Sebastián Pradenas Bayer, Cristián Gallardo Villalobos, Felipe Illanes Fuertes, Carlos Melo Labra, Guillermo Bannura Cumsille*  
Hospital Clínico San Borja-Arriarán, Santiago.  
Coloproctología. Universidad de Chile.

**Introducción:** La enfermedad localmente avanzada se presenta alrededor del 30% de los cánceres de recto. La exenteración pélvica posterior (EPP), fue descrita como un procedimiento paliativo, aunque en la actualidad se ha convertido en una forma reconocida de manejo potencialmente curativo. **Objetivos:** Describir los resultados de las EPP realizadas en sus resultados mediatos y alejados. **Material y Método:** Serie retrospectiva y descriptiva. Se realiza la revisión de los pacientes entre enero de 1990 y junio de 2015. Se define la EPP como la resección oncológica del recto sigmoides incluyendo los órganos genitales internos en bloque. Se revisan los antecedentes clínicos, indicaciones y resultados inmediatos y alejados de las pacientes sometidas a una EPP por un cáncer primario de recto. **Resultados:** La serie consta de 51 pacientes

que corresponden al 8,3% de los pacientes operados por un cáncer de recto en este período. El promedio de edad fue 61,8 años (23-80). Se realizó técnica convencional (amputación de recto) a 11 pacientes y técnica con preservación de esfínter en 40. El tiempo operatorio promedio fue de 240 min (120-450 min), la estadía hospitalaria promedio fue de 12,25 días (5-60). En la serie se encontró 24 pacientes que tuvieron morbilidad, con necesidad de exploración quirúrgica en 3 pacientes. No se observó mortalidad operatoria en la serie. La sobrevida actuarial es de 53%. **Conclusiones:** En nuestra serie la EPP fue necesaria en el 8,3% de los casos de cáncer de recto operados. La posibilidad de efectuar una EPP con conservación del aparato esfinteriano depende de la altura del tumor primario. Esta técnica presenta un elevado tiempo operatorio y morbilidad. En pacientes que presenta infiltración de órganos como útero y/o vagina es una técnica factible de realizar que reduciría la recurrencia local y asegura una sobrevida libre de enfermedad de al menos un 50%.

## UTILIDAD DE LA ENDOSONOGRAFÍA PARA EL ESTUDIO DE PACIENTES CON DOLOR ANAL

*Drs. Dario Eduardo Palominos Salas, Gonzalo Antonio Palominos Salas, José Ignacio Leiva Valdés, Pauline Kirsten Böhm Ghiringhelli, Sofia Antonia Aljaro Ehrenberg, José Tomás Larach Kattan, Gonzalo Ignacio Urrejola Schmied, Rodrigo Miguieles Cocco, Álvaro Zúñiga Díaz, Felipe Bellolio Roth, María Elena Molina Pezoa*  
Pontificia Universidad Católica de Chile.  
Unidad Coloproctología. Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina.

**Introducción:** La endosonografía anal (EA) es un examen útil para el estudio diagnóstico de la patología anal benigna y maligna. **Objetivos:** El objetivo de este estudio es evaluar la utilidad de la EA en pacientes a quienes se solicita el examen para estudio por dolor anal. **Material y Método:** Estudio descriptivo de endosonografías anales realizadas durante enero de 2000 y mayo de 2014. Se registraron los datos demográficos, indicación y resultados. En el período se realizaron 3.026 endosonografías anorrectales, de las cuales 275 (9,1%) se solicitaron para estudio de pacientes con dolor anal y constituyen la muestra a analizar. Se realizó análisis descriptivo, promedio, desviación estándar y distribución porcentual. **Resultados:** La edad promedio es de  $48,8 \pm 14,8$  años, 156 (56,7%) son mujeres y 119 (43,3%) hombres. Al examen físico, previo a la EA, se identificó una fisura anal en 17 (6,2%) pacientes. La EA resultó útil en encontrar una causa del dolor en 91 (33,1%) de los

pacientes estudiados. Se identificó una colección o absceso en 59 (21,5%) pacientes, cuyo diámetro varió entre 2 y 45 mm. En 6 (2,2%) pacientes se diagnosticó hipertrofia del esfínter anal interno. Del total de mujeres estudiadas, 19 (12,2%) presentaban hallazgos sugerentes de endometriosis. La EA resultó sin hallazgos que expliquen el dolor en 184 (66,9%) pacientes. **Conclusiones:** La EA es un examen útil en pacientes con dolor anal sin un hallazgo al examen físico que explique el síntoma.

### CURSO Y PRONÓSTICO DE PACIENTES CON CÁNCER DE COLON ETAPA III

*Drs. Darío Eduardo Palominos Salas, Gonzalo Antonio Palominos Salas, Sebastián Mondaca Contreras, Bruno Nerví Nattero, Jose Tomás Larach Kattan, Gonzalo Ignacio Urrejola Schmied, Rodrigo Migueles Cocco, Felipe Bellolio Roth, María Elena Molina Pezoa, Álvaro Zúñiga Díaz*  
Pontificia Universidad Católica de Chile. Unidad de Coloproctología. Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina.

**Introducción:** El pilar del tratamiento de cáncer de colon (CC) en etapa III (CC3) es la resección quirúrgica. Actualmente la mayoría de estos pacientes son sometidos a quimioterapia adyuvante (QA). **Objetivos:** Evaluar los resultados quirúrgicos y oncológicos de pacientes con CC3 sometidos a una resección quirúrgica curativa y a QA. **Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectivo de pacientes sometidos a resección curativa por CC3 en el período 2001-2012. Los datos fueron extraídos de los archivos de la Unidad de Coloproctología. Se descartó metástasis a distancia con TAC de tórax, abdomen y pelvis. El diagnóstico histológico y la etapa del tumor fueron determinadas por el estudio histopatológico de la pieza operatoria. Se realizó análisis de sobrevida y análisis multivariado con regresión de Cox. **Resultados:** En el período se realizaron 129 colectomías por CC3. Edad de  $65,3 \pm 14,0$  años. 62 (48,1%) son hombres. 111 (87,4%) procedimientos fueron electivos. El abordaje laparoscópico se realizó en 32,0%. Hubo 7 (5,4%) complicaciones quirúrgicas Clavien III y IV. No tuvimos mortalidad. Los ganglios resecaados fueron 21 (RI: 17-32), positivos: 3 (RI: 1-5). Un 83,2% de los pacientes recibió QA, que se inició a los  $46,8 \pm 23,9$  días. El número de ganglios resecaados en cirugía abierta y laparoscópica fue similar ( $p = 0,624$ ), al igual que en la cirugía de urgencia y electiva ( $p = 0,119$ ). La sobrevida global (SG) a 5 años fue 70,8%. La SG de los pacientes sometidos a QA fue de 82,0% a 5 años. En el análisis multivariado para SG, la invasión transmural, el número de ganglios positivos y la QA son factores independientes. **Conclusiones:** En este

estudio el CC3 tiene una sobrevida global a 5 años de 70,8% y en los pacientes sometidos a QA de 82,0%. Son factores independientes para sobrevida la invasión transmural, el número de ganglios positivos y recibir quimioterapia.

### FISURA ANAL: TRATAMIENTO CON TOXINA BOTULÍNICA. RESULTADOS A CORTO Y MEDIANO PLAZO

*Drs. Gonzalo Antonio Palominos Salas, Darío Eduardo Palominos Salas, Erick Castillo Franz, Jose Tomás Larach Kattan, Gonzalo Ignacio Urrejola Schmied, Julio Ruperto Reyes Ruiz, Rodrigo Migueles Cocco, Álvaro Zúñiga Díaz, Felipe Bellolio Roth, María Elena Molina Pezoa*  
Pontificia Universidad Católica de Chile. Unidad de Coloproctología. Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina.

**Introducción:** La inyección de toxina botulínica (Botox®) se ha planteado como un procedimiento alternativo para el tratamiento de fisura anal que no tendría complicaciones a largo plazo. **Objetivos:** Evaluar sintomáticamente los resultados del tratamiento con inyección de Botox® a corto y mediano plazo en pacientes con diagnóstico de fisura anal. **Material y Método:** Cohorte retrospectivo, entre los años 2007 y 2014, de los pacientes con diagnóstico de fisura anal en quienes se indicó inyección de Botox® en el espesor del esfínter anal interno. Se intervinieron 75 pacientes. En el seguimiento se realizó una encuesta para evaluar mejoría de los síntomas, recurrencia sintomática, complicaciones y satisfacción del paciente. Se logró encuestar 62 (82,7%) pacientes que constituyen la muestra a analizar. Se realizó estadística analítica con prueba de Mann-Whitney. **Resultados:** Edad de 38 (17-83) años, 52 (83,9%) mujeres, el seguimiento fue de 31 (2-88) meses. La dosis utilizada fue 80 (40-100) Unidades. Se observó desaparición de síntomas en 42 (67,7%) pacientes. Hubo persistencia de síntomas en 20 (32,3%) pacientes, en 14 de ellos hubo mejoría de los síntomas y en 6 (9,7%) pacientes no hubo modificación. La morbilidad del procedimiento fue de 19,4% (12 pacientes) dada por incontinencia fecal transitoria, recuperándose en todos los casos a los 3 meses post procedimiento. En 16 (38,1%) pacientes en quienes habían desaparecido los síntomas se presentó recurrencia sintomática durante el seguimiento. Sólo uno fue reintervenido, realizándose con éxito una nueva inyección de Botox®. Refirieron estar satisfechos con el procedimiento 51 (82,3%) pacientes. Entre los 20 pacientes que presentaron persistencia sintomática, 3 pacientes se sometieron a esfínterotomía quirúrgica y 2 a una nueva inyección de Botox®. No hubo asociación entre las Unidades de Botox® con la desaparición de

síntomas ni con incontinencia fecal transitoria. **Conclusiones:** En este estudio, la mayoría de los pacientes obtuvo desaparición de síntomas y manifestó satisfacción con el procedimiento.

## EVALUACIÓN DE LA EXPRESIÓN DEL RECEPTOR DE OREXINA 1 EN DISTINTAS ETAPAS DE LA CARCINOGENÉISIS COLORECTAL

*Drs. Ana María Wielandt Necochea, Cynthia Villarroel Spring, Kento Inada Inada, Hiroshi Kawashi Kawashi, Daniela Simian Marín, María Teresa Vial Pérez, Marcela Figueroa Sánchez, Magdalena Castro Cruz, Udo Kronberg K., Francisco López Köstner*  
Clínica Las Condes. Unidad de Coloproctología.

**Introducción:** El Receptor de Orexina-1 (OX1R) es un receptor acoplado a proteína G el cual es sobreexpresado en cáncer colorrectal (CCR), pero no detectado en tejido de colon normal y su expresión puede ser inducida por el estado nutricional. Su activación por su ligando Orexina-A promueve apoptosis en líneas celulares de CCR. **Objetivos:** Determinar los niveles de expresión del OX1R en la progresión adenocarcinoma y su asociación con el índice de masa corporal (IMC). **Material y Método:** Estudio analítico prospectivo de 29 pacientes tratados por neoplasias colorrectales (tratamiento endoscópico n = 17; cirugía n = 12) durante el año 2014, sin terapia neoadyudante. Los pacientes fueron divididos en: Grupo-A: Control (n = 5), Grupo-B: adenoma de bajo-grado (n = 5), Grupo-C: adenoma de alto-grado (n = 7) y Grupo-D: Adenocarcinoma (n = 12). Se utilizó tejido fijado en formalina y embebido en parafina para evaluar por inmunohistoquímica la expresión de OX1R. Se extrajo mRNA y proteínas desde tejido fresco del Grupo-D para realizar PCR-cuantitativo y Western-Blot. Para el análisis estadístico se utilizó test  $\chi^2$ . **Resultados:** La expresión del OX1R en el Grupo-D se detectó en la membrana luminal de células de glándulas colorrectales. No se observó expresión del receptor en los Grupos A, B y C. El 41,7% de los tumores del Grupo-D, posee una expresión mayor al 1%, correspondiente a tumores en estadio III (p = 0,0358). En tejido fresco, se observó una alta expresión de OX1R a nivel mRNA y proteína en adenocarcinomas en estadio III y ausencia en estadio 0, I y II. Se observó una menor expresión del mRNA de OX1R en pacientes con IMC sobre 25 (p = 0,07). **Conclusiones:** Este estudio sugiere que la sobreexpresión a nivel mRNA y proteico del OX1R ocurre en adenocarcinomas avanzados y su expresión puede ser modulada por el estado nutricional. Estos hallazgos abren la posibilidad de inducir la expresión del OX1R como blanco terapéutico. Financiado por proyecto FONDECYT 1140012.

## ANÁLISIS DEL DIAGNÓSTICO DE FILTRACIÓN DE ANASTOMOSIS EN CIRUGÍA DE COLON POR TOMOGRAFÍA COMPUTADA

*Drs. Diego Zamorano Valenzuela, Alejandro Zárate Castillo, Udo Kronberg K., Claudio León Wainstein Gewolb, Andrés Larach Kattan, Jorge Ramón Larach Said, Francisco López Köstner*  
Clínica Las Condes. Coloproctología.

**Introducción:** La filtración anastomótica (FA) es una complicación grave en cirugía de colon. El diagnóstico certero y oportuno, es esencial para evitar morbilidad y mortalidad. El examen de elección para evaluar la FA es la tomografía computada de abdomen y pelvis (CT-AP). **Objetivos:** Analizar los resultados del CT-AP para detectar FA en cirugía de colon. **Material y Método:** Estudio diagnóstico, transversal. Se incluyeron pacientes sometidos a cirugía de colon laparoscópica entre enero de 2010 y junio de 2015, con CT-AP en el postoperatorio por sospecha de FA. Se analizaron datos clínicos, laboratorio, imágenes y seguimiento temprano. Análisis estadístico: test de Mann Whitney, cálculo de sensibilidad y especificidad. **Resultados:** De 640 cirugías de colon se realizaron 85 CT-AP por sospecha de FA. El promedio de edad fue 59,6 años (i: 16-87), 58 (68,2%) son hombres. Las indicaciones de cirugía fueron: cáncer 54 (63,5%), enfermedad diverticular 17 (20%) y otros 14 (16,5%). El porcentaje global de FA 6,73%. Sin mortalidad. De los 85 CT-AP en 30 se sospechó FA, de estos se confirmaron 25 (19 Cirugías y 6 segundo CT-AP) y se descartaron 5 por cirugía. Promedio de tiempo de reintervención 4,8 días (i: 4-11), PCR (mg/L) promedio 199 (i: 1-404, > 150: 17 pacientes). De los 55 CT-AP negativos en 8 pacientes se confirmó FA (7 cirugía y 1 segundo CT-AP), promedio de tiempo de reintervención 6,4 días (i: 2-14), PCR promedio 268 (i: 111-354, > 150: 5 pacientes). El análisis para el CT-AP reveló una sensibilidad de 75,76% (95% IC 57,74-88,91) y una especificidad 90,38% (95% IC 78,97-96,80). La estadía hospitalaria de los falsos negativos fue de 22,5 días (i: 8-48) en comparación con los verdaderos positivos, 17 días (i: 8-60), p: 0,001. **Conclusiones:** Una CT-AP negativa para FA no descarta esta complicación. Por lo anterior debemos recurrir a otros métodos de apoyo diagnóstico como una elevación sostenida de la PCR.

## DESARROLLO DE LA CIRUGÍA ROBÓTICA EN PATOLOGÍA COLORRECTAL

*Drs. Francisco López Köstner, Diego Zamorano Valenzuela, Alejandro Zárate Castillo, Udo Kronberg K., Claudio León Wainstein Gewolb, Andrés Larach Kattan, Jorge Ramón Larach Said, Sergio Guzmán Karadima*  
Clínica Las Condes. Coloproctología.

**Introducción:** La cirugía robótica es una alternativa a la laparoscópica y presenta ciertas ventajas: elimina el temblor, cámara estable en 3 dimensiones y en alta de-

finición, pinzas articuladas y mejor ergonomía. Sus detractores refieren que podría presentar mayores tiempos operatorios y menor seguridad oncológica. **Objetivos:** Analizar los resultados preliminares de la cirugía colorrectal asistida por robot (CCAR). **Material y Método:** Estudio de cohorte prospectivo de pacientes sometidos a CCAR, entre agosto de 2014 y julio de 2015. Se analizaron datos clínicos, quirúrgicos, de anatomía patológica y morbilidad precoz. Dado que la indicación quirúrgica más frecuente fue el cáncer de recto, en ellos, se comparó tiempo operatorio, estadía hospitalaria y pieza quirúrgica con 22 pacientes intervenidos por cáncer de recto seleccionados al azar de la base de datos laparoscópica. **Análisis estadístico:** Mann Whitney. **Resultados:** Se incluyeron 19 pacientes, edad promedio 57,2 años (i: 25-76), 73,6% género femenino y el 84,2% presenta IMC entre 20-29. La indicación quirúrgica fue: cáncer de recto (11), rectocele (3), enfermedad diverticular (2) y otros (4). El procedimiento realizado fue: RAB (3), RAUB (2), RAUBIE (2), RAP (4), rectopexia ventral (3), sigmoidectomía (2), proctectomía (1), hemicolectomía derecha (1) e izquierda (1). En el estudio comparativo entre cirugía de recto oncológica asistida por robot (11) y laparoscópica (22): el promedio de tiempo (min) de trocar, dock-in y total fue: 10,2, 10,1 y 235,6, respectivamente. El tiempo de estadía postquirúrgica fue de 5,3 días (i: 3-16). El grupo control presentó un tiempo total de 216,4 (i: 135-304), p: 0,07, estadía hospitalaria de 6,1 (i: 4-9), p < 0,05. Cuatro pacientes presentaron una complicación, (Clavien Dindo II: 2, III A: 1 y IIIB: 1) requiriendo una intervención radiológica (1) y quirúrgica (1). No hubo mortalidad. La anatomía patológica confirmó resección R0 en todos los pacientes, promedio de ganglios de 13,2 (i: 4-31). **Conclusiones:** En esta serie preliminar de cirugía de recto oncológica asistida por robot se observó que el tiempo quirúrgico, estadía hospitalaria, morbilidad y seguridad oncológica son similares a la laparoscópica.

#### ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A NEOPLASIAS COLORRECTALES EN PRENEC

*Drs. Diego Zamorano Valenzuela, Alejandra Victoria Ponce Flores, Alejandro Zárate Castillo, Udo Kronberg K., Hiroshi Kawashi Kawashi, Takuda Okada Okada, Masahiro Tsubaki Tsubaki, Stanko Karelovic Car, Sergio Hernán Flores Oliva, José Patricio Chacón Poblete, Ricardo Estela Petit, Paulina Penaloza Montecinos, Magdalena Castro Cruz, Francisco López Köstner* Clínica Las Condes. Tokio Medical and Dental University. Hospital Dr. Eduardo Pereira, Valparaíso. Hospital Clínico de Punta Arenas. Hospital Clínico San Borja-Arriarán.

**Introducción:** El principal objetivo de los programas de tamizaje de cáncer colorrectal es la detección y resección de lesiones precursoras o adenocarcinomas incipientes. Existe evidencia internacional de los distintos

factores de riesgo para desarrollar lesiones neoplásicas colorrectales (LNC) los que no han sido validadas en Chile. **Objetivos:** Identificar los factores de riesgo que se asocian a LNC en pacientes PRENEC. **Material y Método:** Estudio transversal, multicéntrico. Se utiliza una cohorte prospectiva PRENEC entre mayo de 2012 y mayo de 2015. Criterios de inclusión: edad  $\geq$  50 años, LNC (adenomas y adenocarcinomas), en grupo control pacientes sin LNC: colonoscopia completa Boston  $\geq$  7. Exclusión: antecedente personal de cáncer colorrectal, EII y PAF. Se incorporan variables clínicas y demográficas. **Análisis estadístico:** Comparación con test de  $\chi^2$  para variables categóricas y Mann Whitney para variables continuas y regresión logística multivariada con test de  $\chi^2$ . **Resultados:** De un total de 13.233 pacientes PRENEC en el período descrito, se practicaron 2.364 colonoscopias y se identificaron 1.238 (52,37%) pacientes con LNC. En el análisis de comparación resultaron significativas con un  $p < 0,05$ : edad, género masculino, consumo de tabaco y cantidad (paq/año), diabetes y centro asistencial. No hubo asociación significativa  $p > 0,05$ : Consumo de alcohol, IMC y circunferencia abdominal. Para las variables que resultaron significativas se realizó una regresión logística multivariada. Los pacientes con mayor riesgo de desarrollar LNC,  $p < 0,05$ : género masculino (OR: 1,55; IC 95% 1,28-1,88), edad (OR: 1,02; IC 95% 1,00-1,03), consumo de tabaco (OR: 1,38; IC 95% 1,06-1,79), cantidad de tabaco (OR: 1,01; IC 95% 1,00-1,03), diabetes (OR: 1,32; IC 1,06-1,63). Como factor protector se evidenció el centro asistencial, Valparaíso (OR: 0,89; IC 0,81-0,98). **Conclusiones:** Se identificaron como factores de riesgo para LNC el género masculino, la edad, el consumo y cantidad de tabaco y la diabetes. Esta información permitiría focalizar el tamizaje en poblaciones de mayor riesgo.

#### TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN EL MARCO DE UN PROGRAMA DE TAMIZAJE (PRENEC)

*Drs. Diego Zamorano Valenzuela, Alejandra Victoria Ponce Flores, Alejandro Zárate Castillo, Udo Kronberg K., Hiroshi Kawashi Kawashi, Takuda Okada Okada, Masahiro Tsubaki Tsubaki, Stanko Karelovic Car, Sergio Hernán Flores Oliva, José Patricio Chacón Poblete, Paulina Penaloza Montecinos, Ricardo Estela Petit, Francisco López Köstner* Clínica Las Condes. Tokio Medical and Dental University. Hospital Dr. Eduardo Pereira, Valparaíso. Hospital Clínico de Punta Arenas. Hospital Clínico San Borja-Arriarán.

**Introducción:** La detección de lesiones neoplásicas colorrectales incipientes es cada vez más frecuentes debido a los programas de tamizaje. Existe un especial interés en el tratamiento, dado que la mayoría de estas lesiones se pueden reseccionar de forma segura por vía endoscópica. **Objetivos:** Reportar el tratamiento en-

doscópico del cáncer colorrectal (CCR) en un programa de tamizaje. **Material y Método:** Estudio prospectivo multicéntrico de tamizaje de CCR, entre mayo de 2012 hasta mayo de 2015. Criterios de inclusión: individuos asintomáticos entre 50 y 75 años. Se analizaron datos clínicos, endoscópicos, de anatomía patológica y seguimiento. **Resultados:** De un total de 13.233 pacientes en el período descrito, se realizaron 2.905 colonoscopias. Se incluyeron 140 pacientes con adenocarcinoma, en 34 (24%) se realizó cirugía directamente. De los 106 (76%) pacientes tratados endoscópicamente, se realizó cirugía posterior en 7 (6,6%). Las indicaciones de cirugía fueron: Compromiso del margen (4), márgenes no evaluables (2) y compromiso del pedículo (1). De los 99 pacientes tratados sólo endoscópicamente, la edad promedio fue de 63,6 años (i: 50-77), 60% género femenino, el tamaño promedio de las lesiones fue de 13,9 mm (i: 5-60) y la ubicación más frecuente el sigmoideas (60%). Técnica utilizada: mucosectomía en 73, resección asa caliente 19 y asa fría 7. Se clasifican según Viena: Carcinoma no invasivo: 28 (28,2%), Sospecha de carcinoma invasivo: 2 (2%), Carcinoma intramucoso: 64 (64,6%) y Carcinoma submucoso: 5 (5%). El tipo macroscópico de las lesiones: protruyentes: 61 (59,8%) (Ip: 37, Isp: 8, Is: 16), planas: 7 (7,8%) (IIa: 6, LST: 1, superficial elevado: 5; IIb: 1), deprimidas: 3 (2,9%) (IIc: 3), no evaluado 28 (29,4%). Resección en piecemeal en 8 (8%) pacientes y completa en 87 (87,8%). Márgenes: Lateral: negativo 81 (81,8%), positivo para adenoma 3, no evaluable 15; Profundo: negativo 82 (82,8%), no evaluable 17. Morbilidad: 1 (Hemorragia Digestiva). Sin mortalidad. En 2 pacientes se realizó una segunda resección endoscópica y en 1 se identificó una lesión de novo. **Conclusiones:** El tratamiento del CCR en este programa de tamizaje es la resección endoscópica lo que se asocia a una baja morbilidad y mortalidad.

## HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS E HISTOLÓGICOS EN PACIENTES PORTADORES DE RESERVORIO ILEAL POR COLITIS ULCEROSA

*Drs. Constanza Villalón Montenegro, Obren Danilo Drazic Beni, María Elena Molina Pezoa, Rodrigo Migueles Cocco, Manuel Marcelo Álvarez Lobos, Álvaro Zúñiga Díaz, Felipe Bellolio Roth*  
Pontificia Universidad Católica de Chile. Unidad de Coloproctología, Departamento de Cirugía Digestiva.

**Introducción:** Incluso en pacientes asintomáticos, la reservorioscopia y biopsia del reservorio ileal pueden mostrar cambios inflamatorios a nivel de éste. Sin embargo, no se conoce con exactitud la concordancia de la visión endoscópica con la histológica. **Objetivos:** Evaluar y comparar los hallazgos endoscópicos e histopatológicos del reservorio ileal en pacientes operados por colitis ulcerosa. **Material y Método:** Estudio

de corte transversal. Se incluyeron todos los pacientes a quienes se les realizó un reservorio ileal por colitis ulcerosa y que fueron sometidos a estudio endoscópico e histológico, independiente de la indicación. Se compararon los resultados de la reservorioscopia con los resultados de la anatomía patológica y se calcularon la sensibilidad, especificidad y valores predictivos. Estadística descriptiva. **Resultados:** Se revisaron 117 exámenes endoscópicos del reservorio ileal realizados en 48 pacientes, 28 hombres (58%). Veintiocho (58%) pacientes tenían más de una reservorioscopia. Ciento un estudios corresponden a reservorioscopias posteriores al cierre de ileostomía. De éstos, en 50 (49%) se informó como normal y en 29 (51%) se informó un compromiso inflamatorio del reservorio. El resto de los pacientes tenían signos de inflamación del manguito rectal y otros hallazgos. En cuanto a los hallazgos histopatológicos, sólo 38 (37,6%) pacientes contaban con biopsia. De éstas 2 (6%) fueron informadas como normales y 36 (94%) estaban informadas como con algún grado de inflamación del reservorio o del manguito rectal. De los pacientes con hallazgo endoscópico de reservoritis, 10 (34%) no contaban con biopsia del reservorio y en los 19 (66%) pacientes en que sí se tomó muestra para biopsia, ésta fue informada como con algún grado de inflamación del reservorio. La reservorioscopia tuvo una sensibilidad de 90,48%, especificidad de 100%, VPP de 100% y VPN de 89,47% para la presencia de inflamación del reservorio. **Conclusiones:** En esta serie existe una buena correlación entre el estudio endoscópico e histológico del reservorio. Este análisis puede dar base para trabajos que evalúen la función con el estudio del reservorio.

## UTILIDAD DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN EL ESTUDIO PREOPERATORIO DEL CÁNCER DE RECTO

*Drs. Constanza Villalón Montenegro, Hugo Vidal Alberdi, Claudia Otarola Urrutia, Felipe Bellolio Roth, Rodrigo Migueles Cocco, Jose Tomás Larach Kattan, Álvaro Zúñiga Díaz, María Elena Molina Pezoa*  
Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva. Departamento de Radiología.

**Introducción:** La resonancia magnética de pelvis (RM) es el examen de elección para la estadificación del cáncer de recto, permite seleccionar pacientes que se beneficiarían de neoadyuvancia, disminuyendo la recurrencia local. **Objetivos:** Evaluar la utilidad de la RM para predecir el estadio T, N y el compromiso del margen circunferencial de resección (MCR) en pacientes con cáncer de recto. **Material y Método:** Estudio de corte transversal. Se incluyeron pacientes sometidos a resección quirúrgica con intención curativa por cáncer de recto entre diciembre de 2008 y junio de 2014, sin neoadyuvancia o con radioterapia de curso corto (25

Gy en 5 días) la semana previa a la cirugía, en quienes se realizó una RM en su estudio preoperatorio. Todas las RM fueron revisadas por 2 radiólogos, quienes fueron ciegos del informe del otro. Se registró T, N, MCR. Se comparó el resultado de la RM con la biopsia de la pieza operatoria y se calculó la sensibilidad (S), Especificidad (E), Valor predictivo positivo (VPP), Valor predictivo negativo (VPN) y exactitud diagnóstica global (EDG). **Resultados:** Serie de 26 pacientes, 19 (73%) mujeres. Mediana de edad: 66 años (34-80). Seis (23%) pacientes recibieron radioterapia de curso corto. La cirugía realizada en todos los pacientes fue una resección anterior baja con TME. Biopsia: T0 en 2 pacientes, T1 en 2, T2 en 7, T3 en 14 y T4 en 1. Nueve pacientes tenían linfonodos positivos. El MCR fue positivo en 1 paciente. Para el estadio T, la S y E de la RM fue 72,73% y 73,33% respectivamente, VPP 66,66% y VPN 78,57%. La EDG fue 73,08%. Para el estadio N la RM tuvo S: 66,7%, E: 35,3%, VPP: 35,3%, VPN: 66,67%, EDG: 46,15%. La evaluación MCR tuvo S: 100%, E: 84%, VPP: 20%, VPN: 100% y EDG: 84,6%. **Conclusiones:** En nuestra serie, la RM predice adecuadamente el compromiso del MCR, pero no así el compromiso del estatus linfonodal.

## RESULTADO DE REHABILITACIÓN PELVI-PERIANAL PARA PACIENTES CON INCONTINENCIA FECAL

*Drs. Gonzalo Antonio Palominos Salas, Darío Eduardo Palominos Salas, Sofía Antonia Aljaro Ehrenberg, Pauline Kirsten Böhm Ghiringhelli, José Ignacio Leiva Valdés, Oriana Molina Ávila, Carla Fuentes Ponce, Javier Gómez Basauri, Rodrigo Migueles Cocco, Felipe Bellolio Roth, María Elena Molina Pezoa*  
Pontificia Universidad Católica de Chile.  
Unidad de Coloproctología. División de Cirugía.  
Facultad de Medicina.

**Introducción:** La rehabilitación pelviperineal (RPP) es considerada un pilar fundamental en el tratamiento de pacientes con incontinencia fecal (IF), sin embargo, los resultados son variables. **Objetivos:** El objetivo de este estudio es evaluar los resultados de la RPP en nuestro centro. **Material y Método:** Estudio de cohorte prospectivo de pacientes con IF que se evalúan en la Unidad de Piso Pelviano y se les indica RPP, entre los años 2007 y 2014. Se registraron datos demográficos, antecedentes, endosonografía anal, *score* de Wexner y encuesta de calidad de vida para pacientes con IF (FIQLS) pre y post tratamiento. Se realizaron 10 sesiones de RPP, consistentes en terapia conductual, electroestimulación y biofeedback. Durante el período se evaluaron 264 pacientes, de los cuales 246 (93,2%) completaron el tratamiento y conformaron la muestra a analizar. Se realizó análisis estadístico para muestras relacionadas con test de Wilcoxon. **Resultados:** Edad

de  $62,4 \pm 13,6$  años, 216 (87,8%) mujeres. El tiempo de evolución de la IF fue de 24 (RI: 12-60) meses. En la endosonografía anal se encontró interrupción sólo del esfínter anal externo en 54,5% de los pacientes, sólo del esfínter anal interno en 1,5%, de ambos esfínteres en 20,5% y sin lesión esfinteriana en el 23,5%. El *score* de Wexner previo a RPP fue 15 (RI:11-18) y al finalizar la RPP de 6 (3-9), con diferencia estadísticamente significativa. La calidad de vida también mejora en forma estadísticamente significativa con la RPP. **Conclusiones:** La RPP es un tratamiento eficaz en pacientes con IF, permite mejorar significativamente los síntomas y la calidad de vida.

## PROTOCOLO DE NIGRO PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER ANAL. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DIPRECA

*Drs. Hernán Guzmán Martín, Rubén Romero Codoceo, Hernán Guzmán Céspedes, Juan Pablo Hermosilla De La Carrera, Andrea Fuenzalida Figueroa, Matías Sepúlveda Hales, Felipe Guzmán Martín*  
Hospital Dipreca. Equipo Digestivo Bajo. Universidad Diego Portales.

**Introducción:** El cáncer anal es una neoplasia poco frecuente, representando el 2% de los cánceres del sistema digestivo. La mayoría de los pacientes con cáncer de ano se presentan con enfermedad localmente avanzada, pero pueden ser tratados efectivamente con protocolo de Nigro. **Objetivos:** Describir las características de la población con cáncer de ano tratadas en nuestro hospital y evaluar los resultados del tratamiento con protocolo de Nigro. **Material y Método:** Serie de casos que incluyó a todos los pacientes con diagnóstico de cáncer de ano confirmado por biopsia e inmunohistoquímica y que fueron sometidos a protocolo de Nigro (5-FU Mitomicina C Radioterapia), en el Hospital Dipreca desde enero de 2007 hasta diciembre de 2014. Se analizaron la edad, sexo, etapa TNM, grado cumplimiento protocolo de Nigro y recidiva local o a distancia. El análisis fue realizado con estadística descriptiva. **Resultados:** Se identificaron 12 casos de cáncer anal. La edad promedio de esta serie fue 62,5 años (rango: 40-85), todos de sexo femenino. La etapa TNM al diagnóstico fue: Etapa I, 1 paciente; Etapa II, 2 pacientes; Etapa III, 9 pacientes, lo que corresponde a un 8,3%, 16,7 y 75% respectivamente. 10 pacientes (83,3%) completaron el protocolo de Nigro y 2 (16,7%) no lo hicieron (rechazo a la radioterapia y aparición de fistula recto-vaginal). 4 pacientes (33,3%) presentaron recidiva local y se les realizó cirugía de Miles. Ninguna paciente presentó recidiva a distancia. **Conclusiones:** El protocolo de Nigro sigue siendo la principal herramienta terapéutica para el cáncer de ano. La mayoría de los pacientes son tratados en forma no invasiva. En nuestra serie existe una tasa de recidiva importante, manejada con cirugía como segunda línea.

## MANEJO DEL CUERPO EXTRAÑO RECTAL EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. REVISIÓN DE 5 AÑOS

*Drs. Manuel Lizana Corvera, Aníbal Ibáñez Mora, Francisca González Serrano, Milena Fercovic López, Russeth Mesa Montecinos*

Hospital San Juan de Dios, Santiago. Servicio de Cirugía, Equipo de Cirugía Digestiva Baja. Universidad de Chile.

**Introducción:** El cuerpo extraño rectal (CER) retenido es un problema clínico de baja incidencia y puede ser un dilema su manejo. La vía anal es la puerta de entrada más habitual, seguida de la vía oral. Pocos pacientes admiten de forma espontánea la introducción de cuerpos extraños por vía anal, lo que requiere una alta sospecha clínica para su diagnóstico, poniendo mayor atención en pacientes con historia poco clara que se presentan con dolor pélvico, estreñimiento y rectorragia. **Objetivos:** Describir el perfil del paciente que se presenta con CER y su manejo en el pabellón del Servicio de Urgencia del Hospital San Juan de Dios. **Material y Método:** Estudio descriptivo retrospectivo en base a la revisión de los registros clínicos de los pacientes con diagnóstico CER que requirieron extracción en pabellón del Servicio de Urgencia del Hospital San Juan de Dios entre los años 2010-2015. Se revisaron los siguientes aspectos: edad, sexo, factores asociados, tipo de cuerpo extraño, medidas del mismo, clínica, diagnóstico y tratamiento. **Resultados:** Se identificaron 16 hombres de 51 ( $\pm$  12) años, todos con CER por vía transanal, en 6 casos asociado a consumo de drogas. Se requiere extracción manual transanal en 13 (81,25%) pacientes y abdominal en 3 (18,75%). La única vía de abordaje abdominal utilizada fue la laparotomía media infraumbilical. No hubo perforación intestinal, ni rectal reportada secundaria al CER. El día cama promedio fue 1,2 (DS 1) días. En ningún caso se asoció a mortalidad, complicaciones postoperatorias ni necesidad de ostomía. **Conclusiones:** El CER es una situación clínica poco frecuente, pero relevante, especialmente por las posibles complicaciones que puede ocasionar, sangrado y perforación, no presentes en este reporte. La gran mayoría de los CER se extraen vía transanal en forma exitosa, y en algunos casos es frustrado y requiere laparotomía, siendo esta última una opción válida, teniendo baja morbilidad.

## HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS DE PACIENTES SOMETIDOS A RESECCIÓN ABDOMINOPERINEAL. REVISIÓN DE 5 AÑOS EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

*Drs. Manuel Lizana Corvera, Milena Fercovic López, Francisca González Serrano, Aníbal Ibáñez Mora, Russeth Mesa Montecinos*

Hospital San Juan de Dios, Santiago. Servicio de Cirugía, Equipo de Cirugía Digestiva Baja. Universidad de Chile.

**Introducción:** La resección abdominoperineal es una cirugía con gran morbilidad posoperatoria, especial-

mente por el riesgo funcional asociado. Los hallazgos histopatológicos de la pieza quirúrgica son fundamentales en determinar la etapa del cáncer y los tratamientos que posteriormente el paciente podría recibir. Un punto de suma importancia es determinar si el número de linfonodos disecados en la pieza quirúrgica cumple la cantidad mínima requerida, 12 linfonodos, además de los márgenes quirúrgicos. **Objetivos:** Evaluar los hallazgos histopatológicos de las piezas quirúrgicas de resección abdominoperineal en el Servicio de Cirugía del Hospital San Juan de Dios, durante los años 2010-2015. **Material y Método:** Estudio descriptivo retrospectivo en base a la revisión de los resultados histopatológicos de piezas quirúrgicas de resección abdominoperineal en el Servicio de Cirugía del Hospital San Juan de Dios entre los años 2010-2015. Se revisaron los siguientes aspectos: edad, sexo, tipo histológico, grado de diferenciación, invasión tumoral, márgenes quirúrgicos, permeación neurovascular, perforación asociada, y el número de linfonodos resecaados. **Resultados:** Se revisan un total de 29 biopsias, de las cuales 26 (89,6%) corresponden a adenocarcinoma, 1 (3,4%) escamoso, 1 adenoma de alto grado, y hubo una remisión completa. El sexo masculino predomina con un 58,6%, la edad mediana es de 66 años (48-84 años). El grado histológico fue poco diferenciado en 4 casos (13,7%). Los linfonodos resecaados fueron en número mayor a 12 en 11 casos (37,9%). En 6 casos (20,6%) los linfonodos resultaron positivos, y de esos sólo uno no cumplió el mínimo (10). La perforación de la pieza se reportó en 4 casos (13,4%). En 6 casos se reporta margen circunferencial positivo, y en 5 de ellos se describe compromiso de pared pélvica. **Conclusiones:** Los hallazgos histopatológicos son acordes a la literatura. Se requiere un formato uniforme para mejor interpretación de los resultados de las biopsias quirúrgicas con especial énfasis en los márgenes quirúrgicos, que deben ser informados en milímetros. Para un aumento del conteo de los linfonodos se debe revisar la disección del patólogo, y eventualmente incorporación de nuevos métodos.

## ANÁLISIS DE PACIENTES CON TEST DE SANGRE OCULTA EN DEPOSICIONES INMUNOLÓGICO POSITIVO, LUEGO DE UN PRIMER RESULTADO NEGATIVO

*Drs. Alejandro Zárate Castillo, Alejandra Victoria Ponce Flores, Ana María Wielandt Necochea, Udo Kronberg K., Claudio León Wainstein Gewolb, Stanko Karelovic Car, Sergio Hernán Flores Oliva, Ricardo Estela Petit, Francisco López Köstner*  
Clínica Las Condes. Coloproctología. Hospital de Punta Arenas Hospital Eduardo Pereira, Valparaíso. Hospital San Borja-Arriarán, Santiago.

**Introducción:** En los programas de tamizaje el test de sangre oculta en deposiciones inmunológico (TSODi)

negativo no excluye el diagnóstico de cáncer, por tanto, debe repetirse periódicamente. **Objetivos:** Analizar los hallazgos endoscópicos e histológicos, de pacientes con TSODi positivo al seguimiento, luego de un TSODi negativo inicial. **Material y Método:** En un programa de tamizaje multicéntrico de neoplasias colorrectales, en el período 2012 al 2015, se realiza un estudio de cohorte prospectivo. Criterio de ingreso: TSODi inicial negativo, con TSODi positivo en el seguimiento. Se utilizó la clasificación de París para hallazgos endoscópicos y la de Viena para los histológicos. La detección de adenomas consideró: adenomas tubulares, tubulovelloso y serrados. Análisis con estadística descriptiva. **Resultados:** En un total de 2.761 pacientes con indicación de repetir un TSODi hay 1.257 pacientes con dos tomas de TSODi (45,5%). En 1.120 pacientes el resultado fue negativo y en 137 (12,2%) positivo. Se realizó una colonoscopia en 87 pacientes (edad promedio 63,9 años, 63% mujeres), en el 100% se alcanzó el ciego. Se obtuvo un resultado normal en 50 pacientes. En 37 (42%) hubo hallazgos; 36 pacientes con lesiones polipoideas, y uno con tumor de colon derecho. En los 36 pacientes con lesiones polipoideas, hubo 78 lesiones extirpadas; 25 pacientes presentaron una o más lesiones adenomatosas (total 53). La detección de lesiones adenomatosas fue 29%. De las 53 lesiones adenomatosas, el tamaño promedio fue 5,1 milímetros, su morfología fue: 0Ip (3), 0Is (29), 0IIa (17), 0IIb (2), 0IIc (1). La ubicación de las lesiones fue: colon derecho, transverso, izquierdo y recto en 11, 17, 21 y 3, respectivamente. La histología evidenció: adenoma tubular, tubulovelloso, serrado, carcinoma *in situ* en 47, 1, 1 y 3, respectivamente. **Conclusiones:** Los pacientes sometidos a un protocolo de tamizaje, deben tener un seguimiento periódico, ya que seguirán desarrollando lesiones neoplásicas.

#### MICROBIOLOGÍA DE ABSCESOS PERIANALES DRENADOS EN URGENCIA: REVISIÓN DE 40 CASOS

*Drs. Eduardo Mordojovich Zúñiga, Gustavo Vial Ovalle, Aldo Cuneo Zúñiga, Ernesto Melkonian Tumani, Daniela Espinola Marín, Leonardo Espíndola Silva, Christian Jensen Benítez*

Clínica Alemana. Equipo Coloproctología. Universidad del Desarrollo.

**Introducción:** El absceso perianal es una enfermedad frecuente. Su manejo es quirúrgico, no existiendo claridad acerca del beneficio de los antibióticos, que son indicados habitualmente a pacientes seleccionados. Poco se ha descrito en la literatura acerca de la microbiología de los abscesos perianales, especialmente en nuestro medio. **Objetivos:** Descripción de la microbiología de 40 pacientes con abscesos perianales tratados en nuestro servicio. **Material y Método:** Análisis descriptivo de cohorte prospectivo, realizando entre julio de 2014 y julio de 2015 cultivos corriente y anaerobio a todos

los pacientes que presentaban abscesos perianales. Los cultivos y drenajes se realizaron en pabellón por el equipo de coloproctología de Clínica Alemana. Se revisaron los resultados microbiológicos con sus respectivos antibiogramas. **Resultados:** Se reclutaron 40 pacientes con abscesos perianales. El 82% era hombre y el 18% mujer. La edad promedio de presentación fue de 48 años. Todos los pacientes presentaron cultivos positivos. El 60% de los cultivos fueron polimicrobianos. El microorganismo más frecuentemente aislado fue *Escherichia coli* en el 70% de los casos. Lo siguen en frecuencia el *Streptococcus* en el 33% de los pacientes y *Staphylococcus* en el 13%. Se identificó en 2 casos *Actinomyces turicensis* y en 1 caso *Neisseria gonorrhoeae*. En el 38% de los cultivos se identificaron gérmenes anaerobios. Con respecto al antibiograma el 17% de los patógenos fue resistente a quinolonas y sólo un 10% a cefalosporina de 2ª generación. **Conclusiones:** El uso de antibióticos en los abscesos perianales es excepcional. Podemos concluir que en caso de requerir antibióticos, la primera elección no debiera ser una quinolona, si no probablemente una cefalosporina de 2ª generación y que además se debiera considerar cobertura anaerobia. La toma de cultivo se justificaría ya que en un 5% de los pacientes se encontraron *Actinomyces* que requieren otro esquema antibiótico y de mayor duración.

#### EXPERIENCIA CON COLOSTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER

*Drs. Diego Andrés Rodríguez Verdugo, Jorge Gajardo Jofre, Felipe Carvajal V, Rodrigo Neveu Cortez, Víctor Sepúlveda Chacón, Cristián Trujillo Lamas, Martín Buchholtz Fontova, Joaquín Ramírez Sneberger, Macarena Fernández Albornoz*  
Instituto Nacional del Cáncer Dr. Caupolicán Pardo Correa. Recoleta, Santiago. Cirugía Misceláneo.

**Introducción:** La colostomías son parte fundamental de la cirugía coloproctológica. Se realiza como procedimiento anexo a una cirugía digestiva o como procedimiento único con el objetivo de derivar el contenido gastrointestinal y aliviar obstrucción. Su indicación más común es cáncer. Si bien ha sido realizada tradicionalmente mediante laparotomía, ha demostrado ser reproducible de forma segura por vía laparoscópica. Este abordaje evita grandes incisiones abdominales, por tanto disminuye el dolor postoperatorio, el íleo y complicaciones asociadas a la herida quirúrgica. Las publicaciones que describen la experiencia de centros extranjeros en colostomía laparoscópica son escasas, y no existen reportes sobre la aplicación de esta técnica en centros nacionales. **Objetivos:** El objetivo de este estudio es describir la experiencia en colostomías laparoscópicas en el Instituto Nacional del Cáncer entre enero del año 2009 hasta abril del año 2014. **Material**



**y Método:** Estudio tipo de cohorte retrospectivo, con análisis descriptivo en los pacientes a quienes se les realizó colostomías laparoscópicas derivativas en el Instituto Nacional del Cáncer durante el período de enero del año 2009 a abril del año 2014, en donde se realizaron colostomías laparoscópicas a 21 pacientes, 8 eran mujeres y 13 hombres. El promedio de edad fue 62 años. Se indicó en 14 pacientes con cáncer colorrectal irresecable, 4 pacientes con fistula rectovesical secundario a radioterapia pélvica, 2 pacientes con cáncer anal, y a 1 paciente con fistula colovesical. **Resultados:** No hubo complicaciones intraoperatorias, no hubo conversión. El tiempo operatorio medio fue de 41 min. Se objetivó tránsito intestinal en 1,5 días promedio y se inició régimen al segundo día promedio. La estancia postoperatoria media fueron 4 días. Durante el postoperatorio hubo una complicación (TVP). Sin muertes registradas durante el seguimiento. **Conclusiones:** La colostomía laparoscópica es una intervención rápida, reproducible, y debiera ser la técnica de elección para pacientes que requieran una colostomía electiva.

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SOBREVIDA DE PACIENTES CON RESPUESTA PATOLÓGICA COMPLETA A LA NEOADYUDANCIA EN CÁNCER DE RECTO DEL HOSPITAL SALVADOR

*Drs. César Cerda Carrasco, Ernesto Melkonian Tumani, Rodrigo Ignacio Fernández Mattar, Eugenio Grasset Escobar, Alejandro Nicolás Readi Vallejos, Rodrigo Capona Pérez, David Óscar Contreras Flores, Patricio Opazo Santander, Carlo Zúñiga Valpreda*  
Hospital Del Salvador. Providencia, Santiago. Cirugía Colorrectal. Universidad de Chile.

**Introducción:** Para el tratamiento del cáncer de recto localmente avanzado hoy en día se propone la quimio radioterapia neoadyudante más la cirugía resectiva. En la literatura se describe entre un 15 a 25% de respuesta patológica completa a la neoadyudancia, y este grupo de pacientes tendrían una mejor sobrevida. **Objetivos:** Analizar las características clínicas, patológicas y sobrevida de pacientes con cáncer de recto medio y bajo tratados con neoadyudancia más cirugía en el hospital del Salvador. **Material y Método:** Estudio prospectivo de la base de datos de pacientes operados en el Hospital del Salvador desde el año 2010. Se analizaron variables demográficas, clínicas y tipo de cirugía. La sobrevida se analizó mediante los controles, encuesta telefónica y certificados de defunción. Para el análisis estadístico se utilizó sspss V13.0. **Resultados:** Durante el período se operaron 82 pacientes con cáncer sometidos a neoadyudancia, de ellos 13 (15,85%) presentaron respuesta patológica completa. Siete (53,8%) pacientes son mujeres. El promedio de edad es 63 años. En doce el CEA fue de normal. El tiempo promedio de síntomas fue de 5,8 meses. La distancia promedio desde el

margen anal fue 6,5 cm. Dos pacientes fueron cTNM IIb, 9 IIIa y 2 IIIb. El tiempo promedio de espera post neoadyudancia fue de 9,3 semanas. La cirugía realizada en 9 casos fue Resección anterior, 2 Miles, 2 RAUBIE. De las piezas operatorias 6 corresponden a tumores bien diferenciados, 6 moderados y 1 mal diferenciado. En la actualidad los 13 pacientes se encuentran vivos libres de enfermedad. **Conclusiones:** En nuestra serie de pacientes la tasa de respuesta patológica completa y características de pacientes es similar a lo publicado en la literatura. Llama la atención la elevada sobrevida lo cual puede explicarse por el tiempo de seguimiento asociado a la elevada sobrevida libre de enfermedad.

### SÍNDROME DE RESECCIÓN ANTERIOR BAJA (LARS): APLICACIÓN DE UN SCORE VALIDADO EN PACIENTES CON RESECCIÓN ANTERIOR BAJA (RAB) ASISTIDA POR PUERTO TRANSANAL (TATA) EN CÁNCER DE RECTO MEDIO Y BAJO

*Drs. Mario Abedrapo Moreira, Antonella Sanguineti Montalva, Patricio Olivares Pardo, Katya Carrillo González, Rodrigo Azolas Marcos, Mauricio Díaz Beneventi, Sebastián Andrés López Núñez, José Luis Llanos Bravo, Gunther Bocic Álvarez*  
Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento de Coloproctología.

**Introducción:** En pacientes con cáncer de recto sometidos a cirugía con preservación esfinteriana, 90% sufre cambios en el hábito intestinal, con alteración en su calidad de vida (CV). Las nuevas técnicas como el TATA exigen un seguimiento oncológico y funcional. **Objetivos:** Evaluar mediante una encuesta validada, la función evacuatoria en pacientes sometidos a cirugía por TATA. **Material y Método:** Se seleccionó desde la base prospectiva de datos de Cáncer Colorrectal del HCUCH pacientes con cáncer de recto operados con TATA. Se excluyó a pacientes aún ostomizados, y se incluyó aquellos que tuvieran al menos 6 meses de seguimiento desde la reconstitución de tránsito. Se obtuvieron datos clínicos, se aplicó la encuesta del LARS *Score* validada al español y se consultó por cambios en la dieta, uso de antidiarreicos y alteración de CV. Se realizó estadística descriptiva y analítica, según tipo de variable y distribución de ésta. Este estudio corresponde a un estudio de cohorte transversal. **Resultados:** Un total de 10 pacientes fueron incluidos. La edad promedio fue  $56,2 \pm 15,03$  años, 80% eran hombres. Tres pacientes tenían tumor de recto medio y 7 de recto inferior. Todos los pacientes recibieron neoadyudancia. Las cirugías realizadas fueron 3 RAB, 4 RAUB y 3 RAUBIE. Todos quedaron con ileostomía en asa de protección. Desde la reconstitución de tránsito la mediana de seguimiento fue 17 meses (rango: 10-28 meses). El LARS *Score* promedio fue  $32,3 \pm 11,9$  puntos. Ocho pacientes modificaron su dieta, 7 usan antidiarreicos y 8 consideran

mermada su CV. Ni la ubicación del tumor ni el tipo de cirugía se asociaron a mayor puntaje en LARS. **Conclusiones:** En este estudio existe una alta prevalencia de LARS severo en los pacientes, los factores involucrados así como el impacto de la cirugía por TATA deben ser evaluados a futuro con un mayor número de pacientes y análisis multivariado.

### CORRELACIÓN MANOMÉTRICA Y ENDOSONOGRÁFICA EN PACIENTES CON INCONTINENCIA FECAL (IF)

*Drs. Antonella Sanguineti Montalva, Katya Carrillo González, Patricio Olivares Pardo, Rodrigo Azolas Marcos, Solange Cortés Luengo, Mario Abedrapo Moreira, Sebastián Andrés López Núñez, Mauricio Díaz Beneventi, José Luis Llanos Bravo, Gunther Bocic Álvarez*  
Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento de Coloproctología.

**Introducción:** En el estudio de incontinencia fecal (IF), la evaluación clínica, anatómica mediante endosonografía anal (EAUS) y la función mediante manometría anorrectal (MA) son parte del manejo de esta patología. Aún existe controversia en la correlación y utilidad de estos estudios. **Objetivos:** Analizar la relación entre parámetros anatómicos, la función esfinteriana y severidad clínica de la IF. **Material y Método:** Se incluyó prospectivamente pacientes que consultaron por IF a partir del 1 de enero de 2015. Se obtuvo datos demográficos, se realizó *Score* de Wexner (SW), MA y EAUS. Se incluyó pacientes que completaron todos los estudios. Se excluyó pacientes con enfermedades neuromusculares y cirugía anorrectal. Las variables estudiadas fueron endosonográficas: grosor y ecogenicidad, la presencia y ángulo del defecto del esfínter anal externo (EAE) e interno (EAI), manométricas: presión máxima de reposo, de contracción máxima y la diferencia entre éstas. Se realizó estadística descriptiva y analítica según tipo de variable y distribución de ésta. Este estudio corresponde a una serie de casos. **Resultados:** Diecisiete pacientes fueron incluidos. La edad promedio fue  $61,4 \pm 14,4$  años, todas mujeres. El número de partos vaginales y partos traumáticos/operativos, no se asoció a ninguna variable endosonográfica ni manométrica. El SW no se asoció a ninguna variable. De las variables endosonográficas, la presencia de un defecto esfinteriano se asoció a una heterogeneidad ecográfica tanto para el EAE ( $p = 0,043$ ) como para el EAI ( $p = 0,007$ ). Hubo una asociación significativa entre la heterogeneidad de ambos esfínteres ( $p = 0,005$ ). Ninguna de las variables endosonográficas se asoció con las manométricas. **Conclusiones:** La heterogeneidad ecogénica, variable recientemente incluida en el estudio endosonográfico, se asocia a la presencia de un defecto del aparato esfinteriano. La trascendencia y traducción clínica de este hallazgo se encuentra aún en estudio.

### HALLAZGOS RADIOLÓGICOS PREDICTORES DE RECURRENCIA EN PACIENTES CON DIVERTICULITIS AGUDA DE COLON

*Drs. Jorge Ramón Larach Said, Andrés Larach Kattan, Jaime Lubaschter Correa, Francisco López Köstner, Claudio León Wainstein Gewolb, Diego Zamorano Valenzuela, Alejandro Zárate Castillo, Udo Kronberg K., Daniela Simian Marín, Antonio Robert Tocornal*  
Clínica Las Condes. Coloproctología.

**Introducción:** La diverticulitis aguda (DA) es la principal complicación de la enfermedad diverticular de colon. La tomografía computada de abdomen y pelvis (CTAP) es el examen de elección para el diagnóstico de DA, además de utilizarse para seleccionar el tratamiento óptimo. **Objetivos:** Determinar factores radiológicos de la CTAP predictores de recurrencia de DA. **Material y Método:** Diseño de cohorte retrospectivo. Criterio de inclusión: pacientes con DA tratados medicamente y con CTAP en el episodio inicial, durante el período 2012 a 2014. En la CTAP inicial, se evaluaron 5 variables: aire extraintestinal, pileflebitis, absceso, ascitis e inflamación de superficie colónica mayor a 5 cm. Se correlacionó variables radiológicas y clínicas con la recurrencia clínica. Se definieron 3 grupos: sin recurrencia (SR), con recurrencia precoz, hasta los 6 meses del episodio inicial (RP) y recurrencia tardía, hasta los 12 meses (RT). Análisis estadístico: test de Fischer. **Resultados:** Un total de 72 pacientes fueron incluidos. Se distribuyeron en el grupo: SR, RP y RT; 61 (84,7%), 5 (7%) y 6 (8,3%) pacientes, respectivamente. Antecedentes de tabaquismo los presentaban un 22,9%, 20% y 33% en el grupo SR, RP y RT, respectivamente. Antecedentes de diabetes lo presentaban un 1,6%, 0% y 0% en el grupo SR, RP y RT, respectivamente. Once pacientes recurrieron, un 100% presentaba confirmación de la recurrencia por CTAP, siendo 45,4% DA simples y 54,5% DA complicadas. Presentaban uno o más variables radiológicas evaluadas en CTAP 21 (34,4%), 3 (60%) y 3 (50%) pacientes en los grupos SR, RP y RT, respectivamente. De las variables radiológicas, solamente la inflamación de superficie de colon mayor a 5 cm, se asoció significativamente con el evento recurrencia ( $p = 0,03$ ). **Conclusiones:** De las variables radiológicas, la inflamación mayor a 5 cm del colon, posee un mayor riesgo de recurrencia de DA.

### CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN CÁNCER COLORRECTAL: ESTUDIO PRELIMINAR

*Drs. Álvaro Enrique Visscher Oyaneder, Roberto Andrés Durán Fernández, Manuel Vial Gallardo, Macarena Moreno Patiño, Constanza Navarro Vargas, Ximena Jara Ibaceta, Víctor Molina Gatica, Juan Andrés Mansilla Espinoza, Mariano Flores Moyano, Luis Armando Soto Fuentes, Gonzalo Arredondo Carvajal*  
Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco. Cirugía. Universidad de La Frontera de Temuco.

**Introducción:** El cáncer colorrectal corresponde a una enfermedad de alta prevalencia y morbi-mortalidad en

nuestro país, alterando en distinto grado la calidad de vida de los pacientes involucrados. Es importante disponer información acerca de la auto-percepción de la salud de pacientes, dada su aplicabilidad en la toma de decisiones terapéuticas, además de predecir el impacto de la enfermedad y sus posibles tratamientos. Un método exhaustivo, eficiente y psicométricamente sólido para medir la calidad de vida relacionada a la salud es la encuesta SF-36. **Objetivos:** Establecer un perfil de CVRS general en pacientes mayores de 18 años con Cáncer colorrectal mediante cuestionario SF 36 v.2 en la IX región de Chile. **Material y Método:** Estudio de corte transversal de registro estadístico de CVRS de pacientes con cáncer colorrectal que ingresan al Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco entre diciembre de 2014 y abril de 2015, a quienes se aplicó previamente encuesta SF-36 v.2 que es un cuestionario estructurado de respuesta cerrada tipo Likert que consta de 2 dimensiones: física (DF) y mental (DM). Se realizó estadística descriptiva utilizando medidas de tendencia central y dispersión. **Resultados:** 20 sujetos, promedio edad  $70,2 \pm 11,89$  años, 50% género masculino. El componente DF obtuvo un promedio de 57% y el componente DM 70%. Según estadio (*in situ* a IV) la mediana de DF fue 87,5, 69,5, 62,2, 54,2 y 40,3, y DM fue 91,3, 73,3, 70,3, 72,9 y 57,8 respectivamente. **Conclusiones:** Se ha podido establecer una medición basal de CVRS en pacientes con cáncer gástrico. Se observa una tendencia a disminuir la puntuación en los estadios más avanzados. Los datos obtenidos son similares a los descritos en la literatura.

### ESTUDIO COMPARATIVO DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER COLORRECTAL ENTRE PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN UN PROGRAMA DE TAMIZAJE CON AQUELLOS DIAGNOSTICADOS POR SÍNTOMAS

*Drs. Hernán Rodrigo Carrasco Urizar, Daniela Andrea Sabra Jara, José Patricio Chacón Poblete, Alejandro Zárate Castillo, Guillermo Bannura Cumsille, María Cristina García Osorio*  
Clínica Las Condes. Unidad de Coloproctología.  
Hospital Eduardo Pereira, Valparaíso. Hospital Clínico de Magallanes Dr. Lautaro Navarro Avaria.

**Introducción:** Los programas de tamizaje con sangre oculta en heces permiten un diagnóstico precoz y tratamiento más oportuno del cáncer colorrectal (CCR). **Objetivos:** Comparar los resultados a corto plazo del diagnóstico y tratamiento entre pacientes con CCR diagnosticados en un programa de tamizaje (A) con aquellos diagnosticados de forma sintomática (S). **Material y Método:** Estudio de cohortes, del programa multicéntrico de tamizaje de CCR (PRENEC), desarrollado en Valparaíso, Punta Arenas y Santiago;

en el período entre 2012 a 2015. Se seleccionaron los pacientes con CCR de PRENEC y se compararon con aquellos diagnosticados y tratados por CCR en los mismos Hospitales del programa y en similar período. Se analizan datos demográficos, quirúrgicos y anatomopatológicos. Análisis estadístico: prueba de  $\chi^2$ . **Resultados:** Se identificaron 221 pacientes; 185 del grupo S (100 mujeres), edad promedio: 67,8 años (R: 29-94) y 36 del grupo A (21 mujeres), edad promedio: 62,8 años (R: 51-75) ( $p = 0,009$ ). Fueron ASA III y IV un 15,6% y un 0% de los pacientes del grupo S y A, respectivamente ( $p = 0,01$ ). La cirugía fue laparoscópica en un 50% y 81% en S y A, respectivamente ( $p = 0,0003$ ). Hubo complicaciones en el 30,8% y 16% del grupo S y A, respectivamente ( $p = 0,08$ ). Las complicaciones Clavien Dindo III, IV y V, fueron 25 y 0 en S y A, respectivamente ( $p = 0,1$ ). La estancia postquirúrgica promedio fue de 10,6 y 6,9 días, en el grupo S y A, respectivamente ( $p = 0,013$ ). El estadio anatomopatológico 0-I-II fue 77% y 56,2% en el grupo A y S, respectivamente ( $p = 0,005$ ). **Conclusiones:** En un programa de tamizaje, el diagnóstico de CCR se realiza en estadios más tempranos y en personas más jóvenes con un menor riesgo quirúrgico lo que puede explicar la menor tasa de complicaciones y de estadía hospitalaria.

### ESTUDIO DE PIRUVATO KINASA M2 TUMORAL EN DEPOSICIONES PARA DETECCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL

*Drs. Macarena Gompertz Geldres, Carmen Hurtado Heim, María Ester Bufadel Godoy, Rodrigo Azolas Marcos, Mario Abedrapo Moreira, Antonella Sanguineti Montalva*  
Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento de Gastroenterología. Departamento de Coloproctología.

**Introducción:** El cáncer colorrectal (CCR) es la segunda causa de muerte por cáncer digestivo en Chile, correspondiendo al 5,9% del total de muertes por cáncer el 2010. El examen estándar para el *screening* de CCR es la colonoscopia, sin embargo, ésta posee limitaciones por costo, riesgo de complicaciones y la baja adherencia de los pacientes a realizarla. El estudio de sangre en deposiciones tiene una baja sensibilidad y especificidad. Las células tumorales, inducidas por oncoproteínas, expresan una isoenzima dimérica inactiva de la Piruvato Kinasa M2 (PK-M2) que participa en el ciclo de la glicólisis. La medición de la PK-M2 tumoral se ha utilizado como marcador para *screening* de CCR. **Objetivos:** Evaluar la utilidad de la medición de PK-M2 tumoral en deposiciones como *screening* para la detección de CCR. **Material y Método:** Estudio prueba diagnóstica donde el *gold standard* es la biopsia mediante colonoscopia y la

prueba a realizar es mediante ELISA cuantitativo, ScheBo Biotech AG, se estudió la PK-M2 tumoral en 46 muestras de deposiciones de pacientes voluntarios, recolectadas previamente al estudio colonoscópico. Se realizó estadística analítica, mediante regresión logística y curvas ROC. **Resultados:** La mediana de edad de los pacientes fue 59 años, 32 mujeres y 14 hombres. Colonoscopias consideradas como normal 24, con pólipos 12 y CCR 10. El valor de corte óptimo para PK-M2 tumoral se estableció en 8,4 U/ml, todos los pacientes con cáncer tuvieron valores elevados. La mediana de PK-M2 tumoral de los sujetos sin cáncer fue 4,7, los con pólipos 7,1 y los con CCR 79 U/ml. La sensibilidad fue 100%, especificidad 75%, valor predictivo positivo 52,6% y valor predictivo negativo 100%. **Conclusiones:** La PK-M2 tumoral fue una buena técnica para la detección de CCR con buena sensibilidad y valor predictivo negativo. Se requieren estudios con mayor número de pacientes para validar este examen en *screening* de CCR.

## EXPERIENCIA LAPAROSCÓPICA EN PATOLOGÍA COLORRECTAL OSORNO

*Drs. Gabriela Ochoa Suazo, Mauricio Cáceres Pérez, Claudio Heine Tapia, Javier Cruz Mesa, Paulina Droguett Keim, Diego Gianetti Bahamonde, Andrés Vera Salas*  
Hospital Base San José de Osorno. Cirugía. Clínica Alemana Osorno.

**Introducción:** Desde el inicio de la cirugía laparoscópica de colon el año 91 por Jacob, su desarrollo ha sido exponencial. En Chile sus inicios datan desde el año 1994 y desde entonces se ha expandido lentamente a regiones. **Objetivos:** Dar a conocer la experiencia local y resultados en el desarrollo la técnica laparoscópica en cirugía colorrectal en Osorno. **Material y Método:** Estudio trasversal retrospectivo, se revisaron fichas clínicas de casos operados por laparoscopia con diagnóstico de patología colorrectal desde el año 2004 a 2015 en el Hospital Base y Clínica Alemana Osorno. Fueron realizadas por 3 operadores de diferente experiencia, con un nivel de complejidad ascendente según un protocolo prospectivo. Se tabularon los resultados en una base de datos Number 3.5. Para el informe se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión. **Resultados:** Obtuvimos un total de 99 cirugías, 57 hombres y 42 mujeres de edades entre 24 y 88 años, 54,5% fueron ostomías y 45,5% cirugías con anastomosis (Sigmoidectomías, Hemicolectomías derechas, Resección anterior y anterior ultra baja, Resección abdominoperineal, Reconstitución tránsito). El diagnóstico pre operatorio en 83 casos correspondió a cáncer y 16 casos a enfermedad benigna. El número de cirugías aumentó desde 1 hasta

30 desde el año 2004 al 2013. El tiempo operatorio promedio para ostomías fue de 68,36 y 89,5 min respectivamente para ileostomías y colostomías. En resecciones con anastomosis el tiempo fluctuó entre 120 y 390 con una media de 234 min. La estadía hospitalaria varió desde 3 a 68 días, en promedio 4 para ostomías y 7 para cirugías más complejas. La tasa de conversión fue de 8%. No hubo mortalidad operatoria en la serie. La complicación precoz más frecuente fue falla renal aguda, seguida por infecciones de la piel. **Conclusiones:** Los resultados expuestos son comparables a los descritos en la literatura nacional e internacional.

## ESTADIO DE PRESENTACIÓN CÁNCER DE COLON OPERADO DE URGENCIA ENTRE LOS AÑOS 1998-2009 HOSPITAL BASE VALDIVIA

*Drs. Andrés Antonio Vera Salas, Alejandro Murúa Avilés, Rodolfo Avendaño Hoffmann*  
Hospital Clínico Regional, Valdivia. Servicio Cirugía, Unidad Coloproctología.

**Introducción:** La morbimortalidad del CCR ha tenido un incremento importante en el último tiempo en nuestro país, el diagnóstico y tratamiento precoz aumenta la sobrevida. **Objetivos:** Clasificar el Estadio de presentación del cáncer de colon que debuta con una complicación que necesita operación de urgencia. **Material y Método:** Serie de casos, Estudio Retrospectivo, revisión de fichas clínicas de pacientes con diagnóstico anatomopatológico de Cáncer de Colon, operados de urgencia entre los años 1998-2009 en Hospital Regional de Valdivia. **Resultados:** Se operaron 207 pacientes entre los años 1998 al 2009, de los cuales 66 fueron de urgencia. Treinta y cuatro mujeres y 32 hombres, mayor porcentaje de presentación entre los 60 a 80 años, ningún paciente tenía antecedentes de pólipos en colon ni cáncer de colon previo. El 89% de los pacientes presentó dolor abdominal como síntoma eje, asociado a ausencia de deposiciones en un 65% y un 51% de vómitos. El diagnóstico en un 29% fue clínico, en 19 pacientes la radiografía de abdomen simple mostró niveles hidroaéreos. Se realizó cirugía abierta al 100% de los pacientes, la intención curativa se logró en un 56% de los pacientes. En 26 pacientes se realizó el procedimiento de Hartmann. El 56% de los tumores se localizó en colon sigmoides. Histológicamente el 95% fue adenocarcinoma. Los estadios de presentación del cáncer fueron en mayor porcentaje estadio IIA y IIIB en un 27% cada uno, y en 15 pacientes se presentó en etapa IV. **Conclusiones:** Los pacientes operados de urgencia se presentan en etapas avanzadas del cáncer, observándose un alza significativa sobre los 50 años, es en ese grupo etario donde se necesita encontrar herramientas diagnósticas

eficaces de diagnóstico precoz con el fin de disminuir la morbimortalidad que la cirugía de urgencia agrega a estos pacientes.

### ¿ES LA COLOPROCTOLOGÍA UNA ESPECIALIDAD CONOCIDA POR LA POBLACIÓN?

*Drs. Patricio Olivares Pardo, Gunther Bocic Álvarez, Katya Carrillo González, Antonella Sanguineti Montalva, Andrés Fuentealba Pooley, Guillermo Elías Obeso, Mario Abedrapo Moreira, Rodrigo Azolas Marcos, José Luis Llanos Bravo, Mauricio Díaz Beneventi*  
Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento de Coloproctología.

**Introducción:** La coloproctología tiene su origen en los principios de la humanidad. En la actualidad a pesar de una alta prevalencia de las patologías colorrectales, la coloproctología no ha ganado la popularidad que debería. **Objetivos:** Determinar el conocimiento y entendimiento de la coloproctología en la población y las variables de impacto. **Material y Método:** Se realizó una encuesta escrita de 12 preguntas, entre el 09 de febrero y el 20 de marzo de 2015. Los entrevistados fueron seleccionados al azar, se incluyó personas mayores de 18 años, que acudían a los policlínicos del Hospital

Clínico de la Universidad de Chile como pacientes o acompañantes, se excluyó a quienes consultaban al policlínico de coloproctología. Se registraron variables demográficas, nivel educacional, tener médicos en la familia, presencia de síntomas anorrectales, antecedentes de cirugía coloproctológica, así como preguntas generales en relación al conocimiento de la especialidad. Se realizó estadística descriptiva, y análisis mediante regresión logística. Este estudio corresponde a un estudio de corte transversal. **Resultados:** Se encuestó un total de 915 individuos, 59,3% eran de sexo femenino. La edad promedio fue de  $49,7 \pm 16,2$  años, siendo las mujeres menores que los hombres. Con respecto a educación, no hubo pacientes sin instrucción. En relación al conocimiento de la especialidad, sólo un 30,6% refiere conocerla, de éstos sólo un 49,3% entiende correctamente el campo de la especialidad, lo que corresponde a un 15,1% del total de encuestados. Las variables que tuvieron asociación estadísticamente significativa con el conocimiento correcto fueron: un mejor nivel educacional, la presencia de síntomas anorrectales y antecedente de cirugía coloproctológica. **Conclusiones:** Un gran porcentaje de la población no conoce la coloproctología. Este hecho podría ser debido a la falta de nivel educacional, el prejuicio social y/o a la ausencia de información por parte de los profesionales de la salud.

## **HERNIA HIATAL PARAESOFÁGICA POST BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE, POST GASTRECTOMÍA VERTICAL TUBULAR: RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA POR VÍA LAPROSCÓPICA**

*Drs. Ítalo Braghetto Miranda, Owen Korn Bruzzone, Enrique Lanzarini S., Héctor Valladares Hernández*  
Universidad de Chile. Departamento de Cirugía.

**Introducción:** Tanto la colocación de banda gástrica ajustable como la gastrectomía vertical tubular pueden presentar complicaciones severas como abscesos perigástricos, perforación, esofagitis graves, etc. **Objetivos:** Presentar la técnica quirúrgica (vídeo) de un caso clínico complejo de complicación post colocación de banda gástrica ajustable y luego post gastrectomía vertical tubular resuelto exitosamente por vía laparoscópica. **Material y Método:** *Caso clínico:* Paciente de sexo femenino, 25 años, IMC 42 kg/m<sup>2</sup> que se sometió a colocación de banda gástrica ajustable por vía laparoscópica. Dos años más tarde debido a la erosión gástrica y perforación se confirmó un absceso perigástrico. Ella fue sometida a drenaje laparoscópico y la extracción de la banda. Seis meses más tarde, debido a reganancia progresiva de peso se efectuó una gastrectomía vertical tubular sin complicaciones tempranas. Sin embargo, 1 año después el paciente presentó dolor retroesternal y síntomas de reflujo intratables. Endoscopia y RxEED demostraron una gran hernia para-esofágica. Se muestra vídeo que incluye los hallazgos del estudio preoperatorio, los hallazgos intra-operatorios y la técnica utilizada que consistió en una re-resección gástrica vertical hiatoplastia hiatal. **Resultados:** Sin complicaciones postoperatorios y a los 6 meses de seguimiento no presenta síntomas de reflujo, con buena calidad vida y un IMC = 26,1 kg/m<sup>2</sup>. En las figuras 1, 2 y 3 se presentan los hallazgos pre y postoperatorios. **Conclusiones:** El abordaje laparoscópico es factible y puede ser seguro en la resolución de la hernia hiatal post cirugía bariátrica.

## **ESOFAGECTOMÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN POSICIÓN SEMIPRONO POR CÁNCER. EXPERIENCIA INICIAL EN 2 CENTROS ASOCIADOS**

*Drs. Enrique Norero Muñoz, Fernando Crovari Eulufi, Marco Ceroni Villanelo, Eduardo Briceño Valenzuela, Pablo Achurra Tirado, Cristian Martínez Belmar, Paulina González Canales, Eduardo Viñuela Fawaz, Rubén Darío Ávila Sepúlveda, Mario Caracci Lagos, Alfonso Díaz Fernández*  
Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río. Puente Alto, Santiago. Equipo de Cirugía Esófago-Gástrica. Departamento de Cirugía Digestiva. Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** El tratamiento quirúrgico del cáncer esofágico se asocia a una alta morbimortalidad, y particularmente una alta tasa de complicaciones respirato-

rias, con una mortalidad clásicamente entre 5-10%. El abordaje mínimamente invasivo se ha introducido con el objetivo de mejorar estos resultados perioperatorios. **Objetivos:** Describir los resultados preliminares perioperatorios y oncológicos de la esofagectomía mínimamente invasiva (EMI) en posición semiprono. **Material y Método:** Estudio de cohorte descriptivo. Se incluyeron 19 pacientes con una EMI en 2 centros (Hospital Sótero del Río y Red UC-Christus) entre abril de 2013 y julio de 2015. Se registraron variables demográficas, perioperatorias, de anatomía patológica y sobrevida. Los resultados se expresan en promedio  $\pm$  desviación estándar. Se consideró complicaciones graves según Clavien-Dindo  $> 2$ . **Resultados:** Incluimos 19 pacientes (15 hombres, edad  $65 \pm 10$  años, 13 ASA 2). El IMC fue de  $26 \pm 5$  y la albúmina  $4,0 \pm 0,4$ . La ubicación fue predominante en tercio medio-inferior (17 pacientes). Diez pacientes (53%) recibieron neoadyuvancia. Se realizó una EMI por videotoracosopia en posición semiprono en todos, sin ningún caso de conversión a cirugía abierta. La reconstrucción se realizó con estómago en 18 casos y con una anastomosis cervical en 18 pacientes. El tiempo operatorio fue de 408-65 min y el sangrado 236-114 cc. Sólo un paciente requirió UCI en el postoperatorio inmediato. Cuatro pacientes (21%) tuvieron complicaciones Clavien  $> 2$ . Se registró sólo un caso de neumonía. La mortalidad operatoria fue 0%. La mediana de estadía fue de 23 días (rango 11-57). La histología fue escamoso en 10 y adenocarcinoma en 8 casos. Los márgenes fueron R0 en 17, R1 en 1 y R2 en 1 paciente. El promedio de ganglios resecados fue 27-13. **Conclusiones:** Los resultados preliminares de esta técnica son favorables; con bajo sangrado, baja incidencia de complicaciones graves y nula mortalidad. Los resultados oncológicos demuestran un alto porcentaje de cirugía R0 y un adecuado recuento ganglionar.

## **GASTRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR ADENOCARCINOMA GÁSTRICO, ANÁLISIS DEL REGISTRO NACIONAL DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA POR CÁNCER GÁSTRICO. GRUPO DE ESTUDIO CHILENO DE GASTRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA**

*Drs. Enrique Norero Muñoz, Ricardo Funke Hinojosa, Carlos García Carrasco, José Ignacio Fernández Fernández, Enrique Lanzarini S., Paulina González Canales*  
Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río. Puente Alto, Santiago. Equipo de Cirugía Esófago-Gástrica. Hospital Clínico Universidad Católica de Chile. Hospital San Borja-Arriarán. Hospital El Pino. Hospital Clínico Universidad De Chile. Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** El abordaje laparoscópico para el tratamiento del cáncer gástrico tiene varias ventajas. Sin embargo, en Sudamérica no existe una vasta

experiencia con esta técnica. **Objetivos:** Evaluar los resultados de la gastrectomía laparoscópica (GL) por cáncer gástrico (CG) en Chile. **Material y Método:** Se organizó un registro de GL en cinco centros de la Región Metropolitana. Se incluyeron datos de todos los pacientes con GL por adenocarcinoma gástrico desde 2005 y 2014. Es un estudio retrospectivo. Las complicaciones se evaluaron según la clasificación Clavien-Dindo. **Resultados:** Incluimos 209 pacientes (mediana, 64 años, 55% hombres, ASA 2 55%). A 134 pacientes (64%) se les realizó gastrectomía total. La tasa de conversión fue del 6%. El tiempo operatorio fue 270 min (130-500). Cincuenta y nueve pacientes (28%) presentaron morbilidad postoperatoria, 17 casos (8%) tuvieron complicaciones graves y 4 (1,9%) fallecieron en el postoperatorio. La tasa de filtración en la anastomosis esófago-yeyunal fue de 9,7%. La mediana de estadía hospitalaria fue de 7 días. El 54% tenía CG incipiente y el 46% avanzado. La mediana de recuento ganglionar fue de 31. Se logró una resección R0 en 191 pacientes (91%). La mediana de seguimiento fue de 28 meses. La mediana de supervivencia global (SG) fue de 113 meses (75% a 5 años). La mediana de SG en CG incipiente no fue alcanzada (81% a 5 años) y para CG avanzado fue de 113 meses (66% a 5 años) ( $p = 0,014$ ). Según el estadio, la SG a 5 años fue de 85%, 71%, 53% y 12% para las etapas I, II, III y IV respectivamente ( $p < 0,001$ ). **Conclusiones:** Este estudio multicéntrico respalda la factibilidad de la GL. Hay tasas aceptables de morbilidad y mortalidad. La SG a largo plazo llega al 75% y en etapa III alcanza al 53%. Este abordaje debe ser considerado para pacientes seleccionados con CG.

### ESTUDIO COMPARATIVO DE PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE LA RADIOLOGÍA, ENDOSCOPIA Y MANOMETRÍA CON LA CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA DE HERNIA HIATAL DURANTE LA EXPLORACIÓN LAPAROSCÓPICA

*Drs. Ítalo Braghetto Miranda, Marcelo Zamorano Díaz, Amy Pineres P., Nicole Cuneo Barbosa*  
Universidad de Chile. Departamento de Cirugía.  
Hospital Clínico Dr. José Joaquín Aguirre.

**Introducción:** Existe confusión y variabilidad en el diagnóstico de sospecha de hernia hiatal de menor tamaño ( $< 5$  cm), cuyo estudio incluye endoscopia radiológica con tránsito baritado y manometría. Debido a la interpretación de los resultados de estos estudios Al momento de la exploración laparoscópica se confirma la existencia de una hernia hiatal al observarse un saco que se invagina hacia el mediastino aunque esta sea pequeña. **Objetivos:** Estudiar la precisión diagnóstica de los métodos de estudio preoperatorio con el hallazgo intraoperatorio. **Material y Método:** Estudio de cohorte prospectivo descriptivo de serie de casos que se sometieron a estudio endoscópico, manométrico,

(5 con manometría clásica y 6 con manometría de alta resolución) y radiológico preoperatorios por síntomas de reflujo entre enero y julio del presente año, confirmando o no la existencia de hernia hiatal al momento de la exploración laparoscópica. Se excluyen de este estudio todas las grandes hernias hiales de mayor tamaño ( $> 5$  cm) Se analiza valor predictivo. **Resultados:** En este estudio prospectivo se incluyen 11 pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico por vía laparoscópica por reflujo gastroesofágico y sospecha de hernia hiatal. Se confirmó la existencia hernia hiatal laparoscópica en los 11 pacientes. Concordancia con la radiología en 9 pacientes, con la endoscopia en 8 pacientes, 4 con manometría (Bajo valor de correlación). En 1 paciente con diagnóstico de hernia hiatal laparoscópica no fue sospechado por ninguno de los métodos usados en el preoperatorio. **Conclusiones:** El estudio radiológico preoperatorio presenta mayor precisión para el diagnóstico de hernia hiatal. La endoscopia y menos la manometría ya sea convencional o de alta resolución tiene menos precisión y falta un mayor consenso en la interpretación de los hallazgos con estos métodos diagnósticos.

### RESULTADOS PRELIMINARES CON ESTUDIO CINTIGRÁFICO DE REFLUJO BILIAR EN PACIENTES POST GASTRECTOMÍA VERTICAL TUBULAR PARA TRATAMIENTO DE OBESIDAD MÓRBIDA

*Drs. Ítalo Braghetto Miranda, Patricio González Espinosa, Amy Pineres P.*  
Universidad de Chile. Departamento de Cirugía.  
Hospital Clínico Dr. José Joaquín Aguirre.

**Introducción:** Publicaciones previas han demostrado que existe un aumento de los síntomas de reflujo gastroesofágico y de esofagitis endoscópica post gastrectomía vertical tubular e incluso han aparecidos casos de esófago de Barrett. Por otra parte, hallazgos endoscópicos han mostrado presencia de bilis en el segmento gástrico pero no hay estudios que confirmen objetivamente el reflujo biliar en estos pacientes. **Objetivos:** Evaluar la presencia de reflujo biliar en pacientes sometidos a gastrectomía vertical tubular que presentan síntomas de reflujo gastroesofágico durante el seguimiento después de la cirugía. **Material y Método:** Estudio prospectivo en pacientes adultos (18-60) sometidos a gastrectomía vertical tubular en el período comprendido de enero a julio de 2015. Con síntomas de reflujo gastroesofágico postoperatorio y detectado durante el seguimiento de estos pacientes. Se realiza estudio cintigráfico de reflujo biliar mediante inyección intravenosa de DISIDA marcada determinando un área gástrica de presencia o ausencia de bilis marcada. Se correlacionan los hallazgos con la presencia endoscópica de esofagitis. Se estudia además el estado funcional de la vesícula biliar. **Re-**

**sultados:** En los pacientes con síntomas de reflujo post gastrectomía vertical tubular se demuestra que el reflujo biliar cintigráfico está presente en el 70%. Los pacientes con reflujo biliar cintigráfico positivo presentaron una esofagitis más severa (Grado B y Barrett) en comparación con aquellos sin reflujo biliar. En 2 pacientes con reflujo biliar positivo sin esofagitis se observó mal vaciamiento vesicular. **Conclusiones:** En estos resultados preliminares se observa que el reflujo biliar estudiado con método cintigráfico está presente en un alto porcentaje de los pacientes con síntomas de reflujo y esofagitis severa post gastrectomía vertical tubular. Estos resultados y el rol del vaciamiento vesicular deberán confirmarse con un mayor número de pacientes.

### DIFERENCIAS PRONÓSTICAS POR GÉNERO EN CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO DE ACUERDO AL COMPROMISO GANGLIONAR

*Dr. Óscar Lynch Gaete*

Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción. Servicio de Pensionado. Universidad de Concepción y Universidad Católica de la Santísima Concepción.

**Introducción:** En Cáncer Gástrico existen comunicaciones internacionales controversiales respecto de diferencias pronósticas por Género. En Chile la incidencia es mayoritaria en hombres, otras características de género no se han comunicado. **Objetivos:** Estudiar diferencias pronósticas de Género, considerando afectación ganglionar en Cáncer Gástrico Avanzado con tratamiento quirúrgico estándar. **Material y Método:** Estudio de cohorte prospectivo de 270 pacientes con cirugía estándar por Cáncer Gástrico, entre 1979 y 2015. Se incluyeron T2, T3 y T4a. Se excluyen T4b, metástasis a distancia y terapias adyuvantes. Se analizaron variables de pacientes, tumor y compromiso ganglionar. Variable resultado: sobrevida a 5 años. Estadística descriptiva y analítica, uso de Kaplan-Meier con test Log-Rank para sobrevida,  $p < 0,05$  y regresión de Cox para riesgo relativo (HR). **Resultados:** 168 pacientes. Hombres 106 (63,1%), Mujeres 62 (36,9%). Edad promedio 59.86 (sd: 11,5) años (30 a 87 años). T2 = 20 casos (12%), T3 = 49 casos (29%), T4a = 99 casos (59%). En el Grupo Total el compromiso de ganglio fue en 115 (68,5%), negativo 53 (31,5%). En hombres N = 76 casos (66%), en mujeres N = 39 casos (34%). La sobrevida global a 5 años del Grupo Total 39,8%. Mujeres 36%, hombres 40% ( $p = 0,740$ ). Sobrevida global del Grupo Total con N = 32,7%, con N0 = 51% ( $p = 0,023$ ). Sobrevida de Mujeres con N = 20%, con N0 = 63,1% ( $p = 0,001$ ) HR 2,889. Hombres con N = 39,2%. Hombres con N0 = 41,7% ( $p = 0,695$ ) HR 1,1. Sobrevida de hombres N vs mujeres N tiene  $p = 0,047$  HR 1,519. Y, sobrevida de hombres N0 vs mujeres N0  $p = 0,148$ . **Conclusiones:**

En esta serie existe diferencia pronóstica significativa entre hombres y mujeres considerando el compromiso de ganglios linfáticos, no así con ganglios negativos. En mujeres el compromiso ganglionar presente o ausente tiene fuerte impacto pronóstico en ambos sentidos con significancia estadística, esta característica difiere de los hombres.

### MORTALIDAD POSTOPERATORIA EN GASTRECTOMÍA ELECTIVA POR ADENOCARCINOMA. ANÁLISIS DE FACTORES PREDICTIVOS EN MÁS DE 1.000 PACIENTES OPERADOS EN UN CENTRO

*Drs. Enrique Norero Muñoz, Eduardo Vega Pizarro, Cristian Andrés Díaz Méndez, Marco Ceroni Villanelo, Cristian Martínez Belmar, Paulina González Canales, Gabriel Cavada Chacón, Eduardo Viñuela Fawaz, Eduardo Briceño Valenzuela, Sergio Báez Vallejos, Mario Caracci Lagos, Alfonso Díaz Fernández*  
Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río. Puente Alto, Santiago. Equipo de Cirugía Esófago-Gástrica. Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento de Epidemiología, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes. Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

**Introducción:** La gastrectomía es el principal tratamiento del adenocarcinoma gástrico. Sin embargo, esta cirugía se asocia a una morbi-mortalidad significativa. **Objetivos:** Evaluar la tendencia de la mortalidad postoperatoria e identificar factores predictivos de mortalidad a 30 días en gastrectomía electiva por adenocarcinoma. **Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyeron pacientes sometidos a una gastrectomía electiva entre 1996 y 2014. Se consideró una resección multiorgánica al reseccionar otro órgano además del estómago. Se comparó la mortalidad postoperatoria en 4 períodos; 1996-2000, 2001-2005, 2006-2010 y 2011-2014. Se realizó un análisis uni y multivariado para identificar factores predictores de mortalidad postoperatoria. **Resultados:** Incluimos 1.066 pacientes (hombres 67%, mediana de edad 65 años). La mortalidad global fue 4,7%. Existió una tendencia a la disminución de la mortalidad operatoria entre los cuatro períodos; 6,5%, 5,3%, 5,1% y 1,8%. En el análisis univariado, la edad, la albúmina, el puntaje de ASA, la gastrectomía total, la ubicación alta del tumor, la resección multiorgánica, una anastomosis esófago-yeyunal intratorácica, una esplenectomía, cáncer gástrico avanzado, una resección R1-2 y el período durante el cual se realizó la gastrectomía se consideraron significativos. En el análisis multivariado se identificaron como predictores de mortalidad postoperatoria a 30 días un puntaje ASA 3 (OR 10,06, CI 1,97-51,31) y la resección multiorgánica (OR 1,6, CI 1,09-2,36); y una cirugía realizada en el último período se consideró un factor protector (OR 0,5, CI 0,32-0,94).



**Conclusiones:** La mortalidad postoperatoria evidencia una disminución, llegando a 1,8% durante los últimos años. Las comorbilidades del paciente asociado a un puntaje ASA 3 y la magnitud de la cirugía dada por la resección de otros órganos además del estómago se asocian a mayor riesgo de mortalidad a 30 días en gastrectomía electiva por adenocarcinoma. Una cirugía realizada durante el último período representa un factor protector.

### PROTEÍNA C REACTIVA EN TERCER DÍA POSTOPERATORIO ASOCIADA A COMPLICACIONES POSTGASTRECTOMÍA ELECTIVA POR CÁNCER GÁSTRICO

*Drs. Sergio Esteban Pacheco Santibáñez, Daniela Loreto Ammann Latorre, Claudio Canales Ferrada*  
Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez, Valparaíso.  
Servicio de Cirugía.

**Introducción:** En Chile el cáncer gástrico constituye la primera causa de muerte por neoplasias malignas en ambos sexos. Las complicaciones postoperatorias constituyen un problema frecuente pese a los avances en la técnica quirúrgica y cuidados perioperatorios. **Objetivos:** El objetivo de este estudio es determinar si la Proteína C Reactiva (PCR) medida en el tercer día postoperatorio se encuentra asociada a complicaciones y establecer además un punto de corte en este examen. **Material y Método:** Estudio de cohorte prospectivo de pacientes sometidos a gastrectomías electivas por cáncer gástrico en el Hospital Eduardo Pereira entre 2012 y 2015. Se creó una base de datos en el software Filemaker Pro. Se consideraron complicaciones aquellas según la clasificación de Clavien  $\geq$  III. Estadística analítica mediante programa SPSS 22.0. Se utilizó t de Student y se consideró significativo un valor de  $p < 0,05$ . El nivel de la PCR fue analizado mediante curva de características de receptor/operador (ROC) para conocer su capacidad diagnóstica en la predicción de las complicaciones. **Resultados:** Se estudiaron 101 pacientes con promedio de edad de  $67,1 \pm 12,1$  años. Un 67,3% (68) fueron de sexo masculino. La cirugía más frecuente fue la gastrectomía total en 71,3% (72). Presentaron complicaciones Clavien  $\geq$  III un 21,8% (22) de los pacientes. La PCR al tercer día postoperatorio fue de  $182,2 \pm 68,7$  versus  $247 \pm 68$  mg/L en los pacientes sin y con complicaciones respectivamente ( $p < 0,01$ ). La curva ROC mostró un área bajo la curva de 0,73 (0,60-0,83) con un punto de corte de 244,6 mg/L presentó una sensibilidad de 60%, especificidad de 82,2%, likelihood ratio positivo de 3,37, likelihood ratio negativo de 0,49, valor predictivo positivo de 52,9% y valor predictivo negativo de 86%. **Conclusiones:** Existe asociación entre el nivel sérico de PCR al tercer día postoperatorio y las complicaciones. Se determinó un punto de corte que puede ser útil en la monitorización del postoperatorio.

### ESÓFAGO-YEYUNO ANASTOMOSIS INTRACORPÓREA MANUAL EN GASTRECTOMÍA TOTAL LAPAROSCÓPICA POR CÁNCER GÁSTRICO

*Drs. Rodrigo Muñoz Claro, Enrique Norero Muñoz, Manuel Manzor Véliz, Mauricio Gabrielli Nervi, Marco Ceroni Villanelo, Nicolás Quezada Sanhueza, Eduardo Briceño Valenzuela, Paulina González Canales, Fernando Crovari Eulufi*  
Pontificia Universidad Católica de Chile.  
Departamento de Cirugía Digestiva Pontificia.  
Equipo de Cirugía Esófago-Gástrica,  
Hospital Dr. Sótero del Río.

**Introducción:** La gastrectomía total laparoscópica (GTL) para el tratamiento del cáncer gástrico (CG) ha ganado popularidad durante los últimos años debido a los beneficios que entrega el abordaje mínimamente invasivo, así como también por sus resultados oncológicos los cuales son comparables a los obtenidos con el abordaje abierto. La confección de la anastomosis esofagoyeyunal (AEY) es técnicamente difícil y continúa siendo una de las principales causas de morbilidad postoperatoria. **Objetivos:** El objetivo de este estudio es describir nuestros resultados de 3 años de utilización de una técnica de AEY manual intracorpórea estandarizada. **Material y Método:** Se identificaron todos los pacientes sometidos a una GTL por CG en nuestros dos centros docentes entre 2012 y 2015. Esta técnica consiste en la realización de una anastomosis manual intracorpórea en dos planos. La hermeticidad de la AEY se evaluó en el intraoperatorio mediante una prueba de azul de metileno, y posteriormente se realizó un trago con contraste para descartar filtración en el postoperatorio. **Resultados:** Se identificaron 33 pacientes, 17 (51,5%) eran mujeres. La edad promedio fue de  $62 \pm 13$  años. El tiempo promedio de operación y de la confección de la AEY fue  $345 \pm 66$  min y de  $57 \pm 18$  min, respectivamente. El sangrado intraoperatorio fue de  $185 \pm 124$  ml. No hubo conversiones relacionadas con la AEY. Dos (6%) pacientes presentaron una filtración de la AEY, los cuales se trataron en forma conservadora a través del drenaje, sin necesidad de reintervención. Cuatro (10%) pacientes tuvieron alguna complicación durante la hospitalización, ninguna fue Clavien  $\geq$  III. No hubo mortalidad, ni reoperaciones. La mediana de hospitalización fue de 8 días. **Conclusiones:** La EYA intracorpórea manual parece ser segura y técnicamente factible de realizar sin el uso de suturas mecánicas. Esta técnica evita la necesidad de una laparotomía supraumbilical manteniendo los beneficios del abordaje mínimamente invasivo.

## CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS DEL CÁNCER GÁSTRICO TIPO II Y III DE LA CLASIFICACIÓN DE SIEWERT

*Drs. Attila Csendes Juhasz, Gustavo Martínez Riveros, Marcelo Zamorano Díaz, Manuel Figueroa Giralt, Paulina Ferrada Andrade*

Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento de Cirugía. Equipo Esófago Gástrico.

**Introducción:** Adenocarcinomas de unión gastroesofágica (UGE) incluyen a tumores originados en esófago distal con invasión de UGE, tumores cardiales verdaderos y a tumores originados en estómago proximal con invasión de UGE. **Objetivos:** Reportar los resultados histopatológicos de pacientes con cáncer gástrico tipo II y III de la clasificación de Siewert. **Material y Método:** Análisis retrospectivo a partir de registros histopatológicos de pacientes con resección quirúrgica por adenocarcinoma de UGE en Hospital Clínico de la Universidad de Chile por período de 10 años, entre enero de 2004 y diciembre de 2014. Se analizaron las características histopatológicas de las piezas reseçadas. Análisis estadístico mediante STATA 12.

**Resultados:** 99 casos en total, 13 a tipo II y 86 a tipo III respectivamente. Del tipo II, edad promedio fue 62,6 años (47-85), 3 mujeres y 10 hombres. Del tipo III fue 64,5 años (29-83), 25 mujeres y 61 hombres. Tamaño tumoral promedio fue  $3,4 \pm 2,26$  cm (0,2-7) en tipo II y  $4,7 \pm 2,1$  cm (1-11) en tipo III. La mayoría se clasificó como Bormann III en ambos tipos, 46,1% para el tipo II y 57% para el tipo III. Tipo histológico más frecuente fue adenocarcinoma intestinal en ambos tipos con un 69,3%, seguido del adenocarcinoma en anillo de sello con 23% para el tipo II y con 68,6% también seguido del adenocarcinoma en anillo de sello con 22% para el tipo III. En la profundidad de invasión, la mayoría comprometió hasta la serosa y tejido adiposo perigástrico en 62% para el tipo II y en 53,5% para el tipo III. Linfonodos positivos se presentaron en 54% para tipo II y en 57% para tipo III. **Conclusiones:** Los hallazgos histopatológicos encontrados en cánceres gástricos tipo II y III de la clasificación de Siewert son similares, lo que concuerda con la nueva clasificación de adenocarcinomas de UGE de reunirlos en un solo grupo.

## DISECCIÓN ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA (ESD) EN TUMORES GASTROINTESTINALES. EXPERIENCIA Y RESULTADOS INMEDIATOS

*Drs. Eduardo Vega Pizarro, Carlos Harz Bandet, Hugo Richter Roca, Carmen Franco Silva, Claudio Navarrete García*

Clínica Santa María. Unidad de Cirugía Endoscópica y Anatomía Patológica.

**Introducción:** La Disección Endoscópica Submucosa (ESD) es una técnica bien establecida en Japón. Permite la resección en bloc de lesiones epiteliales y subepite-

liales gastrointestinales. **Objetivos:** Evaluar los resultados terapéuticos inmediatos de la ESD en lesiones gastrointestinales (Esófago, Estómago, Colon y Recto) en Clínica Santa María. **Material y Método:** Estudio de cohorte prospectivo durante el período 2011 a 2015. Las variables evaluadas fueron: resección en bloc, resección libre de tumor, resección curativa, tasa de perforación, sangrado, estenosis y mortalidad a 30 días. Las variables fueron analizadas en forma descriptiva utilizando medias, porcentajes y comparación mediante t-Student o prueba de  $\chi^2$  con  $p < 0,05$ . **Resultados:** En 35 pacientes se realizaron 37 ESD, 4 (10,8%) esófago, 16 (43,2%) estómago, 9 (24,3%) colon y 8 (21,6%) recto. La edad promedio fue de 65 años (37-87 años). El tiempo de procedimiento medio fue de 100 min. Las lesiones con resección previa (fibrosis submucosa) y de mayor tamaño se asociaron a tiempos quirúrgicos más prolongados ( $p = 0,003$ ) El estudio histopatológico demostró carcinoma incipiente bien diferenciado en 26 resecciones (70%), adenoma en 8 (22%) y lesiones submucosas (carcinoide, GIST y leiomioma) en 3 (8%) El 100% de las resecciones fueron en bloc, 95% libres de tumor y 32 (86,5%) resecciones curativas de acuerdo a criterios japoneses extendidos. De las 5 resecciones no curativas, tres fueron a cirugía, una (esófago) a quimiorradioterapia y una rechaza tratamiento. En los resecados no se demostró lesión residual ni linfonodal. Se complicaron 2 pacientes: una perforación gástrica resuelta endoscópicamente y una estenosis esofágica tratada con dilataciones. No hubo sangrado post procedimiento ni mortalidad a 30 días. **Conclusiones:** En esta serie se observa que la ESD es una técnica segura, de baja morbilidad y sin mortalidad. Los tiempos quirúrgicos mayores se asociaron a resecciones parciales previas y a lesiones de mayor tamaño.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER GÁSTRICO EN MAYORES DE 80 AÑOS. COMPARACIÓN DE DOS PERÍODOS

*Drs. Attila Csendes Juhasz, Marcelo Zamorano Díaz, Gustavo Martínez Riveros, Ítalo Braghetto Miranda*  
Universidad de Chile. Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Departamento de Cirugía. Equipo de Cirugía Esófago Gástrica. Hospital Regional de Antofagasta. Universidad de Antofagasta.

**Introducción:** El Cáncer Gástrico es la principal causa de muerte oncológica, presentándose en todas las edades, incluyendo pacientes octogenarios. Este grupo es controversial, al no tener claro el costo-beneficio de la cirugía. **Objetivos:** Analizar el resultado del tratamiento quirúrgico en pacientes mayores de 80 años con diagnóstico de Cáncer gástrico, y compararlos en dos períodos de tiempo. **Material y Método:** Estudio Transversal, desde 1988-2002 (grupo A) y un segundo período 2003-2013 (grupo B). Se analizaron características clínicas-epidemiológicas, quirúrgicas,

morbimortalidad y sobrevida. El análisis estadístico se realizó con Test de Fisher y Curvas de Kaplan Meier ( $p$  significativo  $< 0,05$ ). **Resultados:** Se incluyeron 66 pacientes, 36 del grupo A y 30 del B. El sexo femenino representó 52,8% del grupo A y 46,7% del B. Las comorbilidades en el grupo A las padecieron 36,1% y 93,3% en el B ( $p < 0,05$ ). La principal localización tumoral del grupo A fue en tercio inferior (36,1%), y en el grupo B en tercio superior (46,7%) ( $p > 0,05$ ). La morbilidad operatoria del grupo A fue 27,8% y del grupo B, 53,3% ( $p < 0,05$ ). La mortalidad en el primer grupo fue 16,7% y en el segundo 13,3% ( $p > 0,05$ ). La sobrevida a cinco años fue de 26% y 37%, grupo A y B respectivamente ( $p > 0,05$ ). **Conclusiones:** La relación hombre:mujer en pacientes octogenarios es cercano a 1. En la última década atendemos pacientes con mayores comorbilidades, lo que plantea la necesidad de manejo multidisciplinario. Existe una tendencia en la migración de la localización tumoral del tercio inferior al superior. La morbilidad aumentó en el último período, sin embargo, la mortalidad fue menor en la última década. Hubo un aumento en la sobrevida del grupo B, no obstante, no es significativo. No se debería contraindicar la cirugía a un paciente octogenario, parece precisar de un manejo multidisciplinario perioperatorio. Sin embargo, se requieren estudios metodológicamente acordes para concluir con certeza.

### ESOFAGUECTOMÍA DE IVOR-LEWIS MINI-INVASIVA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE ESÓFAGO

*Drs. Enrique Lanzarini S., Marcelo Zamorano Díaz, Nicole Cuneo Barbosa, Manuel Figueroa Giralt, Maher Musleh Katan, Juan Carlos Molina Franjola, Ramón Gonzalo Cardemil Herrera, Ítalo Braghetto Miranda*  
Universidad de Chile. Departamento de Cirugía.  
Hospital Clínico Universidad de Chile.

**Introducción:** El abordaje mini-invasivo en el tratamiento quirúrgico del cáncer de esófago ha aumentado en todo el mundo. Los resultados oncológicos y de seguridad son comparables a las técnicas convencionales por vía abierta, pero con los beneficios propios de este abordaje. **Objetivos:** Reportar los primeros casos de esofagectomía de Ivor-Lewis completamente mini-invasiva realizados en nuestro centro. **Material y Método:** Reporte de casos. Se realizó una esofagectomía de Ivor-Lewis con abordaje completamente mini-invasivo en pacientes con cáncer de esófago del tercio distal. En primer tiempo, un abordaje laparoscópico para la realización de la gastrectomía proximal, linfadenectomía y ascenso del tubo gástrico. En segundo tiempo, una videotoroscopia en decúbito lateral izquierdo para la realización de la esofagectomía, linfadenectomía y anastomosis intratorácica. **Resultados:** Desde enero a diciembre de 2014 se operaron 5 pacientes con esta

técnica, 4 de sexo masculino, con una media de edad de 65 años. En todos los pacientes se realizó una anastomosis intratorácica con *stapler* circular (Orvil). Cuatro pacientes tenían adenocarcinoma y 1 carcinoma escamoso. Todas las resecciones fueron R0. La mediana de ganglios resecaados fue 22 (6-28). La media de días de hospitalización fue 10 días. Un paciente presentó una complicación postoperatoria, que correspondió a una filtración del tubo gástrico a los 15 días del postoperatorio y debió ser reingresado, no requiriendo re-intervención quirúrgica, fue manejado con una prótesis endoscópica y drenaje de la cavidad pleural, evolucionando satisfactoriamente. No hubo mortalidad postoperatoria ni en el seguimiento a 6 meses. **Conclusiones:** Este reporte de casos genera la hipótesis que la esofagectomía de Ivor-Lewis mini-invasiva podría ser una opción válida en el tratamiento del cáncer de esófago del tercio distal. Se requieren estudios con mayor número de pacientes y con seguimiento a largo plazo.

### ESÓFAGO-YEYUNO ANASTOMOSIS CON STAPLER LINEAL, UNA ALTERNATIVA PARA LA RECONSTRUCCIÓN POST GASTRECTOMÍA TOTAL LAPAROSCÓPICA

*Drs. Maher Musleh Katan, Enrique Lanzarini S., Carlos Domínguez Contreras, Cristóbal Kobus Garín, Diego Álvarez Overgaag, Juan Carlos Molina Franjola, Ítalo Braghetto Miranda*  
Hospital Clínico Universidad de Chile. Servicio de Cirugía, Equipo de Esófago-Gástrico.

**Introducción:** Durante los últimos años la cirugía laparoscópica se ha consolidando como una vía de abordaje seguro para el manejo de patología tumoral gástrica. Siendo uno de los pasos críticos, la reconstrucción con esófago-yeyuno anastomosis, existiendo diversas variantes quirúrgicas para la realización de esta anastomosis. **Objetivos:** Presentar la experiencia acumulada en el equipo de Cirugía Digestiva del Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH), en la utilización de la técnica de esófago-yeyuno anastomosis latero-lateral con *stapler* lineal vial laparoscópica. **Material y Método:** Serie de casos clínicos prospectiva, de pacientes sometidos a gastrectomía total por patología tumoral por vía laparoscópica, reconstruidos mediante esófago-yeyuno anastomosis latero-lateral con *stapler* lineal laparoscópica durante los últimos 12 meses 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:** La serie considera 12 pacientes con edad promedio de 57,2 ( $\pm 9,18$ ) años, 66,6% (8) sexo femenino, con IMC 25,2 kg/m<sup>2</sup> ( $\pm 4,3$ ), sometidos a gastrectomía total por patología tumoral por video laparoscopia, 91,6% (11) de los casos por Adenocarcinoma, los cuales fueron recons-

truidos mediante esófago-yeyuno anastomosis latero-lateral por laparoscópica utilizando *stapler* lineal 45 mm carga blanca. Se dejó 2 drenajes en la totalidad de los pacientes. No se observó complicaciones asociadas al esófago yeyuno anastomosis, sin embargo, 8,3% (1) paciente presentó complicaciones Clavien-Dindo tipo IIIb y 16,6% (2) IVa. No se ha registrado mortalidad asociada a la serie. **Conclusiones:** La esófago-yeyuno anastomosis con *stapler* lineal es una alternativa segura, reproducible, para reconstrucción luego de una gastrectomía total laparoscópica.

### IMPORTANCIA DEL HALLAZGO DEL LÍMITE ORAL POSITIVO EN BIOPSIA RÁPIDA DURANTE GASTRECTOMÍA TOTAL POR CÁNCER GÁSTRICO

*Drs. Attila Csendes Juhasz, Gustavo Martínez Riveros, Marcelo Zamorano Díaz, Manuel Figueroa Giralt, Paulina Ferrada Andrade*  
Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento de Cirugía, Equipo Esófago Gástrico.

**Introducción:** Es ampliamente conocida la importancia del Cáncer Gástrico a nivel mundial y sobre todo en nuestro país donde es la primera causa de muerte por cáncer. Una de sus propagaciones es intramural, por lo tanto, una longitud suficiente de margen de resección tiene que ser alcanzado para asegurar la escisión completa del tumor. **Objetivos:** Analizar la correlación entre los resultados del estudio histopatológico contemporáneo (biopsia rápida) y estudio histopatológico diferido (biopsia diferida) en pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico. **Material y Método:** Análisis retrospectivo a partir de registros histopatológicos de pacientes con gastrectomía total por cáncer gástrico en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile por un período de 10 años, entre enero de 2004 y diciembre de 2014. Se analizaron las características histopatológicas de las biopsias rápidas del límite oral y las biopsias diferidas de la misma pieza. Se analiza mediante Tabla de contingencia de 2 x 2, Test exacto de Fisher, significativo  $p < 0,05$  y estudio de prueba diagnóstica, sensibilidad, especificidad, valor predictivo negativo y valor predictivo positivo. **Resultados:** De un total de 200 biopsias rápidas, 7 fueron informadas positivas. Se amplió margen y se obtuvo nuevo material de biopsia, informado como negativo. Biopsia diferida también fue negativa. 5 biopsias rápidas se informaron negativas y en biopsia diferida se informaron positivas. La correlación entre ambas variables es de 99% con  $p < 0,05$ . La sensibilidad de 58% y especificidad de 100%. El VPP es 100% y VPN es 97%. **Conclusiones:** Dado que la correlación es alta con VPP del 100%, se recomienda realizar biopsia rápida del límite oral en gastrectomía total por cáncer gástrico.

### TRATAMIENTO DE PACIENTES CON OBESIDAD TIPO I Y ERGE: *BYPASS* GÁSTRICO

*Drs. Attila Csendes Juhasz, Amy Pineres P.*  
Hospital Clínico Universidad de Chile.  
Cirugía Digestiva: Esófago-Gástrico.

**Introducción:** El *bypass* gástrico laparoscópico es una alternativa de tratamiento para pacientes obesos mórbidos, ayudando a controlar otras entidades como diabetes mellitus, hipertensión arterial entre otros; además de presentar cambios en el tracto gastrointestinal como malabsorción de algunas sustancias, cálculos vesiculares, entre otros, se han encontrado beneficios en el esófago distal principalmente ayudando a prevenir otras condiciones de mayor gravedad como esófago de Barrett y/o adenocarcinoma de esófago incluso en pacientes con obesidad Tipo I. **Objetivos:** Describir la evolución clínica y endoscópica de pacientes con obesidad grado I y ERGE que fueron operados de *bypass* gástrico para control de ambas enfermedades. **Material y Método:** Estudio descriptivo retrospectivo, de una serie pacientes con obesidad tipo I y ERGE que se llevaron a *bypass* gástrico laparoscópico para control de sus enfermedades, se les realizó EDA previa a la cirugía y al mes y 6 meses postoperatorios. **Resultados:** 20 pacientes: 4 hombres y 16 mujeres, promedio de edad 43,5 años, rango 22-60. IMC promedio: 32,12. Pre operatorio todos los pacientes presentaron alteraciones en EDA: esofagitis, cardias dilatado, hernia hiatal; sólo un paciente sintomático presentó EDA normal (5%). Durante el postoperatorio todos mejoraron los síntomas y la EDA fue normal en 15 pacientes (75%) y el 25% restante presentaba mejoría con respecto a la EDA preoperatoria. A los 6 meses todos cursaban con EDA normal y mejoría de los síntomas. **Conclusiones:** El *bypass* gástrico por laparoscopia, puede ser una alternativa para el tratamiento de ERGE en pacientes con obesidad tipo I, sin aumentar las comorbilidades desde el punto de vista metabólico.

### DIFERENCIAS PRONÓSTICAS POR GÉNERO EN CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO DE ACUERDO AL COMPROMISO GANGLIONAR

*Drs. Óscar Lynch Gaete, Gabriel Astete Arriagada, Giovanni Cocha Murúa*  
Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción. Universidad Católica de la Santísima Concepción. Universidad de Concepción.

**Introducción:** En Cáncer Gástrico existen comunicaciones internacionales controversiales respecto de diferencias pronósticas por género. En Chile la incidencia es mayoritaria en hombres, otras características de Género no se han comunicado. **Objetivos:** Estudiar diferencias pronósticas de Género, considerando

afectación ganglionar en Cáncer Gástrico Avanzado con tratamiento quirúrgico estándar. **Material y Método:** Estudio de cohorte prospectivo de 270 pacientes con cirugía estándar por Cáncer Gástrico, entre 1979 y 2015. Se incluyeron T2, T3 y T4a. Se excluyen T4b, metástasis a distancia y terapias adyuvantes. Se analizaron variables de paciente, tumor y compromiso ganglionar. Variable resultado: sobrevida a 5 años. Estadística descriptiva y analítica, uso de Kaplan-Meier con test Log-Rank para sobrevida,  $p < 0,05$  y regresión de Cox para riesgo relativo (HR). **Resultados:** 168 pacientes; hombres 106 (63,1%), mujeres 62 (36,9%). Edad promedio 59,86 (sd: 11,5) años (30 a 87 años). T2 = 20 casos (12%), T3 = 49 casos (29%), T4a = 99 casos (59%). En el Grupo Total el Compromiso de ganglio fue en 115 (68,5%), negativo 53 (31,5%). En hombres N = 76 casos (66%), en mujeres N = 39 casos (34%). La Sobrevida global a 5 años del Grupo Total 39,8%. Mujeres 36%, hombres 40% ( $p = 0,740$ ). Sobrevida global del Grupo Total con N = 32,7%, con N0 = 51% ( $p = 0,023$ ). Sobrevida de mujeres con N = 20%, con N0 = 63,1% ( $p = 0,001$ ) HR 2,889. Hombres con N = 39,2%. Hombres con N0 = 41,7% ( $p = 0,695$ ) HR 1,1. Sobrevida de hombres N vs mujeres N tiene  $p = 0,047$  HR 1,519. Y, sobrevida de hombres N0 vs mujeres N0  $p = 0,148$ . **Conclusiones:** En esta serie existe diferencia pronóstica significativa entre hombres y mujeres considerando el compromiso de ganglios linfáticos, no así con ganglios negativos. En mujeres el compromiso ganglionar presente o ausente tiene fuerte impacto pronóstico en ambos sentidos con significancia estadística, esta característica difiere de los hombres.

### DISECCIÓN ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA (ESD) DE UNA LESIÓN SUBEPITELIAL CARDIAL SUBCARDIAL

*Drs. Carlos Harz Bandet, Amy Pineros P, Cecilia Castillo Taucher, Hugo Richter Roca, Carmen Franco Silva*  
Clínica Santa María.

**Introducción:** Los tumores estromales gastrointestinales (GIST) son las lesiones subepiteliales con riesgo de malignización más frecuentes. Se tratan habitualmente con cirugía abierta o laparoscópica. **Objetivos:** Demostrar la técnica de resección mediante ESD, aprovechando para cerrar el defecto, la mucosa redundante secundaria al efecto expansor de la lesión. **Material y Método:** Paciente femenina, 37 años. En endoscopia se demuestra en región cardial una lesión submucosa de 42 x 20 mm de diámetro. La endosonografía concluye lesión submucosa cardial compatible con GIST, de origen en la muscular propia. FNA: Tumor de células fusadas no concluyente. Por su ubicación se decide resección endoscópica. Bajo anestesia general se realiza ESD con inyección submucosa con solución de Voluven (Voluven 500 cc 3 cc de índigo carmín al

0,25% adrenalina 1 mg) Incisión proximal con needle knife dejando losanjo de mucosa sobre la lesión. Disección submucosa hasta el plano muscular en toda la cara proximal. Inyección submucosa del extremo distal procediendo a la disección con IT knife II hasta el plano muscular y luego completando el perímetro. Disección del plano muscular hasta completar la ESD. Revisión de la hemostasia con coagrasper. La mucosa redundante por el efecto expansor de la lesión permite afrontar los bordes con toda facilidad y sin tensión. Procedimiento expedito, 50 min de duración. La pieza, de 42 x 20 mm se extrae con asa. **Resultados:** Evolución satisfactoria. Se realimenta a las 24 h, siendo dada de alta al día siguiente, asintomática. La biopsia concluye: GIST de bajo grado. En último control a los 3 años no hay recurrencia local. **Conclusiones:** La ESD es una alternativa mínimamente invasiva que hay que considerar en el algoritmo del tratamiento de los GIST del tubo digestivo como se demuestra en este caso.

### EXPRESIÓN DE HER2 EN CÁNCER GÁSTRICO Y DE LA UNIÓN GASTROESOFÁGICA. FRECUENCIA, FACTORES DE RIESGO E IMPACTO EN LA SUPERVIVENCIA. RESULTADOS PRELIMINARES Y REVISIÓN DEL TEMA

*Drs. Javier López Sebastián, María Poblete Segú, Drina Omerovic Pavlov, Rubén Miranda Torres, Juan Andrés Madariaga Gatica, Luisa Morales Galindo, Carlos Enrique Cárcamo Ibaceta, Cristian Zárate Bertoglio, Yenny Valencia Matus, Nathalia Peña López*  
Hospital San Pablo, Coquimbo. Servicio de Cirugía y Anatomopatología. Unidad de Anatomopatología. Hospital Regional de Valdivia. Servicio de Cirugía. Hospital Regional de Valdivia. Departamento de Clínicas. Facultad de Medicina. Universidad Católica del Norte. Coquimbo. Chile. Instituto de Cirugía. Universidad Austral de Chile. Valdivia. Chile.

**Introducción:** La terapia target con anticuerpos monoclonales dirigida a bloquear la actividad del gen Her2, se ve como una alternativa para el tratamiento sistémico del Cáncer Gástrico y de la Unión Gastroesofágica, en pacientes que sobreexpresan dicho gen. **Objetivos:** Determinar la frecuencia de expresión de Her2 e identificar aquellos que requerirán amplificación del gen. Definir factores de riesgo y si otorgaría un factor pronóstico en términos de supervivencia. **Material y Método:** Se analizan las biopsias de 192 pacientes, sometidos a cirugía resectiva entre los años 2006 y 2012, provenientes de los Hospitales de Coquimbo y Regional de Valdivia; 65 (33,9%) y 127 (66,1%), respectivamente. 127 (66,1%) son hombres y la edad media es de 65,1 ( $\pm 12,1$ ) años. El análisis se realiza en el Laboratorio de Anatomía Patológica del segundo hospital, mediante

tinción inmunohistoquímica en forma automatizada y el anticuerpo dirigido contra HER2 clon 4B5. Además se realizó recuperación antigénica con buffer CC1. Se realiza análisis estadístico descriptivo, prueba  $\chi^2$  para las Tablas de contingencia y realizan curvas de supervivencia de Kaplan Meier por estadios, aplicando el test de log rank. **Resultados:** La expresión fue negativa en 132 (68,7%), 1 (más) en 23 (11,9%), 2 en 17 (8,8%) y 3 en 20 (10,4%). 17/155 (10,9%) de los tipo intestinal, 2/28 (7,1%) de los tipos difuso y 1/8 (12,5%) de los tipos mixto, fueron casos positivos 3 (p = NS).

No se identificaron factores de riesgo. Se encontraron diferencias de supervivencia en pacientes en estadio II (p = 0,020), siendo peor en pacientes Her2 equívocos. **Conclusiones:** Estos resultados son preliminares a una mayor proyección de casos, donde la frecuencia de expresión mostrada es comparable a otros autores. El estudio de amplificación génica, para pacientes 2 y 3 (los de tipo difuso), estaría pendiente. No identificamos factores de riesgo, situación discutida. Se necesita un mayor número de pacientes para evaluar si la expresión de Her2 realmente afecta la supervivencia.

### CIRUGÍA AMBULATORIA DE LAS HERNIAS CON ANESTESIA LOCAL. EXPERIENCIA DE 14 AÑOS EN CRS CORDILLERA

*Drs. Alberto Acevedo Fagalde, Jorge Enrique León Sarabia, Cristóbal Azócar Bizama, Francisco Millán Fuentes, Rodrigo Rodríguez Díaz, Juan Carlos Justiniano Peralta*

Centro de Referencia Cordillera Oriente. Universidad de Chile, Facultad de Medicina Oriente, Departamento de Cirugía.

**Introducción:** A partir de los años 60 se aprecian las ventajas de la cirugía mayor ambulatoria (CMA) de las hernias con anestesia local la cual favorece especialmente a pacientes con comorbilidades, edad avanzada disminuyendo los costos. **Objetivos:** Presentar nuestra experiencia en la herniotomía ambulatoria con anestesia local. **Material y Método:** Serie de casos de pacientes intervenidos entre el año 1998 y el 2012, provenientes de las comunas de Peñalolén y de Macul. Se aceptaron pacientes que cumplieran con ser ASA I y II, con un IMC < 30 y una edad fisiológica compatible. Decidida la intervención se obtuvo el consentimiento informado. El día de la operación el paciente concurre en ayunas acompañados de un familiar. La cirugía se efectuó con anestesia local con sedación y profilaxis antibiótica. La anestesia se realizó con infiltración por planos de lidocaína alcalinizada al 0,6%. Los pacientes se controlaron a las 24 h, al séptimo y al trigésimo día midiéndose el dolor y la satisfacción del usuario mediante escala analógica de 10 puntos. Se realizó análisis estadístico descriptivo con el programa EpiInfo 2000. **Resultados:** Se intervinieron 3.906 pacientes (2.249 inguino femorales, 1.459 ventrales y 198 varias), con un promedio de edad de  $51,8 \pm 15,3$  años, 64,3% de sexo masculino y 35,7% femenino. La intervención con anestesia local se completó en todos los pacientes, procediéndose al alta a las dos horas. La satisfacción del usuario al séptimo día fue mayor a 9 puntos y el dolor menor de 3 puntos. Las complicaciones en hernioplastias inguino femorales fueron infección de herida operatoria 0,1%, hematoma 1,4%, fluxión funículo testicular 0,8% y lesión visceral 0,1%, y en las ventrales 1,3%, 1,0%, 0% y 0% respectivamente. **Conclusiones:** La CMA con anestesia local en hernias de la pared abdominal ha demostrado ser una técnica eficaz, segura, de baja morbilidad y con una elevada satisfacción del usuario.

### ORQUIDECTOMÍA POR INTRAABDOMINAL Y HERNIOPLASTÍA INGUINAL LAPAROSCÓPICA

*Dr. Marcelo Millán Alvarado*  
Universidad Austral de Chile. Instituto de Cirugía.  
Hospital Clínico Regional De Valdivia.

**Introducción:** La incidencia de criptorquidia en el hombre adulto es del 0,3-04%, de estos el 20% son

intraabdominales. El 30% de estos testículos presentan cáncer al momento del diagnóstico por lo que en muchos centros es indicador de orquidectomía siendo la vía laparoscópica la vía de elección. Por otra parte se ha demostrado la ventaja de la cirugía múltiple asociada a la hernioplastia inguinal laparoscópica. **Objetivos:** Presentar caso clínico de cirugía múltiple laparoscópica en un paciente adulto portador de un testículo intraabdominal y una hernia inguinal. **Material y Método:** Paciente de 18 años que consulta en Unidad de Emergencia del Hospital Clínico Regional de Valdivia con cuadro clínico sugerente de apendicitis aguda. Además destacaba al examen físico de ingreso una hernia inguinoescrotal derecha reducible. Durante la apendicectomía laparoscópica se identifica masa ovoidea sobre vasos iliacos. En control posterior evaluado por urólogo con TAC de abdomen y pelvis se confirma la presencia de un testículo intraabdominal y se recomienda orquidectomía laparoscópica. Se presenta video editado de orquidectomía y hernioplastia inguinal laparoscópica en un tiempo quirúrgico. **Resultados:** Paciente evoluciona en forma favorable. **Conclusiones:** Presentamos un buen caso para la realización de cirugía asociada a la hernioplastia inguinal laparoscópica.

### EXPERIENCIA INICIAL DE HERNIOPLASTÍA INGUINAL LAPAROSCÓPICA TAP EN ARICA

*Drs. Domingo Montalvo Vásquez, Cristian Moyano Navarrete*  
Hospital Dr. Juan Noé Crevanni.

**Introducción:** La hernioplastia inguinal laparoscópica TAP (Trans-Abdomino Peritoneal) es cada vez más utilizada por su rápida recuperación e inserción laboral y potencial menor dolor postoperatorio. **Objetivos:** Describir una experiencia inicial de esta técnica con una malla autoadherente en la ciudad de Arica. **Material y Método:** Estudio retrospectivo de paciente electivos con hernias inguinales únicas o bilaterales reducibles. Fueron operados con técnica TAP y se utilizó una malla autoadherente con cierre del flap peritoneal. Se excluyeron pacientes con hernias inguino-escrotales o hernias gigantes. Se registraron las complicaciones postoperatorias, recidiva precoz, dolor postoperatorio inmediato y a los 7 días según la escala visual análoga (EVA). También se registró la inguinodinia a los 30 días y la re-inserción laboral. **Resultados:** Durante septiembre de 2014 y julio de 2015 se operaron 21 pacientes con una edad promedio de 50 años (rango 19-77), el 85,7% fueron hombres, el 30% fue bilateral y el 1% era recidivada de técnica abierta. En todos los pacientes se utilizó la malla Progrip® y se realizó el cierre del flap peritoneal con Viloc®. El 95,2% presentó una evolución favorable, sin complicaciones ni recidivas

precoces. El dolor postoperatorio inicial promedio fue de 2 puntos y a los 7 días de 0 o 1 punto. Ninguno de estos pacientes presentó inguinodinia a los 30 días y el promedio de re-inserción laboral fue de 13,3 días (rango 7-15). Un paciente (4,8%) operado de hernioplastia bilateral presentó un seroma postoperatorio precoz del lado izquierdo, extendiéndose el reposo por un mes. El seguimiento fue de un 100%, con un promedio de 4,4 meses (rango 1-10). **Conclusiones:** En esta experiencia inicial los buenos resultados son comparables con otras series publicadas. El tiempo de seguimiento no es suficiente para concluir nuestro porcentaje de recidiva tardío. Consideramos que aún estamos en nuestra curva de aprendizaje y que es necesario seguir acumulando experiencia.

### USO DE CIANOACRILATO COMO MÉTODO DE FIJACIÓN DE MALLA EN HERNIOPLASTIA INGUINAL LAPAROSCÓPICA CON TÉCNICA TRANSABDOMINAL PREPERITONEAL (TAPP)

*Drs. Julián Hernández Castillo, Carlos Maldonado López, Nicolás Quezada Sanhueza, Fernando Crovari Eulufi, Mauricio Gabrielli Nervi*

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

**Introducción:** La hernioplastia con malla laparoscópica vía TAPP es una técnica ampliamente utilizada, con claros beneficios sobre las técnicas abiertas, principalmente relacionado a dolor postoperatorio y riesgo de infecciones. Sin embargo, no existe consenso sobre cuál es el mejor método de fijación de la malla. **Objetivos:** Describir los resultados utilizando cianoacrilato como método de fijación de la malla en hernioplastia inguinal laparoscópica. **Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectivo con análisis descriptivo. Búsqueda sistemática en nuestra base de datos de pacientes sometidos a hernioplastia inguinal laparoscópica vía TAPP con malla fijada con cianoacrilato, entre junio de 2013 y julio de 2015. Se registraron datos demográficos, perioperatorios y clínicos dirigidos a recidiva y dolor postoperatorio, usando una escala visual análoga (EVA), en seguimientos clínicos y mediante llamadas telefónicas. Datos cuantitativos expresados en mediana y rango intercuartil. **Resultados:** En el periodo indicado, 99 pacientes se sometieron a hernioplastias laparoscópicas con malla. En 46 de ellos, la malla se fijó con cianoacrilato. Edad 56,5 (45,5-64) años, 12 (26%) mujeres. 16 (34,8%) pacientes presentaron hernias inguinales bilaterales, 21 (45,7%) derechas y 9 (19,5%) izquierdas. La mediana de tiempo operatorio fue 60 (60-90) min y no hubo complicaciones intraoperatorias. La estadía hospitalaria fue 1 (1-4) día. Tres pacientes (6,4%) presentaron

complicaciones, todas tipo I de Clavien. El dolor en el postoperatorio, en reposo y a la movilización, fue 1,5 (1-2) y 2 (1-5) puntos EVA, respectivamente; al mes posterior al alta, en reposo y a la movilización, 1 (1-2) y 1 (1-3) puntos EVA, respectivamente. La mediana de seguimiento fue 78,3% y no se registraron recidivas.

**Conclusiones:** Según esta serie de casos, la fijación de la malla con cianoacrilato es un método bien tolerado por el paciente, con bajos rangos de dolor postoperatorio. Además, la baja tasa de complicaciones y la ausencia de recidiva lo presentan como un método seguro y eficaz.

### REINTERVENCIONES EN HERNIAS INGUINO-CRURALES. BILATERALIDAD Y RECIDIVA. SERVICIO DE CIRUGÍA HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE NEF

*Drs. Agustín Aguilera Poblete, Jacqueline Villanueva Benguria*  
Hospital Naval Almirante Nef. Servicio de Cirugía.  
Universidad de Valparaíso.

**Introducción:** En nuestro país la hernioplastia inguino-crural es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes, especialmente en hombres mayores de 60 años con enfermedades crónicas y patología urinaria obstructiva. **Objetivos:** Analizar las causas de reintervenciones en hernioplastias inguino-crurales realizadas en nuestro hospital desde el año 2000 hasta el 2010, con seguimiento hasta junio de 2015. **Material y Método:** Estudio observacional de cohorte retrospectivo utilizando base de datos, fichas clínicas, electrónicas y test de  $\chi^2$  para variables de recidiva herniaria, HTA, uropatía obstructiva. **Resultados:** Se realizaron 1.765 intervenciones con códigos de hernia crural y femoral, 100 casos requirieron reintervención, 84 hombres y 16 mujeres, entre 15 y 85 años, con edad promedio de 62 años. En un tercio se encontró HTA, y en el 38% de los hombres uropatía obstructiva, no siendo estadísticamente significativo ( $p = 0,6$ ). Se demostró reintervención por hernia contralateral en 38% de los casos, con aparición predominante dentro de los tres primeros años desde la primera cirugía; en 37% se demostró recidiva herniaria, en el 10% se realizó otra cirugía con mismo código y en el 15% restante no se obtuvo la ficha clínica para el estudio. Los pacientes que recidivaron equivalen al 2,7% del total de cirugías realizadas, en las que la primera intervención se realizaron herniorrafias sin malla y con malla, pero al considerar las recidivas sólo con técnica de Lichtenstein esta fue de 1,7% con respecto al total de hernioplastias realizadas. En 5 casos se demostró doble recidiva y en dos casos triple recidiva. Cinco pacientes presentaron complicaciones, dos hematomas, un seroma, una inguinodinia crónica y un paciente fallece por obstruc-



ción intestinal postoperatoria. **Conclusiones:** Nuestros resultados son similares a casuísticas nacionales y metanálisis reportados en cuanto a tipo de pacientes, comorbilidades asociadas y porcentaje de recidiva a largo plazo, con menos complicaciones.

## RECONSTRUCCIÓN DE LA PARED ABDOMINAL MEDIANTE LA TÉCNICA DE SEPARACIÓN DE COMPONENTES: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE CARABINEROS

*Drs. Luis Antonio Troncoso Rigotti, Nicolás Pereira Covarrubias, Francisco Andrés Molina Parra, Paulo Castillo Delgado, Patricio Alexis Fuentes Freire, Marcelo Feres Wolff, Ángel Francisco Lazo Cornejo* Hospital de Carabineros (HOSCAR). Cirugía. Cirugía Plástica.

**Introducción:** La reconstrucción de la pared abdominal tiene como fin restaurar el soporte estructural, otorgando una cobertura estable y optimizando la apariencia estética. La técnica de separación de componentes, consiste en el avance medial de un componente muscular y fascial innervado, para reconstruir defectos en la línea media, logra un cierre sin tensión y ayuda a recrear la dinámica de la pared abdominal. **Objetivos:** El objetivo del siguiente trabajo es presentar la experiencia del Hospital de Carabineros en la reconstrucción de tales defectos utilizando esta técnica. **Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectivo, descriptivo de pacientes operados en el hospital entre 2010 y 2015. Se describe la técnica quirúrgica utilizada. Se registró en una base de datos las variables edad, cirugías previas, comorbilidades asociadas, tamaño del defecto, técnica ocupada, complicaciones postoperatorias, número de días de estadía hospitalaria, número de días de drenaje y realimentación y recidiva herniaria. Se procesaron los datos en una Tabla Excel 2011®. **Resultados:** Se presenta una serie de 6 pacientes operados en dicho período. El tamaño promedio del defecto fue 272,8 cm<sup>2</sup>. Se utilizó la técnica clásica de separación de componentes y en algunos casos modificaciones para preservación de perforantes. No hubo uso de material protésico. La cirugía tuvo una duración de 185 min en promedio. Una paciente tuvo una complicación que requirió reintervención durante su hospitalización, otros dos pacientes tuvieron dehiscencias parciales del sitio quirúrgico que se manejaron conservadoramente. No se han presentado recidivas a la fecha entre los pacientes operados (seguimiento promedio 16,8 meses). **Conclusiones:** La técnica de separación de componentes repara defectos extensos de manera anatómica, autóloga y devolviendo la funcionalidad a la pared abdominal. Es un procedimiento que no está libre de complicaciones, sin embargo, en nuestra experiencia los resultados son estables en el tiempo sin evidenciar recidivas. Se recomienda una adecuada evaluación y selección de cada caso.

## CIRUGÍA MÚLTIPLE LAPAROSCÓPICA EN RELACIÓN A HERNIOPLASTÍA

*Drs. Nicole Cuneo Barbosa, Daniel Revello Pedemonte, Roberto Iturriaga Donoso, Marco Albán García, Jaime Carrasco Toledo, Carlos Jauregui Lozada, Juan Jorge Silva Solís, Jaime Hugo Rappoport Stramwasser* Hospital Clínico Universidad de Chile. Unidad de Cirugía de Hernias.

**Introducción:** La alta incidencia de patología herniaria asociada a otras patologías de resolución quirúrgica, es un problema cada vez más frecuente en la consulta quirúrgica. **Objetivos:** Analizar la experiencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH) en la resolución simultánea de hernioplastia laparoscópica con otras patologías. **Material y Método:** Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo, revisándose la base de datos de la Unidad de Hernias del HCUCH, obteniéndose 102 pacientes sometidos a hernioplastia entre enero de 2011 y junio de 2013. De ellos 27 pacientes cumplían los siguientes criterios de inclusión: presentar hernia inguinal o incisional no complicada con patologías asociadas (colecistitis, obesidad de manejo quirúrgico, hiperplasia prostática benigna e instalación de catéter de peritoneodiálisis). **Resultados:** Del total de pacientes, el promedio de edad fue de 53 años, y 16 fueron mujeres (59,2%). La media de índice de masa corporal (IMC) fue de 28 kg/m<sup>2</sup>. El 87% de los pacientes fueron catalogados entre ASA I-II. El tiempo quirúrgico promedio fue de 93 min. En el intraoperatorio, 16 pacientes presentaron hernia única (59,2%) y las cirugías asociadas fueron: colecistectomía (59,2%), catéter de peritoneodiálisis (14,8%), cirugía bariátrica (12,5%) y RTU (12,5%) El 100% de las hernias fue resuelto con malla. El promedio de días de hospitalización fue de 3 días, y un paciente presentó anafilaxia (3,8%). Ningún paciente necesitó de conversión ni retiro de malla. La mortalidad perioperatoria fue 0%. **Conclusiones:** La técnica laparoscópica es una opción válida para la resolución en un solo tiempo operatorio de otras patologías, sin aumentar los días de hospitalización ni de reincorporación laboral. Los resultados a largo plazo y su comparación con los obtenidos con las técnicas abiertas permitirán evaluar su rol en el tratamiento de la patología herniaria y cirugía múltiple.

## HERNIOPLASTÍA INGUINAL LAPAROSCÓPICA TAPP CON MALLA 3D Y FIJACIÓN CON HISTOACRYL, EXPERIENCIA CLÍNICA DÁVILA

*Drs. Joaquín Ramírez Sneberger, María Francisca Wuth Izquierdo, Manuel Calcagno Lüer, Rodrigo Patricio Ávila Piña, José Luis Peña López, Marcelo Rodrigo Fajardo Gutiérrez* Clínica Dávila. Departamento de Cirugía.

**Introducción:** Con el fin de disminuir las complicaciones de la técnica laparoscópica transabdominal pre-

peritoneal (TAPP) se ha investigado el uso de mallas de distintos tipos de materiales y formas, además de diversos métodos de fijación, ya sea con *tackers*, *staplers*, suturas o con materiales adhesivos. La evidencia disponible hasta la fecha favorece el uso de métodos no traumáticos de fijación como es el histoacryl, ya que tendría una menor incidencia de dolor postoperatorio sin aumentar el riesgo de migración de la malla. **Objetivos:** Nuestro objetivo es presentar la experiencia en Clínica Dávila de la hernioplastia TAPP con malla 3D y fijación con histoacryl, exponiendo las complicaciones, dolor postoperatorio y tiempo quirúrgico. **Material y Método:** Estudio descriptivo que incluyó una cohorte retrospectiva de pacientes sometidos a hernioplastia laparoscópica con técnica TAPP con uso de malla 3D y fijación con histoacryl. Se revisaron las fichas electrónicas desde el 01 de octubre de 2014 hasta el 10 de agosto de 2015. Se registraron las

complicaciones, tiempo operatorio, hallazgos intraoperatorios, dolor post-quirúrgico a las 8 h, 7 días y 30 días. **Resultados:** Se incluyeron 23 pacientes. El dolor postoperatorio en EVA a las 8 h promedio fue de 1, a los 7 días 1 y a los 30 días de 0. Sin recidivas. Dentro de las complicaciones, dos pacientes presentaron hematomas pequeños del cordón y un seroma, manejados con tratamiento médico. El tiempo operatorio promedio para reparación bilateral fue de 89 min. La estancia postoperatoria promedio fue de 1 día. **Conclusiones:** La técnica laparoscópica para hernioplastia es segura, factible y reproducible. Permite evaluar y reparar defectos herniarios no pesquizados preoperatoriamente y debido al escaso dolor postoperatorio, los pacientes pueden reingresar a sus actividades antes que con las técnicas convencionales. Sin embargo, es necesario estudios clínicos randomizados para proveer mayor nivel de evidencia.

## INCIDENCIA ACUMULADA DE CÁNCER VESICULAR INAPARENTE EN PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTECTOMÍA PREVENTIVA EN EL GRUPO GES

*Drs. Javier Gómez Basauri, Gabriela Bascur Alarcón, María Jesús Haydar De Allende Salazar, Carlos Enrique Cárcamo Ibaceta, Carlos Banse Eichner*  
Hospital Clínico Regional, Valdivia. Servicio de Cirugía. Instituto de Cirugía, Universidad Austral de Chile.

**Introducción:** El Cáncer Vesicular (CV) es un problema de salud pública, presenta elevadas tasas de incidencia y mortalidad, principalmente en mujeres. Estudios muestran que la incidencia de Cáncer Vesicular Inaparente (CVI) en pacientes colecistectomizados por patología benigna fluctúa entre 1%-3%. **Objetivos:** El objetivo es analizar la incidencia acumulada de CVI en pacientes sometidos a colecistectomía, entre los 35 y 49 años, en el Hospital Clínico Regional de Valdivia (HCRV) entre los años 2006 y 2014. Los objetivos secundarios son analizar el estado histopatológico al diagnóstico, tratamiento y sobrevida a diciembre de 2014. **Material y Método:** Estudio observacional analítico de cohorte retrospectivo. Pretende determinar incidencia acumulada de CVI, riesgo relativo por género, estado histopatológico, tratamiento adyuvante y sobrevida a diciembre de 2014. Datos obtenidos de Estadística, Pabellón, ficha clínica, Anatomía Patológica y Registro Civil. Análisis estadístico en SPSS 22. **Resultados:** 18 pacientes presentaron CVI (Incidencia acumulada de 0,45%), entre 3.999 colecistectomías preventivas. 16 mujeres y 2 hombres. Mediana edad 45,5 años. Ocho pacientes fueron histopatológicamente precoces (*in situ* o incipiente), tratados con la colecistectomía. Diez fueron histopatológicamente avanzados, cuatro de ellos ingresaron directamente a cuidados paliativos, falleciendo por enfermedad metastásica y el resto, (6) fueron a tratamiento oncológico según protocolo (bisegmentectomía IVB-V, Radioquimioterapia). De estos, cinco están vivos a diciembre de 2014. Mediana de seguimiento de 39,5 meses. Total de fallecidos por enfermedad en esta serie de 5 pacientes (27,7%). RR de CVI en mujeres 1,65 sobre hombres ( $p = 0,75, 0,3825, 7,2$ ). **Conclusiones:** La incidencia CVI en el grupo GES es menor a la población general y la mitad de los casos se presenta en condición temprana, que se soluciona con la colecistectomía. Sin embargo, la otra mitad se presenta en forma avanzada lo que sugiere que pudiera plantearse disminuir la edad de inclusión GES para realmente disminuir las muertes por esta enfermedad.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LESIONES DE VÍA BILIAR POST COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

*Drs. Fabrizio Moisan Paravic, José Manuel Vivanco Aguilar, Pablo Saldías Echeverría, Eduardo Figueroa Rivera, Juan Marcos Grajeda Balderrama, Rodrigo Torres-Quevedo Quevedo*  
Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción. Equipo Cirugía Hepatobiliar, Servicio de Cirugía Adultos. Departamento Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

**Introducción:** Las lesiones de vía biliar, están asociadas a morbilidad y mortalidad significativa, sobre

todo si no son reparadas por un equipo especializado en cirugía hepatobiliar. **Objetivos:** Mostrar los resultados de nuestro centro en el tratamiento quirúrgico de esta complicación. **Material y Método:** Estudio de cohorte histórica. Se incluyeron pacientes tratados en el Hospital Guillermo Grant Benavente con lesión de vía biliar post colecistectomía laparoscópica entre los años 2010 y 2015. Las lesiones de vía biliar se clasificaron según la clasificación de Strasberg. Se utilizó estadística descriptiva: porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión para describir los resultados. **Resultados:** La serie son 24 pacientes, mediana de edad 49 años, 63% mujeres. En 15 pacientes (62%), la colecistectomía fue realizada en otro centro. En 6 (25%) pacientes, la reparación se realizó en el intraoperatorio, en 10 (42%) antes de 7 días y en 8 (33%) tardíamente. Las lesiones de vía biliar se clasificaron en tipo A en 2 pacientes, tipo B en 2, tipo D en 1 y tipo E en 19 (79%). En 5 pacientes (21%) hubo lesión vascular asociada. La cirugía reparadora más frecuente fue una hepático yeyunoanastomosis en 15 (63%) casos, otras cirugías fueron ligadura de cístico en 2, sutura conducto derecho aberrante en 2, sutura de vía biliar sobre sonda T en 2, sutura primaria colédoco en 1 y hepatectomía derecha más derivación biliodigestiva en 2 casos. La morbilidad fue 29%, hubo 2 reoperaciones. La estadía hospitalaria fue de 11 días. La mediana de seguimiento fueron 20 meses, 2 pacientes presentaron estenosis de la derivación biliodigestiva durante el seguimiento, no hubo mortalidad. **Conclusiones:** El manejo de lesiones de vía biliar por un equipo especializado en cirugía hepatobiliar, mostró buenos resultados perioperatorios y a largo plazo, por lo que recomendamos la derivación temprana de estos pacientes a un centro especializado en este tipo de cirugías.

## EFFECTO DE LA ENFERMEDAD RESIDUAL EN EL CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR INCIDENTAL

*Drs. Eduardo Viñuela Fawaz, Marcel Paolo Sanhueza García, Eduardo Briceño Valenzuela, Rose Marie Mege Rivas, Cristian Andrés Díaz Méndez, Eduardo Vega Pizarro, Gloria Aguayo Bonniard, Paulina González Canales, Sergio Báez Vallejos, Constanza Godoy Santin, Enrique Norero Muñoz, Marco Ceroni Villanelo, Cristian Martínez Belmar, Mario Caracci Lagos, Alfonso Díaz Fernández*

Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río. Puente Alto, Santiago. Equipo de Cirugía Hepato Pancreato Biliar. Servicio de Cirugía.

**Introducción:** El manejo óptimo del cáncer de vesícula biliar incidental (CVBI) 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 de 1999 y junio de 2015. Se consideró como enfermedad residual (ER) la presencia de neoplasia macro o microscópica. Variables demográficas, quirúrgicas y patológicas fueron analizadas y se realizó un análisis de sobrevida asociada a enfermedad multivariado en los pacientes con resección macroscópica completa. **Resultados:** Se reexploraron 137 pacientes y en 103 casos (75%) la resección fue completa. La mortalidad quirúrgica fue 1,4% y la morbilidad grave (Clavien  $\geq$  3) 12%. En los pacientes con resección completa se identificó ER en 45 pacientes (44%). La presencia de ER se asoció a una significativa reducción de la mediana de sobrevida (23 meses versus no alcanzada,  $p < 0,001$ ) y la sobrevida a 5 años (13% versus 73%,  $p < 0,001$ ). En el análisis multivariado de los pacientes con resección completa la presencia de ER (HR 6,4 IC 3,3-12,5,  $p < 0,001$ ), de permeaciones tumorales (HR 2,2 IC 1,2-4,0,  $p = 0,009$ ) y la morbilidad grave (HR 2,5 IC 1,0-6,1) 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.

### ADENOMIOMATOSIS VESICULAR: HALLAZGOS CLÍNICOS E HISTOPATOLÓGICOS

*Drs. Ana María Burgos Li, Attila Csendes Juhasz, María Elena Villanueva Iñuñi, Galo Cárdenas Santacruz, Sergio Leonardo Narbona Tapia, Maglio Felipe Caballero Pohl, Ariel Alejandro Figueroa Doren*  
Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento de Cirugía. Departamento de Anatomía Patológica.

**Introducción:** La adenomiomatosis vesicular es una lesión benigna, adquirida y de etiología desconocida. Histológicamente se caracteriza por una invaginación de la mucosa a través del tejido conectivo intramuscular, los senos de Rokitsky-Aschoff y una hiperplasia del músculo liso. **Objetivos:** El objetivo del estudio es describir la presentación clínica e histopatológica de la adenomiomatosis vesicular en una serie de pacientes colecistectomizados. **Material y Método:** Estudio descriptivo, retrospectivo realizado en Departamento de Cirugía del Hospital Clínico Universidad de Chile. Entre el 01 de enero de 2010 al 30 de abril de 2015 se realizaron consecutivamente 6.957 colecistectomías, diagnosticándose adenomiomatosis en 95 pacientes (1,4%), mediante el estudio anatomopatológico de la vesícula extirpada. Se describe la presentación clínica

y hallazgos histopatológicos vesiculares. El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS 19,0 (Chicago, IL, USA). Los datos se expresaron como promedios, desviación estándar y rango. **Resultados:** La edad promedio fue  $50,3 \pm 15,5$  años (rango 13-88 años). El 80% (76 casos) fueron mujeres, 20% (19 casos) hombres, relación mujer:hombre de 4:1. Dolor abdominal se presentó en 45 pacientes (47,4%), asintomáticos 40 pacientes (40,0%) y en 12 (12,6%) pacientes no se encontró información. Colelitiasis se presentó en 78 pacientes (82,1%). De las alteraciones histológicas asociadas a adenomiomatosis, el mayor porcentaje 35,8% (34 casos), correspondió a metaplasia pilórica. Se presentó displasia en 8 casos (8,4%) siendo de bajo grado en 6 (6,3%) y de alto grado en 2 (2,1%). Colesterosis en 42 pacientes (44,2%). Colecistitis crónica en 81 pacientes (85,3%). Entre las lesiones elevadas, pólipos de colesterol en 8 casos (8,4%), pólipo hiperplásico en 1 paciente y adenoma con displasia de bajo grado en otro paciente. **Conclusiones:** El dolor abdominal y la colelitiasis se presentan frecuentemente en pacientes con adenomiomatosis. Existen diversas alteraciones histológicas que se pueden asociar a la adenomiomatosis incluida la displasia severa.

### RESULTADOS EN RECONSTRUCCIÓN DE VÍA BILIAR EN HOSPITAL DE TEMUCO. PERÍODO 2000-2015

*Drs. Luis Acencio Barrientos, Oriol Arias Rovira, Luis Burgos San Juan, Héctor Losada Morales, Jorge Silva Abarca, Andrés Troncoso Trujillo*  
Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco. Servicio de Cirugía Adultos. Clínica Alemana de Temuco.

**Introducción:** La lesión de vía biliar (LVB) es una complicación en cirugía biliar y hepática de tratamiento complejo, habitualmente producida posterior a una colecistectomía. Su frecuencia varía en diferentes estudios entre 0,18%-0,5%. En reportes nacionales la tasa de LVB después de colecistectomía laparoscópica varía entre 0,12% a 0,33%, dependiendo del centro y las condiciones locales de la vesícula biliar. **Objetivos:** Describir resultados obtenidos en reconstrucción de vía biliar en nuestro centro. **Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectivo, desde enero del año 2000 a junio de 2015. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con LVB sometidos a reconstrucción de vía biliar por el equipo de cirugía hepatobiliar y pancreático del Hospital de Temuco. **Resultados:** La cohorte de pacientes está constituida por 37 pacientes. La edad promedio es  $42 \pm 11$  años y el 70% de género femenino. La lesión más frecuentemente se produjo tras una colecistectomía laparoscópica (54%). La reparación se ha realizado con hepático yeyuno anastomosis

sis en Y de Roux en 21 pacientes, utilizando la técnica de Hepp-Couinaud modificada en el 75% de ellos. Once pacientes presentaron comorbilidades durante el postoperatorio asociado a la reparación, siendo la infección de herida operatoria la más frecuente (5 pacientes). Un paciente falleció en el postoperatorio. Del seguimiento, 6 pacientes presentaron estenosis de la anastomosis la cual se trató con dilataciones vía percutánea en 5 y una reparación abierta en 1 paciente. **Conclusiones:** La hepático yeyuno anastomosis en Y de Roux con técnica de Hepp-Couinaud modificada es la técnica más utilizada por nuestro equipo en la reconstrucción de vía biliar por lesión de vía biliar con resultados aceptables en términos de morbilidad postoperatoria y estenosis.

### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS COLANGIOMAS. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

*Drs. Alexandre Sauré Maritano, Manuel Figueroa Giralt, Marcelo Zamorano Díaz, Jaime Castillo Koch, Hans Lembach Jahnsen, Gustavo Martínez Riveros, María De Los Ángeles Manríquez Salvatierra, Francisca González Moreno, Juan Carlos Díaz Jeraldo*

Universidad de Chile. Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Departamento de Cirugía. Equipo de Cirugía HBP y Trasplante. Hospital Regional de Antofagasta. Universidad De Antofagasta.

**Introducción:** El colangioma (adenocarcinoma que puede originarse a lo largo del epitelio biliar) es un cáncer infrecuente, con incidencia en aumento. **Objetivos:** Describir la experiencia en el tratamiento quirúrgico de estos pacientes en un centro de referencia en Cirugía Hepatobiliopancreática. **Material y Método:** Estudio Prospectivo. Analizando base de datos Oncológica del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, de pacientes con diagnóstico de colangioma. Se clasificaron como Intrahepáticos (CI), Hiliares (CH) y Distales (CD). Entre enero de 2005 y abril de 2014. En el análisis de sobrevida se incluyeron pacientes con seguimiento mayor a 1 año. Se realizó estadística descriptiva y curvas de sobrevida Kaplan Meier. **Resultados:** Se incluyeron 71 pacientes, 42,3% CI, 38% CH y 19,7% CD. 36 mujeres y 35 hombres, edad promedio 61,4 años (25-82). 88,7% presentaron manifestaciones clínicas. Síntoma más frecuente ictericia (n = 39). La cirugía más frecuente en CI, Hepatectomía Mayor (87%). 60% alcanzó resección R0. En CH, 40,7% se realizó resección de vía biliar asociado a Hepatectomía. 40,7% R0. En CD, 100% de los casos se realizó duodenopancreatectomía cefálica. 100% alcanzó R0. Las complicaciones: en CI la más frecuente filtración biliar (16,6%). Mortalidad operatoria 16,6%. En CH, la más frecuente filtración biliar. Mortalidad

14,8%. En CD, la complicación más frecuente colecciones intraabdominales. Mortalidad 14,2%. Recidiva tumoral, 4 casos de CI con promedio de 16 meses, un caso de CH al mes y 4 casos de CD con promedio de 14 meses postoperatorios. La sobrevida global de CI 21,9 meses, CH 9,6 meses y CD 27,8 meses. Las curvas de sobrevida global muestran una diferencia estadística significativa al comparar los CH con los CD. **Conclusiones:** Es el primer reporte de una serie chilena, con morbimortalidad aceptable y sobrevida comparable a series internacionales. Considerando la infrecuencia de esta patología es necesario concentrar los casos en centros con experiencia que permitan consolidar y optimizar los resultados terapéuticos.

### TUMORES NEUROENDOCRINOS PANCREÁTICOS NO FUNCIONALES. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

*Drs. Alexandre Sauré Maritano, Marcelo Zamorano Díaz, Nicole Cuneo Barbosa, Juan Carlos Díaz Jeraldo, Jaime Castillo Koch, Hans Lembach Jahnsen, Manuel Figueroa Giralt, Gustavo Martínez Riveros, Ignacio Leal Fernández*

Universidad de Chile. Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Departamento de Cirugía. Equipo de Cirugía HBP y Trasplante. Hospital Regional de Antofagasta. Universidad De Antofagasta.

**Introducción:** Los tumores neuroendocrinos de páncreas no funcionales son entidades infrecuentes que se asocian a síntomas inespecíficos. **Objetivos:** Describir la experiencia quirúrgica en el estudio clínico-patológico de Tumores neuroendocrinos pancreáticos no funcionales (TNEP) del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. **Material y Método:** Se realizó un estudio retrospectivo, Serie de casos, de pacientes con TNEP confirmados por Histopatología entre el año 2009 y 2014, con un mínimo de seguimiento de 6 meses. Se evaluaron las características clínicas, quirúrgicas, histopatológicas y de sobrevida. La morbimortalidad fue clasificada según Clavien Dindo. Se analizaron las variables con estadística descriptiva y curvas de Kaplan Meier. **Resultados:** Se identificaron 21 casos, donde 15 de ellas fueron de sexo femenino (71,4%). La media de edad fue 54,1 años (rango 18-86). El síntoma clínico más frecuente fue dolor abdominal (57,1%). Un paciente presentó TNEP en contexto de un síndrome de neoplasia neuroendocrina múltiple tipo I. El tiempo quirúrgico promedio fue de 240 min. El procedimiento más frecuente fue la pancreatoduodenectomía sin preservación pilórica (38,1%). El diámetro promedio de la lesión fue de 32,4 mm. Se alcanzó R0 en 95,2%. La morbimortalidad operatoria fue de 28,6%. Agrupadas según Clavien Dindo II, IIIA y IIIB. Dos pacientes requirieron reoperación (9,5%). El promedio de hospi-

talización fue de 10 días. Dos pacientes recibieron quimioterapia en el postoperatorio (9,5%). Tres pacientes presentaron recidiva siendo el lugar más frecuente el hígado (14,3%). La mortalidad peri-operatoria fue de 0%. La supervivencia promedio fue de 39,1 meses. **Conclusiones:** En nuestro centro, la resolución quirúrgica del TNEP presenta buenos resultados, con morbimortalidad aceptable. Y supervivencia a largo plazo en concordancia con la literatura. Es importante considerar, la posibilidad de realizar estudios multicéntricos para aumentar la validez de los resultados.

## CORRELACIÓN IMAGENOLÓGICA E HISTOPATOLÓGICA EN TUMORES PANCREÁTICOS

*Drs. Jaime Castillo Koch, Marcelo Zamorano Díaz, Nicole Cuneo Barbosa, Juan Carlos Díaz Jeraldo, Alexandre Sauré Maritano, Hans Lembach Jahnsen*  
Universidad de Chile. Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Departamento de Cirugía. Equipo de Cirugía HBP y Trasplante. Hospital Regional de Antofagasta. Universidad De Antofagasta.

**Introducción:** Los tumores de páncreas han aumentado su incidencia, siendo de vital importancia la planificación terapéutica. La imagenología es la primera aproximación que se debe relacionar con hallazgos histopatológicos, sin embargo, no es clara la coincidencia de ambos estudios. **Objetivos:** Analizar la correlación entre Imagenología (IM) e Histopatología (EHP) en Tumores de páncreas. **Material y Método:** Estudio Transversal, desde enero de 2010 a diciembre de 2014, se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico preoperatorio de Tumor de Páncreas, operados en Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH), se excluyeron todos los pacientes que se realizaron IM fuera de HCUCH. El análisis estadístico se realizó mediante Tabla de contingencia de 2 x 2,  $\chi^2$  de Person, test de Fisher, Sensibilidad (S), Especificidad (E), Valor predictivo positivo (VPP), Valor predictivo negativo (VPN) y regresión logística. Se consideró estadísticamente significativo  $p < 0,05$ . **Resultados:** Se incluyeron 51 pacientes. 26 mujeres. Edad promedio 60,4 años (18-84). 87,8% consultó por sintomatología asociada. Tiempo promedio previo a cirugía de IM: 17 días (1-110). El principal examen imagenológico fue Tomografía Computada (80,4%). La Correlación en ubicación del tumor concordó en 92,2% ( $p < 0,05$ ), S: 95%, E: 82%, VPP: 95%, VPN: 82%. En linfonodos comprometidos correlación en 50% ( $p > 0,05$ ) S: 26%, E: 79%, VPP: 58%, VPN: 49%. Correlación en compromiso macrovascular 6,25%, S: 50%, E: 70%, VPP: 13%, VPN: 94%. Se logró R0 en 76,5%, cuyo tamaño promedio 30,2 mm. Los R tamaño promedio 55 mm. La regresión logística, entre R0 y R, con tamaño de 50 mm presenta OR:

4,01. **Conclusiones:** La IM es la primera aproximación en tumores pancreáticos. Evidencia correlación en ubicación tumoral, sin embargo, no en metástasis linfonodales ni compromiso macrovascular, por lo que parece no debe ser argumento exclusivo en la decisión quirúrgica. Así como el tamaño tumoral se relaciona con la posibilidad de R0, aparentemente el tamaño mayor de 50 mm presentaría mayor riesgo de R. Sin embargo, se debe realizar estudios metodológicamente acordes para concluir en forma categórica.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HIDATIDOSIS HEPÁTICA: CARACTERIZACIÓN Y RESULTADOS DE CIRUGÍA ABIERTA Y LAPAROSCÓPICA

*Drs. Rodrigo Edgardo Reyes Melo, Fabrizio Moisan Paravic, Pablo Saldías Echeverría, Juan Marcos Grajeda Balderrama, Eduardo Figueroa Rivera, Rodrigo Torres-Quevedo Quevedo*  
Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción. Equipo de Cirugía Hepatobiliopancreática. Universidad de Concepción.

**Introducción:** El tratamiento de elección de la hidatidosis hepática (HH) es la periquistectomía. La vía videolaparoscópica (VL) ha mostrado ser igual de segura y efectiva si se cumplen los mismos principios que en la cirugía abierta. **Objetivos:** Describir características clínicas y resultados del tratamiento quirúrgico de pacientes operados por HH. Comparar resultados de cirugía abierta y VL. **Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyeron pacientes con HH operados en nuestro hospital entre julio de 2010 y julio de 2015. Se utilizó estadística descriptiva y analítica para comparar ambos grupos. Se consideró un  $p < 0,05$  como estadísticamente significativo. **Resultados:** La serie comprende 43 pacientes, edad  $47 \pm 16$  años, mujeres 24 (56%) y ruralidad en 26 (61%). Cirugía previa por hidatidosis en 11 (26%). Presentaron síntomas 38 (88%). Se realizó estudio con ecotomografía abdominal en 37 (86%), tomografía axial computada en 41 (95%) y resonancia nuclear magnética en 2 (5%). Hubo compromiso del hemihígado derecho en 23 (53%), izquierdo en 12 (28%) y bilateral en 8 (19%). Catorce (33%) pacientes se operaron con HH complicada (12 operados abiertos y 2 VL). Se realizó periquistectomía parcial en 9 (21%), subtotal 4 (9%), total 22 (51%) y resección hepática 8 (19%) pacientes. En 16 (37%) fue VL. Al comparar resultados de cirugía abierta versus VL: Cantidad de quistes resecaos de  $1,5 \pm 0,8$  y  $1,0 \pm 0$  ( $p = 0,016$ ); morbilidad postoperatoria en 12 (44%) vs 2 (13%) pacientes ( $p = 0,03$ ); requerimiento de Unidad Crítica en 10 vs 0 ( $p < 0,01$ ) casos; estadía hospitalaria 10 [3-60] vs 5 días [1-20] ( $p = 0,013$ ) respectivamente. Recidiva sólo en 1 caso operado por cirugía abierta.

**Conclusiones:** La mayoría de los pacientes fueron de procedencia rural y de género femenino. La cirugía laparoscópica se asoció a una menor morbilidad y estadía hospitalaria, aunque puede estar condicionada por menor complejidad de los pacientes operados con esta técnica.

### FACTORES ASOCIADOS A REINGRESO HOSPITALARIO TEMPRANO POSTERIOR A RESECCIONES HEPÁTICAS O PANCREÁTICAS

*Drs. Rodrigo Tejos Sufan, Alejandro Rojas Cohen, Rolando Rebolledo Acevedo, Pablo Achurra Tirado, Nicolás Jarufe Cassis, Jorge Martínez Castillo, Juan Francisco Guerra Castro*

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

**Introducción:** El Reingreso hospitalario en cirugía resectiva de Hígado y Páncreas se asocia a un aumento en la morbilidad y mortalidad hospitalaria, siendo utilizado selectivamente como un instrumento de calidad en cirugía. Las tasas de reingreso reportadas en la literatura son variables, sin embargo, en Chile estos datos no han sido analizados. **Objetivos:** Determinar la tasa de reingreso hospitalaria y sus factores asociados en pacientes sometidos a resecciones hepáticas o pancreáticas en nuestro centro. **Material y Método:** Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo, revisando los registros de pacientes sometidos a resecciones hepáticas o pancreáticas entre 2012 y 2014. Se excluyeron; Resecciones hepáticas < 2 segmentos, Cirugía NO Resectiva, Resecciones NO anatómicas, cirugía de urgencia y pacientes fallecidos durante hospitalización índice. Se registraron variables de laboratorio, clínicas, quirúrgicas, y re-ingresos hasta 30 días post-alta. Para el análisis univariado, se utilizó prueba  $\chi^2$  y t student/mann Whitney (variables categóricas o continuas, respectivamente). Se utilizó regresión logística para el análisis multivariado. **Resultados:** Se incluyeron 116 pacientes, 50,9% varones. La estadía promedio fue 14 días. Un 25,9% de los casos fueron Adenocarcinoma pancreático y 39,7% de las resecciones fueron pancreatoduodenectomías. La tasa de reingreso fue 18,1%. Los factores asociados a reingreso (Univariado) fueron: tiempo de estadía hospitalaria, leucocitos plasmáticos al ingreso, cirugía de Whipple, tiempo operatorio y desarrollo de complicación postoperatoria. Tras el análisis de regresión logística, sólo el tiempo hospitalario se asocia de forma independiente a reingreso [OR 1,2 IC 95% 1,003-1,5 (p =,047)]. **Conclusiones:** La tasa de reingreso de resecciones hepáticas o pancreáticas es elevada, condición asociada al desarrollo de complicaciones postoperatorias y estadía hospitalaria. En nuestro estudio, la tasa de reingreso es mayor en

resecciones de páncreas, comparado con hepatectomías. Creemos que este indicador puede ser utilizado como un instrumento de autoevaluación y calidad en cirugía.

### METÁSTASIS HEPÁTICAS NO COLORRECTALES RESECADAS SOBREVIDA SEGÚN GRUPO HISTOLÓGICO

*Drs. Alexandre Sauré Maritano, Nicole Cuneo Barbosa, Marcelo Zamorano Díaz, Juan Carlos Díaz Jeraldo, Jaime Castillo Koch, Hans Lembach Jahnsen*  
Universidad de Chile. Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Departamento de Cirugía. Equipo de Cirugía HBP y Trasplante. Hospital Regional de Antofagasta. Universidad de Antofagasta.

**Introducción:** Las Metástasis Hepáticas son una manifestación frecuente de patologías tumorales. El tratamiento de las mismas impacta en la sobrevida de forma favorable dependiendo de la estirpe histológica del tumor de origen. **Objetivos:** Analizar la sobrevida según grupo histológico en pacientes sometidos a resección de metástasis hepáticas no colorrectales (NCR), en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. **Material y Método:** Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo, entre octubre del año 2003 y agosto de 2013, se incluyeron pacientes sometidos a resección de metástasis hepáticas de origen no colorrectal. Se analizó la sobrevida por medio de curvas de Kaplan Meier en SPSS v21, excluyéndose a los pacientes sometidos a laparotomía exploradora sin resección. **Resultados:** 24 pacientes fueron incluidos. La media de edad fue 57,9 años, el 62,5% correspondían a mujeres. La localización del tumor primario más frecuente fue gástrica (20,8%), el 75% de los tumores primarios fueron resecados. El 70,8% de los pacientes presentaban metástasis múltiples y 12,5% tenían enfermedad extra-hepática. Al 37,5% se realizó Hepatectomía mayor. 62,5% presentó márgenes R0. El tipo histológico más frecuente fue neuroendocrino en 41,2%. La hospitalización promedio fue 9,7 días. El 25% presentó morbilidad operatoria y no hubo mortalidad a 90 días. La sobrevida general de nuestra serie fue 46,3 meses; y al dividir la sobrevida por grupo histológico se obtiene: Sarcoma 56,9 meses; NE 46,6 meses; y el resto del grupo 42,7 meses. **Conclusiones:** La sobrevida de pacientes con metástasis hepáticas posteriores a su resección depende de la estirpe histológica del tumor de origen. Es así como se evidencia que posterior a la resección quirúrgica los tumores tipo sarcoma o neuroendocrinos, presentan sobrevidas elevadas, destacando también que otras estirpes histológicas presentaron también sobrevida adecuada. Sin embargo, se requieren de mayores estudios para concluir si la cirugía aumenta la sobrevida y qué otras variables tienen efecto en la misma.

## ESPLENECTOMÍA ABIERTA Y LAPAROSCÓPICA POR CAUSA NO TRAUMÁTICA

*Drs. Pablo Saldías Echeverría, Rodrigo Torres-Quevedo Quevedo, Fabrizio Moisan Paravic, Juan Marcos Grajeda Balderrama, José Manuel Vivanco Aguilar*  
Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción. Cirugía Hepatobiliopancreática. Universidad de Concepción.

**Introducción:** Las indicaciones más frecuentes de esplenectomía de causa no traumática son aquellas de etiología hematológica. La intervención se puede realizar por laparotomía o laparoscopia, y esta última se asocia a una mejor evolución postoperatoria. **Objetivos:** Conocer y describir características perioperatorias de esplenectomías realizadas por causa no traumática, en el Hospital Guillermo Grant Benavente (HGGB) de Concepción. **Material y Método:** Serie de casos, constituida por sujetos a quienes se les realiza esplenectomía por indicación no traumática en HGGB y que ingresan en forma consecutiva en el período de tiempo entre julio de 2012 y diciembre de 2014. Se estudian variables biodemográficas, diámetro del bazo, tiempo quirúrgico, estadía postoperatoria, morbilidad y mortalidad postoperatoria a 30 días de la intervención. Se utilizó estadística descriptiva (porcentajes, medidas tendencia central y dispersión) y analítica, comparando resultados entre diferentes vías de abordaje (laparotomía y laparoscopia). **Resultados:** Se reclutan 23 sujetos, con edad media  $38,1 \pm 17,0$  años y 15 (65,2%) corresponden al género femenino. El diámetro medio del bazo fue  $14,9 \pm 6,1$  cm. El tiempo quirúrgico fue 80 [30-135] min y la hospitalización postoperatoria 2 [1-9] días. En la serie no hubo mortalidad y 4 sujetos presentan complicación Clavien I. Respecto a vía abordaje, 16 (69,6%) se realizan por vía laparoscópica. Al comparar resultados según vía de abordaje laparoscópico versus laparotomía, sólo las variables tamaño de bazo ( $13,0 \pm 5,8$  vs  $20,9 \pm 2,9$ ), estadía postoperatoria (mediana de 2 versus 5) y morbilidad (1/16 versus 3/7) presentan una diferencia estadística significativa. **Conclusiones:** La mayoría de los sujetos corresponden al género femenino. La cirugía laparoscópica se asoció a un menor tamaño de bazo, estadía hospitalaria y morbilidad postoperatoria, constituyendo ésta una vía segura para efectuar este procedimiento quirúrgico, en especial cuando el bazo tiene un diámetro menor a 20 cm.

## EVALUACIÓN DE LA COLANGIOGRAFÍA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA COMO PRUEBA DIAGNÓSTICA EN LA COLEDocolITIASIS

*Drs. Francisco Venturelli Muñoz, Andrés Vera Salas, Gabriel Felipe Kunstmann Camino, Werner Bastián Costa Méndez*  
Hospital Base San José de Osorno. Servicio de Cirugía. Universidad Austral de Chile. Campo Clínico Osorno.

**Introducción:** Frente a una colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (ERCP) negativa para litiasis

se puede tener la duda si hacer o no la papilotomía y explorar la vía biliar. **Objetivos:** Evaluar la colangiopancreatografía endoscópica retrógrada sin exploración de la vía biliar como prueba diagnóstica en pacientes con sospecha y/o con diagnóstico de coledocolitiasis.

**Material y Método:** Estudio de corte transversal de prueba diagnóstica donde se recopilaron las ERCP por sospecha y certeza de coledocolitiasis realizadas en el Hospital base Osorno entre los años 2012-2015 con exploración de vía biliar. Se incluyeron pacientes mayor de 15 años con sospecha de coledocolitiasis, (Vía biliar dilatada más bilirrubina directa mayor de 1,5) y con diagnóstico imagenológico de coledocolitiasis (resonancia, TC, ecografía abdominal, colangiografía intraoperatoria). El estudio se realizó dentro del mes previo al procedimiento. Se excluyeron los pacientes en los cuales no se logró canular la papila duodenal y/o que no se exploró la vía biliar. Las variables de interés entre otras fueron: edad, sexo, estudio preoperatorio, presencia de litos a la colangiografía, extracción de litos a la exploración de vía biliar. Se tomó como *gold standard* o patrón de oro la exploración de la vía biliar. Se utilizó estadística descriptiva para las variables demográficas y se construyeron Tablas de 2 x 2 para estimar los valores del test: sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN) Programa utilizado: Excel. **Resultados:** Se recopilaron 136 ERCP, la media de edad fue 63 años (92-15), el sexo predominante fue el femenino con 89 casos. El diagnóstico de coledocolitiasis se obtuvo en el preoperatorio en el 71,73% de los casos. La S, E, VPP, VPN y exactitud diagnóstica para la colangiografía fue: 84,95%, 91,30%, 97,95% y 55,26%. **Conclusiones:** El tener una colangiografía negativa no excluye la posibilidad de tener cálculos en la vía biliar.

## COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA INGUINAL CON TRES TRÓCARES: 2 AÑOS DE EXPERIENCIA EN ARICA

*Dr. Domingo Montalvo Vásquez*  
Hospital Dr. Juan Noé Crevanni.

**Introducción:** Clásicamente la colecistectomía laparoscópica utiliza cuatro trócares, sin embargo, hay técnicas con 3 o menos. En noviembre de 2014 describimos nuestra serie inicial con tres trócares, dos de ellos inguinales. **Objetivos:** Dar a conocer nuestra experiencia y satisfacción cosmética de los pacientes con esta técnica. **Material y Método:** Desde julio de 2013 se tabula en forma prospectiva los pacientes operados por patologías vesiculares electivas y de urgencia. Se registran datos demográficos, comorbilidades, tiempo operatorio, complicaciones, uso de trocar accesorio, dolor postoperatorio precoz evaluado con escala visual análoga (EVA) y resultado de anatomía patológica. Las complicaciones se clasificaron según escala Clavien-Dindo. Se con-



trolan al 7° y 30° día postoperatorio, realizando una encuesta de satisfacción. Se utilizan trócares de 10 mm, uno umbilical y en región inguinal izquierda y otro de 5 mm en la derecha. Se utilizan pinzas laparoscópicas de 35 cm y óptica de 10 mm de 30°. En algunos se utiliza un cuarto trocar epigástrico de 5 mm o un punto al fondo vesicular. **Resultados:** Se operaron 204 pacientes hasta julio de 2015. El 74% fueron cirugías electivas. Se excluyeron 4 pacientes con coledocolitiasis diagnosticadas y resueltas en el intra-operatorio. El 72,55% fueron mujeres y el IMC promedio fue  $27,14 \pm 3,89$ . El 42,5% tenía cirugías abdominales previas. El tiempo operatorio promedio fue  $36,6 \pm 15,07$  min, la estadía postoperatoria mediana fue  $1,10 \pm 0,39$  días y el 8% requirió un 4° trocar epigástrico. El EVA postoperatorio promedio fue  $1,87 \pm 0,93$ . El 82,5% clasificó el resultado cosmético como: muy bueno. Tuvimos un 25,5% de perforación vesicular accidental. Hubo un 1,5% de complicaciones Grado I y un 1% Grado III (un biliperitoneo y una coledocolitiasis residual). Se detectó un cáncer *in situ*. No hubo conversiones ni mortalidad en la serie. **Conclusiones:** Esta serie confirma este abordaje como una alternativa para la colecistectomía, con resultados comparables a la clásica y con excelentes resultados cosméticos.

## EXPERIENCIA DURANTE 10 AÑOS DE MESOHEPATECTOMÍAS COMO PRESERVACIÓN DE PARÉNQUIMA EN TUMORES CENTRALES HEPÁTICOS

*Drs. Juan Carlos Díaz Jeraldo, Jaime Antonio Vásquez Yáñez, Vivian Parada Farías, Freddy Alejandro Ferreira Camacho, Stefano Biancardi Kosler, Nicolás Von Jentschik Rojas, Alexandre Sauré Maritano, Hans Lembach Jahnsen, Jaime Castillo Koch*  
Hospital Clínico Universidad de Chile.  
Hepatobiliopancreático.

**Introducción:** La hepatectomía central es un procedimiento inusual dentro de la cirugía hepatobiliar en la cual resecan los segmentos IV, V y VIII de Couinaud. Históricamente se realizaban en colangiocarcinomas hiliares y estenosis biliar, pero su realización se ha extendido en carcinomas hepatocelulares centrales, cánceres de vesícula biliar y metástasis. **Objetivos:** Demostrar que la hepatectomía central es una cirugía segura para preservar parénquima en tumores centrales. **Material y Método:** Se realiza estudio descriptivo y retrospectivo de todas las hepatectomías realizadas durante los años 2004-2014 en el Servicio de Cirugía del Hospital Clínico Universidad de Chile. Se revisaron fichas clínicas, analizando indicaciones, resultados precoces y alejados en cuanto a morbilidad, mortalidad y complicaciones derivadas de este procedimiento. **Resultados:** De un total de 254 hepatectomías durante

10 años, se realizaron 8 hepatectomías centrales correspondiendo al 3,1% del total. 5 pacientes fueron de sexo masculino, con un promedio total de 63 años. Las patologías intervenidas fueron 3 hepatocarcinomas (37,5%), 2 colangiocarcinoma (25%) y 3 metástasis de cáncer de colon (37,5%). El promedio operatorio fue de 326 min, todos con márgenes libres, las pérdidas sanguíneas estimadas fueron 914 cc, con promedio de transfusión de 2,3 UI de GR. Como complicaciones precoces < 30 días, según Clavien-Dindo hubo colección perihepática (IIIa), biliperitoneo (IIIb) y fistula ascítica (IIIa). Los días postoperatorios promedios fueron 9 días. No hubo mortalidad en la serie. **Conclusiones:** La mesohepatectomía es una alternativa para los tumores centrales del hígado, con objetivo de preservar mayor parénquima, y con ello evitar una hepatectomía extendida. En el HCUCH se realizaron 8 mesohepatectomías con buenos resultados en tanto morbilidad y mortalidad.

## ANÁLISIS DE SOBREVIDA EN PACIENTES SOMETIDOS A RESECCIÓN PRIMARIA CURATIVA POR CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR AVANZADO

*Drs. Eduardo Viñuela Fawaz, Marcel Paolo Sanhueza García, Mario Caracci Lagos, Rose Marie Mege Rivas, Eduardo Briceño Valenzuela, Cristian Andrés Díaz Méndez, Eduardo Vega Pizarro, Paulina González Canales, Enrique Norero Muñoz, Marco Ceroni Villanelo, Cristian Martínez Belmar, Sergio Báez Vallejos, Alfonso Díaz Fernández*

Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río. Puente Alto, Santiago. Equipo de Cirugía Hepatopancreatobiliar. 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:** Cohorte retrospectivo de 164 pacientes identificados en nuestra base de datos prospectiva, operados en forma electiva por CVB avanzado entre enero de 2004 y julio de 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 36 pacientes (22%) se obtuvo una resección R0 y en ellos la sobrevida fue significativamente mejor (mediana 23 meses y 41% a 5 años versus 7 meses y 9% en resección R1 y 3 meses y 1% en resección R2/cirugía no terapéutica, respectivamente,  $p < 0,001$ ). De los pacientes R0 83%

fueron mujeres, la mediana de edad fue 62 años (35-81 años) y 31% se presentó con ictericia. Se realizaron 29 cuñas hepáticas (81%) y 5 hepatectomías (14%). Se resecó la vía biliar y/o algún órgano vecino en 16 (44%) y 14 (39%) casos, respectivamente. La mortalidad quirúrgica (90 días) fue 2,8% (1 caso) y la morbilidad grave (Clavien > 3) fue 31%. 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, pero los resultados a largo plazo justifican la intención.

### ESTUDIO DE SUPERVIVENCIA Y COMPLICACIONES DE LA PANCREATODUODENECTOMÍA. QUINCE AÑOS DE EXPERIENCIA

*Drs. Rolando Rebolledo Acevedo, Josefina Sáez Binelli, Jorge Martínez Castillo, Nicolás Jarufe Cassis, Juan Francisco Guerra Castro*  
Pontificia Universidad Católica de Chile.  
Departamento de Cirugía Digestiva.  
Facultad de Medicina. Escuela de Medicina.

**Introducción:** En 1935 Whipple popularizó la pancreatoduodenectomía (PDC) como tratamiento de las lesiones periampulares. Esta técnica se realiza cada vez con mayor regularidad en el mundo. **Objetivos:** Nuestro objetivo es resumir los resultados de esta técnica en nuestra institución. **Material y Método:** Estudio de cohorte no concurrente desde febrero de 2000 hasta mayo de 2015. Se incluyeron variables de edad, sexo, diagnóstico, ASA, complicaciones, resultados oncológicos y mortalidad. Se realizó una estadística analítica basado en un análisis multivariable tipo regresión de Cox. **Resultados:** Se realizaron 194 PDC, 186 abiertas (95,9%) y 8 (4,1%) laparoscópicas de éstas 2 (25%) fueron convertidos a procedimientos abiertos. 87 (44,8%) casos se reconstruyeron mediante pancreatogastroanastomosis, 99 (51%) mediante pancreatoyeyunostomía y 8 (4,1%) mediante otras técnicas. 123 (63,4%) casos corresponden a tumores pancreáticos, 36 (18,6%) a tumores de la ampolla, 20 (10,3%) de vías biliares y 10 (5,2%) de duodeno. El análisis de supervivencia mostró que la supervivencia global al año es  $87\% \pm 0,2$  a 5 años es  $51,4\% \pm 0,4$  y a 10 años es  $45\% \pm 0,5$ . La regresión de Cox mostró que se asocian a mortalidad: la presencia de complicaciones mayores (> Clavien III) (OR: 2,9 IC 1,5-5,8), linfonodos positivos (OR: 1,2 IC 1,1-1,4), tamaño tumoral mayor a 3 cm (OR: 4,7 IC 2,5-9,1) e histología maligna (OR: 11,9 IC 2,6-54,2). Hubo 117 (60,3%) casos de complicaciones globales, 38 (19,6%) grado III o mayor de Clavien. Hubo 54 (27,8%) casos

de fistulas pancreáticas de ellas 25 (46,2%) fueron tipo A y 10 (18%) tipo C, a su vez hubo 13 (6,7%) casos de fistulas biliares, 8 (61,5%) de ellos desarrollaron colecciones abdominales. **Conclusiones:** Estos resultados demuestran que la PDC es un procedimiento seguro en sí mismo y el riesgo de mortalidad está asociado al diagnóstico y etapa de cada paciente. Siendo concordante con lo descrito en la literatura.

### LA HEPATECTOMÍA EXTENDIDA NO CONFIERE MAYOR RIESGO PERI-OPERATORIO COMPARADO CON HEPATECTOMÍAS DE DOS O MÁS SEGMENTOS

*Drs. Rolando Rebolledo Acevedo, Javier Ignacio Rodríguez Gutiérrez, Josefina Sáez Binelli, Jorge Martínez Castillo, Nicolás Jarufe Cassis, Juan Francisco Guerra Castro*  
Pontificia Universidad Católica de Chile.  
Departamento de Cirugía Digestiva.  
Facultad de Medicina. Escuela de Medicina.

**Introducción:** Las hepatectomías extendidas (cinco o más segmentos) se han asociado a un riesgo operatorio alto. **Objetivos:** Nuestro objetivo es comparar los resultados quirúrgicos de pacientes sometidos a resecciones hepáticas de 2 o más segmentos versus hepatectomías extendidas. **Material y Método:** Estudio de cohorte no concurrente desde diciembre de 2000 hasta mayo de 2015. Se incluyeron variables de edad, sexo, diagnóstico, ASA, complicaciones, resultados quirúrgicos y mortalidad. Se compararon ambas técnicas en cuanto a complicaciones-mortalidad perioperatorias y reingreso hospitalario antes de 30 días del alta, usando estadística analítica univariable y multivariable. **Resultados:** Se realizaron 245 procedimientos de los cuales 175 (71,4%) fueron hepatectomías no extendidas (HNE) y 70 (28,6%) fueron extendidas (HE). La mediana de la edad en el grupo HNE fue de 56 (17-84) años y para HE 58 (2-80) años. No hubo diferencias por edad ( $p = 0,857$ ), sexo ( $p = 0,157$ ) o ASA ( $p = 0,496$ ) entre los grupos. No hubo asociación entre HNE o HE y el diagnóstico histológico agrupado en benignos, malignos hepáticos o vías biliares y malignos extra-hepáticos ( $p = 0,269$ ). El análisis multivariable para complicaciones perioperatorias, mortalidad perioperatoria y reingreso hospitalario antes de los 30 días ajustado por edad, sexo, ASA y diagnóstico no identificó a la extensión de la hepatectomía ( $p = 0,661$ ,  $p = 0,972$  y  $p = 0,367$  respectivamente) como una variables a la hora de explicar los resultados. **Conclusiones:** Nuestros resultados muestran que ambos procedimientos son seguros, sin diferir en cuanto a mortalidad perioperatoria, complicaciones y reingreso hospitalario temprano. Creemos que, cuando estos procedimientos son realizados de manera rutinaria en un centro con un equipo dedicado, se minimizan los riesgos y mejoran los resultados.

## ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA DE PACIENTES TRATADOS CON CIRUGÍA RESECTIVA POR TUMORES DE KLATSKIN

*Drs. Tomás Contreras Rivas, Josefina Sáez Binelli, Rolando Rebolledo Acevedo, Jorge Martínez Castillo, Juan Francisco Guerra Castro, Nicolás Jarufe Cassis*  
Pontificia Universidad Católica de Chile.  
Departamento de Cirugía Digestiva.  
Facultad de Medicina. Escuela de Medicina.

**Introducción:** El colangiocarcinoma es una patología maligna del epitelio del árbol biliar. 60% se desarrollan en la bifurcación, conocidos como Tumor de Klatskin. El tratamiento para esta patología es la cirugía resectiva. **Objetivos:** Presentar la experiencia de pacientes tratados con intención curativa en nuestro centro en los últimos 13 años. **Material y Método:** Estudio de cohorte no concurrente (diciembre de 2002 a marzo de 2015) de pacientes atendidos en nuestro centro con diagnóstico de tumores de Klatskin sometidos a cirugía resectiva. Se incluyeron variables de edad, sexo, diagnóstico, ASA, complicaciones, resultados oncológicos y mortalidad. Se estudió el comportamiento de las variables mediante

análisis univariable y multivariable. **Resultados:** Se incluyeron 31 pacientes con mediana de edad 63 (33-90) años, con tumores de Klatskin, tipo II 3 (9,7%), tipo IIIa 8 (25,8%), tipo IIIb 11 (35,5%) y tipo IV 9 (29%). Hubo 25 (80,6%) mujeres, siendo la mayoría ASA II 22 (71%). Se realizaron 15 (48,4%) hepatectomías izquierdas con resección de vía biliar y 2 de ellas fueron extendidas. Ocho (24,9%) hepatectomías derechas y 6 de ellas extendidas. Además de 3 (9,7%) resecciones de vía Biliar y 5 (16,1%), laparotomías exploratorias. Se presentaron 19 (61%) casos de complicaciones postoperatorias, de estas 10 (32%) fueron Clavien III. Hubo dos (6,45%) casos de mortalidad perioperatoria. La supervivencia global al año es de 62,6%  $\pm$  8,9, a los cinco años 32,3  $\pm$  9 y a los 10 años es de 16,2%  $\pm$  8. La probabilidad de estar libre de enfermedad al año fue 60%  $\pm$  15. La presencia de radioterapia y/o quimioterapia no se asoció a mejoras en la supervivencia o tiempo libre de enfermedad. **Conclusiones:** El colangiocarcinoma es una enfermedad de mal pronóstico, obliga a procedimientos complejos de alto riesgo. Los resultados confirman que a pesar de ser una situación infrecuente es una entidad de alta mortalidad aún cuando se seleccione a los pacientes para tratamiento curativo.

### CÁNCER DE MAMA EN HOMBRES EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE LA SERENA

*Drs. Francisco Jesús Rodríguez Vega, Tatiana Danilova Danilova, Mauro Antonio Villalón Lazo, Jaime Patricio Huidobro Macaya*

Hospital San Juan de Dios, La Serena. Unidad de Patología Mamaria. Servicio de Cirugía. Facultad de Medicina Universidad Católica del Norte.

**Introducción:** El año 2010 el Cáncer de Mama (CM) se convirtió en la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres chilenas. El Cáncer de Mama en Hombres (CMH) es responsable del 0,2-1% de todos los cánceres en el sexo masculino y 1% de los CM en general. En Chile sólo se disponen datos generales del año 2002, cuando se reportó una mortalidad de 0,14/100.000 (todos los casos > 55 años). **Objetivos:** Describir los pacientes de sexo masculino portadores de cáncer de mama tratados en la Unidad de Patología Mamaria (UPM) del Hospital San Juan de Dios de La Serena (HLS). **Material y Método:** Estudio descriptivo de corte transversal mediante revisión de fichas clínicas. **Resultados:** Existen 1.099 pacientes en seguimiento en la UPM por CM, de los cuales 7 son CMH (0,63%), promedio de edad: 73,2 años (69-78 años). El principal motivo de consulta fue tumor palpable. El tiempo promedio entre el inicio de los síntomas y la primera consulta fue 6 meses. Seis pacientes no presentaron antecedentes familiares ni personales de cáncer. Al diagnóstico, 4 fueron etapificados como T4B, 2 T1C y 1 T3. Seis pacientes fueron N1 al diagnóstico. En 6 pacientes se realizó mastectomía radical modificada. En 6, la histología fue carcinoma ductal infiltrante y 1 carcinoma papilar intraquístico. El tamaño promedio del tumor fue de 3,6 x 3,1 x 2,7 cm. Tres pacientes con linfonodos (+). Cuatro presentaron receptores (+). Cuatro recibieron quimioterapia, 6 radioterapia (post-cirugía), 6 hormonoterapia (5 Tamoxifeno y 1 Anastrozol). **Conclusiones:** El estadio, tratamiento y sobrevida de nuestros pacientes es similar a lo presentado en publicaciones nacionales e internacionales, no existen datos suficientes para comparar tasas de prevalencia e incidencia con el resto del país. Se presenta 8-10 años después que en las mujeres y la agresividad es similar al compararlo con las mujeres con el mismo estadio.

### BIOPSIA DE LINFONODO CENTINELA EN CÁNCER DE MAMA: EXPERIENCIA DE 3 AÑOS EN HOSPITAL VALDIVIA

*Drs. Javier Alejandro Del Valle Pérez, Morgana Utreras Sanhueza, Andrés Steuer Holmgren*  
Universidad Austral de Chile. Unidad de Patología Mamaria. Instituto de Cirugía.

**Introducción:** En pacientes con cáncer de mama la biopsia del linfonodo centinela ha reemplazado a la disección axilar como el método estándar para evaluación del estado linfonodal en pacientes con axila

clínicamente negativa. Presentamos la experiencia de 3 años de realización de la técnica de BLNC en el Hospital Base Valdivia, posterior al proceso de validación. **Objetivos:** Describir los resultados de una técnica quirúrgica que actualmente comprende el estándar de evaluación del estado axilar en cáncer de mama en estadios iniciales. **Material y Método:** Estudio con diseño de Corte Transversal, de estadística Descriptiva, incluyendo pacientes sometidas a cirugía por cáncer de mama entre los años 2012 a 2014 en el Hospital Base Valdivia. **Resultados:** Se rescataron datos de 301 cirugías por cáncer de mama. Todos los pacientes sometidos a BLNC durante el período estudiado presentaron criterios de inclusión y exclusión acorde a las recomendaciones de la guía clínica ASCO 2005. 172 pacientes (57%) fueron sometidos a BLNC con técnica de Azul de Metileno. En todos los pacientes se realizó biopsia por congelación y diferida. En el 14,5% de los casos (n = 28) se obtuvo un resultado positivo para macrometástasis en el estudio contemporáneo, recibiendo disección axilar en el mismo tiempo operatorio. Un 2% adicional (n = 3) requirió disección axilar en un segundo tiempo por resultado positivo en la biopsia diferida. No se logró identificar el LNC en un 7,5% (n = 13) de los casos. De los 131 casos negativos para macrometástasis, 6 resultaron positivos para micrometástasis en la biopsia diferida (4,5%), y uno positivo para células tumorales aisladas (0,7%). **Conclusiones:** Durante el período comprendido entre los años 2012 y 2014 se efectuaron 172 biopsias de linfonodo centinela en el Hospital Valdivia, alcanzando una tasa de identificación adecuada para los estándares actuales y evitando la realización de una disección axilar en la mayoría de las pacientes operadas por cáncer de mama en este centro.

### EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE CONCEPCIÓN EN EL MANEJO Y TRATAMIENTO DE LESIONES NO PALPABLES MAMARIAS DURANTE EL PERÍODO 2012-2014. COMPARACIÓN DE ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

*Drs. Jorge Ignacio Pincheira San Martín, Zaira Patricia Pizarro Zoro, Rodrigo Zuñiga Costa, María Javiera Seco Vásquez, Marcos Vera Figueroa*

Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción. Equipo de Mama, Servicio de Cirugía Hospital Clínico Regional de Concepción. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción.

**Introducción:** La mejoría en las técnicas de *screening* e imagenología en mama han logrado aumentar la pesquisa de lesiones no palpables. La detección precoz ha conseguido llevar el diagnóstico de cáncer de mama a estadios precoces, mejorando el pronóstico y disminuyendo mortalidad. Existen diversas formas de

tratamiento, siendo las más utilizadas en nuestro medio las técnicas ROLL y marcación con estilete metálico ecoguiado, debiendo ambas cumplir características de seguridad y confiabilidad. Es importante revisar el manejo en general y el rendimiento de estas 2 técnicas quirúrgicas. **Objetivos:** 1) Comparar las marcaciones de lesiones no palpables bajo técnica ROLL con las marcaciones con estilete metálico en el Hospital Guillermo Grant Benavente entre los años 2012-2014; 2) Describir: Protocolos de indicación quirúrgica y de marcación, características generales de pacientes operadas, resultados anatomopatológicos de biopsias quirúrgicas, porcentaje de reintervención quirúrgica por ampliación de márgenes en pacientes con neoplasia en biopsia operatoria. **Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyeron 152 pacientes con diagnóstico de Lesión no Palpable mamaria, con técnica ROLL o con estilete metálico. Período comprendido entre enero de 2012 y diciembre de 2014, sumando 154 cirugías (dos pacientes con lesiones bilaterales). No se contempla en esta revisión el manejo de linfonodos axilares. Se utilizaron técnicas estadísticas descriptivas. **Resultados:** 54,5% de las cirugías fueron ROLL, y 45,5% fueron guiadas con Estilete Metálico. El diagnóstico de alguna neoplasia fue 22,04%, y de lesiones premalignas de 9,1%. El compromiso de bordes fue de 8,3% con ROLL, y de 8,5% con guía metálica en el total. Pero de los diagnosticados con neoplasia fue de 31,8% y 50% respectivamente, siendo favorable para ROLL. **Conclusiones:** ROLL es seguro y confiable. Hubo un aumento del uso de ROLL durante el período estudiado. Sin diferencias en cuanto al compromiso de bordes en el total, pero en las diagnosticadas con neoplasia fue más seguro ROLL.

### ENFERMEDAD PAGET: 13 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE UNA MANIFESTACIÓN RARA DE CÁNCER DE MAMA

*Drs. Jaime Antonio Vásquez Yáñez, Gladys Ibáñez Ramírez, Daniel Perdomo Gainza, Vivian Parada Farías, Freddy Alejandro Ferreira Camacho, Maura Olea Andreani*  
Complejo Hospitalario San José. Independencia, Santiago. Patología mamaria. Hospital Clínico Universidad de Chile.

**Introducción:** La enfermedad de Paget es una alteración del complejo areola pezón, que a menudo está asociado a cáncer de mama. Está caracterizado por eczema del pezón y afecta mayormente a mujeres postmenopáusicas. Su incidencia corresponde al 0,5% de los cánceres de mama. **Objetivos:** Reportar las características anatomoclínicas de la Enfermedad de Paget y su conducta terapéutica. **Material y Método:** Se realiza estudio descriptivo y retrospectivo de todas las pacientes con diagnóstico de enfermedad de Paget realizadas durante los años 2002-2015 en el Policlínico de mama del Hospital San José. Se revisaron fichas clínicas, caracterizando el diagnóstico, biopsias, cirugía

realizada, morbilidades asociadas al procedimiento y mortalidad. **Resultados:** Se evaluaron 15 pacientes con diagnóstico histológico de enfermedad de Paget, 100% de sexo femenino y con un promedio de edad de 69 años. El tiempo de síntomas fue de 8 meses en 70% de los casos, con máximo de 24 meses. Se realizaron 8 mastectomías parciales y 7 totales, cuyas biopsias definitivas fueron 53,3% para carcinomas ductales *in situ* y el 46,6 carcinomas ductal invasor. Se reportaron 7 linfadenectomías axilares, evidenciando 3 pacientes con metástasis ganglionares. Dentro de la neoadyuvancia 20% requirieron quimioterapia y el 86,6% se realizó radioterapia postoperatoria. No hubo mortalidad en la serie operatoria y dentro de las complicaciones hubo 6,6% seroma. **Conclusiones:** La enfermedad de Paget es una manifestación rara del complejo areola pezón con manifestación eczematosa, en la cual la mayoría tienen un cáncer de mama subyacente. En esta serie casi en su mayoría fue cáncer con pronóstico bueno a largo plazo.

### ANÁLISIS BIOPSIA GANGLIO CENTINELA EN PACIENTES OPERADAS DE CÁNCER DE MAMA EN HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA. ESTUDIO EN UN AÑO DE 87 CASOS

*Drs. Sergio Fernando Chaparro Bustamante, Jorge Ignacio Escárdate Lorca, Hernando Blanco Arias*  
Hospital Regional de Rancagua. Servicio de Cirugía. Unidad de Patología Mamaria.

**Introducción:** La técnica de detección del ganglio centinela (GC) se basa en la detección mediante un contraste del primer ganglio de drenaje de una neoplasia. En la actualidad el estudio del GC está siendo evaluado en pacientes con axila clínicamente negativa, para determinar el grado de afectación de los ganglios axilares. Con el estudio del GC se intenta reemplazar a la resección axilar y reducir así la alta morbilidad de esta disección axilar. En el presente trabajo, queremos reflejar nuestra experiencia de 1 año con respecto a biopsias obtenidas en pacientes operados de cáncer de mama en el Hospital Regional Rancagua (HRR). **Objetivos:** El objetivo del presente trabajo es determinar la tasa de falsos negativos en el estudio de Biopsia del GC en nuestro hospital, y así brindar un mejor manejo de la patología maligna de mama, con la menor morbimortalidad posible. **Material y Método:** Estudio retrospectivo en período de 1 año, donde se revisaron las fichas clínicas en la Sección de Archivos del HRR, seleccionando 87 pacientes que fueron intervenidas por carcinoma de mama, evaluándose los protocolos operatorios donde se informaba la biopsia rápida del GC, informada por el patólogo como positiva o negativa, y posteriormente evaluada la biopsia en diferido, a modo de establecer la cantidad de falsos negativos. **Resultados:** El resultado fue un 8% de falsos negativos. **Conclusiones:** En las 87 pacientes estudiadas, en 86 pacientes se estudió el GC. De las 86 pacientes,

72 biopsias rápidas del GC fueron negativas, y posteriormente en la biopsia diferida 6 resultaron positivas, dando un 8% de falsos negativos. Según los resultados obtenidos en nuestro estudio, los análisis realizados en nuestro hospital concuerdan con la tasa de falsos negativos aceptados internacionalmente, siendo esto inclusive menores, y se mantienen dentro de valores que nos permiten una buena práctica y tratamiento dentro de límites de seguridad de la patología maligna mamaria.

### **RECONSTRUCCIÓN MAMARIA POR CÁNCER DE MAMA EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA 2008-2015**

*Drs. Pablo Vilca Araneda, Diego Ardiles López, Yoel López Llipita*

Hospital Dr. Leonardo Guzmán, Antofagasta. Unidad de Patología Mamaria. Universidad de Antofagasta.

**Introducción:** La reconstrucción mamaria es un pilar fundamental en el tratamiento de mujeres con cáncer de mama debido a sus implicancias estéticas y psicológicas, logrando así un manejo integral de la paciente. Sin embargo, es un proceso complejo, no exento de complicaciones, que requiere un equipo experimentado para un resultado óptimo. **Objetivos:** Exponer la experiencia en reconstrucción mamaria (RM) en el Hospital Regional de Antofagasta (HRA); según la técnica utilizada y las complicaciones derivadas del

procedimiento. **Material y Método:** Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo, revisándose las fichas clínicas de las pacientes con cáncer de mama sometidas a reconstrucción mamaria en el período enero de 2008 a julio de 2015 en el HRA, analizándose la edad, histología del cáncer mama, tipo de reconstrucción y tipo de complicaciones. **Resultados:** Se revisó la ficha clínica de 42 pacientes, con una edad promedio de 50,6 años (35-68 años), según histología fueron 80,9% carcinoma ductal; 4,8% carcinoma lobulillar; 2,3% carcinoma mucinoso. Se efectuaron 10 reconstrucciones inmediatas y 32 diferidas. Las técnicas utilizadas fueron colgajo de recto abdominal (TRAM) 38 (90,4%), colgajo dorsal 2 (4,8%), expansor y recambio por prótesis en segundo tiempo 2 (4,8%) y en 6 pacientes (14,2%) se realizó reconstrucción del complejo areola-pezones. Dentro de las complicaciones, hubo hematoma 4,7%, seroma 9,5%, infecciones 4,7%, retracción cutánea 4,2%, necrosis grasa colgajo 7,1% y necrosis parcial de colgajo 4,2%. **Conclusiones:** En el HRA la técnica con colgajo TRAM pediculado fue el procedimiento más frecuente de RM, ya que es una excelente alternativa de reconstrucción en pacientes sometidos a mastectomía total, sin embargo, esta técnica no está libre de complicaciones, siendo las más frecuentes la aparición de seromas y necrosis grasa de colgajo; y sólo existiendo un caso de necrosis parcial de colgajo, por lo que muestra que en nuestro hospital existe una baja morbilidad en este tipo de cirugías.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE RADIONE-CROSIS TARDÍA

*Drs. Jaime Gonzalo Fernández Ruiz, José Miguel Clavero Ribes, José Manuel Donaire Acevedo, Hugo Álvarez M., Felipe Carvajal V., Gonzalo Pavez R.*  
Instituto Nacional del Cáncer Dr. Caupolicán Pardo  
Correa. Recoleta, Santiago. Cirugía. Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

**Introducción:** La radionecrosis constituye un efecto no deseado a largo plazo de la radioterapia. En el caso de radioterapia adyuvante en el tratamiento del cáncer de mamas, el compromiso de diferentes tejidos de la pared torácica hace difícil manejar estos cuadros. Habitualmente la radionecrosis se manifiesta con infecciones de los tejidos afectados la que se agrava con la ausencia de una irrigación adecuada que impide la cicatrización y una respuesta inmune eficaz. El tratamiento en estos casos es quirúrgico, consistiendo en la remoción de todo el tejido afectado, incluyendo hueso y cartilago si es necesario. La reconstrucción en estos casos puede requerir reconstrucción de pared y además del componente músculo-cutáneo, para la que se necesitan malla asociadas a colgajos libres o pediculados con isla cutánea. **Objetivos:** Mostrar el caso clínico de una paciente sometida a tratamiento quirúrgico por radionecrosis tardía asociada a osteomielitis de costilla cartilaginosa y ósea. **Material y Método:** Paciente de sexo femenino, en el año 1994 (38 años), es sometida a cirugía y radioterapia adyuvante por cáncer de mama izquierdo T2N1M0. Evolucionó a largo plazo (16 años después) con eritema y aumento de volumen progresivo paraesternal izquierdo. Posteriormente la sintomatología se hace progresiva agregándose solución de continuidad con salida de líquido purulento. Luego de tratamientos fallidos, se decide cirugía. Se efectuó resección en bloc de pared torácica, incluyendo segunda y tercera costilla, segmento de esternón, músculo pectoral y piel. Se reconstruyó con una malla de prolene y un colgajo pediculado de dorsal ancho con una isla cutánea. **Resultados:** Paciente presenta evolución favorable con cicatrización completa sin recurrencias de la radionecrosis ni de su patología oncológica. **Conclusiones:** Se concluye que el tratamiento quirúrgico resectivo con reconstrucción de pared torácica es una alternativa válida en el manejo de la radionecrosis como secuela a largo plazo de la radioterapia para el tratamiento del cáncer de mamas.

## TORACOTOMÍA DE URGENCIA. ¿QUÉ ESPERAMOS ENCONTRAR?

*Drs. Javier Vega Salas, Enrica Ramírez Pittaluga, Cristóbal Orellana Gajardo, Sergio Pereira Neira, Ivonne Peña Álvarez, Francisca González Serrano, Gerardo Mordojovich Ruiz*  
Hospital San Juan de Dios, Santiago.

**Introducción:** Las lesiones torácicas son la causa primaria o el factor contribuyente en más del 75% de las

muerres por trauma. Sólo un 10 a 15% de los pacientes que sufren un traumatismo torácico requieren cirugía.

**Objetivos:** Describir las lesiones más frecuentemente encontradas durante las toracotomías de urgencia, haciendo énfasis en las diferencias según mecanismo (arma de fuego vs arma blanca) con el fin de dirigir el enfrentamiento quirúrgico. **Material y Método:** Estudio de corte transversal, analítico. Se buscó “toracotomía” en la base de datos del Pabellón de Urgencia del HSJD. Se incluyeron a los pacientes operados entre el 01/01/10 al 01/01/15, dentro de la primera a la cuarta hora, desde la llegada al Servicio de Urgencia y que contaban con registro de todas las variables a estudiar. Se excluyeron aquellos sometidos a toracotomías de emergencia, diferidas y que no contaban con registros completos. Se consideraron las siguientes variables: edad, sexo, mecanismo de trauma, sistemas comprometidos, abordaje quirúrgico, complicaciones postoperatorias, días de hospitalización, tiempo operatorio, mortalidad y momento del fallecimiento. **Resultados:** Se incluyeron 70 pacientes. El mecanismo de trauma más frecuente fue el penetrante por arma blanca (81,4%), seguido por el arma de fuego (15,7%). Las lesiones más frecuentes fueron las que afectaron al parénquima pulmonar (48,5%) y al miocardio (34,2%). Se identificó el compromiso de más de un sistema en el 72,7% de los traumatismos por arma de fuego y en el 40,3% de los traumatismos por arma blanca. La mortalidad en las lesiones por arma de fuego y arma blanca fue de 36,4% y 8,7%, respectivamente. **Conclusiones:** Si bien las toracotomías de urgencia secundarias a heridas por arma de fuego representan sólo un 15,7% de los casos, éstas se asocian significativamente a un mayor número de lesiones asociadas y mortalidad. Se hace imprescindible entonces dirigir el enfrentamiento según el mecanismo del trauma.

## METASTASECTOMÍA PULMONAR: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU

*Drs. Carlos Álvarez Zepeda, Francisco Andrés Molina Parra, Loreto Cecilia Fuschini Villarroel, Carlos Cornejo Sanguesa, Pablo Meneses Rojo*  
Hospital Barros Luco Trudeau. San Miguel, Santiago.  
Servicio de Cirugía. Equipo de Cirugía de Tórax.

**Introducción:** El pulmón es un sitio frecuente de metástasis; un 30% de los pacientes con cáncer, eventualmente desarrollará metástasis pulmonares. La metastasectomía pulmonar, ha sido propugnada en pacientes seleccionados con metástasis originadas de una variedad de tumores sólidos. Siguiendo los postulados del *Memorial Sloan Kettering Cancer Center*, el tumor primario debe estar controlado; no deben existir metástasis en otros órganos; todos los nódulos factibles de ser resecados; la reserva funcional pulmonar debe

ser suficiente para que el paciente tolere la resección pulmonar y no deben existir contraindicaciones anestésicas mayores. **Objetivos:** Nuestro objetivo es describir una serie de pacientes sometidos a metastasectomía pulmonar en el Hospital Barros Luco Trudeau (HBLT) entre el 2012 y 2015, cánceres involucrados, técnicas quirúrgicas usadas, resultados y evolución. **Material y Método:** Estudio de longitudinal prospectivo, descriptivo. Se realizó una base de datos de pacientes con diagnóstico de Metástasis pulmonar, excluyendo los de origen pleuropulmonar o mama, intervenidos en nuestro hospital entre los años 2012 y 2015, a los cuales se les realizó seguimiento clínico e imagenológico. Se analizaron las características clínicas, tratamiento, morbimortalidad y resultados. **Resultados:** Se operaron 15 pacientes por metastasectomía pulmonar con intención curativa. El promedio de edad fue 57,93 8,36 años. La mayoría de los pacientes, el primario fue colorrectal. La forma habitual de presentación fue de nódulos aislados, unilateral con un promedio de 1,46 0,84. El abordaje quirúrgico más frecuente fue la toracotomía, en 12 ocasiones, asociado a resección en cuña de las lesiones (60%) y en otro 33,33% se asoció, linfadenectomía. Hubo tratamiento adyuvante en 10 pacientes, quimioterapia. El seguimiento fue de 11,75 10,62 meses en promedio. El 13,3% de los pacientes recidivó y dos pacientes fueron reintervenidos. No hay mortalidad en nuestra serie. **Conclusiones:** La metastasectomía pulmonar en pacientes seleccionados ofrece una buena alternativa con baja morbimortalidad quirúrgica para prolongar la sobrevida.

### TIMECTOMÍA PRECOZ VERSUS TARDÍA EN MIASTENIA GRAVIS INFLUYE EN LA RECIDIVA

*Drs. Maximiliano Mass Avilés, Natalia Moreno Baeza, Tamara Peters Álvarez, Hugo Álvarez M., Tamara Daire Rojas, Jaime Gonzalo Fernández Ruiz, Jorge Salguero Aparicio, José Miguel Clavero Ribes, Ramón Gonzalo Cardemil Herrera*  
Hospital Clínico Universidad de Chile. Cirugía de Tórax.

**Introducción:** La miastenia gravis es un trastorno que comprende debilidad del músculo esquelético, por autoanticuerpos contra la unión neuromuscular que se originan en centros hiperplásticos del timo. La timectomía puede ser curativa hasta en 30% de los casos, se postula que a más precoz mejor pronóstico postoperatorio. **Objetivos:** Determinar si la timectomía realizada precozmente tiene menor recidiva vs timectomía tardía. **Material y Método:** Es un estudio de cohorte retrospectivo y de análisis descriptivo sobre timectomía en miastenia gravis. Se estudia una cohorte de 39 pacientes (16 hombres, 23 mujeres) con diagnóstico de MG en HCUCH que fueron sometidos a timectomía por videotoracoscopia entre los años 2008

y 2015. Se dividen en bloques según cirugía antes o después de 1 año desde el diagnóstico y se compara la recurrencia de síntomas. **Resultados:** El total de pacientes tiene un promedio de 9,3 meses entre el diagnóstico de MG y la timectomía, y los grupos operados antes y después de 1 año promedian 3,5 y 18,5 meses respectivamente. Se registró alguna recidiva en un 56,4%, siendo la mayoría síntomas leves. Del total de pacientes un 74% presenta mejoría global (disminuyen o remiten síntomas) correspondiendo un 70% de estos al grupo operado precozmente. El grupo operado tardíamente presentó mayor mantención de sus síntomas, menor disminución de sus síntomas y tuvo 1 paciente que recidivó con mayor gravedad. **Conclusiones:** El grupo de pacientes miasténicos con timectomía antes de un año desde el diagnóstico, presenta mayor mejoría y remisión de sus síntomas, versus el grupo operado después de un año. Existe mayor recidiva que lo publicado previamente, sin embargo, la mayoría son síntomas leves. Hacen falta cohortes más grandes para obtener diferencias estadísticamente significativas.

### QUISTE BRONCOGÉNICO INTRATÍMICO: HALLAZGO HISTOPATOLÓGICO

*Drs. Álvaro Rivas Müller, Norma Villalón Carrasco, Jorge Armijo Herrera, Rubén Alejandro Valenzuela Matamala, Virginia Linacre Sandoval, Guillermo Cacciuttolo Peralta, Cristina Fernández Ferradas*  
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica. Cirugía de Tórax.

**Introducción:** Los quistes broncogénicos son malformaciones benignas poco frecuentes del árbol traqueo-bronquial originados en la porción ventral del intestino primitivo. Se localizan habitualmente en el mediastino y pulmones. La presentación intratímica es extremadamente infrecuente, con menos de 10 casos reportados en la literatura. Se presenta el caso de paciente operado de forma exitosa. **Objetivos:** Contribuir a divulgación científica del quiste broncogénico intratímico, una patología muy poco frecuente. **Material y Método:** Paciente masculino de 55 años, sin antecedentes mórbidos. Consultó por tos ocasional de 6 meses de evolución. Dentro del estudio se realizó TC de tórax que como hallazgo incidental mostró nódulo polilobulado en mediastino anterosuperior de 31 x 27 x 20 mm, con pobre captación de contraste, compatible con tumor tímico. Fue derivado a Instituto Nacional del Tórax donde se realizó timectomía extendida trans-esternal, sin incidentes. Biopsia informó estructura quística multiloculada intratímica de 22 x 20 mm, con pared fibrosa delgada revestida por epitelio de tipo respiratorio normotípico, compatible con el diagnóstico de quiste broncogénico multiloculado. **Resultados:** Existen pocos estudios de entidades benignas del timo. Dada la baja frecuencia de quistes intratímicos se hace muy difícil el diagnóstico



pre operatorio. La tomografía computada no permite discriminar fehacientemente entre lesiones quísticas y neoplasias tímicas. Ante la sospecha de timoma corresponde la resección quirúrgica con criterio oncológico.

**Conclusiones:** A pesar de ser extremadamente poco frecuentes, debemos considerar los quistes broncogénicos dentro del diagnóstico diferencial de tumores del timo en el adulto.

## CORRELACIÓN ENTRE MAGNITUD DE SIMPATECTOMÍA E HIPERHIDROSIS COMPENSATORIA

*Drs. Yoshiro Sato Alvarado, Maximiliano Mass Avilés, Tamara Peters Álvarez, Natalia Moreno Baeza, Hugo Álvarez M., Jaime Gonzalo Fernández Ruiz, José Miguel Clavero Ribes, Jorge Salguero Aparicio, Ramón Gonzalo Cardemil Herrera*  
Hospital Clínico Universidad de Chile. Cirugía de Tórax.

**Introducción:** La Hiperhidrosis idiopática moderada a severa puede afectar la calidad de vida del paciente; tras la falla de tratamientos médicos la simpatectomía bilateral por videotoracoscopia ofrece una solución definitiva, sin embargo, tiene una alta incidencia de hiperhidrosis compensatoria postoperatoria que perpetúa las molestias del paciente. Existe evidencia

controversial sobre los factores de riesgo de este efecto adverso. **Objetivos:** Determinar si la magnitud de la simpatectomía o el tiempo de evolución de enfermedad se asocian a mayor hiperhidrosis compensatoria.

**Material y Método:** Es un estudio de cohorte retrospectivo y de análisis descriptivo sobre simpatectomía en Hiperhidrosis idiopática. Se estudia una cohorte de 46 pacientes (18 hombres, 28 mujeres) con diagnóstico de Hiperhidrosis idiopática en HCUCH que fueron sometidos a simpatectomía bilateral por videotoracoscopia entre los años 2013 y 2015. Se dividen en bloques según nivel de tronco simpático seccionado y por tiempo de evolución y se compara la hiperhidrosis compensatoria. **Resultados:** Los pacientes con sección en 1 nivel presentaron un 27% de hiperhidrosis compensatoria (HC) al primer control, así mismo la sección de T2-T3, T3-T4 y T2-T3-T4 presentaron HC en 20%, 35,7% y 44% respectivamente, mostrando aumento de HC a mayor magnitud de la sección. Los grupos con más o menos de 10 años de evolución no presentaron diferencias. La HC más frecuente fue abdomen y espalda, 40% cada una, seguido por palmas y muslos.

**Conclusiones:** La cohorte estudiada presenta mayor hiperhidrosis compensatoria a mayor magnitud de la simpatectomía; no permite establecer asociación entre el tiempo de evolución de la hiperhidrosis primaria y la HC. Hacen falta más estudios para establecerlos como factores de riesgo.

### EXPERIENCIA QUIRÚRGICA EN TRAUMA ABDOMINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIA DEL HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU (HBLT)

*Drs. Valentina Valenzuela Rebolledo, Edson Wilmer Alanez Bautista, Felipe Castillo Henríquez, Ángela Molero Tecedor, Francisco Moraga Vásquez, Pablo Pérez Castro*

Hospital Barros Luco Trudeau. San Miguel, Santiago. Servicio de Urgencia.

**Introducción:** El trauma constituye una de las principales causas de mortalidad. Dentro de este el trauma abdominal tiene gran relevancia por ser la principal causa de *shock* hipovolémico en estos pacientes y por la gran variedad de lesiones que puede involucrar. Dependiendo de las características demográficas y socioculturales de cada población las características del traumatismo abdominal varían considerablemente. **Objetivos:** Dar a conocer la experiencia quirúrgica en pacientes con diagnóstico de trauma abdominal manejados en el Servicio de Urgencia del HBLT. **Material y Método:** Diseño: retrospectivo, corte transversal. Muestra: pacientes ingresados a pabellón con diagnóstico de trauma abdominal entre los años 2013 y 2015. Variables: se analizaron variables demográficas, características clínicas y diagnósticas al ingreso. Tipos de lesiones y su resolución. Análisis estadístico: descriptivo. **Resultados:** Se recibieron 125 pacientes con trauma abdominal que requirieron intervención quirúrgica, con un promedio de edad de 35 años (16-84) y un predominio del sexo masculino con un 91%. Un 96,3% correspondió a trauma penetrante. El mecanismo causal en un 74% fue el arma de fuego, mientras que en un 26% de los casos fue el arma blanca. En cuanto a la intervención quirúrgica, la vía de abordaje fue la laparotomía, asociada en 4 pacientes a toracotomía de resucitación. En trauma cerrado el procedimiento más realizado la esplenectomía y trauma fue la enterorrafia. La mortalidad perioperatoria fue del 12%. **Conclusiones:** El trauma abdominal representa un desafío quirúrgico dada la variedad de estructuras que pueden estar comprometidas y de la complejidad de resolverlas. La morbilidad y mortalidad, están en juego y dependen del manejo correcto, éste a su vez implica un diagnóstico y abordaje quirúrgico precoz y adecuado de acuerdo con el mecanismo del traumatismo. Los resultados de nuestra serie son similares en sexo afectado, agente causal y órganos afectados, con los de otros trabajos.

### TRAUMA PENETRANTE CARDÍACO. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

*Drs. Enrica Ramírez Pittaluga, Javier Vega Salas, Sergio Pereira Neira, Ivonne Pena Álvarez, Francisca González Serrano, Cristóbal Orellana Gajardo, Carlos Orfali Hott*

Hospital San Juan de Dios, Santiago. Cirugía General.

**Introducción:** El trauma cardíaco representa uno de los principales motivos de muerte por violencia urbana

y se clasifica en penetrante o contuso. La causa más frecuente de trauma cardíaco son las lesiones penetrantes. **Objetivos:** Describir aspectos epidemiológicos y especificar las lesiones más frecuentemente encontradas en los pacientes con heridas penetrantes cardíacas en el Hospital San Juan de Dios (HSJD). **Material y Método:** Estudio de Corte transversal descriptivo. Se buscó “Toracotomía” en la base de datos del Pabellón de Urgencia del HSJD. Se incluyeron a los pacientes operados entre el 01/01/2010 al 01/01/2015, que contaban con registro de todas las variables a estudiar. Se excluyeron todos aquellos pacientes con registros incompletos. Se consideraron las siguientes variables: sexo, edad, mecanismo de trauma, cavidad comprometida, complicaciones postoperatorias, días de hospitalización, mortalidad y momento del fallecimiento. **Resultados:** Se incluyeron 22 pacientes, el sexo predominante fue el masculino (90,9%), la edad promedio fue de 29 años, con un 27,3% de los casos menores de 18 años. El mecanismo de trauma más frecuente fue el penetrante por arma blanca (90,9%). La cavidad más afectada fue el ventrículo izquierdo (40,9%). Las complicaciones post-quirúrgicas estuvieron presentes en el 40,9% de los casos, de estos el 33% fue por neumonía nosocomial. El promedio de días de hospitalización fue de 12,3 días. La mortalidad fue de un 18,1% con un promedio de 48,8 h post cirugía. **Conclusiones:** Las heridas penetrantes cardíacas son una realidad en nuestro medio, éstas son manejadas casi en su totalidad por cirujanos generales. Desafortunadamente la edad de presentación es cada vez menor predisponiendo precozmente a futuras complicaciones.

### TRAUMA PENETRANTE ABDOMINAL (TPA); DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y ÓRGANOS COMPROMETIDOS SEGÚN MECANISMO DE LESIÓN. EXPERIENCIA EN HOSPITAL SAN JOSÉ (HSJ) ENTRE LOS AÑOS 2009-2015

*Drs. David Cambiazo Fuentes, Elias Veas Cortés, Belén Tamara Pedraza Jaque, Daniel Alejandro Lazcano Ramírez, Lorenzo Nicolás González Palacios*  
Complejo Hospitalario San José. Independencia, Santiago. Servicio de Urgencia.

**Introducción:** El trauma abdominal representa un gran desafío para el cirujano que trabaja en los Servicios de Urgencia. Su alta incidencia se debe principalmente a la exacerbada delincuencia de hoy. La mortalidad es variable y depende del mecanismo de lesión y los órganos afectados. Se clasifica como TPA aquella lesión que sobrepasa el peritoneo parietal, siendo simple o visceral dependiendo de la afectación de órganos. **Objetivos:** Descripción de pacientes con TPA; mecanismo y órganos lesionados, en pacientes atendidos consecutivamente en el Servicio de Urgencia (SU) del HSJ en

un período de 6 años. **Material y Método:** Revisión retrospectiva de protocolos operatorios de los pacientes ingresados vivos y operados de trauma penetrante abdominal en el SU del HSJ entre abril de 2009 y abril de 2015. Se realizó un análisis descriptivo de las siguientes variables: etiología, epidemiología, órganos lesionados y mortalidad. **Resultados:** De un total de 485 casos con TPA como diagnóstico de ingreso, 60 pacientes presentaron TPA simple y 425 lesiones viscerales. 470 fueron hombres. La edad promedio fue 30 años (14-77). 63% fueron por arma blanca (AB) y 37% Arma fuego (AF). La mortalidad global fue de 4% y del total de muertes, 9 se registraron pabellón y 9 en UPC. Los órganos más frecuentemente lesionados por AB fueron intestino delgado (ID) 32%, colon 14% e hígado 14%. Mientras que por AF; ID 30%, colon 22% e hígado 11% destacándose acá la frecuencia de lesiones vasculares abdominales (9%). **Conclusiones:** El mecanismo de lesión más frecuente es arma blanca, el género más afectado y el que tiene mayor mortalidad es el masculino, predomina la tercera década de vida; hallazgos compatibles con la literatura. El órgano lesionado con mayor frecuencia fue el ID, independiente del mecanismo lesional, lo cual puede explicarse por el alto número de población penitenciaria atendida en este centro.

#### **TRAUMA PENETRANTE ABDOMINAL (TPA); MANEJO OPERATORIO DE LESIONES EN ÓRGANOS AFECTADOS**

*Drs. David Cambiazo Fuentes, Elías Veas Cortés, Daniel Alejandro Lazcano Ramírez, Belén Tamara Pedraza Jaque, Lorenzo Nicolás González Palacios*  
Complejo Hospitalario San José. Independencia, Santiago. Servicio de Urgencia.

**Introducción:** El manejo de las lesiones viscerales en TPA no sigue un protocolo formal. Debe realizarse en función del órgano afectado, magnitud y condición clínica del paciente. La evolución y pronóstico del paciente se influyen por variables dependientes e independientes de la técnica quirúrgica. Una de las indicaciones de laparostomía corresponde al trauma abdominal grave, su técnica es variable y se asocia a alta morbimortalidad médico-quirúrgica. **Objetivos:** Descripción del pacientes con TPA; manejo de lesiones en órganos afectados, laparostomías y su técnica. **Material y Método:** Revisión retrospectiva de protocolos operatorios de los pacientes ingresados vivos y operados de TPA en la Unidad de Urgencia del HSJ entre abril de 2009 y abril de 2015. Se realizó un análisis descriptivo de las siguientes variables: manejo de lesiones, laparostomías y sus técnicas. **Resultados:** De un total de 485 casos con TPA como diagnóstico de ingreso, 425 presentaron lesiones viscerales. Del global de lesiones de intestino delgado (arma blanca/arma fuego) se realizó sólo rafia en 58%,

resección anastomosis 28% y rafia resección anastomosis 3%. En colon; rafia 45%, resección anastomosis 13% y hemicolectomía 13%. 19% pacientes requirió colostomía. En hígado; fulguración 40%, rafia 30% y compresión hemostáticos 28%. En bazo; fulguración 38%, compresión hemostáticos 29% y esplenectomía 28%. En riñón; nefrectomía 50%, fulguración 13% y hemostáticos 13%. 50 pacientes quedaron laparostomizados, de ellos; 84% mediante bolsa Bogotá, 10% laparostomía contenida y 6% VAC. **Conclusiones:** El manejo quirúrgico de TPA está estrechamente relacionado con la destreza técnica del cirujano y su toma de decisiones. Conocer la anatomía y el pronóstico vital de las estructuras lesionadas es fundamental al momento de actuar. El uso de suturas, maniobras hemostáticas y/o exceresis es variable dependiendo de la extensión de la lesión. La laparostomía es un procedimiento necesario, ampliamente difundido y dado su morbimortalidad requiere ser bien indicado.

#### **TRAUMA PENETRANTE ABDOMINAL (TPA); DESCRIPCIÓN DE LESIONES VASCULARES (LV) Y SU MANEJO, ADEMÁS DE LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS. EXPERIENCIA EN HOSPITAL SAN JOSÉ (HSJ) ENTRE LOS AÑOS 2009-2015**

*Drs. David Cambiazo Fuentes, Elías Veas Cortés, Belén Tamara Pedraza Jaque, Daniel Alejandro Lazcano Ramírez, Lorenzo Nicolás González Palacios*  
Complejo Hospitalario San José. Independencia, Santiago. Servicio de Urgencia.

**Introducción:** El manejo de las LV en relación al TPA depende de la magnitud y gravedad de los hallazgos, variando desde una reparación primaria de las lesiones, técnicas protésicas y derivativas o bien una cirugía de control de daños. Una de las principales causas de muerte en TPA corresponde al asociado a lesión de un vaso principal. Por otra parte, las complicaciones postoperatorias se definen como la condición secundaria que se desarrolla en la evolución de una intervención quirúrgica. **Objetivos:** Descripción de lesiones vasculares y su manejo en pacientes con TPA, así como las complicaciones postoperatorias, en pacientes atendidos consecutivamente en el Servicio de Urgencia del HSJ en un período de 6 años. **Material y Método:** Revisión retrospectiva de protocolos operatorios de los pacientes ingresados vivos y operados TPA en la Unidad de Urgencia del HSJ entre abril de 2009 y abril de 2015. Se realizó un análisis descriptivo de las siguientes variables: lesión vascular abdominal y su manejo. Complicaciones postoperatorias. **Resultados:** De un total de 485 casos con TPA como diagnóstico de ingreso, 60 pacientes presentaron lesión vascular intraabdominal asociada; 30% vasos

iliacos, 23% Aorta, 18% vena cava, 11% vasos renales y 10% vena mesentérica. 38% de quienes tenían lesión de cava y/o aorta fallecieron. El manejo principal de estas lesiones fue; 52% rafia, 28% ligadura, 8% resección anastomosis y 7% *bypass*. Respecto de las complicaciones postoperatorias; 23% fue hemorragia, 14% infección herida operatoria, 14% dehiscencia de sutura y 11% colección intraabdominal. **Conclusiones:** Existe un porcentaje considerable de lesión vascular en el seno de TPA, estas conllevan una alta morbimortalidad y el manejo oportuno juega un rol fundamental. El porcentaje de letalidad menor a otras series respecto a lesión de grandes vasos puede deberse a muerte pre-hospitalaria. Las complicaciones postoperatorias en TPA no guardan gran diferencia con complicaciones postoperatorias convencionales.

### PREVENCIÓN DEL “SÍNDROME POR APLASTAMIENTO” CON UNA REANIMACIÓN PRECOZ Y AGRESIVA EN UN OBRERO ENTERRADO

*Dr. Pablo Antonio Arellano Graell*

Hospital Militar de Santiago (HOSMIL). Servicio de Cirugía. Bomberos de Chile-Fuerza de Rescate Urbano.

**Introducción:** El síndrome por aplastamiento es una entidad poco conocida la cual ocurre posterior a una lesión muscular compresiva. Caracterizada por manifestaciones sistémicas como injuria renal aguda, *shock* hipovolémico y alteraciones hidroelectrolíticas. Esta patología tiene una alta morbi-mortalidad si no es manejada agresivamente desde el pre-hospitalario. **Objetivos:** Se presenta el rescate de un obrero de 40 años, enterrado en una zanja por 19 h bajo tierra, en el cual se realizó una reanimación precoz con soluciones isotónicas y monitorización durante todo el rescate. A pesar de presentar un aumento en los niveles plasmáticos de CK-Total, el paciente evolucionó sin injuria renal aguda ni alteraciones hidroelectrolíticas. **Material y Método:** Diseño: Inclasificable o inespecífico. Caso Clínico: No utiliza Herramienta estadística. **Conclusiones:** El manejo agresivo y precoz con soluciones isotónicas desde el pre-hospitalario es una terapia eficaz para la nefro-protección y prevención del síndrome por aplastamiento.

### CARACTERIZACIÓN DEL INGRESO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EL HOSPITAL BASE SAN JOSÉ DE OSORNO

*Drs. Claudio Heine Tapia, José Luis Sánchez Velizar, Diego Gianetti Bahamonde, Gabriela Campos Klesse, Gabriela Montecinos Gual, Andrea Elizabeth Del Valle Pérez*

Hospital Base San José de Osorno. Unidad de Emergencia. Internos Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Sede Osorno.

**Introducción:** El traumatismo es la principal causa de muerte dentro de las primeras cuatro décadas de la vida. Los mecanismos más frecuente sigue siendo los accidentes de tránsito, seguidos de las caídas de altura y los traumas secundarios a violencia. **Objetivos:** Describir las características de los pacientes ingresados con diagnóstico de Politraumatismo según la guía GES del MINSAL en el Hospital Base San José de Osorno en un periodo de tiempo de 1 año. **Material y Método:** Estudio de Serie de Casos retrospectiva de pacientes ingresados con diagnóstico de Politraumatismo al Hospital Base San José de Osorno entre febrero de 2013 a febrero de 2014. Análisis descriptivo y de asociaciones. **Resultados:** El total de pacientes correspondientes a la serie es de 33, de los cuales el 81% son varones. El promedio de edad fue de 46 años (i: 14-86). De los pacientes, un 60% fueron rescatados en el lugar por el SAMU de la Unidad de Emergencia (UE), sin embargo, un 30% (10 pacientes), llegaron por sus propios medios. El tiempo promedio de acceso desde el accidente a la UE fue de 360 min. Los mecanismos más frecuentes fueron: Accidente de tránsito en 17 pacientes (50%) y caída de altura con un 27%. En el estudio al ingreso, el 100% requirió imágenes siendo en un 77% Tomografía computada y el 23% radiología convencional. Ocho pacientes (23% de la serie) requirió de cirugía de urgencia, 5 de ellos llevada a cabo por Cirujano de Urgencia (3 traumas torácicos y 2 traumas abdominales complicados) y 3 de ellos por Neurocirujano (2 TEC graves con hematoma extradural y 1 lesión de columna toraco-lumbar). No hubo mortalidad en este grupo. **Conclusiones:** Los resultados de nuestra serie concuerdan con la evidencia existente en la literatura. La información recolectada permitirá mejorar el manejo de los pacientes Politraumatizados en el HBSJO.

### CIRUGÍA EN TUMORES GÁSTRICOS DE ORIGEN MESENQUIMÁTICO. PRESENTACIÓN DE TRES CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

*Drs. Felipe Castillo Henríquez, Gonzalo Masia López, Rodrigo Abularach Cuellar, Valentina Valenzuela Rebolledo, Javier Reyes Illanes, Pablo Pérez Castro, Francisco Moraga Vásquez*  
Hospital Barros Luco Trudeau. San Miguel, Santiago.  
Equipo Cirugía Digestiva-Servicio de Cirugía.

**Introducción:** Los tumores de origen mesenquimático constituyen el 3% de las neoplasias gástricas, siendo los tumores del estroma gastrointestinal el grupo más amplio, seguido por los leiomiomas, los leiomiomas y los schwannomas. **Objetivos:** Dar a conocer tres casos de pacientes con tumores de origen mesenquimático, diagnosticados y resueltos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía del Hospital Barros Luco Trudeau. **Material y Método:** Casos clínicos. **Resultados:** *Caso 1:* Paciente de 63 años, sexo femenino, sin antecedentes mórbidos. Cuadro de tres meses de malestar general, dispepsia, melena y anemia. Estudio reveló una gran lesión ulcerada sangrante a nivel de curvatura menor y antro (6 x 5 cm) sin compromiso localregional ni metastásico. Se realizó gastrectomía subtotal más gastroyeyunostomía en Y de Roux. Biopsia e inmunohistoquímica compatibles con leiomioma gástrico. *Caso 2:* Paciente de 69 años, sexo femenino, cardiópata. Cuadro de un año de epigastralgia y pirosis. Estudio reveló lesión polipoidea subcardial (< 10 mm) sin compromiso localregional ni metastásico. Se realizó gastrectomía parcial. Biopsia e inmunohistoquímica compatible con schwannoma gástrico. *Caso 3:* Paciente de 51 años, sexo femenino con antecedente de depresión y gastropatía aguda por cáustico Zargar IIB fundocorporal y IIIA antral hace 6 meses. Cuadro de 2 semanas de vómitos alimentarios y de retención. Estudio reveló deformación gástrica a nivel antral con estenosis en reloj de arena (6 cm de longitud) y cicatrices a nivel de fondo gástrico. Se realizó gastrectomía subtotal más gastroyeyunostomía en Y de Roux. Biopsia e inmunohistoquímica compatibles con leiomioma gástrico. **Conclusiones:** La patología tumoral gástrica de origen mesenquimático constituye una patología de baja prevalencia, con un curso habitualmente benigno y distintas formas de presentación clínica. La resolución quirúrgica es el tratamiento definitivo.

### LEIOMIOSARCOMA GÁSTRICO: REPORTE DE UN CASO

*Drs. David Daroch Medina, Joaquín Jensen Montt*  
Hospital Padre Alberto Hurtado, San Ramón. Cirugía Digestiva.

**Introducción:** El leiomioma es un tumor maligno del músculo liso con escasa frecuencia en el tracto gastrointestinal, siendo el estómago el órgano más frecuen-

te afectado, alcanzando el 0,1-2% del total de cánceres gástricos. Son tumores de mal pronóstico, cuya deseminación es hematogena y por contiguidad con escasa deseminación linfática. El análisis inmunohistoquímico de la biopsia es esencial para el diagnóstico y el único tratamiento es la cirugía. **Objetivos:** Presentación y análisis de un caso de leiomioma gástrico. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de sexo femenino de 60 años con antecedentes de hipertensión arterial y antecedentes familiares de cáncer gástrico, refiere cuadro de 3 meses de evolución de episodios de dolor abdominal intenso irradiado a dorso y región lumbar, con baja de peso de 10 kg. Posteriormente evoluciona con episodios de melena, consultando en servicio de urgencia por compromiso de conciencia. Ingresó hipotenso con hematocrito de 12% y hemoglobina de 3,4 g/dL, que requirió transfusión de 4 unidades de glóbulos rojos. Estudio endoscópico evidencia lesión de aspecto neoplásico corporal Bormann 3 con biopsia compatible para leiomioma gástrico. Tomografía axial computarizada de tórax abdomen y pelvis muestra engrosamiento parietal irregular, aspecto neoplásico del cuerpo y fondo gástrico sin evidencia de diseminación. Se decide realizar gastrectomía total; en el intraoperatorio se evidencia tumor gástrico de 14 cm en su eje que infiltra hasta la serosa sin compromiso local ni a distancia de otros órganos. Paciente es dada de alta al 9° día postoperatorio. Biopsia definitiva leiomioma gástrico grado 2, linfonodos negativos, bordes negativos. **Comentarios:** Se presentó un caso de un leiomioma gástrico, tumor maligno del músculo liso poco frecuente del tracto intestinal. Se debe tener presente en el diagnóstico diferencial de los tipos de cáncer gástrico debido a que son tumores agresivos y cuyo único tratamiento es la cirugía. La inmunohistoquímica es esencial para el diagnóstico.

### GASTRECTOMÍA SUBTOTAL COMO TRATAMIENTO EN REFLUJO GASTROESOFÁGICO CON HIPERGASTRINEMIA SIN RESPUESTA A FUNDOPLICATURA DE NISSEN. REPORTE DE UN CASO

*Drs. Cristián Pinto Lara, Pablo Meneses Rojo, Leonardo Tomas Álvarez Aros, Chu Long Yuan Lu*  
Universidad de Chile. Departamento de Cirugía Sur.  
Hospital Barros Luco Trudeau.

**Introducción:** La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una entidad frecuente en nuestro medio. La gran mayoría suele tener buena respuesta a las medidas farmacológicas siendo escasa la necesidad de tratamiento quirúrgico. Dentro de las alternativas quirúrgicas la funduplicatura de Nissen ha demostrado tener buenos resultados en el manejo de estos pacientes con escasa necesidad de reintervención. Actualmente no hay evidencia suficiente que respalde

un tratamiento de elección en pacientes con falla a la cirugía. **Objetivos:** Reportar el caso de un paciente con RGE severo desde hace 10 años con falla a la fundoplicatura de Nissen e hipergastrinemia sometido a una gastrectomía subtotal como tratamiento definitivo. **Descripción de Caso clínico:** Hombre, 44 años, no tabáquico ni alcohol. Motivo de consulta: RGE persistente. Historia clínica: Paciente en estudio por RGEP de larga data en tratamiento con omeprazol. Esófago de Barret sin signos de malignización. Manometría con trastorno motor inespecífico con hipotonía del EEI. Fundoplicatura de Nissen sin regresión de los síntomas. Úlcera de Cameron en tejido metaplásico. Test de ureasa positivo posteriormente tratado. Proceso diagnóstico: Se solicita gastrinemia (507 pg/ml) y TAC de abdomen y pelvis que evidencia Angiomliopoma renal derecho sin alteraciones pancreatoduodenales. RNM con hernia hiatal por deslizamiento candidata a resección. Ph metría con RGE ácido severo. Intervención terapéutica: Gastrectomía subtotal 4/5 con gastroenteroanastomosis en Y de Roux. Anatomía patológica: Gastritis crónica moderada con actividad aguda intensa difusa asociado a zonas erosivas. Hiperplasia de células parietales. **Comentarios:** La ERGE es una entidad frecuente con buena respuesta a tratamiento médico. En ciertas situaciones puede ser necesario recurrir al tratamiento quirúrgico siendo la fundoplicatura de Nissen la más respaldada. La gastrectomía subtotal es una alternativa para el manejo del RGEP con muy pocos reportes a nivel mundial, pero con aparente buena respuesta que pudiese utilizarse en casos seleccionados. Aún así, se requieren mayores estudios que avalen su uso.

## PRESENTACIÓN ATÍPICA DE SÍNDROME PILÓRICO EN PACIENTE ADULTO JOVEN CASO CLÍNICO

*Drs. Erick Magariños Eguez, Pablo Riesle Ulloa, José Miguel López Valladares, Sebastián Oksenberg Sharim, Jean Pierre Pichón Moya, Marilia Santibáñez Solís, Cristian Gamboa Céspedes*

Complejo Hospitalario San José. Independencia, Santiago. Unidad de Cirugía. Equipo de Cirugía Digestiva y Laparoscopia Avanzada.

**Introducción:** Síndrome pilórico es el conjunto de síntomas y signos que se presentan en una obstrucción total o parcial de la región pilórica, trayendo como consecuencia dificultad para el vaciamiento gástrico asociado a retención de su contenido. Este síndrome se caracteriza por dolor en hemiabdomen superior, náuseas, vómitos postprandiales, baja de peso; distensión abdominal y bazuqueo gástrico. La primera causa es úlcera péptica, seguida del cáncer gástrico. Otras son: linfoma, síndrome Bouveret, etc. **Objetivos:**

Mostrar caso de síndrome pilórico de presentación atípica en paciente joven, que finalmente el diagnóstico fue anatomopatológico. **Descripción de Caso clínico:** Hombre, 26 años, antecedentes de gastritis crónica, tabaquismo activo. Hace 6 meses inicia baja de peso, astenia e hiporexia. Ambulatoriamente se realiza endoscopia digestiva alta (EDA) revelando esofagitis erosiva distal, estenosis pilórica de etiología no precisable, test de ureasa (-). Inicia tratamiento con amoxicilina, claritromicina y omeprazol, luego de 14 días se continuó sólo con omeprazol. Al ingreso, vómitos 30 veces/día, trastorno hidroelectrolítico y desnutrición, hospitalizándose para manejo. Tomografía computarizada: distensión gástrica, sin otras alteraciones. EDA: no aclaró causa, tampoco logró franquear estenosis, no viéndose duodeno; test de ureasa (-). Biopsia antro: gastritis crónica activa, infiltrado linfoplasmocitario. Inmunohistoquímica: sin neoplasia de células plasmáticas, descartándose monoclonalidad (linfoma). Paciente con retención gástrica, apenas toleraba régimen líquido. Se decidió antrectomía con gastroyeyuno, anastomosis laparoscópica en Y de Roux. Intraoperatorio no se observaron lesiones extraluminales que explicaran cuadro. Biopsia: estenosis secundaria a úlcera bulbo duodenal. **Comentarios:** Síndrome pilórico se presenta en edades mayores, habitualmente por úlcera gastroduodenal complicada o procesos tumorales expansivos. No suelen ser difíciles de diagnosticar. En este caso, se presenta en un paciente muy joven, en el que aunque se sospechó, no se logró diagnóstico etiológico pre-operatorio. Finalmente diagnóstico fue anatomopatológico.

## HEMORRAGIA DIGESTIVA POR TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL. REPORTE DE UN CASO

*Drs. Kyrie Antezana Ray, Nicolás Vergara Inostroza, Héctor Molina Zapata, Pablo Saldías Echeverría, Osvaldo Torres Rodríguez, Ricardo Funke Aguilera*  
Universidad de Concepción. Departamento de Cirugía.

**Introducción:** Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son poco frecuentes con una incidencia de 0,1-3% de todos los tumores gastrointestinales. La ubicación gástrica es la más frecuente seguida del intestino delgado. La presentación clínica es variable y debe considerarse un diagnóstico diferencial en hemorragia digestiva de causa desconocida. **Objetivos:** Presentar caso inhabitual de hemorragia digestiva y revisión de literatura de GIST. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de sexo masculino de 64 años, hipertenso con historia de 6 meses de evolución de síntomas digestivos inespecíficos y baja de peso. Consulta en urgencia con compromiso hemodinámico por cuadro de vómitos a repetición y melena, Hb de 6,4 g/dl. Se hospitaliza por

urgencia, y se indica transfusión de 2UGR. Estudio con endoscopia y colonoscopia no mostraron sitio de sangrado ni signos de sangrado reciente. Se realiza tomografía axial computarizada de tórax, abdomen y pelvis que muestra extensa masa abdominal de 25 cm, sin identificarse órgano de origen. Se realiza laparotomía exploradora donde se extirpa tumor de 2,2 kg a 220 cm distales al ángulo de Treitz. Evoluciona favorablemente en postoperatorio sin complicaciones, dándose alta al octavo día. El estudio histopatológico evidenció GIST de alto grado en yeyuno, inmunohistoquímica positiva para CD117 y DOG-1, con márgenes negativos y sin permeación linfovascular. Se decide en comité adyuvancia con Imatinib. Paciente se encuentra en buen estado general sin recurrencia hasta la fecha. **Comentarios:** Los GIST son tumores infrecuentes que pueden manifestarse con hemorragia digestiva siendo difícil precisarlo al ubicarse en intestino delgado. Los factores asociados a un mal pronóstico son el tamaño tumoral, índice mitótico y ubicación extragástrica. El tratamiento con resección completa y adyuvancia con Imatinib ofrecen una mejoría en la sobrevida.

### HEMANGIOENDOTELIOMA VEGETANTE DE MASSON EN LA MAMA, EL GRAN IMITADOR DEL ANGIOSARCOMA

*Drs. Angélica Silva Figueroa, Guillermo Enrique V ander Stell Altamirano, Ignacio Goni Espíldora, Mauricio Camus Appunh, Nicolás Droppelmann Muñoz, Francisco Domínguez Covarrubias, Augusto León Ramírez*  
Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento de Cirugía Oncológica y Cabeza y Cuello.

**Introducción:** La hiperplasia endotelial papilar intravascular (HEPI) también conocida como pseudoangiosarcoma de Masson, es una entidad vascular benigna muy poco frecuente que consiste en una rara proliferación endotelial reactiva, comúnmente localizada en la piel y en los tejidos subcutáneos. Existen 27 casos descritos en la literatura médica en ubicación mamaria. **Objetivos:** La familiarización con esta entidad es importante para el diagnóstico diferencial frente a tumores vasculares, en particular con respecto a procesos malignos. La HEPI puede confundirse con un angiosarcoma, el gran imitado. **Descripción de Caso clínico:** Presentamos un caso inusual por su lugar de presentación, una tumoración asintomática, no palpable, localizada en la mama derecha de una paciente sin antecedentes mórbidos de 51 años de edad identificada tras ecografía mamaria. Ubicada en el cuadrante inferointerno y de 12 mm de diámetro, que había crecido progresivamente. Se realiza biopsia core que detectó hemangiosarcoma bien diferenciado. Por lo tanto, se realiza mastectomía

parcial derecha bajo marcación ecográfica; Resección de lesión nodular con amplios márgenes quirúrgicos. El examen microscópico corresponde a tejido mamaria con neoplasia intravascular atípica concordante con un hemangioendotelioma vegetante intravascular de Masson, distante a > 5 mm de todos los bordes de sección quirúrgicos. La paciente evoluciona satisfactoriamente por lo que se decide alta con controles ambulatorios. No aparecieron complicaciones relacionadas a la cirugía hasta la fecha. **Comentarios:** La hiperplasia papilar endotelial intravascular o tumor de Masson, es una lesión vascular benigna no habitual. Es importante no descartarla al realizar el diagnóstico diferencial frente a otras tumoraciones vasculares por su frecuente malinterpretación con el angiosarcoma. Su localización más frecuente es a nivel de las manos pero cada cierto tiempo se describen otras áreas anatómicas como por ejemplo la mama, en este reporte. Para su diagnóstico certero, es fundamentalmente el estudio anatomopatológico. Una vez identificado histológicamente la extirpación con márgenes es el tratamiento.

### HIDATIDOSIS MAMARIA, REPORTE DE CASO

*Drs. Carlos Patricio Ayala Pardo, Carla Belén Ayala Pardo, Marcelo Iván Zarzar Aretxabala*  
Clínica Mayor. Cirugía. Universidad Austral Universidad Mayor Instituto Clínico Oncológico del Sur.

**Introducción:** La hidatidosis constituye una zoonosis parasitaria producida por el cestodo *Echinococcus granulosus*, donde el humano es un huésped accidental por contacto con animales infectados o ingestión de alimentos contaminados. Los órganos más frecuentemente infectados son hígado y pulmones, encontrándose también en riñón, bazo, páncreas, peritoneo, entre otros, siendo un hallazgo excepcional la hidatidosis mamaria, que corresponde sólo al 0,27% del total de las localizaciones. **Objetivos:** Reportar un caso de hidatidosis mamaria operado en nuestra clínica. **Descripción de Caso clínico:** Paciente femenino, 36 años, previamente sana, procedencia urbana, consulta por cuadro de 3 años de evolución, caracterizado por lesión nodular en mama izquierda, palpable en región retro areolar, de aproximadamente 2 cm de diámetro, bien delimitada, redondeada, móvil. Se realizó estudio, cuya mamografía demuestra nódulo mamario izquierdo retroareolar polilobulado, y ecografía mamaria que demuestra lesión quística lobulada retro areolar. Se realiza punción con aguja fina, extrayendo líquido claro, cuyas características citológicas son no sugerentes de neoplasia. Evoluciona con aumento de volumen progresivo por lo que se realiza exéresis. Macroscópicamente se observa lesión quística revestida con membranas blanquecinas, rellena con líquido claro tipo agua de roca y múltiples vesículas menores en su interior. El estudio anatomopatológico diagnostica quiste hidatídico mamario.

**Comentarios:** El desarrollo de hidatidosis mamaria es poco frecuente, pudiendo ser sitio primario de enfermedad o parte de una diseminación. Los síntomas y signos son inespecíficos. Radiológicamente la ultrasonografía es más específica que la mamografía para identificarlos, revelando una masa lobulada bien definida, heterogénea, que puede contener múltiples áreas quísticas. Si bien es poco frecuente, debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales de lesiones quísticas mamarias en zonas endémicas, realizando los estudios correspondientes, a fin de plantear la sospecha diagnóstica y permitir realizar una quistectomía que minimice el riesgo de rotura intraoperatoria.

### TRAUMA DE MAMA, ENTIDAD POCO REPORTADA

*Drs. Freddy Alejandro Ferreira Camacho, Gladys Ibáñez Ramírez, Pablo Cantillano Palma*  
Universidad de Chile. Departamento de Cirugía HCUCH. Servicio de Cirugía de Mama, HCSJ.

**Introducción:** El trauma de mama es una entidad frecuentemente nombrada en la literatura sobre patología mamaria, los reportes son escasos, tiene incidencia de 0,6% representando el 2,75% de las lesiones benignas de mama. Pueden debutar como masa palpable, equimosis y eritema, muy a menudo son desapercibidos. La evaluación precoz de la necrosis grasa ayuda a evitar errores diagnósticos y garantiza de manera confiable la exclusión de malignidad. **Objetivos:** Reporte de Caso. **Descripción de Caso clínico:** Mujer de 56 años, DM-NIR, HTA, tabaquismo, historia de contusión en región mamaria por palo de escoba mientras limpiaba la casa, asintomática, 5 días después acude a SU por aumento de volumen en mama izquierda unión-cuadrante-superior de 6 x 7 cm con flictena superficial, eritema y calor local, la ecografía muestra aumento de espesor y ecogenicidad de los planos anatómicos, sin colecciones, compatible con proceso inflamatorio, BI-RADS2. Se indica ATB de primera línea, alta el 4° día. Primer control a la semana destaca escara momificada de 7 cm, curaciones posteriores cada 48 h, evoluciona a necrosis grasa requiriendo escarectomía tangencial que se envía a biopsia. El resultado muestra proceso inflamatorio necrotizante intenso inespecífico. Cuatro meses después con curaciones 3 veces a la semana se logra cierre por segunda intención, cicatrización completa finalmente a los 7 meses. El control anual muestra cicatriz con nodulaciones y zonas fibróticas, ecomamaria, y mamografía compatible con BIRADS1, Se da de alta 3 años 9 meses después con ecografía mamaria y mamografía sin malignidad. **Comentarios:** El trauma de mama es una entidad con escaso reporte en la literatura. Sólo un 40% de casos que cursan con necrosis grasa tiene antecedente de trauma, probablemente el origen traumático del evento fue leve y olvidado. El edema resultante de

la hemorragia causa una masa palpable o una imagen densa mamaria, por lo tanto, exige un estudio completo para descartar un carcinoma.

### CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE PRIMARIO EN TEJIDO MAMARIO AXILAR EN PACIENTE HOMBRE. REPORTE DE 1 CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

*Drs. Ricardo Schwartz Jodorkovsky, Bruno Villalobos Coz, Cristian Juanet Lecaros*  
Hospital Militar de Santiago (HOSMIL).

**Introducción:** El tejido glandular mamario ectópico axilar corresponde a una falla embriológica en la formación de la mama. Presenta una incidencia variable entre 0,6 y 6%, siendo mucho más frecuente en pacientes mujeres que en hombres. La aparición de tumores en el tejido mamario ectópico es una entidad muy rara, correspondiendo generalmente a carcinomas. **Objetivos:** Presentación de 1 caso y revisión de la literatura de carcinoma infiltrante en tejido mamario axilar en paciente hombre, manejado con resección, vaciamiento axilar y quimioterapia adyuvante, alcanzando 8 años de sobrevida a la fecha. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de 65 años, sin antecedentes médicos, con antecedente de ginecomastia bilateral operada el año 2000. Consulta el 2007 por cuadro de aumento de volumen axilar izquierdo, sin otros síntomas. Biopsia excisional evidencia ganglio con metástasis de carcinoma sólido con permeación vascular, probable origen mamario. TC y PET negativos para diseminación a distancia, adenopatías axilares. Se decide disección axilar, con biopsia compatible con carcinoma ductal moderadamente diferenciado de origen mamario. Recibe quimioterapia y radioterapia. Evolución favorable. 8 años de sobrevida a la fecha. **Comentarios:** El carcinoma de mama axilar es una entidad rara. Se debe considerar como diagnóstico diferencial en todo aumento de volumen axilar. La sospecha, el correcto manejo y el seguimiento cercano de esta patología son indispensables, ya que su historia natural y pronóstico no están del todo claros.

### DÉFICIT DE COBERTURA COMPLEJO EN REGIÓN SACROILIACA; PRIMER CASO DE RECONSTRUCCIÓN MICROQUIRÚRGICA POST TRAUMÁTICA EN EL HOSPITAL DE NIÑOS DR. LUIS CALVO MACKENNA

*Drs. Carmen Gloria Morovic Inostroza, Francisco Núñez Henríquez, Alejandro Ramírez Mendoza, Carolina Soto Diez*  
Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna. Providencia, Santiago. Unidad de Cirugía Plástica Pediátrica. Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** En el déficit de cobertura de la zona sacroiliaca, habitualmente existe una amplia posibilidad de cobertura con colgajos locales. Sin embargo,



en casos complejos, se hace necesaria otras formas de reconstrucción. En la población pediátrica, la microcirugía no ha tenido el mismo desarrollo que en adultos. A la fecha no existen reportes en la literatura de reconstrucción microquirúrgica de la región sacroiliaca en niños. **Objetivos:** Presentar un caso de reconstrucción microquirúrgica con colgajos libre de perforante antero lateral de muslo (ALT) para cobertura de lesión compleja sacroiliaca. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de 7 años, sano, sufre accidente automovilístico resultando con fractura de pelvis, fractura conminuta de sacro, desforramiento de muslo izquierdo, glúteos, región lumbar bilateral. Se realizan aseos quirúrgicos y debridamiento seriados. Cobertura con injerto dermoepidérmico en muslo, glúteo y región lumbosacra izquierda. Avance y capitonaje de colgajo vital a derecha. Paciente evoluciona con defecto de cobertura por cicatriz inestable en sacro y espina iliaca posterosuperior izquierda. Se planifica cobertura con colgajos libre. Estudio pre operatorio con angio-TAC de pelvis y eco *Doppler* sonido de muslo derecho. Se realiza colgajo libre ALT, paleta cutánea de 8 x 22 cm, centrada en una perforante musculocutánea. Anastomosis a vasos receptores glúteos superior izquierdo; 1 arteria y 2 venas. Un set de colgajo para cubrir prominencias óseas. Cierre directo de zona donante. Tiempo operatorio total 6 h, 30 min. Paciente evoluciona sin complicaciones y cobertura estable. **Comentarios:** Este es el primer caso de cobertura microquirúrgica sacroiliaca en población pediátrica reportado en la literatura. En casos de reconstrucción compleja, los colgajos libres constituyen una opción segura en adultos y en niños. Es necesario contar con cirujanos entrenados en microcirugía y fortalecer grupos de trabajo dedicados al desarrollo del área, para ofrecer a nuestros pacientes pediátricos resultados comparables a los reportes internacionales.

## MANEJO QUIRÚRGICO DEL SÍNDROME DE APERT A PROPÓSITO DE UN CASO

*Drs. Cristian Erazo Cortés, Marco Antonio Ríos Vergara, Pedro Cuevas Troncoso, Valeria Abiuso Baesler, Patricio Andrades Cvitanic, Stefan Danilla Enei, Susana Benítez Seguel, Sergio Sepúlveda Pereira*  
Hospital Clínico Universidad de Chile. Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva.

**Introducción:** El síndrome de Apert se describe como una acrocefalosindactilia que se presenta mayoritariamente de forma esporádica. Se caracteriza por presentar turricefalia, hipertelorismo e hipoplasia del tercio medio facial, asociada a sindactilia de manos y pies. Destaca en estos pacientes que no presentan retardo mental, por lo que mejorar el aspecto estético del individuo para facilitar la incorporación social, se vuelve

fundamental. **Objetivos:** Reportar 1 caso de distracción del tercio medio facial asociada a rinoplastia, en paciente con síndrome de Apert. **Descripción de Caso clínico:** Se presenta mujer de 17 años con síndrome de Apert y antecedente quirúrgico de avance fronto-orbitario a los 2 años de vida. Acude a consulta de cirugía plástica donde se objetivan retrusión del tercio medio facial y nariz antiestética, decidiéndose cirugía por etapas. En un primer tiempo quirúrgico se realiza osteotomía tipo Le Fort I extendida a piso de órbita, y distracción del tercio medio facial con distractor RED II fijado mediante placas de osteosíntesis y alambres al maxilar superior. Paciente es dada de alta al séptimo día postquirúrgico. El protocolo utilizado fue latencia por 7 días, tasa de distracción de 1 mm/día, período de consolidación de 6 semanas. A los dos meses se retira el distractor en pabellón, sin incidentes. Tres meses después se realiza rinoplastia con injerto de costilla, con buena evolución y alta a las 24 h. **Comentarios:** El tratamiento quirúrgico de los pacientes con malformaciones craneofaciales debe ser en etapas. La primera cirugía se plantea entre los 6 meses a 1 año de vida con la finalidad de generar descompresión intracraneal y permitir el adecuado crecimiento del cerebro. Las intervenciones posteriores generalmente se enfocan a resolver la maloclusión y retrusión del tercio medio facial. En este caso clínico se plantea una adolescente de 17 años, favorablemente manejada por cirugías reconstructivas secuenciales que han logrado un satisfactorio resultado estético y funcional.

## ADHESIÓN LABIAL QUIRÚRGICA EN PACIENTES CON FISURA LABIO-PALATINA BILATERAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

*Drs. Diego Ardiles López, Pablo Vilca Araneda*  
Universidad de Antofagasta. Unidad de Fisurados.  
Hospital Regional de Antofagasta

**Introducción:** La adhesión labial quirúrgica tiene como fin preparar el fondo anatómico para facilitar la cirugía definitiva. Se basa en la aproximación de los bordes de la fisura, reduciendo la deformación tanto labial como nasal y moldear la pre-maxila. Es una técnica compleja no exenta de complicaciones y requiere gran experiencia por parte del cirujano. **Objetivos:** Exponer la experiencia quirúrgica del tratamiento con adhesión labial previo al cierre definitivo del labio. **Descripción de Caso clínico:** Recién nacido de término 40 semanas, peso de nacimiento 2.964 g, parto vaginal sin complicaciones, sin antecedentes obstétricos ni familiares de importancia. Presenta fisura labio-palatina bilateral amplia con rotación de la pre-maxila en 90°. Se indica ortopedia pre-quirúrgica iniciándose a los 2 meses de edad con mala adherencia. Se realiza adhesión labial quirúrgica tardía a los 6 meses de

edad dada dificultad de madre para acudir al centro. Procedimiento se lleva a cabo con especial precaución de no alterar los colgajos necesarios para la cirugía definitiva. Evoluciona favorable sin complicaciones. Posterior Cierre definitivo con queiloplastía y rino-plastía primaria al año de edad según técnica de Trott, con óptimo resultado estético-funcional. **Comentarios:** La elección del manejo ortopédico, o quirúrgico con adhesión labial previo al cierre labial definitivo es controversial, reservándose generalmente la adhesión labial para fisuras labiales bilaterales completas con gran asimetría. Se debe considerar que la adhesión labial tiene sus inconvenientes, que incluyen eventual dehiscencia de la herida, necesidad de segunda intervención, formación de cicatriz, y posible alteración de los colgajos necesarios para la reparación definitiva. El uso de la adhesión labial como primera intervención antes del cierre labial definitivo es una herramienta útil para un mejor resultado estético-funcional en pacientes con fisura labio-palatina bilateral completa, especialmente en aquellos casos con gran deformidad. La combinación de esta técnica con la ortopedia pre-quirúrgica podría facilitar el cierre definitivo en casos severos.

### ENFERMEDAD DE ROSAI DORFMAN PURAMENTE CUTÁNEA: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

*Drs. Bruno Villalobos Coz, Víctor Gómez Serey, Francisca Donoso Adriasola*  
Hospital Militar de Santiago (HOSMIL).  
Cirugía Oncológica.

**Introducción:** La Enfermedad de Rosai Dorfman (ERD) corresponde a una enfermedad rara, de curso benigno, caracterizada por proliferación inusual de histiocitos, principalmente en linfonodos cervicales. La ERD cutánea (ERDC), corresponde a un subgrupo aún con menor prevalencia, caracterizado sólo por lesiones cutáneas de variables características. Su etiología aún es incierta, postulándose desórdenes genéticos, infecciosos y mecanismos inflamatorios poco claros. **Objetivos:** Presentación de 1 caso y revisión de la literatura de ERDC, enfermedad poco prevalente, involucrada en el diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas de aspecto lipomatoso. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de 60 años, hipertenso y dislipidémico. Consulta en febrero de 2015 por cuadro de 1 año de evolución de aumento de volumen en región lumbar derecha, no dolorosa. Al examen físico masa blanda de 2,5 cm, móvil. Sin adenopatías. Ecografía de partes blandas evidencia lesión hipocogénica ovalada subdérmica vascularizada de 22,3 x 7,2 x 25,2 mm. Se decide biopsia excisional, evidenciándose ERDC. Evolución favorable, asintomático, sin signos de

recidiva local a los 6 meses de seguimiento. Estudio con imágenes sin signos de nuevas lesiones cutáneas ni signos de compromiso visceral. **Comentarios:** LA ERDC corresponde a una patología rara, de etiología poco clara, pero que debe ser considerada dentro de los diagnósticos diferenciales de una lesión lipomatoso, dado que según su evolución benigna presenta un mejor pronóstico frente a otros tipos histológicos en lesiones cutáneas.

### ACTINOMYCOSIS DE LA PARED ABDOMINAL: REPORTE DE UN CASO

*Drs. Javier Alejandro Del Valle Pérez, Andrea Elizabeth Del Valle Pérez, Alexandra Daniela Uherek Peters, Fernando Guillermo Uherek Poehls*  
Hospital Clínico Regional, Valdivia. Unidad de Oncología.  
Instituto de Cirugía Universidad Austral de Chile

**Introducción:** La Actinomicosis corresponde a una enfermedad infecciosa sub aguda o crónica, poco frecuente, causada por bacilos gram positivos del género *Actinomyces*. Las presentaciones más frecuentes son: Cervicofacial (60%), torácica (15%) y abdomino-pélvica (20%). **Objetivos:** Presentar caso de actinomicosis de pared abdominal, evaluada y tratada en el Servicio de Cirugía del Hospital Base Valdivia, año 2014. **Descripción de Caso clínico:** Paciente mujer, 51 años. Antecedentes de obesidad, DM2 e HTA. Usuaria de DIU por 18 años. En agosto de 2013 inicia cuadro de dolor insidioso, punzante en fosa iliaca derecha, asociado a sensación febril y aumento de volumen. Ecografía de pared abdominal evidencia, aumento de volumen de partes blandas en FID; de 6 x 7 x 2,5 cm, de contornos parcialmente definidos, sólida, hiperecogénica y vascularizada. TC de abdomen y pelvis, muestra proceso inflamatorio de pared abdominal, prolongándose hacia plano muscular, incluyendo peritoneo parietal, sospechándose hernia de Spiegel complicada. RM de pelvis, evidenció hallazgos sugerentes de hernia de Spiegel complicada con contenido graso, extenso proceso inflamatorio de pared abdominal y canal inguinal, incluyendo anexo derecho y pared vesical. Por discordancia clínico-imagenológica, se inicia tratamiento con fluoroquinolonas por sospecha de actinomicosis. Pese a buena respuesta inicial, presenta reagudización de sintomatología, con aumento de volumen inflamatorio, en región inguinal derecha. Se decide drenaje quirúrgico de absceso multiloculado, que da salida a tejido de aspecto encefaloideo. Pieza a biopsia. Evolución postoperatoria satisfactoria. Estudio histológico evidenció proceso inflamatorio subagudo, superado, con presencia de actinomyces SP. Se completa tratamiento antibiótico oral con ciprofloxacino por un mes. Seguimiento clínico e imagenológico

hasta junio de 2014 confirman resolución del cuadro.

**Comentarios:** La actinomicosis abdominal es una enfermedad inusual, que debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de masas o abscesos de características inusuales. La invasión secundaria de pared abdominal puede simular clínica de patología herniaria complicada, obligando a un actuar quirúrgico precoz.

## OPTIMIZACIÓN DEL MANEJO DE HERNIAS GIGANTES: INFILTRACIÓN DE BOTOX®, NEUMOPERITONEO PREOPERATORIO Y SEPARACIÓN DE COMPONENTES. A PROPOSITO DE UN CASO, REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

*Drs. Daniel Revello Pedemonte, Nicole Cuneo Barbosa, Roberto Iturriaga Donoso, Marco Alban García, Jaime Carrasco Toledo, Jaime Hugo Rappoport Stramwasser, Juan Jorge Silva Solís, Carlos Jauregui Lozada*  
Hospital Clínico Universidad de Chile. Unidad de Cirugía de Hernias.

**Introducción:** Las hernias gigantes son defectos crónicos de la pared, en los que se han utilizado diversas técnicas para su reparación. **Objetivos:** Analizar la bibliografía internacional a propósito de un caso desarrollado por el equipo Cirugía de Hernias, en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de sexo masculino de 52 años, con antecedentes de pancreatitis grave en el año 2007, que evoluciona con pseudoquiste pancreático roto el año 2011 realizándose pancreatectomía parcial por medio de laparotomía transversa arciforme. Durante el año 2012, en relación a aumento de volumen abdominal se diagnostica hernia incisional, indicándose hernioplastia incisional videolaparoscópica con malla Ultrapro® en otra institución. El paciente se mantiene asintomático hasta fines de 2014, donde presenta nuevamente aumento de volumen en relación a la cicatriz. Decide consultar siendo derivado a la Unidad de Cirugía de Hernias del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, iniciándose terapia con infiltración Botox® y hospitalización electiva al mes para iniciar protocolo de neumoperitoneo preoperatorio intrahospitalario. A su ingreso, se realiza instalación de catéter peritoneal por radiología intervencional para insuflación de aire ambiental por 9 días. Al 11° día de hospitalización, se realiza cirugía de separación de componentes con posicionamiento de malla Symbotex® IPOM, y una malla Prolene® supraponeurótica. El paciente evoluciona de forma favorable, dándose de alta al cuarto día postoperatorio. Actualmente, sin recidiva y en control por Equipo de Cirugía de Hernias. **Comentarios:** El manejo de una hernia gigante, es complejo y necesita de una preparación detallada de su abordaje. La infil-

tración de Botox®, el neumoperitoneo preoperatorio y la separación de componentes; permitió desarrollar un abordaje seguro, disminuyendo las complicaciones en este caso.

## RECONSTRUCCIÓN PÉLVICA POST-RESECCIÓN ABDOMINOPERINEAL. EXPERIENCIA HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE

*Drs. Susana Benítez Seguel, Patricio Olivares Pardo, Marco Antonio Ríos Vergara, Patricio Andrades Cvitanic, Sergio Sepúlveda Pereira, Stefan Danilla Enei, Cristian Erazo Cortés, Valeria Abiuso Baesler, Pedro Cuevas Troncoso, Mario Abedrapo Moreira, Rodrigo Azolas Marcos, Mauricio Díaz Beneventi, Antonella Sanguinetti Montalva*  
Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento de Cirugía Plástica, Departamento de Coloproctología.

**Introducción:** La resección abdominoperineal (RAP) sigue siendo el *gold standard* en cáncer de recto bajo y una alternativa quirúrgica en patología no-neoplásica. Las complicaciones postoperatorias son frecuentes y de relevancia clínica. Entre las más frecuentes se encuentran la infección y dehiscencia de la herida perineal tras el cierre primario (hasta 60% de los casos con radioterapia). La evidencia actual sugiere que el cierre mediante colgajos, en el mismo tiempo de la RAP, y mediante la colaboración de un equipo reconstructivo, disminuiría la tasa de complicaciones postoperatorias significativamente. **Objetivos:** Reportar 4 casos de reconstrucción post RAP en el Hospital Clínico Universidad de Chile (HCUCH) durante el año 2015 y sugerir un algoritmo de manejo. **Descripción de Caso clínico:** *Caso 1:* Hombre de 21 años con enfermedad de Crohn perianal fistulizante. Se realiza reconstrucción con colgajo de músculo recto abdominal evolucionando con dehiscencia de herida abdominal que se repara satisfactoriamente. *Caso 2:* Mujer de 41 años, con antecedentes de Linfoma No Hodgkin, que presentó metástasis anorrectal suboclusiva. Se reparó defecto con colgajo de gracilis, evolucionó en forma tórpidamente, presentando dehiscencia del colgajo que se reparó satisfactoriamente mediante aseo quirúrgico y resutura. *Caso 3:* Mujer de 78 años con cáncer de recto en quimio-radioterapia, se reconstruyó satisfactoriamente con colgajo de perforantes. *Caso 4:* Mujer de 59 años, presentó Hernia perineal recidivada, se reparó satisfactoriamente con hernioplastia con malla asociado a colgajo de perforantes. **Comentarios:** El equipo de cirugía reconstructiva del HCUCH propone que: en caso de una resección extendida con defecto perineal amplio, resección de vagina o sacro, un colgajo muscular de recto abdominal sigue siendo el *gold standard*. Si el defecto es menor, la opción es un colgajo de perforantes *Keystone flap*.

## REHABILITACIÓN ORAL DE COLGAJO MICROVASCULARIZADO DE PERONÉ CON IMPLANTES ÓSEO INTEGRADOS

*Drs. Ariel Barrera Parada, Cristian Teuber Lobos, Sebastián Andrés Tapia Coron, Constanza Labbé Martínez, Arturo Madrid Moyano, Eric Cristi Recabarren*  
Clínica Alemana. Cirugía Máxilo-facial Cirugía Cabeza y Cuello. Universidad del Desarrollo.

**Introducción:** La reconstrucción mandibular tiene dos propósitos principales: restablecer la función y la estética. Para lograrlo, se emplean diferentes tipos de injertos, entre los cuales destacan injertos óseos microvascularizados, principalmente en el tratamiento de defectos en pacientes con inadecuadas condiciones del lecho receptor o para sustituir defectos de gran tamaño. El colgajo libre de peroné ha sido ampliamente utilizado para este tipo de reconstrucciones, ya que reconstruye la anatomía, la función y estética oral, mantiene potencial osteogénico dado su microvascularización. **Objetivos:** La rehabilitación dental de estos pacientes suele ser muy compleja, y el empleo de implantes dentales de titanio para lograr este objetivo presenta grandes ventajas funcionales, pero la periimplantitis, producida con frecuencia en estas rehabilitaciones es la principal problemática, ya que disminuye el confort y la calidad de vida de los pacientes. Para evitar que esto se produzca se han empleado diferentes técnicas, entre ellas, el uso de injertos de encía adherida sobre estos injertos microvascularizados. **Descripción de Caso clínico:** Paciente 30 años que sufre una resección de cuerpo y ángulo mandibular izquierdo producto de un cementoblastoma. Se realizó injerto microvascularizado de peroné para la reconstrucción y se realizó en forma diferida un injerto de encía adherida de paladar duro para cubrir la zona oclusal del peroné donde con posterioridad se instalaron 4 implantes para rehabilitación dental en base a una prótesis fija plural que devolvió la función y la estética en forma óptima a la paciente sin el problema de la periimplantitis. **Comentarios:** El colgajo microvascularizado de peroné es de elección en la reconstrucción mandibular. El empleo de la implantología dental ha permitido la retención de sistemas de prótesis dentales. La técnica de injerto de encía adherida sobre estos casos permitiría una buena integración de los tejidos blandos sobre la rehabilitación dental, disminuyendo las posibilidades de la formación de periimplantitis.

## CIRUGÍA BARIÁTRICA EN PACIENTE CON TRASPLANTE HEPÁTICO POR ESTEATOHEPATITIS NO ALCOHÓLICA

*Drs. Gustavo Czwiklitzer Sumar, Borja Carreno Marambio, Manuel Antihuala Catricura, Nicolás Ignacio Arriagada Arriagada*  
Hospital San Juan de Dios, Santiago. Departamento de Cirugía Digestiva Alta. Universidad de Chile.

**Introducción:** La esteatohepatitis no alcohólica (EHNA) se caracteriza por la inflamación del parénqui-

ma hepático, que al volverse crónica provocaría fibrosis perisinusoidal llevando a cirrosis. En general, los pacientes son asintomáticos y el diagnóstico definitivo es anatomopatológico, aunque en general sólo bastan hallazgos radiológicos. En Estados Unidos, es una de las principales causas de cirrosis. En Chile, un estudio con ultrasonografía abdominal reportó una prevalencia del 22% de la población estudiada. En etapas tempranas, la pérdida de peso es la única terapia con evidencia suficiente. Ya sea por cambios en estilo de vida o cirugía bariátrica, se ha asociado con una mejora histológica en pacientes con EHNA, mejorando el pronóstico. Al llegar a etapas avanzadas se considera irreversible, donde la única opción de tratamiento es el trasplante hepático. **Objetivos:** Presentar un caso clínico de cirugía bariátrica en paciente con trasplante hepático por EHNA. **Descripción de Caso clínico:** Paciente mujer de 44 años con antecedente de trasplante hepático en 2011 por EHNA en controles cada tres meses en policlínico de gastroenterología, colecistectomía, HTA en tratamiento, diabetes IR y obesidad mórbida. Es derivada desde policlínico de trasplante para realizarse cirugía bariátrica por obesidad mórbida. Ingresó a HSJD el día 21/06/14 con exámenes preoperatorios y pase cardiológico. Se realiza manga gástrica laparoscópica. Ingresó ese mismo día a UCIQ, hemodinámicamente estable y con discreto dolor. Evoluciona favorablemente, con tendencia a la hipertensión, realimentación sin dificultades, diuresis espontánea. Se observa evolución postquirúrgica, se hace manejo del dolor e inicio de terapia inmunosupresora (*Tacrolimus*). **Comentarios:** Si bien se afirma que la cirugía bariátrica es eficaz en la reducción del peso, los efectos sobre el hígado no se han establecido a totalidad, puesto que la mejor evidencia muestra que el trastorno fisiopatológico primario en pacientes con EHNA es la resistencia a la insulina. Se hace necesario más estudios sobre el tema.

## PREVALENCIA DE *HELICOBACTER PYLORI* EN PACIENTES SOMETIDOS A GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA EN VALDIVIA. ESTUDIO PRELIMINAR

*Drs. Carlos Patricio Ayala Pardo, Manuel Andrés Kunstmann Camino, Marcelo Millan Alvarado, Carlos Enrique Cárcamo Ibaceta*  
Universidad Austral de Chile.

**Introducción:** La infección por *H. pylori* está involucrada en el desarrollo de úlcera péptica y cáncer gástrico y su participación en la fisiopatología de la obesidad todavía se discute. En Chile la prevalencia de infección por *H. pylori* fluctúa entre 60 y 79% dependiendo de la condición socioeconómica, educativa y sanitaria de la población estudiada. Su prevalencia en pacientes sometidos a cirugía bariátrica es variable 17-61% según series internacionales, no existiendo reportes locales sobre este grupo de pacientes. **Objetivos:** Describir de

forma preliminar la prevalencia de *H. pylori* en pacientes sometidos a gastrectomía vertical laparoscópica en Valdivia. **Material y Método:** Serie de casos, basado en análisis de la base de datos prospectiva de la totalidad de pacientes sometidos a gastrectomía vertical laparoscópica en Hospital Base y Clínica Alemana de Valdivia durante años 2012 a 2014. Se recuperó información sobre características clínicas y resultado de endoscopias realizadas, se agruparon según IMC y analizaron mediante medidas de tendencia central. **Resultados:** Se evaluó un total de 105 pacientes, mujeres 90%. Edad promedio 42,6 años [rango 19-68]. IMC promedio 42,1 kg/m<sup>2</sup> [rango 30,9-65,3]. Comorbilidades más frecuentes: HTA 44,8%, resistencia insulina 33,3%, DM2 24,8% dislipidemia 23,8%, hígado graso 21%, hipotiroidismo 17,1%. Se realizó endoscopia digestiva alta prequirúrgica y test de detección de *H. pylori* a todos los pacientes. La prevalencia de *H. pylori* en el total de pacientes fue de 52,4%. Al agruparlos según IMC, la prevalencia de *H. pylori* fue: IMC 30-34,9 = 54,5%; IMC 35-39,9 = 61,5%; IMC 40 = 47,3%. **Conclusiones:** En nuestro reporte preliminar, la prevalencia de infección por *H. pylori* en nuestra serie es levemente inferior que la reportada en población general chilena. Es necesario realizar estudios prospectivos, con mayor número de pacientes, ajustando resultados según sexo, edad, IMC y comorbilidades, para comprar resultados de prevalencia local con reportes publicados nacionales e internacionales.

## CIRUGÍA REVISIONAL DE BYPASS GÁSTRICO

Dr. José Ignacio Fernández Fernández  
Clínica Tabancura. Centro Integral de Nutrición y Obesidad.

**Introducción:** Desde hace ya más de 20 años, que se inicia la experiencia en cirugía bariátrica en Chile; determinando un número creciente de pacientes operados. Esto está llevando en la actualidad a la consulta de un número cada vez mayor de pacientes con fracaso o complicaciones de procedimientos previos. **Objetivos:** El objetivo del presente video es mostrar la solución quirúrgica, mediante cirugía revisional, a un paciente con antecedentes de *bypass* gástrico, y una reganancia completa del exceso de peso y reaparición de comorbilidades. **Material y Método:** Paciente de 32 años de edad con antecedentes de *bypass* gástrico año 2006 con 128 kg de peso, IMC de 42 kg/m<sup>2</sup>, dislipidemia y resistencia a la insulina. Al momento de la cirugía presenta 130 kg de peso e IMC de 42,9 kg/m<sup>2</sup>, con reaparición de dislipidemia y resistencia a la insulina. Estudio preoperatorio radiológico y endoscópico, revelan presencia de gran parte del cuerpo y fondo gástrico, y gastroyeyunoanastomosis tipo Y de Roux. Se realiza laparoscopia exploradora, confirmando presencia de *bypass* gástrico en Y de Roux, con bolsa gástrica que mantiene gran parte del fondo gástrico, y asa ciega de

unos 10 cm de largo. Se procede a reseca asa ciega y estómago redundante del bolsillo con *stapler*, inmediatamente adyacente a anastomosis, calibrando con sonda orogástrica de 32 fr. Se comprueba asa alimentaria de 80 cm de largo, que no se modifica. **Resultados:** El paciente evoluciona favorablemente y sin complicaciones, siendo dado de alta al tercer día postoperatorio. **Conclusiones:** La resección de una bolsa gástrica redundante y recalibración de boca anastomótica con *stapler*, es una alternativa segura para mejorar la restricción en pacientes con reganancia de peso posterior a un *bypass* gástrico.

## TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADA ABDOMINAL CON CONTRASTE HIDROSOLUBLE ORAL (TAC-CHO) PARA EL HALLAZGO DE COMPLICACIONES PRECOCES EN CIRUGÍA BARIÁTRICA (CB). EXPERIENCIA INICIAL EN CLÍNICA PUERTO MONTT (CPM)

Drs. Maximiliano Figueroa Monsalve,  
Juan Carlos Vargas Kunstmann, Nelson Bello Oyarce,  
Pedro Medina Teuber, Diego Gianetti Bahamonde,  
Andrea Elizabeth Del Valle Pérez,  
Gabriela Campos Klesse, Claudio Heine Tapia  
Clínica Puerto Montt. Unidad de Cirugía Bariátrica,  
Servicio de Cirugía. Internos Facultad de Medicina,  
Universidad Austral de Chile, Sede Osorno.

**Introducción:** Tradicionalmente la técnica más frecuentemente utilizada para el estudio de complicaciones de cirugía bariátrica es el tránsito esófago-gástrico con fluoroscopia. La TAC-CHO ha demostrado su utilidad para el estudio postoperatorio de las complicaciones precoces en CB al ser comparable con el estudio tradicional y, además, entregar información adicional de la condición general del paciente, optimizando el manejo médico-quirúrgico postoperatorio. **Objetivos:** Dar a conocer los resultados del estudio postoperatorio con TAC-CHO en pacientes operados de CB en Clínica Puerto Montt. **Material y Método:** Revisión retrospectiva de los pacientes sometidos a CB en CPM, entre mayo de 2011 y julio de 2015. Cada paciente recibió a las 48 h post CB, la administración de 100 ml de medio de contraste Hidrosoluble Oral previo a la TAC. El análisis estadístico se realizó mediante parámetros descriptivos y analíticos con el programa STATA 13.0. **Resultados:** De un total de 111 pacientes sometidos a CB, 79 fueron gastrectomías tubulares laparoscópicas (GTL) y 32 *bypass* gástrico laparoscópico (BPGL). El hallazgo postoperatorio más frecuente fueron las atelectasias bilaterales: 48% (38 pacientes) en las GTL y 40% (13 pacientes) en los BPGL ( $p = 0,43$ ). Dentro de las complicaciones mayores: 1 paciente (3%) con obstrucción intestinal por acodamiento en la anastomosis entero-enteral (BPGL) y 1 caso (1%) de ausencia de paso de contraste a distal por estenosis del remanente gástrico (GTL), ambos casos requirieron cirugía poste-

rior. Otros hallazgos significativos fueron: 7 casos de Nefrolitiasis, 1 tumor del Psoas (Sarcoma), 1 adenoma suprarrenal, 1 derrame pericárdico, 1 hemoperitoneo, 1 hematoma de pared abdominal y 2 hematomas hepáticos. La mayoría de estos hallazgos correspondió a pacientes con GML. **Conclusiones:** El estudio postoperatorio con TAC-CHO es una alternativa válida en la pesquisa de complicaciones quirúrgicas precoces y otras comorbilidades que pudiesen influir en la evolución de los pacientes intervenidos de CB.

### RESULTADOS QUIRÚRGICOS DE UN NUEVO CENTRO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA. EXPERIENCIA INICIAL EN CLÍNICA PUERTO MONTT (CPM)

*Drs. Maximiliano Figueroa Monsalve, Nelson Bello Oyarce, Pedro Medina Teuber, Diego Gianetti Bahamonde, Andrea Elizabeth Del Valle Pérez, Claudio Heine Tapia*  
Clínica Puerto Montt. Unidad de Cirugía Bariátrica. Internos de Medicina, Universidad Austral de Chile, Sede Osorno.

**Introducción:** La obesidad es una enfermedad multifactorial de alta prevalencia en Chile. El *bypass* gástrico laparoscópico (BPGL) y la Gastrectomía Tubular Laparoscópica (GTL) son los procedimientos bariátricos más utilizados. **Objetivos:** Dar a conocer los resultados quirúrgicos de los pacientes operados en CPM por el equipo de Cirugía Bariátrica. **Material y Método:** Se realizó una revisión retrospectiva de los registros clínicos de pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica en CPM entre mayo de 2011 y julio de 2015. El análisis estadístico se realizó mediante parámetros descriptivos y analíticos y se utilizó el programa STATA 13.0. **Resultados:** Se operaron 111 pacientes con un seguimiento promedio de 30 meses. Del total, 72 fueron mujeres (65%). La edad promedio fue de 39 años (i: 19-63). Las cirugías realizadas fueron 79 GTL (71%) y 32 BPGL (29%). El peso inicial de los pacientes fue de 105,5 kg (i: 72-152) y su IMC: 39,6 (i: 32-51,4). El tiempo operatorio promedio fue de 140 min para BPGL (i: 92-197) y de 82 min (i: 52-135) para la GTL. Hubo dos complicaciones intraoperatorias: perforación de colon por adherencias y corte de sonda nasogástrica por *stapler* (BPGL). La estadía hospitalaria fue en promedio de 3,5 días (i: 3-6). Las complicaciones quirúrgicas postoperatorias se presentaron en 15 pacientes (13%). Diez de ellos (9%) requirieron una nueva cirugía (8 de ellas durante el primer año del centro). No hubo mortalidad en la serie. La baja de peso promedio al año fue de 26,5 kg siendo el porcentaje de pérdida de exceso de peso al año (%PEP) correspondiente al 101%. **Conclusiones:** Los resultados obtenidos son comparables al de otros centros nacionales con alto número de pacientes. Ambos procedimientos (BYPG y GTL) fueron eficaces en el tratamiento de la obesidad con un buen %PEP al año.

### CIRUGÍA BARIÁTRICA EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA: SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD LUEGO DE 1 AÑO DE SEGUIMIENTO

*Drs. Julián Hernández Castillo, Cristóbal Maiz Hohlberg, Mauricio Gabrielli Nervi, Fernando Crovari Eulufi, Fernando Pimentel Müller, Alejandro Raddatz Echavarría, Gustavo Pérez Blanco, Nicolás Quezada Sanhueza*  
Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva.

**Introducción:** Actualmente, la cirugía bariátrica (CB) es el tratamiento más efectivo contra la obesidad y sus indicaciones continúan aumentando. **Objetivos:** Describir nuestros resultados de CB en personas de 60 años o más. **Material y Método:** Cohorte retrospectiva con análisis descriptivo de nuestra base de datos. Pacientes sometidos a CB entre 2001 y marzo de 2015, de 60 años o mayores al momento de la cirugía, fueron incluidos. Se recopilaron datos demográficos y antropométricos, porcentaje de pérdida de exceso de peso (%PEP), complicaciones y remisión de comorbilidades. Valores cuantitativos expresados en mediana con rango intercuartil. **Resultados:** Se identificaron 233 pacientes. Edad 63 (61-65) años, 155 (66,5%) mujeres. IMC preoperatorio 37 (34-40) kg/m<sup>2</sup>. 141 (60,5%) pacientes corresponden a *bypass* gástrico en Y de Roux laparoscópicos (BGRY) y 92 (39,5%) a gastrectomías en manga laparoscópicas. Reportamos un 40% de seguimiento a 1 año. La pérdida de exceso de peso (%PEP) al año fue de 70% (56-86). Con respecto a la evolución de las comorbilidades, un 76% de los diabéticos tipo 2 presentaron resolución o mejoría de ésta. Un 85% de los hipertensos presentaron resolución o mejoría y un 97% presentaron resolución o mejoría de su dislipidemia. Reportamos un 5,2% de complicaciones precoces (0% Clavien III o mayor) y 18,4% de complicaciones tardías (1,7% Clavien III o mayor, correspondientes a estenosis gastroyeyunales resueltas por dilatación endoscópica con balón). No hubo mortalidad en esta serie. **Conclusiones:** La CB es un tratamiento efectivo y seguro en la población de adultos mayores, con bajas de peso sustanciales, alta tasa de remisión de comorbilidades y sin complicaciones severas.

### RENDIMIENTO DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS EN EL DIAGNÓSTICO DE HERNIA INTERNA POSTERIOR A BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO

*Drs. Alejandro Branes García, Ricardo Mejía Martínez, Mauricio Gabrielli Nervi, Fernando Crovari Eulufi, Alejandro Raddatz Echavarría, Fernando Pimentel Müller, Nicolás Quezada Sanhueza*  
Pontificia Universidad Católica de Chile. Cirugía Digestiva.

**Introducción:** La cirugía bariátrica (CB) es el tratamiento más efectivo contra la obesidad. El *bypass* gástrico en Y de Roux (BGRY) presenta como com-

plicación las hernias internas (HI), cuyo diagnóstico es difícil de objetivar. La tomografía computada de abdomen y pelvis (TC-AP) es el examen de elección para el estudio de las hernias HI. **Objetivos:** El objetivo de este estudio es analizar el rendimiento de la TC de abdomen y pelvis con contraste endovenoso para el diagnóstico de HI post BPGYR. **Material y Método:** Estadística analítica. Análisis retrospectivo de nuestra base de datos desde el 2002 hasta marzo de 2015. De nuestra base de pacientes bariátricos operados por obstrucción intestinal, se identificó aquellos que contaban con TC-AP y se cotejó este resultado con los hallazgos del intraoperatorio. **Resultados:** Se identificaron 99 pacientes con TC-AP preoperatorio. De éstos, 46 tuvieron TC-AP positivo para HI lo que se confirmó en 36. Por otra parte, 53 pacientes tuvieron TC-AP negativo para HI, sin embargo, 37 de estos tenían HI en la exploración. De este modo el rendimiento de la TC-AP para HI fue: sensibilidad de 97% y una especificidad de 61%, con un VPP de 78% y un VPN de 30%. El accuracy calculado fue de 52%. **Conclusiones:** La TC-AP es un examen útil en el diagnóstico de las hernias internas. Si bien tiene una buena sensibilidad, su especificidad es regular y su VPN no permite descartar el diagnóstico, por lo que se debe tener un alto índice de sospecha frente a un paciente operado de BPGYR que se presente con signos y síntomas de obstrucción intestinal.

## NUEVA CIRUGÍA ANTIREFLUJO EN MANGA GÁSTRICA

*Drs. Marcelo Moran Díaz, Víctor Vásquez Miranda, Pamela Pedrero Bustamante, Adela Del Barrio Guerrero, Mario Ojeda Vargas*  
Hospital de Carabineros (HOSCAR). Unidad de Cirugía Endoscópica.

**Introducción:** La manga gástrica tiene un alto porcentaje de pacientes que evolucionan con reflujo gastroesofágico que puede ser severo, lo cual representa un problema importante y cuya solución quirúrgica es el *bypass* gástrico. Se presenta una nueva técnica quirúrgica que mejora los síntomas y signos de reflujo post-manga gástrica. **Objetivos:** Mostrar los resultados de una nueva técnica quirúrgica laparoscópica para el reflujo gastroesofágico post-manga gástrica. **Material y Método:** Basados en una técnica quirúrgica antigua antireflujo llamada Belsey Marck IV, se realiza una intususcepción gastroesofágica laparoscópica lo cual mejora los signos y síntomas de reflujo gastroesofágico. Se realizaron 4 cirugías laparoscópicas con seguimiento de hasta 3 años y con control de dos de ellos con pH metría y manometría esofágica. **Resultados:** Los pacientes evolucionaron sin síntomas de reflujo ni esofagitis erosiva y con laboratorio esofágico en dos de

ellos que fue favorable. **Conclusiones:** Se presenta una alternativa quirúrgica laparoscópica poco invasiva para resolver el reflujo gastroesofágico post-manga gástrica evitando el *bypass* con buenos resultados subjetivos y objetivos.

## OPERACIÓN DE NOBLE: UNA TÉCNICA OLVIDADA

*Drs. Paulo César Pereira Barrera, Ítalo Braghetto Miranda, Owen Korn Bruzzone, Gustavo Martínez Riveros*  
Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento de Cirugía.

**Introducción:** Hay diferentes situaciones clínicas que se presentan como cuadros de obstrucción intestinal: 1) Obstrucción intestinal de resolución quirúrgica y que no presentan nuevas crisis; 2) Cuadros de obstrucción completa en forma recurrente que requieren operaciones en múltiples ocasiones por la misma causa; 3) Obstrucciones subagudas. Estos 2 últimos cuadros incluyen las mencionadas obstrucciones recurrentes, intermitentes o incompletas. Se pueden presentar con síntomas inespecíficos y signos y síntomas abdominales vagos, que pueden ceder espontáneamente o luego de tratamiento conservador. Estos elementos contribuyen al retraso del diagnóstico y los pacientes pueden continuar con síntomas por semanas o meses. **Objetivos:** Presentar la Operación de Noble que, aunque olvidada por la mayoría de los cirujanos, puede ser una opción válida en la solución definitiva de las obstrucciones intestinales recurrentes o subagudas. **Descripción de Caso clínico:** Se presenta un caso clínico que se resolvió usando esta técnica que consiste en plegar el intestino delgado por medio de suturas continuas que adosan las serosas entre sí, por segmentos de 15 a 20 cm, así se organizan las adherencias, se evita la obstrucción y se disminuye el riesgo de que se formen nuevas adherencias que produzcan nuevos episodios de obstrucción intestinal. Nuestro paciente debió ser operado previamente en 3 oportunidades en un lapso de 3 meses por obstrucciones intestinales recurrentes y otros episodios subagudos. Después de esta intervención al seguimiento de 6 meses no ha presentado nuevos cuadros obstructivos con ingesta alimentaria completa y buen tránsito intestinal. **Comentarios:** Además, existen otras opciones a la Operación de Noble y que son modificaciones de ésta, como la de Child-Phillips (suturar el mesenterio por debajo del borde intestinal con suturas en U de material irreabsorbible) y McCarthy (sutura recta del mesenterio, no en U). En suma, el cirujano general debe conocer estas técnicas para resolver obstrucciones intestinales recurrentes o subagudas.

## ABSCESO APENDICULAR POST APENDICECTOMÍA. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

*Dra. Macarena Marshall Salazar,  
Elisabeth Guzmán Husak*  
Universidad Andrés Bello. Clínica Indisa.

**Introducción:** El 7% de la población padecerá en algún momento de su vida apendicitis aguda. Su prevalencia es de 8-12%, siendo la apendicectomía una cirugía frecuente y segura, con una incidencia de 100 por 100.000 personas al año. La morbilidad es del 7-9%, con una mortalidad a 30 días de 0,16-0,24% y una tasa de complicaciones del 2% en las no complicadas, lo cual varía según la técnica utilizada y la progresión del cuadro (agudo o subagudo). Las principales complicaciones, son la infección de la herida operatoria, la disfunción intestinal (que incluye obstrucción, íleo y fistulas), los abscesos abdominales (coleción apendicular, hepática, entre otras), la necesidad de reoperación y la mortalidad. Cada una de las complicaciones tiene una frecuencia especial según la vía de abordaje quirúrgico (LPC o abdominal). El enfoque de tratamiento para las complicaciones, en especial los abscesos apendiculares tiene 3 pilares, el conservador, el de mediana intervención y el quirúrgico. **Objetivos:** Determinar manejo del absceso apendicular post apendicectomía LPC. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de sexo masculino de 43 años de edad, sin antecedentes mórbidos presenta una complicación post apendicectomía: colección apendicular con presencia de muñón residual mayor a 3 mm, el paciente se hospitaliza y se decide manejo de mediana intervención, obteniendo resultados favorables. **Comentarios:** Aunque los resultados obtenidos en este paciente fueron favorables, no es estadísticamente significativo para indicar conducta. Es por esto que el manejo sigue siendo controversial y no existen diferencias significativas en los resultados posteriores a cada uno de los tratamientos, por lo que se necesitan mayores estudios y revisión de casos para establecer un consenso. Mientras tanto el manejo dependerá principalmente de la experiencia del cirujano.

## APENDICETOMÍA EN BLANCO EN MUJERES, EVALUACIÓN GINECOLÓGICA INSUFICIENTE? A PROPÓSITO DE UN CASO

*Drs. Macarena Marshall Salazar,  
Fernanda Álvarez Rojas, Elisabeth Guzmán Husak*  
Hospital El Pino. San Bernardo, Santiago. Internado Cirugía General. Universidad Andrés Bello. Clínica Indisa.

**Introducción:** La apendicitis aguda es un 27,5% de las urgencias abdominales. Presentación típica sólo en un 60%. Síntomas se sobreponen con causas ginecológicas. La apendicitis en blanco se define como remoción de un apéndice no inflamado 10-15% son más frecuen-

tes en mujeres 71,6%. Eleva el gasto del hospital, del paciente y morbimortalidad. **Objetivos:** Revisión de la literatura a raíz de un caso. **Descripción de Caso clínico:** 18 años, dolor periumbilical irradiado a FID, PCR: 5,83 Leucocitos 14.300 83% NTF. Eco TV: N, TAC: N, LPC exploradora, Biopsia, Apendicectomía. DG: Folículo roto 39 años, Dolor hipogastrio irradiado a FID leuco 18.100 87% NTF suB (-) PCR 2 TAC: apéndice diámetro N cambios inflamatorios de grasa peri apendicular, líquido libre. DG: PIP 42 años. Dolor abdominal difuso, leuco 7.400 NTF 68% Pcr3 Eco: líquido libre, ovarios normales TAC: apéndice cecal 8 mm, cambios inflamatorios de grasa. DG: Endometriosis. **Discusión:** Diferenciales: Folículo roto 9,8% Endometriosis 6,8%, PIP 3%, ATO, Embarazo ectópico. La inflamación intraperitoneal de cualquier causa puede inflamarse desde el exterior simulando una Apendicitis. Leucocitos < 11.000/UI PCR < 5 mg/l% Neutrófilos < 75% (4) (Apéndice normal) Leucocitosis S 42-96% E 53,76%, PCRS 40-96% E 38-94% TAC: VPP 97,5% S 90% E91-99%, ECOTV VPP 92,2% S 55-98% E 78-100% Clínica VPP 90%. **Conclusiones:** Sin imágenes preoperatorias el % de apendicetomías en blanco es 34,3%, reduciendo al 16,7% en mujeres con imágenes. ECOTV: 1ª en patología ginecológica TAC: Disminuye la tasa de apendicetomías (-) Consignar Edad, FUR, BHCG, MAC, GPA, Conductas de riesgo. La hiperplasia linfoide, fecalitis y congestión apendicular informado en biopsia no es necesariamente apendicitis aguda. LPC diagnóstica disminuye apendicetomías en blanco. La literatura sugiere no realizar una apendicetomía si el apéndice se ve normal en una LPC, pero esto no es aceptado en general, tampoco hay estudios que validen la apendicetomía en blanco. Consulta ginecológica antes de Apendicetomía es necesaria pero no suficiente.

## SUBOCLUSIÓN INTESTINAL INTERMITENTE COMO COMPLICACIÓN DE SÍNDROME PEUTZ JEGHERS: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

*Drs. Erick Magariños Eguez, Natalia Aldana Landeros,  
José Miguel López Valladares, Roberto Aravena Onate,  
Lorenzo Nicolás González Palacios, Claudia Lemus Rivera, Cristian Gamboa Céspedes, Elias Veas Cortés,  
David Cambiazo Fuentes*  
Complejo Hospitalario San José. Independencia, Santiago. Equipo de Cirugía Digestiva y Laparoscopia Avanzada. Universidad Santiago de Chile.

**Introducción:** Síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ), patología poco frecuente, caracterizada por pigmentación de mucosa oral, piel plantar y palmar; se asocia a una poliposis gastrointestinal múltiple, los que pueden llegar a complicarse y causar intususcepción, obstrucción y hemorragias intestinales, por lo que es importante una pesquisa precoz de los pólipos. **Objetivos:** Presentamos un caso de un paciente con SPJ, cursando



una suboclusión intestinal aguda por poliposis, su diagnóstico y resolución quirúrgica. **Descripción de Caso clínico:** Hombre de 22 años. Con antecedentes de SPJ y episodios a repetición de obstrucción intestinal sin necesidad de cirugía. Consulta por dolor abdominal recurrente de tipo cólico. Examen físico: Pigmentaciones puntiformes, en labios, mucosa oral y ambas palmas. Abdomen distendido con dolor a la palpación epigastrio e hipocondrio izquierdo. Examen laboratorio: anemia (hemoglobina: 7,7 g/dl) Examen de tránsito intestinal: Estómago con incontables pólipos. Lesiones poliposas en yeyuno que obturan prácticamente la totalidad del lumen enteral. Laparoscopia exploradora, se realizó diez enterotomías logrando extraer alrededor de cincuenta pólipos; además polipectomías de todos los pólipos macroscópicos y conglomerados que impresionaban obstructivos. **Comentarios:** El SPJ, entidad bastante rara en nuestro medio. Frente a la sospecha es mandatorio la derivación a un especialista para estudios endoscópicos de tracto digestivo, junto a un tránsito intestinal, evitando un retraso en el diagnóstico y eventuales complicaciones. La principal complicación es la obstrucción intestinal, su clínica principal es dolor abdominal crónico. En el caso de nuestro paciente tenía una evidente clínica de obstrucción intestinal, secundaria a pólipos intestinales, además de tener las características clínicas de pigmentación de labios, 2 características que nos deben hacer pensar con un alto índice de sospecha en un SPJ. Es imprescindible pensar en esta entidad al enfrentarse a un paciente con estas características, a fin de evitar complicaciones como la resección intestinal amplia que en nuestro caso se debió realizar en este paciente.

## MUCOCELE APENDICULAR

*Drs. Camila Andrea Ormeno Candia, Diana Bohle Zarecht, José Luis Sánchez Velizar, Jorge Lavanderos Fernández*  
Hospital Base San José de Osorno. Servicio de Cirugía.  
Universidad Austral de Chile.

**Introducción:** El mucocele apendicular es una patología poco frecuente, se encuentra entre el 0,2 a 0,3% de las apendicectomías. Corresponde a una dilatación quística del lumen del apéndice por acumulación de mucus, secundaria a hiperplasia de la mucosa (63%), cistoadenoma mucinoso (25%), cistoadenocarcinoma mucinoso (11%) o quiste de retención. Cerca de un 50% de los casos son diagnosticados incidentalmente con exámenes imagenológicos, endoscópicos o durante la cirugía. En el ultrasonido los hallazgos son variables, desde una lesión quística con contenido anecoico, una masa hipocogénica con ecos internos finos, a una masa hiperecoica. La Tomografía computada de abdomen usualmente muestra una lesión quística bien encapsulada, que puede tener calcificaciones de la pared. En la colonoscopia se puede ver el signo del volcán, con el orificio apendicular visto en el centro de una masa sub-

mucosa. El diagnóstico preoperatorio es relevante para evitar su ruptura y el desarrollo de un pseudomixoma peritoneal. **Objetivos:** Comunicar el caso de un paciente con un mucocele apendicular, su manejo y una breve revisión de la literatura. **Descripción de Caso clínico:** Independencia Mujer de 68 años, consulta por dolor abdominal de 2 semanas de evolución, asociada a náuseas y fiebre. Al examen destaca un abdomen sensible en fosa iliaca derecha, con masa palpable. La tomografía computada de abdomen y pelvis evidencia una imagen ovoidea hipodensa que impresiona emerger desde región ileocecal, de contenido líquido y que mide 5 x 10 x 9 cm. Se realiza una laparotomía exploradora, donde se aprecia un tumor blanquecino de aprox 12 x 15 cm dependiente del ciego, con base sana y escasa salida de material mucinoso; el que se resaca en su totalidad. Biopsia compatible con mucocele apendicular. **Comentarios:** El mucocele apendicular es una entidad clínica poco frecuente, su manejo y pronóstico van a depender del tipo histológico.

## TRATAMIENTO COMBINADO CON IMATINIB Y RESECCIÓN TRANSANAL MÍNIMAMENTE INVASIVA (TAMIS) EN PACIENTE PORTADORA DE GIST RECTAL BAJO CON COMPROMISO ESFINTÉRICO. CASO CLÍNICO

*Drs. Javier Gómez Basauri, José Gellona Vial, Bruno Nervi Nattero, María Elena Molina Pezoa, Gonzalo Ignacio Urrejola Schmied, José Tomás Larach Kattan, Felipe Bellolio Roth, Álvaro Zúñiga Díaz, Rodrigo Migueles Cocco*  
Pontificia Universidad Católica de Chile. Unidad de Coloproctología, Departamento de Cirugía Digestiva, Facultad de Medicina.

**Introducción:** En tumores estromales gastrointestinales (GIST), la ubicación en recto bajo es infrecuente. El tratamiento quirúrgico oncológico con preservación esfintérica se ha visto favorecido con la administración de imatinib neoadyuvante. Este tendría indicación en lesiones mayores de 5 cm o con compromiso esfintérico, disminuyendo actividad metabólica y tamaño tumoral, permitiendo resecciones R0 y menor morbilidad quirúrgica. **Objetivos:** Presentamos un caso clínico de una paciente portadora de GIST de recto bajo con compromiso esfintérico, la que fue sometida a tratamiento con imatinib neoadyuvante con buena respuesta tumoral, permitiendo posteriormente una resección local vía TAMIS, preservando esfínter y con excelentes resultados. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de 37 años, sana. En 2013 consulta por dolor en cadera derecha, sin síntomas rectales. Como hallazgo en tomografía se pesquiza un tumor de recto inferior de 6 cm de diámetro. Estudio dirigido con resonancia (RM), colonoscopia, PET CT y endosonografía apoyan el diagnóstico de GIST rectal con posible infiltración esfintérica, sin

evidencia de diseminación. Biopsia transrectal confirma GIST. Dado el tamaño y compromiso esfintérico se decide administrar imatinib neoadyuvante. Control en 6 meses con RM y PET CT muestra respuesta metabólica significativa y reducción del tamaño tumoral a 4 cm de diámetro, sin evidencia de infiltración esfintérica y margen radial con plano de clivaje. En marzo de 2014 se somete a resección tumoral local vía TAMIS, sin incidentes ni complicaciones postoperatorias. Biopsia confirma GIST rectal de bajo grado, fusocelular de 5,9 x 4,9 cm, mitosis 2/50, borde radial entintado positivo y sin necrosis. Comité oncológico indica mantener imatinib por 2 años más. Actualmente asintomática, sin evidencia de recidiva pelviana en PET CT, resonancia ni colonoscopia. **Comentarios:** En nuestro caso, el tratamiento combinado imatinib-cirugía vía TAMIS en GIST de recto bajo fue una alternativa segura y efectiva, evitando una resección radical y permitiendo mantener indemne el esfínter anal.

### ENFERMEDAD DIVERTICULAR COMPLICADA EN COLON DERECHO SEGUNDO EPISODIO EN PACIENTE DE 25 AÑOS, REPORTE DE UN CASO

*Dr. Genaro Arriagada Palma*  
Clínica Ciudad del Mar. Cirugía.

**Introducción:** La enfermedad diverticular del colon derecho es una entidad poco frecuente, generalmente es congénita e incluye todas las capas de la pared colónica. Este es el reporte de un caso en un paciente joven y cuya complicación fue el absceso con mala respuesta a tratamiento médico. **Objetivos:** Presentación de un caso. **Descripción de Caso clínico:** Paciente sin mórbidos de 25 años, cuadro de dolor abdominal que se inicia en junio del presente año en FID progresivo que al tercer día de evolución se hace persistente y asocia a cambio de hábito intestinal (diarrea), consulta interpretándose como probable apendicitis, se realiza TAC que muestra enfermedad diverticular complicada con absceso sin perforación en colon derecho, se trata con ATB ambulatorio por 1 semana con respuesta parcial, en espera de colonoscopia, aproximadamente al mes realiza nuevo episodio de dolor reingresando a urgencia, esta vez TAC mostró nueva colección pequeña en relación a divertículos esta vez descritos en todo el colon. Hospitalizado con tto ab endovenoso y con baja de parámetros pero sin remisión de dolor se decide alta y cirugía programada a las 2 semanas realizándose colectomía derecha laparoscópica con buena evolución. **Comentarios:** La enfermedad diverticular del colon derecho debe estar dentro de los diagnósticos diferenciales de abdomen agudo en que la clínica debe idealmente complementarse a imágenes para decidir conductas inmediatas. El tratamiento médico ambulatorio y control debiera ser una variable a discutir.

### METÁSTASIS ÚNICA DE GLÁNDULA SUPRARRENAL POR CÁNCER DE RECTO: REPORTE DE UN CASO

*Drs. Sebastián Pradenas Bayer, Alejandro Barrera Escobar, Cristián Gallardo Villalobos, Felipe Illanes Fuertes, Carlos Melo Labra, Manuel Quiroz Flores, Guillermo Bannura Cumsille*  
Hospital Clínico San Borja-Arriarán, Santiago.  
Coloproctología. Universidad de Chile.

**Introducción:** Las metástasis de cáncer colorrectal están presentes en el 20-30% al momento del diagnóstico. Las localizaciones más frecuentes son en hígado y pulmón. La presencia de metástasis en la glándula suprarrenal en estos pacientes se puede presentar en el contexto de enfermedad diseminada. La presencia de metástasis única en esta localización es rara y existen escasos casos publicados en la literatura. **Objetivos:** Reportar una localización poco frecuente de metástasis de cáncer colorrectal. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de 51 años de género femenino sin antecedentes médicos, con tabaquismo activo de 37 paquetes al año presenta historia de 5 años de evolución de rectorragia ocasional (3-4 episodios/año), sin otros síntomas agregados. En el año 2013 presenta cuadro de hemorroides complicada por lo que consulta y se encuentra una lesión sospechosa en ampolla rectal. Se realiza una colonoscopia en julio de 2014 donde se observa lesión tumoral que se biopsia. Biopsia: Adenocarcinoma tubular invasor moderadamente diferenciado. Se realiza estudio de etapificación, tomografía computada (TAC) que muestra lesión parietal de recto medio-superior, adenopatías mesorrectales y masa suprarrenal de un cm. Se decide inicio de Neoadyuvancia. Una vez finalizada, se realiza un TAC que muestra un aumento de tamaño de la lesión suprarrenal y elevación del CEA. El PET-CT muestra aumento del metabolismo en masa suprarrenal derecha sin marcación en otras localizaciones. Se realiza una resección interesfintérica con descenso de colon, presentando una evolución postoperatoria satisfactoria. A los 28 días de la cirugía rectal se decide sección de colon perineal y resección de la masa suprarrenal en un tiempo. La biopsia diferida muestra el reemplazo casi completo de la glándula suprarrenal por una metástasis de adenocarcinoma, compatible con origen rectal. **Comentarios:** La ubicación en la glándula suprarrenal como metástasis única de cáncer colorrectal es muy infrecuente, en general esta localización se presenta en el contexto de enfermedad diseminada.

### APENDICITIS AGUDA EN MALROTACIÓN INTES-TINAL: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

*Drs. Paula León Acuña, Daniel Patricio Cifuentes Munzenmayer, Víctor Riquelme Donoso, Tiare Cordero Vera*  
Hospital San Juan de Dios, Los Andes. Servicio de Cirugía.  
Universidad de Valparaíso, Sede San Felipe.

**Introducción:** La apendicitis aguda es una de las urgencias quirúrgicas abdominales más frecuentes que se

encuentran en los servicios de urgencias. Las presentaciones atípicas son infrecuentes, en donde la mayoría de los cuadros presentados al lado izquierdo están asociados a malrotación intestinal, *situs inversus* o posición anormal de un apéndice largo. Debido a la ambigüedad de los síntomas, el diagnóstico es a menudo difícil, aumentando la morbimortalidad en estos pacientes. **Objetivos:** Reporte de caso de paciente con apendicitis aguda en hemiabdomen izquierdo asociado a malrotación intestinal y análisis de la literatura. **Descripción de Caso clínico:** Mujer de 59 años, consulta en servicio de urgencia por dolor abdominal en cuadrante inferior izquierdo de un día de evolución, asociado a náuseas y vómitos. Laboratorio destaca proteína C reactiva 103,4 mg/l, leucocitos 19.700 mm<sup>3</sup>. Se hospitaliza con diagnóstico de diverticulitis aguda. Tomografía axial computarizada (TAC) informa: apendicitis aguda asociado a malrotación intestinal. Se realiza apendicectomía laparoscópica con evolución favorable postoperatoria. **Comentarios:** La causa quirúrgica más frecuente de dolor abdominal agudo en urgencia es el cuadro de apendicitis aguda. El dolor en fosa iliaca izquierda hace considerar diagnósticos diferenciales tales como diverticulitis aguda, cólico renal, pancreatitis aguda, etc. Sin embargo, se han identificado casos de apendicitis aguda con sintomatología en hemiabdomen izquierdo, lo que ha sido identificado principalmente en anomalías congénitas como *situs inversus* o malrotación intestinal. La TAC es el examen de elección en estos casos ya que permite evidenciar los signos imagenológicos de malrotación intestinal congénita asociado a los clásicos de apendicitis aguda pero en localización izquierda del abdomen. La presencia de malrotación intestinal no difiere el tratamiento habitual de la patología apendicular.

### CARCINOMA ESCAMOSO DE FÍSTULA COLOCUTÁNEA POSTERIOR A NEFRECTOMÍA. REPORTE DE UN CASO

*Drs. Daniela Fernanda González Hurtado, Enrica Ramírez Pittaluga, Manuel Lizana Corvera*  
Hospital San Juan de Dios, Santiago.

**Introducción:** El carcinoma escamoso renal es infrecuente, representando entre el 0,7 y el 7% de todos los tumores del tracto urinario superior. Frecuentemente se asocia con litiasis o infección renal crónica. Se suele diagnosticar en estadios avanzados de la enfermedad por dolor o masa palpable. **Objetivos:** Presentar el caso de un paciente con fistula colocutánea neoplásica post nefrectomía y su manejo en el Hospital San Juan de Dios (HSJD), mediante la metodología CARE. **Descripción de Caso clínico:** Hombre de 67 años, fumador, sin otros antecedentes. Presenta pniefrosis secundaria a cálculos renales, requiriendo nefrectomía izquierda el año 2006 (no se cuenta con biopsias de esta cirugía). Desde entonces presenta fistula colocutánea

que se opera en el 2015: fistulectomía, resección de yeyuno y colon transverso, y colostomía terminal. La biopsia muestra carcinoma escamoso queratinizante bien diferenciado ulcerado e inflamado sobre infección bacteriana del trayecto fistuloso con compromiso de epiplón, intestino delgado y colon. En su postoperatorio persiste con fistula dando un contenido purulento, el cual se maneja con antibióticos y curaciones; sin embargo, el débito aumenta. TAC muestra un absceso retroperitoneal en relación al trayecto fistuloso. Se reopera realizándose aseo quirúrgico y resección del trayecto fistuloso, dejando un drenaje quedando R0. Se presenta a comité oncológico para realizar radioterapia, pero paciente se niega. **Comentarios:** El carcinoma de células escamosas renal es inusual. Se cree que su desarrollo se debe a una metaplasia del urotelio por irritación crónica, aunque la asociación del cáncer con la metaplasia aún genera controversia. Las causas de la alteración incluyen cálculos renales, riñón en herradura, infecciones y también el tabaco. Al no tener los antecedentes previos de las cirugías renales efectuadas en el paciente, la sospecha diagnóstica de cáncer era baja hasta la obtención de la biopsia de la pieza operatoria con la fistula colocutánea neoplásica.

### NEOPLASIA MUCINOSA APENDICULAR DE BAJO POTENCIAL MALIGNO CON ADENOMUCINOSIS PERITONEAL DIFUSA: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

*Drs. Gregory Francisco Córdova Aitken, Paula León Acuña, Daniel Patricio Cifuentes Munzenmayer*  
Hospital San Juan de Dios, Los Andes.  
Servicio de Cirugía.

**Introducción:** Las neoplasias apendiculares son una patología poco frecuente. En la mayoría de los casos se presenta de forma incidental en una apendectomía por otra causa, representando un desafío en el diagnóstico y tratamiento. Existen diversos tipos biológicos, predominando los tumores carcinoides y las neoplasias epiteliales mucinosas, dentro de estas últimas existen controversias en su prevalencia, clasificación y tratamiento. **Objetivos:** Descripción de caso clínico y análisis de la literatura. **Descripción de Caso clínico:** Hombre de 69 años consulta en servicio de urgencias por abdomen agudo de 12 h de evolución, asociado a compromiso del estado general. Se realiza laparotomía exploradora encontrando ascitis mucinosa secundaria a neoplasia apendicular. **Comentarios:** Las neoplasias apendiculares corresponden al 0,4% de las neoplasias gastrointestinales, encontrándose en el 0,9 a 1,4% de las apendicectomías. Se clasifican en no epiteliales y epiteliales, estas últimas, pueden subclasificarse como no mucinosas y mucinosas. En las neoplasias mucinosas hay falta de consenso entre los patólogos en su clasificación debido al curso agresivo a pesar de

presentar histología benigna. La presentación clínica es de sintomatología variada e inespecífica, encontrándose también como hallazgo incidental en cirugías abdominales. Frente al diagnóstico o sospecha diagnóstica se sugiere completar tratamiento previa evaluación con imágenes y marcadores tumorales para definir TNM y presencia de compromiso peritoneal, que en caso de presentarse, se recomienda efectuar cirugía de citoreducción (CRS) asociada a quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) para disminuir la recurrencia y mejorar la sobrevida. Con respecto a la importancia del compromiso nodal en la sobrevida, no existen estudios concluyentes, reportándose que la presencia de metástasis linfáticas no influye en ella, luego de tratamiento combinado, mientras que otros muestran grandes diferencias en la sobrevida a 5 años, con valores de 21% y 73% en casos de presencia y ausencia de metástasis respectivamente.

### UTILIDAD DE PARÁMETROS INFLAMATORIOS COMO PREDICTOR DEL GRADO DE INFLAMACIÓN HISTOPATOLÓGICO EN APENDICITIS AGUDA

*Drs. Gregory Francisco Córdova Aitken, Paula León Acuña, Daniel Patricio Cifuentes Munzenmayer, Víctor Riquelme Donoso*  
Hospital San Juan de Dios, Los Andes.  
Servicio de Cirugía.

**Introducción:** Se ha demostrado que el grado de inflamación apendicular corresponde a un importante factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones postoperatorias, sin embargo, no se ha descrito un marcador óptimo que pueda predecir la severidad de la inflamación histopatológica en apendicitis aguda. Existen escasos estudios sobre la correlación de inflamación histopatológica apendicular y exámenes preoperatorios. **Objetivos:** Evaluar la relación que existe entre los parámetros inflamatorios de laboratorio (recuento leucocitario y proteína C reactiva (PCR)) solicitados al ingreso de la sala de urgencias y el informe macroscópico e histopatológico de apendicitis aguda. **Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectiva. Pacientes operados por apendicitis aguda, mayores de 18 años, entre octubre de 2014 y julio de 2015, en hospital San Juan de Dios de Los Andes, con leucocitos y PCR solicitados al ingreso hospitalario e informe histopatológico de la pieza operatoria evaluada al primer control postoperatorio. Se realizó base de datos electrónica con posterior análisis estadístico en programa SPSS 20. **Resultados:** Edad promedio 40,6 años. Leucocitos 15.755/ul, PCR 69 mg/dl; 80% de los pacientes se encontraron en intraoperatorio en etapa inicial (congestivo y flegmonoso). En análisis histopatológico: 78% apéndice en etapas iniciales de inflamación, 41,5% casos con

compromiso periapendicular. Al analizar datos con test ANOVA se evidencia que no hay asociación entre promedio de leucocitos y grado de inflamación apendicular intraoperatorio ( $p < 0,05$ ), sin embargo, si existe asociación con promedio de PCR ( $p < 0,002$ ). **Conclusiones:** La PCR posee correlación con el grado histopatológico de inflamación apendicular en pacientes con apendicitis aguda, sin embargo, los parámetros de laboratorios inflamatorios no permiten descartar cuadros clínicos de apendicitis aguda.

### FASCITIS NECROSANTE DE EXTREMIDAD INFERIOR SECUNDARIA A CÁNCER DE COLON DERECHO PERFORADO

*Drs. Hugo Morales Cabezas, Ramiro Luis Caballero, Alejandro Zárate Castillo, Munir Alamo Alamo*  
Hospital Clínico Metropolitano El Carmen Doctor Luis Valentín Ferrada. Equipo de Coloproctología.  
Departamento de Cirugía. Universidad Finis Terrae.

**Introducción:** La fascitis necrosante es una infrecuente y agresiva infección que afecta a la fascia profunda y tejidos subcutáneos, la que a pesar de un tratamiento precoz y amplia resección, tiene una alta mortalidad. Las perforaciones de víscera hueca pueden producir en la mayoría de los casos con un cuadro de peritonitis, sin embargo, en ocasiones una perforación del tubo digestivo puede desencadenar infecciones retroperitoneales que pueden ser oligosintomáticas o con sintomatología inespecífica y larvada. **Objetivos:** Presentar el caso de una paciente con un tumor de colon derecho perforado hacia retroperitoneo que evolucionó con fascitis necrosante de la extremidad inferior. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de 79, género femenino, que consultó por cuadro de 4 días de dolor de la extremidad inferior derecha; al examen destacaba: eritema y edema de toda la extremidad inferior derecha, asociado a tejido necrótico y exudado turbio de la zona interna del muslo además de enfisema subcutáneo. La tomografía computada de abdomen y pelvis informó imágenes sugerentes de colección retroperitoneal derecha asociado a enfisema subcutáneo inguinal ipsilateral. En la cirugía se realizó aseó y desbridamiento de la zona comprometida evidenciándose en el postoperatorio salida de contenido fecal por lecho cruento de herida a nivel inguinal, por lo que se realizó una laparotomía exploradora que evidenció un tumor de ciego perforado hacia retroperitoneo que se continuaba hasta el muslo. Se complementó con una hemicolectomía derecha y aseó quirúrgico de la zona contaminada. La paciente fallece a las 48 h producto de una falla orgánica múltiple. El estudio histológico de la pieza operatoria reveló un adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado perforado. **Comentarios:** La fascitis necrosante de la extremidad inferior, sin origen evidente puede tener como causa un foco intraabdominal.

## FLEBITIS LINFOCÍTICA DEL COLON: REPORTE DE 2 CASOS

*Drs. Jorge Medrano Díaz, Camila Escauriaza Ruiz, Francisco Mucientes Herrera, Rodrigo Klaaseen Pinto, Misael Ocares Urzúa*

Universidad de Concepción. Unidad de Patología.  
Hospital Regional de Concepción.

**Introducción:** Entidad de etiología y patogénesis desconocida que se presenta con lesiones isquémicas ileocólicas y flebitis de la pared intestinal y mesenterio. **Objetivos:** Presentar dos casos de flebitis linfocítica del colon (FLC). **Descripción de Caso clínico:** Se incluyeron 2 casos de FLC que se encontraron en los registros de la Unidad de Anatomía Patológica del HCRGGB entre 1995 y mayo de 2015. Se revisaron historias clínicas y material histológico. Se presentan dos casos de FLC en dos mujeres de 59 (C1) y 63 años (C2) que debutaron con dolor intenso en FID. C1: TAC abdominal reveló masa endofítica cecal y adenopatías mesentéricas. Colonoscopia mostró lesiones ulceradas en ciego y colon ascendente y un pólipo rectal, el cual se reseco y resultó Carcinoma *in situ* (TIS). C2: TAC abdomen y pelvis reveló engrosamiento parietal estenosante de aspecto neoplásico del tercio medio del colon ascendente. La Colonoscopia mostró lesión suboclusiva del ciego. **Comentarios:** Ambos casos de FLC fueron mujeres, que se resolvieron con hemicolectomía derecha. Ambos casos presentaron úlceras isquémicas profundas a nivel de ciego y flebitis linfocítica en la pared, con predominio en la submucosa. Ambas al control de los 4 y 9 meses se encontraban asintomáticas.

## HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA POR UN TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL. REPORTE DE UN CASO

*Drs. Nicolás Rojas Fernández, Juan Francisco Allamand Turner, Matías Minassian Münster, Christian Jensen Benítez, Lawrence Walbaum Peralta, Nicolás Patricio Campaña Weitz*

Hospital Padre Alberto Hurtado, San Ramón.  
Servicio Cirugía General.

**Introducción:** Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son neoplasias de origen mesenquimático que representan aproximadamente el 0,3% de todas las neoplasias del tubo digestivo, caracterizadas inmunohistoquímicamente por expresar CD117 en el 95% de los casos y afectando más frecuentemente estómago e intestino delgado. Sus formas de presentación varían siendo lo más frecuente el dolor abdominal y la hemorragia digestiva alta por ulceración de tumores con crecimiento endoluminal. Sin embargo, existen otras encontradas en la literatura tales como la perforación,

hemorragia digestiva baja y obstrucción intestinal. **Objetivos:** Presentar el reporte de un caso clínico de un tumor del estroma gastrointestinal en yeyuno que se presentó como hemorragia digestiva baja exanguinante, discutir acerca de esta entidad clínica (epidemiología, presentación clínica, estudio, tratamiento y pronóstico). **Descripción de Caso clínico:** Paciente de sexo masculino, 52 años, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos, que consulta al Servicio de Urgencia del Hospital Padre Hurtado por presentar cuadro de 2 días de evolución de melena asociado a síncope. Al ingreso destaca hematocrito de 19%, se realiza EDA que muestra esofagitis y duodenitis, anoscopia que no objetiva el sitio de hemorragia y AngioTC que evidencia lesión exofítica intestinal hipervascularizada. Dado necesidad de múltiples transfusiones y hemodinamia inestable, se decide ingresar a pabellón confirmando hallazgos de imágenes, realizando resección oncológica de tumor localizado a 120 cm del ángulo de Treitz, y anastomosis término terminal. Biopsia definitiva con inmunohistoquímica compatible con GIST. **Comentarios:** Aunque es una presentación atípica, frente a una hemorragia digestiva baja asociada a un tumor de intestino delgado, se debe tener como sospecha el diagnóstico diferencial de un GIST, de forma de realizar una cirugía oncológica adecuada de ser requerida.

## ANGIODISPLASIA RECTAL: PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

*Drs. Ramón Gonzalo Cardemil Herrera, Tamara Daire Rojas, Viviana Carolina Saavedra Jana*  
Hospital Clínico Universidad de Chile. Cirugía General.

**Introducción:** La angiodisplasia intestinal es una ectasia vascular focal que lleva a la dilatación de las venas de la mucosa y submucosa que generan pequeñas lesiones fistulosas arteriovenosas. Es frecuente en los pacientes mayores de 60 años y se ubica en colon ascendente y ciego habitualmente. Se presenta en general, como hemorragia digestiva recurrente de poca cuantía. **Objetivos:** Exponer un caso clínico de una patología rara en la población. **Descripción de Caso clínico:** EGM, 48 años, mujer, Testigo de Jehová, sin antecedentes mórbidos. Refiere 10 días de hemorragia digestiva baja asociada a anemia (Hb 8). Ingresa con evidencias de sangrado activo, se realiza EDA: gastropatía erosiva petequeal de fondo y cuerpo, pólipo subcardial y antral resecaos, gastropatía nodular y varioliforme antral; y colonoscopia: divertículos de colon sigmoides, signos de sangrado antiguo. Se complementa estudio con angio-TAC de abdomen y pelvis: arteria mesentérica inferior permeable, tortuosa y de calibre aumentado que en el recto superior se comunica con un aparente nido vascular displásico y con venas de drenaje de llene rápido en fase arterial asociado a engrosamiento parietal segmentario concéntrico de recto-sigmoides, sin signos de sangrado

activo, hallazgos en el contexto de una MAV del recto-sigmoideas. Se discute el caso con radiología intervencional quienes advierten alto riesgo de necrosis intestinal ante una embolización, por lo que sugieren resolución quirúrgica. Se realiza ileostomía de protección para prevenir nuevas hemorragias. En un segundo tiempo se realiza resección anterior de recto superior y sigmoideas con descendo-recto anastomosis, sin incidentes. La paciente evoluciona en buenas condiciones por lo que se da de alta. Biopsia: angiodisplasia rectal. **Comentarios:** Las angiodisplasias rectales son una causa muy rara de HDB. Existe 1 reporte de caso previo en la literatura internacional. En nuestro caso, el manejo quirúrgico fue exitoso. No se dispone de información con validez en la literatura para decidir el mejor manejo.

### **PERFORACIÓN ESPONTÁNEA RECURRENTE DEL COLON COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO EN EL HOSPITAL BASE SAN JOSÉ DE OSORNO. CASO CLÍNICO**

*Drs. Carlos Patricio Ayala Pardo, Cristóbal Daniel de La Fuente, Diana Bohle Zarecht, Gabriela Montecinos Gual, Daniel Matamoros Rueda, Franco Trivio Álvarez, Claudio Heine Tapia*  
Hospital Base San José de Osorno. Unidad de Coloproctología, Servicio de Cirugía. Residente de Cirugía General. Internos y Alumnos, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Sede Osorno.

**Introducción:** La perforación espontánea del colon se define como la rotura repentina del colon normal en ausencia de enfermedades como tumores, diverticulosis o lesiones externas. El diagnóstico no se obtiene hasta que se ha explorado el abdomen, sin embargo, la anamnesis y examen físico generalmente son compatibles con una peritonitis. **Objetivos:** Dar a conocer un caso clínico tratado en el equipo de Coloproctología del Hospital Base San José de Osorno. **Descripción de Caso clínico:** Paciente varón de 30 años sin antecedentes mórbidos previos. Consulta por cuadro de dolor abdominal súbito en hipocondrio derecho. Al examen físico destaca un abdomen sensible a la palpación. Se realiza una tomografía computada de abdomen y pelvis que muestra acentuado engrosamiento parietal del colon ascendente hasta el ángulo hepático, caracterizado por edema submucoso. Se realizó una laparotomía exploradora encontrando un gran plastrón de epiplón violáceo que cubre el ángulo hepático del colon transversal. Bajo el plastrón se aprecia una zona de necrosis y perforación. Se realizó una hemicolectomía derecha y anastomosis ileotransversa. Paciente presenta una evolución tórpida que requiere una nueva laparotomía exploradora al cuarto día encontrando una nueva zona de necrosis de íleon distal la cual se reseca y se deja con ileostomía terminal. La

biopsia de la hemicolectomía derecha muestra una colitis exudativa leucocitaria perforada, con vasculitis y fibrosis estromal sin evidenciar claramente la causa. Ante la sospecha de vasculitis, se solicitaron marcadores reumatológicos que resultaron negativos. El paciente evolucionó lentamente a la mejoría (por una desnutrición severa secundaria) completándose su reconstitución de tránsito con buen resultado (ileo-rectoanastomosis). Se indicó el alta a los 100 días de post operado. **Comentarios:** La perforación espontánea del colon es una patología poco frecuente. Se hace necesario conocer la existencia de esta enfermedad en los casos de peritonitis fecal por perforación de Colon en ausencia de causa desconocida.

### **PERFORACIÓN SIGMOIDEA POR CUERPO EXTRAÑO: REPORTE DE DOS CASOS INUSUALES**

*Drs. Alejandro Cancino Viveros, Roberto Ariel Macchiavello Macho*  
Hospital Dr. Luis Tisné B. Peñalolén, Santiago.  
Servicio de Urgencias.

**Introducción:** Las perforaciones gastrointestinales por cuerpo extraño son raras, ocurriendo en < 1% de los pacientes. **Objetivos:** Presentamos dos casos de perforación sigmoidea; por interiorización de botón de gastrostomía y por migración de prótesis biliar. **Descripción de Caso clínico:** Mujer de 79 años, usuaria de gastrostomía, refiere que por disfunción de sonda de gastrostomía ésta es cortada en APS, perdiéndose porción distal dentro del estómago. Consulta por 5 días de vómitos, dolor abdominal y constipación. Abdomen sensible difuso, con RHA disminuidos. TAC demuestra cuerpo extraño en cavidad abdominal, compatible con sonda de gastrostomía. Se realiza laparotomía exploratoria, observándose en sigmoideas capuchón de gastrostomía intraluminal, sonda perforando hacia cavidad peritoneal, compromiso importante de pared colónica y peritonitis difusa. Se realiza operación de Hartmann. Mujer de 83 años, antecedente de ERCP con instalación de prótesis biliar por colangitis. Refiere 5 días de dolor abdominal y fiebre. Abdomen sensible difuso, *blumberg* esbozado. TAC demuestra neumoperitoneo e imagen de prótesis biliar migrada con perforación de sigmoideas. Se realiza laparotomía exploratoria, encontrándose perforación puntiforme de sigmoideas por prótesis biliar. Se retira cuerpo extraño realizando rafia del defecto en dos planos. **Comentarios:** La ingestión de cuerpos extraños ocasiona perforaciones en < 1% de los pacientes. La perforación intestinal por prótesis biliar migrada es rara, siendo más frecuentemente en duodeno. Existe escaso reporte en la literatura de perforación intestinal por migración de sonda de gastrostomía. Encontramos un reporte de perforación debido a incorrecto retiro de sonda por corte a

nivel de la piel. En ambos casos la perforación ocurrió a nivel de sigmoides, estrechez anatómica normal. La sintomatología es variada. Nuestros pacientes consultaron por abdomen agudo por perforación sigmoidea. La TAC es el método diagnóstico ideal. El tratamiento es quirúrgico (sutura primaria, exteriorización de la lesión por colostomía, resección con anastomosis primaria con/sin ostomía de protección, u operación tipo Hartmann). La perforación intestinal por cuerpo extraño es infrecuente, de diagnóstico preoperatorio difícil y precisa tratamiento quirúrgico urgente. Los casos presentados corresponden a causas con escaso reporte en la literatura.

### GIST COMO CAUSA DE INVAGINACIÓN INTESTINAL EN EL ADULTO. REPORTE DE UN CASO

*Drs. Óscar González Valdés, Tomás Rodríguez Castillo*  
Hospital El Pino. San Bernardo, Santiago.  
Cirugía. Universidad Andrés Bello.

**Introducción:** La invaginación intestinal es el prolapso de un asa intestinal dentro del lumen de un segmento adyacente. Es más frecuente en niños que en adultos (20:1). En los primeros la etiología más frecuente es la idiopática (90%), mientras que en adultos son los tumores o enfermedad inflamatoria intestinal. En ambos grupos la presentación clínica más frecuente es obstrucción intestinal. **Objetivos:** **Descripción de Caso clínico:** Paciente de sexo femenino de 61 años, antecedentes de hipertensión y anemia crónica en estudio. Consulta en el servicio de urgencias por cuadro de 12 h de evolución, caracterizado por hematoquezia de moderada cuantía, sin dolor ni otros síntomas asociados. Ingresó con anemia severa que requiere transfusión de hemoderivados. Se realiza endoscopia digestiva alta que evidencia pólipos antrales y gastritis crónica, sin evidenciar sangrado. Colonoscopia completa muestra coágulos de sangre sin sitio de sangrado aparente. Se completa estudio con AngioTC de abdomen y pelvis el que evidencia invaginación de yeyuno-proximal con imagen nodular luminal. Se resuelve quirúrgicamente evidenciándose intususcepción completa de yeyuno proximal a 45 cm del ángulo de Treitz realizándose resección intestinal más anastomosis primaria. Evolución postoperatoria favorable. Biopsia definitiva: tumor fusocelular intestinal. **Comentarios:** La patología tumoral es la principal causa de invaginación en adultos. Generalmente se localiza en la región colónica (75%). Dentro de las formas de presentación, la hemorragia digestiva es infrecuente. El examen con mayor rendimiento diagnóstico es el TC de abdomen y pelvis contrastado. El tratamiento a elección es la resección intestinal del segmento afectado, ya que otras terapias muestran alta recidiva. Este caso es una manifestación poco frecuente de invaginación intestinal por su presentación como hemorragia digestiva baja y su localización.

Es de vital importancia saber que en adultos la etiología más frecuente es la tumoral, debiendo buscarse activamente, con métodos imagenológicos adecuados.

### DIVERTICULITIS DE ÍLEON DISTAL COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO EN PACIENTE DE TERCERA EDAD

*Drs. Carlos Patricio Ayala Pardo, Claudio Betancourt Sotomayor, Mauricio Cáceres Pérez, Gabriela Montecinos Gual, Angélica González Ortiz, Camila Gutiérrez Oliva, Claudio Heine Tapia*  
Hospital Base San José de Osorno. Unidad de Coloproctología, Servicio de Cirugía Servicio de Radiología. Residente de Cirugía General. Estudiantes de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Sede Osorno.

**Introducción:** La Diverticulitis del íleon terminal es una patología poco frecuente. La mayoría de la evidencia publicada son reportes de casos aislados. Puede llegar a no más del 2,6% de las diverticulitis del lado derecho. Su evolución puede conducir a un abdomen agudo y complicarse con perforación, cuyo cuadro clínico es indistinguible de una apendicitis aguda. **Objetivos:** Dar a conocer el caso de una paciente adulta mayor que ingresó a la Unidad de Emergencia del Hospital Base San José de Osorno (HBSJO) con diagnóstico de Abdomen Agudo. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de 65 años, femenino, previamente sana, con antecedentes quirúrgicos de Colectectomía e Histerectomía. Consulta en la Unidad de Emergencia del HBSJO por cuadro de 3 días de evolución, caracterizado por dolor progresivo en cuadrante inferior derecho y fosa iliaca derecha. Ingresó hemodinámicamente normal y afebril. Al examen físico presentaba sensibilidad y *blumberg* esbozado. Dado el cuadro clínico y la edad de la paciente, se decidió realizar una tomografía computada de abdomen y pelvis la que demostró cambios de aspecto inflamatorio en la periferia del íleon distal con engrosamiento parietal y evidenciando una burbuja aérea extraluminal. El apéndice se apreciaba normal con aire endoluminal y tenues cambios de densidad del tejido adiposo en su base. La imagen se interpretó como una diverticulitis de íleon distal. El manejo fue conservador con la paciente hospitalizada, régimen cero, antiinflamatorios no esteroideos y antibioterapia. Presentó buena evolución clínica siendo dada de alta al cuarto día con antibioterapia oral. **Comentarios:** La diverticulitis de íleon distal es una patología infrecuente pero plantea la necesidad de realizar exámenes imagenológicos complementarios en pacientes adultos mayores que escapan al rango habitual de abdomen agudo de causa apendicular. El manejo médico es la indicación de tratamiento en la mayoría de los reportes de casos publicados.

## TRAUMA ANORRECTAL COMPLEJO, MANEJO LAPAROSCÓPICO, CASO CLÍNICO

*Drs. Andrés Antonio Vera Salas, Mauricio Cáceres Pérez, Gabriela Ochoa Suazo*  
Hospital Base San José de Osorno. Servicio de Cirugía, Unidad de Coloproctología. Clínica Alemana Osorno.

**Introducción:** El Trauma Anorrectal es una patología quirúrgica poco prevalente, de múltiples etiologías principalmente secundario a trauma abdominoperineal cerrado. Se Asocia comúnmente a lesiones de otros órganos. El Manejo de estos pacientes debe ser según el ATLS, y de existir lesión colorrectal, se debe definir si es intra o extraperitoneal, si se repara o se reseca, considerando siempre la derivación fecal en los casos que así lo ameriten. **Objetivos:** Dar a conocer el caso de un paciente con Trauma Rectal y su manejo mínimamente invasivo. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de 25 años, con antecedente de accidente en motocicleta, con trauma en región dorsolumbar y anococcígeo, que evoluciona con dolor lumbar y herida perianal contusa. Al tacto rectal no presentó sangre ni restos óseos. TC columna lumbar evidenció fractura de cuerpo vertebral T11. Se decidió manejo conservador con antibióticos. Evolución desfavorable, febril, radiografía de pelvis mostró enfisema subcutáneo. La evaluación por coloproctólogo, describe al tacto rectal sangre y herida contusa. TC abdomen y pelvis, concluye hematoma presacro y engrosamiento de paredes del ano y músculo puborectal. Se realizó aseo quirúrgico del desgarramiento anoperineal asociado a compromiso de esfínter, dejando drenaje blando tipo penrose. En segundo tiempo, laparoscopia exploradora demostró hematoma presacro y contusión rectal, sin laceración ni compromiso peritoneal, decidiendo manejo sólo con sigmoidostomía en asa laparoscópica. **Comentarios:** Evoluciona satisfactoriamente en Unidad de Paciente Crítico con aporte de fluidos, antibioticoterapia de amplio espectro, apoyo nutricional parenteral y curaciones con suero fisiológico del periné. Nuevo aseo quirúrgico a los 6 días, instalación de drenaje y cierre por planos, comprobando indemnidad del recto mediante rectoscopia, dejándose la colostomía para su cierre diferido. Alta en buenas condiciones generales.

## APENDAGITIS COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL INFRECUENTE DE APENDICITIS AGUDA

*Drs. Javier Reyes Illanes, Edson Wilmer Alanez Bautista*  
Hospital Barros Luco Trudeau. San Miguel, Santiago. Cirugía de Urgencia.

**Introducción:** La apendagitis puede simular un cuadro agudo similar a la apendicitis aguda, que no

requiere tratamiento quirúrgico. **Objetivos:** Exponer un caso clínico de una causa infrecuente de diagnóstico diferencial de apendicitis aguda. **Descripción de Caso clínico:** Paciente masculino de 23 años de edad consulta en el servicio de urgencia por cuadro clínico de 16 h de evolución caracterizado por dolor intenso en fosa iliaca derecha, sin factor agravante, asociado a náusea sin llegar a vómitos, dirigiéndose a diarrea y síntomas urinarios, en el examen físico destaca abdomen blando depresible, dolor intenso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, se toma exámenes paraclínicos que objetiva recuento de leucocitos 8.300, PCR 15,6 mg/dl, sedimento de orina normal, se decide complementar estudio con TAC que describe: Adyacente al borde antimesentérico del colon derecho se visualiza una lesión hipodensa de 2,2 cm con aumento en la densidad de la grasa adyacente compatible con un apéndice epiploico inflamado. Conclusión: Apendagitis de colon derecho, durante la hospitalización abreviada se administra analgésicos endovenosos disminuyendo considerablemente el dolor en zona descrita durante. Se decide alta hospitalaria con AINES vía oral por 5 días y posterior control en policlínico. **Comentarios:** La apendagitis aguda debe incluirse siempre en el diagnóstico diferencial de apendicitis aguda, más en pacientes con exámenes complementarios normales evitando muchas veces a tomar una conducta inadecuada como la apendicectomías en blanco.

## ESCLEROSIS MESENTÉRICA, CASO POCO COMÚN

*Drs. Matías Turchi Turchi, Jaime Antonio Vásquez Yáñez, Freddy Alejandro Ferreira Camacho*  
Universidad de Chile. Departamento de Cirugía. Hospital Privado Comunidad.

**Introducción:** La esclerosis mesentérica es un proceso inflamatorio no específico primario del peritoneo acompañado de fibrosis de origen ideopática y curso crónico. Su incidencia es muy baja (sólo 250 casos reportados), más frecuente en hombres. La cirugía abierta previa es el factor predisponente más importante. Afecta al meso del intestino delgado predominantemente. El 69% se asocia a neoplasias. La clínica es inespecífica y variable, asintomáticos generalmente. **Objetivos:** Reporte de Caso. **Descripción de Caso clínico:** Paciente masculino de 74 años, consulta por síndrome anémico y masa palpable en FID. Al examen físico destaca distensión abdominal de 1 mes de evolución, masa de 15 x 20 cm. duro-elástica móvil en FID y FD. Exámenes muestran Hto: 34%, Hb 10 g%, GB: 11.000/ml, VHS 34 mm/1 h, CEA 1 ng/ml, CA-19-9 5 U/ml, la ecografía abdominal determina masa heterogénea de 19 x 15,5 x 12 cm. con vascularización en su interior. La TC de abdomen y pelvis destaca imagen redondeada



heterogénea, densidad grasa, hacia región cecoapendicular. RMN: Gran masa en FID, con intensidades heterogéneas (tejido fibroso y de tejido grasa). Resultado adenocarcinoma moderadamente diferenciado de ciego que infiltra toda la pared cecal; adyacente a éste, tumor vegetante estromal de 7,5 cm. Ganglios 1/25. Inmuno-marcación del tumor estromal compatible con Esclerosis Mesentérica. Histología: B.1 (Adenocarcinoma). Imágenes de estructura glandular. **Comentarios:** Ante la sospecha diagnóstica de esclerosis mesentérica, habiéndose descartado asociación con otra neoplasia, se debe realizar la confirmación patológica por punción-biopsia o biopsia laparoscópica, en todos los casos. En pacientes asintomáticos, sin tumor primario, se puede realizar control evolutivo; ante la presencia de síntomas (excepto los oclusivos), la asociación de tamoxifeno más prednisona ha mostrado buenos resultados. En casos refractarios al tratamiento farmacológico y/u oclusión, o tumor primario, estaría indicada la cirugía.

### EXPERIENCIA CLÍNICA INICIAL CON EL PRIMER DISPOSITIVO EVAS INSTALADO EN CHILE: UNA NUEVA ALTERNATIVA ENDOVASCULAR PARA LA REPARACIÓN DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL

*Drs. Martín Inzunza Agüero, Sebastián Hugo Von Muhlenbrock, Gabriel Cassorla Jaime, Gabriel Seguel Seguel, Moshe Pincu Lechner, José Ignacio Torrealba Fonck, Paulo Cassis Cáceres*  
Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río. Puente Alto, Santiago. Cirugía Vascular.

**Introducción:** El abordaje endovascular para la reparación de AAA se ha perfeccionado progresivamente desde 1990, constituyendo hoy en día una alternativa especialmente importante en pacientes de alto riesgo quirúrgico. Sin embargo, esta técnica se sigue asociando a complicaciones como endoleaks, migración de prótesis, aumento del saco aneurismático. El dispositivo NELLIX (sistema EVAS) busca evitar estas complicaciones mediante el empleo de endo-bags alrededor de los *stents* de flujo, que son rellenados con un polímero biocompatible, sellando así la totalidad del espacio del saco aneurismático. **Objetivos:** Presentar caso clínico y revisión bibliográfica. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de 65 años, sexo masculino, portador de cardiopatía coronaria operada recientemente, HTA, DM y AAA de 6 cm, infrarrenal. Se discute caso y se plantea alternativa endovascular dado alto riesgo quirúrgico. Se instala endoprótesis NELLIX desplegando dos *stents* rodeados por endo-bags. Se realiza vacío de éstas, luego pre-llenado con solución fisiológica; se efectúa aortografía: sin endoleaks y adecuada exclusión de AAA. Luego se administra polímero en endo-bags monitorizando presiones de llenado, logrando sellado

completo de saco aneurismático. Aortografía post-solidificación del polímero confirma excelente posición, preservación de arterias renales e hipogástricas. Finaliza procedimiento sin incidentes, bien tolerado por paciente, se traslada extubado a recuperación. Tras 16 días postoperatorios el paciente se encuentra en controles ambulatorios, asintomático, sin reintervenciones. Se mantiene en seguimiento. **Comentarios:** A nivel internacional, el manejo endovascular de AAA mediante dispositivo NELLIX se realiza desde su comercialización en febrero de 2013. Actualmente se cuenta con evidencia observacional retrospectiva de al menos 2 años de seguimiento, que muestra resultados satisfactorios, con baja morbimortalidad asociada y menor tasa de endoleaks. En Chile, esta intervención quirúrgica aún es incipiente, siendo nuestro centro el primero a nivel nacional en realizarla, con resultados perioperatorios satisfactorios que podrían posicionarla como técnica de elección a futuro; sin embargo, aún es necesario contar con más evidencia a mediano y largo plazo.

### NECROSIS CUTÁNEA INDUCIDA POR ACENOCUMAROL. REPORTE DE CASO

*Drs. Juan Ramón Farías Marambio, Susana Cristina Sabat Awad, Carla Andrea Carvajal Rojas*  
Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción. Servicio de Cirugía, Unidad de Cirugía Vascular.

**Introducción:** Los anticoagulantes orales son utilizados ampliamente en forma preventiva y terapéutica. La necrosis cutánea es una complicación infrecuente, pero bien documentada de los anticoagulantes orales. En Chile existe sólo un reporte de caso publicado. Su incidencia se estima entre un 0,01 al 0,1% de pacientes tratados. Dado los pocos casos publicados y fisiopatología incierta, su tratamiento no está estandarizado. Se presenta este caso por la baja frecuencia de esta complicación, y por las graves secuelas que puede presentar. **Objetivos:** Descripción y análisis de caso clínico. **Material y Método:** Se presenta paciente de 53 años, portador de glioblastoma multiforme operado recientemente, con diagnóstico de TVP iliofemoral derecha. A su ingreso se instaló filtro de vena cava, evolucionando con sintomatología de TEP, confirmado por angio-TAC de tórax. Tras autorización de neurocirujano, se inició tratamiento con enoxaparina y posterior traslape a anticoagulantes orales. Al 2° día presentó dolor intenso, cianosis y edema de pie izquierdo, con pulsos presentes y eco *Doppler* arterial normal; compatible con necrosis cutánea por acenocumarol. Se manejó con suspensión de TACO, enoxaparina, curaciones y posterior inicio de Ribaxaban. Evolucionó con infección y persistencia de

necrosis; requiriendo múltiples aseos, escarectomías e injerto dermoepidérmico con buena evolución posterior. **Resultados:** Paciente se encuentra estable, injerto en buenas condiciones, sin evidencia de complicación. **Conclusiones:** La necrosis cutánea es un evento adverso infrecuente, pero grave, del tratamiento anticoagulante oral. Se produce precozmente tras iniciar TACO, ya sea con dosis de carga agresiva o sin heparina concomitante. Como mecanismo fisiopatológico se plantea la inactivación de las proteínas C y S, generando un estado de hipercoagulabilidad. El diagnóstico es esencialmente clínico. El reconocimiento precoz y la suspensión inmediata del medicamento son cruciales para el pronóstico. El tratamiento quirúrgico no está bien establecido, pero se recomienda manejo conservador.

### ANEURISMA POPLÍTEO EN NIÑO: REPORTE DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LITERATURA

*Drs. Ricardo Alejandro Olguín Leiva, Camila Seymour Martínez, Gloria Covarrubias Rojas, Krystal Werner Feris, Juan Marín Peralta, Eitan David Schwartz Yuhaniak*  
Hospital Militar de Santiago (HOSMIL). Equipo de Cirugía Vasculard y Endovascular.

**Introducción:** Los aneurismas verdaderos en pediatría son de muy baja frecuencia. La localización más frecuente corresponde a la aorta torácica o abdominal, siendo raros en otras ubicaciones. **Objetivos:** El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico de aneurisma verdadero de arteria poplítea en un niño de 3 años. **Descripción de Caso clínico:** Preescolar sano de 3 años que consulta por dolor en cara posterior de rodilla izquierda, intermitente, sin claudicación. Al examen destaca palpación de masa dura, no pulsátil, móvil e indolora en relación a hueco poplíteo. Radiografía de rodilla muestra calcificaciones de partes blandas. Se solicita angio-tomografía axial computada (angio-TAC), que muestra aneurisma calcificado de la arteria poplítea derecha, con colaterales dependientes de la arteria femoral profunda que perfunden hacia distal. Se realiza resección del aneurisma y reparación con interposición de vena safena interna. Estudio anatomopatológico muestra segmento arterial con dilatación aneurismática de tipo fusada, de 32 mm de longitud y 14 mm de diámetro, con material calcificado en su interior, compatible con aneurisma verdadero. Seguimiento clínico a los 5 meses postoperatorios, sin complicaciones. Angio-TAC muestra adecuada permeabilidad de injerto en sitio de aneurisma y ramas arteriales distales. **Comentarios:** Los aneurismas verdaderos son una entidad rara en pediatría, siendo aún menos frecuentes los de presentación solitaria y de

localización no aórtica. En este grupo existen 9 causas identificadas, sin embargo, este caso no se asocia a ninguna condición patológica. Por tanto, se trataría de un aneurisma poplíteo idiopático. Complicaciones derivadas son la ruptura del aneurisma, la trombosis distal, que puede llevar a la pérdida de la extremidad. Esto sumado al retraso del crecimiento en la extremidad que pudiese llevar consigo, hace que su manejo sea quirúrgico. En este caso se hizo interposición de injerto autólogo con vena.

### TRAUMA ARTERIAL DE EXTREMIDADES EN EL HOSPITAL PUERTO MONTT. SERIE DE CASOS

*Drs. Patricia Araneda Agurto, Felipe Imigo Gueregat*  
Hospital de Puerto Montt. Servicio de Cirugía. Servicio de Urgencia. Universidad San Sebastián, Campus Puerto Montt.

**Introducción:** El 80% de los traumatismos vasculares afecta las extremidades correspondiendo el 30% a lesiones de miembro superior, siendo las agresiones por arma blanca el principal mecanismo causal en nuestro país. **Objetivos:** Determinar los casos y manejo de las lesiones arteriales de extremidades tratadas en el Servicio de Urgencia del Hospital de Puerto Montt. **Material y Método:** Serie de casos de pacientes que presentaron trauma vascular arterial de extremidades entre enero de 2010 y diciembre de 2014 en el Hospital de Puerto Montt. Los datos fueron analizados mediante el programa SPSS versión 21.0. **Resultados:** En el período se encontraron 20 pacientes con 22 lesiones arteriales. 17 pacientes fueron de sexo masculino, con edad promedio de 37 años (19 a 77 años). El origen de la lesión en 6 casos correspondió a accidentes de tránsito, 5 agresiones por terceros, y 4 laborales. El objeto causal más frecuente fue arma blanca en 7 casos. Al ingreso a urgencia 8 pacientes presentaban compromiso hemodinámico destacando 1 paciente que ingresó sin signos vitales. El alcohol estuvo presente en 6 casos. Existieron 11 casos de extremidad superior con 12 arterias comprometidas, destacando 6 arterias braquiales, 3 radiales y 3 cubitales. Para miembro inferior se registraron 9 casos con 10 lesiones, destacando 5 de arteria femoral superficial, 2 poplítea, y arteria femoral profunda y peronea con 1 caso cada una. El tipo de lesión más frecuente fue la transección con 15 casos, sección parcial en 3, pseudoaneurisma en 2, trombosis en 1, requiriendo en 6 de éstos reparaciones mediante *bypass*. Las lesiones asociadas más frecuentes fueron óseas en 6 casos, nerviosas en 4, tendineas en 3 y venosas en 2 casos. Mortalidad operatoria en 3 casos. **Conclusiones:** En nuestra serie la extremidad superior fue la más afectada siendo las arterias braquiales y femorales superficiales los vasos más lesionados.

## ROL DE LA CIRUGÍA EN EL MANEJO DE LA INFECCIÓN INVASORA POR *SAPROCHAETE CAPITATA*. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

*Drs. Jasna Radich Radich, Daniel Hernández Clarck, Carlos Álvarez Zepeda, Felipe Castillo Henríquez, Rodrigo Abularach Cuellar, Valentina Valenzuela Rebolledo, Francisco Moraga Vásquez, Pablo Pérez Castro, Katrina Lolos Tornquist, Paula Majluf Caceres, Jorge Castillo Avenaño*  
Hospital Barros Luco Trudeau. San Miguel, Santiago.  
Departamento de Cirugía Sur, Universidad de Chile.  
Universidad de Santiago de Chile.

**Introducción:** *Saprochaete capitata*, es una levadura ubicua. Posee la capacidad de producir infecciones oportunistas en pacientes graves, inmunodeprimidos, especialmente con neoplasias hematológicas. **Objetivos:** Presentamos el caso clínico de un paciente con LMA e infección diseminada por *S. capitata*, que presentó compromiso pleural y esplénico cuyo manejo incluyó una videotoroscopia (VTC) y una esplenectomía, con resultado exitoso. **Descripción de Caso clínico:** Hombre de 23 años, consulta a la Unidad de Emergencia por cuadro de astenia, mialgias, tos y escalofríos. Destacando lesiones herpetiformes en paladar, anemia, leucopenia y neutropenia. Se diagnostica leucemia mieloide aguda iniciándose quimioterapia. Evoluciona febril, se inicia terapia antibiótica empírica y luego tratamiento antifúngico. Se solicita TC TAP destacando, derrame pleural, hepatoesplenomegalia con lesiones focales esplénicas. Se diagnostica fungemia por *S. capitata*, agregándose tratamiento con voriconazol. Por falta de respuesta al tratamiento se agrega anfotericina liposomal. Se realiza toracocentesis, evidenciándose exudado mononuclear. Se agrega dolor invalidante en hipocondrio y flanco izquierdos. En control radiológico se observa regresión de lesiones hepáticas y renales, pero aumento del derrame pleural izquierdo y de las lesiones esplénicas. Se realiza VTC de aseó observándose lesiones de 4 mm en pleura y diafragma. Se realiza esplenectomía observándose bazo de gran tamaño y aspecto inflamatorio. Los cultivos tomados durante la videotoroscopia y la laparotomía resultaron positivas para *S. capitata*. Evoluciona favorablemente completando tratamiento con anfotericina y voriconazol. Dándose de alta en buenas condiciones finalizando tratamiento oncológico. A un año de seguimiento paciente no presenta enfermedad. **Comentarios:** La infección diseminada por *S. capitata* representa un cuadro de elevada morbimortalidad. La poca evidencia existente no han permitido determinar el tratamiento ideal. La cirugía hasta ahora parece no tener un rol claro en el control de la enfermedad. Nuestro paciente fue tratado complementariamente con aseó pleural por VTC y esplenectomía.

## REPARACIÓN DE PSEUDOANEURISMA DE TRONCO TIBIO PERONEO POR ARMA DE FUEGO POR VÍA ENDOVASCULAR: A PROPOSITO DE UN CASO

*Drs. Jorge Vergara Cristi, Patricio Huerta Bustamante, José Manuel Ramírez Torrealba, Matías José Valenzuela Larrain, Gonzalo Masia López, Claudio Hernán Vallejos Lobos, Humberto Pizarro Villalón, Francisco Acuña Donoso, Vicente Rodríguez Torres*  
Hospital Barros Luco Trudeau. San Miguel, Santiago.  
Equipo de Cirugía Vasculare y Endovascular.

**Introducción:** Un pseudoaneurisma corresponde a una ruptura de la pared arterial que permite la salida de sangre hacia los tejidos adyacentes. Se recomienda la reparación quirúrgica en cualquier tamaño cuando se presentan complicaciones y en casos asintomáticos mayores a 2,5 cm, siendo los *stents* cubiertos una adecuada alternativa a la cirugía abierta. Los pseudoaneurismas de vasos tibiales son infrecuentes y los reportes en literatura son excepcionales. **Objetivos:** Presentar el caso de un paciente con un pseudoaneurisma postraumático del tronco tibio peroneo (TTP) por arma de fuego, complicado con anemia aguda y aumento de volumen de la extremidad, en el cual y debido a las múltiples fracturas y a la presencia de fijación externa se decidió manejo vía endovascular. **Descripción de Caso clínico:** Paciente masculino de 20 años sin antecedentes mórbidos, agredido con arma de fuego en extremidad inferior izquierda, resultando con fractura expuesta de fémur el cual requiere aseó quirúrgico y fijación externa. Evoluciona con aumento de volumen de la extremidad y episodios de sangrado de gran cuantía a través de orificios de proyectil. A los 14 días es evaluado por equipo cirugía vascular con angio-TAC de extremidad inferior donde se observa pseudoaneurisma TTP de 16 x 38 mm, sin compromiso vascular distal. Reparación endovascular del pseudoaneurisma con instalación de *Stent Viabahn®* 5 x 50 mm con excelente resultado técnico. **Comentarios:** Se logró exclusión completa de la lesión, disminuyendo edema y sin nuevos episodios de anemia aguda. Control clínico y eco *Doppler* a los 3 meses muestra *stent* permeable. Las técnicas endovasculares permiten el tratamiento de una diversidad de patologías con invasión mínima y pronta recuperación. La utilización de *stents* cubiertos ofrecen resultados similares a la cirugía abierta; sin embargo, el riesgo de trombosis y fractura es un factor a vigilar.

## REPORTE DE CASO: ANEURISMA ARTERIA VISCERAL

*Drs. Felipe Alegría González, Alejandro Martín Pereira, Francisco Jofré Campos*  
Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez, Valparaíso.  
Cirugía Vasculare Periférica.

**Introducción:** Los aneurismas de las arterias viscerales son poco frecuente con una incidencia estimada

del 0,01-0,2% y una prevalencia inferior al 1%. Su importancia radica en 2 hechos. El primero es que muchas veces no son diagnosticados ya que solamente un tercio de ellos se presenta antes de la rotura. El segundo es que cuando se presentan síntomas en forma de rotura, presenta una mortalidad mayor al 8,5%. **Objetivos:** Presentar un caso clínico poco frecuente, de difícil diagnóstico, de alta mortalidad y con resultado favorable al realizar un diagnóstico y resolución endovascular. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de 46 años, sexo femenino, con antecedentes de tabaquismo crónico activo, que consultó en servicio de urgencia por cuadro de dolor abdominal en epigastrio, tipo cólico, asociado a baja de peso no cuantificado y vómitos, con respuesta parcial a tratamiento sintomático. Se solicitan exámenes destacando en el TAC de abdomen hematoma en mesocolon transverso secundario a pseudoaneurisma de probable origen en vasos cólicos medios, por lo que se solicita un angio TC que muestra un pseudoaneurisma y disección parcial de arteria mesentérica superior y dilatación sacular aneurismática del tronco celíaco, se hospitaliza para su embolización selectiva. Paciente con evolución postoperatoria satisfactoria, logrando el alta hospitalaria a los pocos días post intervención y sin complicaciones en los controles postoperatorios. **Comentarios:** El siguiente trabajo se presentó por ser una patología de baja frecuencia, con un difícil diagnóstico, dado que estos aneurismas suelen causar síntomas inespecíficos y es de importancia su temprano diagnóstico para un tratamiento satisfactorio evitando su tasa de mortalidad una vez roto.

## REPORTE DE CASO: TUMOR CARDÍACO PRIMARIO

*Drs. Pablo Ibáñez Montenegro, Iván Paul Rozas, Francisco Jofré Campos*

Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar. Servicio de Cirugía Cardiovascular.

**Introducción:** Los tumores cardíacos se pueden clasificar en primarios y secundarios o metastásicos; estos últimos son unas 20-40 veces más frecuentes que los primarios. Los tumores cardíacos primarios con una entidad relativamente rara presentación en la práctica clínica. En una revisión autopsica clásica de Straus y Merliss 1, su incidencia fue del 0,0017-0,28%. Y a su vez los podemos subdividir en primarios benignos y malignos, estos últimos corresponden al 25% de todos los tumores cardíacos primarios. **Objetivos:** Presentar un caso clínico poco frecuente, de difícil sospecha y con resultado favorable al realizar un diagnóstico y resolución quirúrgica temprana. **Descripción de Caso clínico:** Se presentará el caso clínico de una paciente de sexo femenino de 29 años con antecedentes de

lentiginosis mucocutáneo familiar, motivo por el cual se realiza controles anuales, entre los controles que se realiza destaca en su ecocardiografía una masa de 22 mm que se asienta sobre el septum interauricular de aspecto mamelonado y compatible con un mixoma auricular. Se programa para su resolución quirúrgica. Paciente es operada con circulación extracorpórea y con resección completa del tumor. Paciente con evolución postoperatoria satisfactoria, logrando el alta hospitalaria al 5° día post intervención y sin complicaciones en los controles postoperatorios. **Comentarios:** Dado que estos tumores suelen causar síntomas inespecíficos y a distancia en ocasiones, es de importancia su temprano diagnóstico para un tratamiento quirúrgico satisfactorio evitando su morbilidad y mortalidad.

## REPORTE DE CASO: ASISTENCIA VENTRICULAR IZQUIERDA EN INSUFICIENCIA CARDÍACA

*Drs. Pablo Ibáñez Montenegro, Juan Andrés Pérez Novoa, Francisco Jofré Campos*

Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar. Servicio de Cirugía Cardiovascular.

**Introducción:** La insuficiencia cardíaca es una de las principales causas de hospitalización y muerte en nuestro país. Es una patología que va en aumento, no sólo por el envejecimiento de la población, sino por el impacto del tratamiento médico. Pese a las terapias actuales, sólo el trasplante cardíaco ha demostrado su real efectividad en estos pacientes. Desafortunadamente, la disponibilidad de donantes es limitada, lo cual determina que muchos pacientes fallezcan esperando trasplante, o que su condición se deteriore que contraindique el trasplante. En principio, los dispositivos de asistencia ventricular izquierda se usaban en pacientes con IC en fase terminal como una medida temporal de puente al trasplante. Pero su uso prolongado con el fin de aumentar la supervivencia y mejorar la calidad de vida. **Objetivos:** Presentar una opción de tratamiento en los pacientes con insuficiencia cardíaca terminal, cuando falla el tratamiento médico. **Descripción de Caso clínico:** Se presentará el caso de un paciente de sexo masculino de 30 años de edad, con el diagnóstico de una miocardiopatía dilatada idiopática, que se encuentra en su fase terminal, en espera de su trasplante cardíaco, pero que durante el proceso presentó una exacerbación de su patología de base, sin una respuesta favorable a la terapia médica, en una ecocardiografía durante su hospitalización muestra una fracción de eyección de 13%, se decide la instalación de asistencia ventricular izquierda. Paciente se mantiene hospitalizado en UCI, con una respuesta favorable a este tratamiento, es dado de alta a los 10 días postoperatorio, en espera de un donante para su tratamiento definitivo. **Co-**

**mentarios:** Presentar una opción de tratamiento poco frecuente en nuestro medio a la insuficiencia cardíaca terminal, ya sea como tratamiento definitivo o como puente al trasplante cardíaco.

### TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA CARÓTIDA INTERNA EXTRACRANEANA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

*Drs. Gabriel Cassorla Jaime, Gabriel Seguel Seguel, Moshe Pincu Lechner, José Ignacio Torrealba Fonck, Sebastián Hugo Von Muhlenbrock, Paulo Cassis Cáceres, Ioram Israel Jacobovsky Rosenblitt*  
Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río. Puente Alto, Santiago. Unidad de Cirugía Vascular.

**Introducción:** El tratamiento endovascular de la Carótida está adquiriendo cada vez más peso. Si bien, la mayor evidencia existente es en el tratamiento de estenosis por enfermedad ateromatosa, de estos procedimientos entre un 0,2%-5% corresponden a tratamiento de aneurismas y pseudoaneurismas y cada vez se están publicando más casos y pequeñas series, sin existir hasta el momento evidencia para indicar o contraindicar su uso en forma definitiva. **Objetivos:** En este contexto se presenta el caso de un paciente con un pseudoaneurisma roto reparado por vía endovascular. **Descripción de Caso clínico:** Ingresó al Servicio de Urgencia del Hospital Padre Hurtado (HPH) un paciente masculino, sin antecedentes de importancia salvo alcoholismo y tabaquismo activos, por aumento de volumen cervical derecho de 3 días de evolución asociado a dolor y estridor. El paciente sufrió un paro cardio-respiratorio hipóxico requiriendo intubación oro-traqueal. Se realizó tomografía computada que mostró gran hematoma cervical asociado a pseudoaneurisma de carótida interna derecha a nivel de C1. El paciente fue trasladado al Hospital Sótero del Río para tratamiento definitivo. Mediante acceso femoral derecho se instaló *stent* recubierto Viabahn 6 mm x 50 mm sin incidentes comprobándose permeabilidad de carótida interna y sello de la lesión. Debido a gravedad del paciente y riesgo hemorrágico no se utilizó heparina ni filtro embólico. Al momento de la entrega del resumen el paciente se encuentra aún hospitalizado en la Unidad de Paciente Crítico del HPH intubado, cursó con 2 infartos corticales periprocedimiento. El control con imágenes sugiere tumor de base de cráneo que horadó la carótida produciendo el pseudoaneurisma. **Comentarios:** El tratamiento endovascular de la lesión se presenta como una alternativa viable sobre todo por la ubicación de la lesión que habría imposibilitado un buen control vascular distal, requiriendo probablemente ligadura de la carótida interna, además del riesgo que presentaba la descompresión del hematoma contenido y la distorsión anatómica que éste generaba.

### HERIDAS PENETRANTES CARDÍACAS EN EL HOSPITAL PUERTO MONTT. SERIE DE CASOS

*Drs. Patricio Araneda Agurto, Daniel Enrique Flores Ramírez, Felipe Imigo Gueregat*  
Hospital de Puerto Montt. Servicio de Emergencia. Departamento de Cirugía. Universidad San Sebastián, Campus Puerto Montt.

**Introducción:** El traumatismo penetrante cardíaco es una situación de emergencia y alta mortalidad determinada por la rápida consulta, manejo quirúrgico inmediato así como por la cámara lesionada. **Objetivos:** Nuestro objetivo es describir las características clínicas y evaluar los resultados quirúrgicos en aquellos pacientes con trauma penetrante cardíaco en el Servicio de Urgencia del Hospital Puerto Montt en un período de 5 años. **Material y Método:** Serie de casos retrospectiva de pacientes que ingresaron al servicio de urgencia con el diagnóstico de herida penetrante cardíaca entre enero de 2010 y diciembre de 2014. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS versión 21.0 determinando las variables edad, sexo, arma causal, estudio preoperatorio, vía de abordaje, cámara lesionada, complicaciones postoperatoria y mortalidad. **Resultados:** Se determinaron 17 casos, con una edad promedio de 30 años (14 a 46 años). El 94% correspondieron a hombres. Al ingreso 11 casos presentaban inestabilidad hemodinámica. El arma blanca fue la causante en 16 casos siendo el restante derivado de un politraumatismo. Se realizó Ecofast a 10 pacientes, a dos radiografías de tórax y bodyTAc en 1 caso. La principal vía de abordaje fue la toracotomía anterolateral en 14 casos. La cámara cardíaca más lesionada fue el ventrículo derecho en 8 pacientes, 5 con taponamiento cardíaco sin lesión miocárdica evidente, 4 lesiones auriculares, 2 a derecha y 2 a izquierda, en 1 caso lesión del septum y lesión de coronaria derecha en 1 caso. Dentro de las complicaciones destacan arritmias en 3 casos e infecciones nosocomiales en 3 casos, así como un caso de infarto miocárdico. Fallecieron 4 pacientes (24%), uno en pabellón, y 3 dentro de los primeros 30 días de hospitalización. **Conclusiones:** En nuestra serie el ventrículo derecho fue la cámara más lesionada, existiendo una mortalidad global del 24%.

### TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE SÍNDROME DE PARKES WEBER, CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LITERATURA

*Drs. Jorge Vergara Cristi, Eitan David Schwartz Yuhaniak, Sandra Osorio Véliz, María Ignacia Villablanca Riveros, Juan Pablo Fuenzalida Gálvez*  
Clínica Dávila. Equipo de Cirugía Vascular.

**Introducción:** El síndrome de Parkes-Weber (SPW) se caracteriza por la presencia de malformaciones arteriovenosas de alto flujo que generalmente afectan una extremidad inferior. Siendo esta una enfermedad

de baja incidencia, es difícil acumular experiencia significativa y frecuentemente las opciones de tratamiento son limitadas, terminando incluso en amputación de la extremidad. **Objetivos:** Presentar un caso de paciente con SPW de afectación de extremidad inferior derecha complicado por falla cardíaca severa de manejo endovascular. **Material y Método:** Paciente de 29 años, sexo masculino, con diagnóstico de SPW y antecedente de aneurisma de arteria poplítea tratado con exclusión mediante *bypass* fémoro-poplítea y ligadura de múltiples fistulas arteriovenosas (FAV) en julio de 2007, luego de lo cual se pierde de controles. Reaparece en enero de 2015 con falla cardíaca derecha severa y edema significativo de la extremidad asociado a úlcera venosa. Inicialmente evaluado por cardiólogo, se sugiere amputación de extremidad; como alternativa, se decide realizar tratamiento endovascular. Angiografía evidencia *bypass* aneurismático y múltiples FAV de alto flujo dependientes de arteria femoral superficial (AFS). Se despliega rama de endoprótesis (Excluder®) y 4 *stents* cubiertos (Viabahn®) desde tercio medio de AFS hasta tercio distal de poplítea, quedando aneurisma y gran cantidad de FAV excluidas. Se programa nueva angiografía transcurrido un mes, en la cual se evidencian FAV que se originan desde poplítea distal y ejes tibiales. Se instalan *stents* cubiertos (4) de forma continua desde zona tratada previamente, dejando sólo eje tibial posterior permeable, con lo que se excluye 90% de FAV. **Resultados:** Paciente actualmente sin edema de extremidad, con úlcera cicatrizada, y más importante, con mejoría significativa de función cardíaca.

### ANEURISMA DEL SEGMENTO SUBCLAVIO AXILAR: REPORTE DE CASO

*Drs. Juan Pablo Andrés Cárdenas Larenas, Héctor David Contreras Pinto, Nelson Aros Mendoza, Javier Moraga Concha, Willy Yankovic Barceló, Carlos Encina Cáceres, Alonso Bulboa Fuentes*  
Hospital San Juan de Dios, Santiago. Servicio de Cirugía.

**Introducción:** Los aneurismas del segmento subclavio axilar son poco comunes, pero cuando son diagnosticados deben ser tratados en su mayoría. La etiología más frecuente es la arterioesclerótica. Pueden presentarse con dolor precordial, disfagia o rotura, dependiendo de su ubicación y tamaño. **Objetivos:** Comunicar el caso de un paciente con diagnóstico de aneurisma del segmento subclavio axilar izquierdo (SSAI) y su manejo quirúrgico en el Hospital San Juan de Dios (HSJD). **Descripción de Caso clínico:** Paciente masculino de 29 años con antecedentes de hipertensión arterial, enfermedad renal crónica en hemodiálisis, cardiopatía hipertensiva, disección aórtica tipo A con extensión a aorta descendente y fistula arterio venosa braquicocefálica izquierda gigante e hipertensiva cerrada hace 1 año. Historia de 1 año de evolución caracterizada por masa supraclavicular y axilar izquierda pulsátil, dolor

precordial irradiado a extremidad superior izquierda (ESI), que aumenta con valsalva y disminuye con uso de AINEs. Ecografía *Doppler* mostró imagen ovalada de 25 mm, hipocogénica, con flujo en su interior y signo de Ying Yang. Angio-TAC de vasos supra aórticos evidenció dilatación aneurismática tortuosa de SSAI de 22 mm. Se decidió resolución quirúrgica por síntomas isquémicos y neurológicos por compresión de plexo braquial (PB) ipsilateral. Se decidió vía abierta por anatomía desfavorable. Abordaje axilar y subclavio. Se evidenció gran dilatación aneurismática de arteria subclavia, axilar y humeral izquierda, con tortuosidades y angulaciones importantes, en íntimo contacto con PB. Se realizó disección, liberación y resección de aneurisma de SSAI, e instalación de puente subclavio humeral término terminal con prótesis anillada de 8 mm. Evolución postoperatoria favorable, con flujo adecuado por prótesis, pulsos radio cubitales presentes y manteniendo buena perfusión a distal. Angio-TAC postoperatorio sin signos de complicación. **Comentarios:** Se presenta el caso de un paciente con aneurisma de SSAI y su manejo quirúrgico en el HSJD.

### MANEJO ENDOVASCULAR DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA ADQUIRIDA EN EXTREMIDADES INFERIORES

*Drs. Jorge Vergara Cristi, Vicente Rodríguez Torres, Matías José Valenzuela Larraín, José Manuel Ramírez Torrealba, Patricio Huerta Bustamante, Humberto Pizarro Villalón, Claudio Hernán Vallejos Lobos, Francisco Acuña Donoso*  
Hospital Barros Luco Trudeau. San Miguel, Santiago.  
Equipo de Cirugía Vasculare y Endovascular.

**Introducción:** Las Fístulas Arteriovenosas (FAV) son comunicaciones anómalas entre un vaso arterial y venoso, determinando un aumento de la presión venosa y un fenómeno de robo arterial de mayor o menor cuantía. Su etiología puede ser congénita o adquirida (traumática o iatrogénica). Existe consenso en la necesidad de tratar casos sintomáticos o que se asocien a complicaciones. El objetivo es cerrar la comunicación arteriovenosa. Dentro de las alternativas se encuentran la cirugía abierta (ligadura o reparación) y la terapia endovascular (embolización o *stents*). **Objetivos:** Describir manejo endovascular de FAV adquirida en Tronco Tibioperoneo derecho en paciente sintomática. **Descripción de Caso clínico:** Mujer de 22 años, obesa, antecedentes de Osteocondroma Peroneo derecho resecado el año 2007, evolucionando con aumento de volumen progresivo de la extremidad asociado a dolor. Estudio ecotomográfico pesquiza FAV en pierna derecha, complementándose con AngioTC de EEII que objetiva fistula a nivel del tronco tibioperoneo asociado a severa dilatación venosa del sistema profundo hasta vena iliaca común. Dadas las condiciones anatómicas, se decide manejo endovascular con *stent* cubierto VIABAHN®, mediante

abordaje inguinal ipsilateral y posterior instalación de dos *stent* secuenciales, permitiendo cierre del defecto, respetándose ostium de ATA y ATP. Postoperatorio sin complicaciones, con evidente mejoría clínica, manteniendo antiagregación dual. AngioTC de control no demuestra complicación arterial y ecotomografía dúplex venosa evidencia adecuada permeabilidad del sistema profundo. **Comentarios:** Presentamos caso de FAV adquirida en pierna derecha tratada por vía endovascular mediante el uso de *stents* cubiertos, lográndose un adecuado cierre de la comunicación y respetándose el flujo arterial de la extremidad. Los resultados a corto y mediano plazo son alentadores. La evidencia actual avala cada vez más el manejo endovascular en estos casos, cuya principal ventaja radica en la menor morbilidad asociada y en la posibilidad de respetar la normal circulación arterial de la extremidad. Resulta necesario un seguimiento a largo plazo de estos pacientes.

### ATERECTOMÍA EN LESIONES FEMORALES OCLUSIVAS EXPERIENCIA HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU

*Drs. Jorge Vergara Cristi, Patricio Huerta Bustamante, José Manuel Ramírez Torrealba, Matías José Valenzuela Larraín, Gonzalo Masía López, Claudio Hernán Vallejos Lobos, Humberto Pizarro Villalón, Francisco Acuña Donoso, Vicente Rodríguez Torres*  
Hospital Barros Luco Trudeau. San Miguel, Santiago.  
Equipo de Cirugía Vascular y Endovascular.

**Introducción:** La arteria femoral superficial (AFS) es la arteria periférica más frecuentemente afectada en los casos de patología arterial oclusiva (más del 50%). La aterectomía endovascular constituye una alternativa segura de tratamiento en lesiones calcificadas y oclusivas con adecuada salida infragenicular. **Objetivos:** Presentar la experiencia de nuestro equipo en lesiones oclusivas de arteria femoral superficial, mediante el uso de esta técnica. **Material y Método:** Se revisaron 7 casos de aterectomía de cuatro cuadrantes en pacientes con isquemia crítica, mediante sistema TurboHawk y catéteres de 2-6 mm seguido de angioplastia con balón de 5-6 mm a 4-6 atmósferas por 3-15 min: 4 hombres y 3 mujeres, entre 57 y 77 años, con antecedentes de hipertensión arterial (85,7%), tabaquismo crónico (57,1%), diabetes mellitus (42,8%) y un Rutherford inicial IV (85,7%). El estudio angiográfico mostró en todos los pacientes enfermedad arterial oclusiva fémoro-poplitea y distal, con oclusión de la AFS TASC C (4 pacientes) y D (3 pacientes). 4 pacientes presentaban salida de tres vasos distales y 5 pacientes presentaban permeabilidad completa de dos vasos distales. Los pacientes fueron reevaluados a 6 meses del procedimiento mediante examen físico y ecotomografía *Doppler*. **Resultados:** 100% de mejoría clínica hasta Rutherford II. Un paciente con Rutherford V logró cicatrización completa de sus lesiones, sin requerir amputación. El

estudio *Doppler* mostró ondas monofásicas a nivel de los tres vasos distales en el 85,7% de los pacientes, con pulsos pedio y tibial posterior no palpables. Se reportaron 2 complicaciones; una disección de AFS que requirió *stent* y un pseudoaneurisma del sitio de punción, que fue manejado con compresión ecográfica. **Conclusiones:** La aterectomía de lesiones oclusivas de la AFS ofrece resultados satisfactorios, logrando niveles de perfusión distal adecuados sin asociarse a complicaciones graves y con una morbilidad escasa.

### MORBIMORTALIDAD ASOCIADA AL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TUMORES RENALES CON INFILTRACIÓN VASCULAR. REPORTE DE CASOS

*Drs. Juan Carlos Bahamondes Soto, Felipe Sandoval Orrego, Macarena Díaz Herrera*  
Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco.  
Cirugía Cardiovascular. Universidad de La Frontera.

**Introducción:** El carcinoma renal constituye el 3% de los tumores malignos, siendo el más letal de las neoplasias urológicas, con compromiso vascular entre el 4-10%. Sin cirugía, la supervivencia no alcanza a ser mayor de 1 año. La mortalidad operatoria varía entre el 7-30% y la morbilidad hasta un 70%. **Objetivos:** Describir la morbilidad asociada al tratamiento quirúrgico de pacientes con diagnóstico de carcinoma de células renales con extensión vascular entre los años 2006-2014 en el Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco (HHHA). **Material y Método:** Estudio descriptivo tipo reporte de casos. Se incluyeron a todos los pacientes con diagnóstico de Carcinoma Renal con extensión vascular, intervenidos entre el 2006 y 2014 por la Unidad de Cirugía Cardiovascular del HHHA. Se obtuvieron datos clínico-quirúrgicos. Se efectuó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión. **Resultados:** Se analizaron 9 pacientes de los cuales la edad promedio fue de 60,3 años y 56% fueron mujeres. Un 44,4% de los pacientes presentaba síntomas asociado a la Neoplasia al momento de diagnóstico. Todos los casos correspondieron a Carcinoma de Células claras y el 100% de los pacientes fue T3Nx, luego, en uno se demostró la presencia de metástasis. El procedimiento de elección fue la nefrectomía radical (89%). La circulación extracorpórea fue utilizada en 8 pacientes, con un tiempo promedio de 98,9 min. No hubo mortalidad intraoperatoria. Cinco de los pacientes analizados (55,6%) tuvieron algún tipo de complicación, siendo la lesión esplénica (22%) la más frecuente. El promedio de estadía hospitalaria fue de 19 días (13 hasta 36). Dos pacientes fallecieron a los 37 días promedio, debido a sepsis y falla multiorgánica. **Conclusiones:** La morbilidad asociada es comparable con los últimos reportes internacionales. La incidencia del Cáncer Renal sigue creciendo en el mundo, así sus estadios avanzados.

## DUPLICACIÓN DE VESÍCULA BILIAR: VESÍCULA DOBLE DE TIPO H. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

*Drs. Cristóbal Azócar Bizama, Roberto Andrés Durán Fernández, Álvaro Enrique Visscher Oyaneder, César Silva Ibacache*

Universidad de la Frontera. Servicio de Cirugía General, Hospital de Villarrica.

**Introducción:** La duplicación de la vesícula biliar es inusual en la práctica quirúrgica. Las anomalías congénitas más frecuentes incluyen alteraciones en los conductos biliares, en la arteria cística e infrecuentemente duplicaciones de la vesícula biliar. El conocimiento de estas variaciones es fundamental para evitar errores que se traduzcan en daño de la vía biliar. **Objetivos:** Presentar el caso clínico de una mujer con diagnóstico de duplicación vesicular que se opera en forma laparoscópica. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de sexo femenino de 41 años de edad, sin comorbilidad, que consulta por cuadro de dolor abdominal en hipocondrio derecho de tres meses de evolución sin otros síntomas. Se realiza ecografía abdominal que muestra vesícula biliar de paredes finas, con cálculos, con una imagen adyacente hiperecogénica que determina sombra acústica, que podría corresponder a duplicación vesicular. Vía biliar de 4,4 mm. Se realiza colecistectomía laparoscópica con técnica americana diseccionando triángulo de Calot hasta visualizar conducto cístico y arteria cística de vesícula biliar anterior. Luego se procede a la disección y se evidencia hacia el lecho segunda vesícula de menor tamaño con conducto cístico que desemboca independiente en colédoco. Biopsia de ambas piezas operatorias informa colecistitis crónica inespecífica. **Comentarios:** Sin duda el conocimiento de estas variaciones anatómicas de la vía y de la vesícula biliar es importante en la formación y la práctica habitual del cirujano, puesto que el desconocimiento puede inducir a graves errores que se traduzcan en daño de la vía biliar con una consecuente morbi-mortalidad. Si bien el correcto diagnóstico de estas entidades se beneficiaría del uso exámenes complementarios a la ecotomografía abdominal como es la colangiografía, esta no siempre se encuentra disponible en nuestros hospitales y menos de urgencia, por tanto el criterio médico es fundamental para tratar estas situaciones poco habituales y programar la mejor vía de abordaje quirúrgico.

## ESPLENECTOMÍA TOTAL POR QUISTE ESPLÉNICO PRIMARIO GIGANTE CON COMPROMISO DE HILIO

*Drs. Marcelo Zamorano Díaz, Diego Valenzuela Silva, Pablo Olivares Sandoval, Alexandre Sauré Maritano*  
Hospital Clínico Universidad de Chile.  
Cirugía Hepatobiliar.

**Introducción:** Los quistes esplénicos primarios son una patología infrecuente con una incidencia de 0,07%

(1). Pueden clasificarse como parasitarios (80%) en su mayoría originados por *Echinococcus granulosus*, y los no parasitarios (20%). Estos últimos a su vez se clasifican en congénitos (epidermoide o dermoide), o neoplásicos (1, 2, 3). **Objetivos:** A continuación presentaremos el caso clínico de un paciente joven con un quiste esplénico gigante operado en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. **Descripción de Caso clínico:** Hombre de 17 años sin antecedentes, consulta por dolor abdominal de 3 semanas de evolución, epigástrico de inicio brusco, saciedad precoz, y vómitos alimentarios. Se aprecia asimetría de pared abdominal, a la palpación masa en epigastrio, de consistencia gomosa y bordes lisos. En estudio destaca RNM Hepática: lesión quística con áreas hipointensas sugerentes de detritus, sangre o vesículas hijas. (Imagen 1) ELISA para Hidatidosis negativo. Se realiza laparoscopia exploradora bajo diagnóstico de Quiste Hepático Complicado, identificándose quiste complejo de aparente origen hidatídico por lo que se decide convertir a vía laparotómica. Tras aislamiento de quiste, se constata que lesión es dependiente de hilio esplénico, por lo que se decide realizar esplenectomía total. (Imagen 2) Biopsia rápida constata "Quiste esplénico benigno inflamado de 21 x 18 cm", y biopsia diferida informa: "Quiste esplénico epitelial variedad epidermoide". (Imagen 3) Paciente evoluciona favorablemente, dado de alta al quinto día postoperatorio, con control en inmunología para vacunación. **Comentarios:** Los quistes esplénicos congénitos son comúnmente diagnosticados en pacientes pediátricos o en adultos jóvenes siendo 90% de variedad epidermoide (2, 4). El tratamiento quirúrgico se recomienda en paciente sintomáticos o con masas mayores de 5 cm, en los que esplenectomía parcial laparoscópica es de elección con el propósito de prevenir complicaciones infecciosas (7, 8, 9). La esplenectomía total se reserva para quistes esplénicos gigantes, quistes múltiples, compromiso de hilio, o aquellos cubiertos totalmente por parénquima esplénico (7, 10).

## QUISTE HIDATÍDICO ESPLÉNICO. REPORTE DE CASO

*Drs. Enrica Ramírez Pittaluga, Cristian Cruz Urrutia, María José Higuera Inostroza, Daniela Fernanda González Hurtado, Javier Moraga Concha*  
Hospital San Juan de Dios, Santiago.  
Equipo Digestivo Alto.

**Introducción:** La hidatidosis es una zoonosis endémica causada por el *Echinococcus granulosus*, de alta prevalencia en Chile. La localización hepática es la más frecuente (77%-84%), seguida por el pulmón (30%); La localización esplénica es infrecuente alcanzando no más del 1%-2% de los casos. La técnica



laparoscópica ha sido reportada en su tratamiento para pacientes que cumplan ciertos criterios como: quistes únicos de no más de 7 cm. La metodología CARE es un *checklist*, que nace como una iniciativa que busca estandarizar y mejorar la calidad de los reportes de casos. **Objetivos:** Comunicar el caso de un paciente con diagnóstico de hidatidosis esplénica y su manejo laparoscópico en el Hospital San Juan de Dios (HSJD), mediante la metodología CARE. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de sexo masculino de 43 años, con antecedentes de VIH desde el año 2009 en TARV, hepatitis B tratada hace 12 años y sarcoma de Kaposi ocular operado. Consultó por cuadro de dolor en hipocondrio izquierdo con tope inspiratorio asociado a la actividad física. Al examen físico destacó palpación sensible de hipocondrio izquierdo. Se realizó Tomografía Computada (TC) de tórax que evidenció una lesión quística parcialmente calcificada del bazo, diagnóstico diferencial quiste hidatídico. Linfonodos mediastínicos levemente aumentados de tamaño, no confluentes. TC de abdomen y pelvis muestra nódulo hipodenso calcificado del bazo de 36 x 26 mm, sugere de quiste hidatídico. Se realizó esplenectomía laparoscópica en donde se encontró un bazo de tamaño conservado con una lesión tumoral cubierta de epiplón en cara medial de 3 x 3 cm, el resto de la cavidad se encontraba sin lesiones. Biopsia de la pieza operatoria informa quiste hidatídico esplénico. **Comentarios:** La hidatidosis esplénica es una entidad de baja incidencia. Se requiere de estudios de mayor nivel de evidencia para validar la eficacia del abordaje laparoscópico para su tratamiento.

### QUISTE ESPLÉNICO ABSCEDADO DE ETIOLOGÍA NO PRECISADA. REPORTE DE CASO

*Drs. Francisca Díaz Hormazábal, Denise Vega Rojas, Luis Garay Venegas, Javier Moraga Concha*  
Hospital San Juan de Dios, Santiago.  
Servicio de Cirugía.

**Introducción:** Existen numerosas patologías que causan esplenomegalia, siendo los quistes esplénicos un subgrupo muy poco frecuente. La etiología más frecuente es la parasitaria (hidatidosis), siendo prácticamente excepcionales los no parasitarios. Estos pueden presentarse como un hallazgo en un examen imagenológico, o debutar con sintomatología inespecífica como dolor en hipocondrio izquierdo, brazo izquierdo y distensión abdominal. La metodología CARE es un *checklist*, que nace como una iniciativa que busca estandarizar y mejorar la calidad de los reportes de casos. **Objetivos:** Presentar un caso de quiste esplénico gigante no parasitario y su manejo en el Hospital San Juan de Dios (HSJD) mediante la metodología CARE. **Descripción de Caso clínico:**

Paciente de sexo masculino de 20 años, sin antecedentes mórbidos, ingresó al Servicio de Urgencia del HSJD por cuadro caracterizado por dolor, distensión abdominal y fiebre. Se solicitó exámenes de laboratorio donde destacó elevación de los parámetros inflamatorios. Se solicitó ecografía abdominal que evidenció masa intraabdominal de contenido líquido de 20 x 14 cm, con efecto de masa sobre riñón izquierdo y que desplaza lóbulo hepático izquierdo. Se realizó TC de abdomen y pelvis con contraste que evidenció bazo aumentado de tamaño que mide 19 x 15 cm que desplaza estómago, páncreas y riñón izquierdo. Se hospitalizó con el diagnóstico de quiste hidatídico esplénico abscedado. Se inició terapia antibiótica con ceftriaxona y metronidazol y se realizó laparotomía exploradora, encontrando un bazo aumentado de tamaño, adherido fuertemente a páncreas, diafragma y epiplón. Se realizó esplenectomía, pancreatometomía distal y se resecó bazo accesorio ubicado en espesor de epiplón mayor. El bazo pesa 1.240 g. El paciente presentó buena evolución clínica siendo dado de alta al 6° día. Actualmente en control en policlínico de cirugía del HSJD. El resultado de anatomía patológica fue no concluyente. **Comentarios:** Se presenta el caso de un paciente con diagnóstico de quiste esplénico de etiología indeterminada.

### CORISTOMA HEPÁTICO VESICULAR

*Drs. Diana Bohle Zarecht, Camila Andrea Ormeño Candia, José Luis Sánchez Velizar, Jorge Lavanderos Fernández*  
Hospital Base San José de Osorno.  
Servicio de Cirugía. Universidad Austral de Chile.

**Introducción:** El Coristoma hepático corresponde al desarrollo de tejido ectópico causado por una anomalía en el desarrollo embriológico. Es una entidad poco común que se describe a nivel mundial entre un 0,24-0,47% independiente de su ubicación. La vesícula biliar es el sitio más frecuente pero puede presentarse en varios órganos diferentes como el diafragma, ligamentos hepáticos, epiplón, estómago, retroperitoneo y tórax. El primer caso fue descrito en 1922 y a la fecha hay 80 publicaciones del tema. La ubicación más frecuente es en las vecindades del hígado y adherido a la serosa vesicular, en ocasiones, visualizado en el intraoperatorio. Es un cuadro benigno sin significancia clínica aunque se investiga su relación con la carcinogénesis en ausencia de cirrosis o cáncer en el tejido hepático madre. Los pacientes con esta condición en superficie serosa pueden sufrir complicaciones como torsión, hemorragia peritoneal y la evolución a cirrosis o degeneración maligna a carcinoma hepatocelular. Se recomienda que cualquier tejido del hígado ectópico debe ser

correctamente identificado y eliminado. **Objetivos:** Comunicar el caso de una paciente operada de colecistectomía electiva, cuya biopsia informó un coristoma hepático vesicular. **Descripción de Caso clínico:** Mujer de 47 años de edad, con antecedentes de HTA, DM-2, presenta historia de cólico biliar de un año de evolución. Estudio con ecografía abdominal evidencia colelitiasis sin dilatación de la vía biliar e hígado de forma, tamaño y estructura conservada. Se realiza colecistectomía videolaparoscópica electiva sin incidentes. Biopsia informa vesícula biliar de 9,3 cm de longitud y 3,2 cm de perímetro y superficie serosa blanquecina brillante. Al corte paredes de 0,3 cm. A nivel del cuello vesicular, nódulo subseroso, pardusco, de 0,6 cm compatible con tejido heterotópico hepático vesicular. **Comentarios:** El Coristoma hepático vesicular es una entidad histopatológica poco frecuente, cuyo significado clínico-patológico no ha sido del todo dilucidado.

### TUMOR DESMOIDE DEL LIGAMENTO REDONDO: REPORTE DE UN CASO

*Drs. José Manuel Vivanco Aguilar, Pablo Saldías Echeverría, Fabrizio Moisan Paravic, Juan Marcos Grajeda Balderrama, Eduardo Figueroa R., Rodrigo Torres-Quevedo Quevedo*

Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción. Cirugía Hepatobiliopancreática. Universidad de Concepción.

**Introducción:** Los tumores desmoides son proliferaciones fibroblásticas infrecuentes, siendo más comunes en el tejido músculo-fascial. Son benignos, pero de comportamiento localmente agresivo. Los tumores intraabdominales permanecen asintomáticos hasta que su crecimiento e infiltración provoca compresión visceral generando dolor. **Objetivos:** Exponer el reporte de un caso clínico que imagenológicamente se confundió con un tumor hepático gigante del hígado izquierdo, pero que en realidad el origen fue del ligamento redondo y la biopsia definitiva evidenció que se trataba un tumor desmoides de ligamento redondo. Nuestro caso es el primer reporte derivado del ligamento redondo del hígado. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de sexo masculino de 35 años, sin antecedentes mórbidos, ingresó por cuadro de 3 meses de epigastalgia, saciedad precoz y baja de peso. Estudio con ecografía abdominal mostró una gran masa hipodensa en lóbulo izquierdo hepático. Se complementó estudio con TAC abdominal que mostró una gran lesión hipervascular de 25 cm de diámetro dependiente del lóbulo hepático izquierdo sugerente de un adenoma hepático. Pruebas hepáticas normales, AFP, CEA y CA 19-9 dentro de rango normal. Se decidió laparotomía exploradora. En la

laparotomía se evidenció un tumor encapsulado que nacía en la inserción del ligamento redondo en la pared abdominal y que hacía contacto íntimo con este ligamento hasta su inserción en el hígado. Se realiza una resección del tumor por el plano de su cápsula, seccionando unos centímetros de parénquima hepático para asegurar un margen oncológico. La cirugía no tuvo incidentes y el paciente fue dado de alta al tercer día postoperatorio. La biopsia definitiva, a la morfología e inmunohistoquímica fue compatible con tumor desmoides, la pieza pesó 2,9 kg y midió 24 cm de diámetro mayor. Los bordes de sección fueron negativos. **Comentarios:** El tumor, imagenológicamente, se confundió con un tumor hepático gigante del hígado izquierdo, aunque en realidad el origen fue del ligamento redondo.

### AMPULECTOMÍA TRANSDUODENAL: UNA TÉCNICA QUIRÚRGICA SEGURA EN PACIENTES CON NEOPLASIAS DE LA AMPOLLA DE VATER

*Drs. Romina Soza Christie, Andrés Marambio Granic, Rafael Luengas Tello, Matías Guajardo Beroiza*  
Hospital Clínico Metropolitano La Florida  
Dra. Eloisa Díaz Insunza. División de Cirugía.

**Introducción:** Las neoplasias periampulares son tumores de baja prevalencia, representando el 2% de los tumores del tracto digestivo. Específicamente en relación a los ampulomas, existen diversas estrategias terapéuticas dependiendo del estadio y el grado de compromiso local y sistémico. En neoplasias benignas la resección endoscópica es el *gold standard*. Para adenocarcinomas avanzados la pancreatoduodenectomía es el tratamiento de elección, sin embargo, en tumores intermedios la ampulectomía transduodenal aparece como una alternativa atractiva dado su carácter potencialmente curativo y la menor morbi-mortalidad asociada al procedimiento. **Objetivos:** Descripción de la técnica quirúrgica aplicada a un caso clínico. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de 60 años consulta por cólico biliar a repetición asociado a vómitos e ictericia. Exámenes evidencian patrón obstructivo y alza de parámetros inflamatorios. Se realiza ecotomografía abdominal y colangio resonancia que informan colecistitis litiasica y colédocolitiasis asociado a dilatación de la vía biliar intra y extrahepática. Endosonografía con compromiso focal de la muscular. Se ofrece procedimiento combinado laparoscópico-endoscópico, encontrando a nivel de la ampolla de Vater un tumor de 20 mm de diámetro. Se ofrece ampulectomía transduodenal más linfadenectomía del pedículo, ejecutada sin incidentes. Para la adecuada exposición del sitio a intervenir, se realiza una amplia maniobra de Kocher

y duodenotomía longitudinal encontrando la papila tutorizada y el tumor comprometiendo la papila el que se presenta con un punto de tracción. Se realiza extirpación completa de la lesión con exposición de la vía biliar distal y del Wirsung, los que se anastomosan entre sí y en sus bordes libres a la mucosa duodenal quedando ambos conductos tutorizados. El postoperatorio estuvo libre de complicaciones, realimentándose al 4° día. La biopsia quirúrgica definitiva informa borde quirúrgico sin evidencia de neoplasia.

**Comentarios:** Para el tratamiento de ampulomas, la ampulectomía transduodenal es una alternativa segura desde el punto de vista quirúrgico como oncológico.

### PANCREATECTOMÍA CORPOROCAUDAL CON RESECCIÓN DE TRONCO CELÍACO. REPORTE DE CASO

*Drs. Marcelo Nogueira Espinoza, Javier Moraga Concha, José Manuel Palacios Junemann, Marcelo Sierra Soto*  
Hospital San Juan de Dios, Santiago.  
Servicio de Cirugía.

**Introducción:** Los tumores localmente avanzados del cuerpo pancreático muy frecuentemente invaden el tronco celíaco. Tradicionalmente, esta invasión es considerada como una contraindicación operatoria.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio es comunicar el caso de un paciente con diagnóstico de cáncer de cuerpo de páncreas con invasión a tronco celíaco, en quien se realizó pancreatectomía corporocaudal con resección de tronco celíaco en el Hospital San Juan de Dios (HSJD).

**Descripción de Caso clínico:** Paciente masculino de 54 años, sin antecedentes mórbidos, consultó por cuadro de 1 año de evolución caracterizado por epigastralgia, anorexia, vómitos y baja de peso de 10 kg en 3 meses. Se realizó endoscopia digestiva alta que evidenció esofagitis erosiva, gastritis erosiva y duodenitis erosiva. Se realizó tomografía computada de abdomen y pelvis que detectó lesión de 31 mm hipervascular en cuerpo de páncreas infiltrando tronco celíaco y origen de la arteria esplénica. La resonancia magnética confirmó estos hallazgos; los exámenes de laboratorio no mostraron alteraciones. Se intervino mediante laparotomía de Chevron; donde se encontró tumor de cuerpo de páncreas de aproximadamente 2 cm que infiltra tronco celíaco y arteria esplénica, sin compromiso venoso portal y con arteria mesentérica superior y gastroduodenal permeables. Se efectuó pancreatectomía corporocaudal y esplenectomía con resección de tronco celíaco, sin reconstrucción de este; no se logró R0. La biopsia diferida informó adenocarcinoma ductal poco diferenciado. Se realizó quimioterapia adyuvante con gemcitabina y cisplatino, evolucionando en buenas condiciones, se dio de alta a los 40 días. En la actualidad tras ocho meses

de seguimiento en el policlínico de cirugía del HSJD, el paciente se encuentra vivo y en buenas condiciones generales.

**Comentarios:** La pancreatectomía corporocaudal con resección de tronco celíaco para tumores localmente avanzados de páncreas, es una técnica factible y segura que potencialmente puede conseguir control oncológico y buena calidad de vida en los pacientes.

### VÓLVULO DE VESÍCULA BILIAR, PRESENTACIÓN MUY INFRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO

*Drs. Cristóbal Azócar Bizama, Hernán Andrés Herrera Cortés, Álvaro Enrique Visscher Oyaneder, Mauricio Onofre Coronado Cofré, Juan Fernando Sepúlveda Espinoza*  
Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco.  
Servicio de Urgencias. Universidad de La Frontera.

**Introducción:** El vólvulo de vesícula biliar constituye una patología muy infrecuente que se presenta en mujeres de edad avanzada. Requiere de un meso vesicular laxo que permita la rotación a lo largo del eje formado por el conducto cístico y la arteria cística. Constituye un hallazgo excepcional como causa de abdomen agudo dado por una gangrena vesicular presentando una urgencia quirúrgica y un desafío en el diagnóstico debido a su similitud con la colecistitis aguda.

**Objetivos:** Presentar el caso de una paciente con diagnóstico de vólvulo de vesícula biliar como presentación muy infrecuente de abdomen agudo.

**Descripción de Caso clínico:** Paciente de género femenino de 83 años de edad que consulta por cuadro de 2 días de dolor abdominal en hipocondrio derecho asociado a elevación de los parámetros inflamatorios. Ecografía de urgencias evidencia vesícula muy distendida con engrosamiento de sus paredes hasta 8 mm sin evidencia de cálculos. Se realiza colecistectomía vía abierta encontrando vesícula rotada sobre un meso y laxo con compromiso vascular generando gangrena sin perforación. Se realiza la destorción sin dificultad y la colecistectomía directa ligando conducto cístico y arteria cística. Paciente evoluciona favorablemente siendo dada de alta a los dos días postoperatorios. Biopsia diferida informa infarto hemorrágico transmural.

**Comentarios:** El vólvulo de vesícula biliar constituye un hallazgo muy infrecuente de abdomen agudo siendo su diagnóstico generalmente como hallazgo intraoperatorio. Sus diagnóstico a aumentado en el presente debido a la mayor expectativa de vida. El principal factor en su etiopatogenia es la presencia de un meso laxo y móvil. Se presenta en pacientes de sexo femenino de edad avanzada lo cual traduce una ptosis visceral. El diagnóstico es fundamentalmente ecográfico mostrando una “vesícula flotante” con o

sin cálculos y evidencias de inflamación de la misma pero si no se sospecha lleva a perforación y posible biliperitoneo agravando el cuadro clínico.

### **PANCREATODUODENECTOMÍA POSTERIOR A CIRUGÍA DE CONTROL DE DAÑOS EN TRAUMA DUODENO PANCREÁTICO GRAVE. REPORTE DE UN CASO**

*Drs. Rodrigo Abularach Cuellar, Javier Reyes Illanes, Felipe Castillo Henríquez, Valentina Valenzuela Rebolledo, Ángela Molero Tecedor*  
Hospital Barros Luco Trudeau. San Miguel, Santiago.  
Equipo de Cirugía Digestiva, Servicio de Cirugía.

**Introducción:** Las lesiones traumáticas duodeno-pancreáticas son infrecuentes principalmente por su ubicación retroperitoneal. Representan un desafío quirúrgico y requieren de un manejo multidisciplinario dada su elevada morbimortalidad, más aún asociadas a otras lesiones graves donde la cirugía de control de daños aparece como alternativa. La mayoría de los casos son secundarios a traumatismos abdominales cerrados, sin embargo, en la actualidad el aumento de eventos violentos ha elevado la incidencia en los traumas abiertos. **Objetivos:** Comunicar el caso de un paciente portador de un trauma duodeno-pancreático grave manejado en el Hospital Barros Luco-Trudeau (HBLT). **Descripción de Caso clínico:** Información demográfica: Hombre, 16 años, sin antecedentes. Motivo de consulta: Consulta a Servicio de Urgencias del HBLT tras sufrir herida por arma de fuego con entrada en región lumbar derecha. Proceso diagnóstico: Ingresa hemodinámicamente inestable, pero responde a volemicación, por lo que se realiza radiografía de tórax portátil y eco FAST que determina hemo-neumotórax derecho y líquido libre intraabdominal respectivamente. Intervención terapéutica: Se realiza laparotomía exploradora de urgencia, evidenciando trauma duodenopancreático tipo V, trauma hepático tipo II, trauma de íleon distal y lesión diafragmática derecha, por lo que se realiza cirugía de control de daños y manejo en UCI. Tras 36 h de estabilización se realiza relaparotomía, practicándose pancreatoduodenoectomía sin preservación de píloro con montaje de Child y resección intestinal con anastomosis término-terminal. Evolución: Paciente evoluciona de manera satisfactoria en período postoperatorio, sin complicaciones. **Comentarios:** El trauma abdominal constituye un desafío terapéutico dado la amplia variedad de lesiones y severidad que involucra. Ante casos de elevada complejidad, como el trauma pancreatoduodenal, se ha establecido la cirugía de control de daños como una alternativa terapéutica exitosa que permite el control de la triada letal del trauma con una significativa disminución de la morbimortalidad temprana y que permite la reparación completa en forma diferida.

### **PANCREATODUODENECTOMÍA SECUNDARIA A HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR PÓLIPO SOLITARIO DE PEUTZ-JEGHERS DUODENAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO**

*Drs. Rodrigo Abularach Cuellar, Felipe Castillo Henríquez, Pablo Meneses Rojo, Javier Reyes Illanes, Daniel Hernández Clarck, Francisco Moraga Vásquez*  
Hospital Barros Luco Trudeau. San Miguel, Santiago.  
Equipo de Cirugía Digestiva, Servicio de Cirugía.

**Introducción:** Los pólipos hamartomatosos, en ausencia de pigmentación mucocutánea o antecedentes familiares de Síndrome de Peutz Jeghers, se definen como pólipos solitarios de Peutz Jeghers y corresponden a lesiones raras, autosómicas dominantes, con mayor incidencia en intestino delgado, aunque también se han descrito en recto, estómago y colon. **Objetivos:** Comunicar el caso de un paciente con hemorragia digestiva alta secundaria a pólipo de Peutz-Jeghers diagnosticado y resuelto en el Servicio de Cirugía del Hospital Barros Luco Trudeau HBLT. **Descripción de Caso clínico:** Información demográfica: Hombre, 46 años sin antecedente mórbidos. Motivo de consulta: Epigastralgia de 1 semana de evolución asociado a hematemesis, melena y algunos episodios de lipotimia el día de consulta. Proceso diagnóstico: Se realiza EDA que muestra múltiples úlceras gástricas de cuerpo proximal Forrest III y gran lesión tumoral exofítica dependiente del bulbo y rodilla duodenal, ulcerada. TAC muestra lesión ovalada de 3 cm de diámetro mayor en lumen de bulbo y segunda porción de duodeno. Intervención terapéutica: Se realiza pancreatoduodenoectomía (Whipple) sin conservación de píloro, con montaje de Child. Biopsia de pieza operatoria informa pólipo de Peutz-Jeghers en segmento duodenal. Evolución: Paciente evoluciona con fistula pancreática Tipo A que se manejó médicamente con somatostatina, presentando buena respuesta clínica. Alta a los 21 días postoperatorio. **Comentarios:** Los pólipos solitarios tipo Peutz-Jeghers corresponden a lesiones poco frecuentes, con presentaciones clínicas distintas al SPJ y aunque se ha descrito una baja malignización, el manejo quirúrgico debería ser la primera opción.

### **NESIDIOBLASTOSIS EN EL ADULTO: REPORTE DE UN CASO**

*Drs. Kyrie Antezana Ray, Javiere Torres Rodríguez, Fabrizio Moisan Paravic, Santiago Martínez Riquelme, Juan Marcos Grajeda Balderrama, Eduardo Figueroa R., Rodrigo Torres-Quevedo Q.*  
Universidad de Concepción. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina. Equipo Cirugía Hepatobiliar, Servicio Cirugía Adultos, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción.

**Introducción:** La nesidioblastosis en una causa rara de hipoglucemia por hiperinsulinismo endógeno en el adulto, clínicamente es indistinguible del insulinoma,

el tratamiento de elección es la cirugía. **Objetivos:** Presentar caso inhabitual de causa de hipoglicemia y revisión de literatura. **Descripción de Caso clínico:** Paciente mujer, de 41 años. Inicia cuadro de un año de evolución de dolor abdominal sordo, asociado a episodios de náuseas, cefalea y visión borrosa, que se acompañaban de hipoglicemias. Se realiza estudio con test de ayuno que evidenció hipoglicemia por hiperinsulinismo endógeno. Se realiza estudio con TAC de abdomen y pelvis por sospecha de insulinooma que resulta negativo. Se complementa estudio con endosonografía que evidencia lesión focal en cabeza de páncreas y con octreoscan que muestra lesión en cabeza pancreática con presencia de receptores para somatostatina compatible con tumor neuroendocrino. Se realiza pancreatoduodenectomía cefálica sin incidentes, paciente evoluciona satisfactoriamente en el postoperatorio. El estudio histopatológico e inmunohistoquímico concluyó hallazgos compatibles con nesidioblastosis sin encontrar otras lesiones pancreáticas. Evoluciona euglicémica hasta el último control. **Comentarios:** La nesidioblastosis debe considerarse un diagnóstico diferencial infrecuente de hipoglicemia. El cuadro clínico suele ser indistinguible de un insulinooma siendo difícil llegar a un diagnóstico previo al intraoperatorio y estudio histológico de la pieza quirúrgica. El tratamiento de elección es la pancreatectomía siendo la extensión de ésta un aspecto controversial dado la naturaleza difusa de la enfermedad.

### PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR. A PRO- PÓSITO DE UN CASO

*Drs. Emilio Zarzar Castro, Luis Patricio Quiñones Vergara, Sebastián Andrés Tapia Coron, Camila Eissmann Kunze, Cristian Teuber Lobos, Eric Cristi Recabarren, Constanza Labbe Martínez*  
Clínica Alemana. Servicio de Cirugía Maxilofacial.

**Introducción:** El plasmocitoma extramedular corresponde a una neoplasia de células plasmáticas de baja prevalencia. Su localización más común es en tejidos del tracto respiratorio superior con sintomatología variada según estructuras comprometidas (epistaxis, rino-rrhea, sensación cuerpo extraño, etc.). Se presenta en una relación de hombres a mujeres de 3:1 y una incidencia entre los 50-70 años de edad, siendo sólo un 30% los casos que evolucionan a Mieloma Múltiple. **Objetivos:** Reportar el caso de un plasmocitoma extramedular y revisar la literatura al respecto. **Descripción de Caso clínico:** Paciente consulta en Servicio de Cirugía Maxilofacial Clínica Alemana de Santiago, por sensación de volumen interno facial que se moviliza con los cambios posturales. Antecedentes mórbidos de Cáncer de próstata, Dislipidemia, Hipertensión arterial, Resistencia a la insulina. Hábitos: Tabaco (suspendido). Al examen se observan molares superiores derechos con

movilidad aumentada, asintomáticos. El TAC muestra un engrosamiento polipoideo de mucosa seno maxilar derecho y un quiste radicular de 19 mm por 16 mm en piso de seno en relación a piezas 2 y 3, con osteólisis de la pared lateral de fosa nasal. Se realiza interconsulta a otorrinolaringología (ORL) con el diagnóstico presuntivo de sinusitis y osteomielitis crónica. En conjunto con ORL se realiza meatomía media endoscópica y an- trostomía anterior. Se extrae mucosa, cápsula de quiste y piezas dentarias en relación. El diagnóstico histopa- tológico fue de neoplasia de células plasmáticas. El paciente fue evaluado por comité hemato-oncológico, diagnosticándose como Plasmocitoma Extramedular. Se indica radioterapia (RT) sobre sitio intervenido una vez realizado el cierre de la comunicación bucosinusal, secuela de cirugía de exéresis de la lesión. Actualmen- te el paciente se encuentra asintomático, en controles mensuales. **Comentarios:** El plasmocitoma extramedu- lar es una patología rara, con características similares a patologías no neoplásicas. Su evolución es favorable en comparación a otras neoplasias de células plasmáticas, siendo de suma importancia el manejo interdisciplinario y el estricto control.

### PANCREATECTOMÍA TOTAL POR TUMOR NEUROENDOCRINO DIFUSO

*Drs. Kyrie Antezana Ray, Javiera Torres Rodríguez, Fabrizio Moisan Paravic, Juan Marcos Grajeda Balderrama, Eduardo Figueroa R., Rodrigo Torres-Quevedo Q.*  
Universidad de Concepción. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina. Equipo Cirugía Hepatobiliar, Servicio Cirugía Adultos, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción.

**Introducción:** Los tumores neuroendocrinos (TNE) son de baja incidencia, siendo menos del 3% de los tumores de páncreas. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica. **Objetivos:** Presentar caso clínico de tumor neuroendocrino que compromete di- fusamente todo el páncreas, tratado exitosamente con pancreatectomía total. **Descripción de Caso clínico:** Mujer de 58 años sin antecedentes. Presenta historia de compromiso del estado general e ictericia. Se reali- za estudio con TAC y RNM de abdomen y pelvis con contraste que evidencia engrosamiento y captación de contraste difuso del páncreas, dilatación de vía biliar y conducto de Wirsung. Endosonografía no muestra le- sión focal pancreática. Estudio inmunológico negativo para pancreatitis autoinmune. Se realiza CPRE insta- lándose prótesis biliar, y evidenciándose una papilitis, se toma biopsias de papila que resultan negativas para neoplasia. Reingresa 3 meses después por cuadro de colangitis. TAC nuevamente muestra engrosamiento difuso del páncreas, de mayor tamaño. Se realiza CPRE que muestra compresión gástrica extrínseca y lesión de ampolla de aspecto infiltrativo, se toman biopsias

de ampolla que resulta positiva para carcinoma neuroendocrino. Se realizó esplenopancreatectomía total sin incidentes. Biopsia definitiva confirma carcinoma neuroendocrino que se extiende por todo el parénquima pancreático, bien diferenciado, márgenes negativos. Evolucionan favorablemente iniciándose tratamiento con insulina y enzimas pancreáticas. **Comentarios:** El carcinoma neuroendocrino del páncreas presenta una buena sobrevida en la medida que se logren márgenes negativos. En casos seleccionados de enfermedad difusa o multifocal es necesario la realización de una pancreatectomía total.

### ISQUEMIA HEPÁTICA, UNA COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE EN LAS GASTRECTOMÍAS LAPAROSCÓPICAS POR CÁNCER GÁSTRICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

*Drs. Daniel Hernandez Clarck, Javier Reyes Illanes, Ángela Molero Tecedor, Felipe Castillo Henríquez, Rodrigo Abularach Cuellar, Cristián Pinto Lara*  
Hospital Barros Luco Trudeau. San Miguel, Santiago.  
Departamento de Cirugía. Universidad de Chile.  
Universidad de Santiago de Chile.

**Introducción:** En los pacientes con cáncer gástrico la gastrectomía laparoscópica es una alternativa segura y con baja morbilidad. Sus complicaciones más comunes son la filtración anastomótica y la hemorragia. La técnica quirúrgica incluye la sección de la arteria gástrica izquierda desde la cual, en un 25% de la población, emerge una arteria hepática izquierda accesoria. En la mayoría de los casos la sección de esta arteria accesoria no tiene ninguna repercusión en la irrigación hepática ya que su flujo principal proviene de la arteria hepática izquierda, rama de la arteria hepática común. **Objetivos:** Se presenta un caso clínico de una mujer con diagnóstico de cáncer gástrico avanzado sometido a gastrectomía subtotal y D2 laparoscópico, que evoluciona con isquemia del lóbulo hepático izquierdo secundario a una variación anatómica vascular. **Descripción de Caso clínico:** Mujer de 52 años de edad diabética e hipertensa. Consulta al servicio de cirugía por cuadro de 2 meses de evolución de baja de peso y anemia leve. Se realiza endoscopia digestiva alta evidenciándose lesión ulcerada de 2 cm en la incisura angular de borde mamelonado centro friable y cubierto por fibrina. Biopsia informa adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado. TC TAP de etapificación sin evidenciarse compromiso metastásico linfático ni a distancia. Se realiza gastrectomía subtotal D2 laparoscopia. Evolucionan al 2° día postoperatorio con dolor en hipocondrio derecho de intensidad 8/10 sin compromiso hemodinámico asociado a elevación de transaminasas, PCR y CK-total. Se realiza AngioTC TAP evidenciándose hipoperfusión del lóbulo hepático izquierdo y la ausencia de la arteria hepática izquierda. Se decide

manejo médico y de soporte con evolución favorable dándose de alta al 10° día postoperatorio. **Comentarios:** La isquemia hepática como complicación de la gastrectomía laparoscópica es rara. Sin embargo, se debe tener en cuenta en el estudio preoperatorio de manera de evitarla. Al revisar la literatura no se encontraron casos publicados que describan esta complicación.

### TAPONAMIENTO DE HERIDA HEPÁTICA CON BALÓN INTRAPARENQUIMATOSO

*Drs. Eduardo Viñuela Fawaz, Cristóbal Maiz Hohlberg, Nicolás Quezada Sanhueza*  
Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río. Puente Alto, Santiago.

**Introducción:** Paciente de 15 años, consulta en Servicio de Urgencias por trauma abdominal con arma de fuego. Ingresan hemodinámicamente estable, sin dificultad respiratoria. Tomografía axial computada demuestra líquido libre intra abdominal y lesión de múltiples segmentos hepáticos. **Objetivos:** Describir la utilización de un dispositivo de fácil implementación, para el control hemostático de lesiones transfixiantes hepáticas. **Descripción de Caso clínico:** Se realiza laparotomía exploradora evidenciando hemoperitoneo de aproximadamente 3.000 cc y lesión hepática por bala que accede por segmento lateral y transfixia en forma lineal hasta los segmentos posteriores. Mediante clampeo del pedículo hepático se controla el sangrado. Se lleva a cabo aseo y aspiración del hemoperitoneo. Al liberar clampeo se constata sangrado arterial que fluye desde parénquima hepático. Se explora el pedículo, identificando vía biliar y arteria hepática derecha anterior y posterior que se ligan. Se construye balón intrahepático, constituido por sonda Nelaton que insufla segmento de 10 cm de penrose ligado en ambos extremos, con suero fisiológico. Este se introduce por trayecto de la bala, sin incidentes, logrando control hemostático satisfactorio. Se realiza *packing* hepático externo con compresas y cierre parcial de aponeurosis, instalando bolsa de laparotomía contenida. Extremo proximal de sonda Nelaton se clampea con pinza Kelly y se exterioriza por laparotomía. Se estimó sangrado total de 4,5 lt aproximadamente y tiempo de clampeo del pedículo hepático de 21 min. Evolucionan al 3° día postoperatorio con taquicardia e hipotensión asociado a caída de 4 puntos del hematocrito. Laparotomía exploradora evidencia sangrado moderado de segmentos hepáticos posteriores, se realiza hemostasia con suero tibio logrando controlar el sangrado. El 5° día postoperatorio se reopera, extrayendo compresas teñidas con bilis. Se desinfla y retira balón intrahepático, sin evidenciar sangrado posterior. **Comentarios:** La utilización del dispositivo previamente mencionado requiere de pocos recursos y permite lograr un adecuado control del sangrado en lesiones transfixiantes hepáticas.

## USO DE *PACKING* LAPAROSCÓPICO, PARA MANEJO DE HEMORRAGIA DE LECHO VESICULAR EN LA COLECISTITIS AGUDA DIFÍCIL

*Drs. Matías Turchi Turchi, Jaime Antonio Vásquez Yáñez, Freddy Alejandro Ferreira Camacho*  
Universidad de Chile. Departamento de Cirugía.  
Hospital Privado de Comunidad.

**Introducción:** La colecistitis aguda es un cuadro clínico quirúrgico que se manifiesta por dolor abdominal en HCD, con fiebre y leucocitosis. Tiene incidencia del 20% entre pacientes con litiasis vesicular (6-13% de la población). Con tendencia a ser grave en hombres y diabéticos. La severidad de la misma está dada por su asociación a otras disfunciones orgánicas. En nuestro medio se consideran colecistitis graves aquellas que se dan en hombres, diabéticos, con leucocitosis mayor a 16.000, e hiperamilasemia. El 2 al 29% de las colecistitis progresan a su forma gangrenosa, con una mortalidad de hasta el 25% de ellas. El 10% de las colecistectomías laparoscópicas en estos casos requieren conversión, siendo la hemorragia causa del 9,7% de las mismas. No hay datos en la bibliografía acerca del *packing* laparoscópico. **Objetivos:** Reporte de caso. **Descripción de Caso clínico:** Paciente femenino de 36 años, en tratamiento con antibióticos por neumonía, consulta por dolor abdominal tipo cólico y difuso, asociado a deposiciones líquidas. En el examen físico destaca abdomen distendido, depresible, timpánico, doloroso difusamente, sin signos de irritación peritoneal, laboratorio normal y Rx de abdomen con aire en colon transversal. Se maneja de forma ambulatoria. Re-consulta por agregar mucus en las deposiciones y fiebre, con persistencia del dolor difuso y distensión abdominal. Los exámenes destaca Leucocitos de 22.240, PCR 270 y el dolor se focaliza en HCD, el TC de abdomen y pelvis muestra: Vesícula de paredes engrosadas, con litiasis vesicular, distendida e hidrópica compatible como colecistitis aguda grave. Paciente pasa a pabellón. **Comentarios:** El *packing* laparoscópico es una opción válida para evitar la conversión en caso de hemorragia persistente.

## ESPLENOPANCREATECTOMÍA CORPOCAUDAL LAPAROSCÓPICA POR METÁSTASIS PANCREÁTICA ÚNICA DE CARCINOMA RENAL

*Drs. Matías Turchi Turchi, Jaime Antonio Vásquez Yáñez, Freddy Alejandro Ferreira Camacho*  
Universidad de Chile. Departamento de Cirugía.  
Hospital Privado de Comunidad.

**Introducción:** Los tumores pancreáticos secundarios son una entidad poco frecuente. Dentro de las causas de metástasis pancreática el carcinoma renal representa 1

al 3% de las lesiones. Aparecen tardíamente (latencia 3 meses a 24 años). La diseminación es hematogena o linfática. El diagnóstico por lo general es incidental, y la clínica dependerá de su localización. El tratamiento de elección (sin extensión extrapancreática) es la resección. La supervivencia al año es del 80%, y a los 5 años del 35%. **Objetivos:** Reporte de Caso. **Descripción de Caso clínico:** Paciente femenino, 71 años. Antecedentes: Nefrectomía derecha por carcinoma de células claras (Estadio II); Nefrectomía parcial izquierda 3 años después por la misma entidad (Estadio I). Derivada al 4º mes postoperatorio por hallazgo de lesión pancreática durante el seguimiento; Asintomática. La RMN muestra imagen en cuerpo de páncreas de 3 x 3,4 cm, bordes parcialmente definidos, atrofia de cuerpo y cola, con dilatación del conducto de Wirsung, exámenes Hto: 38%, Hb 12 g%, CA-19-9: 20,3 U/ml. Se completa etapificación y se decide cirugía. Se realiza esplenopancreatectomía corpocaudal. Inmediato en UCI. Buena evolución con alta al 4º día con drenaje a fosa esplénica el cual se retira a los 10 días postoperatorio. **Comentarios:** El diagnóstico de metástasis pancreática debe sospecharse en pacientes con antecedente de carcinoma de células renales. Es de vital importancia una adecuada estadificación preoperatoria e intraoperatoria, para establecer el mejor escenario para realizar un tratamiento curativo (R0), ya que la tasa de supervivencia es mejor para estos pacientes que en los tumores primarios de páncreas.

## FASCITIS NECROTIZANTE CERVICAL DE PRESENTACIÓN ATÍPICA. REPORTE DE CASO

*Drs. Javier Moraga Concha, Mauricio Chang Salazar, Enrica Ramírez Pittaluga, María José Higuera Inostroza, Francisca González Serrano*  
Hospital San Juan de Dios, Santiago.

**Introducción:** La fascitis necrotizante es una infección de partes blandas caracterizada por una rápida progresión y una alta morbimortalidad. Su incidencia en la región cervical es baja. La metodología CARE es un *checklist*, que nace como una iniciativa que busca estandarizar y mejorar la calidad de los reportes de casos. **Objetivos:** El objetivo de este estudio es comunicar el caso de un paciente con diagnóstico de fascitis necrotizante cervical de presentación atípica y su manejo en el Hospital San Juan de Dios (HSJD), mediante la metodología CARE. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de sexo masculino de 54 años, consulta por cuadro de 7 días de evolución caracterizado por aumento de volumen infra mandibular bilateral asociado a fiebre, disfagia, odinofagia y compromiso del estado general. Al examen físico destacó aumento de volumen cervical sensible y eritematoso (Imagen 1). Se realizó tomografía computada cervical que evidenció colección con contenido gaseoso del espacio faríngeo

mucoso izquierdo, con extensión hasta el nivel glótico, asociado a importante enfisema de las partes blandas de los planos profundos de la mitad cervical izquierda, y con posible compromiso del espacio de peligro (Imágenes 2-4); asociado a leucocitosis de 19.190/uL y PCR de 219 mg/L. Se inició tratamiento con antibióticos de amplio espectro con ceftriaxona y metronidazol; y se realizó cervicotomía exploradora, aseo y drenaje de la colección. El microorganismo aislado en el cultivo fue *Streptococcus anginosus*. El paciente evolucionó en buenas condiciones con mejoría tanto clínica como de parámetros inflamatorios, dándose de alta al noveno día (Imagen 5). Actualmente se encuentra en control en el policlínico de cirugía del HSJD. Para la presentación de este caso se contó con el consentimiento del paciente. **Comentarios:** Como conclusión se presentó el caso de un paciente con diagnóstico de fasciitis necrotizante cervical de presentación atípica y su manejo en el HSJD.

## HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO. CASO CLÍNICO

*Drs. Vicente Asenjo Boegel,  
Laura Fernanda Mantilla Mendoza*  
Hospital de Puerto Montt. Servicio de Cirugía,  
Departamento de Cirugía de Cabeza y Cuello.  
Departamento de Cirugía, Universidad San Sebastián.

**Introducción:** El Hiperparatiroidismo Primario (HPTP) se presenta en forma esporádica o asociado a síndromes familiares (NEM tipo 1 y 2a). El 85% de los casos esporádicos son causados por adenoma paratiroideo hiperfuncionante; hiperplasia paratiroidea multiglandular (> 15%) y carcinoma paratiroideo (> 1%). La sobreproducción de PTH estimula la reabsorción ósea, aumenta la absorción intestinal de calcio, inhibe la excreción renal de calcio y estimula la producción de Vitamina D activa que promueve la absorción intestinal de calcio. El feedback que controla la secreción de PTH se afecta por el HPTP, resultando una secreción autónoma inapropiada de PTH con la consecuente Hipercalcemia. **Objetivos:** Presentar caso clínico-quirúrgico de HPTP, patología endocrina lesiva que limita la calidad de vida, el cual su tratamiento es quirúrgico. **Descripción de Caso clínico:** Masculino, 45 años, sin patología renal, consulta por artralgia rodilla izquierda y simultáneamente cursa con Nefrolitiasis. Se complementa estudio: PTH 1.300 y calcio sérico 13. Ecografía cervical: nódulo paratiroideo inferior izquierdo con cintigrafía concordante. Cintigrama óseo: actividad osteoblástica de tipo degenerativo y foco en tibia izquierda. Se diagnóstica HPTP. Se hospitaliza con calcio sérico de 14,6, manejado en UTI con hidratación profusa, diuréticos, sulfato de magnesio, control calcémico y electrocardiográfico. Se realiza paratiroidectomía de glándula de 2,5

cm ubicada posterior del LTI, confirmado por biopsia rápida. Evolucionó satisfactoriamente con disminución de PTH a 16,6 y calcemia hasta 7,1, requirió calcio oral hasta su normalización. Paciente compensado hasta la actualidad. **Comentarios:** Es esencial para el cirujano conocer las diferentes etiologías en aras de dirigir el estudio preoperatorio adecuado y realizar el procedimiento quirúrgico correspondiente; de tal manera que en hiperplasia glandular se debe realizar paratiroidectomía total con autoinjerto de media glándula. En caso de adenoma o carcinoma, se realizará la resección de la o las glándulas paratiroides hiperfuncionantes, confirmada preoperatoriamente por cintigrafía e intraoperatoriamente por biopsia rápida y medición de PTH.

## TRAUMA CERVICAL PENETRANTE: CUANDO LOS SIGNOS DUROS NOS ENGAÑAN. REPORTE DE CASOS

*Drs. Javier Moraga Concha, Mauricio Chang Salazar,  
María José Higuera Inostroza, Enrica Ramírez Pittaluga*  
Hospital San Juan de Dios, Santiago.  
Servicio de Cirugía.

**Introducción:** La conducta predominante en pacientes con trauma penetrante cervical es el “manejo quirúrgico selectivo” que busca identificar, a través de diferentes criterios diagnósticos, a quienes se beneficiarían de una intervención quirúrgica precoz; uno de estos elementos es el “enfisema subcutáneo”. **Objetivos:** Comunicar los casos de 3 pacientes con enfisema subcutáneo luego de un trauma penetrante cervical, en los que no se logró objetivar origen. **Descripción de Caso clínico:** *Paciente 1:* Paciente de 30 años, con herida cervical en zona II, por arma de fuego con enfisema subcutáneo y disfonía asociado a dificultad respiratoria; por lo que se sospechó lesión de vía aérea. Se realizó cervicotomía exploradora en palo de golf donde no se evidenció lesión en el compartimiento visceral del cuello. Paciente evoluciona sin complicaciones. Nasofibrolaringoscopia (NFL) no muestra alteraciones. *Paciente 2:* Paciente de 30 años, con herida cervical en zona II por delante del ECM izquierdo, por arma blanca. Paciente estable con enfisema subcutáneo. Se realizó TAC cervical que evidenció pequeño hematoma por delante de la carótida en relación con enfisema subcutáneo que impresionó dependiente de la hipofaringe izquierda. NFL mostró pequeño coágulo antiguo en cara lateral de la unión oro/hipofaríngea. Se manejó de forma conservadora, es dado de alta al 7° día. *Paciente 3:* Paciente de 15 años, con herida cervical en zona II derecha, por arma blanca. Paciente estable con enfisema subcutáneo al examen clínico. Se realizó TAC cervical que mostró enfisema subcutáneo y neumomediastino. Se realizó fibrobroncoscopia sin lesión hasta la carina. Se realizó tránsito esofágico con



contraste hidrosoluble sin lesiones. Paciente tratado de forma conservadora, evoluciona sin complicaciones siendo dado de alta al 4° día. A los tres meses de seguimiento todos los pacientes estaban bien sin complicaciones. **Comentarios:** En conclusión la presencia de enfisema subcutáneo no parece ser un elemento único de indicación de exploración quirúrgica.

### HIDATIDOSIS CERVICAL MUSCULAR PRIMARIA: PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE DE LA ENFERMEDAD HIDATÍDICA

*Drs. Cristóbal Azócar Bizama, Jean Pierre Droguett Gimpel, Pilar Alejandra Schneeberger Hitschfeld, Cristian Gottschalk Saavedra, Álvaro Enrique Visscher Oyaneder, Dominique Soledad Godoy Dagach, Vincenzo Fabrizio Benedetti Parada*

Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco. Servicio de Cirugía General, Equipo de Cabeza y Cuello. Universidad de La Frontera.

**Introducción:** La enfermedad hidatídica sigue siendo la zoonosis más importante en Chile siendo la región de La Araucanía la sexta de mayor incidencia a nivel nacional (3,14 x 100.000 hab.) al año 2012. La localización más frecuente sigue siendo la hepática y luego la pulmonar siendo la hidatidosis extravisceral un diagnóstico poco frecuente, aún más cuando esta se encuentra exclusivamente extravisceral. **Objetivos:** Presentar un caso poco frecuente de hidatidosis cervical muscular primaria sin un componente visceral demostrado. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de sexo masculino de 57 años de edad sin antecedentes mórbidos con historia de aumento de volumen cervical posterior derecho de aproximadamente 10 años, de crecimiento progresivo cuya tomografía axial computada cervical, de tórax, abdomen y pelvis sugieren diagnóstico de hidatidosis cervical posterior primaria de ubicación muscular de 10 x 8 cm, descartando ubicación visceral. Se realiza quistectomía con abordaje posterior en línea paramediana derecha, desincertando músculo trapecio, logrando abordaje amplio a todo el quiste. Se realiza drenaje controlado de este dando salida a vesículas múltiples y contenido como "aguda de roca". Extracción de toda la cápsula y aseo con povidona yodada. Biopsia confirma hidatidosis. Paciente con buena evolución posterior siendo dado de alta a los dos días de la intervención con tratamiento con albendazol a completar por un mes. **Comentarios:** La hidatidosis sigue teniendo una elevada incidencia a nivel nacional demostrando que las medidas aún son poco eficaces en la prevención de esta, eje fundamental en su manejo. La ubicación extravisceral es rara pero existe y el cirujano debe sospecharla frente a pacientes con tumores de partes blandas, con contenido quístico-vesicular de crecimiento progresivo, sobre todo cuando

se trata de pacientes provenientes de zonas endémicas. Los antiparasitarios como el albendazol siguen teniendo su uso en disminuir la siembra secundaria pero el único tratamiento curativo sigue siendo la quistectomía.

### QUISTE HIPERPLÁSICO PARATIROIDEO EN MEDIASTINO POSTERIOR. ROL DE LA CIRUGÍA Y PRESENTACIÓN DE UN CASO

*Drs. Francisco Moraga Vásquez, Daniel Hernández Clark, Katrina Lolos Tornquist, Carlos Álvarez Zepeda, Paula Majluf Cáceres, Valentina Valenzuela Rebolledo, Jasna Radich Radich, Pablo Pérez Castro,*

*Felipe Castillo Henríquez*

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

**Introducción:** Los tumores de mediastino posterior corresponden al 23-30% de todos los tumores de mediastino, de estos el 75% son neurogénicos. Un 10 a 15% de los tumores de paratiroides son ectópicos y sólo un 1,4% son hiperfuncionantes. De los ectópicos la mitad se concentran en el mediastino anterior cerca del timo y sólo un 14% se sitúa en mediastino posterior.

**Objetivos:** Presentamos el caso de un paciente adulto con hiperplasia paratiroidea en mediastino posterior hiperfuncionante. Para la revisión bibliográfica se realizó una búsqueda a través del Catálogo Bello, LILACS, PubMed y SciELO sin restricción de tiempo o idioma.

**Descripción de Caso clínico:** Hombre de 58 años con antecedentes de insulino resistencia. El 2014 ingresa a nuestro servicio por cuadro de 4 meses de evolución caracterizado por astenia, adinamia asociado a disnea, dolor en extremidades inferiores y constipación. Se constata una hipercalcemia de 17 mg/dl, hipofosfemia, falla renal e hipokalemia. Se realiza estudios con tomografía computada de tórax que muestra masa mediastínica a nivel de T4 que produce desviación de la tráquea. La parathormona fue de 456 mg/ml. Se inicia manejo médico de hipercalcemia con mala respuesta. Se realiza cervicotomía transversa y esternotomía hallando tumor sólido quístico de 4 x 5 cm en zona latero-posterior al lóbulo tiroideo izquierdo y tumor sólido quístico 5 x 6 cm en mediastino posterior (1 cm por debajo de cayado aórtico) adherido a esófago. Evoluciona satisfactoriamente destacando hipocalcemia, hipofosfemia y normalización de parathormona. La biopsia informa hiperplasia paratiroidea, con degeneración quística de 2 cm, fibrosis y calcificación. **Comentarios:** La mayoría de los tumores de mediastino posterior corresponden a tumores neurogénicos. Al revisar la literatura los casos publicados de tumores paratiroides en mediastino posterior, todos correspondieron a adenomas paratiroides secundarios. No encontramos casos de quistes paratiroides hiperplásicos hiperfuncionantes localizados en esta ubicación. La cirugía es el tratamiento de elección.

## EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE PATOLOGÍA TIROIDEA MEDIANTE EL USO DE LIGASURE

*Drs. Cristian Gottschalk Saavedra, Julio Cabello Volosky, Pilar Alejandra Schneeberger Hitschfeld, Jean Pierre Droguett Gimpel, Fernando Jelvez Echeverría, Juan Alvarado Irigoyen, Macarena Díaz Herrera*  
Universidad de la Frontera. Departamento de Cirugía.

**Introducción:** En la literatura se ha descrito el uso de instrumentos hemostáticos para optimizar el tratamiento quirúrgico de patología tiroidea. **Objetivos:** Evaluar los resultados del tratamiento quirúrgico de patología tiroidea en un hospital de referencia, considerando morbimortalidad a 30 días. **Material y Método:** Estudio prospectivo. Se realizó un análisis descriptivo de pacientes intervenidos en el Hospital Hernán Henríquez Aravena entre marzo y noviembre de 2014. Las variables independientes correspondieron a edad, sexo, diagnóstico. Las variables dependientes correspondieron a tiempo operatorio, días de hospitalización, volumen hemático en respectivos drenajes, hipocalcemia sintomática, lesión de nervio laríngeo recurrente, infección de herida operatoria y mortalidad. **Resultados:** Muestra compuesta por 80 pacientes, 86,2% mujeres. Edad mediana de 53,5 años con un mínimo de 21 y un máximo de 80 años. La mediana de tiempo operatorio fue de 120 min, mínimo de 60 y máximo de 255 min. Estadía hospitalaria mediana de 3 días, mínimo de 1 y máximo de 17 días. En el período postoperatorio, el tiempo máximo del uso de drenajes fue de tres días, cuyo débito alcanzó una mediana de 35 cc el primer día, luego 26 cc y finalmente 15 cc. Siete pacientes (8,8%) presentaron hipocalcemia, donde sólo 2 de ellos fueron sintomáticas. No hubo lesión de nervio laríngeo recurrente intraoperatorio, infección de herida operatoria ni mortalidad. En el control, antes de 4 meses, 8 pacientes cursaron con disfonía transitoria y se identificó una parálisis de cuerdas vocales. **Conclusiones:** El uso de ligasure en nuestro medio ha demostrado ser un instrumento útil y seguro para realizar hemostasia en el tratamiento quirúrgico de patología tiroidea. A diferencia de reportes internacionales, no hubo mayor lesión de nervio laríngeo recurrente.

## METÁSTASIS TIROIDEA DE MELANOMA MALIGNO SIN PRIMARIO CONOCIDO. REPORTE DE CASO

*Drs. Mauricio Chang Salazar, Javier Moraga Concha, Claudia Paulina Ochoa Orta, Francisco Rivera Roa*  
Hospital San Juan de Dios, Santiago. Servicio de Cirugía.

**Introducción:** El melanoma maligno es una neoplasia que se origina de los melanocitos del estrato basal de la epidermis. Posee la capacidad de metastaziar tanto por

vía linfática como hematológica, siendo las principales ubicaciones de estas metástasis hígado, pulmón y cerebro. Sin embargo, puede metastaziar prácticamente a cualquier ubicación, siendo la metástasis a la tiroides extremadamente rara. CARE es un *checklist* que nace como una iniciativa que busca estandarizar y mejorar el reporte de casos. **Objetivos:** Presentar el caso de un paciente con metástasis tiroidea de melanoma maligno sin primario conocido mediante la metodología CARE. **Descripción de Caso clínico:** Paciente masculino de 71 años, con antecedentes de bocio multinodular (BMN) y tumor prostático benigno, que hace 2 años abandonó controles en endocrinología. Se ingresó con diagnóstico de BMN gigante con compromiso de vía aérea. Clínicamente presentaba disnea franca y masa que ocupa toda la región cervical anterior. Se realizó nasofibrobroncoscopia que evidenció compromiso extrínseco de la vía aérea superior e hipomovilidad de cuerdas vocales. Se planteó la realización de cervicotomía exploradora, aseo quirúrgico y traqueostomía (TQT) por la elevada sospecha de carcinoma anaplásico de tiroides. Durante el acto quirúrgico se evidenció masa de aspecto tumoral con tejido de aspecto alquitranso, necrótico. Se realizó aseo quirúrgico, reducción tumoral y TQT. La biopsia rápida informó tumor mal diferenciado no caracterizable. El paciente evolucionó en malas condiciones y falleció dos semanas posterior a la cirugía. La biopsia diferida post mortem evidenció melanoma. Durante la hospitalización no se evidenció en forma categórica lesión melanocítica primaria cutánea. **Comentarios:** Las lesiones metastásicas a tiroides corresponden a una fracción mínima de los tumores de esta glándula. La ocurrencia de una metástasis de melanoma con primario desconocido es una rareza, dado su comportamiento biológico agresivo, en este caso particular hizo confundir el cuadro con un carcinoma anaplásico de tiroides.

## HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO DE PRESENTACIÓN AGUDA. REPORTE DE UN CASO

*Drs. Patricio Cabané Toledo, Patricio Gac Espinoza, Juan Aldana Landeros, Natalia Aldana Landeros, Caterina Contreras Bertolo, Yoshiro Sato Alvarado, Nicole Cuneo Barbosa, Daniel Alejandro Riquelme Tapia, María Soledad Hidalgo Valle*  
Universidad de Chile. Departamento de Cirugía. Equipo de Cirugía Endocrina, Hospital Clínico Universidad de Chile.

**Introducción:** El hiperparatiroidismo primario (HPT<sup>1</sup>) es un trastorno metabólico que genera altos niveles de calcemia y PTH. Prevalencia 0,1 a 2%, relación mujeres: hombre (3:1), diagnóstico principalmente en > 45 años. Actualmente con aumento

en incidencia, como hallazgo incidental en sujetos asintomáticos. Puede presentarse esporádicamente o asociado a síndromes familiares poco frecuentes, NEM tipo 1 y 2a. 85% de los casos de HPT 1° esporádico: causados por adenoma paratiroideo hiperfuncionante; siendo infrecuente carcinoma, en < 1% de los casos. La presentación clínica ha variado en los últimos 30 años, desde cuadros sintomáticos a pacientes asintomáticos. El tratamiento del HPT1° es quirúrgico, con un índice de curación de 90%. A continuación mediante caso clínico expondremos una forma de presentación poco habitual de esta patología. **Objetivos:** Describir experiencia clínica a propósito de un caso, destacando cuadro clínico de presentación, estudio y manejo. **Descripción de Caso clínico:** Paciente masculino, 35 años. Inicialmente por crisis hipertensiva, estudio complementario objetiva: Calcio 13,2 mg/dl, Fósforo 2,7 mg/dl, PTH 299 pg/ml y Vitamina D 16,2 ng/ml. Ecografía Tiroidea y Cintigrama: Tejido paratiroideo hiperfuncionante LTI 4,8 x 3,3 x 4,6 cm. Concluye masa cervical anterior izquierda de origen paratiroideo. Planificando cirugía electiva, sospecha cáncer de paratiroides. Reconsulta en SU por cuadro súbito de náuseas, dolor epigástrico intenso, palpitaciones y parestia EEII. Destaca Calcio 11,3 mg/dl y Fósforo 2,6 mg/dl. Examen físico: nódulo cervical izquierdo 5 cm, blanda. Exploración quirúrgica: resección paratiroides inferior izquierda 6 cm blanda y aspecto benigno. PTH intraoperatoria 533 pg/ml (basal), 45,2 pg/ml (15 min) y 32,2 pg/ml (30 min). Alta al segundo día postoperatorio. Biopsia: Adenoma Paratiroideo 5,2 cm sin elementos de malignidad (negativo necrosis, infiltración, 1 mitosis/50 campos, Ki67 2%). En control alejado presenta normocalcemia y normofosfemia. **Comentarios:** El hiperparatiroidismo primario, resulta de sobreproducción de PTH por una o más glándulas paratiroides. Se presenta principalmente asintomática, siendo la causa más frecuente de hipercalcemia en pacientes ambulatorios. Su resolución debe ser quirúrgica.

### CARCINOMA DE PARATIROIDES. EXPERIENCIA Y MANEJO DEL HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE

*Drs. Joaquín Ulloa Suárez, José Alzerreca Albornoza, Pablo Ortega Rivas, Alexis Urrea Belmar, Mario Gutiérrez Acevedo, Álvaro Compan Jiménez*  
Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción. Equipo de Cirugía de Cabeza y Cuello.

**Introducción:** El carcinoma de paratiroides corresponde a una enfermedad endocrina extremadamente infrecuente constituyendo menos del 1% de todos los casos de hiperparatiroidismo primario. Su etiología se mantiene incierta, aunque se ha asociado a casos de neoplasia endocrina múltiple tipo 1. La mayoría de los

carcinomas de paratiroides son funcionales, y sus manifestaciones clínicas se deben al hiperparatiroidismo primario e hipercalcemia más que a la infiltración de órganos vecinos. El manejo de estos pacientes es principalmente quirúrgico, asociando tratamiento complementario en casos excepcionales. **Objetivos:** Mostrar el manejo y seguimiento de estos pacientes en nuestro centro. **Material y Método:** Se realizó un estudio de tipo descriptivo retrospectivo. Se revisaron los antecedentes clínicos de aquellos pacientes con diagnóstico de carcinoma de paratiroides del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción, entre los años 2000 y 2015. Se incluyeron pacientes confirmados por histopatología y que cumplieran con un estudio endocrinológico e imagenológico completo. **Resultados:** Se identificaron dos pacientes de sexo femenino, de 50 y 56 años respectivamente, procedentes de Concepción, a los cuales se les diagnosticó un carcinoma de paratiroides. Ambos casos fueron estudiados inicialmente como hiperparatiroidismo; uno hiperparatiroidismo primario y otro secundario. Ambos fueron manejados quirúrgicamente. No existieron complicaciones postoperatorias manteniéndose en control actualmente. **Conclusiones:** El cáncer de paratiroides debe considerarse como diagnóstico diferencial en casos de hiperparatiroidismo primario, pues un diagnóstico temprano permite mejorar el control de estos pacientes.

### CÁNCER MEDULAR DE TIROIDES. EXPERIENCIA QUIRÚRGICA EN 5 AÑOS

*Drs. Joaquín Ulloa Suárez, Felipe Fredes Carvajal, Pablo Ortega Rivas, Mario Gutiérrez Acevedo, Alexis Urrea Belmar, Álvaro Compan Jiménez*  
Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción. Equipo de Cirugía de Cabeza y Cuello.

**Introducción:** El cáncer medular de tiroides (CMT) corresponde a un tumor neuroendocrino de las células parafoliculares de la glándula tiroides. Representa el 3 a 5% de los carcinomas de tiroides. Se caracteriza por la producción de calcitonina. Pueden ser esporádicos o hereditarios, siendo los últimos menos frecuentes pero más agresivos. El diagnóstico es citológico y su presentación en el 75 a 95% de los pacientes es de un nódulo tiroideo. En la mayoría de los pacientes ya presenta metástasis al momento del diagnóstico. El manejo de elección de estos pacientes es la tiroidectomía total ampliada. **Objetivos:** Mostrar nuestra experiencia quirúrgica como equipo en CMT en 5 años. **Material y Método:** Se realizó un estudio de tipo descriptivo retrospectivo. Se revisaron los antecedentes clínicos y quirúrgicos de pacientes con diagnóstico de CMT operados entre los años 2010 y 2014 en el Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción. Se incluyeron pacientes confirmados por histopatología.

**Resultados:** Se operaron seis pacientes, cuya edad media fue de 36,5 años. Cinco de ellos mujeres. La principal forma de presentación fue el aumento de volumen cervical a expensas de un bocio multinodular. 67% de los casos son de carácter familiar. En el 83% de los casos la punción por aguja fina mostró una lesión folicular indeterminada. A todos se les realizó una tiroidectomía total, ampliada en cuatro casos. El 67% de los casos eran bilaterales y con compromiso ganglionar. Un solo paciente presentó calcitonina elevada en el postoperatorio y se relacionó también con enfermedad persistente. En el 50% de los pacientes con CMT Familiar se identificó un feocromocitoma asociado. **Conclusiones:** El CMT de tiroides es un tumor infrecuente, con pronóstico ominoso cuando se presenta en estadios avanzados y en el contexto de una enfermedad familiar. El tratamiento de elección es la tiroidectomía total ampliada con vaciamiento cervical central y radical modificado.

### TERAPIA LÁSER DE BAJO NIVEL PARA OSTEONECROSIS DE LOS MAXILARES INDUCIDA POR MEDICAMENTOS: REVISIÓN DE LA LITERATURA

*Drs. Alfredo Gantz Buttinghausen, Luis Patricio Quiñones Vergara, Ariel Barrera Parada, Eric Cristi Recabarren, Cristian Teuber Lobos, Constanza Labbé Martínez*

Clínica Alemana. Servicio de Cirugía Maxilofacial.  
Facultad de Medicina Clínica Alemana Santiago-  
Universidad del Desarrollo.

**Introducción:** La osteonecrosis de los maxilares inducida por medicamentos (OMIM), es una condición atribuida a pacientes que han sido sometidos principalmente a tratamiento farmacológico con bifosfonatos orales y endovenosos, e Inhibidores de RANK-L. En donde se produce una alteración del proceso de remodelación ósea y metabolismo de tejidos blandos, exacerbados por procesos inflamatorios/infecciosos locales. La incidencia de esta patología es variable, en donde el uso de bifosfonatos endovenosos presentan la tasa más alta (0,017-6,7%). Seguida por pacientes tratados por medio de inhibidores de RANK-L con 0,04-1,9%. El manejo de estos pacientes va a depender del estado de la patología, en donde para estados más avanzados se recomienda el uso de antibioterapia asociada a aseo quirúrgico. Desde el año 2011 se describe la terapia de láser de bajo nivel (TLBN) como complementaria a procedimientos clásicos, en donde su uso pareciera presentar los resultados más promisorios. **Objetivos:** Revisión de la literatura de Terapia Láser de Bajo Nivel. **Material y Método:** Revisión de bases de datos Medline, Embase y Cochrane. Diseño no clasificable. Análisis estadístico descriptivo.

**Resultados:** La Asociación Americana de Cirugía Maxilofacial, determinó que la frecuencia de OMIM varía dependiendo del fármaco y la patología de base del paciente. En donde uno de los objetivos principales sería evitar la inflamación/infección local, y evaluar posibilidades de tratamiento para tejidos duros y blandos. Bayram 2012, Vescovi 2012-2013 y Kupel 2014 determinaron que el uso de TLBN produce una mejoría en la regeneración de tejidos duros y blandos, dado a la acción que posee tanto sobre los osteoblastos como fibroblastos. Vescovi, en 2013 destaca un porcentaje de éxito del tratamiento del 99,15%, atribuible a la misma acción sobre osteoblastos y fibroblastos. **Conclusiones:** Actualmente no se tiene completa claridad sobre posibilidades de tratamiento para OMIM. El presente trabajo busca mejorar el entendimiento de la patología, como también considerar nuevas posibilidades para estadios iniciales y avanzados.

### TIROIDITIS ESCLEROSANTE DE RIEDEL. REPORTE DE 4 CASOS

*Drs. Pilar Alejandra Schneeberger Hitschfeld, Cristian Gottschalk Saavedra, Marcela Jiménez Moyano, Jean Pierre Droguett Gimpel, Fernando Jelvez Echeverría, Juan Alvarado Irigoyen*

Universidad de la Frontera. Departamento de Cirugía,  
Departamento de Medicina Interna.

**Introducción:** La tiroiditis esclerosante de Riedel (TR) es una patología infrecuente que involucra la glándula tiroidea y tejido cervical circundante. La evidencia en cuanto a su tratamiento es limitada. **Objetivos:** Describir el cuadro clínico y tratamiento de cuatro pacientes cuya biopsia final informó TR. **Descripción de Caso clínico:** 1) Paciente de sexo femenino de 78 años, hipertensa. Cuadro de un mes de aumento de volumen cervical progresivo, no doloroso, asociado a cambio voz, disfagia, lentitud y disnea. Se diagnosticó hipotiroidismo con TPO > 1.000. Ecografía informó lóbulo tiroideo izquierdo (LTI) ocupado por masa heterogénea vascularizada y múltiples linfonodos ipsilaterales. PAAF: Bethesda 1. Inició tratamiento con levotiroxina. A las 4 semanas consultó en urgencia por incremento de síntomas obstructivos de vía respiratoria alta, ecografía objetivó mayor aumento de volumen. Se realizó tiroidectomía casi total de urgencia. 2) Paciente de sexo masculino de 58 años, antecedente de resistencia a la insulina. Cuadro de 4 meses de disfonía, diagnosticándose parálisis de cuerda vocal izquierda. Tomografía axial computada (TAC) informó nódulo en LTI con extensión intratorácica. Ecografía informó nódulo tiroideo de 5 x 7 cm sospechoso. Se realizó tiroidectomía total bilateral. En controles tardíos, paciente persiste con disfonía. 3) Paciente de sexo femenino de 85 años, hipotiroidea. Cuadro de quince días de disfagia lógica,

disnea y aumento de volumen cervical. Se realizaron 2 PAAF: Bethesda 3. TAC informó masa de 7 cm en LTI con infiltración a tejidos adyacentes y adenopatías cervicales ipsilaterales. Inició tratamiento corticoideal, disminuyendo tamaño tumoral, cediendo síntomas obstructivos. Biopsia quirúrgica informó TR. Actualmente en tratamiento corticoideal, no se realizó tiroidectomía. 4) Paciente de sexo femenino de 78 años, antecedente de Bocio Multinodular. Se realizó tiroidectomía total, laboriosa en contexto de masa tiroidea firme adherida a planos adyacentes. **Comentarios:** Los pacientes presentaron cuadros clínicos distintos, edad de presentación poco habitual y uno de ellos debutó con hipotiroidismo severo. Todos evolucionaron favorablemente y ninguno tuvo necesidad de tratamiento inmunosupresor o quimioterapia.

### SÍNDROME DE HETEROTAXIA. UN HALLAZGO INUSUAL EN UN CASO DE DOLOR ABDOMINAL EN EL HOSPITAL BASE SAN JOSÉ DE OSORNO. CASO CLÍNICO

*Drs. Carlos Patricio Ayala Pardo, Claudio Betancourt Sotomayor, Camila Gutiérrez Oliva, Angélica González Ortiz, Gabriela Montecinos Gual, Claudio Heine Tapia*  
Hospital Base San José de Osorno. Unidad de Coloproctología, Servicio de Cirugía, Servicio de Radiología. Residente de Cirugía General, Estudiantes de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Sede Osorno.

**Introducción:** Síndrome de Heterotaxia corresponde a una serie de anomalías anatómicas congénitas relacionadas a una disposición fuera de la habitual de los órganos abdominales. Clínicamente los pacientes pueden permanecer asintomáticos toda su vida, siendo diagnosticados de forma incidental durante la evaluación y estudio médico por condiciones no relacionadas. **Objetivos:** Reportar el caso de un paciente que ingresó a la Unidad de Coloproctología del Hospital San José de Osorno por un cuadro de dolor abdominal para su estudio. **Descripción de Caso clínico:** Paciente varón de 24 años sin antecedentes mórbidos previos. Ingresó a Hospital Base San José de Osorno para manejo de dolor abdominal interpretado como abdomen agudo. Por las características del dolor se realizó una tomografía computada de abdomen y pelvis que mostró el hígado aumentado de tamaño ubicándose en línea media y extendiéndose por ambos flancos. La vesícula biliar, la vía biliar y el páncreas se encontraban ubicados en línea media. El bazo como órgano sólido se encontraba reemplazado por 7 estructuras esféricas compatibles con bazos accesorios que además se ubicaban en la región infrahepática y suprarrenal derecha. Dentro de las estructuras vasculares, la vena cava inferior presentaba un trayecto paraaórtico izquierdo.

En cuanto al intestino grueso, todo el colon (derecho e izquierdo) se encontraba completamente en el hemiabdomen izquierdo. Asimismo, todas las asas de intestino delgado se encontraban en el hemiabdomen derecho. En cuanto al cuadro clínico, el paciente se manejó de forma médica (hidratación y analgesia), evolucionando favorablemente por lo que es dado de alta al 8° día de hospitalización. **Comentarios:** El síndrome de Heterotaxia es una patología muy poco frecuente. La existencia de cuadros de dolor abdominal de difícil interpretación, hacen sugerir la realización de estudios imagenológicos, en especial en casos que necesiten descartar patología quirúrgica.

### ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO CONSERVADOR DE TUMORES BENIGNOS LOCALMENTE AGRESIVOS DE LOS MAXILARES. CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

*Drs. Ariel Barrera Parada, Constanza Labbé Martínez, Luis Patricio Quiñones Vergara, Cristian Teuber Lobos, Eric Cristi Recabarren, Sebastián Andrés Tapia Coron*  
Clínica Alemana. Servicio de Cirugía Maxilofacial.

**Introducción:** El manejo de tumores benignos localmente agresivos de los maxilares es controversial, ya que la manera conservadora puede tener mayores tasas de recurrencia pero la resección, que tiene la menor tasa de recurrencia, presenta mayor morbilidad. La enucleación más curetaje y solución de Carnoy como coadyuvante proporcionaba la recurrencia más baja de las técnicas conservadoras. Al prohibirse el uso de cloroformo, se intentó utilizar la solución sin este componente, resultando una tasa de recurrencia significativamente mayor. La crioterapia con nitrógeno líquido como coadyuvante luego de enucleación más curetaje presenta baja tasa de recurrencia, pero tiene mayor riesgo de fractura patológica. Algunos investigadores han concluido que la mezcla de propano, butano e isobutano utilizada en vez de nitrógeno líquido, tiene similares resultados con menor riesgo de fractura patológica. Con respecto a la descompresión como tratamiento intermedio, se recomienda sólo para lesiones de gran tamaño. La tasa de reducción va a depender de la histología y comportamiento biológico de la lesión. La histología no debería cambiar con la descompresión, por lo tanto, todas las lesiones descomprimidas deben ser tratadas definitivamente basadas en el diagnóstico inicial. **Objetivos:** Realizar una actualización del manejo conservador de tumores benignos localmente agresivos de los maxilares y conocer sus tasas de recurrencia a propósito de un caso clínico. **Descripción de Caso clínico:** Hombre sano de 20 años es derivado por Tumor Odontogénico Queratoquístico Maxilar (con invasión de seno maxilar) de gran tamaño. El

tratamiento consistió en descompresión por 11 meses y enucleación más curetaje y tratamiento con nitrógeno líquido. **Comentarios:** A 12 meses de seguimiento no ha habido recurrencia. Como conclusión, según la evidencia actual, la enucleación más curetaje y uso de crioterapia con o sin descompresión previa, tienen buen resultado y tasas de recurrencia similares a la resección, sin embargo, faltan estudios para evaluar las tasas de recurrencia de técnicas relativamente nuevas.

## NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO Y ASMA BRONQUIAL: REPORTE DE CASO

*Drs. Russeth Mesa Montecinos, Marcelo Nogueira Espinoza, Javier Moraga Concha, Pablo Pérez Castro*  
Hospital San Juan de Dios, Santiago. Servicio de Cirugía. Universidad de Chile, Sede Occidente.

**Introducción:** El neumomediastino espontáneo es una entidad benigna de baja incidencia. Siendo más frecuente en adultos sanos, jóvenes y embarazadas, se asocia a factores de riesgo como maniobras de valsalva, asma, uso de drogas y tabaquismo, entre otras; entre un 30% y 50% de los casos no se pesquisa un factor desencadenante. Es una condición autolimitada y salvo en algunas ocasiones requiere de tratamiento quirúrgico. La metodología CARE es un *checklist*, que nace como una iniciativa para estandarizar y mejorar la calidad de los reportes de casos. **Objetivos:** Exponer el caso de un paciente con diagnóstico de neumomediastino espontáneo asociado a asma bronquial manejado de forma conservadora en el Hospital San Juan de Dios (HSJD), mediante la metodología CARE. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de sexo femenino, de 21 años, con antecedente de asma. Consultó en el Servicio de Urgencia del HSJD por cuadro clínico de un día de evolución caracterizado por dolor torácico de inicio brusco, transfixiante, asociado a disnea. Al examen físico destacó enfisema subcutáneo de tórax y cuello. Se realizó TC de tórax que evidenció neumomediastino moderado a severo asociado a enfisema subcutáneo de tórax anterior y cuello, sin otras lesiones asociadas. Se planteó el diagnóstico de neumomediastino espontáneo, por lo cual se decidió su hospitalización en una Unidad de Paciente Crítico, siendo manejada de forma conservadora con apoyo de oxígeno, analgesia y broncodilatación. La paciente evolucionó de forma favorable, con buena mecánica ventilatoria, sin requerimientos de oxígeno ni de analgésicos y con resolución del enfisema subcutáneo, por lo cual se decidió su alta al tercer día. **Comentarios:** En conclusión, el neumomediastino espontáneo es una entidad de curso benigno que por lo general sólo requiere de medidas conservadoras para su manejo, sin embargo, se requiere de un alto nivel de sospecha para descartar otros diagnósticos diferenciales que cambiarían radicalmente su pronóstico y manejo.

## HERIDA PENETRANTE MEDIASTÍNICA POR ARMA DE FUEGO HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. SERIE DE CASOS

*Drs. Pablo Pérez Castro, Felipe Castillo Henríquez, Belén Sanhueza Pozarski, Carlos Álvarez Zepeda, Pablo Meneses Rojo, Iván Ruiz Figueroa, Alexandra Vásquez Fleck*

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

**Introducción:** Los pacientes con trauma mediastínico están sujetos a numerosos procedimientos quirúrgicos y alta tasa de mortalidad. Al menos un 50% de los pacientes requerirá una cirugía de emergencia durante su hospitalización, lo que depende de su condición hemodinámica y de las lesiones anatómicas diagnosticadas al ingreso. Dentro del total de pacientes el sub-grupo de pacientes hemodinámicamente estables, menos del 10% requerirán algún tipo de cirugía. Se requiere observación permanente y un alto índice de sospecha para descartar complicaciones inadvertidas. **Objetivos:** Presentar una serie de casos de manejo en pacientes con trauma penetrante mediastínico por arma de fuego. **Descripción de Caso clínico:** *Caso 1:* Herida transesternal en relación a mediastino anterior. Sin compromiso hemodinámico. TAC no muestra lesión de corazón y grandes vasos, tampoco otras lesiones viscerales. Se hospitaliza para observación. Evoluciona asintomático y fue dado de alta en forma satisfactoria al tercer día. *Caso 2:* Herida ingresa por línea axilar media izquierda. Sin compromiso hemodinámico. TAC muestra trayecto en relación a hemitórax izquierdo y mediastino anterior, causando contusión miocárdica de ventrículo derecho, hemopericardio y hemotórax izquierdo. Se decide toracotomía antero-lateral, drenaje pericárdico y hemostasia. Evoluciona en forma satisfactoria. Alta al tercer día postoperatorio. *Caso 3:* Herida torácica con trayecto en relación a línea axilar anterior izquierda y transfixiante por mediastino anterior respetando tráquea y esófago. Evoluciona estable primeras 48 h y luego evoluciona séptico y con insuficiencia respiratoria. Se realiza endoscopia digestiva que muestra perforación esofágica que se maneja por vía endoscópica, requiriendo en un segundo tiempo toracotomía bilateral de aseo y esofagectomía. Evolución satisfactoria tras hospitalización prolongada de un mes. **Comentarios:** Las lesiones mediastínicas por arma de fuego hemodinámicamente estables pueden ser manejadas en forma conservadora cuando no existan lesiones anatómicamente importantes y la hemodinamia se mantenga estable. Con un enfoque ordenado y basado en estos pilares se pueden seleccionar adecuadamente pacientes que requieren cirugía durante su evolución.

## RABDOMIÓLISIS Y CIRUGÍA TORÁCICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

*Drs. Valentina Valenzuela Rebolledo, Pablo Pérez Castro, Carlos Álvarez Zepeda, Felipe Castillo Henríquez, Pablo Meneses Rojo, Daniel Hernández Clarck*  
Hospital Barros Luco Trudeau. San Miguel, Santiago.  
Departamento de Cirugía Sur, Universidad de Chile.  
Universidad de Santiago de Chile.

**Introducción:** La Rabdomiólisis se caracteriza por la aparición de mioglobina en la circulación debido a lesión músculo-esquelética de magnitud, generalmente en contexto de trauma. Dentro de sus complicaciones puede llevar a falla renal aguda y muerte. Existen escasos reportes en la literatura asociados a cirugía torácica. Su etiología se debería a compresión de grupos musculares por posición viciosa prolongada (ejemplo: toracotomía posterolateral). **Objetivos:** Presentar un caso de Rabdomiólisis asociado a cirugía torácica manejado en el Servicio de Cirugía del Hospital Barros Luco-Trudeau. **Descripción de Caso clínico:** Paciente masculino de 65 años de edad, con antecedentes de sobrepeso, dislipidemia, HTA y DM2 en quien se realizó toracotomía posterolateral derecha y lobectomía media con linfadenectomía mediastínica por un adenocarcinoma pulmonar. Debido a complicaciones asociadas a intubación y accesos vasculares el tiempo anestésico y quirúrgico total fue cercano a las cinco horas. En su postoperatorio inmediato presentó elevación de creatinquinasa (CK) hasta 2.620 U/l asociado a deterioro de función renal con creatininemia hasta 1,21 mg/dl (basal 0,8 mg/dl) que se manejó con hidratación parenteral y medidas de protección renal con buena respuesta clínica. Evoluciona favorablemente del punto de vista quirúrgico por lo que decide alta con controles de CK normales. **Comentarios:** Se han descrito casos de Rabdomiólisis en pacientes sometidos a cirugía en posición de decúbito lateral como pielolitotomía y nefrectomía debido a la presión constante sobre la región glútea y flanco. La duración de la cirugía juega un rol fundamental. El tratamiento consiste en volemicización y seguimiento de la CK y función renal. La Rabdomiólisis es una complicación rara de la cirugía torácica, pero debe ser considerada por sus consecuencias, sobre todo en cirugías prolongadas.

## FUSIÓN HEPATOPULMONAR EN HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA DERECHA

*Drs. Alberto Felipe Torres Gueren, Josefina Sáez Binelli, Mónica Belén Martínez Mardones, Alejandro Luis Zavala Busquets*  
Pontificia Universidad Católica de Chile.  
División de Cirugía.

**Introducción:** Un 15% de las hernias diafragmáticas congénitas son derechas. Una de sus variantes raras es la fusión hepatopulmonar, descrita como la unión de

grado variable entre el hígado y el pulmón hipoplásico. Se asocia a distribución alterada del árbol vascular arterial y/o venoso y varía desde una comunicación fibrovascular hasta la fusión completa del parénquima. Comunicamos dos casos de recién nacidos con hernia diafragmática congénita derecha (HDCD), en los que se detectó fusión hepatopulmonar. **Objetivos:** El objetivo es describir el hallazgo de esta patología en dos casos de recién nacidos de nuestro hospital y realizar una revisión de la literatura. **Material y Método:** Se presenta un paciente con diagnóstico prenatal de HDCD y otro con diagnóstico postnatal. En ambos se detectó la fusión hepatopulmonar durante la cirugía. Se realizó una revisión retrospectiva de los casos y su manejo. Se analizó la literatura publicada respecto del tema fusión hepatopulmonar. **Resultados:** En los dos casos el diagnóstico de fusión hepatopulmonar se realizó en el intraoperatorio, confirmándose posteriormente con angio-TAC. Un paciente fallece tras hospitalización prolongada en UCI por causas no relacionadas a la cirugía. El otro paciente es trasladado a su hospital de origen y se pierde de control. **Conclusiones:** No existe un manejo estándar propuesto en la literatura para la fusión hepatopulmonar. La mortalidad se asocia al grado de hipoplasia pulmonar y al tipo de unión vascular entre el hígado y pulmón. La planificación de la intervención quirúrgica con un angio-TAC es fundamental para disminuir los riesgos asociados al procedimiento. Hallazgos en la radiografía toracoabdominal simple, como la falta de desviación del mediastino, pueden sugerir la fusión hepatopulmonar en el contexto de una HDCD. La fusión hepatopulmonar es una variante poco frecuente de la HDCD. Debiera sospecharse ante hallazgos radiográficos, confirmándolo con angio-TAC de tórax y abdomen para planificar el manejo quirúrgico.

## NEOPLASIA MESENQUIMÁTICA DE MEDIAS-TINO CON INVASIÓN MIOCÁRDICA. REPORTE DE CASO

*Drs. Francisca Díaz Hormazábal, Oscar Ramírez Méndez, Pablo Pérez Castro, Pedro Felipe Undurraga Machicao, Javier Moraga Concha, Francisco Bencina Matus*  
Hospital San Juan de Dios, Santiago. Servicio de Cirugía.

**Introducción:** Los tumores de mediastino son un grupo de patologías de baja incidencia. En este grupo, las neoplasias mesenquimáticas alcanzan a menos del 6%. CARE es un *checklist*, que nace como una iniciativa que busca estandarizar y mejorar la calidad de los reportes de casos. **Objetivos:** Comunicar el caso de un paciente con diagnóstico de neoplasia mesenquimática del mediastino con invasión cardíaca mediante CARE. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de 24 años, sin antecedentes mórbidos. Consultó por cuadro

de 1 mes de evolución caracterizado por compromiso del estado general, tos productiva, disnea y dolor torácico transfixiante. Se realizó radiografía de tórax que evidenció ensanchamiento mediastínico. Se solicitó TAC de tórax que evidenció gran masa mediastínica de aspecto neoplásico. Ecocardiograma mostró masa mediastínica con compresión de estructuras cardíacas. Se realizó biopsia percutánea de masa mediastínica que evidenció “Neoplasia mesenquimática maligna fusocelular”. Se complementó estudio con RNM cardíaca que mostró masa mediastínica de aspecto neoplásico con evidencias de invasión de la aurícula derecha, amplio contacto del tumor con aurícula izquierda, pared lateral e inferior del ventrículo izquierdo, sin invasión a este nivel, restricción al llenado ventricular bilateral y derrame pleural bilateral. Se realizó cirugía en la cual se evidenció tumor intrapericárdico en cara inferior y posterior de miocardio, asociado a hematoma antiguo que genera compresión de cava inferior y corazón. Se retiró aproximadamente 2 litros de coágulos y se resecó el tumor, quedando el paciente R0. El abordaje elegido fue esternotomía. El tamaño tumoral total estimado fue de 15 x 20 x 15 cm. Durante el postoperatorio el paciente evolucionó con requerimiento de drogas vasoactivas, taquicardia sinusal y sepsis por lo que se indicó antibióticos por 14 días. La biopsia definitiva mostró mesotelioma sarcomatoide. Al momento de este reporte la paciente se encuentra por comenzar quimioterapia. **Comentarios:** Se presenta el caso de una paciente joven con una neoplasia de mediastino con invasión cardíaca.

### **METASTASECTOMÍA PULMONAR DE CÁNCER ESCAMOSO DE ANO. REPORTE DE CASO**

*Drs. Pablo Pérez Castro, Felipe Castillo Henríquez, Carlos Álvarez Zepeda, Sebastián Letelier Alfaro, Javier Moraga Concha, Pablo Meneses Rojo*  
Hospital Barros Luco Trudeau. San Miguel, Santiago.  
Departamento de Cirugía Sur, Universidad de Chile.  
Universidad de Santiago de Chile.

**Introducción:** El cáncer de ano es una neoplasia poco prevalente que metastatiza principalmente a hígado, hueso y pulmón. Sin embargo, no existe consenso respecto del tratamiento de metástasis únicas, reseca- bles, con primario controlado. **Objetivos:** Comunicar el caso de un paciente portador de un cáncer escamoso de ano con metástasis pulmonar metacrónica, sometida a metastasectomía pulmonar en el Hospital Barros Luco-Trudeau (HBLT), mediante la metodología CARE. La metodología CARE es un *checklist*, que nace como una iniciativa que busca estandarizar y mejorar la calidad de los reportes de casos. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de sexo femenino de 55 años, consultó por cuadro caracterizado por dolor

perianal, hematoquecia y deposiciones por vagina. Al examen físico, destacó masa dolorosa que protruía a través del canal anal. Mediante TAC y biopsia se diagnosticó cáncer de ano etapa IIIB, el cual fue tratado con cirugía y quimiorradioterapia. Durante el seguimiento, se realizó TAC de abdomen y pelvis, el cual evidenció un nódulo sólido subpleural del lóbulo inferior izquierdo, de aspecto neoplásico. Se realizó TAC de tórax, el cual confirmó la presencia de una lesión nodular del segmento basal posterior del lóbulo inferior izquierdo. Se decidió la resección del nódulo pulmonar para estudio. Se practicó toracotomía mínima y metastasectomía reglada. La biopsia informó metástasis de cáncer de ano. La paciente fue dada de alta al cuarto día en forma satisfactoria. Al año de seguimiento no se ha detectado evidencias de recidiva. **Comentarios:** La metastasectomía pulmonar en casos de cáncer anal es una alternativa a evaluar para aumentar la sobrevida tal como ocurre en otros casos de otros tumores epiteloides.

### **TERATOMA MEDIASTÍNICO INTRAPULMONAR CON INVASIÓN DEL MEDIASTINO. REPORTE DE UN CASO**

*Drs. Raúl Berríos Silva, Raimundo Santolaya Cohen, Pedro Felipe Undurraga Machicao, Gustavo Vial Ovalle, Marta Sofía Castro Du Plessis, Juan Francisco Allamand Turner, Pablo Pérez Castro, Constanza Bulboa Foronda*  
Clínica Alemana. Equipo de Cirugía Torácica,  
Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo. Equipo de Cirugía Torácica, Hospital San Juan de Dios, Departamento de Cirugía Occidente, Universidad de Chile.

**Introducción:** Los teratomas son una de las causas más frecuentes de tumores mediastínicos en la población joven. Se originan en las células totipotenciales y pueden tener múltiples localizaciones, siendo la intrapulmonar extremadamente infrecuente. A pesar de corresponder a un tumor benigno, ocasionalmente, estos pueden adquirir características invasivas y comprometer estructuras vecinas. **Objetivos:** El propósito del presente trabajo es presentar un caso clínico de teratoma invasor y revisar la literatura. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de sexo femenino, extranjera, de 18 años de edad. Con antecedentes de hospitalización reciente en Colombia por Neumonía Necrotizante del LSI. La cual fue tratada con múltiples esquemas antibióticos, con mala respuesta radiológica. Dada de alta se manejó con tratamiento antibiótico prolongado por vía oral. Dado múltiples consultas por persistencia de tos productiva escasa y dado el antecedente descrito previamente, se realiza TAC de tórax que informa posible Teratoma Mediastínico con compromiso del



LSI. Discutido el caso se decide exploración por toracotomía posterolateral izquierda. Intra-operatorio se aprecia masa dura que se origina en segmento anterolateral, del LSI, la cual infiltra mediastino anterior, hilio y nervio frénico. Biopsia rápida informa Teratoma. Por lo extenso del compromiso local, se realiza lobectomía superior izquierda. En su postoperatorio, la paciente evoluciona en forma satisfactoria, logrando el alta al séptimo día. Biopsia definitiva informa teratoma intrapulmonar maduro abscedado de 5 x 4,6 x 2 cm, con infiltración de mediastino. **Comentarios:** El teratoma intrapulmonar es una patología infrecuente. Dado su potencial invasivo, se recomienda un manejo quirúrgico apropiado, con resecciones anatómicas regladas dependiendo de la extensión a invasión del caso particular.

### MEDIASTINITIS ASCENDENTE COMO COMPLICACIÓN ALEJADA DE BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO. REPORTE DE UN CASO

*Drs. Pedro Felipe Undurraga Machicao, Raimundo Santolaya Cohen, Raúl Berríos Silva, Juan Francisco Allamand Turner, Gustavo Vial Ovalle, Pablo Pérez Castro, Constanza Bulboa Foronda, Marta Sofía Castro Du Plessis*  
Clínica Alemana. Equipo de Cirugía Torácica, Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo. Equipo de Cirugía Torácica, Hospital San Juan de Dios, Departamento de Cirugía Occidente, Universidad de Chile.

**Introducción:** La cirugía bariátrica representa un área de desarrollo quirúrgico en expansión. No obstante, no se encuentra exenta de complicaciones, aún a largo plazo. La úlcera marginal post *bypass* gástrico laparoscópico (BPGL) varía entre 0,6 y 25% de las cirugías, y la probabilidad de que ésta se perfore es de un 0,4 a 0,8%. Si bien son conocidas las complicaciones intra-abdominales, no existen casos publicados de mediastinitis ascendente posterior a úlceras marginales complicadas. **Objetivos:** Presentar un caso de mediastinitis ascendente como complicación tardía de BPGL. **Descripción de Caso clínico:** Mujer de 55 años de edad, con antecedentes de HTA y obesidad. Antecedente de *bypass* gástrico laparoscópico hace 5 años. Consulta por dolor epigástrico brusco e intenso, irradiado a región interescapular, disnea y náuseas. Ante la sospecha de síndrome aórtico agudo se realiza angio-TAC que muestra neumoperitoneo en hemiabdomen superior y escaso líquido en el mediastino posterior. Dado TAC y evolución séptica, se discute caso y se decide exploración. Exploración laparoscópica abdominal demuestra úlcera gástrica perforada en la porción más alta y posterior del reservorio gástrico, en relación al pilar diafragmático izquierdo. Anasto-

mosis indemne. Se calibra reservorio con sonda 36 Fr y se realiza gastrectomía vertical incluyendo la úlcera y sus bordes. En su postoperatorio inmediato paciente persiste séptica, requiriendo de VMI y apoyo de DVA. Nuevo TAC informa derrame pleural bilateral mayor a izquierda con sospecha de mediastinitis. Se decide VTC derecha y VATS izquierda. Se evidencia empiema fibrinopurulento bilateral con compromiso mediastínico. Se realiza decorticación pleural y drenaje mediastínico amplio bilateral. Hospitalización prolongada, paciente no requiere nuevos aseos y es dada de alta al mes postoperatorio con tratamiento antibiótico prolongado. **Comentarios:** La úlcera marginal perforada post BPGL es una complicación tardía de la cirugía bariátrica. Su asociación con mediastinitis, es una complicación grave, extremadamente infrecuente y con alta mortalidad de no realizar un tratamiento quirúrgico oportuno y agresivo.

### TIMOMA INVASOR DE GRANDES VASOS. REPORTE DE UN CASO

*Drs. Raúl Berríos Silva, Raimundo Santolaya Cohen, Pedro Felipe Undurraga Machicao, Cristian Cavalla Castillo, Marta Sofía Castro Du Plessis, Juan Francisco Allamand Turner, Gustavo Vial Ovalle, Pablo Pérez Castro, Constanza Bulboa Foronda*  
Clínica Alemana. Equipo de Cirugía Torácica, Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo. Equipo de Cirugía Torácica, Hospital San Juan de Dios, Departamento de Cirugía Occidente, Universidad de Chile.

**Introducción:** El timoma es un tumor mediastínico frecuente. Generalmente de comportamiento benigno. Los casos malignos pueden ser localizados o localmente avanzados. Estos últimos pueden requerir resección de grandes vasos, pericardio o nervio frénico. La resección quirúrgica debe ser agresiva de modo de evitar tejido residual y minimizar recidiva. **Objetivos:** Presentar un caso de un timoma invasor de grandes vasos y su resolución quirúrgica multidisciplinaria. **Descripción de Caso clínico:** Hombre de 65 años. Paciente con antecedentes de apendicectomía (apéndice en blanco) y tratamiento antibiótico prolongado por *Salmonellosis* presenta durante su estudio TAC de tórax con hallazgo de masa en aurícula derecha que compromete grandes vasos. Ecocardiograma muestra masa en aurícula derecha, móvil, que ocluye parcialmente válvula tricúspide y infiltra cava superior e innominada. PET-CT: tumor de mediastino anterior asociado a posible trombo en vena innominada, con captación aumentada (posible trombo tumoral). Se decide cirugía. Exploración por esternotomía media evidencia tumor tímico que ocupa todo el mediastino anterior e infiltra pleuras mediastínicas, LSI, vena cava superior,

yugular y subclavia izquierda. Se realiza resección completa en block, previa CEC aorto-vena femoral. Se incluye margen del LSI, vena innominada y parte de la vena cava superior. Exploración intracardiaca destaca trombo en aurícula y ventrículo derecho, adherido al margen inferior del tumor. Se repara cava superior con parche bovino. Postoperatoriamente, evoluciona sin complicaciones importantes. Es dado de alta en buenas condiciones. Biopsia definitiva confirma Timoma Invasor. **Comentarios:** El timoma es causa frecuente de tumores mediastínicos. La resección completa de casos complejos con invasión de estructuras vecinas es trascendental y requiere un equipo multidisciplinario y de alta expertiz quirúrgica.

### ENDOMETRIOSIS DIAFRAGMÁTICA: A PROPOSITO DE UN CASO

*Drs. Raúl Berríos Silva, Raimundo Santolaya Cohen, Pedro Felipe Undurraga Machicao, Juan Francisco Allamand Turner, Gustavo Vial Ovalle, Francisco Jofré Campos, Pablo Pérez Castro, Constanza Bulboa Foronda, Marta Sofía Castro Du Plessis*  
Clínica Alemana. Equipo de Cirugía Torácica, Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo. Equipo de Cirugía Torácica, Hospital San Juan de Dios, Departamento de Cirugía Occidente, Universidad de Chile.

**Introducción:** La endometriosis afecta entre 5 al 15% de las mujeres en edad reproductiva. La afectación torácica es una entidad de baja frecuencia (incidencia menor al 1%), y puede localizarse en vía aérea, parénquima, pleuras o diafragma. Es más frecuente en hemitórax derecho, nulíparas, y en mujeres en edad fértil. Sus manifestaciones clínicas son extremadamente poco comunes y generalmente se presentan a las 72 h del inicio de la menstruación. El manejo ideal es médico-quirúrgico, con recurrencias a 12 meses cercanas a 25%. **Objetivos:** Comunicar el caso de una paciente joven con endometriosis diafragmática tratada por videotoracoscopia en forma satisfactoria. **Descripción de Caso clínico:** Mujer de 27 años, usuaria de anticonceptivos orales, con antecedentes de endometriosis ovárica operada hace dos años (electrofulguración). Consulta por omalgia derecha y dado antecedentes de endometriosis pélvica, se solicita TAC de tórax, que informa formación sólida, ovoidea, de 30 mm x 13 mm, que capta contraste en forma parcial y se ubica en la región subdiafragmática derecha, entre el diafragma y el parénquima hepático. Se interpreta imagen como posible foco de endometriosis ectópica, se complementa con RNM, la cual es concordante. Se discute caso en forma interdisciplinaria y se decide exploración quirúrgica. Se realiza VATS derecha con resección diafragmática y reparación primaria.

Se envía muestra a anatomía patológica, que informa focos de endometriosis, márgenes negativos. Paciente evoluciona de manera favorable. Se retira la pleurostomía a las 48 h, siendo dada de alta a los tres días. A un año de seguimiento sin evidencias de recidiva y asintomática desde el punto de vista torácico. **Comentarios:** A pesar de ser infrecuente, la endometriosis torácica representa un importante compromiso de la calidad de vida, dado principalmente por neumotórax catameniales y por dolor asociado a infiltración diafragmática. Debido a la mala respuesta a terapia hormonal, el manejo de las manifestaciones torácicas es principalmente quirúrgico, idealmente por vía mínimamente invasiva.

### NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO: UNA CAUSA POCO CONOCIDA DE DOLOR TORÁCICO EN PACIENTE JOVEN

*Drs. José Luis Sánchez Velizar, Camila Andrea Ormeño Candía, Diana Bohle Zarecht, Jorge Lavanderos Fernández*  
Hospital Base San José de Osorno. Servicio de Cirugía. Universidad Austral de Chile.

**Introducción:** El neumomediastino se define como la presencia de aire libre en el mediastino. Es una entidad rara con una incidencia de 1/44.500, más frecuente en hombres jóvenes. Puede ocurrir por 3 mecanismos: disrupción de una barrera cutánea o mucosa (esófago, vía aérea), gas producido por organismos o ruptura de un alvéolo (espontáneo). Tienen en común la presencia de aire que diseca a través de las vainas broncovasculares hasta el hilio pulmonar. Hamman describió un sonido crepitante junto con el latido cardíaco en la auscultación del tórax, se considera un signo patognomónico de neumomediastino. Es un cuadro de comportamiento benigno, que se asocia a tos, vómito, esfuerzos físicos e inhalación de drogas. Los síntomas más frecuentes son dolor torácico y disnea. El signo más frecuente es el enfisema subcutáneo. El diagnóstico se hace mediante radiografía de tórax en la mayoría de los casos. Cuando existe la duda, la Tomografía Computada de Tórax es la mejor alternativa. Estos pacientes se hospitalizan para observación; el tratamiento es sintomático basado principalmente en reposo, analgesia y oxigenoterapia. La complicación más frecuente es el neumotórax. **Objetivos:** Comunicar el caso de un paciente con neumomediastino espontáneo, su manejo y una breve revisión de la literatura. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de 16 años, sano, de sexo masculino que luego de realizar ejercicio consulta por dolor torácico y disnea. Al examen presenta enfisema subcutáneo cervical. Evaluado con radiografía de tórax, muestra dudosa imagen de aire en el mediastino en la proyección

lateral. Tomografía Computada de Tórax evidencia la presencia de enfisema mediastínico que disecciona hasta el cuello. Paciente se hospitaliza para observación con evolución favorable y alta al tercer día. **Comentarios:** El neumomediastino espontáneo es una patología de buen pronóstico, de resolución espontánea y con pequeño porcentaje de recurrencia.

## QUISTE BRONCOGÉNICO PARAMEDIASTÍNICO DERECHO. PRESENTACIÓN DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

*Drs. Francisco Bencina Matus, Pedro Felipe Undurraga Machicao, Pablo Pérez Castro*

Hospital San Juan de Dios, Santiago.

Equipo de Cirugía Torácica, Departamento de Cirugía Occidente, Universidad de Chile. Equipo de Cirugía Torácica, Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo.

**Introducción:** El quiste broncogénico es una rara malformación congénita del desarrollo traqueobronquial. Alteraciones en la migración de las células permiten que grupos celulares del pulmón en desarrollo se separen y broten diferenciándose por sí solas, generando quistes revestidos por epitelio respiratorio. La localización más habitual es la intratorácica y lo más frecuente es la ubicación intrapulmonar, seguido por la mediastínica. Localizaciones menos frecuentes son: bajo el diafragma, pericárdica, cervical, hombros y región escapular. La mayoría de los casos son asintomáticos, sin embargo, pueden manifestarse con disnea, sensación opresiva retroesternal y alteraciones electrocardiográficas de sobrecarga auricular izquierda. En general se presentan durante la infancia, sin embargo, pueden diagnosticarse a cualquier edad como hallazgo en exámenes imagenológicos debido a su clínica oligosintomática. Histológicamente corresponden a quistes uniloculares, revestidos por epitelio columnar o cúbico ciliado con o sin pseudoestratificación y pueden presentar metaplasia escamosa focal o extensa y/o infiltrado inflamatorio. En la pared del quiste pueden encontrarse fibras musculares lisas, estructuras glandulares mucosas y cartílago. Los exámenes complementarios de utilidad para precisar diagnóstico son la tomografía axial computada de corte fino, la resonancia magnética y la ultrasonografía. **Objetivos:** Revisar la literatura actual y comunicar un caso tratado en el Hospital San Juan de Dios. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de sexo femenino, 37 años, sin antecedentes mórbidos que consulta por disnea progresiva. Al estudio imagenológico con tomografía computada se evidencia imagen quística paramediastínica derecha de 9,5 cm. que se aborda inicialmente por videotoracoscopia y se decide convertir a toracotomía posterolateral derecho dada la difícil disección

por íntima relación del quiste con los grandes vasos del mediastino. Evolución postoperatoria favorable. **Comentarios:** El quiste broncogénico es una entidad infrecuente. Por su baja frecuencia, no existe abundante literatura ni mayor consenso respecto al manejo e indicaciones quirúrgicas y por lo mismo, se hace relevante comunicar la experiencia y resultados al medio científico quirúrgico.

## SARCOMA DE EWING CON METÁSTASIS MEDIASTÍNICA Y ABDOMINAL EN PACIENTE ADULTO. A PROPÓSITO DE UN CASO

*Drs. Pedro Felipe Undurraga Machicao, Raimundo Santolaya Cohen, Raúl Berríos Silva, Cristian Cavalla Castillo, Marta Sofía Castro Du Plessis, Constanza Bulboa Foronda, Pablo Pérez Castro, Gustavo Vial Ovalle, Juan Francisco Allamand Turner*

Clínica Alemana. Equipo de Cirugía Torácica, Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo. Equipo de Cirugía Torácica, Hospital San Juan de Dios, Departamento de Cirugía Occidente, Universidad de Chile.

**Introducción:** El sarcoma de Ewing es una neoplasia altamente maligna que afecta fundamentalmente a niños y adolescentes. Se cree que es un cáncer de células redondas de origen neural. Cerca del 95% de los sarcomas de Ewing ocurren entre los 5 y 25 años. El diagnóstico es histopatológico asociado a estudios inmunohistoquímicos. La terapia multimodal con quimioterapia, radioterapia y cirugía es el tratamiento de elección. **Objetivos:** Describir el manejo de un paciente adulto con Sarcoma de Ewing extra-óseo manejado en Clínica Alemana de Santiago. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de 18 años sin antecedentes mórbidos. Consulta al servicio de urgencia por cuadro de dolor abdominal e hipotensión. PanTAC evidencia líquido libre intrabdominal, por lo cual se decide laparotomía exploratoria que evidencia hemoperitoneo masivo en relación a tumor de 18 x 10 x 7 cm en epiplón mayor, que se reseca. Paciente evoluciona bien. Biopsia informa tumor de células azules y pequeñas, inmunohistoquímica concordante con Sarcoma de Ewing. PET/CT con múltiples lesiones sugerentes de metástasis en mediastino anterior, periesofágico y retroperitoneales. Se decide inicio de quimioterapia. Reevaluación. PET/CT se evidencia implantes mediastínicos anteriores con captación de SUV 2,5 y ganglios peritoneales sin captación. Se decide vaciamiento de ganglios mediastino y peritoneales que se realizan por esternotomía y laparotomía exploratoria, en dos tiempos. Paciente con buena evolución post-quirúrgica con biopsia definitiva que evidencia infiltración de ganglios mediastinos con márgenes negativos. **Comentarios:** La aparición de Sarcoma de

Ewing extra-óseo en adultos es extremadamente raro. Una vez confirmado el diagnóstico, el tratamiento debe ser multimodal e interdisciplinario. A pesar del uso del tratamiento multimodal, cerca del 30 al 40% de los pacientes con enfermedad no metastásica tienen progresión de enfermedad. Mejor supervivencia y menor recidiva se obtiene con vaciamiento ganglionar de áreas afectadas, manejo que se decidió en este caso con excelentes resultados.

## CONDROSARCOMA PRIMARIO DE PARED TORÁCICA

*Drs. Jorge Lavanderos Fernández, Carlos Patricio Ayala Pardo, Felicitas Abel Abel, Jaime Eduardo Jans Báez*  
Hospital Base San José de Osorno. Servicio de Cirugía.  
Universidad Austral de Chile.

**Introducción:** El condrosarcoma corresponde a un tumor óseo maligno cuyas células producen cartílago, sin producción de osteoide. Se clasifican como primarios o secundarios a condromas u osteocondromas con transformación maligna. Poseen gran potencial de invasión locoregional, recidivas después del tratamiento y diseminación metastásica. Los tumores malignos de pared torácica son una entidad poco frecuente, siendo el condrosarcoma el tumor maligno más frecuente en esta localización. Se presenta con mayor frecuencia en pacientes varones entre 40 y 60 años, el *gold standard* de estudio es la tomografía computada, que permite además una adecuada planificación de la resección quirúrgica. Su diagnóstico histológico puede realizarse por biopsia percutánea, siendo pocas veces necesario biopsias incisionales. Posee una mala respuesta a quimio y radioterapia, siendo fundamental para su manejo la resección con márgenes oncológicos, disminuyendo las recidivas de un 69 a un 6%; resecciones que llevan a la necesidad de reconstrucciones complejas y quirúrgicamente desafiantes. **Objetivos:** Comunicar el caso de un paciente con condrosarcoma de pared torácica, su manejo y una breve revisión de la literatura. **Descripción de Caso clínico:** Paciente masculino, 65 años, consulta por dolor torácico y masa palpable de 2 años de evolución en hemitórax derecho, tercer arco costal, línea medio clavicular, de 8 x 6 cm, sólida y adherida a planos profundos. Estudio con tomografía computada muestra un tumor de partes blandas de 8,6 x 7,6 cm, sugerente de neoplasia. Biopsia incisional informa condrosarcoma que infiltra tejido muscular, por lo que se realiza resección quirúrgica en bloque de pared torácica (segunda a quinta costilla) más reconstrucción con implante costal, malla y colgajo de pectoral. Evoluciona de forma favorable, siendo dado de alta al décimo primer día postoperatorio, continuando tratamiento con radioterapia complementaria. **Comentarios:** El condrosarcoma de pared torácica en

una entidad clínica poco frecuente, de mal pronóstico, en que el pilar terapéutico es la cirugía con márgenes oncológicos.

## PARAGANGLIOMA DE MEDIASTINO POSTERIOR EN PACIENTE CON ANTECEDENTES DE FEOCROMOCITOMA. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

*Drs. Daniel Hernández Clarck, Carlos Álvarez Zepeda, Jasna Radich Radich, Francisco Moraga Vásquez, Pablo Pérez Castro, Valentina Valenzuela Rebolledo, Katrina Lolas Tornquist, Felipe Castillo Henríquez*  
Hospital Barros Luco Trudeau. San Miguel, Santiago.  
Departamento de Cirugía Sur, Universidad de Chile.  
Universidad de Santiago de Chile.

**Introducción:** Los paragangliomas son neoplasias infrecuentes que se originan en el tejido cromafín del sistema nervioso autónomo. Representan la forma extra adrenal de los feocromocitomas y pueden ser o no funcionantes. Su localización en mediastino posterior es rara y se origina en la cadena simpática situada a lo largo del sulcus costovertebral. **Objetivos:** Presentamos el caso de un varón con un paraganglioma funcionante localizado en mediastino posterior y operado por nosotros con éxito. Se discute la naturaleza, el diagnóstico y tratamiento de esta neoplasia. Se realizó una revisión bibliográfica en Pubmed, Lilacs, Scielo y el Catálogo Bello, sin límites de tiempo ni idioma. **Descripción de Caso clínico:** Hombre de 32 años hipertenso, con feocromocitoma operado a los 17 años. Consultó a la Unidad de Emergencia por cuadro de un mes caracterizado por cefalea, visión borrosa, fotopsia, vértigo y astenia. Hipertenso, taquicárdico, afebril. En el examen destacaba soplo sistólico tricúspide III/VI. Se realizó TC TAP identificándose una masa paravertebral izquierda de 7,7 x 4,4 x 5,1 cm. Los niveles de epinefrina y norepinefrina en orina resultaron aumentados. Se realizó resección quirúrgica. Evoluciona favorablemente. Dándose de alta a los 6 días. La biopsia informó paraganglioma de mediastino. A 5 años de seguimiento no presenta evidencias de recidiva. **Comentarios:** Los paragangliomas se deben considerar en el diagnóstico diferencial de los tumores del mediastino, en especial en pacientes con HTA de difícil manejo. La mayoría son benignos y el único verdadero indicador de comportamiento maligno es la diseminación metastásica. Nuestro paciente tiene el antecedente de haber tenido un feocromocitoma a los 17 años, lo que nos hace plantear la posibilidad de que estemos frente a un caso de tumor metacrónico y no de una metástasis, no hemos encontrado otro caso igual publicado en la literatura.

## PARCHE HEMÁTICO PLEURAL COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN EL NEUMOTÓRAX CON FILTRACIÓN PERSISTENTE EN FIBROSIS PULMONAR NSIP: REPORTE DE UN CASO

*Drs. Carlos Álvarez Zepeda, Daniel Hernández Clarck, Jasna Radich Radich, Francisco Moraga Vásquez, Katrina Lolos Tornquist, Valentina Valenzuela Rebolledo, Pablo Pérez Castro, Felipe Castillo Henríquez, Paula Majluf Cáceres*

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

**Introducción:** La fibrosis pulmonar idiopática (FPI) afecta a mayores de 50 años y se asocia a complicaciones como neumotórax. Existen diversas opciones terapéuticas. La pleurodesis química es la más utilizada. En los últimos 20 años se ha desarrollado una nueva opción terapéutica para la filtración persistente (FAP), denominada parche hemático (PHP), que consiste en la instilación de sangre autóloga a través de la pleurostomía. **Objetivos:** Presentamos un varón portador de fibrosis pulmonar tipo NSIP que estando en lista de espera para trasplante pulmonar presentó un neumotórax espontáneo con filtración persistente, tratado por nosotros con PHP. **Descripción de Caso clínico:** Varón de 41 años, diabético, FPI tipo NSIP oxígeno dependiente en espera de trasplante pulmonar, consulta a la Unidad de Emergencia por cuadro de 7 días de dolor pleurítico en hemitórax izquierdo asociado a tos con expectoración mucopurulenta y disnea súbita. Se estudió con radiografía de tórax: neumotórax espontáneo secundario completo izquierdo. Se instala pleurostomía con buena respuesta. Evolucionó con FAP. Se realizó PHP. Se comprueba cese de la fuga aérea y expansión pulmonar. Se retiró drenaje y egresó en buenas condiciones. A los 14 días se controla sin recidiva. **Comentarios:** El PHP logra el cierre de la fuga entre el 80 a 100%. Con pocas complicaciones y menor estadía hospitalaria comparado con otras opciones. La pleurodesis química es exitosa, pero puede provocar una exacerbación de la fibrosis, efectos no descritos al utilizar el PHP. No se encontraron trabajos que incluyeran el PHP y su impacto en el trasplante. El neumotórax y la FAP en pacientes con FPI es un cuadro difícil de tratar. La pleurodesis química no contraindica absolutamente el trasplante pero puede provocar deterioro. El PHP es una opción en los pacientes con neumotórax y FPI. Se deben realizar estudios que relacionen el PHP y el trasplante.

## HERNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA COMPLICADA, REPORTE DE UN CASO

*Drs. Genaro Arriagada Palma, Fernanda Castro Leiva, Rocío Arancibia Fuentes*  
Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso.  
Unidad de Emergencia de Adultos.

**Introducción:** Las heridas diafragmáticas son procesos infrecuentes que se asocian a traumatismos abiertos

o cerrados, principalmente en el contexto de politraumatismos graves. Se presentan predominantemente en el sexo masculino, son lesiones ocultas de difícil diagnóstico y con una alta carga de mortalidad 20-25%. Dentro de estas se encuentra la hernia diafragmática traumática que ocurre en un 0,8-7% de los traumatismos cerrados y un 10-15% de las heridas penetrantes toracoabdominales. **Objetivos:** Presentación de un caso. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de 24 años de edad, con antecedente de trauma penetrante de tórax izquierdo, secundario a agresión por arma blanca hace 9 meses, que no requirió intervención quirúrgica, consulta por cuadro de 10 días de dolor abdominal intenso asociado a vómitos fecaloideos, ausencia de deposiciones y gases. Al momento del ingreso el paciente se encuentra consciente, estable, con intenso dolor abdominal y con débito fecaloideo a través de SNG. El examen un abdomen distendido, blando, con dolor difuso a la palpación, sin masas palpables, timpánico a la percusión y con ruidos metálicos a la auscultación; resto de examen físico y cardiopulmonar es normal. Destaca elevación de parámetros inflamatorios, TC de abdomen y pelvis con signos de obstrucción intestinal y hernia diafragmática izquierda, se decide manejo quirúrgico de urgencia por vía torácica. Se realiza toracotomía exploradora a nivel del 6° espacio intercostal izquierdo, hallándose una hernia de hemidiafragma izquierdo antigua, cuyo anillo mide 1,5 cm de diámetro, a través de él emerge ángulo esplénico del colon y epiplón mayor, este último con compromiso isquémico. **Comentarios:** La hernia diafragmática a pesar de ser una entidad de baja frecuencia, debe ser siempre sospechada en el contexto de traumatismos asociados a ella, con el fin de realizar un manejo e intervención quirúrgica precoz, esto debido a que es altamente subdiagnosticada, y que sus complicaciones conllevan una alta morbimortalidad.

## METÁSTASIS PLEURALES COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES: EXPOSICIÓN DE CASO CLÍNICO

*Drs. Ramón Gonzalo Cardemil Herrera, Tamara Peters Álvarez, Viviana Carolina Saavedra Jana*  
Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento de Cirugía.

**Introducción:** El carcinoma papilar de tiroides (CPT) generalmente tiene un curso indolente y su diseminación a distancia es rara. Los sitios más frecuentes de metástasis a distancia son el parénquima pulmonar y óseo. Las metástasis pleurales son menos frecuentes, la mayoría diagnosticada por causa de un derrame pleural. **Objetivos:** Exponer la metástasis pulmonar de CPT como presentación inicial de CPT, dada su baja frecuencia a nivel mundial. **Descripción de Caso clínico:**

**nico:** ASM, 32 años, sexo masculino, sin antecedentes mórbidos. Consulta por dolor interescapular irradiado a pectoral derecho. Radiografía de tórax muestra engrosamiento pleural con velamiento de receso costofrénico derecho. Se completa estudio con TAC: engrosamiento pleural derecho irregular asociado a adenopatías hiliares mediastínicas y supraclaviculares; nódulo tiroideo izquierdo con adenopatías cervicales derechas. PET-CT: engrosamiento pleural derecho, adenopatías mediastínicas y supraclaviculares compatibles con lesiones secundarias, bocio hipercaptante izquierdo, adenopatías cervicales hipercaptantes bilaterales. Biopsia pleural por VTC: infiltración por carcinoma papilar de tiroides. Ecografía tiroidea: múltiples nódulos patológicos, tiroides aumentados de tamaño con patrón ecográfico irregular y microcalcificaciones difusas; adenopatías patológicas en cuadrantes II, IV, VI y VII. Etapificación T2N1bM1. Se expone caso en comité de oncología y se decide decorticación pleuropulmonar total derecha y posteriormente tiroidectomía radical más radioyodo (Bp: Ca papilar de tiroides variedad clásica, linfonodos 13/17), ambos procedimientos sin incidentes. En seguimiento a un año se detecta recidiva ganglionar cervical. Ecografía cervical: múltiples adenopatías subcentimétricas con microcalcificaciones bilaterales. Reingresa para vaciamiento cervical y nuevo radioyodo, procedimiento sin incidentes. **Comentarios:** Las metástasis pleurales de CPT como presentación primaria son poco frecuentes, siendo una serie de 10 casos la más grande reportada a la fecha. Su mortalidad es baja llegando hasta un 2%. En todos los casos se recomienda la tiroidectomía radical, independiente de las características tiroideas macroscópicas, ya que existen reportes de nódulos < 5 mm detectados sólo a la microscopía.

## ADENOMA PARATIROIDEO OCULTO EN MEDIASTINO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

*Drs. Francisco Moraga Vásquez, Daniel Hernández Clarck, Carlos Álvarez Zepeda, Katrina Lolas Tornquist, Felipe Castillo Henríquez, Jasna Radich Radich, Valentina Valenzuela Rebolledo, Pablo Pérez Castro, Paula Majluf Cáceres*

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

**Introducción:** Los tumores de paratiroides ectópicos en mediastino hiperfuncionantes son infrecuentes (1,4% de los casos). La mitad de éstos se concentran en el mediastino anterior cerca del timo o intratímicos. Los estudios preoperatorios para la localización de estos tumores tiene sensibilidad de 88 a 95%, principalmente cintigrama con Technetium-99m sestamibi (CTS).

**Objetivos:** Presentar el caso de un paciente adulto con adenoma paratiroideo hiperfuncionante oculto en mediastino. **Descripción de Caso clínico:** Mujer de 31 años con antecedentes HTA, ERC reciente, retraso mental leve. El año 2012 ingresa por hiperparatiroidismo primario, se efectúa CTS de paratiroides que sugiere adenoma paratiroideo ectópico derecho. El año 2013 vuelve a ingresar por edema pulmonar e hipercalcemia asintomática que responde al manejo médico. Destaca PTH preoperatoria 1.600. Se decide paratiroidectomía. Evoluciona con hipercalcemia persistente y parathormona de 1.300, se maneja médicamente con Cinacalcet con buena respuesta. Se realiza nuevo CTS que no muestra actividad anormal cervical ni mediastínica. El 2014 la paciente evoluciona con hipercalcemia y la evidencia de tumores pardos en esqueleto. Se realiza resección de cervicotomía con tiroidectomía junto con extirpación de paratiroide derecha y reimplante de paratiroides en músculo supinador largo; esternotomía media completa con resección de tumor mediastínico más timectomía. Se descubre en cervicotomía paratiroides derecha y la biopsia rápida que informa hiperplasia; además en esternotomía se encuentra timo hiperplásico y tumor de 6 x 5 cm en lóbulo tímico izquierdo. Evoluciona satisfactoriamente con hipocalcemia, hipofosfemia y normalización de PTH. La biopsia informa adenoma paratiroideo y timo normotípico. **Comentarios:** La mayoría de los adenomas paratiroides ectópicos son visibles con el estudio de CTS, la sensibilidad es alta y más aún cuando se usa métodos combinados con otras imágenes. En nuestro caso, el paciente fue estudiado con múltiples imágenes y 2 CTS y sin embargo, no fue posible el diagnóstico precoz de adenoma paratiroideo de mediastino.

## ROL DE LA CIRUGÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ACTINOMICOSIS PULMONAR. PRESENTACIÓN DE UN CASO

*Drs. Katrina Lolas Tornquist, Valentina Valenzuela Rebolledo, Valentín Stefano López Fernández, Francisco Moraga Vásquez, Carlos Álvarez Zepeda, Jasna Radich Radich, Daniel Hernández Clarck, Felipe Castillo Henríquez, Pablo Pérez Castro*  
Hospital Barros Luco Trudeau. San Miguel, Santiago. Servicio de Cirugía.

**Introducción:** La actinomicosis es una enfermedad infecciosa crónica poco frecuente, cuya presentación clínica y radiológica es inespecífica y por lo tanto, tiende a confundirse en un principio con otros diagnósticos. La sospecha es fundamental para poder realizar el estudio anatomopatológico necesario para confirmar el diagnóstico y poder indicar el tratamiento adecuado. **Objetivos:** Presentar un caso de actinomicosis pulmonar diagnosticado y tratado en el Servicio de Cirugía del

Hospital Barros Luco Trudeau y realizar una revisión de la literatura. **Descripción de Caso clínico:** Mujer de 58 años con antecedentes de panhipopituitarismo secundario a resección de macroadenoma hipofisario e HTA, sin antecedentes de tabaquismo, infecciones recurrentes ni inmunodeficiencia. Consultó por tos y expectoración mucosa de un año de evolución, con examen físico y radiológico compatible con síndrome de condensación pulmonar basal derecha. Recibió tratamiento antibiótico sin respuesta por lo que se realizó fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar, encontrándose traqueobronquitis purulenta con cultivos positivos para estreptococo viridans, por lo que se ajustó terapia antibiótica. Se controló con TC de tórax observando imagen fusiforme de aspecto crónico en lóbulo inferior derecho sugerente de secuestro pulmonar, por lo que se realizó lobectomía pulmonar de lóbulo inferior derecho, en cuyo estudio anatomopatológico destacaban bronquiectasias con proceso inflamatorio crónico reagudizado con focos de atelectasias con colonias de actinomyces intrabronquiales y hamartoma pulmonar de 6 mm. Recibió tratamiento antibiótico con penicilina a altas dosis con evolución favorable, siendo dada de alta sin complicaciones. **Comentarios:** La actinomicosis pulmonar se presenta de forma inespecífica, lo que dificulta y retrasa su diagnóstico. Aunque habitualmente es confundida con patologías como cáncer, tuberculosis o abscesos, otros diagnósticos diferenciales también pueden ser considerados. La cirugía constituye en estos casos un elemento fundamental para lograr el diagnóstico definitivo, mediante el estudio anatomopatológico, especialmente ante duda diagnóstica o mala respuesta al manejo.

### HEMOTÓRAX MASIVO SECUNDARIO A NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO PRIMARIO. REPORTE DE UN CASO

*Drs. Enrica Ramírez Pittaluga, Javier Vega Salas, Daniela Fernanda González Hurtado, Manuel Lizana Corvera*  
Hospital San Juan de Dios, Santiago. Cirugía General.

**Introducción:** Alrededor del 5% de los pacientes que presentan un neumotórax espontáneo tendrán un hemotórax concomitante. Tanto el débito como la forma de presentación es variable, pudiendo ser desde asintomática hasta con signos de shock hipovolémico. La etiología más frecuente del sangrado es la ruptura de las adherencias vascularizadas entre las pleuras. **Objetivos:** Presentar el caso de un paciente con hemotórax masivo secundario a neumotórax espontáneo primario y su manejo en el Hospital San Juan de Dios (HSJD), mediante la metodología CARE. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de sexo masculino, 27 años, con antecedente de policonsumo, ingresa al SUAO

por dolor torácico izquierdo, súbito, tipo puntada de costado, taquicárdico, saturando 91% O<sub>2</sub> ambiental y murmullo pulmonar abolido en hemitórax izquierdo. La radiografía de tórax mostró hidroneumotórax con velamiento de receso costofrénico ipsilateral asociado a colapso completo del pulmón izquierdo. Se instala pleurostomía en box dando salida a 300 cc hemático, con un débito a las 3 h de 1.400 cc. Ingresa a pabellón para toracotomía exploradora, se evidencia sangrado apical originado de una adherencia entre las pleuras asociada a bulas en el lóbulo superior izquierdo. Se realiza hemostasia prolija, aseo quirúrgico, apicectomía lobar superior izquierda, pleurodesis abrasiva e instalación de dos drenajes pleurales. En el postoperatorio, evoluciona de manera favorable, se retira pleurostomía apical al 4º día y basal al 6º. Ese mismo día presenta cuadro sugerente de neumonía por lo que se inicia tratamiento antibiótico con buena evolución. Es dado de alta al 8º día postoperatorio. **Comentarios:** Si bien dentro de las causas de hemotórax, los casos espontáneos son extremadamente infrecuentes, estos pueden presentarse con débitos importantes comprometiendo el estado hemodinámico del paciente, es por esto que deben ser considerados dentro de los diagnósticos diferenciales. El manejo debe realizarse idealmente con videotoracoscopia cuando se encuentra disponible para una mejor localización y manejo del punto sangrante.

### ROL DE LA CIRUGÍA EN EL TRATAMIENTO DE LINFOMA NO HODGKIN DE PARED TORÁCICA. REPORTE DE 2 CASOS Y REVISIÓN DE LITERATURA

*Drs. Felipe Castillo Henríquez, Carlos Álvarez Zepeda, Valentina Valenzuela Rebolledo, Pablo Pérez Castro, Jasna Radich Radich, Francisco Moraga Vásquez, Daniel Hernández Clark, Katrina Lolas Tornquist*  
Hospital Barros Luco Trudeau. San Miguel, Santiago. Equipo de Tórax, Servicio de Cirugía.

**Introducción:** Los tumores de pared torácica son entidades infrecuentes que pueden corresponder a diversas etiologías, dentro de las cuales se encuentra el linfoma no Hodgkin (LNH). Sus características clínicas y radiológicas son inespecíficas. El diagnóstico definitivo es histológico con inmunohistoquímica. **Objetivos:** Comunicar dos casos de pacientes con tumor de la pared torácica cuyo diagnóstico definitivo fue LNH, resueltos quirúrgicamente en el Hospital Barros Luco-Trudeau (HBLT). **Descripción de Caso clínico:** *Caso 1:* Mujer de 54 años, epiléptica. Consultó por tumor de pared torácica izquierda, posterior a contusión toracolumbar ipsilateral. Se realizó estudio imagenológico (ecotomografía y TC de tórax) compatibles con posible hematoma de pared torácica. Se realizó exploración quirúrgica evidenciando tumor costal informado como probable

sarcoma en biopsia rápida, por lo que se practicó resección tridimensional y reconstrucción con malla de polipropileno, con favorable evolución postoperatoria. Biopsia definitiva informó LNH difuso de células B. Completó tratamiento con quimioterapia y se encuentra actualmente sin signos de recidiva. **Caso 2:** Hombre de 67 años, dislipidémico e hipertenso. Consultó por dolor torácico derecho de inicio insidioso e intensidad progresiva de 8 meses de evolución. Estudio imagenológico (radiografía, TC y PET-CT de tórax) compatible con lesión osteolítica del 7° arco costal derecho con masa de partes blandas de aspecto neoplásico. Se realizó exploración quirúrgica evidenciando tumor costal, por lo que se practica resección tridimensional y reconstrucción con malla de polipropileno. Evolución postoperatoria favorable. Biopsia informó LNH de células grandes B. Completó tratamiento con quimioterapia y se encuentra actualmente sin signos de recidiva. **Comentarios:** En casos de LNH de presentación extra linfonodal localizada de la pared torácica la adición de tratamiento quirúrgico al manejo con quimioterapia parece mejorar los resultados, siendo necesaria mayor investigación para confirmarlo.

### SCHWANNOMA PLEURAL. PRIMER CASO REPORTADO EN CHILE

*Drs. Katrina Lolos Tornquist, Francisco Moraga Vásquez, Carlos Álvarez Zepeda, Jasna Radich Radich, Valentina Valenzuela Rebollo, Daniel Hernández Clarck, Felipe Castillo Henríquez, Pablo Pérez Castro*  
Hospital Barros Luco Trudeau. San Miguel, Santiago.  
Servicio de Cirugía.

**Introducción:** El Schwannoma (SW) es un tumor infrecuente y generalmente benigno, que se origina en las vainas de los nervios periféricos. Afecta principalmente a jóvenes y adultos de edad media y aunque su presentación suele ser asintomática, puede generar síntomas por compresión. La mayoría de estos tumores se presenta en mediastino posterior y su origen pleural es excepcional. **Objetivos:** Presentamos el caso de un paciente adulto con SW pleural. Para la revisión bibliográfica se realizó una búsqueda a través del Catálogo Bello, LILACS, PubMed y SciELO sin restricción de tiempo o idioma. **Descripción de Caso clínico:** Mujer de 78 años con antecedentes de hipotiroidismo e HTA. Consulta a Unidad de Emergencia por dolor en dorso derecho irradiado a abdomen de dos meses de evolución. Al examen se constata murmullo pulmonar abolido en base derecha con matidez a la percusión. Se realiza estudio imagenológico que muestra masa sólida subpulmonar derecha con márgenes bien definidos, heterogénea de 11 x 9,7 x 7,6 cm que desplaza hemidiafragma ipsilateral. Se realiza toracotomía posterolateral derecha ampliada a toracofrenolaparotomía donde se encuentra gran tumor pleural de 12 x 10 cm,

de aspecto sólido quístico, con pedículo que nace de pleura parietal en relación a seno costofrénico posterior y adherido a diafragma con adherencias pleurales laxas. Se realiza resección completa tumoral. La biopsia informa Schwannoma pleural benigno convencional, con márgenes quirúrgicos negativos. **Comentarios:** El Schwannoma es el tumor más frecuente del mediastino posterior y su origen pleural es excepcional, habiéndose reportado muy pocos casos en la literatura, siendo éste el primero publicado en Chile.

### TRAUMA TORÁCICO PENETRANTE POR ARMA BLANCA SIN LESIÓN INTRATORÁCICA. REPORTE DE CASO

*Drs. Juan Pablo Andrés Cárdenas Larenas, Daniela Fernanda González Hurtado, Nicolás Castro Gaete, Javier Moraga Concha*  
Hospital San Juan de Dios, Santiago. Servicio de Cirugía.

**Introducción:** El trauma de tórax es una condición clínica frecuente en los servicios de urgencia, de etiología variable y que requiere de gran habilidad clínico-quirúrgica, tanto para el manejo agudo como para el manejo de sus posibles complicaciones. Dentro de este grupo las penetrantes por arma blanca son las más frecuentes. **Objetivos:** Comunicar el caso de un paciente con diagnóstico de trauma torácico penetrante (TTP) por arma blanca, en el cual se encontró el arma dentro de la cavidad pleural y donde ésta no causó lesiones intratorácicas. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de sexo masculino de 18 años, sin antecedentes mórbidos. Ingresó al Servicio de Urgencia del HSJD por herida penetrante torácica derecha por arma blanca; normotenso, taquicárdico y con apremio respiratorio leve. Al examen físico destacó enfisema subcutáneo, disminución del murmullo pulmonar e hipersonoridad en hemitórax derecho. Se decidió la instalación de pleurostomía en pabellón. Durante la realización del procedimiento, en la exploración digital se evidenció la presencia de un objeto de consistencia metálica con extremo agudo. Se decidió la realización de toracotomía exploradora de urgencia. Como hallazgo intraoperatorio se encontró hoja completa de arma blanca de aproximadamente 20 cm de longitud en espacio pleural, la cual se extrae; no se evidencia ninguna lesión de estructuras vitales, salvo leve contusión de lóbulo medio derecho. Se instaló pleurostomía derecha aspirativa. Durante el postoperatorio el paciente evolucionó de forma favorable, se retiró la pleurostomía y se dio de alta al séptimo día. Posterior al alta se mantuvo en controles en el Policlínico de Cirugía del Hospital San Juan de Dios sin evidencia de complicaciones. **Comentarios:** Se presenta el caso de un paciente con diagnóstico de TTP, en el cual el arma se encontraba dentro de la cavidad torácica y la cual no había dañado de forma significativa los órganos intratorácicos.



## MANEJO DE MASA DE MEDIASTINO ANTERIOR. PRESENTACIÓN DE UN CASO PARA SU DISCUSIÓN

*Drs. Hugo Álvarez M., Tamara Daire Rojas, José Miguel Clavero Ribes, Ramón Gonzalo Cardemil Herrera, Jaime Gonzalo Fernández Ruiz, Jorge Salguero Aparicio*  
Hospital Clínico Universidad de Chile. Tórax.

**Introducción:** Las masas de mediastino pueden presentar un desafío en su diagnóstico y manejo. La mayoría de los tumores de mediastino anterior corresponden a timomas los cuales presentan características identificables en la tomografía computada, sin embargo, en ocasiones otros tipos de tumores pueden tener una presentación similar. **Objetivos:** Generar a través de la presentación de este caso discusión respecto a cómo enfrentar el diagnóstico y evaluar alternativas de manejo para casos similares. **Descripción de Caso clínico:** Mujer, 30 años. Tecnóloga en Servicio de Imagenología. Sin antecedentes mórbidos previos consulta por cuadro de un mes de evolución de dolor torácico, interpretado inicialmente como costocondritis. Al no presentar mejoría con analgésicos se solicita una radiografía de tórax. Esta radiografía es informada con presencia de masa mediastínica anterior lateralizada a izquierda. Se complementa con tomografía computada con contraste endovenoso. El informe de este examen describe una masa de 6,4 por 5,7 cm en mediastino anterior, heterogénea y con áreas de menor densidad, acompañada por una adenopatía de 9 mm en mediastino superior. Ante sospecha clínica de timoma se procede a resección de tumor mediante esternotomía. Durante cirugía se evidencia compromiso de nervio frénico izquierdo requiriendo resección de este para lograr extirpación completa de tumor. Dada de alta al tercer día postoperatorio en buenas condiciones. Biopsia: Linfoma no Hodgkin estirpe B, difuso, de células grandes de alto grado. **Comentarios:** En presentación se mostrarán imágenes de radiografías, tomografías computadas y pieza quirúrgica.

## PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO PULMONAR, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

*Drs. Carlos Álvarez Zepeda, Francisco Andres Molina Parra, Loreto Cecilia Fuschini Villarroel, Carlos Cornejo Sanguesa, Jorge Castillo Avendaño, Pablo Meneses Rojo*  
Hospital Barros Luco Trudeau. San Miguel, Santiago. Servicio de Cirugía. Equipo de Cirugía de Tórax.

**Introducción:** Los tumores pseudoinflamatorios son una rara entidad que en ocasiones afecta al parénquima pulmonar. Su diagnóstico clínico es variado, siendo un hallazgo casual en casi la mitad de los casos. Las

características clínicas y radiológicas, rara vez orientan el diagnóstico. Generalmente, se requiere extirpación completa de la lesión para su confirmación histopatológica y tratamiento. Aunque excepcional, cuando existe un comportamiento localmente agresivo e infiltrante, su diagnóstico y tratamiento se convierten en un reto para el cirujano torácico. **Objetivos:** Nuestro objetivo es describir el caso de un paciente con el diagnóstico de seudotumor inflamatorio en el contexto de un derrame pleural recurrente. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de 77 años, masculino, EPOC tabáquico, insuficiencia cardíaca. Fue operado el año 2012, por derrame pleural derecho y nódulos pleuropulmonares múltiples, sin lograr diagnóstico. 2 años después fue ingresado por cuadro de expectoración mucopurulenta, fiebre y disnea. TAC de tórax informa múltiples nódulos pleuropulmonares subcentimétricos, asociados a derrame pleural izquierdo. Se decide exploración quirúrgica. Se interviene por videotoracoscopia, encontrándose múltiples nódulos subcentimétricos en pleura parietal, mediastínica y parénquima pulmonar los que se biopsian, asociado a pleurodesis abrasiva y química. Evoluciona favorablemente. Se discute en reunión de Neumología, y se decide manejar con prednisona. Sin evidencias de reproducción del derrame pleural y mejora de sintomatología. **Comentarios:** El pseudotumor inflamatorio supone una causa excepcional de lesión pulmonar benigna. Por su capacidad para mimetizar el carcinoma broncogénico tanto en sus manifestaciones clínicas como radiológicas, debe incluirse en el diagnóstico diferencial. Aunque de naturaleza benigna, puede ser localmente invasivo, recurrente o multifocal, siendo el pulmón el órgano más frecuentemente afectado. El tratamiento de elección es la escisión radical completa con márgenes adecuados. En los casos en que no está indicada la intervención quirúrgica, el tratamiento médico con la utilización de corticoides se ha acompañado de una buena respuesta.

## TUMORES FIBROSOS DE LA PLEURA MALIGNIZACIÓN Y SEGUIMIENTO. REPORTE DE UNA SERIE DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

*Drs. Francisco Moraga Vásquez, Jasna Radich Radich, Carlos Álvarez Zepeda, Felipe Castillo Henríquez, Daniel Hernández Clarck, Katrina Lolos Tornquist, Valentina Valenzuela Rebolledo, Pablo Pérez Castro*  
Hospital Barros Luco Trudeau. San Miguel, Santiago. Departamento de Cirugía, Universidad de Santiago de Chile. Departamento de Cirugía Sur. Universidad de Chile.

**Introducción:** El tumor fibroso solitario de la pleura (TFSP) es infrecuente, se origina de células mesenquimales submesoteliales con diferenciación fibroblástica. Representa menos del 5% de los tumores primarios de

la pleura. La mayoría son benignos, sin embargo, un 10 a 20% puede desarrollar recurrencia local y/o metástasis a distancia. Existen características de malignidad como síntomas torácicos, derrame pleural y adherencias; a la macroscopia: cambio mixoide, hemorragia, necrosis y tamaño > 10 cm; a la histología: mayor celularidad, patrón de crecimiento infiltrante, moderada a marcada atipia celular, alta actividad mitótica; estudios de inmunohistoquímica: baja expresión de CD34 y bcl-2, Ki 67 ?10% y alta expresión de IGF 22. Sin embargo, faltan criterios definitivos que predigan su malignidad. **Objetivos:** Presentar una serie de casos de TFP, sus características y comportamiento. **Descripción de Caso clínico:** Cuatro TFP, diagnosticados entre 2005 y 2015. El diagnóstico fue por hallazgo en 2 de los casos y por síntomas respiratorios en los restantes. Al examen 3 de ellos presentaron murmullo pulmonar basal disminuido, el otro presentó examen normal. El diagnóstico fue a través de TC de tórax, mostrando una masa, bien delimitada, entre 7 x 4 cm a 16 x 12 cm, ubicada en base del tórax. Se realiza toracotomía. En 2 de los casos el tumor se presenta pediculado. En un caso con adherencias pleurales. La evolución fue favorable. Al estudio anatomopatológico se describe en 2 casos necrosis. Al seguimiento, no hubo recurrencia en 3 de los casos. El último pierde seguimiento y a los 5 años presenta una recurrencia maligna, con múltiples nódulos ubicados en ambos campos pulmonares y en pared torácica. **Comentarios:** Los TFP deben tener seguimiento estricto ya que aún no hemos podido determinar quiénes se comportarán como un tumor maligno. No se ha determinado qué tan frecuentemente y por cuánto tiempo debe realizarse este seguimiento.

## ENDOMETRIOSIS PLEURAL COMO CAUSA NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO A REPETICIÓN

*Dr. Rodrigo Villarroel Farías*

Pontificia Universidad Católica de Chile.  
Instituto Nacional del Tórax.

**Introducción:** La endometriosis se define como la presencia de glándula y estroma endometrial fuera de la cavidad uterina. Aunque infrecuente, la presencia de tejido endometrial en cavidad torácica es la principal localización de endometriosis extra-abdominal. Clínicamente se pueden manifestar como neumotórax espontáneo, hemotórax, hemoptisis y nódulo pulmonar. El neumotórax espontáneo a repetición en mujeres en edad reproductiva, o neumotórax catamenial, es la forma de presentación más frecuente, identificándose en la mayoría de estos casos focos de endometriosis pleural. Se presenta el caso de una paciente operada por neumotórax espontáneo a repetición con hallazgo intraoperatorio de nódulos endometriósicos pleurales conformados por histopatología. **Objetivos:** Mostrar caso clínico de neumotórax espontáneo a repetición

secundario a endometriosis pleural. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de sexo femenino de 42 años, sin antecedentes mórbidos. Presenta historia de 3 episodios de neumotórax espontáneo derecho en el último año. Se realiza TAC de tórax que no evidencia hallazgos patológicos. Es derivada a Instituto Nacional de Tórax en donde se realiza videotoroscopia derecha en la que se observan nódulos en pleura diafragmática. Biopsia informa mucosa y estroma endometrial compatible con endometriosis pleural. **Comentarios:** La presencia de neumotórax a repetición mayoritariamente en lado derecho es la forma de presentación más habitual de la endometriosis pleural y debe sospecharse siempre en mujeres en edad reproductiva. La principal utilidad del estudio imagenológico es para excluir otras causas de neumotórax. La videotoroscopia nos permite identificar y tratar lesiones sospechosas de endometriosis lo que en conjunto con la pleurodesis y la posterior terapia hormonal entregan los mejores resultados.

## EMPIEMA HOSPITAL REGIONAL DE TALCA

*Drs. Luis Sierra Castillo, Andrés David Jara Quezada, Daniel Andrés Jesús Meneses Veisaga, Marcelo Andrés Santelices Baeza, Sofía Paz Santelices Baeza, Lorena Pérez Sotomayor*

Hospital Dr. César Garavagno Burotto, Talca. Cirugía Torácica, Servicio de Cirugía Hospital Regional de Talca. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Católica del Maule.

**Introducción:** Empiema pleural se define como la existencia de líquido infeccioso en el espacio pleural. Esta patología determina un manejo médico-quirúrgico para afrontar las complicaciones potenciales que pueden comprometer al individuo que lo padece. **Objetivos:** Analizar la experiencia del Hospital Regional de Talca en manejo de empiema pleural entre los años 2004 y 2008. **Material y Método:** Se realizó una revisión retrospectiva de casos de empiema del Servicio de Cirugía, Medicina y Unidades Críticas del Hospital Regional de Talca durante los años 2004-2008. **Resultados:** De los 41 casos de empiema revisados, 31 fueron hombres y 10 mujeres, siendo la edad promedio 40,6 años de edad. La lateralidad derecha fue la más frecuente (56% de la serie) y la neumonía la causa más prevalente (75% de la serie). El microorganismo más frecuentemente aislado fue el *Staphylococcus aureus* en un 31,7% de los casos. El procedimiento más utilizado en resolución definitiva fue la toracotomía con un 58%. La mayoría de los pacientes se hospitalizó dentro de los primeros 7 días de iniciados los síntomas, realizándose el primer procedimiento dentro de los 5 primeros días de hospitalizado. Un 70,7% de los pacientes no presentó complicaciones. **Conclusiones:** Un importante número de pacientes se

resuelven finalmente por toracocotomía como procedimiento de elección por sobre la videotoracosopia en especial en aquellos empiemas tabicados o refractarios a otras medidas de drenaje. Se destaca una baja tasa de complicaciones y de mortalidad. La recuperación postquirúrgica y tiempo de estadía hospitalaria son similares a los encontrados en otras series nacionales e internacionales.

## INFARTO DE OMENTO MAYOR ABSCEDADO, DIAGNÓSTICO POCO FRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

*Drs. Cristóbal Azócar Bizama, Daniela Alejandra Inostroza Ferrari, Mauricio Onofre Coronado Cofré, Juan Fernando Sepúlveda Espinoza, Dominique Soledad Godoy Dagach, Vincenzo Fabrizio Benedetti Parada*  
Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco.  
Servicio de Urgencias. Universidad de La Frontera.

**Introducción:** El infarto segmentario de omento mayor es una causa poco habitual de abdomen agudo, cursa con clínica inespecífica y representa un desafío diagnóstico en los servicios de urgencia. **Objetivos:** Reportar el caso de una causa poco frecuente de abdomen agudo como lo es el infarto segmentario de omento mayor abscedado y realizar una revisión de la literatura en relación al tema. **Descripción de Caso clínico:** Varón de 37 años sin antecedentes mórbidos conocidos, acude al servicio de urgencias por cuadro de 5 días de evolución de dolor abdominal que inicia en epigastrio e hipocondrio derecho y posteriormente migra a flanco derecho sin otros síntomas. Al ingreso se constató frecuencia cardíaca 100 lpm, temperatura 37,8°C. A la exploración física destacó abdomen distendido, blando, sensible a la palpación en flanco derecho. Se contralaron exámenes de laboratorio destacando leucocitosis de 12.630/UL con 73% de neutrófilos y proteína C reactiva de 156,6 mg/L. Se realizó ecografía abdominal, no concluyente, por lo que se decidió complementar estudio con tomografía axial computada de abdomen y pelvis, que evidenció una alteración de la densidad tejido adiposo en el hipocondrio y flanco derecho con los caracteres de un infarto omental. Se realizó laparotomía exploradora identificando plastrón de asas de intestino delgado hacia hipocondrio y flanco derecho conteniendo omento carnificado, necrótico y abscedado que se reseca. El estudio anatomopatológico mostró tejido fibroadiposo con proceso inflamatorio agudo exudativo leucitario. Tras la cirugía evolucionó en forma favorable dándose el alta al tercer día postoperatorio. **Comentarios:** El infarto de omento es un patología que puede simular cuadro de abdomen agudo como apendicitis, diverticulitis y colecistitis por lo cual debemos plantearlo como opción diagnóstica ante cuadros poco claros de abdomen agudo

y debemos apoyarnos en un estudio imagenológico el cual es fundamental para una correcta aproximación diagnóstica.

## TRICOBEOZAR GÁSTRICO GIGANTE COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN CONSULTA EN SERVICIO DE URGENCIA

*Drs. Erick Magariños Eguez, Natalia Aldana Landeros, José Miguel López Valladares, Enzo Canese Fuentes, Alonso Pardo Gamboa, Rinaldo Basso Muñoz*  
Complejo Hospitalario San José. Independencia,  
Santiago. Servicio de Urgencia. Universidad de Santiago de Chile.

**Introducción:** El bezoar se identifica en el humano como patología caracterizada por la acumulación en el tiempo de tejido foráneo en el tracto digestivo. Esta acumulación puede ser por fibras vegetales con digestión incompleta o fitobezoar, por cabello o tricobezoar. **Objetivos:** Presentamos un caso de tricobezoar gástrico gigante, diagnosticándose por vía endoscópica y resolviéndose por vía laparoscópica mínimamente invasiva. **Descripción de Caso clínico:** Mujer de 22 años sin antecedentes médicos. Consulta por cuadro de dolor epigástrico que se intensifica en ayuna, vómitos biliosos, episodios diarreicos, meteorismos, baja de peso, palidez generalizada. Además refiere episodios de tricotilomanía y tricotofagia. Examen físico: masa de gran tamaño desde epigastrio a hipocondrio izquierdo, de aproximadamente 8 x 5 cm, móvil, dolorosa a la palpación, con peristalsis positiva. Exámenes complementarios: anemia severa (Hb: 5,7) del tipo microcítica, hipocrómica. Ecografía abdominal sin hallazgos concluyentes. Endoscopia digestiva alta evidenció bezoar gigante en estómago y polipodios corpóreos antrales difusos. Se realizó laparoscopia exploradora, apertura de cámara gástrica y retiro de cuerpo extraño (tricobezoar de 2 kg) por minilaparotomía y gastrorrafia en dos planos. **Comentarios:** Sospecha clínica del tricobezoar se establece en mujeres jóvenes que tienen masa epigástrica palpable y a veces baja de peso asociada a la ingestión de cabello, como en nuestro caso. En exámenes complementarios destacó una anemia severa, para algunos la anemia hipocrómica sería secundaria a pérdida hemática por úlcus, o quizás existiría primariamente un déficit de hierro responsable de la alteración de la conducta, apareciendo el hábito de pica, también es posible que la absorción haya sido afectada por la gran ocupación gástrica. Indispensable determinar si tricobezoar es causa o consecuencia. El tratamiento depende de las características del bezoar, en este caso clínico lo notable fue el gran tamaño del bezoar y la resolución quirúrgica con técnica laparoscópica mínimamente invasiva, la que permitió la extracción completa del tricobezoar sin complicaciones.

## ALBUMINEMIA PREOPERATORIA Y MORBIMORTALIDAD EN CIRUGÍA DIGESTIVA

*Drs. Sergio Esteban Pacheco Santibáñez, Andrea Patricia Jiménez Aguilar, Daniela Loreto Ammann Latorre*  
Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez, Valparaíso.  
Servicio de Cirugía.

**Introducción:** La desnutrición preoperatoria aumenta la morbimortalidad quirúrgica. La albuminemia es uno de los exámenes nutricionales más utilizados debido a su bajo costo y amplia disponibilidad. **Objetivos:** El objetivo del estudio es determinar si la albuminemia preoperatoria se asocia con mayor morbimortalidad postoperatoria en cirugía digestiva electiva. **Material y Método:** Estudio de cohorte prospectivo de pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas por neoplasias digestivas en el Hospital Eduardo Pereira entre octubre de 2012 y abril de 2015. Se creó una base de datos en el software Filemaker Pro. Estadística analítica mediante programa SPSS 24.0. Se utilizó t de Student y se consideró significativo un valor de  $p < 0,05$ . El nivel de albuminemia fue analizado mediante curva de características de receptor/operador (ROC) para conocer su capacidad diagnóstica en la predicción de la morbimortalidad. **Resultados:** Se estudiaron 300 pacientes con promedio de edad de  $66,9 \pm 11,7$  años. Un 55% (165) de los pacientes fueron de sexo masculino, la neoplasia más frecuente fue cáncer de colon en 41,3% (124). Presentaron complicaciones un 33,3% (100) los cuales presentaban menor albuminemia 3,69 vs 3,56 mg/dl ( $p < 0,01$ ). Fallecieron un 6,7% (20), los cuales presentaban menor albuminemia 3,66 vs 3,36 mg/dl ( $p < 0,01$ ). La curva ROC de albuminemia y complicaciones mostró un área bajo la curva (ABC) de 0,62 (IC 95% 0,56-0,68), con un punto de corte de  $< 3,4$  mg/dl presentó una sensibilidad de 41,3%, especificidad de 80,5%, Likelihood ratio positivo (LR) de 2,1 y Likelihood ratio negativo (LR-) de 0,73. La curva ROC de albuminemia y mortalidad mostró un ABC de 0,76 (IC 95% 0,70-0,81) con un punto de corte de  $< 3,6$  mg/dl presentó una sensibilidad de 89,4%, especificidad de 54,2%, LR de 1,95 y LR- de 0,19. **Conclusiones:** Existen diferencias significativas al comparar los niveles de la albuminemia preoperatoria con la morbimortalidad. Además se determinaron puntos de corte a partir de los cuales aumenta la morbimortalidad.

## PNEUMOPERITONEO SECUNDARIO A ABSCESO Y TUMOR OVÁRICO NO ROTO. REPORTE DE CASO

*Drs. Francisca Díaz Hormazábal, Manuel Lizana Corvera, Francisca González Serrano, Javier Moraga Concha*  
Hospital San Juan de Dios, Santiago. Servicio de Cirugía.

**Introducción:** El pneumoperitoneo se debe en un 85-95% de los casos a una lesión de víscera hueca, siendo

por lo tanto, de resolución quirúrgica. Sin embargo, entre un 5-15% de los casos no presenta etiología aparente, lo que se denomina pneumoperitoneo no quirúrgico, benigno o idiopático. La metodología CARE nace como una iniciativa que busca estandarizar y mejorar la calidad de los reportes de casos. **Objetivos:** Comunicar el caso de un paciente con diagnóstico de pneumoperitoneo secundario a absceso y tumor ovárico no roto y su manejo en el Hospital San Juan de Dios (HSJD) mediante la metodología CARE. **Descripción de Caso clínico:** Mujer de 82 años, con antecedentes de EPOC e HTA. Consultó por cuadro de 3 días de evolución de dolor abdominal en hemiabdomen inferior, tipo cólico, asociado a fiebre hasta 39°C, náuseas y vómitos. Al examen físico destacó hemiabdomen inferior sensible, con signo de rebote positivo. Se solicitó exámenes de laboratorio en los que destacó PCR 469 mg/L y leucocitos 30.400/uL. Se realizó radiografía simple de abdomen que evidenció pneumoperitoneo. Se hospitalizó e inició tratamiento antibiótico con ceftriaxona y metronidazol. Se realizó laparotomía exploradora donde se encontró absceso tubo-ovárico (ATO) izquierdo no roto, contenido por vísceras. Se realizó salpingooforectomía izquierda y aseó quirúrgico. El cultivo fue positivo para *E. coli* multisensible. La biopsia indicó cistoadenoma seroso ovárico. Evolucionó en buenas condiciones y fue dada de alta al 6° día. Posterior al alta se controló al mes en el policlínico de cirugía del HSJD encontrándose en buenas condiciones. **Comentarios:** Frente a un cuadro de pneumoperitoneo, se debe pensar en perforación de víscera hueca. Sin embargo, ante un pneumoperitoneo idiopático se debe sospechar enfermedad inflamatoria pélvica como una posible causa. No existen casos reportados en la literatura de pneumoperitoneo asociado a ATO y tumor ovárico no roto.

## OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO DELGADO POR BEZOAR PLÁSTICO

*Drs. Rodrigo Edgardo Reyes Melo, Alexis Bustos Valenzuela, Rodolfo Cortés Espinoza, Edith Quintulén Jaque*  
Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción. Unidad de Emergencia. Universidad de Concepción.

**Introducción:** Un bezoar corresponde a la acumulación de material indigerible en el tracto gastrointestinal. Existen distintos tipos según su composición. Son una causa poco frecuente de obstrucción intestinal. **Objetivos:** Describir el cuadro clínico, estudio complementario y tratamiento quirúrgico de una paciente con obstrucción intestinal causada por bezoar de material plástico. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de 21 años de edad, de género femenino, sin comorbilidades relevantes. Consultó en servicio de urgencia por historia 3 días de dolor abdominal progresivo asociado a vómitos. Al

examen físico abdominal se encontró distensión y dolor difuso. Radiografía abdominal simple de pie mostró niveles hidroaéreos. Tomografía axial computada de abdomen mostró ocupación endoluminal heterogénea en intestino delgado, con signos de obstrucción. Al interrogatorio dirigido la paciente reconoció ingesta ocasional de restos de bolsas plásticas. Se realizó exploración quirúrgica por laparotomía media encontrando obstrucción de intestino delgado en zona ubicada a 60 cm de válvula ileocecal, palpándose masa endoluminal parcialmente móvil. Se realizó enterotomía y se extrajo bezoar de aproximadamente 15 por 5 cm compuesto por restos de bolsas plásticas. No hubo complicaciones postoperatorias. La paciente fue dada de alta al sexto día postoperatorio y se le solicitó evaluación ambulatoria por psiquiatra. **Comentarios:** Los bezoares son poco frecuentes. Dentro de ellos predominan los fitobezoares y tricobezoares. En su mayoría se encuentran en el estómago. El hallazgo de un bezoar plástico en intestino delgado como causa de obstrucción intestinal es una forma rara de presentación de la enfermedad.

## VÓLVULO DE INTESTINO MEDIO SECUNDARIO A MALROTACIÓN INTESTINAL EN PACIENTE ADULTO. REPORTE DE CASO

*Drs. Felipe Solís Huerta, Ximena Vidal Vergara, Alberto Felipe Torres Gueren, Florencia Solís Huerta*  
Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles. Cirugía. Universidad San Sebastián, Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** El vólvulo de intestino medio secundario a malrotación intestinal es una rara causa de obstrucción intestinal (OI) en pacientes adultos. **Objetivos:** Reportar un caso. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de sexo femenino, 19 años, sin antecedentes mórbidos. Consulta en el Servicio de Urgencia, por cuadro clínico de 1 día de evolución compatible con obstrucción intestinal. Se realizó CT abdominopelviano que mostró: "Asas intestinales volvuladas en relación al eje de los vasos mesentéricos que incluyen duodeno, intestino delgado medio y colon derecho con posición anómala con el ciego en línea media alta y el yeyuno en flanco derecho. La arteria mesentérica superior se aprecia a la derecha de la vena. Impresiona como vólvulo de intestino medio con signos de malrotación intestinal". Laparotomía exploradora confirma diagnóstico, no se aprecia compromiso de asas intestinales. Se procede a liberación de adherencias en pedículo rotado y se dextro-rotan asas intestinales (procedimiento de Ladd). Paciente evoluciona favorablemente, siendo dada de alta al 4° día de su postoperatorio en buenas condiciones. **Comentarios:** El vólvulo del intestino medio secundario a malrotación intestinal es una entidad rara en adultos. Se estima que corresponde al 0,008% del total de OI diagnosticadas. Se considera

malrotación a cualquier desviación de la rotación normal del intestino medio durante el desarrollo embrionario causando episodios intermitentes de obstrucción gastrointestinal o eventos agudos del vólvulo de intestino medio. El diagnóstico se realiza mediante CT abdominopelviano en pacientes con sintomatología descrita, o de forma incidental durante laparoscopia/laparotomía por otra causa. El manejo en pacientes que presentan OI es quirúrgico ya sea por vía laparoscópica o abierta y el procedimiento a realizar dependerá del estado evolutivo de la OI asociado al procedimiento de Ladd.

## CÁNCER GÁSTRICO EN PACIENTE JOVEN ADENO-CARCINOMA EN CÉLULAS DE ANILLO DE SELLO

*Dr. Alberto Pérez Castilla*  
Clínica Indisa. Servicio de Cirugía.  
Cirugía Mínimamente Invasiva.

**Introducción:** El Cáncer Gástrico (CG) en pacientes Jóvenes (< de 40 años) es poco común, va desde el 2-16% de los casos de CG y sólo el 1,1-3,3% de los casos en pacientes menores de 30 años (1). Los pacientes jóvenes con CG presentan sintomatología similar que los mayores, pero por la poca frecuencia de presentación de CG en pacientes jóvenes, el diagnóstico es tardío. **Objetivos:** Presentación de caso clínico y resolución por cirugía totalmente laparoscópica. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de sexo femenino, 28 años, CG abuela y tía materna. Consulta por dolor opresivo intermitente en epigastrio de 1 mes de evolución. Acompañado de náuseas y meteorismo, sin vómitos, disfagia ni hemorragia digestiva alta. EDA (27/01/15): En antro úlcera 15 x 15 mm en cicatrización, se biopsia. Bx (04/02/15): Mucosa con carcinoma de Células en Anillo de Sello (CAS). TC-RM: negativos Cirugía Gastrectomía total con disección ganglionar D2. Histopatología (09/03/15): Cáncer Gástrico incipiente. Adenocarcinoma poco diferenciado de CAS con invasión hasta la capa submucosa. Se identifican 48 ganglios linfáticos todos sin compromiso tumoral. 8 días Alta en buenas condiciones generales, tolerancia oral y deambulacion. **Comentarios:** El Carcinoma CAS corresponde a un CG difuso hereditario, que es una enfermedad autosómica dominante, más frecuente en pacientes jóvenes y de sexo femenino (2). El CAS no es predictor independiente de mortalidad. Lo que marca el pronóstico es compromiso linfonodal. El % de pesquisa de CG en estadio I o II en el grupo más joven es de 31% vs el 71% de pesquisa en el grupo de más edad, por lo que el 69% de los pacientes jóvenes se detecta en etapa avanzada, lo que condiciona su pronóstico. Pacientes jóvenes que se someten a una resección curativa tuvieron tasa de supervivencia a los 5 años similar a los pacientes de mayor edad (5) estudio genético a la familia.

## RGE Y ACALASIA: DOS ENFERMEDADES, UN SOLO ESFÍNTER

*Drs. Owen Korn Bruzzone, Ítalo Braghetto Miranda, Héctor Valladares Hernández*

Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento de Cirugía.

**Introducción:** El RGE y la acalasia son enfermedades del EGE y son antagonicas en su expresión clínica. La manifestación consecutiva de ambas enfermedades en un mismo paciente es de excepcional ocurrencia. **Objetivos:** Interesa presentar el caso por su rareza y demostrar empíricamente que la función y competencia del esfínter está radicada en la estructura muscular que lo constituye y que su acción es independiente de factores externos. **Descripción de Caso clínico:** Mujer que a los 50 años, se queja de pirosis y regurgitación, la endoscopia demuestra esofagitis y el estudio radiológico evidencia cardias dilatado y reflujo espontáneo. Con diagnóstico de RGE se trata con IBP. A los 52 años comienza a manifestar disfagia y la pirosis disminuye. Radiológicamente hay estrechamiento a nivel del cardias, ondas terciarias en esófago y se sospecha acalasia. Un año más tarde la disfagia es marcada y el estudio manométrico confirma una acalasia y la radiología muestra un cardias filiforme y dilatación esofágica. La paciente es sometida a una cardiomiectomía de Zaaier con parche de Dor laparoscópica, con lo que desaparece la disfagia, pero retorna la pirosis por lo que requiere tratamiento con IBP. **Comentarios:** El caso demuestra que el RGE y la acalasia son enfermedades primarias del EGE y es una demostración empírica de que la función y competencia del esfínter está radicada en la estructura muscular que lo constituye (*clasp* y *slings fibers*) y que su acción es independiente de factores externos (diafragma, membrana frenoesofágica, presión intraabdominal, ángulo de His, hernia hiatal). Un cambio en la regulación y arquitectura de las fibras del esfínter determina que su incompetencia pueda derivar en un esfínter hipercompetente. La cardiomiectomía al seccionar las fibras esfinterianas lo vuelve incompetente y reaparece el reflujo.

## PERITONITIS DIFUSA AGUDA SECUNDARIA A PERFORACIÓN DE DIVERTÍCULO VESICAL LITIÁSICO: A PROPÓSITO DE UNA PACIENTE CON DIAGNÓSTICO INTRAOPERATORIO

*Drs. Enrique Biel Walker, Javiera Torres Rodríguez, Michael Grossmann Álvarez, Daniela Andrea Riveros Marivil, Eduardo Figueroa Rivera, Rodrigo Torres-Quevedo Quevedo, Werner Harnisch Torres, Tamara González Kennis*  
Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción. Servicio de Cirugía.  
Universidad de Concepción.

**Introducción:** Los divertículos vesicales constituyen un hallazgo infrecuente con bajo porcentaje de com-

plicaciones, entre las que destacan retención urinaria, hematuria, litiasis, desarrollo de neoplasias, rotura e infección. La presentación más común es la infección de vías urinarias. Existen escasos reportes en la literatura de peritonitis secundaria a perforación de divertículo vesical. **Objetivos:** Exponer el caso clínico, los hallazgos intraoperatorios y las características anatomopatológicas de una paciente tratada en nuestro centro, que debutó con peritonitis aguda difusa. Correlacionar la presentación clínica de este caso con la literatura. **Descripción de Caso clínico:** Mujer de 55 años, diabética, sin antecedentes quirúrgicos, que ingresó a la unidad de emergencias de nuestro centro con cuadro de dolor abdominal difuso de 3 días de evolución, irritación peritoneal mayormente focalizada en pelvis y fosa iliaca derecha; parámetros inflamatorios elevados, sedimento urinario inflamatorio y ecografía abdominal que informaba líquido libre intraabdominal, cambios inflamatorios de paredes íleon distal, además de divertículo vesical con litiasis, informando vesícula biliar alitiásica y sin otros hallazgos patológicos. Se decidió realizar videolaparoscopia exploradora que confirmó la presencia de peritonitis difusa aguda, asas intestinales, apéndice, vesícula biliar y genitales internos sin patología aguda, observándose gran divertículo vesical perforado, por lo que se convierte a laparotomía para su resección y aseo de la cavidad. El divertículo estaba ocupado por 9 litos de 4 cm de diámetro. Se mantuvo con indicación de sonda urinaria en el postoperatorio. Anatomía patológica informó cambios inflamatorios de la pared del divertículo, sin atipias y 9 cálculos facetados de superficie lisa. **Comentarios:** La peritonitis secundaria a divertículo vesical perforado es una patología infrecuente, siendo la mayoría hallazgos incidentales durante una laparoscopia exploradora por abdomen agudo. Es importante considerar la perforación de un divertículo vesical en el diagnóstico diferencial de peritonitis difusa aguda.

## TUMOR RETROPERITONEAL SINTOMÁTICO COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

*Drs. Valeria Abiuso Baesler, Patricio Cabané Toledo, Patricio Gac Espinoza, Diego Valenzuela Silva*  
Hospital Clínico Universidad de Chile. Equipo de Cirugía Cabeza y Cuello.

**Introducción:** La neurofibromatosis es una enfermedad genética autosómica dominante producida por una mutación en el cromosoma 17q11.2 que compromete el desarrollo de las células de la cresta neural y que se asocia con neoplasias malignas y benignas, las cuales pueden presentarse en múltiples localizaciones. **Objetivos:** Reportar un caso de paciente con presentación

atípica de neurofibromatosis tipo 1, manifestada como masa retroperitoneal sintomática, tumor pleural e inguinal izquierdo, y realizar revisión de la literatura actual. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de sexo femenino de 25 años, con antecedentes de poliposis gástrica e intestinal, y máculas orales a los 4 años, estudiada por sospecha de síndrome de Peutz-Jeghers. Sin control médico desde entonces, consulta por cuadro de dolor persistente ubicado en hipocondrio derecho, sin otros síntomas asociados. Se realiza ecografía abdominal que evidencia masa de supuesto origen suprarrenal derecho de 9 cm de diámetro. Estudio con metanefrinas y normometanefrinas urinarias normales. Se solicita TAC de tórax abdomen y pelvis, que evidencia tumor de parrilla costal izquierda de 8 cm de diámetro asociado a masa inguinal izquierda e imagen suprarrenal derecha ya vista previamente en ecografía abdominal. Paciente se somete resección de tumor pleural por videotoroscopia y tumor retroperitoneal derecho e inguinal izquierdo por vía abierta. En biopsia diferida, histología compatible con neurofibroma. Evoluciona con postoperatorio favorable, siendo dada de alta a los 2 días. En controles ambulatorios, sin presencia de complicaciones. **Comentarios:** La neurofibromatosis descrita por von Recklinghausen en 1882, se caracteriza por presentar manchas café con leche, neurofibromas cutáneos y neoplasias en el sistema nervioso central o periférico. La clínica y localización son muy variables, siendo los neurofibromas retroperitoneales o viscerales las neoplasias benignas más frecuentes. A pesar de esto, existe un porcentaje no despreciable de transformación maligna y complicaciones orgánicas asociadas, que hacen que sea fundamental su sospecha clínica y tratamiento médico oportuno.

## ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA. CASO CLÍNICO

*Drs. Marcelo Zamorano Díaz, Ítalo Braghetto Miranda, Nicole Cuneo Barbosa, Pablo Olivares Sandoval*  
Universidad de Chile. Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Departamento de Cirugía. Equipo de Cirugía Esofago Gástrica. Hospital Regional de Antofagasta. Universidad de Antofagasta.

**Introducción:** La esofagitis eosinofílica es una enfermedad emergente, manifestada principalmente en niños y adultos jóvenes. Es diagnóstico diferencial de diversas patologías esofágicas como la Acalasia, se debe tener presente para una correcta indicación quirúrgica. **Objetivos:** Describir el caso clínico de un paciente con esofagitis eosinofílica, con indicación quirúrgica por diagnóstico preoperatorio de acalasia. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de sexo masculino, 50 años de edad. Consulta por disfagia de tres años de evolución. Se indica endoscopia digestiva alta (EDA) que concluye: lesión cardinal ¿metaplasia intestinal? y gastropatía

antral prepilórica. La tomografía computada, informa: engrosamiento mural difuso del esófago, que impresionada de aspecto edematoso. Radiografía esófago, estómago, duodeno: sin evidencias de lesiones orgánicas ni funcionales. Manometría de alta resolución: unión gastroesofágica severamente hipertensiva. Aperistalsis del esófago torácico en el 80% de las degluciones. Concordante con alteraciones de acalasia esofágica tipo II según Clasificación de Chicago. Se realizó intervención quirúrgica con diagnóstico preoperatorio de acalasia, evidenciando en el intraoperatorio esófago distal indurado, fibroso, sin características de acalasia. Se decide tomar biopsias, cuyo estudio evidencia mayor a 50 eosinófilos por campo mayor, con abscesos eosinofílicos. Se realiza posteriormente nueva EDA con biopsias que confirman diagnóstico de esofagitis eosinofílica. Se realiza dilatación esofágica, tratamiento con corticoides tópicos y dieta baja en alérgenos, con buena respuesta, sin presentar actualmente disfagia. **Comentarios:** Es una entidad que debe ser conocida por cirujanos, sospechada principalmente en pacientes jóvenes que se manifiesten con impactación alimentaria y/o disfagia. Existe consenso en las características clínicas e histopatológicas, sin embargo, no en las endoscópicas. El tratamiento debe ser trimodal endoscópico, nutricional y medicamentoso.

## CÁNCER GÁSTRICO DURANTE EL EMBARAZO. REPORTE DE UN CASO

*Drs. Sergio Esteban Pacheco Santibáñez, Claudia Durán Herrera, José Miguel Martínez González, Carlos Andrés Díaz Valdés Abell*  
Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez, Valparaíso. Universidad de Valparaíso.

**Introducción:** El cáncer gástrico asociado al embarazo es rarísimo; incluso en Japón donde existe la mayor tasa de esta patología, la incidencia es de 0,016% del total de embarazadas. Frecuentemente es diagnosticado en estadios avanzados y tiene mal pronóstico. El gran dilema al que nos enfrentamos es la necesidad de un tratamiento precoz versus el adecuado desarrollo del embarazo. **Objetivos:** Mostrar el manejo local del cáncer gástrico en una paciente embarazada. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de sexo femenino, 29 años, con epigastralgia de un año de evolución. Endoscopia digestiva alta revela extensa lesión pre-pilórica ulcerada que compromete parte del canal pilórico. Biopsia: carcinoma de células en anillo de sello. TAC de abdomen y pelvis descarta diseminación. Exámenes preoperatorios normales. En primer control por especialidad, paciente refiere embarazo de 5 semanas. Evaluada en reunión digestivo-oncológica y conversado con la paciente, se decide realizar gastrectomía subtotal, que se efectúa cursando semana 14 de embarazo. Se evidencia lesión

pilórica ulcerada y estenosante de 2,2 x 2 cm, que invade hasta subserosa, sin compromiso de bordes quirúrgicos. Biopsia confirma cáncer gástrico con histología de adenocarcinoma tubular poco diferenciado tipo intestinal, etapa IIIB. Sin complicaciones postoperatorias ni alteraciones de la unidad feto placentaria, por lo que es dada de alta al noveno día postoperatorio. Actualmente en control en policlínico de Alto Riesgo Obstétrico por presentar además placenta previa y se encuentra en espera de evaluación por oncología. **Comentarios:** Se presenta el caso de una paciente con cáncer gástrico que al momento de la evaluación para decidir tratamiento, refiere embarazo de 5 semanas. Evaluados los riesgos y beneficios, se decide realizar tratamiento quirúrgico cursando el primer trimestre de embarazo. Evoluciona sin complicaciones para ella ni para la unidad feto placentaria. Actualmente se encuentra en espera de evaluación oncológica postoperatoria y cursando el segundo trimestre de su embarazo sin alteraciones.

### PERITONITIS ESCLEROSANTE ENCAPSULANTE PRIMARIA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

*Drs. Jasna Radich Radich, Francisco Moraga Vásquez, Jorge Isla Villanueva, Tomás Cuyubamba Méndez, Pablo Rojas Ruz, Carlos Matus Floody, Paula Majluf Cáceres, Rodrigo Vela González, Vicente Irarrázabal Elizalde*  
Universidad de Chile. Departamento de Cirugía Sur.  
Universidad de Santiago de Chile.

**Introducción:** La peritonitis esclerosante encapsulante (PEE), es una patología infrecuente que se caracteriza por un proceso inflamatorio crónico en que los intestinos y en ocasiones otros órganos abdominales son encapsulados por una densa membrana de fibrocolágeno. Su origen puede ser primario o secundario. La presentación más frecuente son cuadros de obstrucción intestinal recurrente, pudiendo asociarse baja de peso, anorexia, vómitos, dolor abdominal, entre otros. Dado que es una entidad poco estudiada no hay consenso sobre su tratamiento, habiéndose descrito manejo médico y quirúrgico. Este último se describe cuando existen signos de obstrucción intestinal o cuando se realiza el diagnóstico intraoperatorio. **Objetivos:** Presentamos un caso de PEE primaria con clínica de obstrucción intestinal que tuvo sospecha diagnóstica preoperatoria manejado quirúrgicamente y revisión de la literatura. **Descripción de Caso clínico:** Hombre de 54 años ingresa a Servicio de Cirugía por cuadro de 5 meses de anorexia, baja de peso de 20 kg, dolor abdominal tipo cólico, asociado a vómitos, constipación, pujo y dolor defecatorio. Al examen destaca resistencia muscular a la palpación abdominal y falla renal. Se realiza tomografía de abdomen y pelvis que muestra fusión de asas de yeyuno que confluyen y presencia de una cápsula

que lo delimita. Se realiza laparotomía exploradora encontrándose una membrana fibrosa con múltiples adherencias que cubre todo el intestino delgado, bazo y estómago hasta la pared abdominal, reflejándose en este punto encapsulando asas intestinales sin comprometer su vitalidad y escaso líquido libre sero-hemático. Se efectúa adherenciólisis sin incidentes. La biopsia evidencia peritonitis crónica fibrosa con focos aislados de actividad aguda. Los cultivos de líquido y baciloscopia resultaron negativos. El paciente es dado de alta en buenas condiciones, persistiendo asintomático en su primer control. **Comentarios:** El PEE es una patología de difícil diagnóstico y su manejo es controversial. Nuestro caso tuvo sospecha diagnóstica preoperatoria y el tratamiento quirúrgico fue exitoso.

### RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA TRANSGÁSTRICA DE TUMOR GIST PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

*Drs. Lorenzo Nicolás González Palacios, Erick Magariños Eguez, Natalia Aldana Landeros, José Miguel López Valladares, Roberto Aravena Oñate, Claudia Lemus Rivera, Cristian Gamboa Céspedes*  
Complejo Hospitalario San José. Independencia, Santiago. Equipo de Cirugía Digestiva y Laparoscópica Avanzada. Universidad de Santiago de Chile.

**Introducción:** El tumor estromal gastrointestinal (GIST) es la neoplasia mesenquimática más común del tracto digestivo. Se caracterizan por síntomas inespecíficos. Todos los GIST poseen cierto potencial de malignidad el que se basa principalmente en dos criterios; el tamaño del tumor y la tasa de mitosis. **Objetivos:** Presentar un caso cuya clínica fue inespecífica, mostramos su resolución vía laparoscópica y evolución. **Descripción de Caso clínico:** Mujer, 78 años, HTA, colestectomía, hemorroidectomía. Historia familiar de cáncer gástrico. Consulta por 5 días de dolor abdominal asociado a constipación, vómitos, hematoquezia. TAC de abdomen pelvis tórax, nódulo parietal gástrico compatible con antecedente de GIST; además masa renal derecha hipovascular de aspecto neoplásico. Se resolvió el tumor renal, esperando una resolución posterior del GIST. Posterior a nefrectomía, nuevo TAC que mostró imágenes nodulares retroperitoneales paraaórticas izquierdas e intercava y Adenopatías. Se decidió resección quirúrgica vía laparoscópica, gastrostomía cara anterior, resección transgástrica con stappler y posterior gastrorrfaia, sin compromiso extradigestivo. Biopsia compatible con tumor GIST de bajo grado. **Comentarios:** Cada vez más servicios desempolvan de sus archivos las antiguas biopsias de leiomiomas que sometidas a los nuevos criterios diagnósticos, resultan ser mayoritariamente GIST, este hecho implica que el leiomiomas verdadero resulta ser cada vez más



infrecuente. La consecuencia práctica es que si un paciente fue intervenido hace años de un tumor intestinal, diagnosticado de cualquier clase de sarcoma o tumor benigno del tejido conectivo, y actualmente sufre una recaída, es obligatorio analizar en la biopsia original si realmente se trataba de un GIST. Al momento del diagnóstico, entre un 10-30% presentan invasión de tejidos vecinos y un tercio presenta compromiso metastásico. El comportamiento frente a la resección de un GIST debe ser no considerarlo como benigno en cuanto a su comportamiento para evitar una reaparición posterior del tumor.

### SÍNDROME DE BOERHAAVE ASOCIADO A ÚLCERA DUODENAL COMPLICADA. REPORTE DE UN CASO Y DESCRIPCIÓN DE REFUERZO DE SUTURA ESOFÁGICA CON PARCHE DE COLGAJO MUSCULAR DE PILAR IZQUIERDO

*Drs. Ramón Hermosilla Vásquez, Javier López Sebastián, Tatiana Fuentes Menares, Salim Rave Cáceres, Marcelo Barra Muñoz, Eduardo Coddou Claramunt, Benjamín Andrés Naranjo Doerr, Eustaquio Peña Araya*  
Hospital San Pablo, Coquimbo. Servicio de Cirugía. Departamento de Clínicas. Facultad de Medicina. Universidad Católica del Norte. Coquimbo. Chile.

**Introducción:** El Síndrome de Boerhaave corresponde a la ruptura esofágica espontánea, secundario a un cuadro emético. En la literatura existen pequeñas series de casos con pacientes heterogéneos y con terapias disímiles, que van desde el manejo conservador hasta cirugías radicales. **Objetivos:** Presentar el caso clínico de un paciente con Síndrome de Boerhaave asociado a úlcera duodenal complicada, manejado quirúrgicamente y mostrar la técnica de refuerzo de sutura esofágica con parche de colgajo muscular de pilar izquierdo. **Material y Método:** Descripción del caso. **Resultados:** Hombre de 38 años. Tras 30 días de ingesta de alcohol y cigarrillos, consulta por cuadro de 8 h de vómitos profusos, seguido de dolor epigástrico y retroesternal intenso. Ingresó al servicio de Urgencia en malas condiciones generales. Tomografía computada revela neumoperitoneo y líquido libre en hemiabdomen superior, neumomediastino, neumotórax y derrame pleural izquierdo. Se sospecha perforación esofágica con mediastinitis secundaria e ingresa a quirófano, dos horas desde su ingreso. Abordaje mediante laparotomía subcostal bilateral, existe líquido purulento, plastrón piloro-duodenal con retención gástrica asociada. Se debrida el plastrón y accede a cavidad contigua y úlcera duodenal perforada. Se aborda el mediastino apreciando lesión posterolateral izquierda en esófago distal. Se realiza maniobra de Pinotti, debridación y aseó del mediastino y cavidad pleural izquierda. Se resecan bordes de lesión esofágica, repara con cierre primario y refuerza con parche de pilar izquierdo. Además se realiza hemigastrectomía,

duodenectomía de D1, Gastroyeyuno-anastomosis en Y de Roux y yeyunostomía de alimentación en asa aislada. Evoluciona en forma favorable; 3 días en UCI y alta a los 17 días. **Conclusiones:** Se muestra este caso con dos entidades quirúrgicas graves simultáneas, que tras su tratamiento quirúrgico evolucionó en forma favorable. Queda de manifiesto la importancia de la sospecha clínica, la precocidad del diagnóstico y resolución quirúrgica. Además describimos el uso de pilar diafragmático izquierdo como alternativa de refuerzo de la sutura primaria.

### APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN APENDICITIS AGUDA. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE COYHAIQUE

*Drs. Cristian Guerman González, Carlos Loyola Rehbein, Cristian Rodríguez León*  
Hospital Regional, Coyhaique. Departamento Quirúrgico.

**Introducción:** La evidencia demuestra que la apendicectomía laparoscópica tiene ventajas sobre la técnica clásica, pero a pesar de la gran cantidad de evidencia y la adopción generalizada de la técnica, sigue existiendo controversia con respecto a las ventajas sobre la recuperación y el manejo de la apendicitis complicada. **Objetivos:** Valorar en nuestro medio las ventajas de la cirugía laparoscópica. **Material y Método:** Estudio de corte transversal retrospectivo, analizado con estadística descriptiva. Se revisaron todos los pacientes sometidos a apendicectomía en el Hospital Regional de Coyhaique entre 01/01/14 hasta el 31/12/14. Los criterios de inclusión fueron diagnóstico inicial de abdomen agudo o apendicitis, mayores de 15 años y uso de técnica laparoscópica. Se excluyeron todos los pacientes pediátricos y operados de forma clásica. Se analizaron las variables de sexo, edad, IMC, riesgo anestésico, comorbilidades, diagnóstico de ingreso, diagnóstico postoperatorio, uso de imágenes, tiempo hasta realimentación, tiempo operatorio, complicaciones, resultado de biopsia y tiempo al alta. **Resultados:** Se estudió un total de 194 pacientes, edad promedio 31 años, 77 mujeres y 118 hombres. El diagnóstico de ingreso fue apendicitis en un 79%. IMC promedio fue 27,4. En el 90% de los casos el procedimiento fue realizado por un solo cirujano. Diagnóstico macroscópico de apendicitis en el postoperatorio fue en el 93,8%. En 15% de los casos se utilizó imágenes. El procedimiento se realizó en horario inhábil en el 65,9%. Tiempo promedio entre ingreso del paciente e inicio de cirugía fue de 125 min, tiempo operatorio promedio fue de 41 min, tiempo de realimentación fue de 11 h; horas promedio desde cirugía hasta el momento del alta 45 h, complicaciones en un 6%. Biopsia informó apendicitis en un 93% de los casos. **Conclusiones:** La apendicetomía laparoscópica es posible en nuestro medio, con resultados comparables a la evidencia actual.

## NEUMOPERITONEO ESPONTÁNEO. REPORTE DE UN CASO

*Dr. Juan Andrés Pérez Novoa*

Hospital Clínico General Raúl Yazigi-FACH.  
Servicio de Cirugía. Universidad de Valparaíso.

**Introducción:** Existen reportes de casos de neumoperitoneo espontáneo, es decir, aquellos en que no se ha logrado identificar ninguna lesión de víscera hueca. Su importancia radica en que pueden ocasionar una intervención quirúrgica, en busca de dicha lesión y su reparación. Se reporta el caso de una paciente con aire libre intraabdominal como hallazgo incidental. En este caso se realizó un manejo conservador, con excelente resultado, evitando una intervención quirúrgica innecesaria y deletérea para la paciente. **Objetivos:** Dar a conocer la etiología, fisiopatología y los factores de riesgo asociados del neumoperitoneo espontáneo para brindar herramientas que ayuden a enfrentar estos casos y orientar el manejo, contribuyendo así a evitar intervenciones quirúrgicas infructuosas. **Material y Método:** Se reporta el caso de una paciente de 66 años, histerectomizada, con aire libre intraabdominal como hallazgo incidental en una radiografía de tórax y posterior manejo conservador. **Resultados:** Luego de discutir el caso con el equipo de cirugía se decide realizar un manejo conservador, incluyendo monitorización en Unidad de Cuidados Intermedios, terapia antibiótica de amplio espectro y control de radiografía y exámenes de laboratorio a las 48 y 72 h. La paciente presenta una evolución favorable, con tendencia a la disminución del neumoperitoneo, sin alteración de los parámetros de laboratorio y con remisión de los síntomas. **Conclusiones:** El hallazgo de aire libre intraabdominal habitualmente orienta hacia el manejo quirúrgico del paciente, pero siempre hay que considerar que existen otras causas de neumoperitoneo, de origen no quirúrgico y que deben sospecharse cuando no hay correlación entre la clínica y la imagenología, especialmente en ausencia de signos de irritación peritoneal y en pacientes asintomáticos.

## GIST DE YEYUNO COMO ETIOLOGÍA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA RECURRENTE. REPORTE DE CASO

*Drs. Susana Cristina Sabat Awad, Carla Andrea Carvajal Rojas, Gonzalo Eduardo Lillo Figueroa, Pedro Sebastián Canovas Astudillo, Nelson Eduardo Canovas Vera*

Hospital Las Higueras, Talcahuano. Servicio de Cirugía, Unidad de Cirugía General.

**Introducción:** Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) corresponden a la neoplasia no epitelial benigna más común del tracto gastrointestinal. Su

forma de presentación más frecuente es la hemorragia digestiva, en muchos casos a repetición. La ubicación en intestino delgado corresponde a la segunda en frecuencia, otorgando mayor dificultad diagnóstica debido al sitio anatómico. **Objetivos:** Descripción y análisis de caso clínico. **Material y Método:** Paciente de sexo masculino, de 42 años, sin antecedentes mórbidos, con historia de 3 episodios de hemorragia digestiva baja (HDB) y anemia, el primero el año 2002, requiriendo múltiples hospitalizaciones y transfusiones, siendo estudiado en esas oportunidades con colonoscopia normal, endoscopia digestiva alta normal, cintigrafía que informa posible enterorragia en íleon terminal, y cápsula endoscópica que describe punto rojo en íleon. Pierde sus controles hasta un nuevo episodio en junio de 2015 donde consulta por HDB asociada a anemia severa, hallándose al examen físico masa abdominal en flanco y fosa iliaca derecha. Estudiando con ecografía y TAC de abdomen con contraste, que evidencia gran masa quística en contacto con yeyuno de 13,2 x 10 cm, bordes bien definidos y refuerzo arterial en segmento de yeyuno distal. Se realiza cirugía encontrándose tumor de 15 cm de diámetro en yeyuno distal a 50 cm del Treitz, sin otras lesiones, realizando resección intestinal incluyendo lesión y anastomosis primaria. Biopsia diferida informa GIST de 8,6 cm de bajo grado localizado en yeyuno, índice de riesgo moderado. **Resultados:** Evolución satisfactoriamente, sin complicaciones. **Conclusiones:** Los GIST son una etiología poco frecuente de HDB. La ubicación en yeyuno otorga un desafío diagnóstico dado por su difícil acceso y baja sospecha clínica, sobre todo en pacientes jóvenes. La presencia de una masa abdominal, debido al gran tamaño de la lesión, no infrecuente, orienta el estudio siendo el angio-TAC de mayor utilidad frente a sangrado activo.

## REPARACIÓN DE DEFECTOS COMPLEJOS DE PARED ABDOMINAL CON MALLA DE POLI-PROPILENO EN POSICIÓN RETROMUSCULAR DE RECTO ABDOMINAL. CARACTERIZACIÓN Y RESULTADOS

*Drs. María Angélica García-Huidobro Díaz, Rodrigo Edgardo Reyes Melo, Patricio Stevens Moya*  
Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción. Servicio de Cirugía. Equipo de Cirugía Plástica. Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción.

**Introducción:** Algunas complicaciones de cirugías abdominales ocasionan severos defectos en pared abdominal, su reparación es compleja, existen diversas técnicas para la reparación definitiva; el uso de malla protésicas ha demostrado ser un método eficaz. **Objetivos:** Describir experiencia en la reconstrucción de pared abdominal

utilizando malla de polipropileno por detrás de los músculos rectos abdominal, en pacientes con defectos complejos de pared abdominal. **Material y Método:** Cohorte retrospectiva. Agosto de 2010 a junio de 2015. En 21 casos de reparación de pared abdominal con malla de polipropileno. Revisión de fichas clínicas y protocolos quirúrgicos. Estadística descriptiva utilizando software SPSS 21.0. **Resultados:** 21 casos. Edad media 46,5 años, masculino en 14 (66,7%). Causa del defecto: infección intraabdominal en 9 (42,9%), traumatismo abdominal 6 (28,6%) y complicación de cirugía abdominal electiva 6 (28,6%). Laparostomía contenida en 18 (85,7%), manejados como hernia ventral programada, con cobertura con injerto dermo-epidérmico. En promedio 3,1 1,1 cirugías abdominales previas a reparación del defecto. Tiempo de evolución entre cirugía inicial y reparación del defecto con mediana 15 meses (5-199 meses). Reparación de pared abdominal con malla de polipropileno en plano posterior a los músculos rectos abdominal. Se asoció reconstitución del tránsito intestinal por equipo de coloproctología en 4 y en 1 a reubicación de colostomía. Faja abdominal en postoperatorio inmediato en todos los pacientes. Morbilidad 7 pacientes (33,3%): 2 dehiscencia de sutura, 2 seroma, 1 hematoma de pared abdominal, 1 cicatriz patológica y 1 necrosis colostomía. Reoperación en 4 pacientes: 1 retiro de malla y colgajo de avance, 1 drenaje de hematoma, 1 re-sutura y 1 re-colostomía. Recidiva en 3 casos (14,3 0%). No hubo muertes. **Conclusiones:** La hernia ventral resultante posterior a una complicación quirúrgica es complejo, se debe plantear cuanto antes la reparación segura y definitiva de la pared, la tardanza deteriora gravemente la mecánica de pared abdominal, dificultando la reparación.

#### **DIAGNÓSTICOS Y PRESTACIONES DE CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA, CENTRO DE SALUD FAMILIAR (CESFAM) TALCAHUANO SUR, CHILE, 2014**

*Drs. Pablo Nicolás Troncoso Villalobos, Gabriel Andrés Valenzuela Espinoza, Camila Fernanda Guzmán Salas*  
Centro de Salud Familiar Talcahuano Sur.  
Consulta Cirugía Menor.

**Introducción:** La cirugía menor (CM) enriquece y complementa la actividad del médico en la atención primaria (AP). Además disminuye las listas de espera de las consultas de cirugía general y dermatológica. Existen pocos estudios en los que se analice la prevalencia de los diagnósticos y/o prestaciones de CM en los centros de AP. **Objetivos:** Determinar los diagnósticos y prestaciones de CM más frecuentes en el CESFAM Talcahuano Sur en el año 2014, realizadas por dos médicos de AP. **Material y Método:** Estudio descriptivo y retrospectivo de las atenciones en la consulta de CM del

centro entre enero de 2014 y diciembre de 2014. Se excluyen las consultas y atenciones realizadas en SAPU. Los datos fueron obtenidos del archivo estadístico y libro de registros. Se consideró el diagnóstico principal de las lesiones y prestación a la actividad principal. Diseño inespecífico. Sin herramientas estadísticas. **Resultados:** Durante el año 2014 se registraron 229 atenciones. El rango de edad más frecuente fue entre 35 y 64 años, seguido de pacientes mayores de 70 años de edad. El sexo femenino representó un 59% de las atenciones. El diagnóstico más habitual fue onicocriptosis 25,3%, seguido de fibroma blando 19,7%. Por sexo, los fibromas blandos representó el diagnóstico más frecuente en las mujeres y onicocriptosis en los hombres. Las prestaciones más frecuentes fueron exéresis quirúrgicas más biopsia 42% y onicectomía 26%. **Conclusiones:** El diagnóstico y la prestación más frecuente fue onicocriptosis y exéresis quirúrgica más biopsia respectivamente. La CM en la AP es accesible y aumenta la capacidad resolutoria a este nivel sanitario y disminuye las listas de espera hospitalaria. Se detecta que faltan protocolos e indicadores de calidad, siendo recomendable trabajar en pautas para ello. Es importante en este tipo de prácticas detectar las lesiones potencialmente malignas, para lo cual la capacitación continua y la realización de interconsultas con el dermatólogo son relevantes.

#### **ÚLCERA PÉPTICA PERFORADA. EXPERIENCIA DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y VARIABLES PRONÓSTICAS DE DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN EN HOSPITAL PADRE ALBERTO HURTADO**

*Drs. Sebastián Sepúlveda Palamara, Gustavo Vial Ovalle, Karen Andrea Schönffeldt Guilisasti, Víctor Salazar Pierotic, Juan Carlos Aguayo Romero, Sebastián Pradenas Bayer*  
Hospital Padre Alberto Hurtado, San Ramón. Servicio de Cirugía. Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo.

**Introducción:** La úlcera péptica perforada (UPP) es una complicación grave que afecta entre el 1-6% de los pacientes ulcerosos durante el curso de su enfermedad, determinando muchas veces hospitalizaciones prolongadas. **Objetivos:** Realizar un análisis descriptivo de los casos de UPP manejados con cirugía y evaluar la existencia de factores pronósticos de días de hospitalización, en el servicio de Urgencia de Hospital Padre Alberto Hurtado desde junio de 2011 hasta mayo de 2015. **Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectiva de casos de úlcera péptica perforada. Estadística descriptiva y analítica mediante recolección de parámetros demográficos, exámenes de laboratorio (PCR, recuento de blancos, creatinina e INR), imagenología, tipo de cirugía realizada y hallazgos intraoperatorios solicitada al momento de la consulta en el servicio de urgencia.

Se utilizó el programa SPSS V.21 realizando un análisis no paramétrico con test de Spearman para evaluar correlación entre variables, considerando significativo un valor de  $p < 0,05$ . **Resultados:** Se realizaron 89 cirugías por UPP, pudiendo recolectar los datos requeridos en 77 casos. 60 (77,9%) fueron hombres. 71 (92,2%) se realizó una técnica quirúrgica abierta. Promedio de edad fue de 49,01 años (DS 17,3) con un mínimo de 20 y máximo de 90 años. El parche de epiplón se utilizó en 22 casos (28,6%). La técnica imagenológica más usada fue el TAC en 51,9 % de los casos, radiografía 35,1% y sin imagen en 13%. Se correlacionó el mayor tamaño de la perforación con mayor cantidad de días de hospitalización ( $p < 0,019$ ). En cuanto a otras variables, ni el sexo, edad, exámenes de laboratorio o tiempo operatorio tuvieron relación con el número de días de hospitalización. **Conclusiones:** En este trabajo, sólo el tamaño de la perforación tuvo una correlación con el número de días hospitalizado.

### HERNIA DE GARENGEOT: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Drs. Susana Cristina Sabat Awad, Daniela Andrea Riveros Marivil, Gabriel Andres Silva Seguel, Luis Rodrigo Urrea Correa*  
Hospital Las Higueras, Talcahuano. Servicio de Urgencia.

**Introducción:** La apendicitis aguda es la patología quirúrgica de mayor frecuencia en la cirugía de urgencia. La presencia del apéndice cecal inflamado en un saco herniario es una entidad muy poco frecuente, sobre todo en una hernia crural, llamada Hernia de Garegeot, por ser el primero en describir esta entidad en 1731. No existe reporte en la literatura de la frecuencia de esta patología, siendo claramente inferior en comparación a la presencia del apéndice en una hernia inguinal. El diagnóstico preoperatorio es infrecuente, siendo de utilidad la TAC, con una alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de apendicitis aguda. El tratamiento indicado es la apendicectomía y reparación primaria de la hernia. **Objetivos:** Descripción y análisis de caso clínico. **Descripción de Caso clínico:** Mujer de 50 años, diabética, obesa, con antecedente de hernia inguinal izquierda, consulta por cuadro de 3 días de evolución de dolor abdominal persistente en hemiabdomen inferior. Al examen abdomen sensible difuso, doloroso en hemiabdomen inferior, palpándose con dificultad hernia en región inguinal izquierda, blanda, sensible, con parámetros inflamatorios elevados. TAC abdomen y pelvis evidencia dilatación y engrosamiento parietal difuso de intestino delgado, una colección interasas y otra en fosa iliaca derecha, pequeñas. A nivel inguinal bilateral protrusión de asas intestinales, no complicadas. Ciego con signos inflamatorios, apéndice no visualizado. Sugerente de peritonitis apendicular. Se realiza laparo-

tomía exploradora evidenciando hernia crural derecha que contiene apéndice cecal con signos inflamatorios, no perforado. Se realiza apendicectomía y hernioplastia sin malla. Evolucionó satisfactoriamente, sin complicaciones postoperatorias. **Comentarios:** La presencia del apéndice inflamado en una hernia crural constituye una entidad poco frecuente. Se describe una mayor incidencia en mujeres postmenopáusicas y a derecha. Por la presentación inespecífica del caso se requirió estudio complementario con imágenes, realizando un diagnóstico intraoperatorio. La apendicectomía y cierre del defecto es el tratamiento, no recomendándose mallas protésicas.

### HERNIA DE AMYAND. REPORTE DE CASO

*Drs. Marcelo Nogueira Espinoza, Russeth Mesa Montecinos, Javier Moraga Concha, María José Higueras Inostroza*  
Hospital San Juan de Dios, Santiago. Servicio de Cirugía.

**Introducción:** La presencia de apendicitis aguda en una hernia inguinal es un hecho infrecuente, con un 0,13% de los casos. Esta rara condición se conoce como Hernia de Amyand. La forma de presentación habitual es la de una hernia inguinal complicada. La metodología CARE es una *checklist*, que nace como una iniciativa que busca estandarizar y mejorar la calidad de los reportes de casos. **Objetivos:** El objetivo de este estudio es comunicar el caso de un paciente con diagnóstico de hernia de Amyand y su manejo en el Servicio de Urgencia del Hospital San Juan de Dios (HSJD), mediante la metodología CARE. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de sexo masculino de 85 años, sin antecedentes mórbidos. Consultó en el Servicio de Urgencia del HSJD por un cuadro de 12 h de evolución caracterizado por aumento de volumen y dolor en región inguinal derecha, asociado a náuseas, vómitos y compromiso del estado general. Al examen físico destacó aumento de volumen inguinal derecho sensible e irreductible, con lo que se planteó el diagnóstico de hernia inguinal complicada. Los exámenes de laboratorio evidenciaron leucocitosis de 13.500/uL y PCR 97 mg/L. Se decidió su hospitalización y se realizó exploración inguinal evidenciando la presencia de un plastrón apendicular dentro del saco herniario, posterior a lo cual se llevó a cabo la disección del plastrón apendicular, apendicectomía y herniorrafia inguinal derecha. La biopsia de la pieza operatoria describió apendicitis aguda gangrenosa y periapendicitis aguda. El paciente evolucionó favorablemente dándose el alta a los tres días. Se realizó seguimiento del paciente por un mes encontrándose en buenas condiciones y siendo dado de alta definitiva posterior a este control. **Comentarios:** En conclusión la hernia de Amyand es una entidad clínica de baja incidencia que generalmente es diagnosticada durante el acto quirúrgico.

## OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A UNA HERNIA OBTURATRIZ. A PROPÓSITO DE UN CASO

*Drs. Daniela Fernanda González Hurtado, Fabio Paoletto Paoletto, Enrica Ramirez Pittaluga, Manuel Lizana Corvera*

Hospital San Juan de Dios, Santiago. Servicio de Cirugía HSJD, Equipo de Coloproctología.

**Introducción:** La hernia obturatriz es una entidad rara, causa infrecuente de obstrucción intestinal mecánica. Se presenta en mujeres de edad avanzada, delgadas y múltiples; inicialmente asintomática, presentando por ello una elevada tasa de estrangulación herniaria. **Objetivos:** Reporte de un caso y su manejo en HSJD, mediante la metodología CARE. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de sexo femenino de 84 años sin antecedentes mórbidos ingresa por cuadro de dolor abdominal, vómitos, ausencia de deposiciones y distensión abdominal. Al examen taquicárdica, afebril, sin apremio respiratorio, diuresis límite, 200 cc de líquido fecaloideo por sonda nasogástrica, deshidratación moderada, abdomen globuloso con bazuqueo, tacto rectal normal. Se realiza TAC-AP observándose dilatación patológica de asas intestinales de hasta 32 mm de diámetro y de paredes finas. A nivel de la excavación pelviana, hernia en agujero obturador izquierdo que contiene asas de íleon proximal. Se realiza laparotomía exploradora de urgencia, encontrándose cambio de calibre de intestino delgado (íleon proximal) en relación a hernia obturatriz izquierda con segmento necrótico de 2 cm y perforación de 2 mm; además de una hernia crural derecha no complicada y anillo obturatriz derecho dilatado. Se realizó la resección del segmento intestinal isquémico con anastomosis primaria y luego el cierre del agujero obturatriz derecho e izquierdo, junto al cierre del agujero crural derecho con puntos sueltos de material irreabsorbible. La paciente evoluciona con íleo postoperatorio el que se resuelve al 6° día, para luego iniciar alimentación progresiva, siendo dada de alta al 9° día. **Comentarios:** La hernia obturatriz es una patología infrecuente; sin embargo, puede asociarse obstrucción intestinal con compromiso intestinal, requiriendo resección intestinal por lo cual es necesario tenerla en cuenta, sobre todo en mujeres ancianas y delgadas, como diagnóstico diferencial para un manejo oportuno con menor morbimortalidad.

## FÍSTULA COLOCUTÁNEA SECUNDARIA A HERNIA DE RICHTER: DESCRIPCIÓN DE UN CASO

*Drs. Daniela Fernanda González Hurtado, Fabio Paoletto Paoletto, Enrica Ramirez Pittaluga, Manuel Lizana Corvera*

Hospital San Juan de Dios, Santiago. Servicio de Cirugía, Equipo de Coloproctología.

**Introducción:** La Hernia de Richter es aquella hernia estrangulada que sólo compromete una porción de la

pared antimesentérica intestinal abarcando desde el estómago hasta colon. La mayoría se presentan en anillo femoral o como hernias incisionales post-laparoscopia. Puede no cursar con obstrucción intestinal haciendo su detección un verdadero desafío. Sus complicaciones más frecuentes son perforación intestinal, peritonitis, formación de abscesos y fístulas. Siendo la última infrecuente. **Objetivos:** Reporte de un caso. **Descripción de Caso clínico:** Mujer de 43 años con antecedentes de diverticulosis colónica, consulta por aumento de volumen fluctuante doloroso, eritematoso y aumento de temperatura local en FII. Se realiza TAC-AP mostrando absceso de pared abdominal secundario a fistula colocolocutánea aparente origen diverticular. Se realiza drenaje percutáneo asociado a tratamiento antibiótico. Es dada de alta para cirugía definitiva electiva, reingresa dos meses después al SUAO por aumento de volumen con salida persistente por zona de drenaje de líquido seroso de mal olor. Se toma nuevo TAC-AP evidenciándose fistula enterocolocutánea. Los hallazgos intraoperatorios evidenciaron una fistula colocolocutánea a nivel de sigmoideos con exteriorización parcial por conducto inguinal izquierdo. Se realiza sigmoidectomía y anastomosis término-terminal con stapler y resección de fistula más drenajes. En el postoperatorio evoluciona con dehiscencia parcial de anastomosis colorrectal que se maneja médicamente en forma exitosa. Es dada de alta sin recurrencia. **Comentarios:** Las hernias de Richter son poco frecuentes y de diagnóstico difícil por presentar clínica atípica y tardía. Habitualmente se presentan como hernias femorales o incisionales con peritonitis importante sin signos de obstrucción intestinal mecánica. Aquí se presenta un caso atípico, con muy pocos reportes en la literatura, de una fistula colocolocutánea por hernia inguinal de Richter. Es importante la sospecha clínica para lograr un diagnóstico temprano y así disminuir la morbimortalidad, en este caso la paciente presentó una complicación crónica como cuadro inicial.

## COMPLICACIONES DE HERNIOPLASTÍA CON MALLA: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

*Drs. Gustavo Czwiklitzer Sumar, Manuel Antihuala Catricura, Nicolás Ignacio Arriagada Arriagada, Borja Carreno Marambio*

Hospital San Juan de Dios, Santiago. Departamento de Cirugía Digestiva Alta. Universidad de Chile.

**Introducción:** Existe en general poca información acerca de las complicaciones postoperatorias de las hernioplastías por diversas técnicas. Los días de hospitalización, complicaciones tempranas o tardías, dolor postoperatorio y retorno al trabajo, son parámetros que sólo ahora se están evaluando. La incidencia global de estas complicaciones es del orden del 2-15%, según las distintas series: Seroma 5%, con similar prevalencia, hematoma, hidrocele y neuralgia (3%) e infecciones de

herida operatoria 1%. **Objetivos:** Presentar caso clínico de complicación de reparación de hernia con malla. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de 75 años, antecedentes quirúrgicos: apendicectomía, colecistectomía, hernioplastia umbilical, hernioplastia por hernia de línea alba y nueva hernioplastia por hernia incisional compleja recidivada. En control post-intervención refiere aumento de volumen en zona inferior de la última cicatriz operatoria. Estudio imageneológico muestra probable liposarcoma peritoneal, quistes hepáticos simples y hernia epigástrica. Se realiza tumorectomía laparoscópica más hernioplastia con malla. Intervención: neumoperitoneo a 15 mmHg, instalación de trócares (técnica americana). Se aprecia tumor de 12 cm aprox. dependiente de pared anterior. Se libera adherencia del epiplón, se reseca tumor y se libera de pared abdominal. Se retira pieza y se realiza hernioplastia con malla en LMSU y en LAP paramediana. En control postoperatorio se encuentra en buenas condiciones. La biopsia informó: formación quística, rodeada parcialmente por tejido adiposo de 11,5-10-5,3 cm. Al corte, contenido líquido café claro. En pared se reconoce estructura con aspecto de malla. En control posterior es dado de alta. **Comentarios:** La hernia requiere de reparación quirúrgica para ser tratada, por ello, independiente de la técnica empleada, existirán complicaciones. Es necesario tener diagnósticos diferenciales ante el seguimiento del período postoperatorio, como en este caso, la presencia de una masa. La extracción vía laparoscópica y la biopsia diferida permitió al equipo descartar la presencia de liposarcoma en la cavidad abdominal. Con esto se cambia el pronóstico de la enfermedad.

### HERNIA DE GARENGEOT. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

*Drs. Manuel Lizana Corvera, Francisca González Serrano, Aníbal Ibáñez Mora, Milena Fercovic López, Russeth Mesa Montecinos*

Hospital San Juan de Dios, Santiago. Servicio de Cirugía, Equipo de Cirugía Digestiva Baja. Universidad de Chile.

**Introducción:** La hernia femoral tiene mayor incidencia en mujeres postmenopáusicas y se asocian a mayor riesgo de incarceration y estrangulamiento hasta en un 20%. La presencia del apéndice cecal dentro del saco herniario femoral, tiene una muy baja incidencia, y es aún más raro encontrar concomitantemente una apendicitis aguda perforada (0,01%). La hernia de Garegeot es una entidad rara, con menos de 100 casos reportados en la literatura. Adquiere importancia el siguiente reporte debido al diagnóstico complejo, y la buena evolución posterior al tratamiento quirúrgico. **Objetivos:** Reporte de un caso raro, Hernia de Garegeot, con tratamiento quirúrgico exitoso, y evolución satisfactoria. **Descripción de Caso clínico:** Mujer de 70 años, ingresa al servicio de urgencia por

dolor en región inguinal derecha asociado a signos de inflamación local. Se diagnostica una hernia inguinal complicada por clínica e imágenes (TC de abdomen y pelvis). Se decide intervención quirúrgica con un acceso inicial inguinal derecho, que evidencia un saco de localización crural, que contiene un apéndice cecal inflamado y perforado. Se realiza reparación del defecto herniario sin uso de prótesis, y se completa apendicectomía con laparotomía de Mc Burney por presencia de un plastrón pericecal. Cursa una buena evolución postoperatoria, y se da alta al segundo día posoperatorio. **Comentarios:** La hernia de Garegeot se ha reportado en menos de 100 casos en la literatura, y es menos frecuente localizar un apéndice inflamado y perforado, como nuestro reporte. El diagnóstico es generalmente intraoperatorio, ya que la clínica es de hernia femoral complicada inespecífica, la tomografía computada es poco sensible en el diagnóstico. En general se acepta realizar una apendicectomía retrograda más una herniorrafia o hernioplastia con prótesis según exista o no contaminación asociada. La principal complicación postoperatoria es la infección del sitio quirúrgico. En conclusión, la hernia de Garegeot debe ser considerada dentro de los diagnósticos diferenciales de hernia femoral complicada.

### HERNIA DE GARENGEOT: REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO

*Drs. Sebastián Morales Zapata, Alberto Felipe Torres Gueren, Nicolás Quezada Sanhueza*  
Pontificia Universidad Católica de Chile.  
Departamento de Cirugía Digestiva.  
Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.

**Introducción:** Se denomina hernia de Garegeot al hallazgo del apéndice cecal contenido en una hernia crural. La incidencia de esta condición se describe entre el 0,5 al 5% de las hernias crurales (H. Sharma 2007). Frecuentemente se realiza el diagnóstico como hallazgo intraoperatorio debido a que no existen síntomas clínicos característicos de esta condición. **Objetivos:** El objetivo de esta publicación es realizar una revisión y descripción de esta patología a propósito un caso consultó en el servicio de urgencias de nuestro centro. **Descripción de Caso clínico:** Se trata de una paciente de 59 años sin comorbilidades que consulta por aumento de volumen, de 24 h de evolución, en zona inguinal derecha, dura y sensible no asociada a fiebre, vómitos ni otros síntomas. Al examen físico se identifica masa palpable levemente eritematosa, muy sensible a la palpación, de consistencia dura y no reductible. Se ingresa a pabellón bajo hipótesis diagnóstica de hernia crural encarcerada. Se realiza acceso preperitoneal según técnica de Nyhus. Al reducir contenido herniario se identifica apéndice cecal levemente inflamado en su tercio distal y necrótico en su punta, por lo que se realiza

apendicectomía y luego se completa la reparación de la hernia según técnica descrita. La paciente evoluciona de manera favorable, recibiendo alta hospitalaria al segundo día postoperatorio. **Comentarios:** La Hernia de Garengot es un hallazgo infrecuente. Actualmente, no existen síntomas ni signos patognomónicos de esta condición. En este escenario, se debe tener un alto nivel de sospecha en pacientes que presenten aumento de volumen y dolor en la región inguinal derecha, confirmando su diagnóstico con una adecuada exploración de la cavidad peritoneal. El abordaje quirúrgico propuesto para resolución varía entre los distintos estudios. Sin embargo, según nuestra experiencia, la técnica de Nyhus podría ser una buena opción para la reparación de este tipo de hernia.

### **HERNIA PARACOLOSTÓMICA A PROPÓSITO DE UN CASO, REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA**

*Drs. Daniel Revello Pedemonte, Nicole Cuneo Barbosa, Roberto Iturriaga Donoso, Marco Albán García, Jaime Carrasco Toledo, Carlos Jauregui Lozada, Juan Jorge Silva Solís, Jaime Hugo Rappoport Stramwasser*  
Hospital Clínico Universidad de Chile. Unidad de Cirugía de Hernias.

**Introducción:** Las hernias paracolostómicas son una complicación crónica frecuente de las ostomías que alcanza una frecuencia del 10-50%. Se han desarrollado múltiples técnicas para su resolución con el fin de ofrecer un tratamiento con menor riesgo de recidiva.

**Objetivos:** Analizar la bibliografía internacional a

propósito de un caso desarrollado por el Equipo Cirugía de Hernias, en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. **Descripción de Caso clínico:** Paciente de sexo femenino de 76 años, con antecedentes de cáncer cérvicouterino operado e irradiado, desarrolla fistula rectovaginal por lo que consulta con cirujano coloproctólogo indicándose la realización de colostomía en el año 2008. Evoluciona con aumento de volumen en relación a colostomía por lo que es reoperada en 2010, evidenciándose la presencia de hernia paracolostómica que es resuelta de forma quirúrgica. Posteriormente, en controles se evidencia nuevo aumento de volumen en relación a la colostomía por lo que es derivada al Equipo de Cirugía de Hernias del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Se evalúa a la paciente, y se plantea realización de Hernioplastía con malla mediante la técnica de Sugar Baker. La paciente es hospitalizada realizándose Hernioplastía videolaparoscópica, destacando la presencia de un anillo de colostomía dilatada con suturas de Prolene® de cirugía previa, con un saco que contenía epiplón y colon distal. Se disecciona e invagina el saco hasta individualizar el asa. Se posiciona malla de Vycril® protegiéndose el asa de la colostomía, fijándose con Absorbatack® con técnica de Sugar Baker. La paciente evoluciona sin complicaciones, dándose de alta al segundo día postoperatorio. En su seguimiento a tres meses posteriores al alta, no presenta recidiva ni otras complicaciones. **Comentarios:** La hernia paracolostómica tiene una alta incidencia, y variadas opciones terapéuticas. En nuestro caso, la realización de Sugar Baker permitió una evolución favorable, sin recidiva hasta los 3 meses de seguimiento.

### ABSCESO ESPLÉNICO POST MANGA GÁSTRICA AL 8° MES ESPLENECTOMÍA MÁS MANEJO FÍSTULA GÁSTRICA

*Dr. Alberto Pérez Castilla*

Clínica Indisa. Servicio de Cirugía Mínimamente Invasiva. Universidad Andrés Bello.

**Introducción:** Rara complicación al 8° mes post manga gástrica en paciente séptico que demuestra absceso esplénico. **Objetivos:** Mostrar estudio y manejo de esta rara complicación. **Descripción de video:** Estudio y manejo intraoperatorio de este cuadro clínico. **Comentarios:** Exitoso tratamiento.

### HERNIA INTERNA EN BRECHA DE LIGAMENTO FALCIFORME POST BYPASS GÁSTRICO: CAUSA NO DESCRITA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

*Drs. Jorge Luis Rojas Caro, Patricio Olivares Pardo, Tamara Peters Álvarez, Camilo Valenzuela Spencer, Antonella Sanguineti Montalva, Juan Aldana Landeros*  
Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento de Cirugía.

**Introducción:** El *bypass* gástrico en Y de Roux (BPGYR) es una de las técnicas más utilizadas en cirugía bariátrica, usualmente se instala un trocar subxifoideo para movilizar el lóbulo hepático izquierdo y permitir observar la zona quirúrgica. En algunas oportunidades, cuando el paciente tiene indicación de colecistectomía, se usa el mismo puerto para tomar el fondo vesicular, realizando una ventana en el ligamento falciforme, que la mayoría de las veces no se cierra. **Objetivos:** Presentar el caso a través de un video, de una paciente operada de BPGYR 4 años antes, que presentó un cuadro de obstrucción intestinal alta. **Descripción de video:** Paciente de 68 años operada de BPGYR resectivo más colecistectomía laparoscópica 4 años antes. Consultó al servicio de urgencia por dolor abdominal de un día de evolución, la tomografía computada de abdomen y pelvis informó signos de obstrucción de intestino delgado en asa cerrada. Se realizó laparoscopia exploradora que mostró: el ileon parcialmente introducido en defecto de ligamento falciforme, signos de sufrimiento del meso del asa comprometida sin necrosis. Se redujo el contenido, se exploró el resto de asas de intestino grueso y delgado, la anastomosis indemne en su totalidad. Se cerró el defecto con tres puntos intracorpóreos de seda 3/0. Evolucionó favorablemente, recibiendo el alta a los 2 días. Al control postoperatorio se mantiene en buenas condiciones. **Comentarios:** Las hernias internas post BPGYR pueden originarse en 3 espacios: el defecto

mesentérico de la anastomosis distal yeyuno-yeyunal, el espacio de Petersen y en la ventana mesocólica transversa. A pesar de ello, pueden generarse en un defecto post-quirúrgico al instalar el trocar subxifoideo a través del ligamento falciforme, defecto que debe cerrarse una vez terminada la colecistectomía. Otra alternativa es retirar parcialmente el trocar e introducirlo hacia el lado derecho del ligamento falciforme sin perforarlo.

### CIRUGÍA REVISIONAL DE BYPASS GÁSTRICO

*Drs. Cristian Ovalle Letelier, José Ignacio Fernández Fernández, Carlos Farías Ortega*  
Clínica Tabancura. Centro Integral de Nutrición y Obesidad.

**Introducción:** Desde hace ya más de 20 años, que se inicia la experiencia en cirugía bariátrica en Chile; determinando un número creciente de pacientes operados. Esto está llevando en la actualidad a la consulta de un número cada vez mayor de pacientes con fracaso o complicaciones de procedimientos previos. **Objetivos:** El objetivo del presente video es mostrar la solución quirúrgica, mediante cirugía revisional, a un paciente con antecedentes de reganancia de peso completa post *bypass* gástrico en Y de Roux. **Descripción de video:** Paciente de 32 años de edad con antecedentes de *bypass* gástrico año 2006 con 128 kg de peso, IMC de 42 kg/m<sup>2</sup>, dislipidemia y resistencia a la insulina. Al momento de la cirugía presenta 130 kg de peso e IMC de 42,9 kg/m<sup>2</sup>, con reaparición de dislipidemia y resistencia a la insulina. Estudio preoperatorio radiológico y endoscópico, revelan presencia de gran parte del cuerpo y fondo gástrico, y gastroyeyunoanastomosis tipo Y de Roux; con boca anastomótica dilatada. Se realiza laparoscopia exploradora, confirmando presencia de *bypass* gástrico en Y de Roux, con bolsa gástrica que mantiene gran parte del fondo gástrico, y asa ciega de unos 10 cm de largo. Se procede a reseca asa ciega y estómago redundante del bolsillo con *stapler*, inmediatamente adyacente a anastomosis, calibrando con sonda orogástrica de 32fr. Se comprueba asa alimentaria de 80 cm de largo, que no se modifica. **Comentarios:** El paciente evolucionó favorablemente y sin complicaciones, siendo dado de alta al tercer día postoperatorio. En el presente caso existían elementos anatómicos de su *bypass* gástrico previo que no cumplían con el componente restrictivo del procedimiento: bolsa gástrica de gran tamaño y boca anastomótica dilatada. La resección de una bolsa gástrica redundante y recalibración de boca anastomótica con *stapler*, es una alternativa segura para mejorar la restricción en pacientes con las características descritas.



## CONVERSIÓN DE PLICATURA GÁSTRICA A GASTRECTOMÍA EN MANGA

*Drs. José Ignacio Fernández Fernández,  
Gerardo Pinto Astudillo*

Hospital El Pino. San Bernardo, Santiago. Departamento de Cirugía. Universidad Andrés Bello.

**Introducción:** Desde su introducción en 2007 por Telebpuor la plicatura gástrica ha permanecido hasta la fecha como un procedimiento considerado como experimental. La técnica ha sido reproducida por diferentes grupos quirúrgicos, incluyendo algunos en Chile. Los resultados han demostrado ser inferiores al de la gastrectomía en manga y *bypass* gástrico; y no está exenta de complicaciones graves como se pensaba inicialmente. **Objetivos:** El objetivo del presente vídeo es presentar la cirugía revisional de una paciente con antecedentes previos de una plicatura gástrica, y su conversión a gastrectomía en manga por laparoscopia. **Descripción de vídeo:** Se presenta el vídeo de una paciente de 24 años de edad con antecedentes de plicatura gástrica laparoscópica en el año 2012. Consulta por reganancia de peso al segundo año postoperatorio, asociado a epigastralgia y disfagia. Se realiza estudio anatómico mediante Rx EED y EDA, que sugieren herniación de fondo gástrico a través de suturas de plicatura gástrica. Se realiza laparoscopia exploradora, donde se observa plicatura de cuerpo y parte del antro gástricos. Se identifica síndrome adherencial importante entre tercio superior gástrico y el bazo. Se procede con adherenciolisis, posteriormente se retiran suturas de plicatura y se disecan adherencias entre paredes gástricas; revirtiendo plicatura en su totalidad. Se realiza gastrectomía tubular calibrada con sonda orogástrica de 38fr, mediante *stapler*. **Comentarios:** La paciente evoluciona en forma satisfactoria y sin complicaciones; siendo dada de alta a las 48 h postoperatorias. Actualmente el cirujano bariátrico se verá enfrentado en forma cada vez más frecuente a procedimientos revisionales. Esto requiere no sólo del conocimiento de las técnicas quirúrgicas estandarizadas, sino también procedimientos experimentales, como en este caso la plicatura gástrica. Ante cualquier cirugía revisional es necesario el estudio anatómico del procedimiento primario, para lo cual la EDA y la Rx EED son fundamentales.

## HERNIOPLASTÍA HIATAL LAPAROSCÓPICA POSTERIOR A *BYPASS* GÁSTRICO Y HERNIA HIATAL RECIDIVADA

*Drs. Erick Castillo Franz, Rodrigo Muñoz Claro,  
Fernando Crovari Eulufi*

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

**Introducción:** El tratamiento de las hernias hiales recidivadas continúa siendo un tema controvertido y constituye un reto para el cirujano. Se han descrito

diversas técnicas y diferentes vías de abordaje con resultados diversos. **Objetivos:** Describir la técnica de reparación laparoscópica de una hernioplastia hiatal con malla recidivada. **Descripción de vídeo:** Paciente de 49 años, con antecedente de *bypass* gástrico resectivo y hernioplastia hiatal con malla laparoscópica el año 2014. Evoluciona con RGE intratable y disfagia. Tomografía de tórax, abdomen y pelvis evidencia bolsa gástrica ascendida secundaria a hernia hiatal. Radiografía EED refleja ascenso de bolsa gástrica y paso lento de contraste a distal. Endoscopia digestiva alta compatible con los hallazgos imagenológicos. Se realiza exploración laparoscópica con retiro de malla, movilización mediastinal de esófago, tratamiento de la hernia y cierre de pilares, posicionando bolsa gástrica intradominal. Evolución postoperatoria favorable, con buena tolerancia oral, asintomática. **Comentarios:** El abordaje laparoscópico de una hernia hiatal recidivada es un desafío quirúrgico en términos anatómicos, exigiendo un buen entendimiento anatómico de planos alterados, que implica un correcto aislamiento esofágico, tratamiento del saco y reducción de elementos, lo cual ofrece grandes ventajas en términos de recuperación y calidad de vida.

## CONVERSIÓN DE GASTRECTOMÍA VERTICAL TUBULAR A GASTRECTOMÍA SUBTOTAL LAPAROSCÓPICA POR HALLAZGO INTRAOPERATORIO DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

*Drs. Jorge Bravo López, Cristóbal Azócar Bizama,  
Paula Fluxá Rojas, José Cortés Arteaga, Sebastián Hoefler Stefen, César Orellana Rozas, David Bravo López,  
Eduardo Bravo López, Marco Bustamante Zamorano*  
Universidad de Chile. Departamento de Cirugía Sede Oriente. Hospital del Salvador, Equipo Digestivo Alto.

**Introducción:** Desde que se incorporó la cirugía laparoscópica, son cada vez más los procedimientos realizados con esta técnica. Entre las principales ventajas en el tratamiento del cáncer gástrico, destacan un tratamiento menos invasivo, con mejor mecánica ventilatoria, menor dolor postoperatorio y morbilidad postoperatoria, período de recuperación más corto y sobre todo logrando realizar una resección y linfadenectomía con criterio oncológico comparable con el abordaje abierto. **Objetivos:** Presentar el vídeo de una gastrectomía vertical tubular laparoscópica convertida a gastrectomía subtotal por hallazgo intraoperatorio de adenocarcinoma gástrico manteniendo la vía laparoscópica y el criterio oncológico. **Descripción de vídeo:** Paciente con cuadro de melena intermitente, dispepsia y baja de peso. Endoscopia digestiva alta muestra pólipos gástricos en curvatura mayor de tercio inferior de cuerpo, biopsia incisional: neoplasia gástrica papilar intraepitelial. TAC sin evidencia de metástasis. Se realiza laparoscopia exploradora en posición france-

sa y técnica de 5 trócares. Se evidencia tumor de 7 x 6 cm sin compromiso de serosa, se realiza gastrectomía vertical tubular con *stapler* lineal, logrando extirpar tumor completo con márgenes libres. Biopsia rápida evidencia adenocarcinoma invasor con compromiso de muscular (cT2NxM0) por lo cual se decide completar la gastrectomía subtotal manteniendo la vía laparoscópica, más disección ganglionar D1 y gastroyeyuno anastomosis mecánica intracorpórea en Y de Roux. Cirugía sin sangrado ni incidentes, tiempo operatorio 120 min. Biopsia diferida: adenocarcinoma con compromiso submucoso, márgenes libres (pT1N0M0, etapa IA). Paciente evoluciona favorablemente, con mínimos requerimientos de analgesia, iniciando régimen hídrico a los dos días y siendo dado de alta al cuarto día postoperatorio. **Comentarios:** Se comprueba que la vía laparoscópica en el manejo de cáncer gástrico es factible, sin aumento considerable en el tiempo quirúrgico, con postoperatorios muy reducidos y con excelente manejo del dolor postoperatorio. En este caso en particular, sin morbi-mortalidad y logrando mantener la resección con criterio oncológico.

### **BYPASS GÁSTRICO RESECTIVO LAPAROSCÓPICO POR PLICATURA GÁSTRICA VOLVULADA**

*Drs. Domingo Montalvo Vásquez, Guillermo Castro Guerra Hospital Dr. Juan Noé Crevanni.*

**Introducción:** La plicatura gástrica como cirugía bariátrica, fue realizada por primera vez en Irán el año 2001 por el Dr. M. Talebpour. Se describen complicaciones como vómitos, dolor abdominal recurrente y obstrucción intestinal, entre otras. **Objetivos:** Presentar un video de un *bypass* gástrico resectivo laparoscópico por una Plicatura gástrica volvulada. **Descripción de video:** Paciente de 26 años con antecedentes de obesidad tipo I (IMC = 32 kg/m<sup>2</sup>), se realizó una Plicatura gástrica laparoscópica en Bolivia en julio de 2014. Ingresó en mayo de 2015 al servicio de urgencias, por vómitos y dolor abdominal. Al momento del ingreso presenta un IMC de 28 kg/m<sup>2</sup>. Se realiza TC de abdomen donde se evidencia obstrucción intestinal gástrica e imagen sugerente de vólvulo gástrico sin compromiso isquémico. Se realiza endoscopia digestiva alta, describiéndose vólvulo gástrico con una zona estenótica a nivel del cuerpo. Se realiza laparoscopia diagnóstica y se decide realizar *bypass* gástrico con resección del remanente gástrico y reconstrucción en Y de Roux con asa alimentaria de 70 cm. Evoluciona en forma favorable, dada de alta al 5° día postoperatorio. Actualmente se encuentra asintomática con un IMC de 25 kg/m<sup>2</sup>. **Comentarios:** En esta paciente es cuestionable la indicación de cirugía por su IMC y además considerando que aún hay poca evidencia sobre la plicatura gástrica laparoscópica. Con esta técnica se describe entre un 8% y 30% de re admisión por vómitos y dolor abdominal, algunos requiriendo

manejo quirúrgico con resección o reversión de la plicatura. En Chile, la plicatura gástrica es un procedimiento poco común y por lo tanto, el reporte de complicaciones de éstas son escasas.

### **HERNIA HIATAL PARA ESOFÁGICA POST BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE, POST GASTRECTOMÍA VERTICAL TUBULAR: RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA POR VÍA LAPAROSCÓPICA**

*Drs. Ítalo Braghetto Miranda, Owen Korn Bruzzone, Enrique Lanzarini S, Héctor Valladares Hernández Universidad de Chile. Departamento de Cirugía. Hospital Clínico de la Universidad de Chile.*

**Introducción:** Tanto la colocación de banda gástrica ajustable como la gastrectomía vertical tubular pueden presentar complicaciones severas como abscesos perigástricos, perforación, esofagitis graves, etc. **Objetivos:** Presentar la técnica quirúrgica (vídeo) de un caso clínico complejo de complicación post colocación de banda gástrica ajustable y luego post gastrectomía vertical tubular resuelto exitosamente por vía laparoscópica. **Descripción de video:** *Caso Clínico:* Paciente de sexo femenino, 25 años, IMC 42 kg/m<sup>2</sup> que se sometió a colocación de banda gástrica ajustable por vía laparoscópica. Dos años más tarde debido a la erosión gástrica y perforación se confirmó un absceso perigástrico. Ella fue sometida a drenaje laparoscópico y la extracción de la banda. Seis meses más tarde, debido a reganancia progresiva de peso se efectuó una gastrectomía vertical tubular sin complicaciones tempranas. Sin embargo, 1 año después el paciente presentó dolor retro-esternal y síntomas de reflujo intratables. Endoscopia y RxEED demostraron una gran hernia para-esofágica. Se muestra video que incluye los hallazgos del estudio preoperatorio, los hallazgos intra- operatorios y la técnica utilizada que consistió en una re-resección gástrica vertical hiatoplastia hiatal. **Comentarios:** Sin complicaciones postoperatorios y a los 6 meses de seguimiento no presenta síntomas de reflujo, con buena calidad vida y un IMC = 26,1 kg/m<sup>2</sup>. Se muestran las figuras que presentan los hallazgos pre y postoperatorios. Conclusión: el abordaje laparoscópico es factible y puede ser seguro en la resolución de la hernia hiatal post cirugía bariátrica.

### **CONVERSIÓN DE GASTRECTOMÍA VERTICAL TUBULAR A BYPASS GÁSTRICO RESECTIVO POR ESOFAGITIS EROSIVA SEVERA**

*Drs. Ítalo Braghetto Miranda, Owen Korn Bruzzone, Héctor Valladares Hernández Universidad de Chile. Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile.*

**Introducción:** La gastrectomía vertical tubular es la técnica quirúrgica más empleada en los últimos años

con baja tasa de complicaciones postoperatoria precoz y mortalidad casi nula. Sin embargo, la complicación alejada más severa es la esofagitis erosiva e incluso aparición de Esófago de Barrett. **Objetivos:** Presentar la técnica quirúrgica videolaparoscópica de conversión de gastrectomía vertical tubular a *bypass* gástrico resectivo para el tratamiento de esofagitis erosiva severa post gastrectomía vertical tubular. **Descripción de vídeo:** Paciente de sexo femenino sometida a gastrectomía vertical tubular 3 años antes y que desarrolla síntomas de reflujo gastroesofágico que no responde a tratamiento con inhibidores de bomba de protones a pesar del uso del doble dosis de lo habitual. La endoscopia demostró una esofagitis erosiva severa grado C de Los Ángeles y la radiología demostró una dilatación del fondo gástrico y una estenosis relativa del cuerpo gástrico. Por esta razón se indica conversión a *bypass* gástrico resectivo. Técnica quirúrgica: se efectuó liberación de adherencias disección de curvatura mayor del antro hasta más allá del píloro, sección de arteria pilórica, sección del duodeno y disección de curvatura menor por debajo de arteria cardio-tuberositaria, transección del estómago tubulizado y luego gastroyeyunoanastomosis en Y de Roux según técnica brasileña. El vídeo muestra los detalles de la técnica. **Comentarios:** Excelente evolución postoperatoria sin complicaciones, desaparición de los síntomas de reflujo y mejoría de la esofagitis erosiva. Actualmente sin necesidad de tratamiento con inhibidores de la bomba de protones. **Conclusión:** La conversión a *bypass* gástrico es el tratamiento de elección para el reflujo gastroesofágico y esofagitis erosiva.

### EVENTRACIÓN POR ORIFICIO DE TROCAR POST CIRUGÍA BARIÁTRICA

*Drs. Owen Korn Bruzzone, Héctor Valladares Hernández, Gustavo Martínez Riveros, Ítalo Braghetto Miranda*  
Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento de Cirugía.

**Introducción:** La eventración o hernia en orificios de trocates post cirugía bariátrica es una complicación de rara ocurrencia y se observa con más frecuencia en el seguimiento alejado. Como toda hernia, su complicación aguda amenaza la vida del paciente. **Objetivos:** Presentar el diagnóstico y la resolución quirúrgica (vídeo) de un caso de una eventración atascada en el orificio de trocar, en el postoperatorio inmediato de un *bypass* gástrico. **Descripción de vídeo:** Breve reseña del caso, Mujer, 35 años, IMC 40 kg/m<sup>2</sup> sometida a *bypass* gástrico laparoscópico. Dada de alta al tercer día, inicia al quinto día dolor en flanco izquierdo y sensación nauseosa, que se maneja sintomáticamente. Cuarenta y ocho horas después el dolor se intensifica, se agrega flatulencia de mal olor y vómitos. Sin tránsito y escasa eliminación de gases. ECO y TAC de abdomen

demuestran asa herniada en sitio de orificio de trocar que coincide con dolor. No se palpa masa. Se muestra la exploración laparoscópica y el hallazgo de una eventración del asa alimentaria con compromiso parcial de su pared (Tipo Richter). Se observa la reducción del asa con maniobras intraabdominales y desde el exterior. El asa está vital. Se cierran los orificios de trocates. **Comentarios:** La eventración aguda de un asa en los orificios de trocates postcirugía bariátrica es descrita como una complicación infrecuente y tardía, pero puede ser precoz y debe sospecharse pudiendo ser resuelta laparoscópicamente si el diagnóstico es oportuno.

### COLECISTITIS AGUDA Y PANCREATITIS SECUNDARIA A INTUSUSCEPCIÓN GÁSTRICA POST BYPASS GÁSTRICO

*Dr. Alberto Pérez Castilla*  
Clínica Indisa. Servicio de Cirugía Mínimamente Invasiva. Universidad Andrés Bello.

**Introducción:** Evolución no habitual post *bypass* gástrico de dolor abdominal llegando a cuadro pancreatobiliar. **Objetivos:** Manejo operatorio de intususcepción gástrica en duodeno. **Descripción de vídeo:** Hallazgo y manejo quirúrgico de esta rara complicación y su causa. **Comentarios:** Manejo de cirugía mínimamente invasiva.

### OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIO A BALÓN GÁSTRICO MIGRADO AL INTESTINO DELGADO MANEJO TOTALMENTE MÍNIMAMENTE INVASIVO

*Dr. Alberto Pérez Castilla*  
Clínica Indisa. Servicio de Cirugía Mínimamente Invasiva. Universidad Andrés Bello.

**Introducción:** Se presenta caso varón con balón gástrico para manejo de su obesidad que presenta cuadro agudo de dolor abdominal. **Objetivos:** Se presenta como se realiza el diagnóstico y la planificación para su extracción mínimamente invasiva. **Descripción de vídeo:** Muestra la técnica por vía laparoscópica combinada con endoscopia. **Comentarios:** Resultado satisfactorio y alta precoz.

### TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL DIVER-TÍCULO DE ZENKER

*Drs. Jean Phillipe Bachler González, Ricardo Mejía Martínez, Enrique Norero Muñoz, Marco Ceroni Villanelo, Cristian Martínez Belmar*  
Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río. Puente Alto, Santiago. Departamento de Cirugía.  
Cirugía Esófago-Gástrica.

**Introducción:** El divertículo faríngeo-esofágico o de Zenker constituye una patología de baja prevalencia

pero de abordaje complejo. La resección del divertículo, asociada a la miotomía del músculo cricofaríngeo por vía abierta, es actualmente el estándar de tratamiento. Sin embargo, el desarrollo de técnicas mínimamente invasivas, entre ellas la endoscopia terapéutica, han abierto nuevas posibilidades en el manejo de esta condición. **Objetivos:** Describir y presentar la técnica de tratamiento del divertículo de Zenker mediante endoscopia flexible. **Descripción de vídeo:** Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 70 años que refiere disfagia lórica de varios meses de evolución. El estudio endoscópico muestra un divertículo de Zenker de base ancha, sin otros hallazgos patológicos. Estudio contrastado con radiografía esófago-estómago-duodeno confirma el diagnóstico. Dadas las características anatómicas del divertículo, se propone para manejo endoscópico. El procedimiento se realiza en pabellón, bajo anestesia general. La paciente es colocada en decúbito lateral izquierdo. Se realiza endoscopia de control, que localiza el divertículo. A continuación, se introduce por vía endoscópica un sobretubo ranurado que permite la exposición de la banda cricofaríngea. Se procede a la sección de ésta mediante cuchillo monopolar y hemostasia con pinza bipolar. Una vez lograda una adecuada sección de la banda, se retira el sobretubo y se realiza una endoscopia de control. La paciente es posteriormente trasladada a sala de cirugía para su monitorización. Veinticuatro horas posterior al procedimiento, se realiza un estudio de deglución con contraste hidrosoluble para descartar posibles filtraciones y evaluar el paso a través del esófago proximal. Frente a un estudio negativo para filtración, la paciente es realimentada con líquidos y dada de alta según tolerancia oral. **Comentarios:** El manejo endoscópico del divertículo de Zenker es una alternativa segura y que tendría potenciales ventajas frente a la cirugía clásica, particularmente en relación a la recuperación y complicaciones asociadas.

## PERFORACIÓN GÁSTRICA POR AGUJA DE VERESS

*Drs. Jorge Luis Rojas Caro, Verónica Nancy Azabache Caracciolo, Patricio Olivares Pardo, Alfredo Parra Lucares, Paulo César Pereira Barrera*  
Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento de Cirugía.

**Introducción:** La creación del neumoperitoneo es el primero y más crítico de los pasos en los procedimientos laparoscópicos por el significativo riesgo de daño vascular o visceral. La técnica más frecuentemente utilizada es el abordaje a ciegas utilizando la aguja de Veress la que puede traer diversas complicaciones. **Objetivos:** Presentar el vídeo de un caso de perforación gástrica por inserción de la aguja de Veress. **Descripción**

**de vídeo:** Paciente de 49 años, que ingresa para realizarse colecistectomía por vía laparoscópica de forma electiva. Luego de 3 intentos de realizar neumoperitoneo con aguja de Veress, se decide introducir el laparoscopio bajo visión directa, evidenciándose gran dilatación gástrica y 3 perforaciones por aguja de Veress. Se instala sonda nasogástrica que da salida a aire, se realiza colecistectomía sin incidentes y se reparan perforaciones gástricas con 4 puntos seromusculares intracorpóreos con Byosin 3-0. Paciente evoluciona favorablemente, siendo dada de alta al siguiente día postoperatorio. Al control se mantiene en buenas condiciones. **Comentarios:** Se ha descrito que la prevalencia de las lesiones causadas por la aguja de Veress es de 0,23%. De estas: 3,7% corresponden a lesiones mayores (71,2% vasculares y 2,8% injurias intestinales). Otras lesiones pueden ser la punción del epiplón, urológicas y daño de estructuras retroperitoneales entre otras. En este caso, las lesiones al estómago pueden ser tratadas conservadoramente o se puede realizar la sutura simple de manera abierta o laparoscópica como el presentado en este caso.

## VÍDEO DE RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA DE TRICOBEOZAR GÁSTRICO GIGANTE, COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN CONSULTA EN SERVICIO DE URGENCIA

*Drs. Erick Magariños Eguez, Natalia Aldana Landeros, José Miguel López Valladares, Enzo Canese Fuentes, Alonso Pardo Gamboa, Rinaldo Basso Muñoz*  
Complejo Hospitalario San José. Independencia, Santiago. Servicio de Urgencia. Universidad de Santiago de Chile.

**Introducción:** El bezoar se identifica en el humano como patología caracterizada por la acumulación en el tiempo de tejido foráneo en el tracto digestivo. Esta acumulación puede ser por fibras vegetales con digestión incompleta o fitobezoar, por cabello o tricobezoar. Este último se asocia generalmente a tricofagia. **Objetivos:** Mostrar el vídeo de un tricobezoar gástrico gigante, diagnosticado por vía endoscópica y resuelto por vía laparoscópica mínimamente invasiva. **Descripción de vídeo:** Mediante laparoscopia se procede a la apertura anterior de la cámara gástrica, se ubica el tricobezoar gigante, se inicia la extracción a través de la gastrostomía anterior. Se amplía de forma longitudinal la gastrostomía para facilitar la extracción completa. Se continúa con la progresión de la extracción quirúrgica. Se introduce vía trocar, bolsa plástica estéril para contención y extracción en masa del tricobezoar, Se procede a la exteriorización de la bolsa con el bezoar a través de incisión periumbilical. Se muestra parte de la pieza quirúrgica extraída del lumen gástrico. Mediante la incisión T1 peri umbilical ampliada, se realiza gastrotomía en dos planos, Finalmente vía laparoscopia

se realiza aseo y control de gastrorrafia. **Comentarios:** Este vídeo corresponde al caso de una mujer de 22 años. Que consultó por cuadro de dolor epigástrico, vómitos, diarrea, baja de peso. Además episodios de tricotilomanía y tricofagia. Examen físico; masa de gran tamaño desde epigastrio a hipocondrio izquierdo, de aproximadamente 8 x 5 cm, móvil, dolorosa a la palpación.

### SECUENCIA DE TRATAMIENTO MÍNIMAMENTE INVASIVO EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER GÁSTRICO

*Drs. Erick Castillo Franz, Rodrigo Muñoz Claro, Andrés Donoso Durante, Sergio Guzmán Bondiek, Fernando Crovari Eulufi*

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

**Introducción:** El cáncer gástrico es la primera causa de muerte por cáncer en Chile y la sobrevida se encuentra en directa relación con la etapa de la enfermedad. La disección submucosa endoscópica (DSE) es una técnica endoscópica que permite la resección en bloque de tumores incipientes mayores a 2 cm. Los pacientes que presentan un margen profundo positivo o que tienen riesgo de metástasis linfáticas, deben ser sometidos a cirugía con disección ganglionar. **Objetivos:** Describir la técnica de DSE y gastrectomía total D2 laparoscópica en paciente con cáncer gástrico incipiente. **Descripción de vídeo:** Presentamos el caso de una paciente de 72 años. En estudio por anemia se detecta lesión de 15 mm en curvatura menor subcardial cuya biopsia informa adenoma túbulo veloso con displasia epitelial de alto grado y focos sugerentes de infiltración. Se realiza DSE, cuya biopsia informó adenocarcinoma bien diferenciado infiltrante de la submucosa y compromiso de borde profundo de sección. Se realiza gastrectomía total D2 laparoscópica, con biopsia que determina cáncer gástrico pT1bN0M0. Paciente evoluciona favorablemente y se mantiene en seguimiento. **Comentarios:** El tratamiento del cáncer gástrico a través de DSE y cirugía laparoscópica es una opción segura y efectiva en términos oncológicos, con los beneficios del abordaje mínimamente invasivo.

### PASOS ESENCIALES EN LA FUNDOPLICATURA DE NISSEN POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y HERNIA HIATAL TIPO I

*Drs. Attila Csendes Juhasz, Jaime Castillo Koch, Gustavo Martínez Riveros, Marcelo Zamorano Díaz*  
Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento de Cirugía. Equipo Esófago Gástrico.

**Introducción:** La cirugía en pacientes con reflujo gastroesofágico tiene indicaciones precisas basadas en un

completo estudio preoperatorio. **Objetivos:** Demostrar los pasos quirúrgicos esenciales al realizar la fundoplicatura vía laparoscópica. **Descripción de vídeo:** 1. Disección del ángulo de His. 2. Abordaje a derecha y posterior. 3. Reducción herniaria. 4. Identificación de los pilares. 5. Sección de vasos cortos. 6. Cierre de pilares. 7. Fundoplicatura en 360° de 4 cm. 8. Fundofrenopexia anterior. **Comentarios:** Este procedimiento debe ser realizado después de un exhaustivo estudio preoperatorio y por cirujanos dedicados al área esofagogastrica.

### ESOFAGECTOMÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA POR VTC Y LAPAROSCOPIA, PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER ESOFÁGICO

*Drs. Rodrigo Abularach Cuellar, Javier Reyes Illanes, Felipe Castillo Henríquez, Pablo Meneses Rojo*  
Hospital Barros Luco Trudeau. San Miguel, Santiago. Equipo de Cirugía Digestiva, Servicio de Cirugía.

**Introducción:** La incidencia del adenocarcinoma esofágico ha aumentado de manera importante en la actualidad. La esofagectomía continua siendo el tratamiento de elección. El abordaje por toracotomía se asocia a una morbimortalidad cercana al 6-7% en centros especializados. El desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva en la resección esofágica ha mostrado ser una alternativa para el tratamiento quirúrgico tradicional. Aunque en general se asocia a un mayor tiempo operatorio, se describe menor sangrado intraoperatorio, menor tiempo de hospitalización, mortalidad 1-2% y disminución de las complicaciones respiratorias. **Objetivos:** Dar a conocer la técnica quirúrgica de esofagectomía mínimamente invasiva, utilizada en el tratamiento de un paciente con cáncer esofágico. **Descripción de vídeo:** Paciente de sexo masculino, 68 años, con antecedentes de fibrilación auricular, consulta por disfagia lórica cuyo estudio fue compatible con adenocarcinoma esofágico de tercio medio operable. Se realizó procedimiento: 1° tiempo torácico: paciente en posición prono, videotoracoscopía derecha, esofagolisis y disección ganglionar, instalación de pleurostomía aspirativa. 2° tiempo abdominal y cervical: paciente en posición francesa, disección de hiato y ligamento gastrocólico, identificación y ligadura de arteria gástrica izquierda, piloroplastia, tubulización gástrica y ascenso por vía cervical por cervicotomía. Se finaliza con anastomosis esofagogastrica cervical. **Comentarios:** Evoluciona sin complicaciones, se decide alta a los 10 días postoperatorio. La esofagectomía mínimamente invasiva es alternativa segura y efectiva en el manejo quirúrgico de pacientes con cáncer de esófago, con una significativa menor morbimortalidad asociada al procedimiento.

## MODELO DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN LA INSTALACIÓN DE CATÉTERES DE PERITONEODIÁLISIS POR VÍA LAPAROSCÓPICA. DESCRIPCIÓN DEL MODELO Y LA TÉCNICA

*Drs. Manuel Vial Gallardo, Valeria Epulef Sepúlveda, Roberto Andrés Durán Fernández, Álvaro Enrique Visscher Oyaneder, Carlos Durán Salazar, Virginia Ortiz Aros, Carla Recabarren Vega, Verónica San Martín Osses* Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco. Cirugía. Universidad de la Frontera.

**Introducción:** La recuperación acelerada en distintos tipos de cirugía descrita por Henry Kehlet es una forma de hacer cirugía utilizando los aportes de la medicina basada en la evidencia. La peritoneodiálisis (PD) por su parte, ha sido un área más que se ha ido sumando a este objetivo. Las ventajas que ofrece como mejorar la calidad de vida debido a una mayor movilidad e independencia de los pacientes, además de permitir mantener una función renal residual y baja mortalidad en los primeros años tras inicio de la PD, por tanto, constituyen hoy en día una alternativa a valorar al momento de decidir el tipo de diálisis.

**Objetivos:** Presentar un modelo de cirugía mayor ambulatoria de instalación de catéter de PD por vía laparoscópica. **Descripción de vídeo:** Material y Método: Un paciente de género de masculino de 60 años con indicación de terapia de reemplazo renal vía PD. Se presenta vídeo de instalación de catéter de diálisis peritoneal en paciente asa III, bajo modelo de cirugía mayor ambulatoria. Previa entrevista con equipo multidisciplinario, paciente ingresa directamente desde su domicilio a pabellón cirugía mayor ambulatoria, sometiéndose a instalación de catéter de PD por vía laparoscópica con catéter tipo recoil y bajo anestesia general, se utiliza dos puertos laparoscópicos uno de 10 y otro de 5 mm, paciente en un lapso de 3 h de recuperación anestésica y adaptación al medio es dado de alta a su domicilio una vez cumplido criterios de alta de score de Chung y Alderete. Paciente es seguido vía telefónica y no presenta complicaciones. **Comentarios:** La instalación de un modelo de cirugía mayor ambulatoria en la instalación de catéter de PD en pacientes asa III es absolutamente factible.

## HERNIOPLASTÍA INGUINAL AMBULATORIA CON ANESTESIA LOCAL

*Drs. Cristóbal Azócar Bizama, Juan Carlos Justiniano Peralta, Diego Ignacio González Carvajal, Juan Pablo Rengel Goitia, Alberto Acevedo Fagalde* Universidad de Chile. Servicio de Cirugía Hospital del Salvador, Equipo de Cirugía Digestiva Alta y Pared Abdominal. Departamento de Cirugía Oriente, Universidad de Chile.

**Introducción:** A partir de los años 60 se aprecia un auge de la cirugía mayor ambulatoria (CMA). Las comorbilidades y edad avanzada de algunos pacientes hacen más

riesgoso el uso de anestesia espinal y general, aumentando éstas la estadía postoperatoria y complicaciones asociadas a anestesia. La baja morbilidad y buenos resultados postoperatorios han llevado a desarrollar protocolos simples y seguros para el manejo de hernias de la pared abdominal en CMA con anestesia local. **Objetivos:** Presentar el vídeo de una hernioplastia inguinal con anestesia local operado bajo el sistema de Cirugía Mayor Ambulatoria. **Descripción de vídeo:** Aseo y antisepsia de piel con clorhexidina. Infiltración con solución de lidocaína alcalinizada por planos y bloqueo. Incisión transversa suprapúbica derecha con bisturí frío. Apertura de aponeurosis del músculo oblicuo externo, identificando nervios ileohipogástrico e ileoinguinal. Abordaje transcremastérico. Invaginación del saco herniario con jareta de vicryl 2-0. Implante de malla ultrapro 6 x11 cm fijándola con prolene 2-0 y vicryl 2-0 a arco del transverso según técnica de Lichtenstein. Baño con anestésico remanente en zona operatoria y hemostasia prolija. Vicryl 2-0 corrido a aponeurosis del músculo oblicuo externo y separado a celular. Ethilon 4-0 intradérmico a piel. Paciente se muestra caminando a los 15 min postoperatorios, siendo dado de alta a las dos horas. **Comentarios:** La CMA con anestesia local en hernias inguinales ha demostrado ser una técnica eficaz, segura, de baja morbilidad y con una elevada satisfacción del usuario en el postoperatorio precoz y a corto plazo permitiendo ser una excelente instancia docente.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO LAPAROSCÓPICO DE LA HERNIA DE MORGAGNI: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Drs. Gustavo Czwiklitzer Sumar, Nicolás Ignacio Arriagada Arriagada, Borja Carreño Marambio, Manuel Antihuala Catricura*

Hospital San Juan de Dios, Santiago. Departamento de Cirugía Digestiva Alta. Universidad de Chile.

**Introducción:** La hernia de Morgagni es una anomalía congénita del diafragma, causada por un defecto antero-medial entre sus inserciones costal y esternal, este orificio conocido como foramina de Morgagni está localizado inmediatamente adyacente al apéndice xifoides. Su presentación es infrecuente en el adulto, por lo que en la mayor parte de los casos su diagnóstico se establece como un hallazgo incidental. **Objetivos:** Presentar caso clínico de hernia de Morgagni en paciente adulto y su reparación laparoscópica (vídeo). **Descripción de vídeo:** Paciente de 68 años con antecedentes de hipotiroidismo, cesárea y hernia incisional, se controla por presentación de hernia inguinal bilarteral y hernia de la línea alba. En control en consultorio refiere dolor vago en zona epigástrica de larga data. Concorre a policlínico de cirugía con TAC que pesquiza una hernia diafragmática anterior derecha, que se identifica como hernia de Morgagni. Se solicitan exámenes preoperatorios y se programa pabellón. Detalles operatorios: Neumoperitoneo a 15 mmHg.

Trócares según técnica francesa. Se aprecia hernia de Morgagni de aprox. 10 cm de diámetro en anillo. Se reduce el contenido de epiplón mayor, se libera ligamento redondo y se instala Ethicon Physiomesh intraperitoneal fijada con Secure Strap. Se realiza hemostasia prolija y posterior retiro de trocares. Se cierra aponeurosis y piel. Se clasifica la herida operatoria como limpia. Paciente evoluciona en buenas condiciones generales, afebril, sin dolor, por lo que se le indica el alta médica. Se controla a las 3 semanas con favorable evolución. **Comentarios:** El tratamiento quirúrgico de la Hernia de Morgagni mediante hernioplastia laparoscópica con malla ha probado ser eficaz en el manejo sintomático, ofrece la ventaja de ser mínimamente invasiva, generar menor dolor en el paciente, recuperación más rápida, menor estancia hospitalaria, disminución de las complicaciones asociadas a la herida operatoria y recurrencia prácticamente nula.

### PASOS QUIRÚRGICOS EN LA REPARACIÓN DE LA HERNIA HIATAL GIGANTE TIPO III

*Drs. Attila Csendes Juhasz, Jaime Castillo Koch, Gustavo Martínez Riveros, Marcelo Zamorano Díaz*  
Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento de Cirugía. Equipo Esófago-Gástrico.

**Introducción:** La hernia hiatal gigante tipo III es aquella que mide más de 5 cm. y puede presentar complicaciones como el vólvulo gástrico. **Objetivos:** Demostrar los pasos quirúrgicos principales en la reparación de la hernia hiatal con reflujo gastroesofágico. **Descripción de vídeo:** 1. Reducción de la hernia hiatal. 2. Disección y resección del saco herniario: a. Sección vasos cortos. b. Resección de lipoma preherniario. c. Identificación de nervio vago posterior. d. Resección de saco herniario. 3. Disección de esófago mediastínico. 4. Disección e identificación de los pilares. 5. Cierre de los pilares. 6. Instalación de malla. 7. Funduplicatura en 360° y 4 cm. 8. Fundofrenopexia anterior. **Comentarios:** La hernia hiatal gigante tipo III es una condición compleja que requiere buena evaluación preoperatoria y abordaje por cirujanos dedicados al tema.

### REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA DE MORGAGNI EN ADULTO

*Drs. Jorge Bravo López, Ismael Court Rodríguez, Francisco Suárez Vásquez, José Cortés Arteaga, David Bravo López, Cristóbal Azócar Bizama, Diana Bravo López, Juan Contreras Parraguez*  
Clínica Santa María. Cirugía Digestiva.

**Introducción:** La hernia de Morgagni-Larrey, es un defecto diafragmático congénito infrecuente (2-3%), debido a una alteración en la fusión del septum transversum del diafragma con los arcos costales, formando un espacio potencialmente débil susceptible de ser sobrepasado por el contenido visceral abdominal debido al aumento de presión. La reparación es quirúrgica y consiste en

corregir dicho defecto con el anclaje del diafragma y reforzamiento con malla. El abordaje laparoscópico constituye una herramienta eficaz y con ventajas claras frente al abordaje abierto tradicional. **Objetivos:** Presentar el vídeo de una reparación laparoscópica de hernia diafragmática congénita de Morgagni en adulto, con anclaje del diafragma y reforzamiento con malla. **Descripción de vídeo:** Paciente de 35 años sin antecedentes, ingresa al servicio de urgencia con cuadro de disnea y dolor torácico derecho. TAC: gran defecto diafragmático de la región anteromedial con paso de colon transverso y epiplón. Se realiza exploración laparoscópica en posición francesa y técnica de 5 trócares, encontrando defecto en concordancia con TAC de 10 x 12 cm, se reduce todo el contenido colónico y epiplón sin resecar saco. Se ancla borde anterior libre de diafragma con puntos interrumpidos monofilamento irreabsorbibles que se fijan transparietalmente (Técnica de Newman). Se refuerza la reparación con malla Simbotec®. Procedimiento sin incidentes, tiempo quirúrgico: 50 min. Paciente con buena evolución, reexpansión completa del pulmón y alta al tercer día. **Comentarios:** La vía laparoscópica es un abordaje eficaz en la corrección de los defectos diafragmáticos. En el caso particular se evidencia su factibilidad y ventajas del acceso mínimamente invasivo en hernias congénitas grandes.

### NECROSIS INFECTADA PANCREÁTICA MANEJO MÍNIMAMENTE INVASIVO COMBINADO LAPAROSCÓPICO Y ENDOSCÓPICO INTRAPERITONEAL

*Dr. Alberto Pérez Castilla*  
Clínica Indisa. Servicio de Cirugía, Servicio de Endoscopia. Universidad Andrés Bello.

**Introducción:** El manejo de la necrosis infectada post pancreatitis es de difícil manejo. Caso único de manejo laparoscópico y endoscópico intraperitoneal. **Objetivos:** Nueva técnica de ayuda para encontrar focos de necrosis y resolución. **Descripción de vídeo:** Técnica mixta vía intraperitoneal. **Comentarios:** Éxito del manejo propuesto.

### SEGMENTECTOMÍA LATERAL HEPÁTICA LAPAROSCÓPICA POR LITIASIS INTRAHEPÁTICA ASOCIADA A EXTRACCIÓN DE UN GRAN CÁLCULO COLEDOCIANO POR COLEDOTOMÍA SIMULTÁNEA

*Drs. Eduardo Viñuela Fawaz, Marcel Paolo Sanhueza García, Rose Marie Mege Rivas, Eduardo Briceño Valenzuela, Constanza Godoy Santin, Alfonso Díaz Fernández*  
Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río. Puente Alto, Santiago. Equipo de Cirugía Hepato Pancreato Biliar, Servicio de Cirugía.

**Introducción:** La litiasis biliar intrahepática localizada es una indicación aceptada de hepatectomía y que muchas veces se asocia a colédocolitiasis simultánea.

Frecuentemente, la resolución de estas patologías se efectúa en 2 etapas, primero una colangiografía endoscópica retrógrada (CPRE) y, luego, la hepatectomía. **Objetivos:** Demostrar la utilidad del abordaje laparoscópico en el tratamiento de problemas biliares complejos, específicamente, resolver la litiasis intrahepática y la colédocolitiasis en un solo procedimiento. **Descripción de vídeo:** Se presenta el vídeo de una hepatectomía laparoscópica del segmento lateral asociado a la exploración del colédoco por coledocotomía con extracción de un gran cálculo coledociano. El cierre de la coledocotomía es mediante coledocorrafia doble continua de material reabsorbible, sin uso de sonda Kehr. La extracción de la pieza operatoria es a través de una minilaparotomía. **Comentarios:** El paciente evoluciona en forma muy favorable, sin complicaciones, y es dado de alta al segundo día postoperatorio con drenaje. Del drenaje nunca sale bilis y una ecografía al quinto día postoperatorio no muestra colecciones ni líquido libre, retirándose el drenaje. A 9 meses de la intervención el paciente se mantiene asintomático. El abordaje laparoscópico de patología biliar más compleja es posible con buenos resultados. En este caso, además, evitó un procedimiento adicional (CPRE).

### RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DEL LÓBULO CAUDADO DEL HÍGADO POR METÁSTASIS HEPÁTICA

*Drs. Eduardo Viñuela Fawaz, Marcel Paolo Sanhueza García, Rose Marie Mege Rivas, Eduardo Briceño Valenzuela, Constanza Godoy Santin, Alfonso Díaz Fernández*

Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río. Puente Alto, Santiago. Equipo de Cirugía Hepato Pancreato Biliar, Servicio de Cirugía.

**Introducción:** La resección del lóbulo caudado del hígado es técnicamente demandante y requiere, habitualmente, una amplia laparotomía para exponer en forma adecuada este segmento. El abordaje laparoscópico ofrecería ventajas en la exposición de esta localización posterior lo que podría beneficiar la recuperación postoperatoria. **Objetivos:** Demostrar la utilidad del abordaje laparoscópico para la resección del lóbulo caudado del hígado. **Descripción de vídeo:** El caso es un hombre de 51 años sometido a una hemicolectomía derecha en diciembre de 2013. Etapificación postoperatoria pT3N1, recibió 12 ciclos de FOLFOX adyuvante. En TAC/RNM de mayo de 2015 se pesquisa metástasis única de 2 cm del lóbulo caudado de hígado. Se presenta un vídeo con la resección laparoscópica del lóbulo caudado. Al acceder a la cavidad peritoneal no hay otros sitios de diseminación y la ecografía intraoperatoria confirma que la lesión del segmento 1 es única. Se moviliza completamente el segmento lateral con lo que se obtiene una excelente exposición del lóbulo caudado. Se libera progresivamente el lóbulo caudado de la vena

cava inferior y se seccionan las pequeñas ramas pediculares. La transección hepática se efectúa con Ligasure y la pieza se retira en guante por un sitio de trocar ampliado. Los bordes macroscópicos son adecuados. La intervención dura 150 min y el sangrado es mínimo. **Comentarios:** El paciente evoluciona sin complicaciones y es dado de alta al día siguiente de la operación con drenaje. Del drenaje nunca sale bilis y se retira al quinto día luego de una ecografía sin colecciones. La resección laparoscópica del lóbulo caudado presenta ventajas para la recuperación postoperatoria además de ofrecer una visualización óptima de una zona anatómica de difícil acceso. En casos bien seleccionados pudiera considerarse como la técnica de elección.

### HEPATECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA CON ABORDAJE ANTERIOR DE LA VENA CAVA: UNA GUÍA PARA LA TRANSECCIÓN HEPÁTICA

*Drs. Eduardo Viñuela Fawaz, Marcel Paolo Sanhueza García, Rose Marie Mege Rivas, Eduardo Briceño Valenzuela, Constanza Godoy Santin, Cristian Andrés Díaz Méndez, Alfonso Díaz Fernández, Eduardo Vega Pizarro, Gloria Aguayo Bonniard, Paulina González Canales, Sergio Báez Vallejos, Enrique Norero Muñoz, Marco Ceroni Villanelo, Cristian Martínez Belmar, Mario Caracci Lagos*

Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río. Puente Alto, Santiago. Equipo de Cirugía Hepato Pancreato Biliar, Servicio de Cirugía.

**Introducción:** La hepatectomía derecha laparoscópica es un procedimiento que ha ganado popularidad en años recientes, aunque técnicamente demandante. La transección hepática es, probablemente, el tiempo quirúrgico más exigente debido a la dificultad en mantener la orientación y el riesgo de lesión de venas hepáticas. Actualmente no existe consenso respecto del método de transección óptimo. **Objetivos:** Demostrar el método de transección hepática con abordaje anterior a la vena cava inferior durante la hepatectomía derecha laparoscópica. **Descripción de vídeo:** El caso corresponde a un hombre de 34 años sometido a colectomía total por un cáncer de sigmoides y poliposis familiar en marzo de 2015. Etapificación postoperatoria T3N1. Portador de 2 metástasis hepáticas sincrónicas resecables en segmento 8 (8,5 cm) y 5 (3 cm), recibió 4 ciclos de FOLFOX neoadyuvante con respuesta parcial. Se presenta el vídeo de la resección hepática laparoscópica. La exploración muestra una metástasis no diagnosticada del segmento 3, superficial, 2 cm. La ecografía intraoperatoria no muestra otras lesiones. Metastasectomía S3. Abordaje del hilio. Sección del inflow vascular (trifurcación portal). Demarcación. Transección con armonico y bipolar manteniendo siempre la vena cava inferior como guía. *Stapler* al pedículo intrahepático derecho. Sección de venas hepáticas derechas (2). Li-



beración de adherencias al diafragma. Extracción de la pieza en bolsa por minilaparotomía. Bordes adecuados. Duración 7 h, sangrado 100 cc. **Comentarios:** Evoluciona sin complicaciones. Alta al cuarto día postoperatorio con drenaje que se retira al séptimo día. El abordaje anterior de la vena cava es útil para realizar una transección mejor orientada y segura.

## HIDATIDOSIS HEPÁTICA LAPAROSCÓPICA

*Dr. Domingo Montalvo Vásquez*  
Hospital Dr. Juan Noé Crevanni.

**Introducción:** La hidatidosis es una zoonosis parasitaria causada por cestodos del género *Echinococcus* que afecta principalmente al hígado. En el extremo norte del país son escasos los reportes de esta patología. **Objetivos:** Presentar un vídeo de una quistectomía hepática bilateral laparoscópica. **Descripción de vídeo:** Paciente obesa de 44 años que posee un criadero de jabalís en una zona rural a las afueras de Arica. En contexto de estudio pre cirugía bariátrica se detectan en la ecografía abdominal 2 lesiones quísticas hepáticas uniloculadas, una de 10 cm en el Segmento II y otra de 6 cm en el VII. Estas lesiones se confirmaron con TAC, diagnosticándose hidatidosis hepática CE1 según la clasificación de la OMS. Se realiza abordaje laparoscópico, aislando los quistes con gasas empapadas de suero hipertónico al 20% y posteriormente se punciona y aspira el contenido citrino de los quistes. Luego se inyecta la solución hipertónica dentro de los quistes, se esperan 10 min y se aspira el contenido. Se realiza destechamiento de los quistes con extracción completa de las vesículas, las que se retiran de la cavidad abdominal en bolsas. Se realiza revisión de las cavidades residuales, sin evidenciar comunicaciones con el árbol biliar. Finalmente se rellenan las cavidades con epiplón. **Comentarios:** El abordaje laparoscópico de esta patología es factible, sin embargo, hay que tomar las medidas necesarias para evitar la filtración accidental del contenido. La remoción de la membrana parasitaria, dejando la periquística, es una alternativa válida para el tratamiento de la hidatidosis hepática.

## RESECCIÓN DE CONDUCTO CÍSTICO REMANENTE LAPAROSCÓPICA POR COMPRESIÓN EXTRÍNSECA DE LA VÍA BILIAR

*Drs. Jacqueline Villanueva Benguria,*  
*Eduardo Schiefelbein Grossi, Félix Calleja Truylol,*  
*Agustín Aguilera Poblete*  
Hospital Naval Almirante Nef. Servicio de Cirugía.  
Universidad de Valparaíso.

**Introducción:** Paciente de sexo femenino de 40 años, con antecedentes de dos embarazos, resección endoscópica de carcinoide gástrico en control, colecistectomía laparoscópica por colecistitis aguda litiasica en enero de 2014 sin complicaciones. Presenta cuadro de ictericia

obstructiva más náuseas y dolor abdominal persistente de 7 días de evolución en julio de 2015, con elevación de pruebas hepáticas, parámetros infecciosos negativos y RNM más Colangio RNM que muestran vía biliar fina, sin litiasis, conducto cístico remanente dilatado que comprime extrínsecamente la vía biliar. **Objetivos:** Mostrar la edición del vídeo de la resección del conducto cístico remanente por vía laparoscópica, para aliviar su sintomatología. **Descripción de vídeo:** Liberación de adherencias perihepáticas, maniobra de Kocher, ubicación y disección de conducto cístico residual y vía biliar extrahepática clipaje a proximal de conducto cístico sección de remanente cístico enviando a biopsia diferida Secado, revisión de hemostasia. **Comentarios:** La paciente presentó mejoría clínica y de laboratorio posterior a la intervención, se fue de alta al tercer día postoperatorio. Biopsia reveló neuroma de amputación de remanente de conducto cístico, que equivale a una proliferación hiperplásica de axones, células de Schwann y fibroblastos en una matriz de colágeno que se forma en el extremo proximal de cualquier nervio seccionado, habitualmente secundario a trauma o cirugía, descrito como causa de obstrucción de vía biliar en complicaciones de trasplante hepático con mayor frecuencia, aunque sigue siendo una etiología poco frecuente de ictericia obstructiva.

## COLEDOCOLITOTOMÍA CON RAFIA PRIMARIA MÁS COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA PARA TRATAMIENTO DE COLEDOCOLITIASIS

*Drs. Rodrigo Abularach Cuellar, Javier Reyes Illanes,*  
*Felipe Castillo Henríquez, Daniel Hernández Clarck*  
Hospital Barros Luco Trudeau. San Miguel, Santiago.  
Equipo de Cirugía Digestiva, Servicio de Cirugía.

**Introducción:** La coledocolitiasis se presenta del 8 al 20% de los pacientes con colelitiasis. Esta puede ser causante de otras patologías graves como lo son la pancreatitis aguda y la colangitis con su respectiva morbimortalidad. El tratamiento actualmente más utilizado es la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), sin embargo, en ocasiones ésta puede ser frustra, por lo que el abordaje laparoscópico aparece como una alternativa válida para su resolución. La experiencia del cirujano, el diámetro de la vía biliar y los insumos son factores que influyen en la decisión del procedimiento. **Objetivos:** Dar a conocer la técnica quirúrgica utilizada en la resolución de una paciente con diagnóstico de coledocolitiasis con CPRE frustra. **Descripción de vídeo:** Paciente de sexo femenino, 78 años, con antecedentes de diabetes mellitus, consultó por cuadro de ictericia obstructiva cuyo estudio demostró coledocolitiasis y colelitiasis. Se realizó CPRE que describe coledocolitiasis grande con extracción frustra, se efectúa papilotomía e instalación de endo-

prótesis, sin complicaciones. 3 días después, se realizó procedimiento: Paciente en posición e instalación de trocares según técnica francesa, colangiografía intraoperatoria transcística (CIO) que evidencia litiasis de 1,2 cm en colédoco, coledocotomía y extracción de litiasis, exploración con dormia y lavado de vía biliar, coledorrafia con monofilamento reabsorbible 4-0 sobre endoprótesis, CIO negativa para litiasis, se completa colecistectomía. Paciente sin complicaciones, se decide alta al tercer día. **Comentarios:** La coledocolitotomía con rafia primaria por vía laparoscópica constituye una alternativa eficaz y segura para el tratamiento de la coledocolitiasis en casos seleccionados.

## ENUCLEACIÓN LAPAROSCÓPICA DE INSULINOMA

*Drs. Rodrigo Abularach Cuellar, Felipe Castillo Henríquez, Javier Reyes Illanes, Ricardo Cerda Segali, Ángela Molero Tecedor*  
Hospital Barros Luco Trudeau. San Miguel, Santiago.  
Equipo de Cirugía Digestiva, Servicio de Cirugía.

**Introducción:** El insulinoma, representa una rara entidad, dentro de los tumores endocrinos. Su descripción, en un principio por Nicholls y corroborada por Whipple, data de principios del siglo XX. La incidencia de esta patología es 0,4 por 100.000 habitantes/año. 1) La distribución por géneros es similar en todas las series de cohorte y la mediana de edad de presentación son los 50 años. 2) La mayoría de estos tumores, son benignos y solitarios (90%). La resolución quirúrgica es el tratamiento definitivo, que dependerá fundamentalmente de la ubicación, tamaño y malignidad. La enucleación es el procedimiento más frecuentemente realizado en las series; la laparoscopia aparece como un abordaje seguro y confiable en algunos casos. **Objetivos:** Dar a conocer la técnica quirúrgica utilizada en la resolución de una paciente con diagnóstico de insulina de cuerpo. **Descripción de vídeo:** Paciente de sexo femenino, 81 años, con antecedentes de HTA, consultó por hipoglicemias sintomáticas cuyo estudio demostró hiperinsulinismo y tumor pancreático compatible con insulinoma. Se decide resolución quirúrgica por laparoscopia: paciente en posición francesa. Adherenciólisis, disección ligamento gastroesplenocólico, se identifica tumor y se diseña la cápsula, colocación punto de seda para tracción y disección por plano de clivaje. Extirpación, aseo y hemostasia. Instalación de drenaje tubular siliconado. **Comentarios:** Evolución post-quirúrgica favorable, curso con fístula pancreática tipo A tratada médicamente. Alta al 10 día postoperatorio. El insulinoma es un tumor infrecuente del páncreas. La resolución quirúrgica es mandatoria, donde la laparoscopia debe ser considerada.

## NECROSECTOMÍA PANCREÁTICA LAPAROSCÓPICA

*Dr. Marcelo Millán Alvarado*  
Universidad Austral de Chile. Instituto de Cirugía.  
Hospital Clínico Regional Valdivia.

**Introducción:** La infección de la necrosis en la pancreatitis aguda grave tradicionalmente se ha manejado por laparotomía o lumbotomía con elevada morbilidad y mortalidad postoperatoria. Como alternativas mínimamente invasivas han aparecido técnicas de drenaje percutáneo guiado por TAC, drenaje endoscópico transgástrico o por vía retroperitoneal y drenaje por vía laparoscópica. En general son técnicas complementarias o que tiene mejor rendimiento según el momento de la evolución de esta condición. **Objetivos:** Presentar vídeo editado de una necrosectomía pancreática laparoscópica como manejo de la infección de la necrosis en una pancreatitis aguda grave. **Descripción de vídeo:** Se presenta el caso de una paciente de 56 años que cursa con la infección de la necrosis en el transcurso de una pancreatitis aguda grave evaluado mediante Tomografía Axial Computada y que inicialmente se había realizado un drenaje percutáneo que fue insuficiente. Dada la persistencia del cuadro inflamatorio se realiza una necrosectomía laparoscópica que se presenta editada. **Comentarios:** La paciente evoluciona en forma satisfactoria sin complicaciones derivadas del procedimiento y necesidad de procedimientos adicionales.

## RESECCIÓN DE TUMORES PANCREÁTICO CON TÉCNICA MÍNIMAMENTE INVASIVA

*Dr. Luis Felipe Puelma Calvo*  
Clínica Las Condes. Cirugía Hepática y Pancreática.

**Introducción:** El tratamiento quirúrgico de lesiones tumorales pancreáticas es terapia de elección. La laparoscopia y robótica aparecen como la mejor alternativa para los pacientes tanto por pronóstico y confort de los pacientes, obteniendo resultados comparables a la cirugía abierta. Estas técnicas son de elección en tumores corporocaudales y cuando no se requiere de derivación de secreciones exocrinas de la glándula. **Objetivos:** Mostrar la técnica utilizada con cirugía mínimamente invasiva para resección de lesión pancreática. **Descripción de vídeo:** Paciente masculino de 54 años con antecedentes de aneurisma de arteria gástrica izquierda quien en control con TAC se demuestra lesión de 2 cm en cuerpo del páncreas, PET con DOTATE confirma lesión neuroendocrina sin otras lesiones. **Comentarios:** Resección laparoscópica sin esplenectomía con drenaje evolución satisfactoria alta a 4 días postoperatorio.

## REPARACIÓN POR VÍA LAPAROSCÓPICA DE LESIONES DE LA VÍA BILIAR

*Drs. Marcel Paolo Sanhueza García, Eduardo Viñuela Fawaz, Eduardo Briceño Valenzuela, Cristian Andrés Díaz Méndez, Constanza Godoy Santin, Rose Marie Mege Rivas, Mario Caracci Lagos, Alfonso Díaz Fernández*

Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río. Puente Alto, Santiago. Equipo de Cirugía Hepato Biliar, Servicio de Cirugía. Departamento de Cirugía Digestiva. Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Introducción:** La lesión de la vía biliar, es una complicación grave que ocurre preferentemente relacionado a la colecistectomía por litiasis vesicular. Su incidencia se estima entre 0,4 a 1% de las intervenciones realizadas por esta indicación. En relación al diagnóstico de esta complicación desafortunadamente sólo en el 30% de los pacientes esta lesión es reconocida durante el intraoperatorio y por el contrario, la mayor parte de los pacientes se presentan con una complicación postoperatoria. En la reparación de las lesiones de la vía biliar la laparotomía ha sido la vía de abordaje ampliamente recomendada y aceptada. **Objetivos:** Mostrar la experiencia preliminar del equipo de Cirugía Hepato Biliar del Hospital Sótero del Río en reparaciones biliares utilizando la vía laparoscópica en un grupo seleccionado de pacientes. **Descripción de vídeo:** Este vídeo ofrece una recopilación de varios vídeos cortos que muestran nuestra experiencia en distintas situaciones, donde se realizó la reparación de estas lesiones utilizando el abordaje laparoscópico. Para la resolución de estas lesiones se utilizó en algunos casos sutura simple de la vía biliar, y en los más complejos fue necesario realizar una hepático yeyunostomía en Y de Roux. **Comentarios:** En relación al desarrollo y evolución de la cirugía laparoscópica, nos parece que existiría una proporción de estos enfermos que podrían beneficiarse del abordaje laparoscópico para resolución de esta complicación. Este vídeo ofrece una recopilación de varios vídeos cortos que muestran nuestra experiencia en distintas situaciones, donde se realizó la reparación de estas lesiones utilizando el abordaje laparoscópico durante el intra y postoperatorio de éstas. Durante los últimos tres años hemos tenido la oportunidad de operar 13 pacientes por esta vía, con una muy baja morbilidad y resultados a corto y mediano plazo muy satisfactorios.

## MANEJO LAPAROSCÓPICO DE INVAGINACIÓN INTESTINAL EN UN ADULTO

*Dr. Marcelo Millán Alvarado*  
Universidad Austral de Chile. Instituto de Cirugía.  
Hospital Clínico Regional de Valdivia.

**Introducción:** La invaginación intestinal es una patología excepcional en el adulto, generalmente secundaria a procesos orgánicos de la pared intestinal. La presen-

tación clínica más frecuente es la obstrucción intestinal mecánica completa que lleva en un número elevado de casos a la intervención quirúrgica urgente. La laparoscopia se ha descrito por algunos autores como de utilidad aunque existen escasos reportes. **Objetivos:** Presentar un caso clínico de obstrucción intestinal secundario a invaginación intestinal entero-entérica que se manejó por vía laparoscópica sin resección. **Descripción de vídeo:** Se presenta el caso clínico de un paciente de 20 años sin antecedentes mórbidos o quirúrgicos que consulta en la Unidad de Emergencia del Hospital Regional de Valdivia por un cuadro de 2 días de evolución de dolor abdominal difuso asociado a vómitos alimentarios profusos y ausencia de expulsión de deposiciones y gases. Al examen presenta un abdomen doloroso en forma difusa con disminución de RHA y bazuqueo presente. Se realiza una TAC de abdomen y pelvis sugerente de una invaginación enteroentérica. Se presenta el vídeo editado de la laparoscopia exploradora y desinvaginación laparoscópica realizada. El paciente evoluciona en forma favorable y sin complicaciones. **Comentarios:** Se presenta este caso de invaginación intestinal resuelto por vía laparoscópica en que sólo fue necesario realizar desinvaginación sin resección intestinal.

## PROCTECTOMÍA RETRÓGRADA VÍA TAMIS EN UN PACIENTE PORTADOR DE ENFERMEDAD DE CROHN RECTAL ACTIVA

*Drs. Javier Gómez Basauri, Gonzalo Ignacio Urrejola Schmied, Rodrigo Migueles Cocco, José Tomás Larach Kattan, María Elena Molina Pezoa, Álvaro Zúñiga Díaz, Felipe Bellolio Roth*  
Pontificia Universidad Católica de Chile. Unidad de Coloproctología, Departamento de Cirugía Digestiva, Facultad de Medicina.

**Introducción:** La resección de neoplasias rectales incipientes por cirugía transanal mínimamente invasiva (TAMIS) es una técnica ampliamente descrita. Sin embargo, su utilización como alternativa a otros procedimientos quirúrgicos no. La utilización de TAMIS para realizar una proctectomía retrógrada en pacientes que tienen una colectomía total por enfermedad inflamatoria intestinal (EII) pudiese ser una alternativa efectiva y segura de la cual existe escasa evidencia internacional publicada. **Objetivos:** El objetivo es presentar un caso clínico mediante un vídeo, de un paciente portador de enfermedad de Crohn, que fue sometido a una proctectomía retrógrada vía TAMIS en forma exitosa. **Descripción de vídeo:** Paciente de 59 años, con antecedente de enfermedad de Crohn diagnosticada 5 años antes y sometido a colectomía total más ileostomía en 2013 por enfermedad activa limitada a colon. Evoluciona con proctitis intensa certificada por rectoscopia y por biopsia que confirma una rectitis activa, la cual fue refractaria a tratamiento médico. Por esta razón, es

sometido en 2014 a una proctectomía retrógrada vía TAMIS asistida laparoscópicamente. Procedimiento sin incidentes. Evolución postoperatoria adecuada, sin complicaciones quirúrgicas. Biopsia de recto certifica enfermedad de Crohn rectal, ulcerada y con actividad inflamatoria intensa. **Comentarios:** Conclusión: En este caso clínico, la proctectomía retrógrada vía TAMIS fue una alternativa quirúrgica efectiva y segura.

### **ELECTROFULGURACIÓN CON ARGÓN PLASMA DE UNA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL (NIE) DE ALTO GRADO EN CANAL Y MARGEN ANAL, SECUNDARIA A INFECCIÓN POR VIRUS PAPILOMA HUMANO**

*Drs. Javier Gómez Basauri, Gonzalo Antonio Palominos Salas, Felipe Bellolio Roth, María Elena Molina Pezoa, Rodrigo Migueles Cocco, Jose Tomás Larach Kattan, Álvaro Zúñiga Díaz, Gonzalo Ignacio Urrejola Schmied* Pontificia Universidad Católica de Chile. Unidad de Coloproctología, Departamento de Cirugía Digestiva, Facultad de Medicina.

**Introducción:** La enfermedad del canal y margen anal por virus papiloma humano (HPV) es una infección de transmisión sexual en aumento debido a la mayor prevalencia de pacientes portadores del virus de inmunodeficiencia humana (VIH). El riesgo radica en la transformación a epitelio displásico, carcinoma *in situ* e invasor. Existen múltiples alternativas terapéuticas no existiendo en la actualidad una terapia estandarizada. La electrofulguración con plasma de argón es una de ellas pero poco documentada. Esta es una opción terapéutica segura en casos seleccionados y puede ser una alternativa en el tratamiento no quirúrgico de estos pacientes. **Objetivos:** El objetivo es presentar un caso clínico a través de un vídeo, sobre un paciente tratado exitosamente de una NIE con displasia de alto grado en canal y margen anal, mediante electrofulguración con argón plasma. **Descripción de vídeo:** Paciente de 40 años, VIH (-). Consulta por hemorroides grado III sintomáticos siendo sometido a hemorroidectomía. La biopsia de la pieza operatoria muestra infección por VPH de canal y margen anal además de una NIE con displasia de bajo grado. En controles sucesivos con anoscopia magnificada y toma de biopsia seriada de canal y margen anal se evidencia progresión a NIE de alto grado. Se decide someter a electrofulguración con argón plasma del canal y margen anal en 2 sesiones. Procedimiento bajo anestesia raquídea, sin incidentes y sin complicaciones postoperatorias. Las biopsias seriadas de control certifican regresión a displasia de bajo grado. Manteniéndose el paciente asintomático a la fecha. **Comentarios:** Conclusión: En este caso, la electrofulguración con argón plasma del canal y margen anal fue una alternativa terapéutica segura y efectiva para el tratamiento de una NIE con displasia de alto grado.

### **RESECCIÓN ANTERIOR ULTRABAJA INTERFINTÉRICA ASISTIDA POR ROBOT**

*Drs. Francisco López Köstner, Diego Zamorano Valenzuela, Udo Kronberg K.*  
Clínica Las Condes. Coloproctología.

**Introducción:** La cirugía robótica tiene sus ventajas por sobre la laparoscópica: elimina el temblor, cámara estable en 3 dimensiones y en alta definición, pinzas articuladas y mejor ergonomía. Por lo anterior, sería de utilidad en el tratamiento del cáncer de recto dado que requiere una manipulación precisa en un espacio reducido. **Objetivos:** Exponer en un vídeo la técnica quirúrgica de una resección anterior ultrabaja interfintérica (RAUBIE) asistida por robot. **Descripción de vídeo:** Paciente de 60 años de edad y género femenino. Consultó por historia de cambio del hábito intestinal, rectorragia y pujo de 1 año de evolución. Al examen físico presenta un tumor de recto bajo. Se realiza colonoscopia que evidenció una lesión tumoral de recto bajo a 4 cm del margen anal, la biopsia confirma un adenocarcinoma moderadamente diferenciado. La resonancia magnética de pelvis informó un engrosamiento parietal de recto medio e inferior de aspecto neoplásico con extensión a la grasa mesorrectal, sin compromiso del plano de los elevadores del ano y presencia de adenopatías mesorrectales y presacras. La PET-CT demostró una pequeña adenopatía en mesorrecto y lesiones secundarias hepáticas hipercaptantes (Segmentos II y IV). En comité oncológico se decidió partir por la lobectomía hepática izquierda y posterior neoadyuvancia (Quimio-Radioterapia). Ocho semanas después se realiza una RAUBIE asistida por robot, sin incidentes. Evoluciona en el postoperatorio inmediato con un íleo postoperatorio con una estadía postoperatoria de 10 días. Anatomía patológica informa un adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Bordes quirúrgicos negativos. Con compromiso linfático en 1 de 24. **Comentarios:** La RAUBIE asistida por robot es factible.

### **PLASTÍA DIAFRAGMÁTICA COMO TRATAMIENTO DE PARÁLISIS DIAFRAGMÁTICA. RESOLUCIÓN POR VIDEOTORACOSCOPIA**

*Drs. Raúl Berríos Silva, Raimundo Santolaya Cohen, Pedro Felipe Undurraga Machicao, Constanza Bulboa Foronda, Pablo Pérez Castro, Marta Sofía Castro du Plessis*  
Clínica Alemana. Equipo de Cirugía Torácica, Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo. Equipo de Cirugía Torácica, Hospital San Juan de Dios, Departamento de Cirugía Occidente, Universidad de Chile.

**Introducción:** La parálisis diafragmática se define como una pérdida completa de la movilidad del diafragma, con ascenso diafragmático secundario, como consecuencia de atrofia de las fibras musculares o de lesión

del nervio frénico. Planteamos el caso de un paciente que presentó una parálisis diafragmática idiopática, así como la resolución quirúrgica por videotoroscopia. **Objetivos:** Comunicar un caso de parálisis diafragmática resuelta por videotoroscopia y realizar revisión de la literatura. **Descripción de vídeo:** Paciente de 28 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por cuadro de disnea de esfuerzos moderados y dispepsia. Se realiza radiografía de tórax que muestra elevación diafragmática izquierda con desviación de silueta cardíaca. Se solicita TAC de tórax que confirma parálisis diafragmática idiopática descartando causas secundarias. Se decide realizar estudio con pruebas funcionales pulmonares que muestran patrón restrictivo. Se discute caso y se decide resolución quirúrgica. Se realiza videotoroscopia izquierda y plastia diafragmática con Ethibond. Control radiográfico postoperatorio con descenso diafragmático. Evolución satisfactoria y mejoría sintomática. Se decide alta al tercer día de postoperatorio. **Comentarios:** Existen etiologías congénitas, adquiridas e idiopáticas de parálisis diafragmática. Su incidencia real es desconocida, no obstante, se ha descrito una mayor incidencia en hombres y leve predominio en hemitórax izquierdo (en casos secundarios). La historia clínica habitualmente consiste en disnea de esfuerzos, que se agrava con cambios de posición y dolor torácico. El tratamiento recomendado es generalmente quirúrgico si el paciente se encuentra muy sintomático o presenta alteración importante en pruebas de función pulmonar. En el vídeo exhibido se muestra una técnica quirúrgica sencilla, eficaz y duradera, justificada plenamente para el tratamiento de la parálisis diafragmática tanto en niños como en adultos sintomáticos, con un excelente resultado clínico.

### MANEJO VIDEOTORACOSCÓPICO DE LEIOMIOMA ESOFÁGICO EN CLÍNICA ALEMANA DE SANTIAGO

*Drs. Raúl Berrios Silva, Raimundo Santolaya Cohen, Pedro Felipe Undurraga Machicao, Cristian Cavalla Castillo, Pablo Pérez Castro, Constanza Bulboa Foronda, Marta Sofía Castro du Plessis*  
Clínica Alemana. Equipo de Cirugía Torácica, Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo. Equipo de Cirugía Torácica, Hospital San Juan de Dios, Departamento de Cirugía Occidente, Universidad de Chile.

**Introducción:** Los tumores benignos del esófago son poco prevalentes. Dentro de estos el Leiomioma es el de mayor frecuencia. La incidencia de leiomioma es variable y oscila entre 0,005-5,1% de los tumores de esófago. Tiene predominio masculino y mayor incidencia en la tercera-quinta década de la vida. La mayoría son asintomáticos, ubicados en tercio medio y distal del esófago. Presentan síntomas tardíamente, siendo

disfagia y epigastralgia sus síntomas principales (relacionados con el tamaño y ubicación). El diagnóstico definitivo es histológico. El tratamiento de estos tumores es quirúrgico en la mayoría de los casos descritos. **Objetivos:** Comunicar un caso de resolución quirúrgica mínimamente invasiva de Leiomioma esofágico manejado en Clínica Alemana de Santiago. **Descripción de vídeo:** Hombre de 23 años con antecedentes de rinitis alérgica y asma bronquial. Consulta por dolor abdominal difuso, asociado dispepsia. Se realiza endoscopia digestiva alta que muestra a nivel de tercio medio esofágico una lesión que protruye hacia lumen y respeta mucosa. TAC de tórax informa tumor esofágico el cual podría corresponder leiomioma vs GIST. Se realiza endosonografía que describe lesión de 2,3 x 1,4 cm en la capa media del esófago la que se biopsia por punción. Informe definitivo describe leiomioma. Se decide resolución quirúrgica por VTC, donde se realiza enucleación y miorrafia. Paciente con buena evolución y mínimo dolor por lo que se decide alta al tercer día postoperatorio. **Comentarios:** La resolución quirúrgica se recomienda en leiomiomas sintomáticos, tamaño > 5 cm o cuando hay ulceración de mucosa y para establecer diagnóstico diferencial. El tratamiento quirúrgico de elección es la enucleación extramucosa y miorrafia. La videotoroscopia permite una resección mínimamente invasiva y con buenos resultados funcionales.

### BARRA DE NUSS COMO TRATAMIENTO DE PECTUM EXCAVATUM. DESCRIPCIÓN DE TÉCNICA QUIRÚRGICA

*Drs. Raúl Berrios Silva, Raimundo Santolaya Cohen, Pedro Felipe Undurraga Machicao, Marta Sofía Castro du Plessis, Pablo Pérez Castro, Constanza Bulboa Foronda, Juan Francisco Allamand Turner*  
Clínica Alemana. Equipo de Cirugía Torácica, Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo. Equipo de Cirugía Torácica, Hospital San Juan de Dios, Departamento de Cirugía Occidente, Universidad de Chile.

**Introducción:** El *pectum excavatum* es una deformidad torácica caracterizada por depresión esternal. Es la deformación más frecuente de la pared torácica. Se estima que este defecto se produce en 1 de cada 700-1.000 recién nacidos vivos y es más frecuente en el sexo masculino. La técnica de Nuss es una técnica mínimamente invasiva que consiste en la instalación de una barra metálica retroesternal por 2 a 3 años, con lo que se corrige el defecto. Se han realizado algunas variaciones a esta técnica, la más significativa es la utilización de la videotoroscopia que permite la visualización directa de la inserción de la barra retroesternal; otro punto importante a considerar, es que hoy en día se ha ido ampliando su uso de pacientes pediátricos a adultos. **Objetivos:** Se presenta un caso clínico y se describe

la técnica quirúrgica de instalación de Barra de Nuss para tratamiento de *pectum excavatum*. **Descripción de vídeo:** Hombre de 16 años de edad, sin antecedentes mórbidos, consulta por presentar problemas de autoestima por defecto congénito, *pectum excavatum*, asintomático, sin alteraciones ventilatorias ni cardíacas. Se instala Barra de Nuss de 34 cm con un fijador por videotoroscopia derecha con insuflación de CO<sub>2</sub>, sin complicaciones. Se retira Barra a los 42 meses, sin incidentes con buen resultado estético, realizando vida normal. **Comentarios:** La técnica de la Barra de Nuss se ha planteado como una alternativa menos invasiva para la corrección del *pectum excavatum*. Logrando en la mayor parte de los pacientes una satisfactoria corrección estética, los beneficios en la función cardiorespiratoria siguen siendo controversial.

### HEMOTÓRAX MASIVO Y HERNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA SECUNDARIO A FRACTURA COSTAL. MANEJO TORACOSCÓPICO

*Drs. Raúl Berríos Silva, Raimundo Santolaya Cohen, Pedro Felipe Undurraga Machicao, Marta Sofía Castro du Plessis, Constanza Bulboa Foronda, Pablo Pérez Castro*

Clínica Alemana. Equipo de Cirugía Torácica, Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. Departamento de Cirugía Occidente, Hospital San Juan de Dios, Universidad de Chile.

**Introducción:** En el trauma torácico, el hemotórax masivo es una emergencia quirúrgica, en la que la indicación de cirugía abierta se ha mantenido indiscutida. **Objetivos:** El propósito de este trabajo es describir un caso de manejo con videotoroscópico de hemotórax masivo con lesión diafragmática traumática inadvertida. **Descripción de vídeo:** Hombre de 55 años. Traído a urgencias por accidente automovilístico, sufriendo golpe en cara anterior de hemitórax izquierdo, sin compromiso hemodinámico, ventilatorio o de conciencia. Se realiza estudio con imágenes, TAC de tórax demuestra fracturas costales múltiples izquierdas, asociado a leve hidroneumotórax izquierdo, imágenes sugerentes de focos de contusión pulmonar a nivel de la llingula, fenómenos hipoventilatorios bibasales, y fractura de clavícula izquierda con hematoma de partes blandas regionales. TAC de abdomen y pelvis: foco de laceración hepática del lóbulo izquierdo de 3 x 3 cm, asociado a hematoma intraparenquimatoso. El paciente evoluciona a las 24 h de su hospitalización con clínica compatible con síndrome de ocupación pleural, caída del hematocrito, hemodinamia estable. Ingres a pabellón de urgencia para exploración que se realiza en forma videoasistida, destacando hemotórax de 3,8 litros y lesión diafragmática con sangrado arterial de rama dependiente de arteria frénica. Se drena hemotórax, se

repara el defecto, se volemiza generosamente y transfunde. Egres a de pabellón intubado y con pleurostomía, evolucionando con requerimientos de DVA en UCI inicialmente, y buena evolución posterior, lográndose weaning de VMI luego de 72 h, y retirándose pleurostomía el 5 día postoperatorio. Es dado de alta en buenas condiciones. Imágenes de control sin complicaciones en lo torácico y abdominal. **Comentarios:** Los criterios para el manejo quirúrgico del hemotórax masivo en trauma están bien definidos. Pese a ser una indicación estricta de toractomía, dentro de las reglas a seguir existe espacio para cirugía mínimamente invasiva, tomando en cuenta que la agresividad de la intervención debe ser individualizada al paciente, su estado y evolución.

### DIVERTÍCULO TRAQUEAL. REPORTE DE UN CASO

*Drs. Cristian González Collao, Andrea Patricia Jiménez Aguilar, Jorge Ávila Pérez, Maximiliano Cortés Latorre, Nicolás Solano Ramírez, Sergio Esteban Pacheco Santibáñez, Héctor Opazo Sánchez*  
Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez, Valparaíso. Servicio de Cirugía. Universidad de Valparaíso.

**Introducción:** El divertículo traqueal (DT) es una entidad benigna infrecuente con una prevalencia de 1%. Se presenta como invaginación sacular de la pared traqueal y se clasifica en congénito y adquirido. Los congénitos suelen ser únicos, pequeños y pueden acompañarse de otras malformaciones traqueobronquiales y posee la misma estructura de la tráquea. Los adquiridos son una herniación de la mucosa a través de un sitio de debilidad en la pared traqueal. Suelen ser múltiples, de mayor tamaño y de localización principalmente posterolateral derecha. La tomografía axial computada (TC) cervicotorácico es de elección para el diagnóstico, aunque la fibrobroncoscopia da el diagnóstico de certeza. En su mayoría son asintomáticos y de hallazgo incidental, pero en algunos casos presentan tos, hemoptisis, infecciones respiratorias, disfagia o disnea. Su manejo es médico, y quirúrgico en casos sintomáticos. El caso clínico es una paciente de 64 años de sexo femenino, con antecedente de tabaquismo crónico suspendido. Hospitalizada en Unidad de Cuidados Intensivos en julio de 2014 por Influenza H1N1 que evolucionó con falla multiorgánica por lo que requirió ventilación mecánica invasiva por 1 mes. Posterior a su alta evoluciona con tos crónica. Se realiza control con TC de tórax que mostró DT postero-lateral derecho en segmento proximal de la tráquea. **Objetivos:** El objetivo es mostrar la técnica quirúrgica de resección por videotoroscopia de DT. **Descripción de vídeo:** Vídeo que muestra técnica quirúrgica por videotoroscopia de resección de DT. Se identifica divertículo y se realiza resección con *stapler* lineal 45 mm carga azul. Se realiza revisión de hemostasia y extracción activa de dióxido de carbono. No se deja drenaje. **Comentarios:** Evoluciona favorablemente

en postoperatorio con radiografía de tórax normal. Es dada de alta al segundo día postoperatorio. Control al mes paciente en buenas condiciones asintomática. La resección por videotoracoscopia es una técnica factible y segura para resolución de los DT.

### **QUISTE PLEUROPERICÁRDICO, EXTIRPACIÓN POR VIDEOTORACOSCOPIA**

*Drs. Fernando Cózar Bernal, Eduardo Rivera París, Javier Bertarelli Puyrredon.*  
Complejo Hospitalario San José. Independencia, Santiago. Cirugía Torácica.

**Introducción:** El quiste pleuropericárdico es una lesión muy infrecuente (5%-10% tumores mediastínicos), con un curso clínico benigno en la mayoría de los casos. Su etiología suele ser congénita con localización en seno costofrénico derecho (70%) e izquierdo (10-40%) y predominante en el sexo femenino. Generalmente, los pacientes cursan asintomáticos, a excepción de aquellos que condicionan síntomas debido a su tamaño. El diagnóstico suele ser casual por pruebas de imagen.

Por tratarse de una lesión benigna, muchos autores indican una conducta expectante, dejando la cirugía (en sus diferentes vías de abordaje) para los casos sintomáticos. **Objetivos:** Mostrar la aplicación de la videotoracoscopia en esta patología. **Descripción de vídeo:** Mujer de 54 años de edad, sin RAMc ni antecedentes mórbidos, que acude a consulta derivada desde la urgencia por presentar en la radiografía de tórax una imagen sugerente de neoplasia. Tras ampliar el estudio de manera ambulatoria se diagnostica de quiste pleuropericárdico y se programa para cirugía de extirpación de dicho quiste por videotoracoscopia izquierda. La cirugía tuvo una duración de 56 min, realizada a través de una puerta de entrada de 10 mm para la óptica y otras dos de 5 mm para el instrumental. La paciente cursó con postoperatorio favorable, retirándose el drenaje pleural y dándose de alta hospitalaria a las 48 h. El estudio histopatológico confirmó la sospecha diagnóstica mostrando un quiste de 7 x 4 cm. **Comentarios:** El quiste pleuropericárdico es una lesión a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones mediastínicas. La videotoracoscopia como vía de abordaje para la extirpación del quiste resulta segura, rápida y con baja morbilidad.

