

LXXXIX CONGRESO CHILENO E INTERNACIONAL DE CIRUGÍA



LXXXIX CONGRESO CHILENO E INTERNACIONAL DE CIRUGÍA
XLVIII JORNADAS CHILENAS DE COLOPROCTOLOGÍA
XIV JORNADAS CHILENAS DE CIRUGÍA PLÁSTICA
III JORNADAS DE CIRUGÍA VASCULAR Y ENDOVASCULAR
I JORNADA MULTIDISCIPLINARIA DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

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

TEMA CENTRAL: "IMÁGENES Y CIRUGÍA"

27 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2016 SEDE: HOTEL DE LA BAHÍA
COQUIMBO - LA SERENA - CHILE

Medtronic
Juntos, Más Lejos

 CAISSA®


CENCOMEX

ETHICON
PART OF THE Johnson & Johnson FAMILY OF COMPANIES

 **FRESENIUS
KABI**
caring for life

ibici
Italy
División Médica
diseñadas y fabricadas en Italia

 MSD

 **OLLER**
EQUIPOS MEDICOS®

REICH

stryker

SURMEDICAL
lo acerca a la perfección 

 **tecnigen**
va adelante

 **zepeda**
TRADICIÓN EN SERVICIO





LXXXIX CONGRESO CHILENO E INTERNACIONAL DE CIRUGÍA
XLVIII JORNADAS CHILENAS DE COLOPROCTOLOGÍA
XIV JORNADAS CHILENAS DE CIRUGÍA PLÁSTICA
III JORNADAS DE CIRUGÍA VASCULAR Y ENDOVASCULAR

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

COQUIMBO - LA SERENA - CHILE
27 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2016
SEDE: HOTEL DE LA BAHÍA

Patrocinantes

COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.

MINISTERIO DE SALUD

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

SUPREMO GOBIERNO

UNIVERSIDAD ANDRÉS BELLO

UNIVERSIDAD AUSTRAL DEL CHILE

UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL NORTE

UNIVERSIDAD DE CHILE

UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO

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. Luis Gutiérrez C

Dr. Nicolás Jarufe C.

Dr. Francisco López K.

Dr. Jorge Martínez C

Dr. Marcos Rocha G

Dr. Alexandre Sauré M.

Dr. Rodrigo Torres-Quevedo Q.

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. Marcelo Barra M.

Dr. Nicolás Jarufe C.

Dr. Jorge Muñoz S.

Presidente del Departamento de Cirugía Endoscópica

Dr. Enrique Lanzarini S.

Presidente del Departamento de Cirugía Gastroesofágica

Dr. Marco Albán G.

Presidente del Departamento de Hernias

Dr. Rodrigo Torres-Quevedo Q.

Presidente del Departamento de Hígado, Vías Biliares y Páncreas

Dra. Marcia Valenzuela D.

Presidenta del Departamento de Mama

Dr. Jorge Martínez C.

Presidente del Departamento de Educación Médica

Dr. Mauricio Fica D.

Presidente del Departamento de Cirugía Torácica

Dra. Norma Lasagna R.

Presidente del Departamento de Trauma

Dr. Ricardo Funke H.

Presidente de la Sociedad Chilena de Cirugía Bariátrica y Metabólica

Dr. Andrés Larach K.

Presidente de la Sociedad Chilena de Coloproctología

Dr. Arturo Madrid M.

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

Dra. Montserrat Fontbona T.

Presidenta de la Sociedad Chilena de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética

Sra. María Isabel Meneses

Presidente de la Sociedad Chilena de Quemaduras

Dr. Felipe Corvalán Z.

Presidente de la Sociedad Chilena de Cirugía Vasculare y Endovascular

**LXXXIX CONGRESO CHILENO E INTERNACIONAL DE CIRUGÍA
XLVIII JORNADAS CHILENAS DE COLOPROCTOLOGÍA
XIV JORNADAS CHILENAS DE CIRUGÍA PLÁSTICA
III JORNADAS DE CIRUGÍA VASCULAR Y ENDOVASCULAR**

RESÚMENES DE TRABAJO

Seccional

Cirugía Bariátrica	7
Cirugía Cabeza, Cuello y Máxilo-facial	15
Cirugía Endoscópica	19
Cirugía General	21
Cirugía Plástica y Reparadora	31
Cirugía Vascul ar	48
Coloproctología	55
Esófago Gástrico	71
Hernia	77
Hígado, Vías Biliares y Páncreas	80
Mama	98
Tórax	101
Trauma	105
Póster	112
Videos	189

INFLUENCIA DEL GÉNERO SOBRE LA PÉRDIDA DE PESO A LARGO PLAZO EN EL *BYPASS* GÁSTRICO EN Y DE ROUX LAPAROSCÓPICO: SEGUIMIENTO A 5 AÑOS

Jorge Saba Samur*, Magdalena Bravo Hurtado
Clínica Indisa. Cirugía Bariátrica y Metabólica.
Hospital Dipreca.

Introducción: El género podría ser un factor importante en el resultado de la cirugía bariátrica, debido a sus diferentes conductas alimentarias. **Objetivos:** El objetivo primario del estudio fue investigar la influencia del género en la pérdida de peso a largo plazo en el *bypass* gástrico en Y de Roux laparoscópico (BGYRL). Objetivos secundarios: complicaciones quirúrgicas, nutricionales y tiempo operatorio. **Material y Método:** Una cohorte prospectiva de 171 pacientes consecutivos que fueron sometidos a BGYRL durante el período 2007-2010: 105 mujeres (61,4%), 66 hombres (38,6%). La pérdida de peso se expresa como un porcentaje de exceso de peso perdido (% EPP) y el índice de masa corporal (IMC) final. Para el análisis estadístico utilizamos la prueba t de Student. **Resultados:** La media de reducción en el IMC y % EPP fue de 26,5 kg/m² y el 92,5% en las mujeres, 27 kg/m² y 90,3% en los hombres, respectivamente, después de 5 años, sin diferencia estadística ($p = 0,36$) entre los géneros. Se puede afirmar que, al primer mes no se observan diferencias significativas en el %EPP entre ambos sexos ($p = 0,15$). A los tres meses, el %EPP es mayor significativamente en los hombres respecto de las mujeres ($p = 0,025$), no obstante, esa situación se revierte a partir de los 6 meses, donde se observa un porcentaje de reducción significativamente mayor en las mujeres que en los hombres ($p = 0,0013$), situación que se repite a los 12 meses ($p = 0,0031$). Después de los 12 meses no se observó diferencias. Al comparar la variable tiempo operatorio entre mujeres y hombres, la diferencia resulta significativamente menor en las mujeres ($p < 0,05$). **Conclusiones:** Los hombres pierden peso más rápido que las mujeres durante los primeros 6 meses. A largo plazo, no se observaron diferencias en cuanto %EPP e IMC final.

BYPASS GÁSTRICO RESECTIVO LAPAROSCÓPICO: UNA ALTERNATIVA SEGURA EN PACIENTES SELECCIONADOS CON INDICACIÓN DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Carla Morelli Lobos*, Javiera Torres Montes,
Sergio Pacheco Santibáñez, Mauricio Gabrielli Nervi,
Nicolás Quezada Sanhueza, Enrique Norero Muñoz,
Fernando Crovari Eulufi, Rodrigo Muñoz Claro
Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva.

Introducción: El antecedente familiar de cáncer gástrico (CG) y/o la presencia de lesiones sospechosas o

pre-malignas de CG durante el estudio endoscópico preoperatorio, identifica pacientes en los cuales será necesario realizar un *bypass* gástrico resectivo laparoscópico (BPGRL). **Objetivos:** El objetivo de este trabajo es describir las indicaciones y resultados perioperatorios de pacientes obesos mórbidos sometidos a BPGRL. **Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectiva, de todos los pacientes sometidos a BPGRL de forma consecutiva, entre los años 2004-2016 en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Se analizaron datos demográficos, quirúrgicos, perioperatorios e histológicos. Se realizó estadística descriptiva con el software SPSS 22.0. **Resultados:** Durante este período se realizaron 3.599 BPGRL, de los cuales 50 (1,3%) fueron BPGRL. La edad e IMC promedio fueron de $46,2 \pm 9,3$ años y $38,3 \pm 4,8$ kg/m², respectivamente. Treinta y siete (74%) pacientes fueron mujeres. Las indicaciones más frecuentes de BPGRL fueron; metaplasia intestinal (MI) en 54% ($n = 27$) pacientes; antecedente familiar de primer grado de CG en 30% ($n = 15$); neoplasias no-adenocarcinoma (GIST, TNE) en 8% ($n = 4$); displasia focal de bajo grado en 2% ($n = 1$) y otros 16% ($n = 8$). El tiempo operatorio fue de 151 ± 45 minutos y la estadía hospitalaria fue de 3 (2-8) días. No hubo conversión, mortalidad ni filtración del muñón duodenal. Dos pacientes presentaron complicaciones Clavien-dindo 3; una filtración precoz de la línea de corchetes de la bolsa gástrica y una estenosis gastroeyunal de manejo endoscópico. Los hallazgos más relevantes en el análisis histológico fueron; gastritis crónica en 80% ($n = 40$), MI en 38% ($n = 19$), páncreas heterotópico 4% ($n = 2$); y tumor neuroendocrino en 2% ($n = 1$) paciente. **Conclusiones:** En aquellos pacientes obesos mórbidos, con mayor riesgo de desarrollar CG en el estómago distal excluido después de la cirugía, el BPGRL representa una alternativa segura.

ROL DE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO EN EL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE POST-OPERADO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Jorge Saba Samur*, Magdalena Bravo Hurtado,
Jorge Zajjur Castro, Alberto Pérez Castilla,
Eugenio Rivas Zapata, Roberto Fernández Rodríguez
Hospital Dipreca. Servicio de Cirugía. Clínica Indisa.

Introducción: La obesidad se ha convertido en una enfermedad endémica y un importante porcentaje de pacientes requiere manejo quirúrgico. Las guías clínicas recomiendan un estrecho seguimiento de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica y metabólica, incluyendo exámenes de laboratorio al primer, tercer y sexto mes post-operatorio. **Objetivos:** El objetivo de nuestro estudio es verificar si estos test conducen a modificaciones en la conducta y en la toma de decisiones de nuestros pacientes post-operados. **Material y Método:** Se utilizó una base de datos seguida prospectivamente y

se seleccionaron pacientes sometidos a cirugía bariátrica primaria, sin complicaciones quirúrgicas y con al menos 6 meses de seguimiento post-operatorio. Se revisaron las fichas clínicas en forma retrospectiva.

Resultados: Se analizaron 156 pacientes sometidos a cirugía bariátrica: 131 *bypass* gástrico en Y de Roux (84%), 16 gastrectomías verticales (10%) y 9 gastrectomías subtotales en Y de Roux (6%). Todos operados por vía laparoscópica. Género: femenino 110 pacientes (70,5%). IMC: promedio de 39 k/m² (30-51). Los exámenes solicitados en cada período fueron: Hemograma, perfil bioquímico, perfil lipídico, perfil hepático, perfil tiroideo, insulina basal, HOMA, ferritina y paratohormona. Durante el primer mes se recolectaron los exámenes de laboratorios de 96 pacientes (de los cuales un 62,5% estaban normales), el tercer mes a 89 pacientes (69,7% normales) y al sexto mes a 92 pacientes (68,5% normales). Los exámenes que con mayor frecuencia estuvieron alterados fueron: glicemia, perfil lipídico, ferritina y ácido úrico. **Conclusiones:** El seguimiento de los pacientes post-operados de cirugía bariátrica con exámenes de laboratorio, podría acotarse dependiendo de las comorbilidades de cada paciente y de la anamnesis y examen clínico. Existen un grupo de test que con mayor frecuencia se alteraron, sin embargo, en la mayoría de los casos, estos cambios eran predecibles por las comorbilidades preoperatorias, y en muchos casos no hubo cambio en la conducta.

REPARICIÓN DE LA DIABETES TIPO 2 LUEGO DE REVERTIR EL *BYPASS* GÁSTRICO. REPORTE DE CASO

*Jorge Saba Samur**, *Magdalena Bravo Hurtado*, *Jorge Zajjur Castro*, *Alberto Pérez Castilla*, *Eugenio Rivas Zapata*, *Roberto Fernández Rodríguez*
Hospital Dipreca. Servicio de Cirugía. Clínica Indisa.

Introducción: Existe evidencia suficiente para afirmar que el *bypass* gástrico en Y de Roux (BGYR) logra una remisión total o parcial de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en pacientes con obesidad. Sin embargo, son muy escasas las publicaciones que reflejan el efecto inverso. **Objetivos:** Reportar la reaparición de la DM2 luego de revertir el BGYR. **Material y Método:** Reporte de caso. Retrospectivo. A través de la revisión de la ficha clínica, se obtuvieron los siguientes datos: edad, peso, estatura, índice de masa corporal (IMC), género, comorbilidades, complicaciones post-operatorias, glicemia, hemoglobina glicosilada (HbA1c), durante el preoperatorio y post-operatorio del BGYR, y durante el post-operatorio de la reversión del BGYR. **Resultados:** Paciente de género femenino, edad 46 años, peso 108 kg, estatura 1,62 M, IMC 41, portadora de DM2 insulino requirente (usuaria de metformina 850 mg cada 12 horas y 60 unidades de insulina lenta diarias). En septiembre de 2009 fue sometida a un BGYR laparoscópico sin complicaciones, con IMC post-operatorio

mínimo de 25. La DM2 evoluciona con remisión total. Debido a una diarrea crónica intratable de un año de evolución, en junio de 2013 se revirtió el BGYR por vía laparoscópica, logrando el control de la diarrea, sin embargo, en un período de 2 meses y sin mediar aumento significativo de peso, reapareció la DM2. **Conclusiones:** Este caso demuestra el efecto metabólico del BGYR en la remisión de la DM2 de manera inversa.

RESULTADOS MATERNO-FETALES EN PACIENTES EMBARAZADAS POST-CIRUGÍA BARIÁTRICA

*Carla Morelli Lobos**, *Cristian Fernando Marín Oviedo*, *Cristóbal Maiz Hohlberg*, *Marcelo Enrique Fariás Jofré*, *Felipe Andrés Imigo Gueregat*, *Natalia Aybar Moratorio*, *Rodrigo Muñoz Claro*, *Mauricio Gabrielli Nervi*, *Gustavo Pérez Blanco*, *Alejandro Raddatz Echavarría*, *Fernando Crovari Eulufi*, *Nicolás Quezada Sanhueza*
Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva.

Introducción: La Cirugía Bariátrica (CB) se realiza frecuentemente en mujeres en edad fértil, grupo en el que se ha observado un incremento progresivo de los niveles de obesidad. El embarazo en mujeres obesas conlleva un alto riesgo materno-fetal, que disminuiría con la baja de peso. **Objetivos:** Determinar los resultados materno-fetales en una cohorte de mujeres embarazadas post-CB. **Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectiva de pacientes embarazadas entre los años 2006-2016, sometidas previamente a CB en el Hospital Clínico UC (HCUC). Se registraron datos demográficos, preoperatorios, obstétricos y perinatales. Se realizó estadística descriptiva con el software SPSS 22.0. **Resultados:** Se identificaron 136 pacientes embarazadas post-CB. Se registró un total de 124 nacimientos y 15 abortos espontáneos (11%). La mediana de edad fue 32 (18-45) años, 59% (80) eran nulíparas. El intervalo entre la CB y la gestación fue 30 (2-131) meses. Las principales comorbilidades preoperatorias fueron resistencia a la insulina 19,2% (25), dislipidemia 7,7% (10), hipertensión arterial 6,9% (9) y diabetes mellitus tipo II 1,5% (2). El IMC pre CB fue 38,1 (30,1-61,6) kg/m², y al primer control obstétrico fue 28 (19,7-41,9) kg/m². Se evidenció diabetes gestacional (DG) en 1,6% (2) y síndrome hipertensivo del embarazo en 9,5% (12) de las pacientes. Se realizó cesárea en 48,5% (66) de las embarazadas, con mediana de edad gestacional (EG) de 38,5 (23-41) semanas. Se registró parto prematuro en 10,7% (13). El peso al nacer fue 3.188 (575-4.360) gramos. Un 11,9% (14) de los recién nacidos (RN) fue pequeño para la EG y un 6,8% (8) fue grande para la EG. Ocurrió muerte neonatal en 1,6% (2) de los RN. El APGAR al minuto fue 9 (1-9) y a los 5 minutos 9 (5-10). **Conclusiones:** El embarazo posterior a la CB presenta resultados maternos y neonatales similares a la población general, destacando una menor prevalencia de DG.

COMPARACIÓN DEL *BYPASS* GÁSTRICO EN Y DE ROUX Y LA GASTRECTOMÍA SUBTOTAL EN Y DE ROUX

Jorge Saba Samur*, Magdalena Bravo Hurtado,
Jorge Zajjur Castro, Alberto Pérez Castilla,
Eugenio Rivas Zapata, Roberto Fernández Rodríguez
Clínica Indisa. Servicio de Cirugía. Hospital Dipreca.

Introducción: Es importante conocer las mejores opciones de tratamiento quirúrgico para la epidemia de la obesidad. Presentamos nuestra experiencia con el *bypass* gástrico en Y de Roux (BGYR) y la gastrectomía subtotal en Y de Roux o también llamado *bypass* gástrico resectivo (GSYR) para comparar la eficacia, la seguridad y las complicaciones durante el primer año post-operatorio. **Objetivos:** Comparar eficacia y seguridad entre BGYR y GSYR. **Material y Método:** La información se obtiene de una base de datos prospectiva con un total de 942 BGYR y 32 GSYR. Se seleccionaron al azar 77 de los 942 pacientes sometidos a BGYR y lo comparamos con todos los 32 GSYR. Los datos se obtuvieron a través de una revisión retrospectiva de las fichas clínicas. El análisis estadístico se realizó con la prueba t de Student. **Resultados:** Los grupos son comparables y la tasa de mortalidad fue cero en ambos. Las complicaciones totales fueron de 7,8% en el BGYR y del 6,5% en GSYR. Las filtraciones fueron en BGYR (1,3%) y cero en GSYR. El promedio de porcentaje de exceso de peso perdido (%EPP) a los 12 meses fue 103,5% (55,8-173,9%) en BGYR y 88,7 (32,1-211.1) en GSYR (p: 0,354). La siguiente resolución de comorbilidades: dislipidemia, diabetes tipo 2 (DM2) y la hipertensión fue similar en ambos grupos. Los días de hospitalización y el tiempo quirúrgico fue significativamente mayor en GSYR. **Conclusiones:** BGYR y GSYR actúan sobre los principios de restricción y malabsorción. La resección del estómago remanente no tiene ningún efecto sobre el resultado de esta técnica. Sin embargo, en nuestro estudio, la resección gástrica se realiza por indicaciones precisas, que no tienen nada que ver con el resultado. No observamos diferencias en cuanto al perfil de seguridad.

RESULTADOS A LARGO PLAZO DEL *BYPASS* GÁSTRICO CON ANASTOMOSIS MANUAL: SEGUIMIENTO A 10 AÑOS

Tomás Quezada Álvarez*, Juan Pablo Lasnibat Roldán,
Luis Gutiérrez Contreras, Juan José Gallardo Rouliez,
Enrique Lanzarini S.
Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento
Cirugía Norte, Universidad de Chile.

Introducción: El *bypass* gástrico en Y de Roux es una técnica validada y segura para el tratamiento de la obesidad. Unos de los problemas recientes reportados están

relacionados con los resultados a largo plazo en cuanto a la reganancia de peso. **Objetivos:** El objetivo de este estudio es evaluar los resultados a largo plazo de esta cirugía en más de 1.000 pacientes con un seguimiento a largo plazo. **Material y Método:** Serie de casos de 1.024 pacientes que fueron sometidos a *bypass* gástrico entre el 1 de enero de 2005 hasta el 31 de diciembre de 2015. Todos los procedimientos se realizaron con una gastro-yeyuno anastomosis manual. Se registraron comorbilidades, complicaciones y los datos demográficos. **Resultados:** A los 10 años de seguimiento de los 1.024 pacientes se logró un alcance de 665 de éstos (65%). La distribución por sexos fue de 809 (79%) mujeres y 215 (21%) de sexo masculino. El promedio de edad fue de 36,3 años (16-65) y el IMC promedio fue 40,5 (31-81). Dentro de complicaciones post-operatorias se evidenció desarrollo de hernia incisional en 30 pacientes (4,5%) y coleditiasis en 140 pacientes (21%). El peak de pérdida de peso se alcanzó a los 22 meses después de la cirugía, y la recuperación del peso se observó después de 3 años, en 113 pacientes (17%). Doce pacientes (1,8%) que tuvieron reganancia de peso se sometieron a cirugía de revisión. **Conclusiones:** El *bypass* gástrico en Y de Roux, es una técnica excelente para el control de la obesidad y comorbilidades asociadas a largo plazo. Cuenta con buenos resultados de pérdida de peso mantenidos en el tiempo, baja tasa de hernia incisional y sólo unos pocos casos de cirugía revisional.

CIRUGÍA BARIÁTRICA REVISIONAL: RESECCIÓN DEL POUCH GÁSTRICO Y CALIBRACIÓN DE GASTRO-YEYUNO ANASTOMOSIS

Tomás Quezada Álvarez*, Juan Pablo Lasnibat Roldán,
Juan José Gallardo Rouliez, Francisco Gatica Jiménez,
Maritza Maripanguí Díaz, Enrique Lanzarini S.,
Luis Gutiérrez Contreras
Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento
Cirugía Norte, Universidad de Chile.

Introducción: Las causas de fracaso del *bypass* gástrico como tratamiento quirúrgico de la obesidad son múltiples. Se ha postulado el aumento de volumen del pouch gástrico y el mayor diámetro de la gastro-yeyuno anastomosis como factores claves. **Objetivos:** El objetivo del trabajo es mostrar los resultados de una cirugía revisional laparoscópica para reducir el volumen y diámetro del pouch y gastro-yeyuno anastomosis. **Material y Método:** Se analizan pacientes con reganancia de peso entre el 1 de enero de 2012 hasta el 31 de marzo de 2016. Se estudia una serie de casos de 12 pacientes que fueron sometidos a cirugía revisional después del fracaso de *bypass* gástrico evidenciado por reganancia de peso. Se analizan aspectos demográficos, comorbilidades, peso, talla e IMC preoperatorios. También se consideran las indicaciones de revisión, tiempo operatorio, días de hospitalización,

complicaciones, conversión, seguimiento y IMC post-operatorio. **Resultados:** Los promedios de edad, IMC y pesos preoperatorios fueron $36,7 \pm 13,8$ años, $86,2 \pm 17,9$ kg, $39,5 \pm 3,3$ kg/m², respectivamente. El tiempo operatorio medio fue de 90 minutos y el tiempo de hospitalización $3 \pm 2,2$ días. La tasa de complicación fue de 8,3%, representada por 1 episodio de infección de herida operatoria sin reoperaciones ni fallecidos. La calibración de la anastomosis, resección del pouch y del asa ciega se realizó de manera laparoscópica y no hubo conversión a cirugía abierta. Se alcanzó un seguimiento de la totalidad de los casos con un promedio de $17,5 \pm 12,1$ meses. El IMC post-operatorio promedio fue de $28,3 \pm 6,0$ kg/m². **Conclusiones:** La cirugía revisional realizada en pacientes post-*bypass* gástrico con evidencia de fracaso quirúrgico reflejado en ganancia de peso es un procedimiento seguro y eficaz, aunque no exento de complicaciones. Sin embargo, creemos que se requiere de una mayor cohorte y mayor tiempo de seguimiento para poder caracterizar de manera más fiel la eficiencia de la técnica.

CIRUGÍA BARIÁTRICA EN ADOLESCENTES: RESULTADOS A LARGO PLAZO

Tomás Quezada Álvarez*, Juan Pablo Lasnibat Roldán, Luis Gutiérrez Contreras, Owen Korn Bruzzone, Juan Carlos Molina Franjola

Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento Cirugía Norte, Universidad de Chile.

Introducción: La incidencia y prevalencia de la obesidad en niños y adolescentes es una realidad creciente. Se ha reservado la cirugía bariátrica para pacientes adultos, sin embargo, existe una población adolescente que puede beneficiarse de esta intervención. **Objetivos:** El objetivo de este estudio es evaluar los resultados de la cirugía bariátrica laparoscópica en pacientes adolescentes entre 14 y 18 años en los últimos 10 años. **Material y Método:** Serie de casos, a partir de 2.800 pacientes sometidos a cirugía bariátrica entre enero de 2005 y diciembre de 2015. 37 tenían entre 14 y 18 años (1,32%). La distribución por género: 30 de sexo femenino (81%) y 7 masculino (19%). La edad media fue de 16,7 (14-18 años) y el IMC promedio fue $37,1 \pm 2,28$. La técnica de gastrectomía en manga se realizó en 29 pacientes y el *bypass* gástrico en 8 pacientes. Las comorbilidades preoperatorias, las complicaciones, la satisfacción, los comportamientos sexuales y sus propiedades adictivas y suicidas se registraron durante el seguimiento. **Resultados:** En los 10 años del estudio se logró un seguimiento de 28 pacientes (75%). Dentro de las complicaciones post-operatorias, 1 paciente desarrolló una hernia incisional (3,57%). El IMC promedio se redujo de un 37,1 preoperatorio a 27,2 a diez años. Todos los pacientes presentaron mejoría o resolución en

sus comorbilidades. Tres pacientes (10,7%) recuperaron el peso después del quinto año tras la intervención. Dos pacientes desarrollaron alcoholismo después del cuarto año tras la intervención (7,14%). El grado de satisfacción a los 10 años post-operatoria fue alta, presentándose en 24 pacientes (85,7%). **Conclusiones:** La cirugía bariátrica en adolescentes es una opción eficiente y segura para el manejo de la obesidad y comorbilidades en el largo plazo. El grado de satisfacción es alto, pero se necesita una evaluación estricta para evitar riesgos de problemas de salud mental, alcoholismo, abuso de drogas e intentos de suicidios.

RESULTADOS A LARGO PLAZO DEL BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX LAPAROSCÓPICO COMO PROCEDIMIENTO PRIMARIO

Jorge Saba Samur*, Magdalena Bravo Hurtado, Anton Pronin P., Alberto Pérez Castilla, Roberto Fernández Rodríguez, Eugenio Rivas Zapata

Hospital Dipreca. Servicio de Cirugía. Clínica Indisa.

Introducción: El *bypass* gástrico en Y de Roux laparoscópico (BGYRL) se ha establecido como una de las técnicas más utilizadas en el manejo de la obesidad severa. Cada vez más estudios han demostrado su eficacia a largo plazo, sin embargo, la pérdida de pacientes en el seguimiento hace difícil evaluar su real alcance. **Objetivos:** Dar a conocer los resultados a largo plazo del BGYRL en un Centro de alto volumen. **Material y Método:** Análisis retrospectivo de pacientes sometidos a BGYRL entre los años 2007 y 2011, como procedimiento primario para la obesidad y con al menos 5 años de seguimiento. Los resultados a largo plazo fueron analizados en términos de índice de masa corporal (IMC), porcentaje de exceso de peso perdido (%EPP), la resolución de las co-morbilidades y complicaciones. **Resultados:** Se analizaron 182 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Todas las intervenciones fueron realizadas por un cirujano. Género: 109 mujeres (60,2%). Edad promedio: 40,1 años (rango 15-64). IMC preoperatorio: $40,2 \pm 4$ kg/m² (rango 32-54). Completaron seguimiento 47 pacientes (25,8%) a 5 años, 17 pacientes (13,8%) a 6 años y 9 pacientes (11,8%) a 7 años. El %EPP fue de 88% al quinto año, 98,4% al sexto año y 98,7% al séptimo año. El promedio de IMC al quinto año fue de $27,1 \pm 3,5$ kg/m². No hubo pacientes con %EPP menor a 50 a cinco años, con intervalo de 51-174%, ni IMC mayor a 35 en el mismo período, con intervalo de 19,4-33 kg/m². La tasa de complicaciones fue de 3,8%. No hubo mortalidad en esta serie. **Conclusiones:** Se observa un buen resultado en el largo plazo con el BGYRL como cirugía primaria para la obesidad severa y mórbida en términos de pérdida de peso y con un adecuado perfil de seguridad en aquellos pacientes que logramos obtener datos.

VOLUMETRÍA POR TOMOGRAFÍA COMPUTADA EN 3D DEL POUCH GÁSTRICO EN PACIENTES SOMETIDOS A BYPASS GÁSTRICO ANILLADO: RESULTADOS PRELIMINARES

Carmen Santander Ansaldo*

Clínica Las Lilas. Centro Integral de la Obesidad.

Introducción: Los resultados de la cirugía bariátrica, en términos de pérdida del exceso de peso, son influenciados por factores clínicos y anatómicos tales como el volumen del pouch gástrico. **Objetivos:** Evaluar volúmenes gástricos y estado del anillo en pacientes sometidos a *bypass* gástrico anillado a corto y mediano plazo. **Material y Método:** Estudio de cohorte Prospectivo. Criterios de Inclusión: pacientes obesos con comorbilidades asociadas sometidos a *bypass* gástrico anillado por nuestro equipo en Clínica Las Lilas. Criterios de Exclusión: seguimiento incompleto. Las variables de estudio primarias corresponden al volumen del pouch gástrico, diámetro de la anastomosis gastroyeyunal, diámetro del asa alimentaria y estado del anillo evaluados al mes, 1 año y más de 3 años post-operatorios. Variables de estudio secundarias corresponden a variables clínicas y biodemográficas (índice de masa corporal preoperatorio (IMCp), edad, género, pérdida del exceso de peso (%PEP)). Análisis con estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión. **Resultados:** 18 pacientes, 13 (72%) de género femenino, edad preoperatoria promedio 37,9 (\pm 9,6) años, IMC p promedio 37,3 (\pm 9,6) kg/m², al mes el volumen del pouch gástrico promedio 28,9 (\pm 11) cc, diámetro de la anastomosis y del asa alimentaria promedio de 8,7 (\pm 1,8) mm y 33,6 (\pm 3,2) mm. %PEP promedio 18,6%. Al año el volumen del pouch gástrico promedio 25 (\pm 2) cc, diámetro de anastomosis y del asa alimentaria promedio 9,5 (\pm 0,7) mm y 26,5 (\pm 12) mm. %PEP promedio 89,5%. A más de 3 años post-operatorios el volumen del pouch gástrico promedio 34 (\pm 7,9) cc, diámetro de la anastomosis y del asa alimentaria promedio 15,3 (\pm 6,1) mm y 40,6 (\pm 9) mm. El %PEP promedio 70,4%. Para todos los períodos de seguimiento y en todos los pacientes se encontró indemnidad y adecuada posición del anillo. **Conclusiones:** El uso selectivo de esta herramienta debe ser considerado en cirugía bariátrica.

¿AGREGAR UN BYPASS YEYUNAL A LA MANEJA GÁSTRICA MEJORA LOS RESULTADOS EN BAJA DE PESO A LARGO PLAZO?

Matías Sepúlveda Hales*, Munir Álamo Álamo, Raúl Lynch Arellano, Gonzalo Castillo Carvajal, Jorge Saba Samur, Beatriz Guendelman Hales Hospital Dipreca. Centro Cirugía Bariátrica y Metabólica. Universidad Diego Portales.

Introducción: La gastrectomía vertical con *bypass* yeyunal (GVBY) ha sido una alternativa en cirugía bariátrica

en Hospital Dipreca desde 2004. Sin embargo, no se ha comparado con la gastrectomía vertical cuál es el efecto de la adición de una *bypass* yeyunal a largo plazo. **Objetivos:** Comparar la baja de peso a largo plazo entre gastrectomía vertical (GV) y GVBY de pacientes sometidos a cirugía bariátrica. **Material y Método:** Serie de casos retrospectiva. Se revisaron las fichas clínicas de pacientes sometidos a GV y GVBY en el Hospital Dipreca con más de 5 años de seguimiento. Se excluyeron pacientes con datos menores a un año. Se realizó pareo para índice de masa corporal (IMC) preoperatorio, sexo y edad. Se reportaron edad, sexo, IMC preoperatorio, tiempo operatorio, IMC post-operatorio anual y porcentaje de pérdida de exceso de peso (%PEP) anual. variables continuas se expresaron como mediana o promedio dependiendo de su distribución, la que se determinó con test de Shapiro-Wilk. La comparación de los grupos se realizó con test de Mann-Whitney. Para variables categóricas se utilizó χ^2 . **Resultados:** De 610 pacientes sometidos a cirugía bariátrica entre el año 2006 y 2011, cumplieron con los criterios de elección 128 GV y 192 GVBY. No hubo diferencia significativa en edad (37 \pm 11 años GV, 39 \pm 12,2 años GVBY; p = 0,084), sexo femenino (76,6% GV; 67,4% GVBY; p = 0,075), e IMC preoperatorio (35,8 \pm 5,33 kg/m² GV; 36,7 \pm 5 kg/m² GVBY; p = 0,247). Tampoco hubo diferencia en comorbilidades. El tiempo operatorio fue mayor en GVBY (89,3 \pm 3,2 minutos GV; 125,2 \pm 2,2 minutos GVBY; p < 0,001). El %PEP anual fue mayor en GVBY entre 1 y 6 años, respectivamente, siendo todos estadísticamente significativo (p < 0,05). **Conclusiones:** La GVBY tiene mejor baja de peso que la GV, y esto se mantiene aún a largo plazo. Los resultados sugieren que al agregar un *bypass* yeyunal, se obtiene una mejor pérdida de peso, mantenida en el tiempo.

INCIDENCIA DE COLELITIASIS POST-CIRUGÍA BARIÁTRICA

Hernán Guzmán Martín*, Nicolás Rosso Galleguillos, Matías Sepúlveda Hales, Cristian Astorga Larrondo, Hernán Guzmán Céspedes, Juan Pablo Hermosilla De La Carrera, Felipe Patiño Salas, Felipe Guzmán Martín, Jorge Saba Samur Hospital Dipreca. Centro de Cirugía Bariátrica y Metabólica. Universidad Diego Portales.

Introducción: La obesidad y la baja de peso rápida son factores de riesgo independientes para la formación de cálculos en la vesícula. La coledlitiasis es una patología prevalente en la población obesa chilena, particularmente post-cirugía bariátrica. Se ha reportado alta incidencia de coledlitiasis en estos pacientes a 12 meses post-operatorio. **Objetivos:** Describir las características de la población obesa sometida a cirugía bariátrica y determinar la incidencia de coledlitiasis a 12 meses post-cirugía en el Hospital Dipreca. **Material y**

Método: Se realizó una revisión retrospectiva de las ecografías abdominales efectuadas a los 6 y 12 meses post-operatorio, de pacientes obesos (IMC > 30 kg/m²) sometidos a cirugía bariátrica (gastrectomía vertical, gastrectomía vertical más *bypass* yeyunal y *bypass* gástrico) en el Hospital Dipreca, entre enero de 2014 y diciembre de 2014. Se analizaron sexo, edad, IMC e incidencia de colelitiasis a 12 meses post-operatorio. El análisis fue realizado con estadística descriptiva. **Resultados:** Durante el período de estudio, 285 pacientes fueron sometidos a cirugía bariátrica. Se revisaron los datos de 189 pacientes. De éstos, 173 (91,5%) tenían seguimiento ecográfico a los 6 y 12 meses. 67 (38,7%) hombres y 106 (61,3%) mujeres. Edad promedio 38,5 años. IMC promedio 37,8 kg/m². 24 pacientes tenían colecistectomía previa y a 16 se les realizó colecistectomía simultánea con cirugía bariátrica. De los 133 pacientes sin patología biliar previa a cirugía, 50 (38,5%) desarrollaron cálculos en la vesícula a los 12 meses post-operatorio. **Conclusiones:** La incidencia de colelitiasis a 12 meses post-cirugía bariátrica es similar a la reportada en otras series y es muy importante el seguimiento ecográfico seriado para la detección de la patología biliar durante el primer año.

PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES OBESOS SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA

Hernán Guzmán Martín, Nicolás Rosso Galleguillos, Matías Sepúlveda Hales, Cristián Astorga Larrondo, Hernán Guzmán Céspedes, Juan Pablo Hermosilla De La Carrera, Felipe Patiño Salas, Jorge Saba Samur, Felipe Guzmán Martín*

Hospital Dipreca. Centro de Cirugía Bariátrica y Metabólica. Universidad Diego Portales.

Introducción: La obesidad está incrementando a nivel mundial y está asociada a diversos factores de riesgo cardiovascular. La principal causa de mortalidad temprana en pacientes obesos son las complicaciones derivadas de hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la dislipidemia. **Objetivos:** Describir las características de la población obesa sometida a cirugía bariátrica y evaluar la prevalencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus, prediabetes, resistencia a la insulina y dislipidemia. **Material y Método:** Se realizó una revisión retrospectiva de todos los antecedentes clínicos de los pacientes obesos (IMC > 30 kg/m²) sometidos a cirugía bariátrica (gastrectomía vertical, gastrectomía vertical más *bypass* yeyunal y *bypass* gástrico) en el Hospital Dipreca, entre enero de 2014 y diciembre de 2014. Se analizaron sexo, edad, IMC, hipertensión arterial, diabetes mellitus, prediabetes, resistencia a la insulina y dislipidemia. El análisis fue realizado con estadística descriptiva. **Resultados:** Durante el período de estudio, 285 pacientes fueron sometidos a cirugía bariátrica.

Se revisaron los datos de 189 pacientes. De éstos, 75 (39,7%) hombres y 114 (60,3%) mujeres. Edad promedio 38,3 años. IMC promedio 37,8 kg/m². 54 (28,6%) pacientes con hipertensión arterial, 96 (50,8%) con resistencia a la insulina, 23 (12,2%) con prediabetes, 23 (12,2%) diabéticos y 105 (55,6%) con dislipidemia. Un 90,5% de los pacientes presentaba al menos una comorbilidad. **Conclusiones:** Existe una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica, lo que hace necesario un seguimiento periódico y tratamiento multidisciplinario para obtener resultados óptimos.

PREVALENCIA DE *HELICOBACTER PYLORI* EN PACIENTES OBESOS SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA

Hernán Guzmán Martín, Nicolás Rosso Galleguillos, Matías Sepúlveda Hales, Cristián Astorga Larrondo, Hernán Guzmán Céspedes, Juan Pablo Hermosilla De La Carrera, Felipe Patiño Salas, Jorge Saba Samur, Felipe Guzmán Martín*

Hospital Dipreca. Centro de Cirugía Bariátrica y Metabólica. Universidad Diego Portales. Universidad de Santiago de Chile.

Introducción: *Helicobacter pylori* (HP) es la infección bacteriana más frecuente en humanos y se reconoce como una de las principales causas de gastritis atrófica, úlceras gastro-duodenales y cáncer gástrico. Su alta presencia en la población general y pacientes obesos, ha hecho necesaria la erradicación en los pacientes que van a ser sometidos a cirugía bariátrica, especialmente en técnicas de exclusión gástrica. **Objetivos:** Describir las características de la población obesa sometida a cirugía bariátrica y determinar la prevalencia de infección por HP. **Material y Método:** Revisión retrospectiva de todos los pacientes obesos (IMC > 30 kg/m²) sometidos a cirugía bariátrica en el Hospital Dipreca, entre enero de 2014 y diciembre de 2014. Se analizaron los datos de todos los pacientes que contaban con una endoscopia digestiva alta más biopsia pre-operatoria. Se realizó tratamiento de erradicación a pacientes con HP positivo. Se analizaron sexo, edad, IMC y prevalencia de HP a través de estudio histológico. El análisis fue realizado con estadística descriptiva, χ^2 y U Mann Whitney mediante programa SPSS, considerando significativo un $p < 0,05$. **Resultados:** Durante el período de estudio, 285 pacientes fueron sometidos a cirugía bariátrica. Se revisaron los datos de 189. De éstos, 174 (92%) pacientes contaban con endoscopia más biopsia preoperatoria; 69 (39,7%) hombres y 105 (60,3%) mujeres. Edad promedio 38,3 años. IMC promedio 37,9 kg/m². 111 (63,8%) presentaban biopsia positiva para HP en la endoscopia preoperatoria. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre sexo (71% hombres, 59% mujeres; $p = 0,74$), edad (37,8 HP positivo, 39,3

HP negativo; $p = 0,33$) o IMC ($37,9 \text{ kg/m}^2$ HP positivo, $37,8 \text{ kg/m}^2$ HP negativo; $p = 0,97$). **Conclusiones:** La prevalencia de infección por *Helicobacter pylori*, en pacientes obesos candidatos a cirugía bariátrica, es alta; por lo que su diagnóstico y erradicación es fundamental previo a la cirugía, principalmente en pacientes que serán sometidos a *bypass* gástrico.

DESARROLLO DE COLECISTOLITIASIS A LARGO PLAZO DESPUÉS DE GASTRECTOMÍA VERTICAL. ESTUDIO ECOGRÁFICO CON SEGUIMIENTO DE 6 A 10 AÑOS

*Attila Csendes Juhasz**, *Gustavo Martínez Riveros*
Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento de Cirugía.

Introducción: La gastrectomía vertical laparoscópica es uno de los procedimientos más empleados en el tratamiento de pacientes con obesidad. Un efecto adverso que se ha detectado es la producción de pequeños cálculos múltiples en la vesícula biliar. **Objetivos:** Determinar la aparición de colecistolitiasis durante un largo seguimiento de estos pacientes. **Material y Método:** Estudio prospectivo de pacientes con obesidad operada en forma consecutiva entre 2006 y 2010. Todos contaban con estudio ecográfico preoperatorio y 1 o 2 estudios entre 6 a 10 años posterior a la cirugía. Se incluyeron a todos los pacientes de este período y no hubo exclusión. Análisis estadístico mediante STATA 12. **Resultados:** El grupo comprende a 100 pacientes, 80 mujeres y 20 hombres. Edad promedio de 36,5 años y su IMC promedio preoperatorio de $36,7 \text{ kg/m}^2$. Hubo 8 pacientes colecistectomizados previo a la cirugía y 13 pacientes con colecistolitiasis, realizando colecistectomía durante la cirugía. De los 79 restantes, se logró seguimiento ecográfico en 56 pacientes (71%). En este grupo se comprobó desarrollo de colecistolitiasis en 24 casos (43%). **Conclusiones:** La incidencia de la aparición de colecistolitiasis en pacientes sometidos a gastrectomía vertical en un seguimiento a largo plazo es elevada casi al doble de la incidencia de cálculos biliares previo a la cirugía.

REGANANCIA DE PESO DESPUÉS DE GASTRECTOMÍA VERTICAL. ESTUDIO PROSPECTIVO CON SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

*Attila Csendes Juhasz**, *Gustavo Martínez Riveros*,
Juan Carlos Díaz Jeraldo, *Jaime Castillo Koch*
Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento de Cirugía.

Introducción: En la actualidad, la gastrectomía vertical laparoscópica se ha convertido en el procedimiento de elección para el tratamiento de pacientes con obesidad en muchos centros hospitalarios de Chile. Se

han reportado numerosos estudios con seguimiento de 1 a 2 años, pero los resultados a largo plazo no se conocen porque el seguimiento es muy difícil. **Objetivos:** Analizar la curva de peso a largo plazo con un seguimiento muy alto de pacientes. **Material y Método:** Estudio prospectivo de pacientes con obesidad operados mediante gastrectomía vertical entre 2006 y 2010 en forma consecutiva. Se incluyeron a todos los pacientes y no hubo exclusión. Análisis estadístico mediante STATA 12. **Resultados:** El grupo comprende a 100 pacientes, 80 mujeres y 20 hombres. Edad promedio de 36,5 años y su IMC promedio preoperatorio de $36,7 \text{ kg/m}^2$. El seguimiento fue de 83% entre 6 a 10 años después de la cirugía. El IMC promedio 1 a 2 años posterior a la cirugía fue de $25,3 \text{ kg/m}^2$ y 6 a 10 años de $28,3 \text{ kg/m}^2$. El promedio de pacientes con IMC sobre 30 kg/m^2 en el seguimiento alejado fue de 27 (32,5%), y el número de pacientes que aumentó en 5 puntos de IMC entre 1 a 2 años y 6 a 10 años fue de 24. **Conclusiones:** Los resultados de la gastrectomía vertical a largo plazo (6 a 10 años), son aceptables, pero se observa un aumento significativo de peso en cerca de un tercio de los casos.

ESTUDIO CLÍNICO, ENDOSCÓPICO E HISTOLÓGICO DE PACIENTES CON GASTRECTOMÍA VERTICAL EN UN SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

*Attila Csendes Juhasz**, *Gustavo Martínez Riveros*,
Jaime Castillo Koch
Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento de Cirugía.

Introducción: La gastrectomía vertical es la técnica más utilizada en muchos centros hospitalarios del país para el tratamiento de la obesidad. Estudios previos han demostrado las implicancias fisiopatológicas de esta cirugía referente a la producción de reflujo gastroesofágico (RGE) en el seguimiento de estos pacientes. **Objetivos:** Analizar la aparición de RGE mediante evaluación clínica, endoscópica e histológica a largo plazo de pacientes obesos operados mediante gastrectomía vertical. **Material y Método:** Estudio prospectivo de pacientes con obesidad operados mediante gastrectomía vertical entre 2006 y 2010 en forma consecutiva. Se incluyeron a todos los pacientes y no hubo exclusión. Se realizó un estudio clínico de sintomatología de RGE, endoscopia preoperatoria, al mes post-operado, 1 a 2 años y 6 a 10 años después. Se evaluó la presencia de contenido duodenal en el lumen gástrico y se tomaron biopsias de antro y yuxtacardiales. Análisis estadístico mediante STATA 12. **Resultados:** El grupo comprende a 100 pacientes, 42 tenían sensación de RGE previo a la cirugía y 58 eran asintomáticos. En los con RGE preoperatorio se logró seguimiento de 92%. De ellos, pirosis e ingesta de

inhibidor de bomba de protones se observó en el 69% de los casos. De los sin RGE preoperatorio se logra seguimiento en 82%, de ellos 64% presentó síntomas de RGE y dependencia a medicamentos antirreflujo. En la endoscopia post-operatoria de los sin RGE se observó esofagitis en el 17%, hernia hiatal en 7 pacientes, cardias III en el 38%, bilis en 9 casos y metaplasia

intestinal cardial en 1 caso. En los con RGE, esofagitis en 15 casos, hernia hiatal en el 12%, cardias III en el 57% bilis en 15 casos y metaplasia intestinal cardial en 3 casos. **Conclusiones:** La gastrectomía vertical es una operación pro-RGE en el seguimiento alejado, por lo que debe evaluarse con cuidado y seleccionar los pacientes candidatos a esta cirugía.

REHABILITACIÓN MAXILOFACIAL FUNCIONAL EN BASE A COLGAJOS MICROVASCULARIZADOS E IMPLANTES ÓSEOINTEGRADOS EN PACIENTES SOMETIDOS A RESECCIONES MAXILOMANDIBULARES

Claudio Brenner Agosin*

Instituto Nacional del Cáncer Dr. Caupolicán Pardo
Correa (Santiago, Recoleta). Cabeza y Cuello. Clínica y
Fundación Orema.

Introducción: La introducción de técnicas de reconstrucción (1980) de colgajos microvascularizados, generó un cambio en la cirugía reconstructiva de pacientes con grandes defectos a nivel de la anatomía facial. **Objetivos:** Describir factores clínicos a considerar al momento de la reconstrucción. **Material y Método:** Estudio descriptivo, serie de casos. La población de estudio fueron pacientes sometidos a cirugías reconstructivas mediante colgajos microvascularizados, operados en el Instituto Nacional del Cáncer (INC) y en Clínica Las Condes (CLC), intervenidos por el equipo de Cirugía de Cabeza y Cuello y Plástica Maxilofacial y rehabilitados oralmente en Fundación OREMA, 2014 y 2016. A los pacientes, se les planificó una reconstrucción tridimensional mediante Cone-Beam Sirona modelo Galileos, se clasificaron los defectos maxilares según Okay*. Para el análisis, se describieron las variables según la naturaleza, a través de medidas de tendencia central y porcentajes. **Resultados:** Se analizaron 32 casos. El diagnóstico histopatológico más frecuente fue Carcinoma Espino Celular (12 casos). Un 48,57% (17 casos) de los colgajos, fueron obtenidos de fibula: paleta cutánea (11), fibula únicamente (3) y fibula con fascia muscular (3). Para la rehabilitación oral, se utilizaron 162 implantes óseointegrados, principalmente de tipo convencional (87,65%). 50,61% (82) de éstos fueron instalados en mandíbula: 51,21% (42) en hueso nativo, 46,34% (38) en fibula y 2,43% (2) en escápula. Para la distribución maxilar, 68,91% (51) fueron instalados en hueso nativo, 6,75% (5) en fibula y un 5,40% (4) en escápula. Las complicaciones mediatas fueron la pérdida de IOI (3,26%, 5 IOI, uno cigomático) y necrosis parcial de paleta cutánea post-instalación de implantes y debulking de partes blandas. **Conclusiones:** La experiencia permitió obtener resultados interesantes desde el punto de vista médico-odontológico. Es necesario futuros estudios para aumentar número de pacientes y entender comportamiento del nuevo tejido de colgajo libre y su relación con implantes óseointegrados.

TROMBOSIS VENA YUGULAR INTERNA SECUNDARIA A COMPRESIÓN EXTRÍNSECA POR BOCIO MULTINODULAR, REVISIÓN DE BIBLIOGRAFÍA EN RELACIÓN A UN CASO

Ángel Ortiz Valenzuela, Loreto Andrea Vásquez Rivera*
Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago). Servicio
Cirugía Adulto Equipo Cirugía Cabeza y Cuello.

Introducción: La trombosis de la vena yugular interna (VYI) es una localización infrecuente de trombosis

venosa profunda. Generalmente esta patología está relacionada a iatrogenia o estados de hipercoagulabilidad. Existe una relación entre cáncer de tiroides invasivo y trombosis VYI. En este estudio presentamos el caso de una paciente con nódulo tiroideo benigno que presentó concomitantemente trombosis VYI, sin trombofilia o estado de hipercoagulabilidad. **Objetivos:** Caracterizar los aspectos clínicos y radiológicos de un caso de trombosis VYI en paciente con nódulo tiroideo benigno. Revisión bibliográfica sobre el tema. **Material y Método:** Paciente con trombosis VYI operada por equipo Cabeza y Cuello, Servicio de Cirugía HCSBA año 2015. Recolección de datos a través de entrevista y ficha clínica. **Resultados:** Caracterizamos el caso de una paciente con BMN eutiroideo que evoluciona con trombosis VYI por compresión extrínseca secundaria a nódulo tiroideo benigno, descartando etiología maligna en la biopsia de la pieza operatoria y estados de hipercoagulabilidad. **Conclusiones:** Se requieren más reportes y/o estudios para mejor análisis de la relación etiológica de trombosis vena yugular interna y patología tiroidea benigna.

SOBREVIDA GLOBAL DE SARCOMAS EN CABEZA Y CUELLO, INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER, 2010-2016

Ingrid Plass del Corral, Luis Matamala, Felipe Bustos Muñoz, Marcelo Veloso Olivares, Fabio Valdés Gutiérrez, Luis Pizarro Garay, Marcela Carcamo Ibaceta, Rodrigo Montes Forno

Instituto Nacional del Cáncer Dr. Caupolicán Pardo
Correa (Santiago, Recoleta). Centro de Responsabilidad
de Cabeza y Cuello, Instituto Nacional del Cáncer.
Clínica Las Condes.

Introducción: Los sarcomas en cabeza y cuello son una rara entidad: representan 4-10% de todos los sarcomas del cuerpo y menos del 1% de las neoplasias de esta región. **Objetivos:** Describir casos de sarcoma de cabeza y cuello de pacientes tratados en el Instituto Nacional del Cáncer-Clinica Las Condes, 2010-2016. **Material y Método:** Estudio descriptivo, serie de casos. A través del registro informático de comité, se incluyeron pacientes con diagnóstico histopatológico establecido de sarcoma en la región de cabeza y cuello. Se reportaron las variables según su naturaleza, mediante indicadores de tendencia central y porcentajes. Para el análisis de sobrevida, se consideró como tiempo cero la fecha de la biopsia y como evento, la fecha de muerte o último control. Software utilizado: Stata 13. **Resultados:** El análisis se hizo en 58 pacientes, 35 hombres y 23 mujeres. 53 de ellos, tratados en Instituto Nacional del Cáncer y 5 pacientes en Clínica Las Condes. La mayoría (63%) corresponde a sarcomas de partes blandas, sin embargo, existen 20 pacientes (34,5%) con diagnóstico de osteosarcoma. La localización anatómica más frecuente fue mandíbula seguida de maxilar. La sobrevida global a 2 años de 75,47% en el caso de los osteosarcomas y 100% en los condrosarcomas y 60,22% en el caso de los sarcomas de partes blandas. **Conclusiones:** Los sarcomas

en cabeza y cuello son un grupo raro y heterogéneo de tumores, por lo que la información disponible sobre su comportamiento y manejo proviene de estudios retrospectivos y pequeños que comentan experiencias locales. Esta serie presenta características comparables a las series publicadas. Sin embargo, parece de vital importancia estudiar más a fondo su comportamiento local y respuesta a las terapias, a fin de lograr dilucidar pautas de tratamiento ajustadas a nuestra realidad.

COLGAJO LIBRE MICROVASCULAR COMO ALTERNATIVA RECONSTRUCTIVA EN CARCINOMA DE LENGUA DURANTE EL EMBARAZO

*Sebastián Sepúlveda Palamara**, *Arturo Madrid Moyano*, *Felipe Capdeville Fuenzalida*, *Fabio Valdés Gutiérrez*
Clínica Alemana. Equipo Cirugía de Cabeza y Cuello. Universidad del Desarrollo.

Introducción: El cáncer de cavidad oral representa un 10-14% de los cánceres de cabeza y cuello. Se ve generalmente en pacientes en la quinta y sexta década de vida. Recientemente se ha visto un aumento de la incidencia de carcinoma escamoso de cavidad oral a menor edad, especialmente en lengua. La incorporación de esta población más joven, incluye a mujeres en edad fértil. **Objetivos:** Describir un caso clínico del tratamiento de cáncer de lengua en una paciente embarazada en el cual se realiza glosectomía parcial con reconstrucción con colgajo libre radial. **Material y Método:** Mujer de 31 años de edad, cursando embarazo de 21 semanas. Consulta por lesión en borde lateral izquierdo de la lengua con crecimiento progresivo de 1 año de evolución; en los últimos 2 meses se agregó sangrado ocasional. Al examen tumor exofítico de lengua móvil izquierda que compromete el piso de la boca, sin compromiso de mucosa mandibular ni adenopatías. Biopsia: carcinoma adenoescamoso moderadamente diferenciado. A las 23 semanas de embarazo se realiza glosectomía parcial izquierda, disección cervical grupos I, II, III y IV izquierdo, reconstrucción con colgajo libre radial y traqueostomía. Se realizó tromboprofilaxis con heparina de bajo peso molecular (HBPM). **Resultados:** Evolución favorable con colgajo vital sin pérdidas totales ni parciales de éste; ecografía obstétrica: embarazo de curso normal. Dada de alta al 10º día post-operatorio. Biopsia definitiva: Carcinoma adenoescamoso moderadamente diferenciado, espesor máximo de 10 mm. De 58 linfonodos analizados ninguno con evidencia de metástasis. pT1N0M0G2. Actualmente sin evidencia de recidiva. **Conclusiones:** El colgajo libre microvascular requiere de un gran nivel de habilidad técnica, siendo un desafío quirúrgico en casos de alto riesgo. Una potencial complicación es el estado de hipercoagulabilidad propio del embarazo, que incrementa el riesgo de enfermedad tromboembólica y trombosis de la anastomosis. Esto fue exitosamente prevenido con el uso de HBPM.

MEDICIÓN DE PARATOHORMONA INTRA-OPERATORIA (PTHIO): CÁLCULO DE VELOCIDAD DE DESCENSO COMO PREDICTOR DE ÉXITO EN CIRUGÍA DE HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO

*Valeria Abiuso Baesler**, *Patricio Gac Espinoza*, *Carlos Domínguez Contreras*, *Diego Valenzuela Silva*, *Andrés Fuentealba Pooley*, *Guillermo Elías Obeso*, *Francisco Javier Rodríguez Moreno*, *Daniel Rappoport Wurgaft*, *Patricio Cabané Toledo*
Hospital Clínico Universidad de Chile. Equipo de Cirugía Endocrino y Cabeza y Cuello.

Introducción: El hiperparatiroidismo primario (HPT1) es una enfermedad que se caracteriza por hipercalcemia y niveles anormalmente altos o inapropiados de paratohormona (PTH). La cirugía es el *gold standard* de tratamiento. Actualmente el descenso > 50% del valor basal de PTHio predice curación en hasta un 96%, siendo los tiempos de medición intraoperatoria variables de una institución a otra. **Objetivos:** Calcular la velocidad de descenso de la PTHio a los 15 y 30 minutos post-resección en HPT1 operados en el HCUCH, y su correlación estadística con variables clínicas determinadas. **Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectivo. Se analizaron 236 casos operados (2001-2016) de HPT1; se excluyeron 37 casos con datos insuficientes, quedando 199 casos analizables. Las variables independientes fueron edad, sexo, síntomas y calcemia preoperatoria. Las dependientes PTHio y calcemia post-operatoria. Fueron analizadas con el programa estadístico STATA utilizando t-student. **Resultados:** De 199 pacientes analizados, 171 (85,9%) de sexo femenino. El promedio de edad fue $56,5 \pm 14,4$ años. La calcemia preoperatoria fue $11,4 \pm 1,2$ mg/dl. Un 44,2% (88) de los pacientes refería síntomas específicos. Se evidencia mayor velocidad de descenso de la PTHio a los 15 y 30 minutos, en relación a edad < 50 años. **Conclusiones:** La medición de PTHio es útil para predecir éxito quirúrgico. En nuestra casuística, la PTHio se normalizó en el 92,9% a 30 minutos, con 99% de predicción de calcemia normal al alta. Pacientes sintomáticos, hipercalcemia y edad < 50 años, presentan mayor velocidad de descenso de la PTHio. En estos pacientes podría utilizarse una medición única de PTH a los 15 min si presentan velocidad de descenso de PTHio elevada.

MONITOREO DE NERVIOS EN CIRUGÍA TIROIDEA. UTILIDAD EN DISMINUCIÓN DE DISFONÍA

*Guillermo Enrique Vander Stelt Altamirano**, *Sebastián Villa Barros*, *Diego Romero Vega*, *Augusto León Ramírez*, *Nicolás Droppelmann Muñoz*, *Ignacio Goñi Espildora*, *Francisco Domínguez Covarrubias*, *Mauricio Camus Appuhn*
Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento de Cirugía Oncológica, Cabeza y Cuello y Maxilofacial.

Introducción: La lesión del nervio laríngeo recurrente (NLR) es una complicación temida en cirugía tiroidea.

Las tasas de lesión de NLR dependen de la etiología y extensión de enfermedad, tipo de resección, técnica quirúrgica y experiencia del cirujano. Estudios con laringoscopia reportan tasas de disfonía transitoria y definitiva de 9,8% y 2,3% respectivamente. El monitoreo de nervio laríngeo recurrente (MNLR) ha ganado aceptación en cirugía tiroidea. Actualmente, la información sobre su rol en disminuir la disfonía posterior a cirugía tiroidea, permanece controversial. **Objetivos:** Analizar la influencia del MNLR en la presentación post-operatoria de disfonía transitoria y definitiva en cirugía tiroidea. **Material y Método:** Estudio de casos y controles, de corte transversal. Revisión de información clínica y anatomopatológica de los pacientes sometidos de cirugía tiroidea con y sin MNLR desde enero de 2014 a diciembre de 2015 en HCUC. Estadística analítica. **Resultados:** De un total de 229 pacientes operados en este período (458 nervios en riesgo), en 151 pacientes (65%) se realizó cirugía con MNLR. El grupo con MNLR presentó un mayor tamaño tumoral (p 0,007) y días de hospitalización (p). **Conclusiones:** A pesar de la tendencia a presentar características de mayor riesgo del grupo con MNLR no hubo diferencias en disfonía transitoria, ni definitiva. El MNLR podría disminuir la disfonía en cirugía tiroidea y tendría mayor beneficio en pacientes de riesgo. Son necesarios nuevos estudios prospectivos, randomizados, de mayor tamaño para establecer su utilidad.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE FRAC- TURAS MÁXILO FACIALES EN PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS EN UN CENTRO DE REFERENCIA

Jean Pierre Drogue Gimpel, Juan Alvarado Irigoyen,
Cristian Gottschalk Saavedra, Pilar Alejandra
Schneeberger Hirschfeld, Macarena Díaz Herrera*
Universidad de La Frontera. Cirugía de Cabeza y Cuello.
Hospital Hernán Henríquez Aravena.

Introducción: El trauma es una patología altamente frecuente. En menores de 15 años, las estructuras faciales principalmente dañadas son las dentoalveolares y de partes blandas, mientras que las fracturas faciales que requieren cirugía son muy poco comunes. **Objetivos:** Describir el tratamiento quirúrgico de pacientes menores de 15 años con fractura maxilofacial de tercio medio y/o tercio superior, entre los años 2008 y 2016, en el Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco. **Material y Método:** Serie de casos de pacientes menores de 15 años, operados entre enero de 2008 y junio de 2016 por fractura de tercio medio y/o tercio superior. Variables: género, edad, causa de traumatismo, tipo de fractura, trauma ocular grave, traumatismo encéfalo craneano (TEC), tiempo de tratamiento desde el ingreso, osteosíntesis, complicaciones tipo Clavien mayor o igual a 3, reintervención no programada y mor-

talidad dentro de 30 días post-operatorio. Estadística descriptiva, mediana, mínimo y máximo. **Resultados:** Se seleccionaron 13 pacientes, 7 hombres y 6 mujeres, con una mediana de edad de 9 [2-15] años, con un total de 29 fracturas de tercio medio y superior. Las causas más frecuentes: contusión 4 (30,7%) y accidente vehicular 3 (23%). Diez (76,9%) pacientes tuvieron más de una fractura, siendo las más frecuentes: cigoma 9 (31%) y orbitaria 8 (27,5%). Dos pacientes tuvieron trauma ocular grave y 10 pacientes TEC (3 de éstos grave). El tiempo de tratamiento quirúrgico al ingreso tuvo una mediana de 8 [4-28] días. Tres pacientes requirieron acceso quirúrgico múltiple. Se instalaron un total de 15 placas no absorbibles, 1 placa absorbible, 1 malla no absorbible y dos mallas absorbibles. No hubo complicaciones, reintervenciones ni mortalidad en 30 días. **Conclusiones:** La mayoría de los pacientes de esta serie poseen múltiples rasgos de fracturas y, por lo tanto, osteosíntesis. La morbimortalidad a 30 días es baja. El seguimiento de estos pacientes es de suma importancia, con mayor énfasis en aquellos con uso de material no absorbible.

FACTORES DE RIESGO Y PRONÓSTICO EN LA FALLA DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO EN CARCINOMA ESCAMOSO DE CAVIDAD ORAL, EXPERIENCIA DEL INSTITUTO NACIO- NAL DEL CÁNCER

Mauricio Chang Salazar, Fabio Valdés Gutiérrez,
Marcelo Veloso Olivares, Felipe Bustos Muñoz,
Luis Pizarro Garay, Rodrigo Montes Forno*
Instituto Nacional del Cáncer Dr. Caupolicán Pardo
Correa (Santiago, Recoleta). Cirugía de Cabeza y Cuello.

Introducción: La cavidad oral es el sitio más importante de origen de carcinomas escamosos de cabeza y cuello. La introducción de nuevas estrategias de tratamiento y el abordaje multidisciplinario, ha mejorado en forma sustancial la sobrevida y calidad de vida de estos pacientes, sin embargo, un grupo no menor, presenta recurrencias de la enfermedad que ensombrecen el pronóstico a corto y mediano plazo. **Objetivos:** Describir los factores de riesgo de recidiva en carcinoma de células escamosas de cavidad oral (CCECO). Como objetivo secundario se buscó identificar los factores que determinan una mejor respuesta al tratamiento de rescate. **Material y Método:** Serie de casos. Se estudió al grupo de pacientes con recidiva de CCECO entre enero de 2014 y julio de 2016. Se incluyeron todos los pacientes portadores de un CCECO tratados y que presentaron recurrencia de la enfermedad, ya sea local, regional y/o a distancia. Se excluyeron pacientes con otras histologías de cáncer oral. Todos los pacientes fueron evaluados por un comité oncológico que definió los tratamientos primarios, así como el manejo frente a la recurrencia. **Resultados:** En este período,

60 pacientes con CCECO fueron tratados en nuestro centro, de ellos 12 presentaron una recidiva. Un 91% de los pacientes eran etapa al menos III. La recurrencia regional ipsilateral y bilateral fueron las más frecuentes. La mayoría de los pacientes recidivados se encontraban fuera del alcance terapéutico al momento de su evaluación. **Conclusiones:** La recidiva de un CCECO, luego de un tratamiento con intención curativa, representa un

problema mayor para el equipo oncológico dada las escasas opciones de salvataje disponibles. En pacientes seleccionados, la cirugía de rescate impresiona tener las mejores opciones terapéuticas. La necesidad de una evaluación de factores críticos al momento de ofrecer un tratamiento curativo, podrá identificarnos aquellos con mayor probabilidad de recidiva, así como los mejores candidatos a tratamientos de rescate.

CARACTERIZACIÓN Y PREVALENCIA DE LESIONES ENDOSCÓPICAS BENIGNAS EN ARICA

Domingo Montalvo Vásquez, Alex Roberto Díaz Molina, Guillermo Castro Guerra, Luis Alejandro Tapia Duhalde, Cristian Moyano Navarrete, Andrea del Pilar Larrazábal Miranda*

Clínica San José. Universidad de Tarapacá.

Introducción: Las lesiones endoscópicas benignas no son infrecuentes en las endoscopias digestivas altas (EDA) rutinarias. Los pólipos gástricos son las lesiones más frecuentes (2% a 3%). **Objetivos:** El objetivo de este estudio es describir la prevalencia y caracterización de lesiones benignas endoscópicas en una muestra de pacientes adultos de Arica. **Material y Método:** Desde abril de 2104 a junio de 2016, se revisó la base de datos prospectiva de procedimientos del Centro Endoscópico San José. Se registraron datos demográficos de los pacientes y los diagnósticos endoscópicos de lesiones de la mucosa esofágica, gástrica y duodenal, correlacionándolos con los hallazgos histopatológicos. **Resultados:** Durante dicho período, hubo un total de 863 pacientes, con una edad promedio de $44,4 \pm 16,14$ años. El 61,1% fue de sexo femenino. Durante la EDA se diagnosticaron un total de 65 pólipos (61 gástricos, 3 duodenales y 1 hipofaríngeo). El informe histopatológico confirmó el diagnóstico de pólipo en 31 pacientes. Los otros informes histopatológicos, mostraron un 34,5% de gastritis crónica, un 31% de hiperplasia linfocitaria, un 27,6% de inflamación inespecífica y un 6,9% de lesiones papilomatosas. No se procesó la biopsia de 5 pacientes con diagnóstico endoscópico de pólipos (3 gástricos, 1 duodenal y 1 hipofaríngeo). La prevalencia final de pólipos gástricos fue de 3,4% y de pólipos duodenales de 0,23%. De los pólipos gástricos confirmados, el 58,6% fue de glándulas fúndicas, el 34,5% hiperplásicos, el 3,4% inflamatorio y el 3,4% adenoma tubular. Además, se detectaron 3 papilomas esofágicos (0,35%), 2 xantomas (0,35%), 2 tumores del estroma gastrointestinal (GIST) (0,23%), 2 páncreas ectópicos (0,23%) y 1 leiomioma (0,12%). **Conclusiones:** La caracterización y prevalencia de lesiones endoscópicas benignas en Arica es similar a la reportada en otras series. Cabe destacar los hallazgos de 2 páncreas ectópicos, cuya prevalencia es muy baja, sin embargo, similar a la reportada en la literatura internacional.

DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y COMPLICACIONES POST-ERCP. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ (HSJ) ENTRE 2014-2015

Daniel Alejandro Lazcano Ramírez, Andrés Oyarzún Martínez, Leonardo Jesús Carreño Manríquez, Daniela Andrea Navarro Berrios, Luis Montero Silva*
Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia). Unidad de Cirugía Endoscópica. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile.

Introducción: La ERCP constituye una técnica endoscópica de diagnóstico y terapéutica para la patología

pancreatobiliar. Dentro de sus indicaciones se encuentra la coledocolitiasis, estenosis de vía biliar, colangitis, entre otras. Las complicaciones asociadas al procedimiento son la hemorragia, pancreatitis, perforación de vía biliar, infecciones y arritmias cardíacas. Los factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones asociados al paciente son edad mayor a 60 años, diabetes mellitus, páncreas divisum, coagulopatía, colecistectomía, mientras que los asociados al procedimiento son la esfínterotomía y su tamaño, precorte, canulación, diámetro del colédoco y anticoagulación. **Objetivos:** Conocer la incidencia de complicaciones post-ERCP en pacientes del HSJ entre los años 2014-2015. Analizar la complicación más frecuente en la población objetivo. Conocer cuáles son los principales factores de riesgo asociadas a estas complicaciones. **Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectiva. Revisión de fichas de registro de procedimientos endoscópicos de pacientes intervenidos con ERCP en el Hospital San José entre los años 2014-2015. Se realizó un análisis descriptivo de los procedimientos. **Resultados:** Del total de 674 ERCP 1,48% cursaron con complicaciones post-procedimiento. 70% fueron mujeres, 40% colecistectomizados y 59 años de edad media. De estas la más frecuente fue la hemorragia por papilotomía, representando un 50%, mientras que la pancreatitis un 40% (50% hombres y 50% mujeres) y la perforación un 11%. Tratados con electrofulguración (intra-procedimiento) en los casos de hemorragia y con tratamiento médico exitoso en el resto. **Conclusiones:** La complicación más frecuente post-ERCP descrita en la literatura es la pancreatitis, con una incidencia reportada entre 1,8% y 7,2%. Sin embargo, tras el análisis en nuestro Centro, la más frecuente fue la hemorragia. Fue relevante, para la producción de esta complicación, la realización de precorte ante la imposibilidad de canulación efectiva, lo cual aumenta la probabilidad de complicaciones. Afectó preferentemente a mujeres, alrededor de los 60 años, menos de la mitad colecistectomizadas.

FACTORES PREDICTORES ASOCIADOS A LA MIGRACIÓN DE COLEDOCOLITIASIS DEMOSTRADA POR ECOGRAFÍA Y/O COLANGIO-RESONANCIA PREVIO A COLANGIOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE)

Danka Osorio Carrasco, Carlos Chávez Peña, Macarena Basso Moraga, Pablo Baeza Ibáñez, Glyn Llewelyn Rubilar, Carlos Bergh Olivares*
Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar). Cirugía. Clínica Reñaca.

Introducción: La tasa de migración espontánea de cálculos hacia la papila duodenal se estima entre un 21 y un 34%. La colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) ha sido el método estándar para diagnosticar cálculos del conducto biliar, pero actualmente se sabe que existe una muy buena concordancia entre la CPRE

y la ultrasonografía endoscópica y más aún la colangiografía resonancia, lo que podría optimizar la indicación de este procedimiento, dados los riesgos asociados.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue evaluar la incidencia, los factores predictores y el tiempo asociado a la migración de cálculos en pacientes con coledocolitiasis, mediante el análisis de las discrepancias, en relación al tiempo transcurrido, entre los estudios de imagen y la CPRE. **Material y Método:** Estudio descriptivo y retrospectivo de una serie de 157 pacientes, pertenecientes al hospital Gustavo Fricke, sometidos a CPRE durante el año 2015. Se analizaron datos demográficos, exámenes de laboratorio y estudios de imagen de 157 pacientes, los cuales fueron sometidos a análisis estadístico. **Resultados:** El 21% de los pacientes anali-

zados pertenecía al género masculino, con un promedio de edad de 61 años. El 97% de los pacientes contaba con diagnóstico de coledocolitiasis demostrada por ecografía y/o colangio RMN previamente. La CPRE fue realizada en promedio 6 días posterior al diagnóstico imagenológico, demostrándose en 26% de los casos migración de litiasis, al momento del procedimiento. En el tamaño promedio de los cálculos en este grupo fue de 4 mm, siendo un factor predictor independiente para la migración, en el análisis estadístico. **Conclusiones:** La migración de los cálculos ocurrió en un 26% de los casos, lo que enfatiza la necesidad de indicar cuidadosamente la CPRE en coledocolitiasis de pequeño tamaño, dados los riesgos asociados a este procedimiento.

MANEJO DE LA ÚLCERA GASTRODUODENAL PERFORADA. CIRUGÍA TRADICIONAL VERSUS LAPAROSCÓPICA

Guillermo Castro Guerra*, Domingo Montalvo Vásquez, Cristian Moyano Navarrete
Hospital Dr. Juan Noé Crevanni. Servicio Cirugía HJNC.

Introducción: La úlcera gastroduodenal perforada, pertenece a una gama de patologías quirúrgicas que tuvieron un auge muy importante en el pasado por la patología péptica, pero que en el presente ha disminuido considerablemente con el uso de inhibidores de la bomba de protones. **Objetivos:** Presentamos la primera experiencia de un abordaje abierto versus laparoscópico en la ciudad de Arica. **Material y Método:** Se realizó una revisión retrospectiva de las cirugías de urgencia realizadas en el Servicio de Cirugía del Hospital Juan Noé Crevani, desde enero de 2012 a enero de 2016. Se tabularon en planilla excel 2015 los datos de los pacientes considerando vía de abordaje, tiempo de duración de la cirugía y los hallazgos intraoperatorios; tamaño y lugar de la úlcera, tipo de reparación y sutura utilizada. Estos pacientes se distribuyeron en dos subgrupos: abordaje laparoscópico y abordaje abierto. **Resultados:** Se registraron 18 pacientes, 77,8% de los cuales fueron hombres. 10 pacientes se operaron con cirugía abierta y 8 laparoscópicos, de estos uno se convirtió a cirugía abierta. 3 pacientes de cirugía abierta requirieron laparostomía contenida. El lugar de ubicación de la úlcera fue principalmente antro (55,5%) seguido en un 38,9% por el Bulbo duodenal. En 78% se utilizó epiploplastía. 100% se suturó la úlcera con material no reabsorbible en 10 casos, El tiempo operatorio general fue 66,5 minutos, con un rango 37 a 110 minutos. Los tiempos operatorios fueron similares entre ambas líneas quirúrgicas. 3 pacientes laparostomizados fueron a aseo y cierre de laparostomía a las 48 horas de su cirugía inicial, lo que aumentó el tiempo quirúrgico. Promedio de alta general 7 días, 4,5 días en los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica. No hubo complicaciones intraoperatorias ni abscesos en cirugía laparoscópica. **Conclusiones:** El abordaje laparoscópico en úlcera perforada tiene resultados similares o incluso mejores que la técnica abierta en nuestra serie.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN APENDICITIS

Marcelo Beltrán Saavedra*, María Fernanda Häberle Orrego, Francisco Jesús Rodríguez Vega, Carla Guianatti Mancilla, Camilo Bustos Ramírez, Ramón Hermosilla Vásquez
Hospital San Juan de Dios (La Serena). Servicio de Cirugía. Facultad de Medicina, Universidad Católica del Norte.

Introducción: La apendicitis como causa de obstrucción intestinal constituye en la actualidad una

condición clínica infrecuente. Las causas de la obstrucción se atribuyeron a ileo mecánico secundario a inflamación extensa que compromete el apéndice, ileon terminal y ciego. En la actualidad, debido al enfoque tecnológico para el dolor abdominal, pocos pacientes con apendicitis no son diagnosticados en la primera visita y la mayoría son sometidos a apendicectomía precoz. **Objetivos:** Definir la incidencia de obstrucción intestinal en pacientes con apendicitis en nuestra Institución. Definir la frecuencia de su ocurrencia según la clasificación de obstrucción intestinal secundaria a apendicitis. Caracterizar su gravedad según el WSES Sepsis Severity Score. **Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectivo analizando todos los pacientes operados por obstrucción intestinal secundaria a apendicitis a lo largo de 15 años. **Resultados:** Durante el período de estudio, 1.628 pacientes fueron operados por obstrucción intestinal, en 44 casos (2,7%) la etiología fue apendicitis. Durante el mismo período, 3.626 pacientes fueron operados de apendicitis y los 44 casos de obstrucción intestinal representaron el 1,2%. De acuerdo con la clasificación de obstrucción intestinal en apendicitis, 21 pacientes (48%, p). **Conclusiones:** La incidencia de obstrucción intestinal en apendicitis fue mayor a la esperada. Estos pacientes tienen una respuesta inflamatoria severa; sin embargo, la mayoría tenían una puntuación WSES Sepsis Severity Score de 3 puntos. Según la clasificación de obstrucción intestinal en apendicitis, la mayoría de los pacientes tenían una obstrucción intestinal mecánica. En consecuencia, la apendicitis debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de los pacientes con obstrucción intestinal.

ENTRENAMIENTO SIMULADO DE ENDOCÁMARA LAPAROSCÓPICA. EVALUACIÓN DEL SISTEMA VIRTUAL QUIRO®

Leonardo Cárcamo Gruebler*, Javier Alejandro del Valle Pérez, Tamara Alejandra Montalva Gorodezky, Paul Klaus Chauveau Gerber, Manuel Andrés Kunstmann Camino
Universidad Austral de Chile. Instituto de Cirugía, Facultad de Medicina. Hospital Base Valdivia.

Introducción: La laparoscopia ha demostrado grandes beneficios. La correcta visualización del campo operatorio es indispensable para el éxito quirúrgico y a diferencia de la cirugía abierta, en laparoscopia no depende del cirujano. Se considera que el manejo de la endocámara es sencillo y en general la persona menos experimentada es la que asume esta responsabilidad. Esto genera frustración, ineficiencia y riesgos quirúrgicos agregados. Existen equipos de simulación virtual, pero conllevan altos costos. La herramienta “QUIRO” desarrollada por Ludopia, es descargable

en celulares o tablets y plantea una alternativa interesante. **Objetivos:** Evaluar si “QUIRO” es capaz de diferenciar experiencia del usuario, si el entrenamiento con la aplicación mejora el desempeño dentro de ella y si éstas habilidades se traspasan a la práctica clínica. **Material y Método:** Estudio experimental. Previa autorización de desarrolladores, “QUIRO pilot” se repartió a 5 internos de medicina sin práctica quirúrgica y 5 cirujanos laparoscopistas. Evaluamos desempeño en tiempo, colisiones y eficiencia en 18 ejercicios diferentes, simulando cámara 0 y 30°. Luego los internos entrenaron 10 días en la aplicación. Finalmente se preparó ejercicio en simulador con cámara de 30° real y se comparó desempeño entre internos entrenados y no por un observador ciego. Se contrastó normalidad con Shapiro-Wilks y evaluó significancia con p. **Resultados:** Los ejercicios con cámara de 0° “Espacial 1” y “Fulcrum 1” y con cámara de 30° “espacial 2-3” y “ángulos 1” fueron estadísticamente diferentes entre internos y laparoscopistas. Tras entrenamiento los internos mejoraron en dichos ejercicios más “rotaciones básicas” (p 0,05). **Conclusiones:** QUIRO demostró ser capaz de diferenciar experiencia entre los usuarios y que tras entrenamiento se logran habilidades aplicables a la práctica clínica.

EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS Y EXPERIENCIAS ADQUIRIDAS POR CIRUJANOS RECIÉN EGRESADOS EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA PREVALENTE

Leonardo Cárcamo Gruebler, Pablo Achurra Tirado, Claudia Arenas Ponce, Rolando Rebolledo Acevedo, Rubén Darío Ávila Sepúlveda, Julián Varas Cohen, Jorge Martínez Castillo*

Universidad Austral de Chile. Instituto de Cirugía.

Introducción: La cirugía laparoscópica cuenta de múltiples beneficios, y hoy en día, es el abordaje de elección en las principales cirugías abdominales electivas y de urgencias. **Objetivos:** Evaluar la experiencia en cirugía laparoscópica con que egresa un cirujano general en Chile y conocer la toma de decisiones en cuanto al abordaje quirúrgico cuando éste se ve enfrentado a patologías de alta prevalencia. **Material y Método:** Estudio de corte transversal y descriptivo donde se realizó una encuesta en línea a los cirujanos recién egresados en el 2015 y 2016. Se consignó el número de procedimientos realizados por vía laparoscópica de las principales patologías de resorte del cirujano general. Además, se evaluó el abordaje de preferencia al momento de resolver patologías prevalentes y de urgencias. **Resultados:** Se incluyeron 57 cirujanos recién egresados, de 11 programas de formación diferentes. Se reportó un alto nivel de competencias laparoscópicas donde el 100%

resolvería una colecistitis aguda o electiva, el 84,21% realizaría una apendicectomía y el 45,61% de los encuestados resolvería una úlcera gástrica perforada inicialmente por vía laparoscópica. Sólo un 8,77% de los encuestados realizaría la reparación de una hernia inguinal bilateral por vía laparoscópica. Compatible con lo anterior, un 94,79% de los encuestados realizó más de 50 colecistectomías por vía laparoscópica durante su formación y un 73,68% más de 10 apendicectomías laparoscópicas. El 68,42% nunca reparó una hernia inguinal vía laparoscópica. **Conclusiones:** Los programas de formación en cirugía general actuales de Chile entregan altas competencias y habilidades en cirugía laparoscópica de alta prevalencia tanto electiva como de urgencias. Es probable que en los próximos años aumente aún más el impacto positivo de la cirugía laparoscópica en los hospitales y principalmente en las urgencias del país.

HALLAZGOS MICROBIOLÓGICOS EN CIRUGÍA ABDOMINAL DE URGENCIA. ANÁLISIS DE SUSCEPTIBILIDAD ANTIMICROBIANA

Sebastián Andrés López Núñez, Gunther Bocic Álvarez, Natalia Moreno Baeza, Cathia Selman Briceño, Mario Abedrappo Moreira, Rodrigo Azolas Marcos, Mauricio Díaz Beneventi, Antonella Sanguinetti Montalva, José Luis Llanos Bravo*
Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento de Cirugía. Unidad de Coloproctología.

Introducción: La resistencia antimicrobiana constituye un problema relevante en la atención sanitaria. La OMS recomienda la implementación de programas de vigilancia e intervención, para disminuir la morbimortalidad y los costos asociados. **Objetivos:** Realizar la revisión de los datos microbiológicos de líquido peritoneal de pacientes intervenidos por primera vez debido a alguna patología abdominal de urgencia, evaluando tipos de cepas y susceptibilidades antimicrobianas para enfocar el mejor uso de antibióticos. **Material y Método:** Se realizó el análisis prospectivo y controlado de cultivos de líquido peritoneal aerobio desde abril de 2015 a marzo de 2016, de pacientes adultos ingresados al Servicio de Urgencia de HCUCH e intervenidos por alguna patología quirúrgica abdominal. Se utilizó estadística descriptiva, además de evaluar los tipos de cepas microbiológicas involucradas y sus susceptibilidades. **Resultados:** De un total de 142 pacientes, se obtuvieron cultivos de líquido peritoneal positivos en 56 (39,9%). La distribución por género en el grupo de cultivos fue 34 hombres (60,7%), y 22 mujeres (29,3%). La media de edad fue de 55 años. Los cuadros apendiculares y biliares fueron los más frecuentes (78,5%). Respecto a los hallazgos microbiológicos, *Escherichia coli* con

66% de los cultivos positivos fue la cepa aislada más frecuente y cuya susceptibilidad fue de 75% para Ampicilina/Sulbactam y de 81% para Ciprofloxacino. Le siguen en frecuencia *P. aeruginosa* (9%), susceptible a todos los antimicrobianos y *K. pneumoniae* (5,4%), que presenta susceptibilidad a Ampicilina/Sulbactam de un 66,7%. El resto de las cepas aisladas representan un 19,6%, sin resistencia en el antibiograma. **Conclusiones:** Estos datos constituyen la primera experiencia y resultados de la realidad microbiológica local en patología quirúrgica abdominal de urgencia. Las susceptibilidades halladas nos podrán ayudar en la selección de esquemas antimicrobianos de primera línea más adecuados en este tipo de pacientes.

RESULTADOS EN CIRUGÍA DE URGENCIA DIGESTIVA ANALIZADOS A TRAVÉS DE UN INNOVADOR SISTEMA DE REGISTRO DE MORBILIDAD (MARTE)

Mauricio Javier Fica Delgado, Claudio Navarrete García, Carlos Derosas Arriagada*, María Francisca Rocha Cabezas, Sandra Paola Aguilar Villarroel, Max Enrique Buchheister Rosas, Hernán de La Fuente Hulaud, Agustín Ignacio Álvarez Plaza, Enrique Waugh Correa, Javier Chapochnick Friedmann, Jorge Bravo López
Clínica Santa María. Departamento de Cirugía.

Introducción: MARTE (*Measure, Analysis, Research and TEchnology*) es un software desarrollado en nuestra institución, que reúne y analiza información existente en bases de datos institucionales reorganizándolas con un sentido clínico. Éste se alimenta con parámetros obtenidos por un equipo de vigilancia de morbilidad (enfermeras) diariamente y 30 días posteriores al alta. **Objetivos:** Describir los resultados de una cohorte de un año de vigilancia de todos los pacientes operados de urgencia en nuestra institución utilizando el programa MARTE. **Material y Método:** Estudio de cohorte prospectiva observacional, descriptivo. Se registraron todos los pacientes operados por el equipo de Cirugía Digestiva de Urgencia en Clínica Santa María desde agosto de 2015 a julio de 2016. Fueron vigilados de forma independiente de los cirujanos durante toda su estada por el equipo de vigilancia sin exclusiones. A los 30 días fueron entrevistados. La morbilidad fue registrada en MARTE según el sistema CTCAE 4.0-MedDRA versión 20.0. Estadística en SPSS 20.0. **Resultados:** Durante el período estudiado registraron 1.037 cirugías. Se vigilaron 2.179 días hospitalarios. El 45% fueron mujeres. La mediana de edad fue 36,5 años (15-95 años). La mediana de estada 1 día (0-30 días). Los procedimientos más frecuentes fueron apendicectomía (59,8%) y colecistectomía (31,9%) laparoscópicas. La morbilidad total fue de

13,2%, severa en 4,6%. La mortalidad total fue de 0,3% (3 casos). La tasa de eventos (morbilidad) fue de 4,1 por cada 100 días cama. **Conclusiones:** Esta herramienta nos permite registrar todos los casos ya que la inclusión es obligatoria, sincroniza todos los datos existentes del paciente, minimizando el sesgo o error. Permite contar con estadísticas de desempeño, resultados y morbilidad online y en tiempo real; lo que se ha transformado en un potente indicador de calidad. La morbilidad total reportada en 1.037 casos vigilados es de 13,2% por debajo de lo reportado en la literatura (30%).

MANEJO DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR BRIDAS. EXPERIENCIA HOSPITAL BASE DE VALDIVIA ENTRE LOS AÑOS 2012-2014

Iván Alejandro Núñez Quiroz*, Paulo César Calisto Gómez, Manuel Andrés Kunstmann Camino, Marcelo Millán Alvarado
Hospital Clínico Regional (Valdivia). Universidad Austral de Chile.

Introducción: La obstrucción intestinal por bridas (OIB) corresponde al 16% de las urgencias quirúrgicas. En EE. UU. se operan todos los años cerca de 300.000 pacientes, con una mortalidad entre el 1,5 y 3,8%. El tratamiento de la OIB es tradicionalmente quirúrgico, no obstante, el manejo conservador es una alternativa viable en pacientes bien seleccionados con 70-80% de remisión espontánea. **Objetivos:** Describir las características y manejo de los pacientes con diagnóstico de OIB en el Hospital Base de Valdivia (HBV) durante los años 2012-2014. **Material y Método:** Serie de casos retrospectiva descriptiva. Se revisaron fichas clínicas del HBV entre los años 2012-2014. El principal criterio de inclusión fue el diagnóstico de OIB por tomografía computada de abdomen (TAC). Se confeccionó ficha, registrando características clínicas, exámenes, tratamiento, complicaciones y estadía hospitalaria. **Resultados:** 43 pacientes ingresaron al estudio, 28 hombres (65%) y 15 mujeres (35%). Del total, 36 pacientes (84%), tenían antecedentes de cirugía abdominal previa y 15 de OIB previa (35%). El dolor (100%), vómitos (65%) y ausencia de expulsión de gases y deposiciones (65%), fueron los síntomas más frecuentes. Se realizó manejo conservador en 22 pacientes (51%) de los cuales 7 requirieron intervención quirúrgica posterior. Finalmente 21 pacientes (49%) requirieron manejo quirúrgico, siendo la cirugía más realizada la laparotomía exploradora más adherensiolisis (71%). Sólo en 4 casos fue necesaria resección intestinal. Las complicaciones post-quirúrgicas se presentaron en 3 pacientes (14%): *shock* séptico, peritonitis post-operatoria y un caso de arritmia. El promedio

de hospitalización fue de 11,5 días (1-55) para los pacientes operados y 12,6 días (1-206) para los manejados en forma conservadora. **Conclusiones:** La OIB en nuestro centro es manejada de manera quirúrgica y conservadora en similares porcentajes. Ambas conductas tienen favorable evolución comparadas con cifras nacionales e internacionales, presentando bajas tasas de complicaciones y mortalidad.

ECOЕ PARA LA EVALUACIÓN DE HABILIDADES PRÁCTICAS EN CIRUGÍA GENERAL

Rubén Darío Ávila Sepúlveda, Pablo Achurra Tirado, Rolando Rebolledo Acevedo, Rodrigo Tejos Sufan, Tamara Muñoz Mery, Jorge Martínez Castillo, Marcel Paolo Sanhueza García, Nicolás Jarufe Cassis, Julián Varas Cohen*

Pontificia Universidad Católica de Chile. Simulación y Centro de Cirugía Experimental UC. División de Cirugía Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: El sistema actual de evaluación de adquisición de habilidades quirúrgicas se realiza mediante un examen oral y apreciaciones de tutores durante las distintas rotaciones de la residencia de cirugía general. Esta evaluación es subjetiva y de elevada variabilidad interevaluador. No existe seguridad que todos los egresados de un programa de cirugía general tengan las habilidades prácticas mínimas necesarias para su desempeño clínico. El ECOE (Examen Clínico Objetivo y Estructurado) es una herramienta de evaluación validada, que permitiría objetivar de forma estandarizada y reproducible las habilidades prácticas de los residentes de cirugía general. **Objetivos:** Desarrollar un ECOE para la evaluación de habilidades prácticas en la residencia de cirugía general. **Material y Método:** Estudio de corte transversal. Se diseñó un examen práctico estructurado de 6 estaciones: nudos y suturas, anastomosis vascular, sutura pulmonar (tractotomía manual), anastomosis intestinal, sutura cardíaca y sutura laparoscópica intracorpórea. Se grabó en videos el ECOE de residentes de primer año (PGY1) y tercer año (PGY3) del programa cirugía general UC. Los videos se evaluaron en ciego utilizando escalas globales validadas (OSATS), tiempos operatorios y el resultado final del procedimiento. Se estableció un punto de corte de aprobación por estación. Para la comparación entre los grupos se realizó estadística analítica mediante el test de Mann-Whitney. **Resultados:** De 7 residentes PGY1 aprobaron: 71% la estación de suturas, 0% anastomosis vascular, 0% sutura pulmonar, 57% anastomosis intestinal, 0% sutura cardíaca y 57% sutura laparoscópica intracorpórea. De 4 residentes PGY3 aprobaron: 100% la estación de suturas, 25% anastomosis vascular, 0% sutura pulmonar, 100%

anastomosis intestinal, 25% sutura cardíaca y 100% sutura laparoscópica intracorpórea. El grupo PGY3 fue estadísticamente superior al PGY1 ($p < 0,05$) a favor de los residentes de tercer año. **Conclusiones:** El ECOE permite la evaluación objetiva de habilidades en cirugía general, complementando el sistema actual educacional.

EXPERIENCIA EN MÁS DE 500 COLECISTECTOMÍAS LAPAROSCÓPICAS DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN EL HOSPITAL DR. HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA DE TEMUCO ENTRE AGOSTO DE 2011 Y JUNIO DE 2016

Álvaro Enrique Visscher Oyaneder, Roberto Andrés Durán Fernández, Valeria Epulef Sepúlveda, Luis Arratia Torres, Sonia Curitol Sánchez, Carlos Durán Salazar, Virginia Ortiz Aros, Manuel Vial Gallardo*

Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco). Cirugía. Universidad de La Frontera.

Introducción: Los programas de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) son una herramienta que se ha ido posicionando en la resolución quirúrgica basado en la necesidad de permitir un flujo de operaciones mayor con un costo menor, en el contexto de eficiencia peri quirúrgica. La colelitiasis es una enfermedad muy prevalente en nuestra población, alcanzando el 50% de la población adulta femenina a mediana edad, siendo algo menos frecuente en hombres, su importancia radica que es un factor de riesgo importante para el cáncer de vesícula. **Objetivos:** Describir experiencia de un programa de (CMA), en término de complicaciones post-operatorias (CPO) según Clavien-Dindo, reintervenciones, ingresos, reingresos y tasa de sustitución. **Material y Método:** Serie de casos de pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en CMA en el Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco (HHHA) entre agosto de 2011 y junio de 2016. Criterios de inclusión basados en aprobar evaluación prequirúrgica a través de un cuestionario estandarizado con enfermera y/o anestesiista. Los datos fueron obtenidos de las bases de datos electrónicas del Servicio de Salud y analizadas utilizando programa estadístico. **Resultados:** Fueron intervenidos 566 pacientes (81,1% mujeres), edad 42-8,1 años, IMC 27,5-3,59, 70,1% ASA 1 y 29,9% ASA 2. CPO de 9,9% (85,71% tipo I), 0,7% de reintervenciones, 2,7% de ingresos, 0,5% de reingresos y una tasa de sustitución de un 18,5%. Un 1,8% de los pacientes fueron convertidos a cirugía abierta. No hubo asociación entre CPO y edad, género, IMC o ASA. **Conclusiones:** En la serie de HHHA los pacientes hospitalizados con diagnóstico de DPED en los cuales se certifica la presencia de cáncer con biopsia a través de VATS tienen

tasas de supervivencia menores con respecto a los que no se certifica cáncer. No existen diferencias en supervivencia al comparar por otras variables.

¿CÓMO DEBEMOS ENSEÑAR A SUTURAR A ALUMNOS DE PREGRADO? PROPUESTA EN BASE A LA COMPARACIÓN DE TRES METODOLOGÍAS DE RETROALIMENTACIÓN EN UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO SIMULADO

Rodrigo Tejos Sufan*, Pablo Achurra Tirado, Rubén Darío Ávila Sepúlveda, Tamara Muñoz Mery, Nicolás Jarufe Cassis, Fernando Crovari Eulufi, Julián Varas Cohen

Pontificia Universidad Católica de Chile.
Simulación UC y Centro de Cirugía Experimental
División de Cirugía Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: Los programas de enseñanza basados en simulación han demostrado ser una alternativa segura y estandarizada para el aprendizaje. Sin embargo, se asocian a elevados costos en docentes para realizar *feedback* efectivo. No se ha demostrado que los alumnos puedan aprender de forma más eficiente con otra metodología de retroalimentación. **Objetivos:** Comparar la efectividad de dos alternativas metodológicas de retroalimentación con el proceso estándar de *feedback* directo realizado por expertos. **Material y Método:** Se realizó un estudio experimental. Se distribuyó de forma aleatoria a todos los alumnos de un curso de quinto año de medicina en 3 grupos. El grupo A recibió un programa con retroalimentación única mediante la visualización de videos tutoriales. El grupo B recibió un programa con retroalimentación compuesta realizada con la visualización de videos tutoriales y *feedback* por pares mediante la aplicación de una pauta de hitos. El grupo C recibió un programa de entrenamiento simulado con retroalimentación directa por expertos. Todos los participantes fueron grabados previo y posterior al programa de entrenamiento realizando 3 puntos simples. Dos expertos ciegos a los alumnos aplicaron pautas de evaluación previamente validadas (puntaje mín 5 y máx 25 puntos) y se realizó la comparación intra-sujetos (pre-post) y entre grupos mediante estadística analítica con pruebas de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis para variables no paramétricas. **Resultados:** Todos los alumnos mejoraron de forma significativa las habilidades basales [previo: 8 (5-14) vs post 16 (11-25), $p < 0,05$]. **Conclusiones:** La retroalimentación mediante videos tutoriales y *feedback* por pares es una alternativa viable y efectiva para el entrenamiento de suturas en alumnos de pregrado, no requiriendo docencia activa por cirujanos expertos todo el tiempo.

COMPLICACIONES TEMPRANAS DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN HERNIOPLASTÍA INGUINAL DE PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS DE EDAD. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA EXPERIENCIA INICIAL DE 3 AÑOS EN EL HOSPITAL DR. EDUARDO PEREIRA DE VALPARAÍSO

Susan Retamal Brendel, Yocelyn Palta López, Juan Andrés Pérez Novoa*
Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez (Valparaíso).
Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Introducción: La hernioplastia es la técnica quirúrgica más comúnmente realizada por el cirujano general. Desde la década de los 80 empezó el auge de la CMA. **Objetivos:** Describir las complicaciones post-operatorias tempranas de hernioplastia inguinal electiva ambulatoria en mayores de 15 años entre los años 2012 y 2014 en el Hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso. **Material y Método:** Estudio observacional descriptivo retrospectivo de la muestra conformada por 297 pacientes operados de hernioplastia inguinal electiva ambulatoria con técnica convencional (abierta) o laparoscópica en el Hospital Eduardo Pereira de Valparaíso entre enero de 2012 y diciembre de 2014. Los pacientes fueron controlados a los 15 días post-operatorios por algún integrante del equipo médico en el policlínico de alta CMA para evaluar evolución post-operatoria, posibles complicaciones y/o otorgar alta del programa. **Resultados:** El promedio de edad fue de 54 años \pm 13,87 (18-70), con predominio masculino (84,2%). La mayoría de las hernias operadas eran indirectas. Se controló 100% de los pacientes a los 15 días post-operatorios. Hubo complicaciones post-operatorias en el 10,8% de los casos, la más frecuente el hematoma (3,4%), en segundo lugar seroma (3,0%) y la más severa la neuralgia post-operatoria (0,7%). Un paciente (0,4%) fue reingresado al Servicio de Cirugía con diagnóstico de hematoma infectado. El nivel de satisfacción usuaria fue excelente (90,6%). **Conclusiones:** La hernioplastia inguinal electiva del programa de cirugía mayor ambulatoria del Hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso es una cirugía segura, con bajo porcentaje de complicaciones tempranas generales y locales, la mayoría de rápida y efectiva solución con una elevada satisfacción del usuario.

LESIÓN DE VÍA BILIAR EN COLECISTECTOMÍAS LAPAROSCÓPICAS, EXPERIENCIA EN 6 AÑOS

Juan Carlos Aguayo Romero*, Karen Andrea Schönnfeldt Guilisasti, Víctor Salazar Pierotic, Julián Hernández Castillo, Daira Marco X., Francisco Carriel Albarracín, Joaquín Jensen Montt
Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón). Servicio de Cirugía. Clínica Alemana de Santiago/Universidad del Desarrollo.

Introducción: A principios de la década del 90 se realiza la primera colecistectomía laparoscópica (CL)

en Chile trayendo la experiencia desde Francia. Con la introducción de la CL el aumento de las lesiones de vía biliar (LVB) aumentó, llegando a 0,6% del total. **Objetivos:** Presentar la incidencia de LVB en CL en el Hospital Padre Hurtado (HPH) en los últimos 6 años. **Material y Método:** Serie de casos con análisis descriptivo. Revisión de base de datos hospitalaria. Se incluyeron pacientes sometidos a CL en el Servicio de Cirugía Adultos del Hospital Padre Hurtado, durante el período comprendido entre enero de 2010 y junio de 2016. Datos cuantitativos expresados en mediana y rango absoluto. Estadística calculada con programa SPSS. **Resultados:** En el período evaluado se realizaron 5.278 CL, 3.351 fueron mujeres (63,5%). Edad de hombres 57 (32-74) y mujeres 47 (23-81) años. Del total de procedimientos, 3.061 correspondieron a cirugías electivas, mientras que 2.217 (42%) a urgencias. El porcentaje de conversión a cirugía abierta fue de 6%. Durante el período del estudio se encontraron 6 (0,12%) casos de LVB. De estos, 4 fueron diagnosticados en el intraoperatorio y 2 en el post-operatorio. La distribución según la clasificación de Strasberg fue: A (n = 0), B (n = 0), C (n = 0), D (n = 2), E1 (n = 2) y E2 (n = 2). **Conclusiones:** Las LVB en CL son un evento infrecuente. En este estudio se presenta una incidencia de LVB en CL de 0,12%, cifra comparable a la literatura nacional e internacional.

APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA VS ABIERTA EN PACIENTES EMBARAZADAS

Andrés Ignacio Stevenson Silva, José Manuel Corvalán Dávila, Cristian Gamboa Céspedes*
Universidad de los Andes. Clínica Dávila.

Introducción: La apendicitis aguda es la causa más frecuente de cirugía de urgencia no obstétrica en embarazadas. Actualmente no está definido el abordaje quirúrgico ideal. **Objetivos:** Comparar resultados de apendicectomía abierta y laparoscópica en embarazadas. Objetivo primario los resultados obstétrico-perinatales y el secundario los perioperatorios de la apendicectomía. **Material y Método:** Se realizó un análisis retrospectivo de base de datos prospectiva de Clínica Dávila, identificándose mujeres entre 12-50 años, apendicectomizadas, entre el 01-01-2010 y 31-12-2015. Se seleccionaron las embarazadas a la apendicectomía. Se registraron antecedentes demográficos, mórbidos, variables perioperatorias, resultados obstétricos y perinatales. Se utilizó Microsoft Excel 2013 para registro y análisis con prueba t de Student y χ^2 según correspondiera. Se consideró significativo $p < 0,05$. **Resultados:** Se revisaron 1.519 registros de mujeres apendicectomizadas, 57 fueron en embarazadas. 38 tuvieron su parto en Clínica Dávila, siendo estas las que se estudiaron desde la apendicectomía hasta el parto. Se realizó técnica abierta en 11 casos y laparoscópica

en 27. No hubo muerte materna, aborto, muerte fetal, ni neonatal. Hubo un parto prematuro por grupo. El apgar promedio a los 0 y 5 minutos fue de 8,6/9,1 para abierta y 8,2/9,1 en laparoscopia. El peso promedio neonatal para abierta y laparoscópica fue 3.237 g y 3.297 g, respectivamente. Ambas variables sin diferencias estadísticas. No hubo conversión en el grupo laparoscópico. Sin complicaciones intraoperatorias. En el post-operatorio hubo un seroma de herida operatoria en técnica abierta y una dehiscencia de herida en laparoscopia. El tiempo de hospitalización fue 3,5 días en abierta y 2,6 en laparoscópica ($p < 0,05$). **Conclusiones:** En apendicectomía abierta versus laparoscópica en embarazadas no existen diferencias en complicaciones obstétricas y perinatales. Tampoco hay diferencias en complicaciones perioperatorias. Si hay menor tiempo de hospitalización con técnica laparoscópica. Esto sugiere que la apendicectomía laparoscópica en embarazadas es una técnica segura y que permite obtener los beneficios de una técnica menos invasiva.

RESULTADOS DEL MANEJO PERCUTÁNEO DE LAS COLECCIONES PANCREÁTICAS EN PANCREATITIS AGUDA NECROTIZANTE

Freddy Alejandro Ferreira Camacho, Tomás Cermenati Bahrp, Melissa Andrea Eede Martínez, Sebastián Alejandro Álvarez Briones, Patricio Ignacio Álvarez Briones, Diego Contreras Briceño, Patricio Palavecino Rubilar*
Hospital Clínico Universidad de Chile. Radiología Intervencional.

Introducción: Las acumulaciones de líquido pancreático son una complicación frecuente en los pacientes que cursan una pancreatitis aguda, la clasificación correcta de estas colecciones son parte del manejo inicial y el pronóstico. Se estima que un 15% de los episodios de pancreatitis evoluciona a una necrosis pancreática, y un 33% se complica a una colección infectada. El manejo supone un reto y el drenaje percutáneo se ha convertido en una alternativa al tradicional manejo quirúrgico. **Objetivos:** Evaluar la efectividad y seguridad del drenaje percutáneo guiado por TC en los pacientes con pancreatitis aguda necrotizante asociado a colecciones necróticas agudas. **Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectivo y análisis de casos, base de datos de la Unidad de Radiología HCUCH en paciente con diagnóstico de pancreatitis necrotizante asociado a colecciones necróticas agudas entre los años 2011 al 2015. Se incluyeron a pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda necrotizante, con colección necrótica aguda; se excluyeron a los pacientes con colecciones líquidas peripancreáticas, pseudoquistes peripancreáticos, y necrosis pancreática encapsulada, según el nuevo consenso, se consideró el drenaje por TC, las variables fueron edad, sexo, etiología, hospitalización,

microbiología del líquido, complicaciones relacionadas del drenaje, y éxito clínico (control de la sepsis, resolución de cavidades por imágenes, y no requerir nuevo drenaje o manejo quirúrgico). **Resultados:** Se incluyeron 38 pacientes con edad media de 56,5 años (rango 23-83 años), masculinos en 68,4%, y 31,6% femenino. La etiología biliar ocupó un 44,7%, alcohol 39,48%, ERCP. La estancia de hospitalización fue de 44,5 días, en UTI un 79%, y UCI un 21%. Sólo se obtuvo un 47,3% cultivos positivos, ningunas complicaciones por el procedimiento, el éxito terapéutico fue del 65,78% de los pacientes, el 34,21% requirió al menos un segundo drenaje o aseo quirúrgico. **Conclusiones:** El drenaje percutáneo guiado por TC es una técnica segura, eficaz y ha demostrado ser exitoso en más de la mitad de los pacientes con pancreatitis aguda necrotizante, asociado a colección necrótica aguda, sin complicaciones en esta serie en relación a la técnica.

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA: RESULTADOS A 6 MESES

Juan Pablo Lasnibat Roldán, Nicolás Von Jentschik Rojas, José Lizama Calvo, Luis Gutiérrez Contreras, Juan Carlos Molina Franjola, Italo Braghetto Miranda*

Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento de Cirugía.

Introducción: El entrenamiento en cirugía surge como una necesidad durante la formación de los residentes, especialmente en cirugía laparoscópica. La implementación de centros de entrenamiento se volverá una necesidad a futuro para los programas de cirugía. **Objetivos:** Evaluar los resultados de un programa de entrenamiento laparoscópico en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH) en el año 2016, posterior a 6 meses de su implementación. **Material y Método:** Estudio cohorte descriptivo. Se implementó un entrenamiento en habilidades laparoscópicas básicas, mediante 8 ejercicios basados en los programas del Surgical Skills Curriculum (SCC) y el American College of Surgeons (ACS). Cada residente recibió una introducción a la laparoscopia y al programa de entrenamiento, además de responder una encuesta sobre su percepción de habilidad en múltiples áreas de la laparoscopia, tanto antes como después del curso. Se registraron también los tiempos para completar la tarea y el número de intentos para aprobar cada ejercicio. **Resultados:** Iniciaron su entrenamiento 27 alumnos desde febrero del año 2016 a la fecha. Actualmente 10 alumnos han completado totalmente el curso, y 17 de forma parcial. Un 51,8% de los alumnos correspondían a residentes de primer año. Un 81,5% tenía experiencia mínima o nula en cirugía laparoscópica. El registro personal mostró disminuciones en los tiempos para completar las tareas,

con el mayor cambio durante las primeras 15 a 20 repeticiones, hasta finalmente lograr los tiempos objetivo. La encuesta de habilidades posterior al curso, reveló un aumento significativo en la percepción de estas en todos los alumnos. **Conclusiones:** El entrenamiento en cirugía laparoscópica genera disminución de tiempos para realizar tareas básicas, de forma consistente en todos los alumnos. Este entrenamiento además aumenta la seguridad y la percepción de habilidad de los alumnos.

ENTRENAMIENTO SIMULADO EN SUTURAS PREVIO A LA PRÁCTICA RURAL OBLIGATORIA

Rodrigo Tejos Sufan, Rubén Darío Ávila Sepúlveda, Pablo Achurra Tirado, Tamara Muñoz Mery, Nicolás Jarufe Cassis, Julián Varas Cohen*
Pontificia Universidad Católica de Chile. Simulación UC y Centro de Cirugía Experimental División de Cirugía Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: Los alumnos de medicina deben realizar la práctica rural obligatoria (PRO) al finalizar cuarto año, donde se exponen frecuentemente heridas que requieren suturas. Sin embargo, la mayoría de los estudiantes no sabe realizar este procedimiento ya que la enseñanza tradicional de sutura se realiza a través del aprendizaje directamente en pacientes durante los últimos dos años de la carrera. Esto ha provocado que los alumnos realicen pocos procedimientos durante la PRO y que esta experiencia sea poco satisfactoria. Pese a esto, hasta la fecha no se han creado instancias formales para la enseñanza de la técnica de suturas previo a la PRO. **Objetivos:** Implementar un programa de entrenamiento en suturas a un grupo de alumnos de medicina previo a la PRO y evaluar el impacto de esta intervención en número de procedimientos realizados y nivel de confianza. **Material y Método:** Se realizó un estudio de tipo experimental. Un grupo de alumnos de medicina fue distribuido aleatoriamente en dos grupos previo a la PRO. El grupo A recibió un programa de entrenamiento simulado con retroalimentación directa por expertos. El grupo B no recibió ninguna intervención. Se realizó una encuesta estructurada a todos los alumnos posterior a la PRO. **Resultados:** Se incluyó a 40 alumnos [22 grupo A y 28 grupo B]. Un mayor porcentaje de alumnos del grupo A buscaron de forma activa pacientes para suturar en comparación al grupo B [76% vs 39% ($p = 0,01$)] resultando además en un promedio de suturas significativamente superior que el grupo B [22 19 vs 11 13 ($p = 0,003$)]. Además, un 48% se sintió muy confiado o confiado en los entrenados vs 14% de los no entrenados [$p = 0,006$]. **Conclusiones:** Un programa de entrenamiento simulado para suturas previo a la PRO aumenta el número de procedimientos realizados y la confianza de los alumnos durante esta instancia académica.

TUMORES DEL APÉNDICE CECAL. REVISIÓN CLÍNICO PATOLÓGICA DE 4.728 APENDICECTOMÍAS

Victor Salazar Pierotic, Karen Andrea Schönffeldt Guilisasti, Juan Carlos Aguayo Romero, Julián Hernández Castillo, Francisco Carriel Albarracín, Sebastián Oyanedel Pérez, Benjamín Guilloff Scarneo, Daniela Espinola Marín*

Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón). Servicio de Cirugía. Universidad del Desarrollo, Clínica Alemana de Santiago.

Introducción: Los tumores apendiculares se presentan como hallazgo en el 0,5-1% de todas las apendicectomías de urgencia según distintas series internacionales. El hallazgo de estos tumores determina un cambio en el pronóstico y manejo del paciente según tipo histológico, por lo que la revisión de la biopsia diferida es de regla en toda apendectomía. **Objetivos:** Describir los casos de tumores apendiculares encontrados en apendicectomías de urgencia realizadas en el Hospital Padre Hurtado entre los años 2009 y 2015. **Material y Método:** Estudio descriptivo de una cohorte retrospectiva de pacientes operados por sospecha de apendicitis aguda con biopsia diferida que informó tumor apendicular entre mayo de 2009 y mayo de 2015 en el Servicio de Urgencia del Hospital Padre Hurtado. Se registraron datos demográficos, primera intervención, reintervenciones, biopsia quirúrgica, terapia adyuvante y sobrevida global. Estadística descriptiva de variables en porcentajes, medias o medianas. **Resultados:** En este período se realizaron 4.728 apendicectomías de urgencia, de los cuales 2.648 fueron hombres (56%) y 2.080 mujeres (44%). La edad de los hombres fluctuó entre 1 y 75 años (media = 38); y mujeres entre 1 y 91 años (media 46). Se encontró tumor apendicular en 25 pacientes (0,53%), siendo 11 hombres (44%) y 14 mujeres (56%). El tumor más frecuente encontrado fue el carcinóide (14/25, 56%). De los no carcinóides, se encontró neoplasia mucinosa en 4/25 (16%), adenocarcinoma mucinoso 2/25 (8%), cistoadenoma mucinoso 2/25 (8%), mucocele apendicular 2/25 (8%), y adenoma tubular 1/25 (4%). La tasa de mortalidad general fue de 0,02% del total de pacientes. Ninguno de los pacientes recibió terapia quimioterapia adyuvante. **Conclusiones:** Los tumores apendiculares encontrados en apendicectomías de urgencia corresponden al 0,53% de los casos, similar a lo reportado en la literatura.

EXPERIENCIA DE APENDICETOMÍA EN HOSPITAL SAN JOSÉ 2015

Paulina Lobos Larenas, Emilio Hernández Torres, Maura Olea Andreani, Belén Tamara Pedraza Jaque, Jimena Dona Vial, Roberto Aravena Onate, Milton García Castro*

Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia). Servicio de Urgencias.

Introducción: La apendicitis aguda es el cuadro de resolución quirúrgica al que más frecuentemente se

ve enfrentado un cirujano en el Servicio de Urgencia. Su abordaje tradicional abierto continúa siendo la técnica de elección, sin embargo, desde la introducción de la laparoscopia existen cada vez más adeptos a su resolución por esta vía. **Objetivos:** Describir el perfil epidemiológico, técnica quirúrgica, hallazgos imagenológicos, operatorios e histológicos de los pacientes intervenidos por apendicitis aguda en el Hospital San José durante el año 2015. **Material y Método:** Estudio descriptivo retrospectivo, se evaluaron todos los registros clínicos, protocolos operatorios, TAC y biopsias, de todos los pacientes mayores de 15 años, con sospecha o diagnóstico de apendicitis aguda y/o complicaciones derivadas de esta patología, sometidos a apendicectomía entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2015 en el Hospital San José. Se tabularon resultados y se realizó análisis estadístico. **Resultados:** El año 2015 se realizaron 794 apendicectomías, de estas el 5% se realizaron por vía laparoscópica, 42% Mc Burney, 28% Rocky Davis, 5% LMIU, 5% LMSIU. La distribución por sexo fue 54% hombres y 46% mujeres. La edad promedio fue de 31 años (DE 15,7) para hombres y 37 (DE 15,1) para mujeres. La incidencia de peritonitis fue de 31%. Se utilizó drenaje en el 13% de las cirugías. El tiempo operatorio promedio fue de 47 minutos (DE 22,14). El porcentaje de imágenes realizadas fue de 27%, siendo predominante el TAC. El 43% de los hallazgos intraoperatorios describe apéndice flegmonoso, 15,7% congestivo, 30% necrótico. **Conclusiones:** La apendicitis aguda es un cuadro frecuente que tiene diferentes abordajes quirúrgicos. Si bien la cirugía laparoscópica está ampliamente difundida, nuestro centro tiene mayor experiencia con los distintos abordajes abiertos. La correlación clínico radiológica lleva a un bajo porcentaje de laparotomías en blanco. Los hallazgos de imagen e histológicos son acordes a la clínica.

PREVALENCIA DE DIARREA POST-COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Erik Manríquez Alegría, Rodrigo Tejos Sufan, Alejandro Rojas Cohen, Eduardo Fernando Pimentel González, Pablo Achurra Tirado, Nicolás Jarufe Cassis, Jorge Martínez Castillo*

Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La colecistectomía laparoscópica es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en nuestro país. La diarrea post-colecistectomía es una entidad poco reconocida, con una prevalencia descrita de hasta 25%, sin embargo, en Chile esto no ha sido claramente definido. **Objetivos:** Determinar la prevalencia y características de la diarrea post-colecistectomía laparoscópica electiva en una serie de pacientes

operados en nuestra institución. **Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectiva, se aplicó una encuesta telefónica estructurada, sobre consistencia y frecuencia de las deposiciones, a los pacientes adultos operados electivamente de colecistectomía laparoscópica, entre diciembre de 2014 y marzo de 2015, entre los 4 y 6 meses posterior a la cirugía. Se definió como diarrea post-colecistectomía la presencia de deposiciones líquidas o inusualmente disgregadas que comenzaron posterior a la intervención y se estableció el término de diarrea prolongada a aquella que persistió más de 4 semanas. Se realizó un análisis descriptivo de los resultados. Los resultados se presentan como porcentaje, promedio con desviación estándar y mediana con intervalo. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. **Resultados:** Se encuestó a 100 pacientes, 73% mujeres. La prevalencia global de diarrea post-colecistectomía fue 35% ($n = 35$). Hubo 15 pacientes con diarrea prolongada, la cual resolvió en un 57% ($n = 8$) antes del momento de la encuesta, con una media de duración de 96 ± 40 días. La presencia de colelitiasis asintomática fue mayor en el grupo que no desarrolló diarrea (47,7%), comparado con el grupo que tuvo diarrea (22,9%) ($p = 0,018$). Además, hubo 17 pacientes que tuvieron aumento de la frecuencia defecatoria pese a no tener cambio en la consistencia de las deposiciones. **Conclusiones:** La diarrea post-colecistectomía es una entidad frecuente en nuestra población, con una alta prevalencia dentro de los primeros 28 días posteriores a la intervención. En la mayoría de los pacientes se resuelve en los primeros 6 meses.

PREVALENCIA DE DIVERTICULOSIS DUODENAL COMO HALLAZGO IMAGENOLÓGICO

Viviana Carolina Saavedra Jana, Sebastián Andrés López Núñez, Freddy Alejandro Ferreira Camacho*
Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento de Cirugía.

Introducción: El duodeno es el segundo segmento más frecuente del tubo digestivo donde se pueden encontrar divertículos. La edad de detección varía entre 50 y 65 años, aumentando su prevalencia con la edad. Su prevalencia internacional varía dependiendo de la ubicación geográfica. **Objetivos:** Determinar la prevalencia de diverticulosis duodenal en población general como hallazgo en tomografías computadas de abdomen y pelvis. **Material y Método:** Estudio de corte transversal con estadística observacional, seleccionando pacientes sin antecedentes de diverticulosis duodenal, que se realizaron estudios tomográficos de abdomen y pelvis en HCUCH entre enero y marzo de 2016. De 1.449 TC abdomen y pelvis, 1.233 de ellos cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. **Resultados:** De los 1.233 TC abdomen y pelvis analizados, 8 casos presentaron diverticulosis duodenal correspondiente al 0,65% de la

población. El 75% de los pacientes son de sexo femenino y la edad promedio es de 57,4 años (39-80 años). El 62,5% de los pacientes presentan divertículo único. En 6 casos (75%) se encontraron en la segunda porción del duodeno, 2 casos (25%) en la tercera porción, 1 caso (12,5%) en la primera porción y en 1 caso (12,5%) no fue especificado. En el 25% de los casos concomitaban con diverticulosis de colon. **Conclusiones:** Según los resultados obtenidos, la diverticulosis duodenal presenta baja prevalencia en nuestra población, siendo más frecuente en pacientes de sexo femenino y en mayores de 50 años. Se debe ampliar la muestra para detectar más casos y caracterizar mejor la población.

MEDICIÓN DE LA DISTANCIA Y ÁNGULO AORTO-MESENTÉRICO. VALOR DE REFERENCIA EN POBLACIÓN CHILENA

Diego Ardiles López, Claudio Sanhueza Muenza, Erich Aguayo Álvarez, Paula Flores Muñoz, Diego González Concha, Valentina Molina Mella, César Silva*
Universidad de La Frontera.

Introducción: No existe consenso claro del valor de referencia de la distancia y el ángulo aorto-mesentérico (DAM, AAM), existiendo amplio rango de valores, aceptándose 10-28 mm como DAM y 38-65° como AAM. **Objetivos:** Obtener el valor de la DAM y AAM en población chilena y compararlo con la referencia en la literatura. **Material y Método:** Corte transversal, revisión de escáneres realizados durante el primer semestre 2016 en Hospital Regional Temuco. Criterios de inclusión: edad > 18 años, con informe por radiólogo y con fase arterial. Criterios de exclusión: procesos expansivos intra-abdominales, patología aórtica, presencia de hernia, dilatación de asas. Medición de DAM: menor distancia entre caras externas de arteria mesentérica superior (AMS) y aorta abdominal (AA) en tercera porción duodenal. Medición del AAM: tangente de 1 cm entre caras externas AMS y la AA a nivel de ostium. Técnica instruida por Radiólogo, Kappa de Cohen para la validez inter-observador. Obtención del rango de referencia de distribución normalizada según Gauss. **Resultados:** Valor Kappa fue 0,81 para DAM, y 0,53 para AAM. Total 121 pacientes, 67 mujeres (55,37%) 54 hombres (44,63%), edad 19 a 96 años (promedio 56,28, mediana 57,5). Valor promedio de DAM 17,37 /- 1,37 (16,01-18,74, IC 95%), distribución normalizada rango 3,18-31,22 mm ($p = 0,003$). Valor promedio del AAM 67,12 /- 3,52 (63,61-70,64, IC 95%) distribución normalizada rango 28,42-105,81°. **Conclusiones:** Según nuestra serie, el valor referencial podría estimarse 3-31 mm para DAM y 28-105° para AAM. Estos podrían servir de base para la creación de una herramienta diagnóstica del síndrome de la arteria mesentérica superior en nuestra población. De todas formas deben considerarse las limitaciones de este estudio: Pequeño tamaño muestral en relación a la

población, escasa representatividad a nivel país, kappa insuficiente para correlación interobservador para el AAM, y la influencia de posibles factores no considerados en los criterios de exclusión.

ESTOMA FLOTANTE. UNA ESTRATEGIA ALTERNATIVA EN CIRUGÍA DE CONTROL DE DAÑOS. RESULTADOS QUIRÚRGICOS DE UNA SERIE DE CASOS

*Carlos Manterola Delgado**

Universidad de La Frontera. Departamento de Cirugía,
Centros de Estudios Morfológicos y Quirúrgicos.
Clínica Mayor.

Introducción: El uso de estoma flotante (EF) a través de bolsa de Bogotá (BB) es una estrategia a tener en consideración en el tratamiento de pacientes con indicación de cirugía de control de daños. **Objetivos:** Describir la técnica utilizada y reportar los resultados de una serie de pacientes en los que se realizó EF a través de BB, en términos de morbilidad post-operatoria (MPO). **Material y Método:** Serie de casos consecutivos de pacientes relaparotomizados en los Servicios de Urgencia del Hospital Hernán Henríquez Aravena y

Clínica Mayor de Temuco (2002-2015). En todos ellos, una vez controlado el daño, el abdomen se dejó abierto con BB y se realizó EF. La variable resultado fue desarrollo de MPO (dicotómica, Sí/No). Otras variables de interés fueron: indicación de EF, tiempo al primer recambio de BB, periodicidad de cirugías, tiempo para maduración definitiva del estoma (TMDE), tiempo de retiro de BB, tipo de reparación de la pared abdominal, mortalidad y desarrollo de eventración. Se utilizó estadística descriptiva (cálculos de promedios, medianas y porcentajes). **Resultados:** Se realizó EF a 48 pacientes, con edad promedio de $49,5 \pm 20,1$ años; 60,4% de sexo femenino. La indicación primaria de BB y EF fue sepsis abdominal por peritonitis (70,8%), trauma abdominal (16,7%) e isquemia mesentérica (12,5%). La MPO fue 35,4% (infección del sitio operatorio y desarrollo de fistulas entéricas). La mediana de tiempo al primer recambio de BB, periodicidad de cirugías, TMDE, tiempo de retiro de BB fue: 84 horas; 3,5 días; 4,5 días y 49 días respectivamente. La mediana de reoperaciones fue 5,0. La mortalidad fue 18,8%. Con una mediana de seguimiento de 31 meses, se verificó un 62,5% de eventración. **Conclusiones:** El EF es un recurso temporal reservado para casos quirúrgicos especiales. Se asocia a MPO y mortalidad inherentes a la gravedad de los pacientes en los que está indicada.

RECONSTRUCCIÓN DEL PÁRPADO INFERIOR CON EL COLGAJO SUPRACILIAR DE FRICKE

*Sergio Reyes Jaramillo, Macarena Fernanda Villarreal Varela**

Universidad de Talca. Departamento de Cirugía.
Hospital de Linares.

Introducción: El cáncer de piel es el más frecuente en el ser humano y el carcinoma basocelular el más prevalente. Se ha estimado que un 5 a un 10% de los cánceres de piel se ubican en la región periorbitaria, cuya reconstrucción representa un gran desafío. Este trabajo escarba en la historia y redescubre el colgajo supraciliar descrito por Jochim Fricke en 1829, describiendo su anatomía, facilidad de realización, seguridad y utilidad en la reconstrucción de la región periorbitaria inferior, presentando los resultados en 9 pacientes operados entre los años 2008 y 2015 en el Hospital Regional de Talca.

Objetivos: Describir el colgajo supraciliar de Fricke, su anatomía, la técnica quirúrgica y mostrar resultados funcionales y estéticos en la reconstrucción del párpado inferior. **Material y Método:** Serie de casos, estadística descriptiva. Se revisaron las fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de cáncer de piel del párpado inferior tratados en el Hospital Regional de Talca entre los años 2008-2015, en los cuales se utilizó el colgajo de Fricke para la reconstrucción del párpado inferior. Se registraron edad, sexo, tipo de cáncer de piel. Se describen tiempo quirúrgico, complicaciones, resultado funcional y estético. **Resultados:** La serie de casos estuvo compuesta por 8 pacientes, todos con diagnóstico de cáncer de piel basocelular del párpado inferior, en los cuales se reconstruyó el defecto mediante el colgajo de Fricke. La mediana del tiempo quirúrgico fue de 65 minutos, la estadía hospitalaria fue de dos días, no hubo pérdidas parciales ni totales del colgajo, no se registraron complicaciones, no se han registrado recidivas y el resultado estético y funcional fue excelente. **Conclusiones:** El colgajo supraciliar de Fricke, es una alternativa pérdida en el tiempo que resultó ser una herramienta segura, de fácil realización y con excelentes resultados estéticos y funcionales en la reconstrucción de defectos completos del párpado inferior.

NUEVA APROXIMACIÓN AL DISEÑO DEL COLGAJO DIEP EN RECONSTRUCCIÓN MAMARIA, BASADO EN ANGIOGRAFÍA INTRAOPERATORIA CON VERDE DE INDOCIANINA (ICG)-PHOTO DYNAMIC EYE (PDE)

*Francisco Nicolás Oyarce Torres, Joaquín Ramírez Sneberger, Gonzalo Gómez Corona, Armando Iñiguez Cuadra**
Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto). Equipo de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

Introducción: El colgajo DIEP se ha posicionado como uno de los procedimientos de elección para la

reconstrucción mamaria posterior a la mastectomía. Las complicaciones locales del colgajo, están relacionadas de forma importante a perfusión segmentaria insuficiente y necrosis total o parcial del tejido autólogo. El estudio con angiografía con verde de indocianina ha sido introducido como innovación en cirugía plástica, para el estudio de la perfusión de colgajos durante el intraoperatorio. **Objetivos:** Presentar una técnica de evaluación intraoperatoria de perfusión aplicada al diseño del colgajo DIEP. Proponer una nueva aproximación al diseño del colgajo DIEP. **Material y Método:** Se presenta una serie de casos de 10 pacientes, tratados por el equipo de cirugía plástica del Hospital Dr. Sótero del Río, entre enero de 2015 y junio de 2016, operadas de mastectomía total por cáncer de mama y sometidas a reconstrucción con colgajo DIEP. El diseño preoperatorio se basó en Angio TAC, que mostró las perforantes más favorables, consideramos además, las zonas descritas clásicas de irrigación (I-IV). Este diseño fue modificado en el intraoperatorio, según el patrón de perfusión de los segmentos, determinado con ICG-PDE. El estudio se realizó posterior a la anastomosis microquirúrgica. Se evaluó la alteración del diseño y complicaciones post-operatorias relacionadas a perfusión. **Resultados:** La evaluación intraoperatoria con ICG-PDE determinó modificaciones del diseño del colgajo en la mayoría de los casos. No se registraron complicaciones mayores asociadas a isquemia en este grupo de estudio. **Conclusiones:** El colgajo DIEP es la técnica principal utilizada en nuestra institución para reconstrucción mamaria. En nuestro grupo de estudio, el uso de angiografía intraoperatoria con ICG-PDE, fue útil para seleccionar las áreas del colgajo DIEP con mejor patrón de perfusión.

RECONSTRUCCIÓN GENITOPERINEAL EN PACIENTES CON SECUELAS DE GANGRENA DE FOURNIER. SERIE DE CASOS

Wilfredo Calderón Ortega, Juan Pablo Camacho Martino, Rodrigo Subiabre Ferrer, Javier Moraga Concha, María José Rodríguez Rojas, Pablo Carvacho Kostner, Juan Pablo Cisternas Vera, Kenneth Guler González*
Hospital del Salvador (Santiago, Providencia).
Cirugía Plástica.

Introducción: La Gangrena de Fournier (GF) es una fascitis necrotizante de la región genitoperineal, provocada por una infección polimicrobiana sinérgica entre microorganismos aerobios y anaerobios. Su tratamiento consiste en desbridamiento quirúrgico extenso más antibióticos de amplio espectro. Dentro de los desafíos en su manejo, una vez controlada la infección, está la reconstrucción de los defectos generados. Dentro de las técnicas utilizadas para estos

fines se encuentran: cierre directo, cierre por segunda intención, injertos, colgajos y la combinación de las anteriores. **Objetivos:** Comunicar el manejo realizado para la reconstrucción genitoperineal de una serie de pacientes con secuelas de GF, por el equipo de Cirugía Plástica del Hospital del Salvador (HS), entre los años 2011 y 2016. **Material y Método:** Serie de casos retrospectiva de pacientes con secuelas de GF a los que se les realizó reconstrucción genitoperineal por el equipo de Cirugía Plástica del HS entre los años 2011 y 2016, ambos incluidos. La variable resultado fue técnica utilizada. Otras variables de interés fueron sexo, edad, presencia de diabetes y cultivos de la herida. Se utilizó estadística descriptiva con cálculo de medidas de tendencia central y dispersión. **Resultados:** En el período en estudio se realizó reconstrucción genitoperineal a 30 pacientes con secuela de GF (83,3% masculinos), con un promedio de edad de 59,5 (17-86 años). El 70% eran diabéticos. El 43,3% de los cultivos de tejido fue polimicrobiano. Las técnicas utilizadas para la reconstrucción, en orden de frecuencia fueron: cierre directo (30%), injerto (26,7%), colgajos (16,7%), cierre más injerto (16,7%), colgajo más injerto (6,6%) y cierre por segunda intención con uso de baños de asiento con ácido bórico (3,3%). **Conclusiones:** La reconstrucción genitoperineal en pacientes con secuelas de GF representa un desafío para el equipo quirúrgico. En el presente insumo se presentan técnicas seguras, reproducibles y con buenos resultados funcionales para la reconstrucción de las secuelas de GF.

VERSATILIDAD DEL USO DE ANGIOGRAFÍA CON VERDE DE INDOCIANINA-PHOTO DYNAMIC EYE (PDE) EN CIRUGÍA PLÁSTICA

Francisco Nicolás Oyarce Torres, Joaquín Ramírez Sneberger, Gonzalo Gómez Corona, Armando Iñiguez Cuadra*
Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto). Equipo de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

Introducción: El verde de indocianina es un medio de contraste que se ha utilizado como método de evaluación y estudio diagnóstico en diferentes áreas quirúrgicas debido a sus propiedades clínicas únicas. En los últimos años su uso se ha extendido también a cirugía plástica, utilizándose principalmente como método de evaluación de perfusión tisular y en cirugía de linfedema, a través del registro con cámaras de sensibilidad específica. **Objetivos:** Describir diferentes utilidades clínicas del verde de indocianina en un grupo de pacientes de nuestra institución. **Material y**

Método: Se presenta una serie de casos de pacientes del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río tratados por el equipo de plástica entre los años 2015 y 2016, usando ICG-PDE en casos de linfedema, reimplante de pulgar, colgajos locales y microquirúrgicos, evaluación de cirugía de reperfusión de arco palmar, evaluación de vitalidad de complejo areola-pezones y evaluación de lecho de quemadura, a los cuales se les realizó angiografía intraoperatoria con verde de indocianina (ICG)-Photo Dynamic Eye (PDE), en donde se visualizaron distintos patrones de irrigación y drenaje linfático según fuera el caso, con lo que posteriormente se tomaron diferentes conductas quirúrgicas. **Resultados:** Posterior a la angiografía intraoperatoria con ICG-PDE, en todos los pacientes sometidos a cirugía, se identificaron áreas de tejido con irrigación adecuada o insuficiente permitiendo tomar decisiones basadas en los parámetros de perfusión medidos por esta técnica. En tanto en los pacientes con linfedema se identificaron diferentes patrones de drenaje linfático patológico, lo que conllevó a tomar diferentes conductas terapéuticas quirúrgicas según fuese el caso. **Conclusiones:** El ICG-PDE es una innovadora tecnología que tiene diversas utilidades clínicas relevantes a la hora de tomar decisiones en cirugía plástica, por lo que se proyecta como una herramienta útil, para cirugías seleccionadas.

REALIDAD CHILENA DE CONTRACTURA CAPSULAR: EPIDEMIOLOGÍA Y MANEJO

Aldo López Ortega, Susana Searle Ferrari, Bruno Leonardo Dagnino Urrutia*
Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile. Sección de Cirugía Plástica y Reparadora.

Introducción: La cirugía mamaria con implante es uno de los procedimientos quirúrgicos más realizados en la cirugía plástica estética y reconstructiva. La etiología exacta de la contractura capsular es aún desconocida, por lo que existen múltiples opciones en su prevención y manejo, tanto médico como quirúrgico. En la actualidad no existe literatura nacional que informe acerca de las conductas de los cirujanos plásticos en relación a este tema. **Objetivos:** Objetivo general: Conocer la realidad actual del manejo de la contractura capsular por parte de los cirujanos plásticos de Chile. Objetivos específicos: Describir la prevalencia de la contractura capsular en Chile. Conocer estrategias de manejo médico actual en contractura capsular. Conocer estrategias de manejo quirúrgico actual en contractura capsular. **Material y Método:** Se confeccionó una encuesta que fue enviada por correo electrónico a todos los miembros de la Socie-

dad Chilena de Cirugía Plástica. Esta constaba de 38 preguntas que incluían los dominios de epidemiología, prevención, manejo médico y manejo quirúrgico de la contractura capsular. **Resultados:** Se recibieron 33 encuestas (25%). Se realizan entre 20 y 50 cirugías al año por cirujano plástico. Los implantes texturizados son los más utilizados (94%). Todos advierten a sus pacientes del riesgo de contractura. En cuanto a la incidencia, existe una variada apreciación entre los cirujanos, pero la mayoría informa de 0-5% (42%). El manejo es muy variado entre los cirujanos. El 94% de los encuestados, realiza algún procedimiento específico para la prevención como cambio de guantes, aseo con clorhexidina, retiro de talco, etc. Menos del 50% de los cirujanos indica algún tipo de tratamiento médico. Un 97% ha operado pacientes por contractura, pero no existe uniformidad de manejo indicado. **Conclusiones:** Llama la atención que, si bien es un problema muy presente para todos los encuestados, no existe uniformidad en prevención, tratamiento médico ni quirúrgico.

FACTIBILIDAD DE GRABACIÓN DE CIRUGÍAS DESDE LA PERSPECTIVA DEL CIRUJANO

*Aldo López Ortega**, *Susana Searle Ferrari*,
Bruno Leonardo Dagnino Urrutia, *Ignacio Cifuentes Ortiz*,
Alfonso Jorge Navia Torelli
Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile. Sección Cirugía Plástica y Reparadora.

Introducción: El registro audiovisual de cirugías es una herramienta valiosa para fines académicos y médico legales. Actualmente existe la tecnología para grabarlas desde la perspectiva del cirujano. Existen estudios que comparan la utilidad de GoogleGlass® y GoPro®, pero a pesar de tener resultados entusiastas, presentan limitaciones económicas y de uso. Desarrollar una Videoteca de cirugías realizadas en nuestro centro sería una herramienta en la formación de residentes. El Centro de Simulación cuenta con lentes con cámara frontal, por lo que se propone estudiar la factibilidad técnica de obtener registro desde el punto de vista del cirujano. **Objetivos:** Evaluar factibilidad técnica de crear una Videoteca utilizando tecnología de cámara frontal. Describir dominios: facilidad de uso, comodidad, calidad de la imagen y características técnicas de la cámara. **Material y Método:** Realizar estudio descriptivo acerca de la experiencia de uso de cámara Pivothead® (HD de 1080). Se realizó consentimiento informado a los pacientes y equipo médico. Al término de cada cirugía se aplica cuestionario auto administrado de 12 preguntas con puntuación de 1 a 5 a los cirujanos con los dominios descritos. Posterior-

mente se evaluaron las imágenes para verificar su contenido y calidad. **Resultados:** Se grabaron 5 cirugías, 4 completas, 3 desde la perspectiva del cirujano y 2 del ayudante, dado que el cirujano debía utilizar lupas o luz frontal. Al analizar los datos de la encuesta, se asocia a una buena experiencia, sin limitaciones para la cirugía, con una evaluación positiva de la calidad de imagen. **Conclusiones:** Este trabajo demuestra la utilidad y factibilidad de lograr una Videoteca con los lentes Pivothead®. Estos presentan la ventaja de ser más económicos que Google Glass® y más cómodos que GoPro®. El siguiente paso será evaluar la opinión de docentes y residentes respecto a la utilidad de las grabaciones.

DESCRIPCIÓN DE UNA NUEVA TÉCNICA DE MASTOPEXIA APLICADA EN PACIENTES POST-BARIÁTRICAS

Joaquín Ramírez Sneberger, *Francisco Nicolás Oyarce Torres*, *Gonzalo Gómez Corona**,
Armando Iñiguez Cuadra
Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto). Equipo de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

Introducción: Los pacientes sometidos a cirugía bariátrica sufren pérdidas masivas de peso, presentando cambios radicales en su estructura física. A nivel mamario presentan ptosis, falta de proyección, exceso de piel, descenso del pezón y del surco inframamario, constituyendo un desafío para la reconstrucción. La técnica idónea sería aquella que logre una mastopexia con una forma natural, con resultados duraderos, sin afectar la inervación, y con mínimas cicatrices. Actualmente existen diversas técnicas destinadas a estos propósitos, sin existir una que sea “Gold estándar”. **Objetivos:** Presentar una nueva técnica de mastopexia aplicada a la reconstrucción de mamas ptósicas en post-bariátricos. **Material y Método:** Se presenta una serie de casos de 3 pacientes tratadas el año 2016 con ptosis mamaria grado III, posterior a pérdida masiva de peso por cirugía bariátrica, que fueron sometidas a una nueva técnica de mastopexia. Se realizó desepidermización completa de la mama, conservando sólo la piel del colgajo adipocutáneo superior que conforma el neo-envoltorio de la mama. El tejido mamario desepidermizado es fijado a la fascia torácica, sin ser modificado estructuralmente con pedículos. A través del colgajo cutáneo superior, se exterioriza el complejo areola-pezón y se fija en su nueva posición. Posteriormente, se cierra el aspecto inferior del colgajo adipocutáneo con el surco mamario nativo. **Resultados:** Las 3 pacientes presentaron resultados satisfactorios, con mamas de aspecto natural, sin

registrarse complicaciones locales. Se preservó la sensibilidad del complejo areola-pezones de ambas mamas en las 3 pacientes. Esta técnica permitió evitar la cicatriz vertical y, por lo tanto, la zona de sufrimiento del "T" invertido. **Conclusiones:** Esta nueva técnica de mastopexia, sin resección de tejido mamario, proporciona una alternativa viable para los casos de ptosis mamaria severa en pacientes post-bariátricas. Su principal beneficio radica en la preservación de la sensibilidad e irrigación de los tejidos, compensando la gran laxitud cutánea, preservando el surco, obteniendo resultados estéticamente favorables.

EN BÚSQUEDA DE CICATRICES MÍNIMAS: COLGAJO DORSAL ANCHO LAPAROSCÓPICO EN RECONSTRUCCIÓN DE MAMA POST-MASTECTOMÍA

Joaquín Ramírez Sneberger, Francisco Nicolás Oyarce Torres, Gonzalo Gómez Corona, Armando Iñiguez Cuadra*
Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto). Equipo de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

Introducción: El uso del colgajo de dorsal ancho con técnica laparoscópica fue descrito en 1994. En la actualidad no es utilizado de manera extensa ya sea por desconocimiento, o bien por preferencia de otros métodos de reconstrucción por el cirujano. En el contexto de reconstrucción de mama en pacientes oncológicos, que posterior a la mastectomía presentan piel adecuada y por consiguiente no requieren aporte de piel sana en la reconstrucción, el colgajo de dorsal ancho sin isla cutánea provee una cobertura excelente cuando se plantea el uso de implantes mamarios asociado. El beneficio de la técnica laparoscópica, además de menor dolor post-operatorio, son las mínimas cicatrices que deja, sin afectar el tiempo quirúrgico. **Objetivos:** Mostrar una alternativa para la reconstrucción de mama, en una búsqueda de un mejor resultado estético de la zona dadora. **Material y Método:** Durante el año 2016 se realizaron tres casos de colgajo dorsal ancho laparoscópico. Las tres pacientes se sometieron a una mastectomía total por cáncer. Una de ella se realizó reconstrucción inmediata, las otras dos fueron reconstrucciones diferidas. La piel en la zona receptora era adecuada. En los tres casos se utilizaron implantes mamarios, siendo cubiertos en su totalidad por el colgajo dorsal y músculo pectoral. **Resultados:** Se requirió de una cicatriz principal en línea axilar media de 4 cm y dos menores de 1 cm, en línea axilar posterior y paravertebral. Todas estas quedaron ubicadas en lugares discretos. El tiempo quirúrgico promedio fue

de 2 horas. Se logró cobertura total de los implantes. Una paciente presentó un seroma de zona dadora que se manejó con punción. **Conclusiones:** La técnica de colgajo dorsal ancho laparoscópico es una herramienta útil en la reconstrucción de mama post-mastectomía por cáncer. Provee una excelente cobertura del implante utilizado, las cicatrices son mínimas y es una técnica fácilmente reproducible.

CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE PIEL EN LA REGIÓN DE COQUIMBO. SERIE DE CASOS 2005-2014

Oswaldo Iribarren Brown, Muriel Ramírez Sanzana, Juan Andrés Madariaga Gatica, Claudia Valdés Valdés, Óscar Riveros Fábrega, Javiere Toledo Gómez*
Universidad Católica del Norte Sede Coquimbo. Departamento de Clínicas. Departamento de Salud Pública UCN Departamento de Ciencias Biomédicas UCN Servicio de Cirugía Hospital San Pablo de Coquimbo.

Introducción: El cáncer de células escamosas (CCE) es el segundo cáncer de piel más frecuente, asociado a exposición a UV. No hay publicaciones en Chile sobre el tema. **Objetivos:** Investigar características sociodemográficas y clínicas del CCE en la Región de Coquimbo. **Material y Método:** Serie de casos de CCE tratados mediante resección quirúrgica en el Hospital San Pablo de Coquimbo, entre enero de 2005 y diciembre de 2014. Criterios de inclusión: diagnóstico histológico definitivo de CCE de piel; Criterio de exclusión: 1) seguimiento menor de 12 meses, 2) metástasis cutáneas de CCE mucoso, 3) metástasis a distancia. Variables independientes: edad, género, localización, tamaño, linfonodos comprometidos, residencia costera-interior. Variables dependientes: recurrencia, factores de recurrencia, letalidad. Análisis estadístico: descriptivo y analítico con el programa SPSS. **Resultados:** Se registraron 2.202 casos de cáncer de piel, 1.487 basocelular (67,5%), 181 melanomas (8,2%) y 534 CCE (24,2%). 236 pacientes tienen datos completos y constituyen el informe, 153 hombres (64,8%) y 83 mujeres (35,2%). Edad: 75,5 años \pm 11,7 (rango 46-94). Localización: cabeza 158 casos (66,9%), otras áreas expuestas 47 (20%) y no expuestas 31 (14,1%). En cabeza la localización más frecuente es mejilla 40 casos (25%), frente 29 casos (12,3%). En 119 casos (50,4%) el cáncer se presenta ulcerado y en 117, no ulcerado (49,6%); diámetro del tumor 22 milímetros (rango 3-100 mm). En 10 casos hay linfonodos clínicos (4,2%). En 12 casos (5,9%) se extirpa LNC, 2 positivos. 201 casos presentan bordes histológicos libres (85,2%) y en 35 casos, borde com-

prometido (14,8%). Tasa de recurrencia local 8,5% (20 casos) y ganglionar 2,1% (5 casos). Recidiva del cáncer sólo asociada a borde histológico comprometido: $P = 0,001$, IC 95% 3,12-12,19. Seguimiento de 36 meses (rango 12-228). Letalidad 2,56%. **Conclusiones:** El CCE de piel extirpado precozmente con confirmación histológica de erradicación tiene buen pronóstico.

EFFECTO DEL HEMATOMA EN LA CÁPSULA PERIPROTÉSICA DE PRÓTESIS DE SILICONA. ESTUDIO PILOTO EN RATAS

*Ignacio Cifuentes Ortiz**, Valeria Alvarado Schott, Antonieta Alejandra Solar González, Carolina Salisbury Devincenzi, Bruno Leonardo Dagnino Urrutia
Pontificia Universidad Católica de Chile. Sección Cirugía Plástica y Reconstructiva Escuela de Medicina.

Introducción: La principal complicación del implante de mama a largo plazo es la contractura capsular. El hematoma es considerado un factor de riesgo clínico para este fenómeno, sin embargo, no se ha estudiado su efecto en la cápsula periprotésica a nivel histológico. **Objetivos:** Evaluar cambios en el tejido histológico de la cápsula periprotésica relacionados con el hematoma. **Material y Método:** Estudio experimental. En 5 ratas Sprague-Dawley, previamente anestesiadas con sevoflurano, se insertaron dos discos de silicona texturizada de 8 mm de diámetro mediante técnica estéril bajo el tejido subcutáneo en el dorso. En un bolsillo se agregó 0,25 ml de sangre autóloga obtenida mediante una incisión en la cola. Las ratas fueron eutanasiadas a los 60 días. Se evaluó su evolución clínica y las características histológicas de las cápsulas periprotésicas, incluyendo el grosor de la cápsula, el número de células inflamatorias y la densidad de colágeno. Se utilizó el test de Wilcoxon de medidas pareadas para su comparación. **Resultados:** Todas las ratas sobrevivieron. Una presentó signos de infección superficial. Se analizaron 8 cápsulas periprotésicas dado que en una rata la muestra histológica fue insatisfactoria. El grosor de la cápsula sin hematoma fue de 70,6 mm (47,7-129,72), en comparación con el lado con hematoma 172,37 mm (143,5-216,4). El número de células inflamatorias por campo fue de 37,5 (30,5-76,25) en comparación con 81 (38,25-157,25) en el lado con hematoma. El índice de fibrosis en el lado sin hematoma fue de 58,4% (41-65,8) vs 51% con hematoma (42-60). Ninguno de estos resultados fue estadísticamente significativo. **Conclusiones:** En el presente estudio piloto se describe un método para evaluar los efectos del hematoma en la cápsula periprotésica. Si bien, no hubo diferencia estadísticamente significativa, existe una tendencia a presentar un mayor grosor de la

cápsula y un mayor número de células inflamatorias en la cápsula periprotésica.

EVALUACIÓN DE PERFUSIÓN CUTÁNEA MEDIANTE MAGNIFICACIÓN DE VIDEO EULERIANO

*Ignacio Cifuentes Ortiz**, Marcelo Andia Kohnenkamp, Bruno Leonardo Dagnino Urrutia
Pontificia Universidad Católica de Chile. Sección Cirugía Plástica y Reconstructiva Escuela de Medicina.

Introducción: La evaluación de la perfusión en colgajos libres cutá en el post-operatorio es de gran importancia. Existen múltiples técnicas de evaluación no invasiva, sin embargo, el uso de tecnologías emergentes y masivas como el Smartphone podrían apoyar a las técnicas de monitorización convencionales, haciéndolas más accesibles. La magnificación Euleriana de Video (MEV) corresponde a un método para amplificar pequeños cambios de color haciendo visible la perfusión cutánea. **Objetivos:** Nuestro objetivo fue evaluar el uso de la magnificación Euleriana de video (MEV) para identificar cambios de perfusión en la piel. **Material y Método:** Estudio experimental. En 10 voluntarios sanos se realizó oclusión venosa y total mediante la compresión del brazo con un esfigmomanómetro. Se registró un video de los dedos medio y anular mediante el uso de un Smartphone estandarizando la luminosidad y distancia. Al video se le aplicó el algoritmo de MEV y se evaluó el cambio de la profundidad de color y la amplitud de la señal obtenida en 4 períodos distintos: preoclusión, oclusión venosa, oclusión total, post-oclusión. Se compararon las variables utilizando el test estadístico de Wilcoxon. **Resultados:** Se pudo distinguir los distintos estados vasculares encontrando una disminución de la PC y de la amplitud tanto en la oclusión venosa (2,9% y 38,8%) como en la oclusión total (6,3% y 84,7%), siendo esta última visible a simple vista en el video magnificado. Todos los resultados fueron estadísticamente significativos. En el período de post-oclusión sólo fue significativo el cambio de PC (1,9%). **Conclusiones:** En conclusión, es posible identificar la presencia de cambios de perfusión utilizando MEV en un modelo de falla vascular de colgajo.

EXPERIENCIA CON EL USO DE INTEGRA® SINGLE LAYER ASOCIADO A SURGICEL® EN RECONSTRUCCIÓN MAMARIA INMEDIATA

*Javier Villalón Quiroz, Militza Romagnoli Razmilic**, José Tomás Gantz Vives, Fernando Cadiz Val
Clínica Alemana. Cirugía Plástica.

Introducción: La reconstrucción mamaria con implantes se ha convertido la técnica preferente en los últimos años. En la última década el uso de matrices

dérmicas acelulares se ha presentado como complemento a las técnicas reconstructivas establecidas, sin embargo, su alto costo a limitado su uso en nuestro país. Se presentará la técnica y la experiencia con el uso de Integra® Single Layer asociado a Surgicel Nu-Knit® en reconstrucción mamaria inmediata con implantes de silicona utilizado como soporte y extensión del plano muscular. **Objetivos:** Exponer técnica y resultado inicial en reconstrucción mamaria inmediata con el uso de Integra® Single Layer asociado a Surgicel® Nu-Knit. **Material y Método:** Se presenta en forma retrospectiva la experiencia del autor con el uso de Integra® Single Layer asociado a Surgicel® Nu-Knit en 4 pacientes; 3 de ellos en mastectomía unilateral y 1 en mastectomía bilateral. **Resultados:** Se presentan cuatro casos de pacientes sometidos a reconstrucción mamaria inmediata con el uso de Integra® Single Layer asociado a Surgicel® Nu-Knit. De estos casos, 3 pacientes fueron sometidos a mastectomía unilateral y uno a mastectomía bilateral. No hubo morbilidad asociado a esta técnica. **Conclusiones:** El uso del uso de Integra® Single Layer asociado a Surgicel® Nu-Knit, en reconstrucción mamaria inmediata con implantes de silicona, constituyen una alternativa fiable, segura y de menor costo respecto a las matrices dérmicas acelulares con resultados estéticos satisfactorios.

RESULTADOS A LARGO PLAZO DE LA CIRUGÍA DE CONTORNO CORPORAL SOBRE LA CALIDAD DE VIDA. ESTUDIO DE COHORTE. SEGUIMIENTO A 2 AÑOS Y MEDIO POST-OPERATORIOS

Ekaterina Troncoso Olchevskaia, Jaco Suijker Suijker, Galia Villarroel Oyarzún, Francisca Pizarro Santibáñez, Sofía Montecinos Narea, Juan Pablo Cisternas Vera, Cristian Erazo Cortés, Patricio Andrades Cvitanic, Susana Benítez Seguel, Sergio Sepúlveda Pereira, Stefan Danilla Enei*

Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento de Cirugía.

Introducción: La cirugía de contorno corporal es muy frecuente en la práctica clínica, tanto por motivos estéticos como posterior a la pérdida masiva de peso. Uno de los resultados más importantes a medir en estos pacientes es la calidad de vida, para lo que se utilizan instrumentos validados llamados denominados PROM (Patient Related Outcome Measures). No existe evidencia suficiente sobre la calidad de vida de estos pacientes a largo plazo (sobre 1 año de seguimiento). **Objetivos:** Determinar si la calidad de vida obtenida en el post-operatorio temprano posterior a la cirugía de contorno corporal se mantiene en el largo plazo. **Material y Método:** Estudio de cohorte prospectiva.

La calidad de vida fue medida a través del instrumento Body-Qol en todos los pacientes sometidos a cirugía de contorno corporal en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre el 1 de junio de 2013 y el 31 de mayo de 2015, y que quisieran participar del estudio. Se obtuvieron mediciones con el instrumento Body-Qol en las 24 h previa a la cirugía, y en el post-operatorio temprano y post-operatorio tardío. Se realizó el análisis estadístico con la prueba de Kruskal-Wallis y Kolmogorov-Smirnov. **Resultados:** La cohorte se compuso por 112 pacientes con un seguimiento a largo plazo del 75%. En toda la cohorte la calidad de vida mejoró significativamente entre el preoperatorio y ambas mediciones post-operatorias. No existieron diferencias entre el post-operatorio temprano y tardío. Los pacientes con pérdida masiva de peso tuvieron puntajes preoperatorios menores, pero igualaron a la población estética en ambas mediciones post-operatorias. **Conclusiones:** La calidad de vida mejora significativamente posterior a la cirugía de contorno corporal de forma temprana, y esta mejoría es estable en el tiempo. Esto se observa tanto en los pacientes estéticos como posterior a pérdida masiva de peso.

COBERTURA DE LAS ISAPRES EN MAMOPLASTÍA REDUCTIVA Y RELACIÓN CON ÍNDICE DE SCHNUR

Carla Natalia Ibarra Mujica, Daniela Maldonado Jaramillo, Gonzalo Yáñez Caro, Ricardo Antonio Yáñez Martínez, Ignacio Cifuentes Ortiz, Claudio Guerra Sánchez, Álvaro Cuadra Campos, Susana Searle Ferrari, Bruno Leonardo Dagnino Urrutia*

Pontificia Universidad Católica de Chile. Sección de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Facultad de Medicina.

Introducción: El índice de Schnur (IS) relaciona peso/talla con la cantidad mínima mamaria a reseca en pacientes con hipertrofia mamaria para que esta sea significativa y adecuada a su textura. En Chile la cobertura de las Isapres en estos casos no está bien definida y en ocasiones se basa en cantidades arbitrarias para considerarla una indicación terapéutica y no estética. **Objetivos:** Conocer la cobertura que tuvieron las pacientes sometidas a mamoplastía reductiva (MR) y evaluar relación con IS. **Material y Método:** Estudio transversal. Se analiza los datos de todas las pacientes mayores de edad sometidas a MR entre 2013 y 2015 en la Red de Salud UC-Christus, y se calcula IS. Se correlaciona con cobertura de las Isapres, evaluando si los pacientes en quienes se cumplía la cantidad recomendada según IS habían tenido cobertura. **Resultados:** Durante el período evaluado fueron intervenidas 57 pacientes, mediana de edad de 47 años (34-69), peso de 66 kg (52-93), talla de 1,59 m (1,50-1,75), IMC de 26,4 kg/m² (20-34,4), la resección mamaria fue de 470

g (164-1681) a derecha y 481g (86-1332) a izquierda, con una mediana de IS de 221,26 g (168,81-325,59). El 66,6% de las pacientes sometidas a cirugía tuvieron cobertura por su Isapre. De las pacientes que tuvieron cobertura, en el 97,3% se resecó al menos lo recomendado según IS. **Conclusiones:** El porcentaje de cobertura de las Isapres fue el esperado según el IS. Las pacientes con una MR realizada con un fin terapéutico y no estético, en quienes se resecó al menos lo estimado por IS, tuvieron cobertura por parte de su Isapre, por lo cual el IS sería un buen instrumento para estimar si con la resección esperada tendrá cobertura por parte de su Isapre. El IS es un buen estimador de la cobertura de la MR por parte de las Isapres.

VALIDACIÓN DEL ANÁLISIS DE MOVIMIENTO DE LAS MANOS, MEDIANTE COLOR COMO HERRAMIENTA, PARA EVALUACIÓN DE ADQUISICIÓN DE DESTREZAS MICROQUIRÚRGICAS EN SIMULACIÓN

*Álvaro Cambara Parro**, *Ignacio Cifuentes Ortiz*, *Julián Varas Cohen*, *Bruno Leonardo Dagnino Urrutia*
Pontificia Universidad Católica de Chile. Sección Cirugía Plástica y Reconstructiva Escuela de Medicina.

Introducción: La destreza microquirúrgica puede ser adquirida mediante un entrenamiento adecuado utilizando herramientas objetivas de evaluación. Existen múltiples formas de evaluación como el uso de escalas estructuradas (EE) y el análisis del movimiento de las manos. Esta última se basa en sensores de movimiento electromagnéticos y requiere de equipos costosos y de difícil adquisición, lo que limita su utilidad. **Objetivos:** Validar un nuevo método de análisis de movimiento de las manos, accesible y de bajo costo, usando un sistema de seguimiento visual de movimientos. **Material y Método:** Estudio experimental. Cinco residentes de cirugía general, sin experiencia en microcirugía, fueron evaluados mediante EE, tiempo, número de movimientos (NM) y distancia recorrida (DR) por ambas manos, realizando 3 puntos simples en látex con nylon 10/0, seguido de 10 sesiones de entrenamiento. Se registró a cinco expertos realizando el mismo ejercicio. El análisis de movimiento de las manos se realizó mediante una webcam y dos anillos de látex de colores colocados en ambos índices de los participantes. Se correlacionó el puntaje obtenido mediante EE con el NM y DR. Se compararon los resultados de expertos y novatos y entre novatos en primera y última sesión utilizando test de Wilcoxon y Spearman. **Resultados:** Hubo diferencia significativa en el tiempo y EE entre novatos no entrenados y expertos. Hubo una correlación negativa, estadísticamente significativa entre EE y DR (Rho = -0,9) y entre EE y NM (Rho = -0,7). La DR y NM en novatos en su primera sesión fueron mayores que en los expertos

(8,7 m vs 4,4 m, $p < 0,05$; 616 vs 320, $p < 0,05$). La décima sesión de entrenamiento de novatos mostró mejoría estadísticamente significativa en EE, DR y NM en comparación a la primera sesión. **Conclusiones:** El análisis de movimiento de las manos mediante el seguimiento de color es una herramienta válida, económica y de fácil implementación para evaluar adquisición de destrezas en microcirugía.

USO DE REALIDAD AUMENTADA Y TERMOGRAFÍA DINÁMICA INFRARROJA PARA EL MAPEO DE PERFORANTES EN EL MUSLO

*Ignacio Cifuentes Ortiz**, *Claudia Ortega Mogilevich*, *Daniela Maldonado Jaramillo*, *Carolina Salisbury Devincenzi*, *Bruno Leonardo Dagnino Urrutia*
Pontificia Universidad Católica de Chile. Sección Cirugía Plástica y Reconstructiva Escuela de Medicina.

Introducción: La termografía dinámica infrarroja (DIRT) ha sido utilizada para realizar el mapeo preoperatorio de perforantes cutáneas. Si bien, esta técnica ha demostrado una adecuada correlación con hallazgos intraoperatorios, creemos que es posible mejorar la precisión en la marcación de puntos calientes en la piel mediante la proyección de la imagen en tiempo real. **Objetivos:** Evaluar la precisión en el mapeo de perforantes mediante el uso de termografía dinámica infrarroja y un proyector. **Material y Método:** Estudio descriptivo. En tres voluntarios sanos se evaluaron las caras anterolaterales del muslo utilizando termografía dinámica infrarroja posterior a un período de enfriamiento de 2 minutos con aire frío y de 3 minutos de recuperación. Las imágenes obtenidas fueron proyectadas al muslo usando un proyector de bolsillo. Se posicionaron tres marcas como referencia en el muslo utilizando papel aluminio con el fin de calibrar la imagen. Se evaluó la presencia de puntos calientes en un diámetro de 10 cm del punto medio entre la cara lateral de la patela y la espina iliaca anterosuperior. Los puntos calientes fueron evaluados mediante un dispositivo Doppler sonido de bolsillo. Se utilizó estadística descriptiva. **Resultados:** Se identificaron puntos calientes en todas las caras del muslo y fueron proyectadas satisfactoriamente sobre la piel. La mediana del número de perforantes identificadas usando DIRT fue de 5 (mín: 3-máx: 8). La mediana del tiempo necesario para la identificación de los vasos, posterior al recalentamiento del muslo fue de 3,5 minutos (mín: 3,3-máx: 4). Todos los puntos calientes se relacionaron con señal Doppler sonido. **Conclusiones:** La aplicación de realidad aumentada mediante el uso de un proyector de bolsillo es un método consistente para transferir la ubicación de las perforantes identificadas por termografía dinámica infrarroja al muslo, facilitando su evaluación y dando un escenario real de las potenciales perforantes para el colgajo anterolateral del muslo.

ESPESOR NORMAL DEL MÚSCULO GLÚTEO MAYOR EN MUJERES CHILENAS. UNA GUÍA PARA EL AUMENTO DE GLÚTEO CON IMPLANTES

*Ekaterina Troncoso Olchevskaia**, Marco Antonio Ríos Vergara, Jaime Carrasco Toledo, Pedro Cuevas Troncoso, Juan Pablo Cisternas Vera, Cristian Erazo Cortés, Patricio Andrades Cvitanic, Susana Benítez Seguel, Sergio Sepúlveda Pereira, Stefan Danilla Enei
Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento de Cirugía.

Introducción: El aumento glúteo con implantes ha tomado fuerza en los últimos años con la aparición de la técnica intramuscular, que consiste en la creación de un bolsillo en el espesor del músculo glúteo mayor a 3 cm de profundidad. Por diferencias étnicas en el glúteo de pacientes chilenas, es necesario realizar mediciones para caracterizar el grosor del músculo glúteo mayor en nuestra población. **Objetivos:** Nuestro objetivo es conocer el espesor promedio del músculo glúteo mayor en mujeres chilenas. **Material y Método:** Se diseñó un estudio descriptivo, retrospectivo, midiendo el espesor del músculo glúteo en todas las tomografías de abdomen y pelvis en prono, en mujeres entre 18 y 65 años, desde el 1° de enero al 31 de diciembre del año 2015 en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Se determinó asociación con la edad, peso, talla, índice de masa corporal (IMC) y el espesor de la grasa abdominal y glútea de las pacientes. **Resultados:** El promedio del espesor del músculo glúteo derecho fue de 3,85 cm (IC 95% 3,76-3,95) y del glúteo izquierdo de 3,84 cm (IC 95% 3,75-3,92). Existió asociación positiva entre el peso y el espesor del músculo, y entre el IMC y el espesor del músculo; estas asociaciones fueron estadísticamente significativas. **Conclusiones:** Por las características de nuestra población, en que el espesor del músculo glúteo mayor es menor que el descrito en la literatura, el bolsillo en el músculo debe ser realizado con precaución y a una profundidad menor a la descrita.

CIRUGÍA DE CONTORNO CORPORAL EN PACIENTES CON PÉRDIDA MASIVA DE PESO EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE. ESTUDIO DE FRECUENCIAS

*Ekaterina Troncoso Olchevskaia**, Marco Antonio Ríos Vergara, Carlos Domínguez Contreras, Cathia Selman Briceño, Juan Pablo Cisternas Vera, Cristian Erazo Cortés, Sergio Sepúlveda Pereira, Patricio Andrades Cvitanic, Stefan Danilla Enei
Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento de Cirugía.

Introducción: No todos los pacientes que buscan una cirugía de contorno corporal lo hacen por razones

estéticas. Existe un creciente grupo de pacientes que buscan cirugía de contorno posterior a pérdida masiva de peso. No existen a la fecha estudios nacionales que aborden la epidemiología de la cirugía de contorno corporal en este grupo de pacientes. **Objetivos:** Describir la frecuencia, características de los pacientes, características de la cirugía y complicaciones de la cirugía de contorno corporal en pacientes con pérdida masiva de peso. **Material y Método:** Estudio descriptivo transversal. Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes con el antecedente de cirugía de contorno corporal entre el 1 de enero de 2013 y 31 de diciembre de 2015. Las variables continuas se presentan como promedio y desviación estándar, mientras que las variables categóricas como frecuencia y porcentaje. **Resultados:** Durante el período estudiado se realizaron 1.027 cirugías de contorno corporal, de las cuales 120 (11,68%) fueron en pacientes con antecedentes de pérdida masiva de peso. En total, 95 (79,17%) fueron mujeres y 15 (12,50%) hombres. En 110 (91,67%) pacientes fue posterior a cirugía bariátrica. El promedio de edad fue $38,41 \pm 10,43$ años. El IMC promedio fue de $25,48 \pm 6,33$ kg/m², posterior a una pérdida de peso en promedio de $39,07 \pm 4,18$ kg. El procedimiento más frecuentemente realizado para el contorno abdominal fue la lipoabdominoplastía (n = 35; 29,17%), siendo frecuente los procedimientos extensos como el *lower body lift* (n = 15; 12,50%) y resecciones extendidas (n = 13; 10,83%) o circuncferenciales (n = 7; 5,83%). **Conclusiones:** En nuestro servicio, cerca del 11% de los pacientes que se realizan una cirugía de contorno corporal lo hacen posterior a la pérdida masiva de peso, principalmente posterior a cirugía bariátrica. Si bien es común en este grupo de pacientes los procedimientos extensos, en la mayoría de estos pacientes se logró corregir el contorno con una lipoabdominoplastía convencional.

USO DE INTEGRA® SINGLE LAYER COMO COBERTURA DE IMPLANTE DE SILICONA. ESTUDIO EXPERIMENTAL *IN VIVO* EN MODELO MURINO

*Silvana Acosta Viana, Ricardo Antonio Yáñez Martínez**, Ignacio Cifuentes Ortiz, Claudio Guerra Sánchez, Bruno Leonardo Dagnino Urrutia, Álvaro Cuadra Campos
Pontificia Universidad Católica de Chile. Sección de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La reconstrucción mamaria en pacientes sometidas a mastectomía es una intervención de alta exigencia siempre en búsqueda de mejores resultados. Para lograrlo, en algunos casos ha sido útil el uso de matrices dérmicas acelulares. En nuestro país existen pocas alternativas disponibles en el mercado,

por lo que se decidió estudiar el uso de Integra Single Layer® sobre implante de silicona en modelo murino vivo, buscando una alternativa más económica y asequible. **Objetivos:** Evaluar integración de Integra Single Layer® como cobertura de implantes de silicona en modelo murino vivo. **Material y Método:** Estudio experimental aprobado por comité de Ética UC. Fueron intervenidas 8 ratas Sprague-Dawley, instalando en un bolsillo subcutáneo en el dorso un fragmento de expansor tisular cubierto por Integra Single Layer®, a los 21 días se realiza eutanasia/explantación. Se realiza estudio histológico con tinción HE, e inmunohistoquímica con marcadores Vimentina, CD 68, Ki67, CD 39. **Resultados:** Todas las ratas sobrevivieron al estudio en buenas condiciones, con alza ponderal adecuada. Macroscópicamente no se observó cambios inflamatorios locales, tales como colecciones, abscesos ni extrusión del sustituto dérmico. En el estudio histológico se observó en la tinción HE continuidad de la neodermis en toda su extensión, infiltrado neovascular y sin áreas de necrosis; con Vimentina se observó proliferación de fibroblastos, con CD 68 se observó presencia escasa de macrófagos, con Ki 67 se observó que no hubo una proliferación celular anormal; y con CD 39 no se observó presencia linfocitaria en relación al sustituto dérmico. **Conclusiones:** Este estudio experimental demuestra que Integra Single Layer® puede usarse en forma segura en tejido subcutáneo de modelo murino, que no causa un proceso inflamatorio y se logra la formación de neodermis que cubre en forma adecuada el implante de silicona. Así, podría ser utilizado en reconstrucción mamaria, como cobertura del implante en casos seleccionados.

LOWER BODY LIFT: SERIE DE CASOS DEL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE. DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA

*Ekaterina Troncoso Olchevskaia**, Marco Antonio Ríos Vergara, Carlos Domínguez Contreras, Cathia Selman Briceño, Juan Pablo Cisternas Vera, Cristian Erazo Cortés, Patricio Andrades Cvitanic, Sergio Sepúlveda Pereira, Stefan Danilla Enei
Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento de Cirugía.

Introducción: La cirugía de contorno corporal posterior a la pérdida masiva de peso (pérdida de más del 50% del exceso de peso) es cada vez más frecuente, debido a la creciente población de pacientes obesos que se realizan una cirugía bariátrica. En este grupo, el exceso de adiposidad y piel redundante puede producir problemas tanto físicos como psicológicos. El manejo de la deformidad exacerbada del contorno corporal en estos pacientes requiere en algunos casos de grandes

resecciones, como lo es *Lower Body Lift* que busca corregir el exceso cutáneo y la gran ptosis producida en el área abdominal, glútea y muslo proximal. **Objetivos:** Describir nuestra experiencia en el manejo de pacientes con pérdida masiva de peso con la técnica del *Lower Body Lift*. **Material y Método:** Se diseñó una serie de casos de pacientes manejados con *Lower Body Lift* para la corrección de la deformidad del contorno corporal inferior por el equipo de cirugía plástica del Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de junio de 2016. Se describe la técnica quirúrgica habitual realizada en nuestro Centro. **Resultados:** En el período estudiado se realizaron en total 90 procedimientos de contorno corporal inferior en pacientes con pérdida masiva de peso, de los cuales 15 fueron *lower body lift*. La serie está compuesta por 2 hombres y 13 mujeres. La edad promedio fue de $35,79 \pm 10,69$ años. En promedio los pacientes tuvieron una pérdida de peso de $41,49 \pm 14,93$ kg, siendo el IMC al momento del *lower body lift* de $25,46 \pm 6,38$. **Conclusiones:** Los pacientes con pérdida masiva de peso pueden presentar un gran excedente cutáneo que puede requerir resecciones extensas para lograr la corrección satisfactoria del contorno. La técnica de *lower body lift* permite corregir satisfactoriamente el contorno del cuerpo en este subgrupo de pacientes.

UPPER BODY LIFT: SERIE DE CASOS DEL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE. DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA

*Ekaterina Troncoso Olchevskaia**, Carlos Domínguez Contreras, Marco Antonio Ríos Vergara, Cathia Selman Briceño, Juan Pablo Cisternas Vera, Cristian Erazo Cortés, Patricio Andrades Cvitanic, Sergio Sepúlveda Pereira, Stefan Danilla Enei
Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento de Cirugía.

Introducción: En los últimos años ha ocurrido un incremento en los pacientes con grandes deformidades del contorno corporal posterior a la pérdida masiva de peso, principalmente posterior a cirugía bariátrica. Los defectos del contorno de la parte superior del cuerpo se producen por el exceso cutáneo tanto circunferencial como vertical, con descenso del surco inframamario, ptosis mamaria acompañado de piel redundante en los brazos, entre otras deformidades y puede ser necesario grandes resecciones cutáneas como el *Upper Body Lift* para su corrección. **Objetivos:** Describir nuestra experiencia en el manejo de pacientes con pérdida masiva de peso con la técnica del *Upper Body Lift*. **Material y Método:** Se diseñó una serie de casos de pacientes manejados con *Upper*

Body Lift para la corrección de la deformidad del contorno corporal superior por el equipo de cirugía plástica del Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2015. Se describe la técnica quirúrgica habitual realizada en nuestro Centro. **Resultados:** En el período estudiado se realizaron en total 71 procedimientos de contorno corporal superior en pacientes con pérdida masiva de peso, de los cuales 8 fueron *Upper Body Lift*. La serie está compuesta por 2 hombres y 6 mujeres. La edad promedio fue de $37,67 \pm 10,67$ años. En promedio los pacientes tuvieron una pérdida de peso de $41,67 \pm 13,63$ kg, siendo el IMC al momento del *Upper Body Lift* de $26,88 \pm 1,72$. Un paciente presentó una dehiscencia una semana posterior a la cirugía y 2 pacientes tuvieron un seroma. **Conclusiones:** Posterior a la pérdida masiva de peso puede existir un gran exceso de piel redundante en el contorno superior del cuerpo que para su corrección puede requerir grandes resecciones. La técnica de *Upper Body Lift* permite corregir satisfactoriamente el contorno del cuerpo en este subgrupo de pacientes.

CIRUGÍA ONCOPLÁSTICA DE LA MAMA: EXPERIENCIA EN 3 AÑOS. RESULTADOS ONCOLÓGICOS Y ESTÉTICOS

Victor Salazar Pierotic, Fernando Cadiz Val, José Tomás Gantz Vives, Cristian Erazo Cortés, Javier Villalón Quiroz*
Clínica Alemana. Departamento Cirugía Plástica y Reparadora. Hospital Padre Alberto Hurtado.

Introducción: Actualmente el tratamiento conservador constituye el estándar terapéutico del cáncer de mama no avanzado. Frecuentemente la relación entre tamaño, localización tumoral y volumen mamario residual impide la cirugía conservadora con buen resultado estético, u obliga a realizar una mastectomía. Ambas situaciones empobrecen la calidad de la sobrevida. La cirugía oncoplástica de la mama permite un enfrentamiento de la paciente con cáncer de mama uniendo conocimientos oncológicos y plásticos reparadores. Estos nuevos conceptos han contribuido a la obtención de mejores resultados cosméticos en cirugías conservadoras de cáncer de mama y permitir aumentar la extensión de las resecciones, disminuyendo los procedimientos radicales o previniendo deformidades secundarias. **Objetivos:** Presentar una serie descriptiva retrospectiva de pacientes sometidas a tratamiento conservador de cáncer de mama asociado a cirugía oncoplástica en una institución privada y pública. **Materiales y Método:** Estudio de cohorte retrospectiva no consecutiva. Se analiza registro electrónico y gráfico

de pacientes operadas por cáncer de mama y cirugía oncoplástica durante período 2014-2016 en Clínica Alemana de Santiago y Hospital Padre Alberto Hurtado. Se recolectan datos demográficos, mórbidos, técnica quirúrgica realizada, resultados anatomopatológicos, complicaciones post-operatorias e incidencia de recurrencia. Estadística descriptiva. **Resultados:** Durante el período 2014-2016 se registran 10 pacientes sometidas a cirugía oncoplástica. Mediana edad 51 años (43-69). Con una media de IMC 27,1 (DS 3,86). 40% de las pacientes recibieron QMT neoadyuvante. Localización más frecuente cuadrante superior (n = 6). Media de peso de pieza oncológica 135 g (DS 133). Tipo histológico carcinoma ductal infiltran n = 7. Reconstrucción inmediata con simetrización contralateral n = 9. Técnica de pedículo superior n = 6. Media de peso de simetrización 409 g (DS 318). Dos casos hallazgos histológico tumoral en pieza de simetrización. Seroma n = 1. No se registra recurrencia a la fecha. **Conclusiones:** La cirugía oncoplástica es una opción de tratamiento conservador del cáncer de mama con adecuados resultados oncológicos y plásticos.

CALIDAD DE VIDA POSTERIOR A LA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON IMPLANTES. ESTUDIO DE COHORTE

Sergio Sepúlveda Pereira, Ekaterina Troncoso Olchevskaia, Cathia Selman Briceño, Gabriela Romero Morgado, Stefan Danilla Enei, Juan Pablo Cisternas Vera, Cristian Erazo Cortés, Patricio Andrades Cvitanic*
Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento de Cirugía.

Introducción: La calidad de vida es una de las medidas de resultados más importantes en los pacientes con reconstrucción mamaria. El instrumento Breast-Q se ha utilizado para medir la calidad de vida de estas pacientes. Se desconoce la calidad de vida de las pacientes de nuestro medio sometidas a cirugía de reconstrucción mamaria con implantes. Asimismo, en nuestro país, no hay suficiente evidencia sobre la influencia de la radioterapia en los resultados en estos pacientes. **Objetivos:** Determinar la calidad de vida de las pacientes sometidas a reconstrucción mamaria con implantes y la influencia de la radioterapia sobre los resultados. **Materiales y Método:** Se diseñó un estudio de cohortes de las pacientes sometidas a reconstrucción mamaria con implantes en dos tiempos entre enero de 2013 y junio de 2015. Se estudiaron las características sociodemográficas, variables relativas a la cirugía y tratamiento adyuvante y se aplicó el instrumento Breast-Q módulo reconstrucción. Para el análisis estadístico se utilizó estadística descrip-

tiva, test de Wilcoxon y Kruskal Wallis. El puntaje se ajustó en una escala del 0 al 100 para facilitar la interpretación de resultados. **Resultados:** La cohorte está compuesta por 70 pacientes. El seguimiento promedio fue de $2,34 \pm 1,57$ años. El promedio etario fue de $48,03 \pm 9,89$ años. El 30,30% recibió radioterapia posterior a la cirugía resectiva. El 27,59% tuvo alguna complicación, principalmente en relación al expansor. La calidad de vida global fue de $76,52 \pm 9,33$ puntos, siendo el dominio con mayor puntuación el de autoimagen y autoestima ($90,15 \pm 9,35$) y el de menor puntuación relacionado al CAP ($53,46 \pm 18,30$). No encontramos diferencia de puntaje entre las pacientes con y sin radioterapia. **Conclusiones:** La calidad de vida es satisfactoria (76,52% del máximo) en las pacientes con reconstrucción mamaria en nuestro medio medido con el instrumento Breast-Q. A diferencia de lo reportado en series internacionales, la calidad no disminuye en pacientes con radioterapia.

RECONSTRUCCIÓN LINGUAL. EXPERIENCIA INICIAL

*Bruno Leonardo Dagnino Urrutia,
Carolina Salisbury Devincenzi**

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

Introducción: La frecuencia del cáncer de lengua ha aumentado en la última década, sobre todo en países con economías emergentes y su prevalencia va en aumento debido al incremento en el consumo del alcohol y del tabaco. Si bien es más frecuente en pacientes de sexo masculino mayores de 50 años, la epidemiología ha cambiado en la última década y actualmente personas menores de 45 años, no fumadores/bebedores y mujeres se ven cada vez más afectados. En reconstrucción de glossectomías se usan habitualmente colgajos microquirúrgicos. **Objetivos:** Presentar una serie inicial de glossectomías y su reconstrucción con colgajos microquirúrgicos. **Material y Método:** Estudio retrospectivo. Se realizó revisión de protocolo operatorio y anatomía patológica de los pacientes con glossectomías parciales operados por el primer autor entre mayo de 2015 y mayo de 2016. Se registró edad, género, diagnóstico pre y post-operatorio, tamaño de lesión, ubicación y área de defecto resultante. **Resultados:** Dos mujeres y tres hombres, mediana de edad 57 (32-71). Los cinco casos tuvieron diagnóstico de cáncer escamoso. Todos los tumores fueron resecaados por el equipo de cirugía oncológica. Las glossectomías fueron mayores a 50% en 4 pacientes, en un paciente fue resección de piso de boca por recidiva. Mediana

de seguimiento fue 6 meses (5-13). Tres pacientes se encuentran con deglución, articulación de la palabra y tolerancia vía oral adecuada. Una paciente permanece con fistula oro cutánea y recidiva de cáncer escamoso a nivel tiroideo. Un paciente falleció por recidiva local. **Conclusiones:** En la reconstrucción por glossectomías mayores al 50% no medimos calidad de vida con ningún instrumento. En el grupo de pacientes presentados, la utilización de colgajos libres para reconstrucción lingual, demostró ser eficaz pero no exento de complicaciones. La reconstrucción ofrece un beneficio significativo en la calidad de vida de los pacientes mejorando no sólo sus funciones básicas de alimentación, sino su interrelación social y familiar.

USO DE SISTEMA DE PRESIÓN NEGATIVA INCISIONAL EN ZONA DADORA DE COLGAJO LIBRE ANTEROLATERAL DE MUSLO. RESULTADOS DE UN ESTUDIO DE COHORTE

Gunther Mangelsdorff Galeb, Enrica Ramírez Pittaluga,
Pedro Cuevas Troncoso, Nicolás Pereira Covarrubias*
Departamento de Cirugía Plástica, Servicio de Cirugía.
Hospital del Trabajador de Santiago (HTS). Clínica Santa María.

Introducción: El colgajo libre anterolateral de muslo (ALT) tiene gran utilidad en reconstrucciones complejas. El cierre primario de su zona dadora puede sufrir complicaciones dada la tensión resultante en colgajos extensos. La presión negativa incisional (PNI) puede reducir complicaciones en incisiones de alto riesgo. **Objetivos:** Determinar si la presión negativa incisional (PNI) reduce las complicaciones en cierre primario de zona dadora en colgajo libre ALT. **Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectivo. Fueron revisados 67 colgajos libres ALT en 65 pacientes hombres consecutivos (julio de 2009-julio de 2016). Se definieron 2 grupos: cierre primario de zona dadora con PNI (grupo estudio) versus cierre primario y curación tradicional (grupo control). Nueve pacientes requirieron injertos primarios en zona dadora, así la muestra definitiva estuvo conformada por 58 colgajos con cierre primario (grupo estudio $n = 28$, grupo control $n = 30$). Se utilizó sistema Renasys® a (-) 125 mm Hg continuo durante 7 días. Se estudiaron complicaciones de zona dadora. Se utilizó estadística descriptiva y analítica para determinar factores pronósticos (test exacto de Fisher, U Mann Whitney y regresión logística). Mediana de seguimiento 19 meses. **Resultados:** La mediana de edad fue 42 años. Las dimensiones medias fueron 9 cm (5-14 cm) por 25 cm (10-48 cm). Ambos grupos fueron comparables entre sí, sin diferencias significativas en edad ni tama-

ño de los colgajos. La tasa global de complicaciones fue 7% en grupo estudio vs 37% en grupo control ($p = 0,007$). La tasa de dehiscencia fue 7% en grupo de estudio vs 30% en grupo control ($p = 0,028$). En análisis multivariado mediante regresión logística la PNI se asoció a disminución de las complicaciones en zona dadora ($p = 0,006$). **Conclusiones:** La aplicación de PNI disminuye en forma significativa complicaciones del cierre primario de zona dadora en colgajos libres ALT. Observamos una reducción significativa de dehiscencias en pacientes sometidos a PNI.

COLECCIONES MAMARIAS TARDÍAS COMO COMPLICACIÓN DE LA MAMOPLASTÍA CON IMPLANTES. REPORTE DE CASOS

Leonardo Parada Matus, Ricardo Antonio Yáñez Martínez, Álvaro Cuadra Campos, Claudio Guerra Sánchez, Silvana Acosta Viana*

Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de Medicina, Sección de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

Introducción: La cirugía plástica de la mama es el procedimiento estético más frecuente en el mundo. Los resultados en general son satisfactorios, sin embargo, no está exenta de complicaciones, describiéndose incluso años después del procedimiento, generando altas tasas de reoperación. La más frecuente es la contractura capsular cercana al 30% de los casos. Más infrecuentes son las colecciones tardías como seromas, abscesos y hematomas que ocurren en hasta un 3%. **Objetivos:** Presentar una serie de casos de colección mamaria periprotésica tardía en pacientes sometidas a mamoplastia con implantes. **Material y Método:** Estudio retrospectivo de todas las pacientes con diagnóstico de colección mamaria periprotésica sintomática posterior al tercer mes de efectuada una mamoplastia con implantes tratadas en la Red de Salud UC-Christus entre diciembre de 2013 y junio de 2016. Revisión de la literatura publicada en relación al tema. **Resultados:** Se diagnosticaron tres casos. La mediana de edad fue de 38 años (21-51), el tiempo desde la cirugía fue de 15 meses (14-156). No tenían antecedentes relevantes. -Un hematoma no traumático en una mujer en período de lactancia, 14 meses post-mastopexia con implantes. Se puncionó, recidivando, por lo que se realizó un aseo quirúrgico. Se descarta patología oncológica. -Una colección estéril, en una paciente sometida a mamoplastia de aumento hace 13 años, que se resolvió con recambio de implante. El estudio descartó patología oncológica. -Un absceso, secundario a mastitis puerperal, en paciente con implantes mamarios hace 15 meses, manejado con antibióticos y retiro del implante. **Conclusiones:** Las

colecciones periprotésicas tardías son infrecuentes. El seroma es lo más frecuente, su estudio debe descartar linfoma anaplásico de células gigantes. Están descritos hematomas asociados a anticoagulación o trauma y procesos infecciosos entre otros. Su tratamiento dependerá de la etiología de ésta pero la mayoría de las veces suele ser quirúrgico.

RENDIMIENTO DE LAS IMÁGENES TERMÓGRAFICAS TOMADAS CON UN SMARTPHONE EN LA IDENTIFICACIÓN DE VASOS PERFORANTES. ESTUDIO PRELIMINAR DIAGNÓSTICO

Patricio Andrades Cvitanic, Ekaterina Troncoso Olchevskaia, Carlos Domínguez Contreras, Marco Antonio Ríos Vergara, Jaco Suijker Suijker, Juan Pablo Cisternas Vera, Cristian Erazo Cortés, Stefan Danilla Enei, Sergio Sepúlveda Pereira*
Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento de Cirugía.

Introducción: Existen reportes de la utilidad de la termografía en la localización de vasos perforantes debido a la existencia de puntos con aumento localizado de la temperatura llamados hot spots, correspondientes a la localización de estos vasos. Ha aparecido en el mercado una cámara termográfica de menor costo como complemento a un Smartphone, sin embargo, su validez diagnóstica no ha sido probada. **Objetivos:** Evaluar la validez diagnóstica de la termografía usando una cámara infrarroja portátil en la localización de vasos perforantes en la pared abdominal. **Material y Método:** Se diseñó un estudio prospectivo, de diagnóstico, doble ciego, para la detección de vasos perforantes en pacientes que serán sometidas a una abdominoplastia electiva en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre el 1 de mayo de 2016 y el 30 de abril de 2017 y lo compararemos con la localización intraoperatoria de las perforantes. La imagen termográfica fue realizada con una cámara infrarroja (Flir One de FLIR Systems, Inc., Wilsonville, Ore.). Se calculó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo y curva ROC. **Resultados:** La muestra se encuentra compuesta por 20 pacientes mujeres. La edad promedio fue de $38,41 \pm 10,43$. En 2 (10%) de las pacientes la cirugía se realizó posterior a la pérdida masiva de peso. Cinco pacientes (25%) eran fumadoras. La termografía para Smartphone tuvo una sensibilidad del 96,61% y una especificidad de 40%. El valor predictivo positivo en nuestra población fue de 95% y el valor predictivo negativo de 50%. **Conclusiones:** La termografía usando una cámara infrarroja portátil (Flir One) en

la localización de vasos perforantes en la pared abdominal tiene una alta sensibilidad y valor predictivo positivo, con una especificidad baja. En este momento nos encontramos aumentando el tamaño muestral para poder analizar el rendimiento de la termografía por subgrupos.

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE SECUELAS DE PACIENTES QUEMADOS POSTERIOR AL ALTA DEL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA

*Ekaterina Troncoso Olchevskaia**, Marco Antonio Ríos Vergara, Adriana Alzate Rodas, Mara Elsa Calderón González, Diego Andrés Quispe Valdés, Cristián Arriagada Irarrázaval

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

Objetivos: Presentar los resultados de la implementación del protocolo de seguimiento para pacientes tratados en el Servicio de Quemados del HUAP. **Material y Método:** Se implementó el protocolo desde junio de 2015 hasta junio de 2016, en el policlínico de seguimiento de los pacientes quemados tratados en el Servicio de Quemados. Se analizaron las principales características y los resultados obtenidos por los cuestionarios POSAS (The Patient and Observer Scar Assessment Scale) y BSHS-B (Brief version of the Burn Specific Health Scale). **Resultados:** Fueron evaluados 49 pacientes (35 hombres y 14 mujeres), edad promedio 48 años (19 y 88 años) y mediana de estadía hospitalaria de 56 días. El promedio de seguimiento fue de 4,5 meses (entre 1 y 29 meses) posterior al alta. 34 pacientes se encontraban laboralmente activos, 11 no se encontraban trabajando y 2 se encontraban trabajando de forma parcial. En la escala POSAS (siendo 0 la normalidad y 100 muy alterado) destaca un puntaje entregado por el observador de 29,75, y el puntaje entregado por el paciente de 42,33 (similares en ambos sexos). Con respecto al puntaje del BSHS-B (siendo 0 el peor puntaje y 100 el mejor), los pacientes tuvieron un total de $52,5 \pm 24,1$ puntos, siendo levemente mayor en hombres que en mujeres, pero sin ser estadísticamente significativo. El dominio de molestias físicas de la escala tuvo la menor puntuación por parte de los pacientes ($34,8 \pm 30,4$), con una distribución igual en ambos sexos. **Conclusiones:** Esta implementación del protocolo de seguimiento, en el Servicio de Quemados del HUAP, es pionero en nuestro país, permitiendo compararnos con centros de quemados a nivel mundial. Se evaluó la evolución a corto y largo plazo de las quemaduras, y objetivar las secuelas psicológicas y físicas, permitiendo ofrecerles soluciones tanto asistenciales como quirúrgicas, que les faciliten la reinserción social y laboral.

PRIMERA SERIE EN CHILE DE TRANSFERENCIA MICROQUIRÚRGICA DE GANGLIOS LINFÁTICOS: TÉCNICA QUIRÚRGICA Y RESULTADOS PRELIMINARES

*Alejandro Ramírez Mendoza, Omar Chávez Maichil**
Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloísa Díaz Insunza. Cirugía Plástica.

Introducción: El linfedema tanto primario como secundario es una enfermedad agobiante para muchos pacientes que dependen de sistemas de compresión y terapia kinésica de por vida. La microcirugía del linfedema ha evolucionado lo suficiente en el mundo como para ofrecer a los pacientes una opción de mejorar su drenaje linfático, disminuir complicaciones asociadas al linfedema y mejorar su calidad de vida. **Objetivos:** Mostrar los primeros casos en Chile de transferencia de ganglios linfático para tratamiento de linfedema. **Material y Método:** La serie está constituida por 4 pacientes con linfedema confirmado por linfocintigrafía. Tres casos de linfedema de extremidad inferior (1 caso por trauma inguinal, uno por biopsia inguinal, uno por disección lumboaórtica) y un caso de linfedema de extremidad superior por disección axilar y radioterapia por cáncer de mama. Como zonas donantes se utilizaron ganglios submentales en 2 casos, torácicos laterales en uno e inguinales en otro. Para cuantificar los cambios del linfedema se utilizó el índice de reducción según medición estandarizada con cinta métrica. **Resultados:** En los cuatro casos fue factible realizar la transferencia de ganglios linfáticos. El caso de extremidad inferior con más seguimiento (4,5 meses) presenta un 47% de índice de reducción de linfedema sobre la rodilla. El único caso de extremidad superior presenta al mes de seguimiento un 35% de reducción de linfedema en el antebrazo. **Conclusiones:** La transferencia de ganglios linfáticos es un tratamiento de alta complejidad para el linfedema, reproducible y con resultados cuantificables. Con esta serie inicial este tratamiento ha sido introducido en Chile.

ESTUDIO DE CONCORDANCIA DE LA IMAGEN TERMOGRÁFICA CON LA ANGIOTAC EN LA DETECCIÓN DE PERFORANTES PARA LA PLANIFICACIÓN DE COLGAJOS LIBRES

*Nicolás Pereira Covarrubias**, Gunther Mangelsdorff Galeb, Matías Kufeke Marchant, Ricardo Roa Gutiérrez
Departamento de Cirugía Plástica y Quemados. Hospital del Trabajador.

Introducción: Clásicamente, la identificación de perforantes para la planificación de colgajos libres se realiza con angioTAC. El uso de la imagen termográfica en microcirugía es una herramienta novedosa que puede

ser incluida en el armamentario para el estudio preoperatorio. Existen algunos reportes en la literatura del uso de esta tecnología, pero no se dispone de estudios de concordancia con angioTAC. **Objetivos:** Determinar la concordancia de la imagen termográfica con la angioTAC en la detección de perforantes. **Material y Método:** Diseño utilizado: estudio de concordancia de pruebas diagnósticas. Análisis estadístico aplicado al estudio: estadística analítica. Se utilizó como modelo el colgajo anterolateral de muslo (ALT). Se tomaron fotografías térmicas de 13 muslos en 7 pacientes que se someterían a reconstrucción de extremidades con colgajos libres, en los cuales realizó angioTAC como parte del estudio preoperatorio. En las fotografías térmicas, un evaluador identificó puntos calientes (*hotspots*) y puntos fríos (*coldspots*) en el territorio del colgajo ALT y midió su distancia desde la espina iliaca anterosuperior. Otro evaluador identificó perforantes en la angioTAC del mismo territorio y midió su distancia de la espina iliaca anterosuperior. Se calculó la concordancia entre ambas mediciones con el índice de kappa con el programa SPSS versión 21. **Resultados:** Se identificaron 40 *hotspots*, 40 *coldspots* y 40 perforantes en el territorio ALT de los 13 muslos evaluados. Se logró una alta concordancia de la imagen termográfica con angioTAC (0,975, $p < 0,001$). **Conclusiones:** La imagen termográfica podría ser de gran utilidad en la detección de perforantes para la planificación de colgajos libres debido a la altísima concordancia que tiene con la angioTAC.

PRIMEROS CASOS EN CHILE DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON COLGAJO DIEP NEUROTIZADO: TÉCNICA QUIRÚRGICA Y RESULTADOS PRELIMINARES

Alejandro Ramírez Mendoza, Omar Chávez Maichil*
Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloísa Díaz Insunza. Cirugía Plástica.

Introducción: La recuperación de la sensibilidad post-reconstrucción mamaria ha demostrado mejorías en la calidad de vida, con tasas de satisfacción más altas y beneficios en la prevención de lesiones. A la fecha no se han reportado casos de este tipo de reconstrucción en Chile. **Objetivos:** Reportar los primeros casos de reconstrucción mamaria con colgajo DIEP Neurotizado en Chile. **Material y Método:** Se trabajó a un equipo (un microcirujano y un cirujano general). El nervio donante correspondió a una rama sensitiva del colgajo DIEP. La neurotización del colgajo se realizó mediante anastomosis al 4° nervio intercostal anterior. La recuperación sensitiva se evaluó por cuadrantes estandarizados en la mama de 2 cm evaluando sensibilidad gruesa con un lápiz y sensibilidad fina con discriminación de dos puntos con compás tipo

Weber. **Resultados:** La serie está constituida por 5 pacientes. La sobrevida de los colgajos fue de 100%. No hubo pérdidas parciales. En todos los pacientes se logra identificar un nervio sensitivo abdominal y un nervio intercostal. En uno de los casos la neurorrafia se realizó de forma directa a la rama sensitiva del cuarto nervio intercostal anterior. El tiempo quirúrgico medio fue de 6 ± 1 horas. El tiempo quirúrgico extra fue de aproximadamente 20 minutos por la neurotización. De las 5 pacientes operadas sólo dos, al envío del abstract, cuentan con seguimiento de más de 6 meses. La sensibilidad gruesa se recuperó en ambas pacientes, presentando sensación subjetiva de sensibilidad desde los 3 meses en ambos casos. La discriminación de dos puntos fue negativa. **Conclusiones:** Los primeros casos de reconstrucción mamaria con colgajo DIEP Neurotizado en Chile, muestran que es una técnica factible y reproducible con resultados preliminares satisfactorios. Además, de los beneficios conocidos del colgajo DIEP, su neurotización y la posible recuperación sensitiva pueden ayudar a reducir el desgaste físico y emocional del cáncer de mama en nuestras pacientes.

EXPERIENCIA EN ABDOMINOPLASTÍA UTILIZANDO PUNTOS DE BAROUDI COMO PREVENCIÓN DE SEROMAS Y DEHISCENCIA DE COLGAJO ABDOMINAL

Jaime Carrasco Toledo*, Roberto Hoppmann Klestadt, Cristhian Ignacio Guerman González, Diego Andrés Quispe Valdés, Josefina Moreno Yates, Gisela Fernanda Meza Márquez, Bárbara Carreño Márquez, Valentina Castillo Warnken, Manuel Meruane Naranjo, Dante González Bartolomei
Clínica Tabancura. Cirugía Plástica.

Introducción: El remodelamiento del contorno corporal considera como uno de los pilares fundamentales a la unidad estética y funcional de la pared abdominal, siendo la abdominoplastia la estrategia quirúrgica que obtiene mejores resultados. Sin embargo, sus diferentes técnicas quirúrgicas no están exentas de complicaciones. **Objetivos:** Comunicar la experiencia en abdominoplastias de nuestro grupo en los últimos 2 años, describiendo el uso de puntos de Baroudi como uno de los pilares fundamentales en la prevención de seromas y dehiscencia de herida operatoria. **Material y Método:** Estudio de cohorte prospectivo analítico de pacientes adultos, operados de abdominoplastia por los cirujanos plásticos de centro médico Propacam, efectuadas en clínica Tabancura entre los años 2014 y 2015. **Resultados:** Se incluyeron 74 pacientes (73 mujeres y 1 hombre), el promedio de edad fue 42 años. Las comorbilidades fueron hipotiroidismo 16,2%, trastorno del ánimo 10,8%, DM2 10,8%, HTA

9,4%, colopatía funcional 4% y colitis ulcerosa 2,7%. En antecedentes quirúrgicos el 33,7% presenta cirugía plástica y 9,4% cirugía bariátrica. El 93% de las pacientes son multíparas, de las cuales 58% presentan cesárea. IMC promedio fue de 27,48. La cirugía fue abdominoplastia anterior en 98% y circunferencial en 2%. En todas las pacientes se utilizó faja elástica de compresión abdominal post-operatoria. Con respecto a los días que se mantuvo el drenaje el promedio fue de 2,09 días. Las complicaciones fueron cicatriz hipertrófica en ombligo en un 5,4%, granuloma de sutura 2,7%, excedente de piel 0,74%, seroma 2,7% y dehiscencia 0,74%. La satisfacción fue: Muy buena en 17,56%, buena 45,9%, regular 24,32% y no contesta 12,1%. **Conclusiones:** La abdominoplastia corresponde a la técnica quirúrgica con mejor resultado en la satisfacción de la remodelación de la unidad abdominal. Los puntos de Baroudi, como técnica de colapso de cavidad y distribución de los vectores de tracción, favorece la prevención de seromas y dehiscencia de sutura del colgajo abdominal.

MICROCIRUGÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: EXPERIENCIA DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

Alejandro Ramírez Mendoza, Rocío Jara Contreras, Omar Chávez Maichil, David Ferj Barros, Cecilia Briones Sagredo, Carmen Gloria Morovic Inostroza*
Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloísa Díaz Insunza.

Introducción: Desde sus inicios las técnicas microquirúrgicas se han aplicado a diversas áreas de la cirugía. En cirugía pediátrica su uso favorece la reconstrucción de defectos complejos. Actualmente la experiencia nacional se concentra fundamentalmente en adultos, siendo la experiencia en la población pediátrica aún muy escasa. **Objetivos:** Presentar la experiencia microquirúrgica y sus diversas aplicaciones en cirugía infantil. **Material y Método:** Se realizaron durante los últimos 12 meses 9 reconstrucciones microquirúrgicas en niños (rango edad 1-14 años): 4 microcirugías en trasplante hepático donante vivo, 2 colgajos anterolateral de muslo para reconstrucción de tronco y extremidad, 2 reanimaciones faciales con colgajo dorsal ancho segmentario en una etapa y 1 reconstrucción microquirúrgica de nervio facial. **Resultados:** La sobrevida de los colgajos libres fue de un 100%. No hubo complicaciones de las zonas donantes. En todos los pacientes se logró el objetivo reconstructivo. **Conclusiones:** Los beneficios de las técnicas microquirúrgicas son múltiples. La comunicación de esta experiencia contribuye en el conocimiento del campo nacional y exhibe las ventajas de aplicar la microcirugía a procedimientos quirúrgicos en niños.

TBAR: TOTAL BREAST ANATOMY RESTORATION. PRIMER CASO EN SUDAMÉRICA

*Alejandro Ramírez Mendoza, Rocío Jara Contreras, Omar Chávez Maichil**
Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloísa Díaz Insunza.

Introducción: El linfedema secundario es una complicación que se presenta entre el 29-46% de los pacientes sometidos a mastectomía oncológica. La reconstrucción mamaria autóloga ha demostrado disminuir la incidencia de esta patología. Por su parte el trasplante de ganglios se ha posicionado actualmente como una nueva alternativa de manejo quirúrgico para los pacientes con linfedema. **Objetivos:** Presentar el primer caso en Sudamérica de TBAR. La restauración mamaria anatómica total consiste en la reconstrucción mamaria mediante colgajo DIEP más trasplante de ganglios linfáticos inguinales a la región axilar ipsilateral. **Material y Método:** Nuestra paciente de 56 años había sido sometida a mastectomía total izquierda más disección axilar y quimioradioterapia. Evolucionó con linfedema moderado de la extremidad superior ipsilateral, por lo que se planteó la reconstrucción con TBAR. Para cuantificar los cambios del linfedema se utilizó el índice de reducción según medición estandarizada con cinta métrica. **Resultados:** La paciente fue dada de alta al quinto día post-operatorio sin complicaciones. Al mes de seguimiento presenta un índice de reducción del linfedema sobre el codo de 13% y bajo el codo de 35%. **Conclusiones:** TBAR permite restituir anatómicamente las secuelas generadas por el tratamiento del cáncer de mama. A pesar de ser una técnica en reciente desarrollo, se posiciona como una alternativa quirúrgica que ofrece óptimos resultados estéticos y funcionales.

CIERRE DE BOLSILLO SUB PECTORAL PARA LA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA: DESCRIPCIÓN DE UNA NUEVA TÉCNICA QUIRÚRGICA MEDIANTE USO DE CELULOSA OXIDADA REGENERADA NU-KNIT®

Víctor Salazar Pierotic, José Tomás Gantz Vives, Sebastián Pradenas Bayer, Gustavo Vial Ovalle, Juan Francisco Allamand Turner, Militza Romagnoli Razmilic, Fernando Cádiz Val, María Santos Couve, Felipe Ignacio Fuster Corsi, Javier Villalón Quiroz*
Clínica Alemana. Departamento Cirugía Plástica y Reparadora. Universidad del Desarrollo Hospital Padre Alberto Hurtado.

Introducción: El uso de expansor mamario, previo a la reconstrucción definitiva con prótesis, no está exenta de complicaciones. Las mismas no sólo tienen re-

lación con la presencia de radioterapia perioperatoria, o factores propios de las pacientes; sino que también guardan relación con la cobertura muscular íntegra del expansor mamario. **Objetivos:** Descripción de una nueva técnica quirúrgica mediante uso de Celulosa Oxidada Regenerada NU-KNIT®. **Material y Método:** Revisión retrospectiva de pacientes sometidas a reconstrucción mamaria diferida utilizando una modificación de la técnica del cierre de bolsillo submuscular con Celulosa Oxidada Regenerada NU-KNIT® de expansor mamario. Entre el 01 de enero de 2014 y el 31 de diciembre de 2015 un solo cirujano plástico (J.V) de la Unidad de Patología Mamaria de Clínica Alemana de Santiago realizó reconstrucción con dicha técnica en 31 pacientes. Se describe la modificación de la técnica, así como los datos demográficos, histológicos y complicaciones de la fase de expansión de las mismas. **Resultados:** Se realizaron 40 reconstrucciones mamarias en 31 pacientes. Se presentaron 11 seromas (27,5% del total de los expansores), 2 sufrimientos de colgajo cutáneo con dehiscencia de herida (5% de los expansores) y 1 infección de herida operatoria (2,5% de los expansores). Dos pacientes requirieron aseo quirúrgico por dehiscencia e infección. Una paciente requirió explantación del expansor (2,5% del total de los expansores). **Conclusiones:** La modificación de la técnica quirúrgica representa una alternativa segura y reproducible para lograr un cierre total del bolsillo muscular y con ello la cobertura completa del expansor evitando así algunas de las complicaciones descritas secundarias a una cobertura insuficiente del mismo.

ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO MICROQUIRÚRGICAS EN PARÁLISIS FACIAL

Alejandro Ramírez Mendoza, Rocío Jara Contreras, Omar Chávez Maichil, Carolina Soto Diez, Gunther Mangelsdorff Galeb*
Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloísa Díaz Insunza.

Introducción: La parálisis facial es una patología con alto impacto en la funcionalidad y estética facial. Las alternativas de tratamiento actuales son variadas. La elección de la técnica depende de la evolución, etiología y vitalidad de los tejidos circundantes. **Objetivos:** Presentar distintas alternativas microquirúrgicas de tratamiento en parálisis facial. **Material y Método:** Se realizaron durante los últimos 18 meses 4 reparaciones microquirúrgicas en pacientes con parálisis facial (3 niños y 1 adulto). Una reconstrucción nervio facial con colgajo de fascia temporal superficial pediculado e injerto de piel parcial de cuero cabelludo, 2 reanimaciones faciales según técnica mínimamente invasiva de Harii y 1 reparación de nervio facial con neurotización facial. **Resultados:** Primer paciente recuperó la sonrisa

en su totalidad a los 3 meses. Los movimientos de succión se recuperaron en un 100%. Pacientes de reanimación facial evolucionaron, al año post-quirúrgico, con excursión completa y simétrica de la comisura labial. Paciente de reparación de nervio facial y neurotización presentó excursión simétrica de sonrisa. **Conclusiones:** La parálisis facial puede ser manejada quirúrgicamente con alternativas de tratamiento microquirúrgicas, sin límite de edad y con resultados satisfactorios desde el punto de vista estético y funcional.

EXPERIENCIA EN LIPOINYECCIÓN GLÚTEA Y NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LAS PACIENTES A MEDIANO PLAZO

Jaime Carrasco Toledo, Roberto Hoppmann Klestadt, Diego Andrés Quispe Valdés, Cristhian Ignacio Guerman González, Valentina Castillo Warnken, Bárbara Carreño Márquez, Gisela Fernanda Meza Márquez, Josefina Moreno Yates, Manuel Meruane Naranjo, Dante González Bartolomei*
Clínica Tabancura. Cirugía Plástica.

Introducción: En el remodelamiento del contorno corporal la lipotransferencia es una estrategia que entrega la posibilidad de rellenar y modelar casi cualquier parte del cuerpo con tejido autólogo. En la actualidad las pacientes se atreven a solicitar un aumento de volumen glúteo y en las opciones más a la mano se encuentra la lipo inyección glútea. **Objetivos:** Comunicar la experiencia preliminar en lipoinyección o lipotransferencia glútea en pacientes operadas en los últimos 2 años, con enfoque en el volumen inyectado, complicaciones y satisfacción de las pacientes a mediano y largo plazo. **Material y Método:** Estudio prospectivo analítico de pacientes operados mediante lipoaspiración y lipoinyección glútea por cirujanos plásticos de centro médico Propacam efectuadas en clínica Tabancura entre los años 2014 y 2015. **Resultados:** Se incluyeron 57 pacientes mujeres, promedio de edad 42 años. Las comorbilidades fueron hipotiroidismo 21%, trastorno del ánimo 10,5%, DM2 8,7%, HTA 7%, tabaco 22,8%. Cirugía plástica previa 19,2% y cirugía bariátrica 7%. IMC promedio de 26,92% (19,29 y 35,6). En todas las pacientes se realizó liposucción ventral y dorsal con un promedio de 2.277 cc. Lipoinyección fue promedio 507 cc por lado (300 y 750 cc) distribuidos en planos profundo y superficial. Complicaciones: 2 pacientes presentaron dolor de muslo autolimitado y 1 paciente necrosis grasa. La satisfacción se midió vía encuesta telefónica, a un año de seguimiento y mostró ser: Muy buena en 55,6%, buena en 30,6%, regular 11,4% y mala 2,8%. La principal causa de disconformidad fue la reabsorción de volumen glúteo entre 40 a 70% según percepción de las pacientes. **Conclusiones:** La lipoinyección glútea efectuada en forma sistemática y por cirujanos plásticos adiestrados como ocurrió en nuestro

grupo, entrega una posibilidad de relleno y contorno en forma segura con tejido autólogo. El principal inconveniente es la baja en la satisfacción de las pacientes por la reabsorción a mediano plazo.

USO DE MATRIZ DÉRMICA ACELULAR EN RECONSTRUCCIÓN MAMARIA: REPORTE INICIAL DE CASOS

Cristian Erazo Cortés, Rolando González Ciriano, Sergio Sepúlveda Pereira, Javier Villalón Quiroz, Jamile Camacho Neira*

Clínica Alemana. Unidad de Cirugía Plástica y Reparadora. Servicio de Cirugía. Centro de la Mama. Hospital Clínico Universidad de Chile. Unidad de Patología Mamaria. Hospital Padre Hurtado.

Introducción: El uso de matrices dérmicas acelulares (MDA) en reconstrucción mamaria es una herramienta cada vez más utilizada para la técnica de expansor/implante dada su capacidad de cubrir correctamente un expansor de tejidos cuando la musculatura local es insuficiente, cerrar espacios muertos y mejorar problemas derivados del adelgazamiento peri protésico (malposición, rippling, etc.). Así también destaca como principales desventajas su elevado costo y que su uso no está

libre de complicaciones; como así tampoco garantiza un mayor volumen final del expansor. No existen reportes a nivel nacional sobre la experiencia con el uso de MDA en reconstrucción mamaria. **Objetivos:** Describir la experiencia inicial del autor con el uso de MDA en pacientes sometidos a mastectomía por cáncer en dos centros de salud de Santiago. **Material y Método:** Se realizó una serie de casos de todas las pacientes entre julio de 2015 y julio de 2016 sometidas a reconstrucción mamaria operadas por el mismo cirujano en dos clínicas de Santiago. Se revisaron las fichas clínicas y protocolos operatorios. Los controles fueron seriados y se realizó un seguimiento completo de todos los casos. **Resultados:** Se incluyeron 5 pacientes, con 6 mamas operadas. Edad promedio 45 años. El tiempo operatorio fue de 120 min. El tamaño de implantes promedio que se utilizó fue de 380 cc. No hubo complicaciones mayores en el seguimiento a un año. Todas las pacientes se encuentran satisfechas con el resultado. **Conclusiones:** El uso de MDA es una alternativa confiable y segura para la reconstrucción mamaria. Entre sus ventajas destaca la buena calidad de cobertura del implante, obliteración de espacios muertos y disminuir los problemas derivados del adelgazamiento de los tejidos blandos. Sin embargo, su elevado costo probablemente ha dificultado aún su uso en un mayor número de casos.

RESULTADOS INICIALES Y EN EL MEDIANO PLAZO DEL TRATAMIENTO CON RADIOFRECUENCIA DE LA INSUFICIENCIA VENOSA SUPERFICIAL (IVS) DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES

Juan Bombín Franco*, Alejandro Kotlik Aguilera,
Maritchu Bombín Sanhueza

Universidad de Valparaíso. Departamento de Cirugía.
Hospital Dr. Eduardo Pereira.

Introducción: El tratamiento clásico de la IVS es la crosectomía, fleboextracción de la safena, ligadura de perforantes y flebectomía de colaterales. Se han reportado hematomas en el trayecto de la vena safena, hemorragias, lesiones nerviosas, linfedema, infecciones y cicatrices. Técnicas menos invasivas reducen estas complicaciones: inyecciones esclerosante, ablación safena con endoláser o radiofrecuencia. La ablación de una vena safena con radiofrecuencia es la introducción ecoguiada de sonda endoluminal aplicando energía térmica controlada en la vena, daño térmico que produce la obliteración definitiva de la vena impidiendo el reflujo valvular. **Objetivos:** Evaluar los resultados iniciales y mediano plazo del tratamiento con radiofrecuencia de la IVS de las extremidades inferiores. **Material y Método:** Serie clínica de pacientes operados en el Hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso por IVS, período 2014-2016, con seguimiento actualizado. Se efectuó tratamiento endovascular de los troncos safenos insuficientes mediante ablación con radiofrecuencia. Diagnóstico clínico y mediante ecodoppler. Se efectuó cuestionario de calidad de vida en relación al pre y post-operatorio. **Resultados:** Hubo 77 pacientes (57 mujeres), edad promedio de 58,3 años y seguimiento promedio de 13,6 meses. Consultaron por várices primarias sintomáticas de una extremidad inferior (49 pacientes) o ambas (28) sumando 105 extremidades. Clasificación CEAP: C2 84, C3 1, C4 9, C5 4, y C6 7 extremidades. Se realizó ablación de la vena safena y extirpación de colaterales en todas las extremidades; ligadura de perforantes, injertos de úlceras, o resección cutáneo-aponeurótica e injerto. Ecodoppler post-operatorio en 50 extremidades observó una correcta ablación de vena safena en 98%, con ausencia de trombosis profunda. El cuestionario de calidad de vida reveló alivio de síntomas y satisfacción por la cirugía. **Conclusiones:** La ablación térmica mediante radiofrecuencia de los troncos safenos insuficientes es un método efectivo en el corto y mediano plazo, pudiendo ser acompañada de otros procedimientos tratando integralmente la IVS de las extremidades inferiores.

ANEURISMA RENAL: REPARACIÓN EXTRA-CORPÓREA Y AUTOTRASPLANTE. REPORTE DE UN CASO

Felipe Corvalán Zúñiga, Melissa Pavez Kuncar*,
José Manuel Ramírez Torrealba, Vicente Rodríguez
Torres, Ángela Gemita Poblete Saavedra,
Mariela Soledad Urrutia Soto, Cristian Salas Del
Campo, Carmen Gloria Lagos Cereceda,
Ivette Arriagada Jorquera, Fabiola Castillo Bizama,
Rodrigo Julio Araya, Waldo Bastías Fernández,
Ismael Pizarro Martínez, Carlos Roberto Toledo Nieto,
Fernando Ibáñez Castro

Hospital del Salvador (Santiago, Providencia). Cirugía
Vascular.

Introducción: Los aneurismas renales son infrecuentes, tienen una incidencia estimada del 0,1% al 1,3% de la población, su historia natural es un tanto incierta y por ello su indicación quirúrgica sigue siendo motivo de debate. En la actualidad se dispone de técnicas tanto abiertas como endovasculares para su manejo quirúrgico. La técnica de reparación extra-corpórea y autotrasplante fue descrita en 1963 por Hardy, y en la actualidad se reserva su uso para patología ureteral compleja y para patología vascular renal. **Objetivos:** Dar a conocer la técnica de reparación extra-corpórea y autotrasplante renal y sus resultados a mediano plazo. **Material y Método:** Estudio retrospectivo con análisis estadístico descriptivo. Caso clínico: paciente femenina de 67 años, hipertensa. En estudio por dolor abdominal de larga data se realiza TAC abdomen y pelvis donde se encuentra como hallazgo un aneurisma de arteria renal derecha. Angiografía objetiva que aneurisma compromete trifurcación arterial. Se decidió tratamiento quirúrgico en conjunto con urología. A través de abordaje laparoscópico para nefrectomía derecha, se realizó aneurismectomía y aneurismorrafia para posteriormente mediante abordaje de Gibson reimplantar el riñón en la pelvis. **Resultados:** La paciente ha completado seguimiento de seis meses. Mantiene función renal normal y estudio doppler renal muestra curvas de arteria renal trifásicas. **Conclusiones:** Con el advenimiento de la cirugía endovascular el número total de intervenciones ha aumentado, sin apreciar una disminución de la reparación abierta. Actualmente las indicaciones quirúrgicas están dadas para todo aneurisma sintomático (hipertensión refractaria asociada a estenosis renal, dolor, hematuria), disección, diámetro mayor a 2,0 cm en hombres y mujeres postmenopáusicas y cualquier tamaño en mujeres en edad fértil. La técnica de reparación *ex situ* y autotrasplante

es una técnica que se reserva para patología vascular compleja del hilio renal, por lo tanto, tiene vigencia en casos seleccionados y como este caso, donde se puede lograr resultados favorables con escasa morbilidad.

TRATAMIENTO CON PROSTAGLANDINAS EN ISQUEMIA CRÍTICA DE EXTREMIDADES INFERIORES NO REVASCULARIZABLE

*Manuel Quiroz Flores**, *Sergio Valenzuela Roediger*,
Marcelo Mége Navarrete, *Pablo Carreo Ortega*,
Juan Pablo Uribe Larach, *Rolando Pina Sepúlveda*,
Daniel Wallach Widder

Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago). Cirugía Vascular y Endovascular. Universidad de Chile.

Introducción: La enfermedad arterial oclusiva de extremidades inferiores (EAO) es una entidad que causa gran morbilidad y mortalidad en pacientes con patología cardiovascular. El uso de prostaglandinas puede favorecer la curación de úlceras y reducir las amputaciones. **Objetivos:** Describir la respuesta clínica a un protocolo de tratamiento con prostaglandina E1 (PGE1) en pacientes con isquemia crítica (IC) no revascularizable. **Material y Método:** Se incluyeron pacientes con IC no revascularizables y se realizó protocolo con PGE1 de administración endovenosa por 28 días. Se midió respuesta clínica en intensidad del dolor, tasa de curación de úlceras y necesidad de amputaciones. **Resultados:** Se reclutaron cinco pacientes, tres hombres y dos mujeres edad promedio 63 años (38-87) y todos ellos completaron el protocolo de tratamiento. En 3 casos disminuyó el dolor y hubo cicatrización completa, un caso requirió una amputación menor y un paciente requirió de una amputación mayor. El efecto adverso más frecuente fue cefalea leve en 4 casos. No se registró eventos cardiovasculares asociados. **Conclusiones:** El protocolo de tratamiento con PGE1 demostró buenos resultados en la tasa de curación de úlceras, disminución del dolor y bajo número de amputaciones. Recomendamos su uso en pacientes con IC no revascularizable.

USO DE CIANOACRILATO EN INSUFICIENCIA SAFENA INTERNA: REPORTE DE PRIMEROS CUATRO CASOS

*Juan Pablo Fuenzalida Gálvez**, *Melissa Pavez Kuncar*,
Andrés Pérez Gutiérrez, *Stephanie Siegel Almendras*,
Malao Raffo Román, *Víctor Bianchi Schast*,
Cristian Salas Del Campo

Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda (Santiago, Quinta Normal). Cirugía Vascular.

Introducción: Recientemente se ha descrito una nueva técnica para el tratamiento de la insuficiencia safena con uso de cianoacrilato, el que produce reacción de

cuerpo extraño con inflamación de la pared venosa y posteriormente fibrosis de esta, con la ventaja potencial de no requerir uso de tumescencia anestésica, ni tampoco vendaje elástico en el post-operatorio inmediato.

Objetivos: Dar a conocer la experiencia inicial con esta técnica y sus resultados a mediano plazo. **Material y Método:** Trabajo prospectivo, estadística descriptiva. Se incluyó 4 pacientes adultos con insuficiencia safena interna documentada por ecografía, con cayado safeno hasta 10 mm, con colaterales varicosas y sin úlceras activas. CEAP: C2 tres pacientes y C4 un paciente. Procedimiento realizado bajo anestesia local con sistema Venaseal™ (Medtronic), según técnica descrita por fabricante. No hubo tratamiento de colaterales. Los pacientes fueron dados de alta el mismo día con indicación de retornar a sus actividades al día siguiente. Los controles se realizaron a la semana, al mes y a los 9 meses con ecografía de la unión safeno-femoral y del trayecto tratado. **Resultados:** Se logró éxito técnico en todos los pacientes. Todos retornaron a sus actividades al día siguiente de la cirugía y no se utilizó vendaje elástico en el post-operatorio inmediato. Un paciente desarrolló flebitis. Dos pacientes requirieron cirugía de colaterales en un segundo tiempo operatorio. A los 9 meses de seguimiento no hubo recidivas a nivel de la unión safeno-femoral, con oclusión total en tres de los pacientes y un paciente con un segmento de safena de menos de 2 cm con permeabilidad parcial. **Conclusiones:** El uso de cianoacrilato para el tratamiento de la insuficiencia safena es una técnica emergente que permite el manejo ambulatorio de pacientes con esta patología. Se necesita un mayor número de pacientes y seguimiento a más largo plazo para demostrar la efectividad de la técnica.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y TASA DE REAMPUTACIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DEL SALVADOR DURANTE EL AÑO 2015

José Manuel Ramírez Torrealba, *Ángela Gemita*
*Poblete Saavedra**, *Mariela Soledad Urrutia Soto*,
Cristian Salas Del Campo, *Vicente Rodríguez Torres*,
Melissa Pavez Kuncar, *Carmen Gloria Lagos Cereceda*,
Ivette Arriagada Jorquera, *Fabiola Castillo Bizama*,
Rodrigo Julio Araya, *Waldo Bastías Fernández*,
Felipe Corvalán Zúñiga, *Ismael Pizarro Martínez*,
Fernando Ibáñez Castro

Hospital del Salvador (Santiago, Providencia).
Equipo de Cirugía Vascular y Endovascular.

Introducción: Las amputaciones corresponden a uno de los procedimientos más comunes en cirugía vascular, las cuales se deben principalmente a la alta incidencia de pacientes diabéticos, así como a la prevalencia de la enfermedad vascular periférica en la población. **Objetivos:** Caracterizar a los pacientes

sometidos a amputaciones durante el período de un año, analizando los antecedentes mórbidos de los pacientes, el tipo de procedimiento efectuado y las tasas de reamputación durante el período intrahospitalario, así como también a corto, mediano y largo plazo. **Material y Método:** Estudio retrospectivo de corte transversal mediante revisión de fichas clínicas, epicrisis y protocolos operatorios de todas las amputaciones efectuadas durante el período enero-diciembre del año 2015. Se tabulan datos en una tabla Excel donde se consignan entre otras variables; antecedentes médicos (hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaquismo y enfermedad renal crónica), antecedente de amputación de cualquier tipo, diagnóstico al ingreso, tipo de amputación y reamputaciones posteriores dentro del período intrahospitalario y posterior al alta. **Resultados:** Se realizan 361 amputaciones (233 pacientes). Edad promedio de 66 años. Mayor prevalencia en hombres (72,6%). 53,6% con antecedente de amputación. Pie diabético e isquemia crítica principales causas de amputación. Al ingreso 128 amputaciones menores y 99 mayores. 55% de pacientes requieren una reamputación dentro de un año. **Conclusiones:** El antecedente de patologías médicas y amputación son factores de riesgo para una cirugía de amputación o de reamputación. Se requiere un adecuado manejo de las patologías de base para modificar la historia natural de las amputaciones. Las tasas de reamputación parecen superar a lo descrito en la literatura.

PERFIL MICROBIOLÓGICO, SENSIBILIDAD Y RESISTENCIA ANTIBIÓTICA EN CULTIVOS DE AMPUTACIONES MENORES POR PIE DIABÉTICO EN HOSPITAL DEL SALVADOR

José Manuel Ramírez Torrealba, Ángela Gemita Poblete Saavedra*, Mariela Soledad Urrutia Soto, Rodrigo Julio Araya, Vicente Rodríguez Torres, Melissa Pavez Kuncar, Carmen Gloria Lagos Cereceda, Ivette Arriagada Jorquera, Fabiola Castillo Bizama, Cristian Salas Del Campo, Waldo Bastías Fernández, Felipe Corvalán Zúñiga, Ismael Pizarro Martínez, Fernando Ibáñez Castro
Hospital del Salvador (Santiago, Providencia).
Equipo de Cirugía Vascular y Endovascular.

Introducción: Las amputaciones menores son la principal causa de hospitalización y cirugía en diabéticos. Habitualmente las infecciones leves son causadas por cocos gram positivos, en tanto en las de mayor severidad se describe una combinación de cocos gram positivos asociados o no a bacilos gram negativos y/o anaerobios. **Objetivos:** Determinar tipo de microorganismos (M.O.) aislados en amputaciones de ortijos de pacientes con pie diabético del año 2014, conocer su sensibilidad y resistencia antibiótica y compararlo con

cultivos de amputaciones del año 2016. Se pretende conocer si la microbiología y la respuesta a los antibióticos varía en el tiempo. **Material y Método:** Estudio retrospectivo de corte transversal mediante la revisión de cultivos de amputaciones de ortijos de pacientes con pie diabético del primer semestre del año 2014 y 2016. En una tabla excel se tabulan datos de edad, tipo de amputación, microorganismos aislados, sensibilidad y resistencia a los principales antibióticos de uso hospitalario. **Resultados:** Se identifican 66 cultivos (34 año 2014 y 32 año 2016) en los cuales se aisló al menos un M.O. Edad promedio 63 y 61 (2014 y 2016 respectivamente). Principales M.O. aislados el 2014; *Enterococcus faecalis*, *Staphylococcus aureus* y *Pseudomonas aeruginosa* (15, 8 y 6 cultivos respectivamente). En tanto el 2016 fueron: *Enterococcus faecalis*, *Staphylococcus coagulasa*-negativos, *Staphylococcus aureus* y *Pseudomonas aeruginosa* (11, 6,5 y 3 cultivos respectivamente). Los *Enterococcus* tienen en ambos períodos 100% sensibilidad a ampicilina y vancomicina, en tanto que el *Staphylococcus aureus* conserva en ambas series 90% sensibilidad a cotrimoxazol. La principal resistencia se observa en *Enterococcus* a las quinolonas que aumenta de 60% a 90%. **Conclusiones:** El perfil microbiológico de las amputaciones menores se relaciona a lo descrito en la literatura internacional. La identificación de M.O., la sensibilidad y resistencia pueden ayudar a definir pautas de tratamiento empírico en espera de los resultados de los cultivos definitivos y del antibiograma.

PARAGRAFT: UNA ALTERNATIVA DE MANEJO ENDOVASCULAR ANTE LA PRESENCIA DE ENDOLEAKS TIPO II TRAS EVAR

Felipe Corvalán Zúñiga, Vicente Rodríguez Torres*, José Manuel Ramírez Torrealba, Melissa Pavez Kuncar, Ángela Gemita Poblete Saavedra, Mariela Soledad Urrutia Soto, Cristian Salas Del Campo, Waldo Bastías Fernández, Carmen Gloria Lagos Cereceda, Rodrigo Julio Araya, Ivette Arriagada Jorquera, Fabiola Castillo Bizama, Ismael Pizarro Martínez, Fernando Ibáñez Castro, Carlos Roberto Toledo Nieto
Hospital del Salvador (Santiago, Providencia).
Equipo de Cirugía Vascular y Endovascular.

Introducción: Los *endoleaks* tipo II (EL2) corresponden a la complicación más frecuente en los pacientes post-EVAR (20%), si bien la mayoría resuelve espontáneamente, su persistencia está asociada a crecimiento del saco aneurismático y riesgo de ruptura, siendo su manejo hasta el día de hoy controversial y desafiante. **Objetivos:** Presentar la experiencia y descripción de la técnica de embolización del nido ante un EL2 mediante técnica endovascular de Paragraft (*Transealig*). **Material y Método:** Estudio retrospectivo descriptivo de 3

pacientes sometidos a EVAR entre los años 2013-2015 que tras seguimiento con AngioTAC presentaron EL2 persistente o asociado a crecimiento del saco, llevando a cabo embolización del nido mediante técnica de Paragraft, en la cual por vía percutáneo femoral se accede al saco aneurismático, mediante canulación y avance de guía hidrofílica entre la zona de anclaje de la rama iliaca de menor longitud y la pared arterial. **Resultados:** 3 pacientes sometidos a angiografía diagnóstica/terapéutica mediante técnica descrita. En todos los casos la endofuga se objetivó por flujo retrógrado de arterias lumbares, los procedimientos se llevaron a cabo mediante anestesia local, espinal y general respectivamente, logrando paso a saco aneurismático mediante uso de instrumental endovascular, embolización con coils y éxito técnico tras angiografía de control en los 3 pacientes; un caso combinó la embolización con Onyx, otro caso había sido manejado con embolización transarterial a iliolumbares previamente y persistió endofuga, un tercer caso requirió abordaje laparotómico y ligadura de lumbares posterior al paragraft, no se objetivó morbimortalidad mayor. **Conclusiones:** La técnica de paragraft, si bien poco utilizada, es un procedimiento factible de embolización ante EL2, especialmente cuando otras técnicas de manejo endovascular no han sido efectivas o no se obtenga un acceso fácil al saco aneurismático; creemos que es una técnica segura y asociada a baja morbilidad, si bien se requiere mayor estudio al respecto.

EXPERIENCIA EN EL MONITOREO CON EEG EN CIRUGÍA CAROTÍDEA EN CSM

Felipe Corvalán Zúñiga, Juan Francisco Allamand Turner, Francisco Allamand Grado, Juan Andrés Parra Gandolfo, Juan Carlos De La Maza Calvert, Patricio Delgado Saavedra, Walter Ricardo Feuerhake Molina, José Luis Castillo Carrasco, Pablo Reyes Sánchez, Gonzalo Bustamante Fontecilla*
Clínica Santa María. Cirugía Vascular.

Introducción: El monitoreo cerebral con EEG fue descrito hace más de 30 años y si bien su utilidad en cirugía carotídea ha sido recomendado en estudios internacionales para el uso selectivo del *shunt*, no hay experiencia publicada a nivel nacional de la utilidad de este método. **Objetivos:** Presentar la experiencia del monitoreo con EEG en pacientes operados de endarterectomía carotídea (CEA). **Material y Método:** Estudio retrospectivo y de estadística descriptiva. Se revisaron pacientes sometido a CEA con monitoreo cerebral entre 2002 y 2016. Las variables estudiadas fueron tanto demográficas como clínicas, poniendo énfasis en si los pacientes eran sintomáticos o no, el grado de estenosis, la presencia de las anastomosis intra-cerebrales, alteraciones del EEG y uso de *shunt*

entre otros. **Resultados:** En el período estudiado, se realizaron 69 CEA con monitoreo intraoperatorio con EEG. Del total, 70% fueron sintomáticos. La gran mayoría presentaba factores de riesgo como hipertensión, tabaquismo, o diabetes. 12 pacientes (17%) presentaron alteraciones del EEG intraoperatorio compatibles con isquemia cerebral, la cual fue corregida mediante el uso selectivo de *shunt* o manejo hemodinámico. A 4 de estos 12 pacientes se les había instalado *shunt* desde el inicio debido a mala colateralidad intracerebral, y aún así se detectaron alteraciones de EEG que debieron ser corregidas con manejo hemodinámico. Ninguno de estos pacientes tuvo consecuencias neurológicas a largo plazo. **Conclusiones:** El uso de monitoreo cerebral es útil cuando se usa la técnica de *shunt* selectivo, dado que permite detectar y corregir situaciones de riesgo de isquemia cerebral. Se requieren mayores estudios ulteriores para hacer recomendaciones de monitoreo a todos los pacientes.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA AÓRTICO TORACOABDOMINAL Y YUXTARRENAL CON ENDOPRÓTESIS FENESTRADA COOK®

Sebastián Andrés Hugo Von Mühlenbrock, Michel Bergoeing Reid, Renato Mertens Martín, Francisco Valdés Echenique, Leopoldo Mariné Massa, Albrecht Krämer Schumacher, Francisco Vargas Serrano*
Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento de Cirugía Vascular y Endovascular, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La reparación abierta de aneurisma aórtico abdominal yuxta o pararenal (AAAYP) y de aneurisma aórtico toracoabdominal (AATA) presentan morbimortalidad considerable (mortalidad 5-8,9%, paraplejia 3,8-9,5%). Se han desarrollado endoprótesis con ramas que permiten tratar estos pacientes por vía endovascular (fEVAR). **Objetivos:** Analizar la experiencia del tratamiento de estas lesiones aórticas complejas con el dispositivo fenestrado de Cook® en nuestro centro. **Material y Método:** Revisión retrospectiva de serie consecutiva de pacientes operados por vía endovascular con el dispositivo a medida de Cook® por AAAYP y AATA entre diciembre de 2009 y abril de 2016. **Resultados:** Durante el período se intervinieron 21 pacientes mediante fEVAR, 10 con endoprótesis Cook®, 9 (90%) género masculino. Edad promedio 74,6 ± 6,4 años (63-82). Clasificación ASA III (9) y II (1). Siete (70%) presentaban reconstrucción aórtica previa, seis pacientes (60%) presentaban AATA Crawford II (2), IV (3) y V (1) y el resto AAAYP. Éxito técnico 100% logrando canular 34/36 (94,4%) vasos; sólo en 2 el tronco celiaco no pudo ser revascularizado. No hubo mortalidad a 30 días ni paraplejia. Seguimien-

to clínico en 100% de los pacientes, promedio $25,4 \pm 28,3$ meses (1,4-79,3). Tres pacientes ingresan a hemodiálisis durante el seguimiento alejado (12,0/12,9/28,1 meses): uno diabético con daño renal previo y ambos stents renales permeables; el segundo reintervenido por endofuga tipo III secundario a desconexión de stent renal izquierdo con pérdida del riñón, y el tercero por oclusión de un stent renal en forma aguda por disección, ambos con stent contralateral permeable. Ningún paciente presentó isquemia mesentérica. Dos pacientes fallecen durante el seguimiento: 3,4 meses por accidente cerebrovascular hemorrágico y 35,5 meses por hemoptisis masiva. Sobrevida promedio $28,7 \pm 28,1$ meses. **Conclusiones:** Aunque es una serie pequeña, no tuvimos mortalidad perioperatoria ni paraplejia en este grupo de pacientes de alto riesgo. Es necesario optimizar la permeabilidad renal para minimizar el riesgo de falla renal.

LA ENDARTERECTOMÍA CAROTÍDEA SIN USO DE *SHUNT* TRANSITORIO ¿ES UN PROCEDIMIENTO SEGURO?

Juan Bombín Franco*, Alejandro Kotlik Aguilera, Gregory Francisco Córdova Aitken, Constanza Gómez Muñoz, Maritchu Bombín Sanhueza
Universidad de Valparaíso. Departamento de Cirugía.
Hospital Dr. Eduardo Pereira.

Introducción: La endarterectomía carotídea es el procedimiento de elección para tratar una estenosis significativa, pues logra restablecer el flujo cerebral al extirpar la placa ateromatosa de la arteria carótida interna afectada. Existen diversos métodos para mantener la perfusión cerebral durante el clampeo carotídeo, entre ellos, el uso rutinario de *shunt* transitorio; medición de la presión retrógrada de la carótida interna u otra medición de perfusión con uso opcional de *shunt*; y un estricto control hemodinámico para asegurar la suficiente circulación colateral sin usar *shunt* durante el periodo de clampaje. **Objetivos:** Mostrar resultados de las endarterectomías carotídeas realizadas utilizando la presión retrógrada de la carótida interna como evaluador del flujo sanguíneo colateral hacia el hemisferio de la carótida clampeada con manejo hemodinámico intraoperatorio, sin utilizar *shunt*. **Material y Método:** Estudio retrospectivo de 70 pacientes durante 10 años en el Hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso en quienes se efectuó una endarterectomía carotídea con medición de presión retrógrada de muñón y manejo hemodinámico intraoperatorio sin usar *shunt*. Se analizan variables demográficas, clínicas, diagnósticas, uso de parche, arteriotomía y morbimortalidad perioperatoria. **Resultados:** Setenta pacientes (65,7% hombres), edad promedio de 71,1 años (53 a 85). Factores de riesgo prevalentes: hipertensión arterial (94,3%), dislipidemia (68,6%), diabetes mellitus

(44,3%), tabaquismo (41,1%), coronariopatía (30%) y aterosclerosis periférica (27,1%). El 68,6% fueron pacientes sintomáticos (54,2% ACV, 45,8% CIT), diagnosticados mediante ecodoppler y AngioTAC (81,4%) o AngioRNM (5,7%). Todos fueron operados bajo anestesia general. En el 91,4% la arteriotomía se realizó con parche: 73,4% poliuretano, 15,6% vena safena y 11% PTFE. Hubo 2 pacientes con déficit neurológico post-operatorio y 2 pacientes fallecieron por infarto cardíaco. **Conclusiones:** La endarterectomía carotídea realizada con medición retrógrada de muñón de la carótida interna y control hemodinámico sin usar *shunt* transitorio es un procedimiento seguro para tratar pacientes portadores de estenosis carotídea con indicación quirúrgica.

RESULTADOS EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR POR TRAUMA DE AORTA TORÁCICA CERRADO

Luis Burgos De Cea*, Miguel Ángel Icarte Opazo, Carlos Haroldo Jarpa Figueroa
Clínica Alemana Temuco. Departamento de Cirugía
Unidad de Cirugía Vascular y Endovascular.

Introducción: El traumatismo aórtico constituye la segunda causa de muerte en caso de injuria traumática no penetrante. Se asocia a elevada morbimortalidad pre e intrahospitalaria, sobre todo en asociación con traumatismo encefalocraneano. La terapia endovascular surge como herramienta eficaz en su enfrentamiento terapéutico. **Objetivos:** Presentar los resultados obtenidos en el tratamiento endovascular por traumatismo aórtico cerrado en términos de morbimortalidad inmediata, en una serie consecutiva de pacientes tratados por esta patología. **Material y Método:** Estudio observacional descriptivo y que corresponde a una serie de casos consecutiva. Los pacientes fueron tratados por vía endovascular en Clínica Alemana de Temuco, básicamente mediante la inserción de una endoprótesis y en referencia a traumatismo de aorta torácica. El período de estudio es desde enero de 2011 a mayo de 2016. Se utilizó estadística descriptiva con cálculo de medidas de tendencia central y dispersión. **Resultados:** Durante período de estudio fueron intervenidos 9 pacientes, género masculino 100% y media de edad 35,8 años (23-67 años). Todos los casos corresponden a trauma aórtico grado III y IV en segmento aórtico zona 3. Éxito técnico en 100% de la serie y en todos los casos se utilizó solamente un cuerpo protésico. La mediana de estadía clínica es de 11 días (5-70 días). El tiempo operatorio es de 131 minutos (98-185). La morbimortalidad y mortalidad asociada al procedimiento es de 22,2% y 0% respectivamente. En la serie encontramos 11,1% de mortalidad general que corresponde a un caso con traumatismo encefalocraneano y esquelético asociado. **Conclusiones:** El tratamiento endovascular de un

traumatismo de aorta torácica cerrado conlleva resultados satisfactorios como los observados en esta serie unicéntrica, a cargo de equipo quirúrgico entrenado en procedimientos endovasculares.

ESTANDARIZACIÓN EN LA INSTALACIÓN DE RESERVIOS DE QUIMIOTERAPIA COMBINANDO ULTRASONIDO Y FLUOROSCOPIA, HACIENDO LA CIRUGÍA MÁS SEGURA

Freddy Alejandro Ferreira Camacho, Juan Pablo Moreno Pérez, Cristóbal Orellana Gajardo, Melissa Andrea Eede Martínez, Cristian Jara Durán, Gabriel Figueroa Benavides, Francisca González Moreno, María De Los Ángeles Manríquez Salvatierra, Antonia Viera Vender, Juan Pablo Pietro Zapata, Alejandro Antonio Campos Gutiérrez*
Hospital Clínico Universidad de Chile. Equipo de Cirugía Vascular.

Introducción: Clásicamente la instalación de accesos vasculares utilizaba referencias anatómicas para su instalación. Múltiples revisiones demostraron que el uso de ultrasonografía disminuye de forma significativa el porcentaje de complicaciones y la verificación intraoperatoria con fluoroscopia permite comprobar el sitio de inserción de la punta del catéter. **Objetivos:** Evaluar los resultados de la instalación de catéteres venosos con reservorios subcutáneo en relación a las complicaciones con el uso combinado de ecografía y ultrasonografía. **Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectivo y serie de casos, base de datos del equipo de Cirugía Vascular HCUCH con registros desde mayo de 2011 hasta febrero de 2016; se instalaron 380 CVR por cirujanos del Equipo, todos los catéteres en pabellón, con anestesia local guiada con ultrasonografía y verificada con fluoroscopia. Se estandarizó el acceso yugular para la instalación, se evaluó la tasa de éxito con el procedimiento combinado, las complicaciones tempranas y tardías, con seguimiento ambulatorio. Se realizó análisis estadístico multivariante según Mantel-Haenszel con apoyo de la herramienta Epi-Info-Tm. **Resultados:** La muestra estudiada está constituida por 171 mujeres (45,5%) y 205 hombres (54,5%), la edad promedio de $52,7 \pm 17$ años (14-85). Con la técnica estandarizada, se instalaron un total de 118 catéteres en yugular interna, apoyados con ecografía un 96,7% (114) y con fluoroscopia un 98,35% (116). La tasa de éxito con el uso combinado fue de un 95,7%. Se registró un total de 3,38% (4) de complicaciones tempranas, y un 0,84% (1) tardías. La distribución de complicaciones tempranas fue: Rotación de reservorio 1,69% (2), Acodamiento 0,84% (1), obstrucción mecánica 0,84% (1), y la tardía: trombosis del sistema 0,84% (1). De este grupo sólo un 20% estuvo apoyado con ecografía, y un 60% de fluoroscopia. Los pacientes no refirieron molestias significativas al primer control.

Conclusiones: El uso de ultrasonido y fluoroscopia combinado para la instalación de CVR por vía yugular es muy seguro y proporciona un acceso muy confiable cuando se utiliza de forma estandarizada, mínimo porcentaje de complicaciones tempranas y tardías, fácil de realizar, y que logra aceptación por parte de los pacientes.

TRATAMIENTO DE PSEUDOANEURISMA IATROGÉNICO CON COMPRESIÓN ECOGUIADA

Daniela Fernanda González Hurtado, Sandra Hasbún Atala, Roberto Tapia Riepel, Juan Herrera Neira, Patricio Tepper Lawrence, Gabriela Molina González Hebbe, Francisca Fontana Arellano, Gonzalo Contreras Hasbún*
Hospital Dr. César Garavagno Burotto (Talca). Equipo de Cirugía Vascular.

Introducción: El pseudoaneurisma es consecuencia de la disrupción de la pared arterial ya sea por procesos inflamatorios, traumáticos o iatrogénicos. Esta última causal, generalmente debida a compresión y hemostasia insuficiente, ha adquirido relevancia debido al aumento de procedimientos endovasculares. Su tratamiento fue sólo quirúrgico por muchos años hasta que en 1991 se introduce la compresión ecoguiada, disminuyendo la morbilidad y la estadía hospitalaria. **Objetivos:** Evaluar la efectividad obtenida con la compresión ecoguiada como primera elección en pacientes con pseudoaneurisma post-estudio o intervencionismo, cardiológico o vascular periférico, en un período determinado. **Material y Método:** Estudio retrospectivo con revisión de fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de pseudoaneurismas iatrogénicos, posterior a procedimientos diagnósticos o terapéuticos ocurridos entre agosto de 2012 y diciembre de 2015 en el Hospital Regional de Talca, manejados con el método de compresión ecoguiada. La técnica utilizada fue, según lo descrito por Felhmer: localización del cuello aneurismático y la compresión sobre él, ocluyendo el flujo a la cavidad, sin alterar el lumen del vaso. Este procedimiento dura 15 a 20 minutos, con control simultáneo de la cavidad hasta constatar la trombosis del pseudoaneurisma. Se repite el protocolo por 3 días o hasta lograr la trombosis de éste, luego sello del sitio de compresión y reposo por 24 horas. **Resultados:** La muestra se compone por 6 hombres y 3 mujeres de edad promedio 65 años. El vaso comprometido fue principalmente la arteria femoral con un 77%. Los pseudoaneurismas ocurrieron mayoritariamente posterior a procedimientos terapéuticos (77%); y el éxito de la compresión ecoguiada se obtuvo en el 55%. No hubo complicaciones asociadas al tratamiento; y la principal dificultad fue el dolor en el sitio afectado durante la compresión. **Conclusiones:** La compresión ecoguiada es una buena alternativa terapéu-

tica como manejo de los pseudoaneurismas siendo un procedimiento sin complicaciones, de bajo costo, bien tolerada y con resultados aceptables.

ENFERMEDAD AORTOILIACA CON *BYPASS* AXILOFEMORAL, INDICACIONES, EVOLUCIÓN, COMPLICACIONES Y RESULTADOS A 10 AÑOS

*Freddy Alejandro Ferreira Camacho**, *Alejandro Antonio Campos Gutiérrez*, *Gabriel Figueroa Benavides*, *Melissa Andrea Eede Martínez*, *Cristian Jara Durán*, *Diego Contreras Briceño*, *Juan Pablo Moreno Pérez*
Hospital Clínico Universidad de Chile. Cirugía Vascular.

Introducción: El *bypass* axilofemoral, es el método utilizado en el tratamiento de enfermedad arterial oclusiva aortoiliaca sintomática en pacientes que no tienen opción endovascular o que por su alto riesgo quirúrgico asociado a comorbilidades no pueden someterse a una reconstrucción aortofemoral. Si bien el estándar de oro para la enfermedad aortoiliaca es la sustitución completa del eje aortoiliaco, el *bypass* extra-anatómico juega un rol importante en paciente cuya reserva cardiopulmonar contraindica el procedimiento. **Objetivos:** Evaluar los resultados de esta técnica a 10 años. **Material y Método:** Estudio de cohorte transversal prospectivo y análisis de casos de pacientes con enfermedad aorto iliaca, obtenida de la base de datos del equipo entre los años 2005 al 2015, se revisaron la indicación quirúrgica, comorbilidades, estadía hospitalaria y complicaciones asociadas. **Resultados:** En el período revisado, se realizaron 15 procedimientos axilofemorales, de estos fueron 68,75% (11) masculinos y 31,25% (5) femeninos. Se realizó en un 81,2% (13) *bypass* axilobifemoral y en un 18,75% (3) *bypass* axilo unifemoral, el promedio de edad fue de 65,8 (rango 23-85). Todos los pacientes tenían al menos un antecedente de alto riesgo. En un 81,25% (13) tuvo indicación la enfermedad arterial oclusiva aortoiliaca severa, un 6,25% (1) por trombosis de la aorta, un 6,25% (1) por infección de prótesis aortoiliaca antigua. La evaluación clínica en el post-operatorio al primer día evidencia la presencia de pulsos positivos en un 93,75% (15). El promedio de días en UPC fue de 4,6 días (1-16) y un promedio de días hospitalizado de 8,1 (Rango 3-21). Requhirieron reoperación un 12,5% (2), como complicaciones tempranas se detectó trombosis y las tardías amputación e infección. Se tuvo que retirar la prótesis en 6,25% (1) al primer control y a los 6 meses no reportó mortalidad en esta serie. **Conclusiones:** Nuestra serie muestra que el *bypass* axilofemoral sigue siendo una excelente alternativa extra-anatómica para el manejo de la enfermedad aortoiliaca en pacientes con alto riesgo quirúrgico, con mejoría clínica evidente, al ser una técnica menos invasiva se disminuye la estadía hospitalaria, y con un bajo porcentaje de complicaciones.

CATÉTER VENOSO CENTRAL CON RESERVORIO SUBCUTÁNEO PARA QUIMIOTERAPIA. EXPERIENCIA DE ÚLTIMOS 5 AÑOS EN HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO

*Juan Pablo Quinteros Pomar**, *Andrés Ignacio Stevenson Silva*, *María José Arteaga Valencia*, *José Felipe Fuenzalida Schwertner*, *Matías Minassian Münster*, *Ricardo Schwartz Jodorkovsky*
Hospital Militar de Santiago (Hosmil). Departamento de Cirugía Adultos.

Introducción: Los pacientes oncológicos utilizan catéteres venoso centrales (CVC) de uso prolongado. Incorporar reservorio subcutáneo permite mayor comodidad y eficiencia por períodos prolongados. Se revisó retrospectivamente la experiencia del Hospital Militar de Santiago (Hosmil), donde la técnica de venotomía está estandarizada y es de elección. **Objetivos:** *Objetivo primario:* Describir complicaciones asociadas a instalación de CVC con reservorio subcutáneo, con técnica de venotomía en Hosmil entre 2010 y 2015. *Objetivos secundarios:* Describir características demográficas y clínicas de pacientes, técnica de instalación, manejo de complicaciones presentadas. **Material y Método:** Estudio descriptivo retrospectivo, serie de casos. Aprobación de comité de ética científica Hosmil. Población: pacientes mayores de 18 diagnosticados con enfermedad neoplásica que requirieron instalación de CVC con reservorio para quimioterapia. Obtención de muestra: 1) En base de datos se buscó diagnóstico y CVC con repertorio; 2) Revisión en ficha clínica: protocolo quirúrgico y controles; 3) Tabulación de variables. Se analizaron variables demográficas y técnicas mediante el uso de SPSS v22. (Estadística descriptiva). **Resultados:** La base de datos arrojó 455 pacientes. Aplicando filtros, resultaron 234 pacientes. 101 pacientes son hombres y 133 mujeres cuya edad promedio fue 59,18 años. Las neoplasias más frecuentes: colorrectal (22,7%), mama (22,2%) y gástrica (12,4%). El volumen de catéteres instalados fue de 45-50 catéteres anuales. En un 91% se logró instalación en el primer intento. La venas más utilizadas fueron: vena cefálica, vena yugular externa y venas plexo subclavicular. Se reportaron 20 complicaciones. Las más frecuentes: trombosis venosa de extremidad superior y disfunción. Complicaciones aisladas: seroma, contaminación de sitio quirúrgico y tromboembolismo pulmonar. El manejo de trombosis fue tratamiento anticoagulante. **Conclusiones:** La instalación de CVC con reservorio subcutáneo para quimioterapia mediante venotomía es segura y reproducible. Las complicaciones son infrecuentes y de fácil manejo. La técnica estandarizada permite la instalación de catéteres en forma ambulatoria, con mínimo riesgo, ideal en pacientes oncológicos. Nuestros resultados se asemejan a la literatura.

MANEJO QUIRÚRGICO EN ENDOMETRIOSIS COLORRECTAL (EMCR) SINTOMÁTICA

*Tamara Peters Álvarez**, *Mario Abedrapo Moreira*, *Sebastián Andrés López Núñez*, *Rodrigo Azolas Marcos*, *Mauricio Díaz Beneventi*, *Antonella Sanguineti Montalva*, *José Luis Llanos Bravo*, *Gunther Bocic Álvarez*
Hospital Clínico Universidad de Chile. Unidad de Coloproctología. Departamento de Cirugía.

Introducción: La endometriosis es una patología ginecológica benigna que afecta entre 7-10% de las mujeres en edad fértil y sintomática en un 3%, causando dolor severo e infertilidad. De éstas, 5-12% presentan EMCR, siendo afectado el tabique rectovaginal y en menor proporción el colon sigmoides, asociándose a síntomas como disquecia, diarrea y rectorragia. El tratamiento quirúrgico de la EMCR incluye “shaving” de nódulos, resección del endometrioma, resección intestinal segmentaria o combinación de técnicas. **Objetivos:** Caracterizar las pacientes con EMCR en HCUCH y describir el manejo del manejo quirúrgico empleado frente a EMCR. **Material y Método:** Estudio retrospectivo descriptivo. Se incluyeron mujeres con diagnóstico EMCR operadas en HCUCH durante un período de 18 años (1997-2015). En el análisis estadístico se utilizó STATA 11.1 (2009). **Resultados:** Durante el período analizado 26 pacientes en edad fértil presentaron EMCR, con una media de edad 33 años. Se asoció en 23% a insulinoresistencia y en 38% a infertilidad. El motivo de consulta principal fue dolor pélvico recurrente (80%) y hemorragia digestiva baja (34%), con un tiempo de evolución de 30,7 meses previo a la cirugía. La localización más frecuente de los focos endometriósicos fue recto 42% y unión rectosigmoide en 26%, siendo la tomografía el examen preoperatorio más utilizado en un 42%. Se realizó RAB en un 53% y sigmoidectomía en un 19%. Otras alternativas contemplaron las resecciones segmentarias, resecciones en cuña o “shaving”. Un 88% fueron cirugías electivas. Un 100% presentó biopsia compatible con endometriosis y 70% disminución de dolor posterior a la cirugía. **Conclusiones:** La EMCR es una patología de mujeres en edad fértil que amerita la intervención de un equipo multidisciplinario compuesto por coloproctólogos y ginecólogos. La resolución quirúrgica está dada por varias alternativas de manejo que combinadas o no, ofrecen una solución real a este grupo de pacientes.

RESULTADOS PRECOCES Y TARDÍOS EN RESECCIONES AMPLIADAS EN CÁNCER DE COLON T4B

*Enrique Biel Walker**, *Gabriela Walker González*, *Misael Ocares Urzúa*, *Claudio Benavides Yáñez*, *Felipe Martín Quijada*, *José Manuel Vivanco Aguilar*, *Juan Jerez Sánchez*, *Francisca Riffó Sepúlveda*, *Gino Caselli Morgado*
Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Servicio de Cirugía. Unidad de Coloproctología. Universidad de Concepción. Facultad de Medicina. Departamento de Cirugía.

Introducción: La incidencia del cáncer de colon continúa en aumento. En Chile, se estima que 8,94 por cada cien mil habitantes al año mueren por esta enfermedad. La infiltración de órganos vecinos por cáncer de colon es desde un 7 hasta un 17 por cien al momento del diagnóstico. El estándar de tratamiento para estos pacientes es la Resección Multivisceral (RMV), siendo su principio más importante una resección con márgenes negativos (R0). **Objetivos:** Describir la tasa de morbilidad y mortalidad post-operatoria de las resecciones ampliadas de colon en pacientes con tumor en estadio T4b. **Material y Método:** Serie de casos, que incluye pacientes con adenocarcinoma colónico clínicamente con compromiso de estructuras adyacentes (T4b), intervenidos de resección multivisceral entre 2005 y 2014. Fueron excluidos pacientes con metástasis, con bordes macroscópicamente comprometidos y con datos clínicos incompletos. Las variables resultado: morbilidad y mortalidad post-operatoria a los 30 días. Se aplicó estadística descriptiva, utilizando porcentaje para variables categóricas, utilizando para variables continuas media y mediana como medidas de tendencia central y desviación estándar o rango como medidas de dispersión. Se utilizó método de Kaplan-Meier para la sobrevida y pruebas de χ^2 y log-Rank para sobrevida por subgrupos. **Resultados:** De un universo de 483 pacientes intervenidos, 71 T4b, se aplican criterios de exclusión, resultando una muestra de 46 pacientes. Los órganos más frecuentemente comprometidos fueron intestino delgado, epiplón, pared abdominal y otro segmento colónico. La morbilidad y mortalidad post-operatoria, de un 21,7 y un 6,5 por cien, respectivamente. Influyeron significativamente en la sobrevida la edad, el antecedente de quimioterapia adyuvante, la presencia de inestabilidad microsatelital y la diferenciación del

tumor. **Conclusiones:** El compromiso multivisceral de los tumores colónicos no es infrecuente, 9,5 por cien para nuestra serie. La resección R0 es el tratamiento de elección. Influyen en el pronóstico características del tumor, terapia adyuvante y edad del paciente.

SEDACIÓN CON PROPOFOL EN COLONOSCOPIA; INDICACIÓN Y CONTROL POR MÉDICO ENDOSCOPISTA

René Cárdenas de La Maza, María Ignacia León Garrido, Patricio Pizarro Nuez*

Unidad de Endoscopia. Clínica del Maule.

Introducción: La administración de propofol en colonoscopias por médicos endoscopista o enfermeras entrenadas ha ido en aumento demostrando que es segura, efectiva y de menor costo. En Chile no existen experiencias con esta modalidad. **Objetivos:** Determinar la seguridad del uso del propofol en colonoscopias, administrado por el médico endoscopista, sin presencia de médico anestesiólogo. Comparar la incidencia de efectos adversos entre propofol vs midazolam y fentanyl. Evaluar el grado de tolerancia al examen y el grado de satisfacción del paciente en ambos grupos. **Material y Método:** Se diseñó un protocolo prospectivo con 2 grupos de pacientes, en ambos la sedación fue controlada por el médico endoscopista, sin presencia de anestesiólogo. Grupo 1: 100 pacientes consecutivos en que se administró midazolam y fentanyl. Grupo 2: 100 pacientes consecutivos en quienes se administró propofol exclusivo, con modalidad TCI (target controlled Infusión). Se realizó prueba de χ^2 para analizar los resultados. **Resultados:** No hubo diferencias en edad, sexo, IMC en el grupo propofol vs midazolam-fentanyl. La duración (17,9 vs 18,5 minutos), tiempo de alcanzar el ciego (8,9 vs 8,1 minutos), porcentaje intubación del ciego (96 vs 93,7 %), tiempo de recuperación y alta fueron similares. Hubo diferencias significativas en efectos adversos: mayor número de pacientes con saturación bajo 90% en grupo midazolam-fentanyl (67% vs 13%) y mayor hipotensión en grupo propofol (35 vs 9%). No hubo perforaciones ni otras complicaciones en ambos grupos. La tolerancia y la satisfacción del paciente, catalogada de buena, fue significativamente mejor en el grupo propofol (93% vs 68 % y 99 % vs 72%). **Conclusiones:** La sedación con propofol en colonoscopia, indicado y controlado por el médico endoscopista es factible y segura. El propofol tiene pocos efectos adversos y una significativa mejor tole-

rancia y satisfacción para el paciente que la combinación de midazolam-fentanyl.

PREDICCIÓN DEL ESTADO LINFONODAL MEDIANTE CARACTERÍSTICAS CLÍNICO PATOLÓGICAS EN PACIENTES OPERADOS DE CÁNCER DE RECTO

Leonardo Cárcamo Gruebler, Francisco Alonso Requena Figueroa, Paul Klaus Chauveau Gerber, Rodolfo Avenaño Hoffmann, Alejandro Murua Avilés, Maeva Elisa Del Pozo Leiva*

Hospital Clínico Regional (Valdivia). Equipo de Coloproctología, Instituto de Cirugía. Universidad Austral de Chile.

Introducción: La cirugía resectiva radical asociada a escisión meso-rectal total o parcial es el tratamiento estándar en los pacientes con cáncer rectal. Gran porcentaje de ellos recibe radio-quimioterapia preoperatoria con el fin de disminuir la recurrencia local y tamaño tumoral. Cuando presentan buena respuesta se puede observar una disminución del estadio e incluso respuesta patológica completa en el 8-27%. En casos tempranos la resección local podría considerarse como tratamiento curativo, aduciendo la baja probabilidad de invasión linfonodal. Conocer el comportamiento tumoral de nuestros pacientes puede ayudarnos a tomar mejores decisiones. **Objetivos:** Determinar los factores clínico-patológicos asociados al número e invasión linfonodal y generar un modelo de predicción. **Material y Método:** Análisis de cohorte retrospectiva. Se identificaron los cánceres de recto operados en el Hospital Base de Valdivia entre los años 2008-2016. Se analizaron biopsias quirúrgicas resectivas, excluyendo los tumores metastásicos, sincrónicos y escisiones locales. Se recolectaron datos de edad, género, neoadyuvancia y CEA preoperatorio. Se efectuó análisis de correlaciones y regresión lineal para determinar la correlación de las variables al estado linfonodal. **Resultados:** Se incluyeron 99 pacientes. El total de linfonodos (LT) resecados fue en promedio 15, y comprometidos (LC) 2. La mayor edad y neoadyuvancia se asocian a menor cosecha linfonodal. En cambio, la localización superior, el área tumoral, la mayor extensión microscópica y la invasión linfovascular se correlacionan con mayor número de linfonodos resecados. Se asocian a un mayor número de linfonodos metastásicos o mayor razón LC/LT, un mayor CEA preoperatorio, el patrón cribiforme, tumores indiferenciados, mayor profundidad de invasión

e invasión linfovascular. **Conclusiones:** Logramos identificar variables que se correlacionan directamente al estado linfonodal en nuestra población, similar a lo publicado internacionalmente. Gran parte de estas variables son evaluables de forma preoperatoria. Esto nos podría aportar al momento de implementar conductas terapéuticas, en especial en los casos de remisión completa o tumores resecables localmente.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA DE LA VÍA METILADORA EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL ESPORÁDICO

Cynthia Villarroel Spring, Ana María Wielandt Necochea, Maripaz Martínez Jalilie, Daniela Simian Marín, Diego Zamorano Valenzuela, María Teresa Vial Pérez, Marcela Figueroa Sánchez, Udo Kronberg, Francisco López Köstner*
Clínica Las Condes. Coloproctología.

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es una enfermedad heterogénea. Las principales vías moleculares implicadas comprenden la inestabilidad cromosomal (CIN), inestabilidad microsatelital (MSI) y fenotipo metilador de islotes CpG (CIMP). Se ha publicado que 13,9%-29,7% de los tumores CCR esporádico presentan CIMP-Alto. Estos tumores poseen mutaciones en los genes KRAS o BRAF y presencia/ausencia de MSI debido a la hipermetilación del gen MLH1. Se ha descrito que tumores CIMP-Alto se asocian a características clínico-patológicas diferentes a las presentadas por tumores sin fenotipo metilador. **Objetivos:** Caracterizar según variables clínico-patológicas los tumores con CIMP-Alto y presencia/ausencia de MLH1-metilado. **Material y Método:** Estudio analítico prospectivo de 46 pacientes operados entre el año 2010-2016 en Clínica Las Condes, sin tratamiento neoadyudante. Se extrajo ADN a partir de tejido tumoral de cada paciente. Para determinación CIMP, se consideró panel Methy Light de 6 genes (CACNA1G/IGF2/RUNX3/NEUROG1/MLH1). Se definió CIMP-Alto si presenta 3 o más marcadores metilados. Para estudiar MSI se analizó panel de 7 marcadores (BAT-25/BAT-26/D5S346/D17S250/BAT-40/DT3S1029) por PCR. Se considera MSI-Alta sobre 3 marcadores positivos. Mediante inmunohistoquímica se evaluaron las proteínas MMR (MLH1/MSH2/MSH6/PMS2). Se realizó análisis estadístico mediante test χ^2 . **Resultados:** Se observa que el 32,6% de los casos presenta CIMP-Alto. Los tumores CIMP-Alto frecuentemente se presentan en pacientes mayores de 60 años (93,3% vs 73,9%;

$p = 0,1250$), se ubican al lado derecho del colon (60% vs 17,4%; $p = 0,0243^*$), presentan grado bajo de diferenciación (40% vs 4,3%; $p = 0,0014^{**}$) y presencia de metástasis (40% vs 17,4%; $p = 0,0824$) comparado a tumores CIMP-Bajo/negativo. Adicionalmente, el 40% de las muestras CIMP-Alto poseen gen MLH1-metilado, estos tumores se caracterizan por presentar invasión linfática (66,7% vs 22,2%; $p = 0,0852$), MSI-Alta (83,3% vs 0%; $p = 0,0008^{***}$) y pérdida de las proteínas MLH1/PMS2 (80% vs 0%; $p = 0,0015^{**}$) en contraste a CIMP-Alto/MLH1-no-metilado. **Conclusiones:** Los tumores con CIMP-Alto se presentan en un 32,6% y tienen características clínico-patológicas propias, las que concuerdan con otras publicaciones. FONDECYT-1140012.

IMPLEMENTACIÓN DE LA INESTABILIDAD MICROSATELITAL E INMUNOHISTOQUÍMICA COMO MÉTODO DE PESQUISA DE CASOS DE SÍNDROME DE LYNCH: EXPERIENCIA PRELIMINAR EN CLÍNICA LAS CONDES

Karin Álvarez Valenzuela, Claudio Heine Tapia, Cynthia Villarroel Spring, Ana María Wielandt Necochea, Daniela Simian Marín, Eliana Verónica Pinto Torres, Luis Contreras Meléndez, Udo Kronberg, Francisco López Köstner*
Clínica Las Condes. Coloproctología.

Introducción: Tradicionalmente los pacientes sospechosos de Síndrome de Lynch (SL) son seleccionados con los criterios clínicos de Amsterdam y Bethesda. Para aumentar la sensibilidad en la identificación de familias con SL, se promueve la implementación de la inestabilidad microsatelital (MSI) e inmunohistoquímica (IHQ) de las proteínas reparadoras del ADN para todos los cánceres colorrectales. **Objetivos:** Determinar la incidencia de casos sospechosos de SL a través de la implementación de la MSI e IHQ. **Material y Método:** Se incluyeron pacientes con cáncer colorrectal con MSI e IHQ. Tumores con pérdida de MLH1, fueron analizados mediante la metilación del gen MDH1 y mutación de BRAF para identificar los casos esporádicos. **Resultados:** Un total de 83 pacientes fueron seleccionados. Once tumores presentaron MSI-alta (13%): ocho con pérdida de MLH1/PMS2, uno con pérdida de MLH1, uno con pérdida de PMS2 y uno con pérdida de MSH2/MSH6. Ocho tumores con pérdida de MLH1 corresponden a casos esporádicos; mientras un caso fue sospechoso de SL, correspondiente a un paciente con cáncer de colon derecho

a los 54 años sin historia familiar. El estudio genético no demostró mutación en MLH1. También son sospechosos de SL los casos con pérdida de MSH2/MSH6 y PMS2, ambos pacientes fueron diagnosticados con cáncer de colon derecho a los 62 y 61 años sin historia familiar, respectivamente. El estudio genético en el caso con pérdida de PMS2, demostró una mutación germinal en MLH1. Por último, en el grupo de los tumores con microsatélites estables, se identificó un tumor con pérdida de MSH6, correspondiente a un paciente fallecido con un cáncer de colon izquierdo a los 49 años. En total, cuatro casos sospechosos de SL (4,8%) fueron identificados, uno de los cuales porta una mutación germinal. **Conclusiones:** La implementación de la MSI e IHQ permitió identificar pacientes sospechosos de SL que no cumplían con los criterios de selección tradicionales.

IDENTIFICACIÓN DEL TIPO Y FRECUENCIA DE NEOPLASIAS EN FAMILIAS CON SÍNDROME DE LYNCH CON MUTACIÓN IDENTIFICADA

Karin Álvarez Valenzuela, Eliana Verónica Pinto Torres, Claudio Heine Tapia, Benjamín Solar Yunovich, Udo Kronberg, Francisco López Köstner*
Clínica Las Condes. Coloproctología.

Introducción: El Síndrome de Lynch (SL) es una enfermedad autosómica dominante, originada por mutaciones en los genes reparadores del ADN. Este síndrome predispone principalmente a cáncer colorrectal con una penetrancia del 80%, y a neoplasias en diferentes órganos con una menor penetrancia. **Objetivos:** Describir el tipo y frecuencia de neoplasias en familias con SL con mutación identificada. **Material y Método:** Desde el Registro de Cáncer Colorrectal Hereditario se seleccionaron 29 familias con SL, con mutación identificada en los genes MLH1(19), MSH2(7), PMS2(2) y EPCAM-MSH2(1). **Resultados:** Un total de 182 pacientes afectados con cáncer (86 hombres y 96 mujeres) fueron identificados en las 29 familias quienes desarrollaron 250 neoplasias diferentes. En hombres se observó un 73% de cáncer colorrectal versus un 27% de neoplasias extracolónicas, mientras en mujeres se identificó un 56% neoplasias extracolónicas versus un 44% de cáncer colorrectal. En hombres el segundo órgano en riesgo fue estómago (9%) y en mujeres fue útero (22%) y mama (9%). La edad promedio de diagnóstico del cáncer de cerebro, colorrectal, ovario, estómago, útero y páncreas fue 20, 44, 45, 49, 50 y 52 años, respectivamente; mientras cáncer de mama, próstata, riñón y piel fueron diag-

nosticados más tardíos a los 61, 67, 68 y 74 años. Una comparación del espectro de neoplasias basado en el gen mutado demostró que MLH1 predispone más frecuentemente a cáncer colorrectal, y MSH2 predispone más frecuentemente a cáncer de útero, ovario, riñón y cerebro. Finalmente, el 50% de los tumores colorrectales se localizaron en el lado derecho. Tumores colorrectales sincrónicos y metacrónicos fueron observados en el 14% y 27% de los pacientes. El 63% de los pacientes tiene una resección segmentaria versus el 29% que tiene una colectomía-proctocolectomía total. **Conclusiones:** Este trabajo confirma la alta frecuencia de neoplasias en familias con SL, la que puede variar dependiendo del tipo de mutación.

QUIMIOQUINAS EXPRESADAS EN CÁNCER DE COLON CON POTENCIAL IMPORTANCIA EN LA INFILTRACIÓN DE MACRÓFAGOS ASOCIADOS A TUMOR (TAMS)

Marjorie Katherine De La Fuente López, Sebastián Andrés López Núñez, Antonella Sanguineti Montalva, Mario Abedrapo Moreira, Daniela Estefani Parada Venegas, Daniela Simian Marín, Maripaz Martínez Jalilie, Francisco López Köstner, Udo Kronberg, Karin Álvarez Valenzuela, Rodrigo Quera Pino, Marcela Alejandra Hermoso Ramello*
Hospital Clínico Universidad de Chile.
Unidad de Coloproctología. Clínica Las Condes,
Unidad de Coloproctología. Clínica Las Condes,
Servicio de Gastroenterología. Facultad de Medicina,
Universidad de Chile, Laboratorio de Inmunología Innata.

Introducción: El microambiente tumoral está constituido por células neoplásicas y otros tipos celulares que podrían regular la progresión y metástasis del cáncer, como las células del linaje hematopoyético (macrófagos, neutrófilos y linfocitos). Las quimioquinas son proteínas solubles que participan en el reclutamiento de células hematopoyéticas durante la respuesta inmune, y serían importantes en la infiltración de macrófagos asociados a tumor (TAMs). **Objetivos:** Evaluar los niveles de quimioquinas que pueden participar en el reclutamiento de TAMs y su asociación en la progresión de cáncer de colon. **Material y Método:** A partir de tejido tumoral y mucosa sana de pacientes con cáncer de colon sometidos a cirugía (n = 12 y etapas I a III AJCC 2010), se obtuvo proteínas totales utilizando el buffer de lisis-extracción RIPA. La concentración de quimioquinas importantes en el reclutamiento de macrófagos (CCL2, CCL3, CCL4, CCL5 y CX3CL1), se midieron mediante ensayos de

Luminex. Los niveles plasmáticos de quimioquinas aumentadas en tumor se evaluaron mediante ELISA. El análisis estadístico se realizó con el test de par no paramétrico de Wilcoxon, considerando significativo $p < 0,05$. **Resultados:** Los niveles tumorales de CCL3 (Media = 70,83 pg/mg) y CCL4 (Media = 39,44 pg/mg), fueron significativamente mayores que en tejido sano (Media = 33,34 y 33,17 pg/mg, respectivamente), con $p = 0,0034$ y $0,0161$. Los niveles tumorales de CCL3 tendieron a aumentar en los tumores desde etapas tempranas. Sin embargo, los niveles plasmáticos de CCL3 no se correlacionaron con las etapas del tumor. No se observaron diferencias significativas en CCL2, CCL5 y CX3CL1 entre el tumor y el tejido sano. **Conclusiones:** La alta expresión de CCL3 y CCL4 en el cáncer de colon podrían inducir la infiltración de TAMs, y representa un potencial biomarcador de pronóstico y un blanco terapéutico para modular la participación de macrófagos en la progresión del cáncer. Futuros estudios, ampliando la población estudiada, permitirán confirmar esta asociación.

APLICABILIDAD Y RESULTADOS DEL LARS SCORE EN SÍNDROME DE RESECCIÓN ANTERIOR BAJA DE RECTO EN PACIENTES CON CÁNCER DE RECTO IRRADIADO

José Manuel Vivanco Aguilar*, Gabriela Walker González, Felipe Martin Quijada, Claudio Benavides Yáñez, Misael Ocares Urzúa, Gino Caselli Morgado Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Coloproctología. Universidad San Sebastián, Universidad de Concepción.

Introducción: Desde la utilización de la resección total del mesorrecto como técnica estándar para lograr calidad quirúrgica adecuada, hemos observado un mayor porcentaje de cirugías oncológicas conservadoras de esfínteres en el tratamiento del cáncer de tercio medio-distal de recto. Estas técnicas implican deterioro de la estática pelviana, pérdida del reflejo anal inhibitorio y debilidad añadida por traumatismo del mecanismo esfinteriano voluntario que suponen una disfunción defecatoria que altera y limita la calidad de vida de los pacientes, todo esto conocido como Síndrome de resección anterior baja (SRAB). **Objetivos:** Identificar individuos con SRAB evaluada a través de la encuesta LARS y determinar la aplicabilidad de esta encuesta entre pacientes sometidos a cirugía resectiva por cáncer de recto tercios medio-inferior irradiado entre años 2001 y 2012 en el Hospital Regional Guillermo Grant Benavente de Concepción. **Material y Método:** Estudio observacional descriptivo realizado

en pacientes sometidos a resección anterior de recto (RAB) entre julio de 2001 y junio de 2012. Se aplicó vía telefónica la encuesta LARS al total de sujetos localizables y con seguimiento e información completa de fichas. **Resultados:** Del total de pacientes sometidos a RAB entre 2001 y 2012 (122), 59 se encontraron vivos y con reconstrucción de tránsito completa al 2016. De ellos, 22 se encontraban localizables. El total de individuos localizados pudo comprender y contestar sin dificultades el cuestionario LARS. De los encuestados, 6 individuos no refirieron sintomatología compatible con SRAB, 3 pacientes presentaron síntomas de SRAB leve y 13 pacientes fueron catalogados con sintomatología severa. **Conclusiones:** El Síndrome de resección anterior continúa siendo una complicación frecuente en pacientes sometidos a resección anterior baja de recto. El LARS score constituye un instrumento de fácil comprensión y costo efectivo para el diagnóstico de esta patología. A un futuro se sugiere estudios dirigidos a la validación de este instrumento en Chile.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA COLITIS DE CROHN

Felipe Andrés Imigo Gueregat*, Felipe Bellolio Roth, María Elena Molina Pezoa, Rodrigo Migueles Cocco, José Tomás Larach Kattan, Gonzalo Ignacio Urrejola Schmied, Julieta Klaassen Lobos, Manuel Marcelo Álvarez Lobos, Cristian Hernández Rocha, Carla Morelli Lobos, Álvaro Zúñiga Díaz Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile. Unidad de Coloproctología, Departamento de Cirugía Digestiva, Facultad de Medicina. Departamento de Gastroenterología, Facultad de Medicina.

Introducción: El compromiso del colon en la enfermedad de Crohn se presenta en un 25% de los pacientes. **Objetivos:** El objetivo es analizar los resultados quirúrgicos y a largo plazo de los pacientes operados por Colitis de Crohn (CC). **Material y Método:** Cohorte retrospectiva. Se incluyó a todos los pacientes operados por CC entre enero de 2003 y mayo de 2016, electivos y de urgencia. Se excluyó a los pacientes con diagnóstico preoperatorio de colitis ulcerosa y aquellos que se les realizó una resección ileocecal. Se analizan datos demográficos, extensión de la enfermedad, tratamiento farmacológico pre y post-operatorio, complicaciones post-operatorias y necesidad de una segunda cirugía. El seguimiento se realizó a través de la ficha clínica y contacto telefónico. Se realizó estadística descriptiva mediante SPSS 22.0. **Resultados:** La serie incluye 28 pacientes, mediana de edad: 37,5

(17-72) años, 15 hombres. El 53,6% de los pacientes presentaban enfermedad perianal. 27 pacientes recibían tratamiento farmacológico previo, 11 con biológicos. Nueve fueron operados de urgencia. La indicación quirúrgica más frecuente en los pacientes electivos fue la falla a tratamiento médico y crisis grave en los de urgencia. Las operaciones realizadas fueron colectomía total (17), proctocolectomía (8) y colectomías segmentarias (3). Dieciséis pacientes fueron operados por laparoscopia, con una conversión. Complicaciones Clavien-Dindo IIIa y IIIb se observaron en 1 y 4 pacientes respectivamente. Cuatro pacientes fueron reintervenidos. No hubo mortalidad operatoria. El seguimiento se realizó en 27 pacientes (mediana 55 meses, rango 2-160). 2 pacientes están recibiendo tratamiento biológico y 15 no reciben fármacos. En el seguimiento se han realizado 3 ileo-recto-anastomosis y 3 proctectomías. A largo plazo, 19 de los 27 pacientes (70,3%) tienen una ostomía definitiva. **Conclusiones:** En esta serie, los resultados quirúrgicos tienen una baja morbilidad y más de la mitad de los pacientes no reciben tratamiento médico. Existe un 70% de pacientes con ostomía definitiva.

SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON RESPUESTA PATOLÓGICA COMPLETA A NEOADYUVANCIA EN CARCINOMA DE RECTO ETAPA II Y III

José Manuel Vivanco Aguilar, Gabriela Walker González, Misael Ocares Urzúa, Claudio Benavides Yáñez, Felipe Martín Quijada, César García Sanzotta, Gino Caselli Morgado*
Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Coloproctología.
Universidad San Sebastián, Universidad de Concepción.

Introducción: Una proporción de pacientes que reciben quimioradioterapia preoperatoria para adenocarcinoma de recto localmente avanzado logran una respuesta patológica completa (cPR). El apoyo del concepto “wait and see” y no proceder a cirugía radical cuando se observa una respuesta completa sigue en duda. **Objetivos:** Determinar si cPR después de la neoadyuvancia en pacientes con cáncer de recto tiene buen control de la enfermedad (recurrencia) y supervivencia. **Material y Método:** Estudio retrospectivo observacional que incluyó serie consecutiva de pacientes T3- T4N0 o TN localizado hasta los 12 cm del margen anal, sometidos a neoadyuvancia (5-fluoruracilo bolo o Capecitabina 825 mg/m² 5040cGy) y que posteriormente se sometieron a proctectomía con escisión total del mesorrecto, intervenidos en Hospital

Regional de Concepción entre 2000 y 2012, con estudio histopatológico confirmando ausencia de neoplasia en la pieza reseçada (cPR). Etapificación, intervalo neoadyuvancia-cirugía, seguimiento, sobrevida total y libre de enfermedad y recurrencia fueron recopilados.

Resultados: Ciento sesenta pacientes con carcinoma rectal recibieron neoadyuvancia de curso largo (Capecitabina 5040cGy en todos los pacientes menos uno) seguida de resección total del mesorrecto para lograr curación. Intervalo entre QRT y cirugía promedio 13,4 semanas (4.4-31 semanas). Veintidós pacientes (13,8%) lograron cPR con mediana de seguimiento 74,5 meses, siendo un 59% portadores de neoplasia de tercio inferior. Del grupo de pacientes respondedores, 63,6% están vivos sin recurrencia a la fecha. Pacientes Etapa III presentaron una sobrevida global, libre de enfermedad y mejor control local que pacientes etapa II (NS). La sobrevida libre de enfermedad para todo el grupo cPR fue 66,9 meses. **Conclusiones:** Los resultados del tratamiento del cáncer rectal en pacientes sometidos a neoadyuvancia preoperatoria contemplan cifras de cPR concordantes con la literatura, a pesar de las limitaciones en relación al intervalo entre término de la radioterapia y cirugía.

ENDOPRÓTESIS COLÓNICA EN EL MANEJO DE LA OBSTRUCCIÓN COLORRECTAL NEOPLÁSICA

Gustavo Javier Montesinos Abujatum, Obren Danilo Drazic Beni, Josefina Sáez Binelli, María Elena Molina Pezoa, Rodrigo Migueles Cocco, Felipe Bellolio Roth, Gonzalo Ignacio Urrejola Schmied, Álvaro Zúñiga Díaz, José Tomás Larach Kattan*
Pontificia Universidad Católica de Chile. Unidad de Coloproctología, Departamento de Cirugía Digestiva Facultad de Medicina.

Introducción: Aproximadamente un 30% de los cánceres colorrectales (CCR) se presentan como obstrucción intestinal. La resolución quirúrgica tiene una morbilidad elevada y muchas veces implica la creación de una ostomía. La endoprótesis colónica permite en algunos casos transformar una operación de urgencia en electiva o bien utilizarse como procedimiento paliativo. **Objetivos:** Descripción de la serie de pacientes tratados con endoprótesis colónica por obstrucción en el Hospital Clínico UC. **Material y Método:** Estudio retrospectivo. Se incluyeron pacientes entre abril de 2002 y junio de 2016. El procedimiento fue realizado en pabellón bajo guía fluoroscópica, definiéndose éxito técnico como control radiológico conforme y flujo de deposiciones al momento

de la instalación, y éxito clínico como resolución de la obstrucción a las 72 horas. Se analizaron datos demográficos, clínico-patológicos y complicaciones. **Resultados:** Se analizan datos de 28 pacientes, 15 de sexo masculino. Mediana de edad: 67,5 años. En 23 pacientes el sitio de la obstrucción se ubicó en colon izquierdo y sigmoides y en los restantes en recto. La etiología fue secundaria a CCR en 26 pacientes y en 2 a compresión extrínseca por otras neoplasias. 19 pacientes presentaban metástasis a distancia al diagnóstico. Se logró éxito técnico y clínico en 27 pacientes. En 10 pacientes se instaló como puente a cirugía resectiva, mientras que en 17 con fines paliativos. Se registró un total de 4 complicaciones relacionadas al procedimiento: sepsis de manejo médico (2 pacientes). Se requirió de cirugía para el manejo de dos complicaciones: 1 perforación y una fístula ileorrectal a los 15 y 10 días post-instalación, respectivamente. Durante quimioterapia paliativa se registraron 2 perforaciones alejadas, ambas resueltas mediante cirugía. **Conclusiones:** La endoprótesis colónica es una herramienta útil en la resolución de la obstrucción colorrectal neoplásica pero no exenta de complicaciones.

TRATAMIENTO MULTIMODAL CON INTENCIÓN CURATIVA DEL CÁNCER ESCAMOSO DE ANO AVANZADO. EXPERIENCIA HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE DE CONCEPCIÓN

José Manuel Vivanco Aguilar, Gabriela Walker González, Misael Ocares Urzúa, Claudio Benavides Yáñez, Felipe Martín Quijada, César García Sanzotta, Gino Caselli Morgado*

Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Coloproctología. Universidad San Sebastián Universidad de Concepción.

Introducción: El carcinoma escamoso de ano es una neoplasia poco frecuente, constituyendo una enfermedad potencialmente curable con terapia basado en esquemas de quimiorradioterapia y cirugía en casos seleccionados, con tasas de curación que alcanzan 80% dependiendo del estadio de la enfermedad al diagnóstico. **Objetivos:** Evaluar resultados oncológicos del manejo del carcinoma escamoso de ano avanzado en pacientes del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción tratados durante el período 2011 y 2014. **Material y Método:** Estudio observacional descriptivo realizado en pacientes portadores de carcinoma escamoso de ano avanzado, sometidos a tratamiento basado en un protocolo de quimiorradioterapia. Se revisaron fichas clínicas, obteniendo información

sobre variables sociodemográficas, comorbilidad, histología, estadio de la enfermedad, esquemas de quimiorradioterapia, toxicidad, respuesta clínica completa, recidiva loco regional y necesidad quirúrgica de rescate. **Resultados:** Muestra compuesta por 15 pacientes (7 hombres) con edad media de 55 años (DE \pm 9,4). Todos los pacientes presentaron estudio histopatológico compatible con carcinoma escamoso, siendo 4 de ellos portadores de VIH al momento del diagnóstico. Diez pacientes fueron catalogados como etapa II y 5 en etapa III. Trece pacientes recibieron esquema de radioterapia (50.4 Gy) asociado a 5-FU y Mitomicina. El resto recibió un esquema de radioterapia similar, pero con esquema de 5-FU asociado a Cisplatino. Se observó respuesta clínica completa en 12 pacientes, un paciente falleció por toxicidad grado 5 en el segundo ciclo de radioquimioterapia. Se evidenció recurrencia en 2 individuos, realizando cirugía de rescate en 3 pacientes con un seguimiento completo de 24 meses. La tasa de curación es de un 80%. **Conclusiones:** El tratamiento multimodal del carcinoma escamoso avanzado de ano y con intención curativa en base a quimio-radioterapia tiene una buena tasa de respuesta clínica completa y de curación a mediano plazo en nuestra serie. Debemos realizar un mayor seguimiento para evaluar la respuesta y tasas de recidiva loco regional a mayor plazo.

EVALUACIÓN COMPARATIVA EN CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON RAUB, RAUBIE Y COLOSTOMÍA DEFINITIVA POR CÁNCER DE RECTO

Natalia Moreno Baeza, Gunther Bocic Álvarez, Sebastián Andrés López Núñez, Cathia Selman Briceño, Camila Sotomayor Ledezma, Mario Abedrapo Moreira, Rodrigo Azolas Marcos, Mauricio Díaz Beneventi, José Luis Llanos Bravo, Antonella Sanguineti Montalva*
Hospital Clínico Universidad de Chile.
Cirugía Coloproctológica.

Introducción: La cirugía del cáncer de recto medio-bajo puede determinar en el mediano y largo plazo alteraciones potenciales en las distintas dimensiones de la calidad de vida (CdV), de los pacientes. Encuestas validadas en evaluación de CdV global pueden ser aplicables en estos, entregando información valiosa y complementaria para su manejo y seguimiento. **Objetivos:** Comparar el impacto en calidad de vida de RAUB o RAUBIE versus colostomía definitiva, en pacientes operados de cáncer de recto, utilizando la encuesta EQ-5D validada al español chileno. **Material y Método:** Estudio de cohorte prospectivo. Se

incluyeron todos los pacientes con cáncer de recto operados de RAUB y RAUBIE entre los años 2009 y 2015, reconstituidos y con seguimiento mayor a 12 meses, en comparación con los pacientes intervenidos con Amputación Abdomino-Perineal (Op. Miles), y colostomía definitiva, en Hospital Clínico Universidad de Chile. La calidad de vida (CdV) se midió con el instrumento validado EQ-5D en español chileno. Se realizó estadística descriptiva y analítica para evaluar CdV global y por dominios considerando estadísticamente significativo un valor $p < 0,05$. **Resultados:** En el período de estudio se intervinieron 15 RAUB, 18 RAUBIE y se consideraron 10 Op. Miles. De estos 43 pacientes, 39 completaron las encuestas. Analizando por dominios la CdV fue mejor para los pacientes con Op. Miles en el ítem Actividades habituales (68% vs 18% χ^2 5,97). **Conclusiones:** El grupo con colostomía definitiva presenta mejor CdV en Actividades habituales y peor CdV en Sexualidad vs RAUB y RAUBIE. No se encontraron diferencias significativas en CdV global.

OPERACIÓN DE KARYDAKIS EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PILONIDAL SACROCOCCÍGEA REALIZADA POR RESIDENTES DE CIRUGÍA GENERAL: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE DE CONCEPCIÓN

José Manuel Vivanco Aguilar*, Gabriela Walker González, Misael Ocares Urzúa, Claudio Benavides Yáñez, Felipe Martín Quijada, Gino Caselli Morgado Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Coloproctología. Universidad San Sebastián, Universidad de Concepción.

Introducción: Para el tratamiento de la enfermedad del seno pilonidal (ESP) se han descrito múltiples alternativas quirúrgicas, describiendo en la literatura cierta ventaja de la resección asimétrica de Karydakís sobre otras técnicas respecto a cicatrización, tasa de complicaciones y menor recidiva. **Objetivos:** Determinar la tasa de morbilidad post-operatoria y recurrencia en pacientes intervenidos con técnica de Karydakís por residentes de cirugía general, en el Hospital Regional Guillermo Grant Benavente de Concepción en el período 2009-2013. **Material y Método:** Estudio observacional descriptivo en individuos con ESP sometidos a resección asimétrica de Karydakís de forma ambulatoria (CMA) realizada por residentes de cirugía general en nuestro centro entre enero de 2009 y junio de 2013. Todas las intervenciones fueron supervisadas por un cirujano único. Se realizó una revisión de las

fichas clínicas hasta abril de 2016, con la finalidad de obtener información de variables sociodemográficas, tiempo operatorio, complicaciones post-operatorias, recidiva y reoperaciones. **Resultados:** Fueron intervenidos 97 pacientes (46 mujeres y 51 hombres), con edad media de 23 años (DE \pm 8,6). Todos los pacientes fueron intervenidos de manera electiva, siendo el tiempo operatorio medio de 29,4 minutos (DE \pm 12,49). Se dio el alta 4 a 6 horas post-procedimiento. Se presentó un 19,6% de complicaciones, siendo las más frecuentes dehiscencia de la herida operatoria y la formación de seromas. La cicatrización completa se logró antes de 3 semanas en el resto de los pacientes. Con un seguimiento de 36 meses se observó un 6% de recidiva de la enfermedad, reinterviniendo a 4 pacientes. **Conclusiones:** La operación de Karydakís para el tratamiento de la ESP es una técnica segura, reproducible y con resultados aceptables. A futuro debemos plantear la realización de estudios comparativos con otras técnicas y evaluar su real impacto en el manejo de la enfermedad pilonidal.

EVALUACIÓN DE PREVALENCIA DE DIVERTICULOSIS COMO HALLAZGO IMAGENOLÓGICO

Viviana Carolina Saavedra Jana*, Gunther Bocic Álvarez, Sebastián Andrés López Núñez, Antonella Sanguineti Montalva, Rodrigo Azolas Marcos, Mauricio Díaz Beneventi, José Luis Llanos Bravo, Mario Abedrapo Moreira

Hospital Clínico Universidad de Chile. Unidad de Coloproctología. Departamento de Cirugía.

Introducción: La prevalencia de la enfermedad diverticular en población general varía entre un 20% a un 60%, aumentando su incidencia con la edad. Estos datos corresponden a referencias internacionales; actualmente no se han encontrado referencias nacionales sobre la prevalencia de esta enfermedad. Un método para la detección de diverticulosis es la tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis, con una sensibilidad de 92-94% y especificidad de 90-99%. **Objetivos:** Determinar la prevalencia diverticulosis en población general como hallazgo en tomografías computadas de abdomen y pelvis. **Material y Método:** Estudio de corte transversal con estadística observacional, seleccionando pacientes sin antecedentes de enfermedad diverticular diagnosticada previamente, que se realizaron estudios tomográficos de abdomen y pelvis en HCUCH entre enero y marzo de 2016. De 1.449 TC abdomen y pelvis, 1.177 de ellos cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. **Resultados:** De los 1.177 TC abdomen y pelvis analizados, se obtuvo que

el promedio de edad fue de 52,6 años, distribuyéndose en forma similar entre hombre y mujeres. En el 28,3% de pacientes se encontraron divertículos colónicos, aumentando su incidencia según grupos etarios. La distribución por segmentos etarios muestra: 4,85% entre 20 y 39 años (M: 6,4% y F: 3,5%), 23,8% entre 40 y 59 años (M: 26,2% y F: 21,9%), 41,9% entre 60 y 79 años (M: 39,3% y F: 44,3%) y hasta un 59,4% en los mayores de 80 años (M: 52,2%-F: 63%). **Conclusiones:** Según los resultados reportados es factible definir que la prevalencia global de diverticulosis en esta población corresponde a cerca de un 1/3 de los pacientes. Se advierte un aumento según grupo etario y sin diferencia en cuanto a género.

COLECTOMÍA TOTAL LAPAROSCÓPICA POR ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: RESULTADOS QUIRÚRGICOS

Udo Kronberg, Nayibe Murillo Fajuri, Lilian Flores Pérez, Francisco López Köstner, Claudio Wainstein Gewolb, Rodrigo Quera Pino, Carolina Figueroa Corona, Jaime Lubaschter Correa*
Clínica Las Condes. Unidad de Coloproctología.

Introducción: En el pasado, la cirugía constituía el tratamiento de elección para la enfermedad inflamatoria (EII) cortico refractaria. Desde el advenimiento del tratamiento biológico, los algoritmos se han modificado, también en relación a la conducta quirúrgica. Sigue controvertido, si el uso de anti-TNF preoperatorios influye en los resultados quirúrgicos. **Objetivos:** Analizar los resultados quirúrgicos inmediatos y a mediano plazo de pacientes sometidos a colectomía total laparoscópica en pacientes con EII refractario a tratamiento médico. **Material y Método:** Se incluyen pacientes operados entre abril de 2008 y marzo de 2016 en la Unidad de Coloproctología de nuestra institución. Los datos demográficos, clínicos y de seguimiento se obtuvieron de dos bases de datos institucionales (Cirugía Colorrectal y EII), ambas mantenidas en forma prospectiva, y de fichas clínicas. Las complicaciones post-operatorias médicas y quirúrgicas fueron clasificados según Clavien-Dindo. **Resultados:** Se incluyó un total de 24 pacientes, la mitad de ellos de sexo masculino, con una edad promedio de 37,5 años (i: 18-68). Al momento de la operación, 23 fueron diagnosticados con colitis ulcerosa, uno con Enfermedad de Crohn. Complicaciones post-operatorias se observaron en 9/24 pacientes (37%), 2 de ellos (8,3%) graves, requiriendo uno de ellos una reoperación. No hubo mortalidad. En 7/24 pacientes (29%) se administró infliximab en el preoperatorio. La tasa de complicaciones en este grupo fue con 2/7

(28%) similar al grupo total, una de ellas una complicación médica grave (Clavien-Dindo 4a). En cuanto a los resultados a mediano plazo, un total de 18 pacientes (75%) fueron reconstituidos mediante reservorio ileal, con frecuencias similares entre pacientes con y sin infliximab (71% versus 76%). **Conclusiones:** La colectomía total laparoscópica sigue siendo una alternativa segura de tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal refractaria. El tratamiento previo con Infliximab parece no alterar los resultados inmediatos ni a mediano plazo en el sentido de las posibilidades de reconstitución de tránsito.

ADHERENCIA A UN PROGRAMA DE SCREENING DE CÁNCER COLORRECTAL

Hugo Morales Cabezas, Alejandra Ponce Flores, Claudio Heine Tapia, Alejandro Zárate Castillo, Tomoyuki Odagaki, Ana María Wielandt Necochea, Nayibe Murillo Fajuri, Stanko Karelovic Car, Sergio Flores Oliva, Ricardo Estela Petit, Udo Kronberg, Francisco López Köstner*
Clínica Las Condes. Unidad de Coloproctología.

Introducción: En Chile, la tasa de mortalidad del cáncer colorrectal (CCR) ha aumentado en un 116%. En países desarrollados, la aplicación de programas de *screening* de CCR reduce la mortalidad por esta patología, sin embargo, uno de los principales cuestionamientos en su implementación es la baja adherencia (menor al 30%). PRENEC es un programa de *screening* de cáncer colorrectal que se realiza a nivel nacional, cuyo pilar fundamental es la educación y orientación personalizada lo que permite aumentar la adherencia y la costo-efectividad del mismo. **Objetivos:** Conocer el nivel de adherencia de los participantes del programa PRENEC. **Material y Método:** Desde la base de datos PRENEC (Hospitales: Clínico Magallanes, Eduardo Pereira y San Borja), período junio de 2012 y mayo de 2016, se evaluó la adherencia de participación al programa, retorno de test de sangre oculta en deposición inmunológico (TSDOi), realización de colonoscopia y permanencia a dos años. **Resultados:** La adherencia a participar en el programa PRENEC fue de un 98% (18.384/18.830) y el porcentaje de participantes que retornaron el TSDOi fue de un 93% (17.006/18.384). De aquellos participantes con TSDOi (+) y con indicación de colonoscopia, el 82% (4.168/5.056) tiene agendado su procedimiento, y de éstos, a la fecha el 99% (4.142/4.168) se ha realizado el examen. Los participantes con TSDOi (-) y con indicación de repetir el TSDOi a dos años son en total 8.800, de éstos fueron llamados 5.303 (60%). En total 4.893 participantes fueron contactados y han retirado su TSDOi 3.356

con una adherencia a permanecer en el programa de un 69%. **Conclusiones:** La adherencia al programa de *screening* PRENEC está por sobre lo referido en series internacionales, probablemente debido a la educación y orientación personalizada en la cual se basa el programa, lo que podría impactar en la costo efectividad de los programas de *screening* de CCR.

RESPUESTA DEL TUMOR PRIMARIO A QUIMIOTERAPIA SISTÉMICA EN CÁNCER DE COLON METASTÁSICO

Eduardo Mordojovich Zúñiga, Constanza Villalón Montenegro, Daniela Espínola Marín, Ernesto Melkonian Tumani, Aldo Cuneo Zuiga, Leonardo Espíndola Silva, Pablo Soffía Sánchez, Christian Jensen Benítez*
Clínica Alemana. Equipo Coloproctología. Hospital Padre Hurtado.

Introducción: El 20% de los cánceres colorrectales son etapa IV al diagnóstico. La quimioterapia es actualmente la terapia inicial en estos casos. **Objetivos:** Evaluar la respuesta del tumor primario a la quimioterapia desde el punto de vista imagenológico y anatomopatológico en pacientes con cáncer colorrectal etapa IV. **Material y Método:** Estudio retrospectivo, con revisión de fichas de pacientes con cáncer colorrectal con metástasis hepáticas sincrónicas que fueron a quimioterapia y posterior resección del primario. Se realizó medición del largo (mm) y diámetro tumoral en las tomografías computadas (TC) realizadas previo al inicio de la quimioterapia comparándose con la TC posterior a la quimioterapia. Además, se revisaron las biopsias diferidas del cáncer de colon en todos los pacientes. **Resultados:** Se reclutaron 11 pacientes con cáncer colorrectal etapa IV que recibieron quimioterapia antes de researse el tumor primario. De ellos 6 eran hombres y 5 mujeres. El promedio de edad fue 63 años. La quimioterapia más utilizada fue FOLFIRI en 8 pacientes, luego FOLFOX en 3 pacientes. En promedio recibieron 8 ciclos de quimioterapia antes de la cirugía de colon. Nueve pacientes recibieron bevacizumab. En las TC pre quimioterapia el tamaño tumoral promedio fue 51 mm de largo y 27 mm de diámetro. En las TC post-quimioterapia el tamaño tumoral promedio fue de 26 mm de largo y 13 mm de diámetro. Hubo remisión imagenológica completa en 3 pacientes. Las biopsias definitivas mostraron que 64% fueron T3, 18% T2, 9% T4 y 9% T0. De los pacientes con respuesta imagenológica completa, los 3 fueron N0 y uno tuvo respuesta tumoral completa. **Conclusiones:** El cáncer de colon tendría una buena respuesta a quimioterapia, logrando en algunos casos respuesta imagenológica y patológica completa. Se necesita un mayor n y un seguimiento a largo plazo para definir el real beneficio de la quimioterapia en el tumor primario del cáncer de colon etapa IV.

CIRUGÍA COLORRECTAL EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA

Hugo Morales Cabezas, Claudio Heine Tapia, Claudio Wainstein Gewolb, Udo Kronberg, Andrés Larach Kattan, Jorge Larach Said, Nayibe Murillo Fajuri, Francisco López Köstner*
Clínica Las Condes. Unidad de Coloproctología.

Introducción: El aumento de la expectativa de vida de la población conlleva un aumento de la necesidad de realizar cirugía colorrectal en pacientes de edad avanzada. En este grupo de pacientes, la mayor frecuencia de comorbilidades y la disminución de las reservas fisiológicas pueden influir en los resultados quirúrgicos, lo cual cuestiona la seguridad de la cirugía colorrectal en este grupo de pacientes. **Objetivos:** Analizar los resultados quirúrgicos de cirugía colorrectal electiva en pacientes mayores de 80 años comparado con pacientes entre 65 y 79 años. **Material y Método:** Se incluyeron pacientes mayores de 65 años intervenidos por cirugía colorrectal electiva entre enero de 2007 y febrero de 2016. Se separaron dos grupos (A: entre 65 y 79 años, B: 80 años y más). Se evaluaron variables demográficas y resultados quirúrgicos comparando ambos grupos. **Resultados:** Se incluyó un total de 257 pacientes (grupo A: 206, mediana 70 años; grupo B: 51, mediana 84 años). En el grupo B hubo más individuos con ASA III (3% vs 24%). La tasa de anastomosis primarias similar entre ambos grupos (ambos 98%). No hubo mortalidad en la serie. Se observaron más filtraciones de anastomosis en el grupo A (6,8% vs 2%; p = 0,001). El grupo B presentó mayor cantidad de complicaciones cardiovasculares (4% vs 11%; p = 0,0475), complicaciones respiratorias e infección del sitio operatorio (en ambas 2% vs 11% p = 0,0026). La tasa de reoperaciones fue similar para ambos grupos (7% vs 8%, p = 0,8). **Conclusiones:** En pacientes mayores de 80 años, los resultados son comparables con pacientes más jóvenes en cuanto a complicaciones quirúrgicas, reoperaciones y mortalidad. Estos resultados demuestran la factibilidad y seguridad de la cirugía colorrectal en pacientes de edad avanzada.

CALIDAD DE LA COLONOSCOPIA EN UN PROGRAMA DE SCREENING DE CÁNCER COLORRECTAL

Hugo Morales Cabezas, Claudio Heine Tapia, Alejandro Zárate Castillo, Tomoyuki Odagaki, Takuya Okada, Masahiro Tsubaki, Alejandra Ponce Flores, Ana María Wielandt Necochea, Nayibe Murillo Fajuri, Stanko Karelovic Car, Sergio Flores Oliva, Udo Kronberg, Claudio Wainstein Gewolb, Francisco López Köstner*
Clínica Las Condes. Unidad de Coloproctología.

Introducción: La eficiencia de un programa de *screening* de cáncer colorrectal depende de la calidad de

las colonoscopias. Como criterios de calidad se han definido: tasa de llegada al ciego igual o mayor al 90%, tiempo de retiro igual o mayor a 8 minutos y tasa de detección de adenomas mayor al 35%. En el programa de detección de neoplasias colorrectales (PRENEC), estos criterios se han adoptado como indicadores de calidad, realizando una vigilancia activa de los centros participantes. **Objetivos:** Analizar el cumplimiento de indicadores de calidad de la colonoscopia en el programa PRENEC, realizado en tres hospitales públicos nacionales (Hospital Clínico Magallanes, Hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso y Hospital San Borja Arriarán). **Material y Método:** Los datos se obtuvieron de la base de datos prospectiva PRENEC. Se incluyeron la primera colonoscopia de *screening* realizadas a pacientes entre julio de 2012 y mayo de 2016, evaluando las variables de score de Boston, tasa de llegada al ciego, tiempo de retiro, complicaciones, y tasa de detección de adenomas y de cáncer colorrectal. Se excluyeron las colonoscopias con mala preparación (Boston inferior a 8) y aquellas en las cuales no fue posible llegar al ciego por deformación anatómica (estenosis diverticular o tumoral). **Resultados:** Se incluyeron 3.103 colonoscopias, de ellas 2.507 (81%) presentaron Boston 8 y 9, en el 99% (2.485) se logró la llegada al ciego. De estas últimas, el 95,6% (2.376) informan un tiempo de retiro > a 8 minutos, en el 57,6% (1.431) se detectaron pólipos, en el 39% (981) se hallaron adenomas, y en el 3,6% (89) adenocarcinomas. Hubo 3 complicaciones asociadas al procedimiento (0,1%), dos de ellas hemorragia. **Conclusiones:** Existe un alto cumplimiento de criterios de calidad en las colonoscopias del programa PRENEC, lo que permite una tasa de detección de adenomas y adenocarcinomas adecuada con una tasa de complicaciones parecida a lo descrito en la literatura.

CÁNCER DE COLON ETAPA III. EVALUACIÓN DE LA SOBREVIDA GLOBAL Y DETERMINACIÓN DE FACTORES PRONÓSTICOS ASOCIADOS

María Francisca Wuth Izquierdo, Galo Esteban Cárdenas Santacruz, Ángela Molero Tecedor, Fernando Silva Rivas, Victoria Ignacia Game Figueroa, Francisca Jesús Dieguez Vercellino, Jorge Gajardo Jofré, Nicolás Devaud Jaureguiberry, Sebastián Hoefler Steffen, Jean Michel Butte Barrios, Roberto Charles Carrasco*
Fundación Arturo López Pérez. Cirugía Digestiva Oncológica. Programa de Investigación Clínica-Escuela de Post-grado Universidad de los Andes.

Introducción: La incidencia y mortalidad por cáncer de colon (CC) han aumentado en Chile. El tratamiento estándar de los pacientes en etapa III es la resección oncológica y luego quimioterapia (QMT) adyuvante. **Objetivos:** Evaluar la supervivencia global e identificar factores

pronósticos asociados en pacientes tratados de CC etapa III en FALP. **Material y Método:** Estudio descriptivo de una cohorte histórica de pacientes diagnosticados con adenocarcinoma de colon etapa III (7th edición de TNM), tratados entre 2006 y 2016. Se analizaron los registros clínicos y se logró obtener seguimiento actualizado en todos los pacientes evaluados. Se realizó análisis univariado (UV) y multivariado (MV) mediante regresión de Cox. Se calcularon HR para factores pronósticos e intervalos de confianza de 95%. Se consideró significativo un $p < 0,05$. **Resultados:** Se trataron 149 pacientes (53% mujeres) con un promedio de 61 años \pm 13. La distribución por etapas IIIA, IIIB y IIIC fue de 8%, 59% y 33% respectivamente. La mortalidad a 90 días fue 4% (6/149). La tasa de reoperación fue 5%. La mortalidad por complicaciones quirúrgicas fue 1,3% (2/149). Recuento ganglionar tuvo una mediana de 23 (19-28). El 85% recibió QMT adyuvante. La mediana de seguimiento fue 37 meses. La supervivencia global fue 87% a 24 meses y 55% a 60 meses. El análisis MV mostró que el uso de QMT fue un factor protector (HR = 0,25, IC 95%: 0,06-0,91). Mientras que CEA mayor a 5 ng/ml (HR = 3,43, IC 95% 1,22-9,64) se asocia a una menor supervivencia a 5 años. LN > 4, pobre diferenciación, sexo femenino y subetapa IIIC son factores de riesgo, pero no alcanzan significancia estadística. **Conclusiones:** En una serie con seguimiento a largo plazo se observa que la QMT adyuvante se asocia a mejoría en la supervivencia, mientras que CEA > a 5 ng/ml se asocia a disminución en la supervivencia.

ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO Y ENFRENTAMIENTO DE PACIENTES CON CÁNCER DE RECTO ETAPA I

Belén Sanhueza Pozarski, Gunther Bocic Álvarez, Sebastián Andrés López Núñez, Mauricio Díaz Beneventi, Antonella Sanguineti Montalva, Rodrigo Azolas Marcos, José Luis Llanos Bravo, Mario Abedrapo Moreira*
Hospital Clínico Universidad de Chile. Unidad de Coloproctología. Departamento de Cirugía.

Introducción: En Chile se producen 2.000 fallecimientos por cáncer de colon y recto para 2012. En cáncer de recto (CR), son diagnosticados en Etapa I cerca del 15-20%. **Objetivos:** Evaluar el perfil epidemiológico de los pacientes con cáncer de recto en etapa I y analizar el enfrentamiento terapéutico en nuestro Centro. **Material y Método:** Se utilizó la base de datos prospectiva de cáncer del Departamento de Cirugía de HCUCH desde 2004 a 2016. Se analiza de forma retrospectiva los antecedentes de pacientes con CR en Etapa I. Se realiza análisis estadístico descriptivo y datos perioperatorios. **Resultados:** Se obtuvieron 65 pacientes con biopsias que informaron CR en Etapa I y se excluyeron 29 con neoadyuvancia. De los 36 restantes, se obtuvo media de edad 61 años. La distribución por género fue 23 mu-

jeros (64%), y 13 hombres (26%). Se objetivó que 32 pacientes presentaron algún síntoma. Dentro del cuadro clínico destaca como síntoma único o múltiple 20 casos con rectorragia (55,5%), alteraciones del tránsito intestinal 10 casos (28%), baja de peso 7 casos (19,4), y pujo rectal 5 casos (14%). Destaca un promedio de tiempo de síntomas de 7,9 meses. Las lesiones se hallaron a una distancia promedio de 7,3 cm. De los resultados histológicos destacan 11 adenomas con foco de adenocarcinoma *in situ*. Fueron resueltos por laparoscopia 13 casos (36%). En 24 casos se efectuó una resección anterior baja (67%), y en 10 casos resecciones endoscópicas transanales (28%). No se registran pérdidas en el seguimiento general. **Conclusiones:** El cáncer de recto es una patología cada vez más prevalente, y pese a que en su mayoría son sintomáticos, la consulta sigue siendo tardía generando diagnósticos en etapas avanzadas de la enfermedad, perdiendo la oportunidad de un tratamiento quirúrgico oportuno.

EFFECTIVIDAD DEL TEST INMUNOLÓGICO DE DETECCIÓN DE SANGRE OCULTA EN DEPOSICIONES EN UN PROGRAMA DE SCREENING DE CÁNCER COLORRECTAL

Hugo Morales Cabezas*, Claudio Heine Tapia, Alejandro Zárate Castillo, Tomoyuki Odagaki, Takuya Okada, Masahiro Tsubaki, Alejandra Ponce Flores, Ana María Wielandt Necochea, Nayibe Murillo Fajuri, Stanko Karelovic Car, Sergio Flores Oliva, Udo Kronberg, Francisco López Köstner
Clínica Las Condes. Unidad de Coloproctología.

Introducción: En Chile la tasa de mortalidad del cáncer colorrectal (CCR) ha aumentado más del 100% en los últimos años. La literatura ha demostrado que los programas de *screening* basados en test de detección de sangre oculta en deposiciones reduce la mortalidad de CCR. El programa de *screening* de CCR "PRENEC" se basa en la aplicación del test inmunológico de detección de sangre oculta en deposiciones (FIT) en población asintomática mayor de 50 años. En base a su resultado se realiza una colonoscopia de *screening*. **Objetivos:** Evaluar la sensibilidad y especificidad del FIT en un programa de *screening* de CCR. **Material y Método:** Se analizó la base de datos prospectiva del programa "PRENEC" en el período entre mayo de 2012 y mayo de 2016. Se incluyeron pacientes con FIT positivo que fueron a colonoscopia de "calidad" (Boston 8-9, llegada al ciego y tiempo de retiro igual/mayor a 8 minutos). Paralelamente los casos con FIT (-) y antecedentes familiares de CCR fueron sometidos a colonoscopia de calidad y se incluyeron para analizar sensibilidad y especificidad del test. **Resultados:** El porcentaje de retorno del test fue de 93%. La positividad general del test en base al total de FIT realizados

fue de 11%. Se incluyeron 2.485 sujetos; 1.655 con FIT positivo con colonoscopia de *screening* y 830 sujetos con FIT (-) que se les realizó colonoscopia considerando antecedentes familiares de CCR. La sensibilidad del FIT para hallazgos positivos en la colonoscopia fue de 69% con especificidad de 41% (valor predictivo positivo VPP79% y valor predictivo negativo VPN30%). Para adenomas se encontró sensibilidad 70% y especificidad 35% (VPP41% y VPN64%) y para adenocarcinomas sensibilidad de 95% especificidad 34% (VPP5% VPN99%). **Conclusiones:** El FIT es un examen que presentó una alta adherencia y un alto valor predictivo negativo para cáncer, por lo que resulta una herramienta útil en la detección de lesiones colónicas como método de *screening*.

RESULTADOS FUNCIONALES DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A UNA COLECTOMÍA TOTAL CON ANASTOMOSIS ILEORRECTAL POR NEOPLASIAS COLORRECTALES

Claudio Heine Tapia*, Nayibe Murillo Fajuri, Hugo Morales Cabezas, Claudio Wainstein Gewolb, Udo Kronberg, Jorge Larach Said, Andrés Larach Kattan, Francisco López Köstner
Clínica Las Condes. Unidad de Coloproctología.

Introducción: La colectomía total con anastomosis ileorrectal (CT/AIR) es el tratamiento quirúrgico de elección para pacientes con síndromes polipósicos y/o cáncer sincrónico colorrectal. Este procedimiento se acompaña de cambios en la función evacuatoria y alteraciones en su calidad de vida. **Objetivos:** Analizar los resultados funcionales de los pacientes sometidos a CT/AIR, intervenidos en Clínica Las Condes. **Material y Método:** Evaluación retrospectiva de pacientes con síndromes polipósicos y/o cáncer colorrectal sincrónico, sometidos a una CT/AIR entre los años 2007 al 2015. Los resultados funcionales se evaluaron mediante encuesta telefónica. Se utilizó estadística descriptiva. Las variables funcionales se compararon entre los pacientes con menos de 24 meses de su cirugía y en los mayores de 60 años. **Resultados:** Entre los años 2007 y 2015 se realizaron 38 colectomías totales en neoplasias colorrectales. Las indicaciones de cirugía fueron: 11 pacientes por cáncer y 27 por síndromes polipósicos. De estos, 28 pacientes (74%) respondieron la encuesta. La edad promedio fue de 53 años (i: 14-81). El seguimiento promedio fue de 60 meses (i: 10-111). Dieciocho de los pacientes (75%) presentan más de 24 meses de la realización de su cirugía. El promedio de deposiciones fue 4/día (i:2-7). Urgencia intermitente se observó en 10 pacientes (36%). En la variable de Incontinencia, 5 pacientes (18%) presentaron un score de Wexner mayor de 10 puntos. De ellos, todos eran mayores de 60 años. En cuanto a fármacos, 10 pacientes (35%) refirieron

tomar antidiarreicos en forma intermitente. Del total de pacientes, un 82% refirió que su percepción de calidad de vida en el post-operatorio fue entre buena y excelente. **Conclusiones:** En estos grupos, la CT/AIR muestra buenos resultados con un alto porcentaje de satisfacción. Se observan alteraciones funcionales en un tercio de los pacientes correspondiendo los peores resultados al grupo de pacientes mayores de 60 años.

¿SON NECESARIOS LOS ANTIBIÓTICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA DIVERTICULITIS AGUDA NO COMPLICADA? ROL DE LA PROCALCITONINA PLASMÁTICA EN LA DECISIÓN

Felipe Alcalde Gudenschwager, Cristóbal Maiz Hohlberg, Rocío Jara Contreras, Gonzalo Inostroza Levy, Eduardo García Muñoz*
Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz (Los Ángeles). Servicio Cirugía Equipo Coloproctología.

Introducción: La diverticulitis aguda no complicada (DANC) constituye un motivo frecuente de consulta, su tratamiento estándar incluye antibióticos, reposo digestivo y antiinflamatorios. La procalcitonina plasmática es un marcador específico y altamente sensible en infecciones bacterianas que podría ayudar a determinar qué pacientes requieren tratamiento antibiótico. **Objetivos:** Evaluar la respuesta clínica de pacientes tratados sin antibióticos con niveles de procalcitonina plasmática normal. **Material y Método:** Estudio descriptivo del protocolo prospectivo de pacientes ingresados con diagnóstico de diverticulitis aguda no complicada tratados SIN antibióticos según procalcitonina negativa. Enrolados sólo pacientes con tomografía abdomen y pelvis compatible en el período febrero a julio de 2016. Todos tratados de manera estándar con antiinflamatorios no esteroideos (ketoprofeno y paracetamol) y reposo digestivo. Evaluamos: Hemograma y proteína C reactiva (PCR) de ingreso, tiempo de remisión de síntomas, estadía hospitalaria, complicaciones, reingreso y evolución posterior al alta. Se excluyeron pacientes con comorbilidades que comprometan al sistema inmune como la diabetes mellitus, síndrome de inmunodeficiencia adquirida y uso crónico de inmunosupresores. **Resultados:** Han sido evaluados 10 pacientes, 6 mujeres. Edad promedio 48 años (38-64). Hemograma con Leucocitosis: 4 pacientes, PCR promedio: 80 (21-215). Estadía hospitalaria: 3 días (1-4). Regresión de los síntomas: 3 días (2-5). No hubo complicaciones ni reingresos. Control ambulatorio sin dolor residual ni recaída de síntomas en todos los casos. **Conclusiones:** Esta serie inicial estaría revelando que pacientes con DANC con procalcitonina negativa NO requieren antibióticos en su tratamiento. Esperamos que al enrolar un mayor número de pacientes se logre confirmar estos resultados iniciales.

EXPERIENCIA PROSPECTIVA CON EL USO DE PROPOFOL 1% EN LA SEDACIÓN DE COLONOSCOPIAS ADMINISTRADO POR EL ENDOSCOPISTA

*Rodolfo Avenaño Hoffmann**
Clínica Alemana Valdivia. Endoscopia. Universidad Austral de Chile, Hospital Regional de Valdivia.

Introducción: La incidencia del cáncer de colon y recto ha experimentado un explosivo aumento en nuestro país en los últimos 10 años. La colonoscopia larga constituye el "gold-standard" para su pesquisa precoz, para la cual se requiere de una sedación adecuada. Esto último es fundamental para lograr una buena adherencia por parte de los pacientes. **Objetivos:** Presentar los resultados de un protocolo prospectivo de colonoscopias en cuya sedación se utilizó propofol administrado en bolos por el mismo endoscopista realizadas entre abril de 2009 y junio de 2016. **Material y Método:** Estudio de cohorte prospectivo con protocolo que recluta pacientes colonoscopizados entre abril de 2009 y junio de 2016, incluyendo todos los pacientes entre 15 y 80 años, ASA I y II a los que se les realiza una colonoscopia larga diagnóstica, electiva y ambulatoria. Se analiza la dosis de propofol utilizada, asociación con otros fármacos, tasa de llegada al ciego, depresión respiratoria, dolor post-procedimiento y perforaciones colónicas. Se utiliza estadística descriptiva. **Resultados:** Se incluyen 2.437 pacientes. El 68% fueron ASA I. La duración del examen varió entre los 12 y los 55 minutos. La dosis varió entre 30 y 480 mg. En el 98% se asoció a 3 mg de midazolam y en el 80% además a 20 mg de petidina. Tasa de llegada al ciego: 99%. Tres pacientes cursaron con depresión respiratoria (02 menor a 75%) requiriendo apoyo ventilatorio transitorio con ambú. Ninguno debió ser intubado. El dolor post-procedimiento promedio fue EVA 3. No hubo perforaciones de colon. **Conclusiones:** En nuestra experiencia el uso de propofol administrado en bolos por el endoscopista, en un grupo de pacientes seleccionados, es seguro y permite realizar el examen en forma óptima para el colonoscopista y además una excelente tolerancia por parte de los pacientes.

RESULTADOS INICIALES DE LA RESECCIÓN PERITONEAL ÓPTIMA (RPO) ASOCIADO A QUIMIOTERAPIA HIPERTÉRMICA (HIPEC)

Jorge Gajardo Jofré, Rodrigo López Escobar, Daniella Rigo Righi Irrazabal, Silvia Schmied Padilla, Mauricio Mahave Cáceres, Ángela Molero Teceador, María Francisca Wuth Izquierdo, Galo Esteban Cárdenas Santacruz, Sebastián Hoefler Steffen, Nicolás Devaud Jaureguiberry, Roberto Charles Carrasco, Jean Michel Butte Barrios*
Fundación Arturo López Pérez. Cirugía Digestiva Oncológica.

Introducción: La presencia de carcinomatosis peritoneal (CP) se asocia a una menor sobrevida a largo

plazo. Se ha observado que la RPO (o resección completa, R0) más HIPEC puede prolongar la sobrevida en pacientes seleccionados con cáncer de origen digestivo y mesotelioma. **Objetivos:** El objetivo es evaluar los resultados quirúrgicos perioperatorios inmediatos de aquellos pacientes sometidos a RPO más HIPEC como parte del tratamiento multimodal de su neoplasia. **Material y Método:** Estudio retrospectivo a partir de una base prospectiva. Todos los pacientes con compromiso peritoneal sometidos a RPO más HIPEC entre octubre de 2015 y julio de 2016 fueron incluidos. Todos fueron evaluados con el Índice de Carcinomatosis Peritoneal (ICP) para estimar el volumen de la enfermedad. HIPEC fue administrada en todos los pacientes con técnica cerrada, utilizando Mitomicina-C por 90 minutos. Los eventos adversos durante los 90 primeros días de post-operatorio fueron registrados y clasificados según Clavien-Dindo. **Resultados:** Diez pacientes fueron sometidos a RPO más HIPEC, de los cuales 8 fueron mujeres. La edad promedio fue de 57,5 años (\pm 11,3). El primario más frecuente fue colon ($n = 4$). La mediana de ICP fue de 10 (2-15). El tiempo promedio de la intervención fue de 539 minutos (\pm 86,7). El promedio de órganos resecados fue de 3,4 (\pm 1,4). No hubo complicaciones anestésicas intraoperatorias. 4 pacientes fueron trasladados intubados desde pabellón. De los 4 pacientes que presentaron complicaciones, 3 fueron Clavien I-II y 1 fue Clavien IV. La estadía promedio en UPC fue de 2,7 días (\pm 1) y la estadía hospitalaria promedio fue de 15,7 días (\pm 11). La mortalidad perioperatoria fue de 0% a 30 y 90 días. **Conclusiones:** La RPO más HIPEC es una técnica factible de realizar en nuestra institución como parte de un tratamiento multimodal con baja morbilidad perioperatoria y sin mortalidad.

PREVALENCIA DE LA INCONTINENCIA FECAL EN LA PROVINCIA DEL BÍO-BÍO: ESTUDIO SOBRE POBLACIÓN NO CONSULTANTE

Felipe Alcalde Gudenschwager, Felipe Burgos Benítez, Gonzalo Inostroza Levy, Eduardo García Muñoz*
Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz (Los Ángeles).
Servicio de Cirugía Equipo Coloproctología.

Introducción: La incontinencia fecal (IF) es la pérdida del control voluntario del paso del contenido fecal o gaseoso a través del ano. La IF en la población general presenta una prevalencia entre 1% y 7%, mientras que al considerar a los mayores de 65 años esta cifra se eleva hasta 15%. **Objetivos:** Determinar la prevalencia de incontinencia fecal en la provincia del Bío-Bío en mujeres mayores a 65 años. **Material y Método:** Estudio descriptivo con recolección prospectiva de los datos. Se estudió a la población femenina mayor de 65 años de la provincia del Bío-Bío. Se calculó un tamaño muestral, asumiendo una prevalencia teórica de un

10%. Se obtuvieron los datos demográficos y factores de riesgo de incontinencia (partos vaginales, hijo de mayor peso al nacer (HMP), peso, comorbilidades). Score de Wexner, determinándose como incontinencia los valores mayores o igual a 7. **Resultados:** Muestra de 74 pacientes. Edad promedio: 68,6 años, promedio de 3,15 partos vaginales, con peso de 3.875 g. Score Wexner promedio 4,1. Dieciséis (16) pacientes con Score ≥ 7 (21,9%). El análisis estadístico mostró una relación estadísticamente significativa entre el número de partos vaginales y la IF (promedio en grupo IF 5,6 vs grupo normal 2,4); la edad y la IF (promedio en grupo IF 76,18 años vs grupo normal 66,54). Aún cuando existió una tendencia a presentar mayor IF con HMP, estas no fueron estadísticamente significativas. **Conclusiones:** La IF es una patología de alta incidencia en la población femenina, incluso mayor a lo esperado en forma teórica. Aún cuando se describen distintos factores de riesgo, la multiparidad y la edad se presentan como los más significativos.

AUMENTO DE TASAS DE HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD DIVERTICULAR A NIVEL NACIONAL, 2003-2013

Darío Eduardo Palominos Salas, Diego Andrés Montoya Moya, Leonardo Espíndola Silva, José Miguel Zúñiga Avendaño, Macarena Fernández Albornoz, Joaquín Irrarázaval Espinosa, José Gellona Vial*
Hospital Militar de Santiago (Hosmil). Coloproctología.
Universidad de los Andes.

Introducción: La enfermedad diverticular corresponde a una patología frecuente en los servicios de cirugía del país. **Objetivos:** Análisis de la población de hospitalizados por enfermedad diverticular en un período de 11 años. **Material y Método:** Se obtuvo los egresos hospitalarios a nivel nacional entre los años 2003 y 2013 utilizando los datos de los anuarios de estadística, correspondientes al período estudiado y a los datos poblacionales publicados por el INE de Chile del censo de 2012. Se seleccionaron aquellos pacientes con diverticulitis usando los distintos códigos CIE-10. Se obtuvieron las tasas de cada variable para cada año y sus tendencias fueron analizadas mediante regresión lineal, calculando sus pendientes e intervalos de confianza. **Resultados:** La tasa de hospitalizados en Chile el año 2003 fue de 13,4 por 100.000 habitantes, el mismo dato en el 2013 fue de 23,8 (Coeficiente 0,049 [0,03-0,94]). Al separar por géneros, vemos que la tasa el 2003 es de 14,9 por 100.000 habitantes y el 2013 26,1 (Coeficiente 1,22 [1,09-1,43]). En mujeres, la tasa aumentó de 19,45 el 2003 a 33,6 el 2013 (Coeficiente 1,43 [1,05-1,8]). La tasa de egresos por enfermedad diverticular respecto al total de hospitalizados fue de 0,13% el 2003 y 0,25% el 2013 (Coeficiente 0,012 [0,01-0,15]). La proporción de pacientes operados por esta enfermedad varió del 25%

el 2003 al 17,3% (Coeficiente -0,724 [-1,52-0,79]). La mortalidad de pacientes hospitalizados por enfermedad diverticular fue de 1,38% el 2003 y de 0,67% el 2013 (Coeficiente -0,046 [-0,10-0,01]). El promedio de edad de presentación fue de 66,7 el 2003 y de 58,7 el 2013 (Coeficiente -0,57 [-1,73-0,60]). **Conclusiones:** Con los datos obtenidos, podemos observar un aumento en las tasas de hospitalización por enfermedad diverticular en Chile, tanto en hombres como en mujeres. Además, se ha observado un aumento de esta enfermedad como porcentaje de todos los egresos hospitalarios.

¿ES FACTIBLE CAMBIAR LA ESTRATEGIA Y PRESERVAR EL ESFÍNTER TRAS LA REDUCCIÓN TUMORAL CLÍNICA POST-NEOADYUVANCIA EN CÁNCER DE RECTO?

César Cerda Carrasco*, Ernesto Melkonian Tumani, Rodrigo Capona Pérez, David Óscar Contreras Flores, Alejandro Nicolás Readí Vallejos, Carlos Gabriel Massardo Delgado, Patricio Opazo Santander, Claudio Heine Tapia
Hospital del Salvador (Santiago, Providencia).
Coloproctología. Universidad de Chile.

Introducción: Actualmente el *gold standard* para los tumores localmente avanzados de recto con compromiso esfinteriano es la radioquimioterapia más operación de Miles. En algunos pacientes se discute si es posible cambiar la estrategia luego de una respuesta clínica importante post-neoadyuvancia y lograr preservar la función esfinteriana. **Objetivos:** Reportar la conducta y evolución de pacientes tratados por cáncer de recto con indicación de Miles poniendo énfasis en la factibilidad del cambio de estrategia post-neoadyuvancia con respuesta clínica parcial o completa (RCC). **Material y Método:** Estudio sobre una base de datos prospectiva de cáncer de recto del Hospital del Salvador desde el año 2014, se destaca la conducta y seguimiento en pacientes que se decidió no realizar una amputación abdominoperineal tras el esquema de radioquimioterapia prolongado debido a que disminuyó en su evaluación clínica e imagenológica. **Resultados:** Durante el período se operaron 53 cánceres de recto sometidos a neoadyuvancia, 14 corresponden a Miles. De 7 pacientes con indicación de Miles a 3 en los que desapareció el compromiso de elevadores en la resonancia y tacto se decidió realizar resección anterior baja en vez de Miles, todos con márgenes negativos en la biopsia quirúrgica y a 4 pacientes se decidió seguir el protocolo “*wait and see*” por RCC. De ellos 2 pacientes sometidos a RAB y 3 con RCC se encuentran libres de enfermedad, ningún paciente sometido a RAB presenta recidiva local y 1 sometido a RAB progresó con metástasis a los dos meses de cirugía y 1 paciente con RCC presentó recidiva local a los 4 meses de seguimiento, por lo que se programó

cirugía de rescate. **Conclusiones:** Es factible cambiar la estrategia quirúrgica preservando la función esfinteriana tras la regresión clínica post-neoadyuvancia, estos pacientes seleccionados rigurosamente deben ser seguidos de forma estricta por el riesgo de progresión de la enfermedad.

MANEJO QUIRÚRGICO DE LA ENDOMETRIOSIS PÉLVICA PROFUNDA CON COMPROMISO DE RECTO

Eduardo Mordojovich Zúñiga*, Leonardo Espíndola Silva, Ernesto Melkonian Tumani, Daniela Espínola Marín, Christian Jensen Benítez, Aldo Cuneo Zuiga, Constanza Villalón Montenegro, Marco Puga Álvarez, César Sandoval Sepúlveda, Ignacio Miranda Mendoza
Clínica Alemana. Equipo de Coloproctología. Equipo Ginecología. Universidad del Desarrollo.

Introducción: La endometriosis es una de las patologías en edad reproductiva que más frecuentemente requiere cirugía. Su prevalencia es desconocida pero se estima que un 15% de las mujeres en edad reproductiva la presentan, siendo el compromiso rectosigmoideo descrito hasta en el 10% de los casos. La cirugía laparoscópica ha revolucionado el manejo permitiendo realizar distintas técnicas mínimamente invasivas. **Objetivos:** Describir nuestra experiencia en el manejo quirúrgico de la endometriosis profunda con compromiso de recto. **Material y Método:** Revisión de nuestra base de datos prospectiva de pacientes tratadas por endometriosis pélvica profunda entre los años 2015 y 2016 por el equipo de Ginecología en conjunto con el equipo de Coloproctología de Clínica Alemana de Santiago. Se reclutaron pacientes que presentaran endometriosis en el recto, evaluándose el tipo de cirugía realizada, presencia de complicaciones post-quirúrgicas y la biopsia diferida. Se revisaron fichas clínicas, protocolos operatorios y biopsias definitivas. **Resultados:** Se identificaron 16 pacientes con endometriosis rectal. El promedio de edad fue de 36 años. El 100% de las cirugías realizadas fueron por vía laparoscópica. De ellas 7 fueron *shaving* rectales, 6 fueron resecciones discoides de la pared del recto y 3 sigmoidectomías. La única complicación post-operatoria en nuestra serie fue la rectorragia, que se presentó en 4 de los 16 pacientes (25%). El sangrado se vio más frecuentemente en la resección discoide (3 de los 4 casos). De los pacientes que sangraron 3 se manejaron de manera conservadora de forma exitosa y uno requirió manejo endoscópico con clip. Todas las biopsias analizadas confirmaron la presencia de focos de endometriosis en la pared rectal. **Conclusiones:** El manejo de la endometriosis pélvica profunda con compromiso de recto debe ser multidisciplinario. Las técnicas de resección laparoscópicas son seguras con baja morbimortalidad.

RESULTADOS PRELIMINARES DE CITORREDUCCIÓN Y QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA

Enrique Waugh Correa, Francisco Izquierdo Martínez, Carlos Derosas Arriagada, Nicolás Kerrigan Bustos, Cristian Carvalho Holtz, Hernán De La Fuente Hulaud*
Clínica Santa María. Departamento de Cirugía Digestiva.

Introducción: El compromiso peritoneal en los tumores digestivos constituye un desafío terapéutico mayor. En este sentido la citorreducción tumoral completa asociada al uso de quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) ha demostrado ser la única terapia efectiva para brindar una sobrevida a largo plazo. **Objetivos:** Presentar una serie de casos de pacientes con carcinomatosis operados en nuestro Servicio utilizando la técnica de HIPEC. **Material y Método:** Estudio retrospectivo de una serie de casos, realizado en Clínica Santa María desde junio de 2013 a la actualidad. **Resultados:** En total se realizaron 13 procedimientos. El 54% fueron mujeres (7), La mediana de edad fue de 57 años (Rango 35-74 años). El 54% presentaba comorbilidades. La indicación más fre-

cuente fue cáncer de apéndice. Con relación al índice peritoneal al momento de la exploración un 46,2% (6) presentan bajo volumen, 7,7% (1) moderado, 30,8% (4) alto y dos casos fueron irresecables (15,4%). Al 100% se le realizó citorreducción y al 92,3% HIPEC. La efectividad de la citorreducción fue clasificada según el CCR (completeness of cytoreduction). CCR0 (completa) 61,5%, CCR2 23,1% y CCR3 15,4%. El promedio de estada fue de 9 días (rango 7-29 días). Al 38,5% se le realizó quimioterapia adyuvante. Dos pacientes fueron reoperados. No hubo filtraciones de anastomosis. No hubo mortalidad perioperatoria. De los resecados (11), 5 pacientes progresaron en el seguimiento. La mediana de seguimiento fue de 14,6 meses. Al final de este seguimiento, 4 pacientes fallecieron por progresión de la enfermedad (30,7%). La mediana de sobrevida actual es de 27,16 meses (19,9-34,3 IC 95%). **Conclusiones:** La técnica de CR y HIPEC es un procedimiento seguro y reproducible. Las cifras de sobrevida, si bien es una serie pequeña, resultaron ser acordes a la literatura médica actual, ofreciendo una alternativa terapéutica a los pacientes con carcinomatosis peritoneal secundaria a este tipo de tumores.

FILTRACIONES DE ANASTOMOSIS ESOFÁGICAS POST-ESOFAGECTOMÍAS EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER ESOFÁGICO: COMPARACIÓN DE TÉCNICAS DE ASCENSO DEL TUBO GÁSTRICO Y LUGAR DE ANASTOMOSIS

Manuel Figueroa Giralt, Italo Braghetto Miranda, Belén Sanhueza Pozarski*, Maher Musleh Katan, Enrique Lanzarini S., Héctor Valladares Hernández, Ramón Gonzalo Cardemil Herrera

Universidad de Chile. Facultad de Medicina Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Departamento de Cirugía.

Introducción: La filtración de anastomosis esofágicas en esofagectomías, es un evento post-operatorio que pone en riesgo la evolución del paciente. Su frecuencia y gravedad dependerá principalmente de aspectos técnicos quirúrgicos. **Objetivos:** Analizar la frecuencia, manejo y pronóstico de las filtraciones de anastomosis esofágicas en esofagectomías por cáncer, en los últimos 5 años de nuestro hospital, comparando vía de ascenso del tubo gástrico, sitio de anastomosis. **Material y Método:** Análisis retrospectivo de base de datos oncológica prospectiva de nuestra institución entre enero de 2011 y junio de 2016. Se revisaron cánceres esofágicos tratados en forma quirúrgica con intención curativa, excluyéndose ascensos de colon, resecciones endoscópicas o procedimientos paliativos. Para el análisis estadístico analítico se empleó el test exacto de Fisher, como límite de significancia se utilizó un $p < 0,05$. **Resultados:** Se realizaron 34 esofagectomías totalmente mini invasivas secundarias a cáncer de esófago. Un 79,4% correspondieron a esofagectomías totales con anastomosis cervical (técnica Mc Keown), en el 20,6% restante se realizó esofagectomía distal con anastomosis intratorácica (técnica Ivor-Lewis). La tasa de filtración de la anastomosis esofágica fue de un 38,2% (13/34), todas fueron secundarias a esofagectomías totales. De estas un 69,2% (9/13) se clasificaron como Clavien-Dindo I-II. La tasa de filtración fue de 54,5% (6/11) para ascenso retroesternal y 43,7% (7/16) para ascenso mediastínico, sin ser estadísticamente diferente ($p = 1,0$). La tasa de reoperaciones fue de un 11,7%, siendo un 100% secundario a ascensos mediastínicos, de estas fueron 3 aseos videotoracoscópicos y una reparación de vena innominada. No existió diferencia estadística entre las vías de ascenso y la tasa de reoperaciones ($p = 0,26$). La serie presentó una mortalidad quirúrgica de 5,8% concentrados todos en el grupo de pacientes con esofagectomías totales con ascenso mediastínico. **Conclusiones:** Las filtraciones de anastomosis esofágicas cervicales con ascenso retroesternal no requirieron reoperaciones, ni presentaron mortalidad post-operatoria.

PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* EN PACIENTES ADULTOS DE ARICA

Domingo Montalvo Vásquez*, Alex Roberto Díaz Molina, Luis Alejandro Tapia Duhalde, Guillermo Castro Guerra, Andrea del Pilar Larrazabal Miranda, Cristian Moyano Navarrete

Clínica San José. Universidad de Tarapacá.

Introducción: Diversos estudios muestran que la infección por la bacteria *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) se asocia al desarrollo de patologías úlcero-pépticas gástrica y duodenales, al igual que al cáncer gástrico. La prevalencia en Chile de *H. pylori* se ha descrito entre 45% a 79%. **Objetivos:** El objetivo de este estudio es describir la prevalencia de esta bacteria en una muestra de pacientes adultos de Arica. **Material y Método:** De la base de datos del Centro Endoscópico San José se analizó la información de todos los pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta (EDA) desde abril de 2014 a junio de 2016. Se excluyeron pacientes con *H. pylori* tratado recientemente. El *H. pylori* se detectó mediante test rápido de ureasa. Los resultados se analizaron según sexo y se estratificaron por grupos etarios. También se tabularon los diagnósticos de la orden médica de solicitud de EDA. **Resultados:** Del total de 908 procedimientos, se les realizó el test de ureasa a 598 pacientes (65,9%). De los 598 pacientes, el promedio de edad fue 43,9 años (rango 15 a 85 años). El 64% de los pacientes fue de sexo femenino. La prevalencia de *H. pylori* fue un 51%. Los hombres presentaron una prevalencia significativamente mayor de *H. pylori* respecto a las mujeres (56,2% versus 47,7%, $p = 0,0419$). La prevalencia de infección en el grupo de menores de 60 años fue más alta que en el grupo mayor de 60 años, sin embargo, no alcanzó significancia estadística (52,3% versus 45,5%, $p = 0,1991$). El dolor abdominal fue el diagnóstico más frecuente (19,7%), seguido del “estudio prebariátrico” (13,4%) y gastritis (10,4%). **Conclusiones:** La prevalencia de nuestra muestra es similar a la realidad nacional. La infección por *Helicobacter pylori* fue significativamente mayor en el sexo masculino, sin embargo, no se demostró lo mismo al analizar la muestra por edad.

RESULTADOS DE LA MANOMETRÍA DEL CUERPO ESOFÁGICO EN PACIENTES OPERADOS POR CÁNCER GÁSTRICO CON GASTRECTOMÍA TOTAL CON Y SIN PRESERVACIÓN DEL ESFÍNTER ESOFÁGICO INFERIOR 5 AÑOS DESPUÉS DE LA CIRUGÍA

Marcelo Beltrán Saavedra*, María Fernanda Häberle Orrego, Francisco Jesús Rodríguez Vega, Carla Guianatti Mancilla, Camilo Bustos Ramírez, Ramón Hermosilla Vásquez Hospital San Juan de Dios (La Serena). Servicio de Cirugía. Facultad de Medicina Universidad Católica del Norte.

Introducción: El método con mayor aceptación para la reconstrucción del tránsito intestinal después de una

gastrectomía total es la esófago yeyuno anastomosis en Y de Roux. Esta anastomosis se asocia a plenitud precoz, regurgitación, disfagia, dumping y diarrea, atribuidas a alteraciones de la motilidad del esófago y del asa eferente de yeyuno. No se han publicado estudios comparando la motilidad esofágica y del asa de yeyuno en pacientes sometidos a gastrectomía total con preservación del esfínter esofágico inferior; y pacientes sin preservación del mismo. **Objetivos:** Comparar la motilidad del esófago en pacientes sometidos a gastrectomía total por cáncer gástrico con y sin preservación del esfínter esofágico inferior. **Material y Método:** Durante el año 2009, se operaron 38 pacientes por cáncer gástrico. El año 2014, se hizo un seguimiento de esta cohorte y se encontraron 23 sobrevivientes (60,5%), de los cuales 17 habían sido sometidos a gastrectomía total. Todos estos pacientes fueron sometidos a manometría esofágica de alta resolución. **Resultados:** En 6 casos (35%) el esfínter esofágico inferior se conservó. Los resultados de la manometría en ambos grupos fueron similares. Ambos grupos presentaron presiones del cuerpo esofágico normales, con una duración de onda peristáltica normal. El peristaltismo se encontraba presente en el 100% de las degluciones sin la presencia de ondas fallidas. La presión intrabolo fue normal en ambos grupos, pero la presión máxima intrabolo se encontraba aumentada. El peristaltismo en el asa de yeyuno fue similar en ambos grupos con una mayoría de ondas peristálticas fallidas. **Conclusiones:** La motilidad del cuerpo esofágico es normal 5 años después de la gastrectomía total con o sin preservación del esfínter esofágico inferior. Sin embargo, la presión intrabolo se encuentra aumentada, la causa más probable sería la resistencia pasiva del asa de yeyuno debido a que la mayoría de las ondas peristálticas fueron fallidas.

RESULTADOS DE LA PANCREATECTOMÍA CÓRPORO-CAUDAL ASOCIADO A LA GASTRECTOMÍA EN PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO CON INVASIÓN CLÍNICA DEL PÁNCREAS

Marco Ceroni Villanelo*, Rodrigo Muñoz Claro, Enrique Norero Muñoz, Cristian Martínez Belmar, Ricardo Mejía Martínez, Eduardo Viñuela Fawaz, Sergio Báez Vallejos, Gloria Aguayo Bonniard, Mario Caracci Lagos, Carolina Muñoz Alarcón, Alfonso Díaz Fernández
Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto). Equipo de Cirugía Digestiva. Esófago Gástrico. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La resección sin tumor residual (R0) es el tratamiento de elección para los pacientes con cáncer gástrico (CG). Algunos pacientes requieren asociado a la gastrectomía, una pancreatectomía córporo-caudal (PCC), por invasión directa del páncreas. **Objetivos:**

Mostrar los resultados de la PCC por invasión clínica del cuerpo y/o cola del páncreas y determinar la asertividad de la invasión clínica del páncreas con la invasión confirmada por anatomía patológica. **Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectiva de pacientes con CG a los que se les realizó una PCC asociado a la gastrectomía, entre los años 1996-2016. Se determinó la invasión clínica del páncreas con los hallazgos intra-operatorios. Se utilizó la clasificación de complicaciones de Clavien-Dindo y la etapificación TNM 7ª edición. Se realizaron curvas de supervivencia Kaplan-Meier con test de Log-Rank y estadística descriptiva. Se consideró $p < 0,05$ como significativo. **Resultados:** Se realizó asociado a la gastrectomía, una PCC en 114 pacientes. Un 96% se realizó una gastrectomía total. La mortalidad por complicaciones a 60 días fue 9,6%: 13,6% entre los años 1996-2005 y 5,4% entre 2006-2016. La morbilidad fue 68%, con 45,5% de Clavien > 2. Se logró cirugía R0 en 64,2%. Tuvieron invasión clínica del páncreas 87 pacientes, un 76% fueron hombres, con una edad promedio de 64 años (DE10,4). Tuvieron invasión confirmada del páncreas 47 (54%) pacientes. Un 10,5% recibió adyuvancia. La supervivencia a 5 años con cirugía R0, con y sin invasión confirmada del páncreas, fue de 22,2% y 32,6% ($p = 0,5$) y una mediana de supervivencia de 12,5 meses y 16 meses, respectivamente. **Conclusiones:** La PCC por invasión del CG con cirugía R0 permite alcanzar supervivencia a largo plazo. Estos resultados, asociados a una disminución en la mortalidad post-operatoria durante los últimos 10 años, nos permiten apoyar la resección en bloque frente a la invasión clínica del páncreas. La asertividad de la invasión clínica del páncreas fue de 54%.

CÁNCER GÁSTRICO DE CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO: CONCORDANCIA Y VALOR DIAGNÓSTICO DE LA BIOPSIA ENDOSCÓPICA CON LA BIOPSIA DEFINITIVA DE LA PIEZA OPERATORIA

Marco Ceroni Villanelo*, Enrique Norero Muñoz, Cristian Martínez Belmar, Ricardo Mejía Martínez, Rodrigo Muñoz Claro, Eduardo Viñuela Fawaz, Sergio Báez Vallejos, Gloria Aguayo Bonniard, Mario Caracci Lagos, Carolina Muñoz Alarcón, Alfonso Díaz Fernández
Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto). Equipo de Cirugía Digestiva Esófago Gástrico. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: El carcinoma de células en anillo de sello (CDCAS) es un tipo histopatológico, definido por la OMS como la presencia de más de 50% de sus células en anillo de sello (CAS), el cual tiene una respuesta menor a la quimioterapia y está asociado a un peor pronóstico en los pacientes con cáncer gástrico (CG) avanzado. **Objetivos:** Determinar la concordancia y valores

diagnósticos del informe de la biopsia endoscópica con la biopsia definitiva de la pieza operatoria, para CDCAS. **Material y Método:** Estudio de pruebas diagnósticas de los pacientes con CG operados entre 1996-2016, con informe de biopsia endoscópica con presencia de CAS. Se utilizó el índice de Kappa para determinar la concordancia de la biopsia endoscópica y la biopsia de la pieza operatoria para el diagnóstico de CDCAS. Se calculó el valor predictivo positivo (VPP), negativo (VPN), sensibilidad, especificidad y razón de probabilidades (LR) de la presencia de CAS de la biopsia endoscópica para el diagnóstico de CDCAS en la biopsia definitiva (*Gold Standard*). Se definieron intervalos de confianza (IC) de 95%. **Resultados:** Se realizaron 1.300 gastrectomías por CG. Se dispone del informe de la biopsia endoscópica en 969 pacientes. En 128 (13,2%) se informó la presencia de CAS en la biopsia endoscópica, de los cuales 75 (58,5%) tienen en la biopsia de la pieza operatoria diagnóstico de CDCAS. El índice de Kappa fue de 0,44 (IC 95% 0,36-0,52), lo que equivale a una concordancia moderada entre las 2 biopsias. Los valores diagnósticos de la biopsia endoscópica para el diagnóstico de CDCAS en la biopsia de la pieza operatoria fueron: VPP de 0,58 (IC 95% 0,49-0,67), VPN de 0,9 (IC 95% 0,87-0,92), sensibilidad de 0,53 (IC 95% 0,44-0,62), especificidad de 0,92 (IC 95% 0,89-0,93) y LR de 6,71. **Conclusiones:** El informe de la biopsia endoscópica con presencia de CAS es insuficiente para diagnosticar un CDCAS, ya que una cantidad importante de pacientes no tuvo diagnóstico definitivo de CDCAS.

EVALUACIÓN CLÍNICA Y DE MUTACIÓN DE CDH1 EN SOSPECHA DE CÁNCER GÁSTRICO HEREDITARIO DIFUSO

Enrique Norero Muñoz, Alejandro Corvalán Rodríguez, Parry Guilford Guilford, Cecilia Mellado Sagredo, Gloria Aguayo Bonniard, Marcelo Garrido Salvo, Marco Ceroni Villanelo, Paulina González Canales, Carolina Muñoz Alarcón*

Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto). Hospital Sótero del Río, Servicio de Cirugía, Equipo de Cirugía Digestiva Pontificia Universidad Católica de Chile, Hospital Universidad Católica, Departamento de Cirugía Digestiva. Cáncer Genetics Laboratory, Department Of Biochemistry, University of Otago Dunedin, New Zealand Departamento de Hematología u Oncología División de Pediatría, Unidad de Genética Pontificia Universidad Católica de Chile Hospital Sótero del Río, Servicio de Anatomía Patológica.

Introducción: En un 5-10% de los casos de cáncer gástrico existe un patrón familiar. En estos grupos se ha descrito el cáncer gástrico hereditario difuso (CGHD), asociado a mutaciones en el gen CDH-1. En Chile y Sudamérica no se han descrito casos de CGHD. **Objetivos:** Establecer un registro de CGHD y evaluar

la frecuencia de mutaciones en el gen CDH-1 en esta población. **Material y Método:** Realizamos un estudio prospectivo, entre 2014-2016. Incluimos pacientes con los siguientes criterios: I. 2 o más familiares con cáncer gástrico, al menos uno menor de 50 años (17 casos). II. 3 o más familiares con cáncer gástrico (18 casos). III. Pacientes con cáncer gástrico menores de 50 años (21 casos). En cada paciente se realizó una encuesta de sus antecedentes familiares. Se realizó secuenciación del gen CDH-1. **Resultados:** Incluimos a 34 pacientes, mediana de edad de 47 años (22-80), hombres 18 (%). Diecinueve pacientes cumplieron un criterio de inclusión, y en 15 casos dos o más criterios. La mediana de pacientes con cáncer gástrico por familia fue de 3 casos (1-9). Al momento del diagnóstico la enfermedad se encontraba en etapa I, II, III y IV en 6, 6, 8 y 14 pacientes respectivamente. Se ha realizado la secuenciación del gen CDH-1 en 26 pacientes y 8 casos están actualmente en evaluación. Se identificó una mutación, no descrita previamente, en el exón 10 del gen CDH1, en un paciente hombre de 22 años, diagnosticado en etapa IV. Sus familiares están en estudio. **Conclusiones:** En base a este estudio se describe el primer caso de CGHD en Sudamérica, describiendo una nueva mutación en el gen CDH-1 La mutación del gen CDH-1 presenta una baja frecuencia en población chilena (4%), lo que debe dirigir futuros estudios a mutaciones de otros genes o alteraciones epigenéticas asociadas a CGHD. Financiamiento: CONICYT-Fondap 1513001 y concurso especial de investigación en cáncer (PUC).

GASTRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO. ANÁLISIS DEL REGISTRO NACIONAL DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA POR CÁNCER GÁSTRICO

Enrique Norero Muñoz, Fernando Crovari Eulufi, José Ignacio Fernández Fernández, Enrique Lanzarini S., Carlos García Carrasco, Jorge Rodríguez González, Marco Ceroni Villanelo, Ricardo Funke Hinojosa, Maher Musleh Katan, Carolina Muñoz Alarcón*

Chilagas. Grupo Chileno de Estudio de Gastrectomía Laparoscópica. Hospital Dr. Sótero del Río. Equipo de Cirugía Digestiva, Departamento de Cirugía Digestiva Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile, Hospital San Borja-Arriarán. Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Hospital El Pino. Hospital Clínico Universidad de Chile. Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Hospital de San Fernando.

Introducción: La eficacia y la seguridad oncológica del abordaje laparoscópico en cáncer gástrico (CG) avanzado está actualmente en discusión. **Objetivos:** Determinar la morbimortalidad post-operatoria y la sobrevida del abordaje laparoscópico por CG avanzado. **Material y Método:** Este fue un estudio retrospectivo multicén-

trico. Se incluyó a los pacientes con CG avanzado y se excluyó a los pacientes con CG incipiente y en etapa IV. Los resultados se expresan en medianas (rango) o números (%). Se realizaron curvas de sobrevida con el método de Kaplan-Meier. **Resultados:** Se incluyeron 87 pacientes, 51 hombres (58%), edad 60 años (28-84), IMC 25 (19-38). En un 71% se realizó una gastrectomía total. Existió una conversión a cirugía abierta en 5 casos (5%). El tiempo operatorio fue de 292 minutos (130-500). Un 27% presentó complicaciones post-operatorias, en 10% estas fueron Clavien 3 o mayor, y 2 pacientes presentaron mortalidad post-operatoria (2%). Existió un 4% de fístula de la esófago-yeyuno anastomosis y 1 caso de fístula duodenal. Se presentaron complicaciones de la herida en 1 paciente y respiratorias en 2 pacientes. La mediana de estadía fue de 7 días. En la anatomía patológica un 37% presentaba compromiso de la serosa, un 58% compromiso ganglionar y un 43% se consideraron etapa III. La mediana de ganglios resecados fue de 34. Se logró una cirugía R0 en 93%. Treinta (34%) pacientes recibieron tratamiento adyuvante. La mediana global de seguimiento fue de 28 meses y de 40 meses en los pacientes vivos. La sobrevida global a 5 años fue de 66% (mediana 113 meses). En etapa II alcanzó 68% (mediana no alcanzada) y en etapa III un 54% (mediana 81 meses). **Conclusiones:** Este estudio apoya una morbi-mortalidad operatoria aceptable con el abordaje laparoscópico en CG, con mínimas complicaciones de la herida y respiratorias. La sobrevida alcanzada es alentadora con este abordaje, incluso alcanzando sobre 50% en etapa III.

NEOADYUVANCIA EN CÁNCER GÁSTRICO

Carlos García Carrasco, Carlos Benavides Castillo, Carlos Esperguel Galaz, José Vallejos Hernández, Patricio Rubilar Ottone, Patricia Rebolledo Caro, Alejandro Cancino Viveros*
Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago).
Servicio de Cirugía, Equipo Cirugía Digestiva Alta.
Departamento de Cirugía, Campus Centro Universidad de Chile.

Introducción: Desde hace una década aproximadamente se han introducido importantes avances en el manejo del cáncer gástrico. Algunos de estos van orientados a mejorar la calidad de vida post-operatoria como la endoscopia terapéutica y la laparoscopia. Otros buscan como objetivo final mejorar los resultados de sobrevida a largo plazo, como es el caso de la quimioterapia, radioterapia y posiblemente en un futuro próximo la inmunoterapia. La neoadyuvancia aparece como una alternativa interesante y con algunas ventajas sobre la terapia post-operatoria. **Objetivos:** El objetivo del presente trabajo es reportar los resultados de la neoadyuvancia en cáncer gástrico, con especial énfasis en tipos de esquemas empleados, tolerancia y resultados

de morbi-mortalidad y resultados de sobrevida. **Material y Método:** Cohorte prospectiva. Análisis de casos sometidos a neoadyuvancia por cáncer gástrico avanzado, desde septiembre de 2010 a diciembre de 2015. Criterios de Inclusión: adenocarcinoma, avanzado, edad inferior a 75 años, no diseminados a imágenes y laparoscopia, performance estatus 0-1, ausencia de síntomas que requieran cirugía inmediata, ausencia de enfermedades que impidan el uso de quimio o radioterapia y consentimiento informado. Se evalúan variables demográficas, clínicas, quirúrgicas, etapificación, anatomía patológica, morbi-mortalidad operatoria y sobrevida. Análisis estadístico descriptivo. **Resultados:** Han sido operados 486 pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico. 95 han recibido quimio o quimioradioterapia preoperatoria. Quimioterapia = 88, Quimioradioterapia = 8. Edad promedio 61 años. Resección curativa 87 (91% resecabilidad). Mortalidad operatoria: 1 caso (1%). Respuesta patológica completa 3 casos. "Downstaging" clínico = 29 pacientes (30,2%). pT0-2: 44 casos (45%), pN0 = 32 casos (33%). Sobrevida global 3 años: 54%. **Conclusiones:** La neoadyuvancia emerge como alternativa válida en el manejo de esta neoplasia. Es fundamental una etapificación precisa y una correcta selección de pacientes. La morbimortalidad es similar a los obtenidos con cirugía exclusiva. A pesar del corto seguimiento, los resultados de sobrevida son promisorios.

COMPLICACIONES Y RESULTADOS ONCOLÓGICOS DE LA GASTRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA COMPARADA CON GASTRECTOMÍA ABIERTA EN CÁNCER GÁSTRICO INCIPIENTE

Enrique Norero Muñoz, Marco Ceroni Villanelo, Ricardo Mejía Martínez, Cristian Martínez Belmar, Eduardo Viñuela Fawaz, Catalina Andrea Vargas Aazco, Pablo Achurra Tirado, Carolina Muñoz Alarcón, Alfonso Díaz Fernández*
Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto). Hospital Sótero del Río, Servicio de Cirugía, Equipo de Cirugía Digestiva Alta. Pontificia Universidad Católica de Chile, Hospital Universidad Católica, Departamento de Cirugía Digestiva.

Introducción: La gastrectomía laparoscópica ha demostrado múltiples ventajas en la recuperación post-operatoria y similar resultado oncológico en casos seleccionados. En occidente no existen grandes series que comprueben los beneficios de la gastrectomía laparoscópica. **Objetivos:** Comparar las complicaciones post-operatorias y la sobrevida a largo plazo de la gastrectomía laparoscópica con la gastrectomía abierta en cáncer gástrico incipiente (CGI). **Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyeron a los pacientes en quienes se realizó una gastrectomía por

CGI entre 2001 y 2016. Se consideró complicaciones graves a aquellas con un puntaje de Clavien mayor o igual a 3. Para la comparación de los grupos se utilizó análisis estadístico con χ^2 , test de Fischer o t-student. Se calculó la sobrevida con curvas de Kaplan-Meier. **Resultados:** Se incluyeron 163 pacientes (62% hombres, edad 64 ± 12 años, ASA 2-3 73%, IMC 26 ± 4). Se realizó una gastrectomía total en 87 pacientes (53%). Se realizaron 49 gastrectomías laparoscópicas y 114 gastrectomías abiertas. No existieron diferencias entre ambos grupos en las comorbilidades, laparotomías previas, la ubicación del tumor ni en el porcentaje de gastrectomía total ($p = ns$). El grupo de gastrectomía abierta fue más joven (63 ± 13 versus 66 ± 10 años; $p = 0,006$). Las complicaciones globales fueron similares en ambos grupos (35% versus 30%, $p = ns$) y las complicaciones graves fueron significativamente menores en gastrectomía laparoscópica (14% versus 4%; $p = 0,049$). Las complicaciones respiratorias (9,6% versus 0%; $p = 0,017$) y las complicaciones derivadas de la herida o pared abdominal (8,8% versus 0%; $p = 0,025$) fueron significativamente menores en gastrectomía laparoscópica. El recuento ganglionar fue mayor en gastrectomía laparoscópica (28 ± 19 versus 22 ± 11 ganglios; $p = 0,001$). La etapificación fue similar en ambos grupos. El resultado R0 y la sobrevida a largo plazo fue comparable en ambos abordajes ($p = ns$). **Conclusiones:** La gastrectomía laparoscópica se asocia a una disminución en las complicaciones post-operatorias graves y una sobrevida comparable a la gastrectomía abierta en cáncer gástrico incipiente.

LAPAROSCOPIA DE ETAPIFICACIÓN EN EL MANEJO MULTIMODAL DEL CÁNCER GÁSTRICO

*José Vallejos Hernández**, Carlos García Carrasco, Héctor Cid Botteselle, Alejandro Cancino Viveros, Patricio Rubilar Ottone, Patricia Rebolledo Caro, Carlos Benavides Castillo, Carlos Esperguel Galaz Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago). Servicio de Cirugía, Equipo Digestivo Alto. Universidad de Chile, Campus Centro, Departamento de Cirugía.

Introducción: El tratamiento actual del cáncer gástrico está definido como multimodal, multidisciplinario e individualizado. La etapificación precisa es fundamental para determinar el tipo de manejo que recibirá cada paciente. Diversas series han demostrado que las imágenes tienen una discreta sensibilidad en la detección de carcinomatosis oculta, al contrario de la laparoscopia. Por lo tanto, se considera que la etapificación del cáncer gástrico avanzado es fundamental la incorporación de esta última modalidad de estudio. **Objetivos:** Análisis de una cohorte prospectiva de todos los pacientes sometidos a laparoscopia de etapificación con el fin

de determinar el tratamiento multimodal. **Material y Método:** Cohorte prospectiva, período de análisis desde octubre de 2011 a junio de 2016. En este período de tiempo se realizó laparoscopia de etapificación a 136 pacientes: La serie se dividió en 3 grupos: grupo A, pacientes sin evidencias de diseminación y candidatos a neoadyuvancia. Grupo B, pacientes con alta sospecha de diseminación y que el objetivo de la laparoscopia es confirmar dicho hallazgo. Grupo C, pacientes sometidos a quimioterapia neoadyuvante y en los que se sospechó progresión de la enfermedad. Se aplicó estadística descriptiva. **Resultados:** 136 pacientes: Grupo A, 88 casos, edad promedio 61 años, sin evidencias de diseminación, candidatos a neoadyuvancia (79/88, 89%). Completaron neoadyuvancia y fueron a cirugía resectiva 73 pacientes (82%). De este grupo 5 pacientes requirieron cirugía de necesidad antes de completar la neoadyuvancia. Grupo B, 46 pacientes, promedio de edad 59 años. En 39 se confirmó la diseminación (85%). En 7 esta fue descartada y los pacientes fueron al protocolo de neoadyuvancia. Grupo C, 2 casos, con progresión de la enfermedad confirmada a la laparoscopia. **Conclusiones:** La correcta etapificación es fundamental en la toma de decisiones en el ámbito del tratamiento multimodal. La laparoscopia cambió el plan de tratamiento en 12% de la serie.

DIFERENCIAS DE PARÁMETROS PRONÓSTICOS POR GÉNERO EN CÁNCER GÁSTRICO

*Óscar Lynch Gaete**, Jaime Ernesto Madariaga Boero, Sergio Onate Betancour, Giovanni Concha Murúa Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Servicio de Pensionado. Universidad de Concepción.

Introducción: En cáncer gástrico existen comunicaciones internacionales controversiales respecto de diferencias pronósticas por género. En Chile el tema no ha sido tratado. **Objetivos:** Estudiar diferencias de parámetros pronósticos por género en cáncer gástrico con tratamiento quirúrgico estándar. **Material y Método:** Estudio de cohorte prospectivo de 273 pacientes entre 1979 y 2016. Se incluyeron T1b, T2, T3 y T4a. Se excluyen T1a, T4b, metástasis a distancia y adyuvancia. Se analizaron variables: Paciente (edad y sexo). Tumor: profundidad (T), Clasificación histológica de Lauren. Compromiso ganglionar. Variable resultado: sobrevida a 5 años. Estadística descriptiva y analítica: χ^2 , t-student, Kaplan-Meier con test Log-Rank para sobrevida ($p < 0,05$). Regresión de Cox para riesgo relativo (HR) y análisis multivariado. Se trabajó con el software estadístico SPSS v23.0.0.0. **Resultados:** 188 pacientes: 113 hombres (60,1%) 75 mujeres (39,9%). Edad media 59,67 años (SD 12,28) sin diferencias por sexo ($p = 0,638$). Sobrevida global a 5 años 46,0%;

hombres 48,6%, mujeres 42,0% ($p = 0,532$). Los hombres sobreviven un 23,6% más que las mujeres. Análisis multivariado global muestra significancia para variables: T ($p = 0,012$), N (0,002) y tipo histológico difuso de Lauren ($p = 0,021$). Multivariado para hombres significancia para variables: T ($p = 0,028$); Compromiso ganglionar N3 ($p = 0,047$) Histología difusa de Lauren ($p = 0,011$, HR = 1.794 IC 1.145-2.811). Análisis multivariado en mujeres significancia para compromiso ganglionar ($p = 0,0001$, HR = 3.265 IC 1.680-6.346) y T4a ($p = 0,047$). **Conclusiones:** En esta serie el análisis multivariado muestra que hombres y mujeres tienen parámetros pronósticos de importancia distinta. Destacando el impacto pronóstico negativo que tiene el compromiso ganglionar en mujeres.

VIDEO: DIVERTÍCULO ESOFÁGICO EPIFRÉNICO

*Enrique Lanzarini S.**, *Luis Gutiérrez Contreras*,
Ramón Hermosilla Vásquez

Universidad de Chile. Equipo Cirugía Esófago-gástrica.
Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: La mitad de los divertículos esofágicos epifrénicos son sintomáticos y la gran mayoría se asocia a trastornos motores del esófago. La indicación quirúrgica se basa en el alivio de la sintomatología, principalmente disfagia y regurgitación, y evitar complicaciones broncopulmonares por aspiración. **Objetivos:** Presentar un video del tratamiento quirúrgico de un divertículo epifrénico sintomático por vía laparoscópica. **Material y Método:** Caso clínico: Paciente de sexo femenino de 55 años, con antecedente de hipotiroidismo, que consulta por cuadro de pirosis y regurgitación de larga data. Estudiada con Endoscopia Digestiva Alta y Radiografía Esófago-Estómago-Duodeno que son compatibles con divertículo de 43 mm aproximadamente en tercio distal del esófago. Manometría esofágica no mostró alteración motora. Se realizó diverticulectomía esofágica cardiomiectomía anterior parche de Dor por vía laparoscópica. **Resultados:** La paciente evoluciona satisfactoriamente, con control radiológico normal, y es dada de alta al tercer día post-operatorio. **Conclusiones:** El video muestra la factibilidad del tratamiento quirúrgico de un divertículo esofágico epifrénico por vía laparoscópica.

DISECCIÓN GANGLIONAR LINFÁTICA PIEZAS QUIRÚRGICAS ONCOLÓGICAS: ROL DEL ASISTENTE EN PATOLOGÍA, UNA ALTERNATIVA EN NUESTRO MEDIO

*Iván Roa Esterio**, *Fernanda Fernández Figueroa*,
Gonzalo de Toro Consuagra, *Leonardo Arellano Hamelin*,
Anakaren Game Ibacache, *Gilda Ibacache Suárez*,
Xabier de Aretxabala Urquiza

Clínica Alemana Temuco. Unida de Anatomía Patológica.
Centro Diagnóstico Histopatología Citopatología Ltda.
Temuco. Chile.

Introducción: El número de ganglios linfáticos (GL) es un estándar de calidad en cirugía oncológica. El Asistente de Patología (AP) que hemos utilizado por décadas pudiese mejorar este indicador. **Objetivos:** Mostrar los resultados obtenidos en la disección de GL en piezas oncológicas realizadas con el AP. **Material y Método:** Se seleccionan 220 disecciones axilares, 227 colectomías y 104 gastrectomías por adenocarcinomas de tres Instituciones (A Patólogo y un AP; B y C sólo Patólogos). Se aseguró la homogeneidad de la muestra. Se realizó análisis de χ^2 , t-test y análisis múltiple de la varianza (Kruskal-Wallis). **Resultados:** se incluyeron 551 casos. Las diferencias en el número de GL examinados entre el Servicio A respecto de los Servicios B y C fueron significativas ($p < 0,0001$). Se examinó 28,3 ($\pm 17,1$) GL por pieza en el Servicio A; 20,9 ($\pm 12,5$) en el B y 18,6 ($\pm 10,5$) en el C ($p = 0,00008$). En mama 18,4 ($\pm 7,3$) versus 15,4 ($\pm 5,1$) por caso ($p = 0,0007$); en colon 37 ($\pm 18,6$) versus 17,2 ($\pm 11,3$) ($p = 0,0001$) y estómago 28,1 ($\pm 17,2$) versus 27,2 ($\pm 11,6$) ($p = ns$). El porcentaje de casos que quedaron bajo la recomendación mínima internacional fueron para el Servicio A del 9,6% en mama, 3,7% en colon y 17,6% en estómago. Para el Servicio B fueron del 20,0%, 18,7% y 25% y para el Servicio C 10,6%, 10,6% y 32,5% respectivamente. **Conclusiones:** Se observan un aumento significativo en el número de GL examinados en piezas de cáncer de mama, colon y estómago con la participación del AP. La colecta fue mayor en el Servicio en el cual la disección tuvo asistencia del AP con un mayor porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones mínimas internacionales para la evaluación del estadio N de piezas oncológicas.

EXPERIENCIA DE HERNIOPLASTÍA LAPAROSCÓPICA (HL) EN HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE CON TÉCNICA TAPP Y MALLA AUTOADHERENTE

*Andrés Antonio Vera Salas**, *Sebastián Cáceres Bavestrello*, *Claudio Vallejos Olavarría*, *Pedro Pablo Pinto Guerrero*
Hospital Regional (Coyhaique). Servicio de Cirugía.
Universidad Austral de Chile.

Introducción: El acceso laparoscópico pretende reducir las desventajas de la herniorrafia abierta y ofrecer un mejor acceso a la pared posterior inguinal. La primera reparación herniaria laparoscópica fue descrita por Ger en 1982, Arregui y cols. en 1992 comunican el procedimiento de reparación transabdominal preperitoneal (TAPP). Se desarrolló un protocolo de HL en nuestro Servicio de Cirugía. **Objetivos:** Presentar nuestra experiencia como institución, con esta técnica quirúrgica que es realizada por todos los cirujanos del equipo quirúrgico y los residentes de Cirugía de la Universidad Austral de Chile. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo de una cohorte retrospectiva, datos obtenidos de revisión de fichas clínicas y mediante llamado telefónico a los pacientes, operados entre marzo de 2015 a junio de 2016. **Resultados:** Se operaron 48 pacientes con diagnóstico de hernias inguinales uni o bilateral, inguinoescrotales, recidivadas de hernioplastia abierta y femorales. Se excluyó a 1 paciente con hernia inguinal bilateral que se reparó con malla de marlex. Total de 49 hernias reparadas. 79% fueron hombres, mediana de edad de 51,6 años. Se operó el 100% de ellas con técnica TAPP y malla autoadherente. El 81% de los pacientes fueron operados por staff y 19% por residentes de Cirugía. Tiempo operatorio promedio de 74 minutos. El 2% de las cirugías presentó una complicación intraoperatoria, y 3 pacientes presentaron complicación post-operatoria tipo I según Clavien. El 4% de las hernias operadas presentaron recidiva (2) en menos de 1 mes. El promedio de seguimiento es de 9,5 meses, registrando 2 pacientes con sospecha de recidiva en espera de control imagenológico con Ecotomografía. **Conclusiones:** En este estudio los resultados de la técnica TAPP para la reparación de hernia inguinal demostraron ser algo inferiores a los publicados en la literatura, sin embargo, podría ser esperable debido a la curva de aprendizaje de la técnica.

RESOLUCIÓN DE PATOLOGÍA HERNIARIA DE LA PARED ABDOMINAL EN UN HOSPITAL DE MEDIANA COMPLEJIDAD. EXPERIENCIA HOSPITAL DE RÍO BUENO

*Jorge Lavanderos Fernández**, *Francisco Venturelli Muñoz*, *Camila Andrea Ormeño Candia*, *Cristóbal Daniel de la Fuente*, *Marcelo Ignacio Roa Nilo*, *José Luis Sánchez Velizar*
Hospital de Río Bueno. Servicio de Cirugía. Universidad Austral de Chile.

Introducción: La cirugía de la hernia de la pared abdominal corresponde a la segunda cirugía electiva

más frecuente en Chile. Actualmente la gran mayoría de ellas se realiza en hospitales de alta complejidad. **Objetivos:** Describir los resultados quirúrgicos de pacientes operados por hernias de pared abdominal en forma electiva en un hospital de mediana complejidad. **Material y Método:** Estudio descriptivo con seguimiento. Se recopiló la información de las variables de interés (variables demográficas, tipo de hernia, complicación operatoria, entre otras) mediante la revisión de fichas clínicas. Criterios de selección: pacientes de 15 a 70 años, con IMC máximo de 35 en hombres y 37 en mujeres, ASA 1 y 2. Al examen físico con un aumento de volumen palpable no mayor a 5 cm. Se excluyeron aquellos con hernias inguinoescrotales e inguinales recidivadas. El seguimiento se realizó mediante controles en policlínico del mismo hospital hasta 6 meses después de la cirugía. Se realizó un análisis descriptivo de las variables demográficas y quirúrgicas. Programa utilizado MS excel. **Resultados:** Se seleccionaron 223 pacientes operados entre mayo de 2014 y noviembre de 2015. De ellos 133 eran hombres y 90 mujeres. La hernia más frecuente fue la inguinal con un 35,8% del total, en todos ellos se utilizó prótesis según técnica de Lichtenstein. El 87,5% de las hernias inguinales eran hombres. La segunda hernia más frecuente fue la umbilical. Hubo 11 pacientes con hernia crural, sólo uno de ellos era de sexo masculino. En 4 pacientes se utilizó anestesia general, 2 de ellos fueron convertidos de espinal a general. Seis pacientes presentaron inguinodinia, 2 infección de herida operatoria y uno hematoma de la herida. **Conclusiones:** La patología herniaria de la pared abdominal es susceptible de ser resuelta en hospitales de mediana complejidad con tasas de complicaciones adecuadas a la literatura, cuando se hace una selección de adecuada pacientes.

HERNIOPLASTÍA LAPAROSCÓPICA VENTRAL, PRIMERA EXPERIENCIA HOSPITAL REGIONAL DE ARICA

*Guillermo Castro Guerra**, *Domingo Montalvo Vásquez*, *Cristian Moyano Navarrete*
Hospital Dr. Juan Noé Crevanni, Cirugía.

Introducción: La hernioplastia laparoscópica, es una técnica innovadora que ha tenido resultados óptimos en cuanto a dolor post-operatorio, recidiva y reintegro laboral. **Objetivos:** Describir nuestra primera serie de pacientes, en un programa de lista de espera de hernias. **Material y Método:** Se realizó un trabajo de cohorte retrospectiva, tabulándose en planilla Excel, los pacientes que ingresaron por lista de espera desde mayo de 2015 a mayo de 2016. La técnica utilizada fue laparoscópica con neumoperitoneo a 15 mmHg con técnica habitual, triangulando 3 trocares por flanco izquierdo, Uso de Mallas intraperitoneales más *tackers* reabsorbibles.

Se tabularon los datos demográficos, tiempos operatorios, tamaño herniario, índice de masa corporal, complicaciones y recidiva. **Resultados:** De nuestra serie de 10 pacientes, 7 fueron mujeres, el tamaño promedio del anillo fue 4 cm, con un mínimo de 1 cm y un máximo de 8 cm. El IMC promedio fue 31 con rango de 21,3 a 42,7. Edad promedio 55 años, rango de 32 a 75 años. Ocho cirugías fueron electivas y 2 de urgencia. Tres pacientes tenían hernioplastías con malla recidivada una de ellos 2 veces. El tiempo operatorio promedio fue 53 minutos. El contenido de las hernias fue 8 de epiplon, un asa de yeyuno sufriendo y una con saco vacío. Un paciente presentó seroma, que fue la hernia de 8 cm con IMC de 42. El promedio de los pacientes se fue de alta al segundo día post-operatorio, sólo la paciente de urgencia con asas sufriendo alargó su estadía a 6 días. Al mes del post-operatorio 3 pacientes presentaban dolor relacionado con los *tackers*, No hubo mortalidad en la serie ni otras complicaciones. **Conclusiones:** Estamos recién realizando los primeros pacientes de nuestra curva de aprendizaje y requerimos un seguimiento para ver nuestros resultados, los que hasta el momento han sido favorables, incluso en urgencias.

CARACTERÍSTICAS DE LAS HERNIAS DE SPIEGEL OPERADAS EN EL HOSPITAL BARRROS LUCO TRUDEAU DESDE EL 2014

Hernán Ureta Díaz, José Herrera Valdés, Camilo Morales Álvarez, Carlos Matus Floody, Vicente Irrarrazabal Elizalde*
Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel).
Servicio de Cirugía, Equipo de Cirugía General.

Introducción: La hernia de Spiegel es una entidad rara que ocurre en la unión del borde lateral del músculo recto del abdomen y el borde medial del transverso del abdomen, la mayoría ocurren en la línea semilunar. **Objetivos:** Evaluar la prevalencia y presentación de esta patología en nuestro Centro durante los años 2014 a 2016. **Material y Método:** Estudio retrospectivo en el que fueron analizadas las fichas de todos los pacientes con diagnóstico de hernia de Spiegel atendidos entre marzo de 2014 y abril de 2016 en el HBLT. Las variables analizadas fueron sexo, edad, localización, sintomatología y prevalencia. **Resultados:** Se detectaron cuatro casos con diagnóstico de hernia de Spiegel, dos hombres y dos mujeres, con edades entre 49 y 72 años (promedio: 63,3 años). El 75% presentó dolor localizado e intermitente, el cual aumentaba con la maniobra de Valsalva. El 50% tenía aumento de volumen palpable. El 100% requirió hernioplastía con malla de forma electiva. No hubo complicaciones, ni recidivas hasta la finalización del período estudiado. Hubo un total de 512 hernias operadas durante el período, correspondiendo un 0,78% a hernias de Spiegel.

Conclusiones: Al igual que en la literatura donde se describe una prevalencia de 0,1 a 2% de las hernias de pared abdominal, en nuestro hospital en el período de estudio hubo un 0,78%. En general, se presentan con dolor y/o tumoración palpable, sin embargo, el diagnóstico es difícil. El tratamiento quirúrgico es efectivo, que en nuestro medio, al ser hernias mayores de 3 cm, se recurrió a la hernioplastía con malla.

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

Manuel Calcagno Lüer, Rodrigo Patricio Ávila Pia, María Francisca Wuth Izquierdo, José Luis Peña López*
Clínica Dávila. Cirugía General. Hospital Militar de Santiago.

Introducción: Con el fin de disminuir las complicaciones de la técnica laparoscópica transabdominal preperitoneal (TAPP), se ha investigado el uso de mallas de distintos materiales y formas, además de diversos métodos de fijación, ya sea con *tackers*, suturas o materiales adhesivos. La evidencia disponible hasta la fecha favorece el uso de métodos no traumáticos de fijación como el histoacryl, puesto que tendría una menor incidencia en el dolor post-operatorio, sin aumentar el riesgo de migración de la malla. **Objetivos:** Actualizar la experiencia en Clínica Dávila de la hernioplastía TAPP con malla 3D y fijación con histoacryl, exponiendo las complicaciones, dolor post-operatorio y tiempo quirúrgico. **Material y Método:** Estudio descriptivo de cohorte retrospectiva de pacientes sometidos a hernioplastía laparoscópica (TAPP) con uso de malla 3D y fijación con histoacryl. Se revisaron fichas electrónicas desde el 01 de noviembre de 2014 hasta el 01 de julio de 2016. Se registraron complicaciones, tiempo operatorio, hallazgos intra-operatorios, dolor post-quirúrgico a las 8 h, 7 días, 14 días y 30 días. **Resultados:** Se incluyeron 77 pacientes, de los cuales 6 ingresaron por urgencia con hernias complicadas. El dolor post-operatorio en EVA a las 8 horas promedio fue de 1, a los 7 días 1, a los 14 días 0 y 30 días 0. Seis pacientes presentaron seroma tratados con punción; tres, hematoma en sitio quirúrgico, uno puncionado; y cuatro, hematoma escrotal, uno puncionado. Sin recidivas. El tiempo operatorio promedio fue de 86 minutos. La estadía post-operatoria promedio fue de 1 día. **Conclusiones:** La técnica laparoscópica para hernioplastía inguinal es segura, factible y reproducible. Permite evidenciar y reparar defectos no pesquidados preoperatoriamente, resolver con seguridad hernias complicadas de urgencia y además tener un post-operatorio con mínimo dolor. Si bien se tiene una mayor casuística, son necesarios estudios clínicos randomizados para proveer mayor nivel de evidencia.

EXPERIENCIA DE 6 AÑOS EN MANEJO DE HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIA HOSPITAL SAN JOSÉ

Emilio Hernández Torres, José Vallejos Zapata, Sebastián Olivares Medina, Maura Olea Andreani*
Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia).
Emergencias.

Introducción: Se describe la Experiencia de Cirugía Abdominal de Urgencias en Hernias de pared abdominal en Complejo Hospitalario San José durante los años 2010 a 2015. **Objetivos:** Descripción de resultados obtenidos en 5 años, de pacientes con hernias de pared abdominal sometidos a reparación de urgencia con técnica abierta. **Material y Método:** Diseño: Estudio observacional, descriptivo, comparativo, retrospectivo. **Materiales y métodos:** Se evaluaron 643 protocolos operatorios de pacientes con hernias operadas en el Servicio de Urgencia, entre enero de 2010 y diciembre de 2015. Los procedimientos fueron realizados por cirujanos y becados de cirugía general. Se incluyeron todos los tipos de hernias de la pared abdominal operadas en urgencia, en base a hallazgos clínicos y de apoyo diagnóstico que evidenciaran obstrucción intestinal, hernias, cambios inflamatorios de la piel adyacente a la hernia u otros. **Resultados:** 1) Edad: entre 15 y 30 años: 4,36%. Entre 31-45 años: 11,52%. Entre 46 y 65 años: 40,8%; mayores de 65 años: 43,3%. 2) Género: Mujeres 64,79% hombres 35,21%. 3) Tipo de hernia: incisional 28,83%, inguinal 22,69%, crural 17,79%, umbilical 20,55%, línea media 8,89%. 4) Uso de malla: 44,44%. 5) Complicación: con obstrucción intestinal: 18,06%, con resección de órganos (intestino, vejiga, apéndice o divertículo de Meckel): 20,35%. **Conclusiones:** Los adultos mayores presentan más casos de complicaciones de hernias abdominales. Las mujeres representan cerca de 2/3 de patología herniaria quirúrgica de urgencias. La resección más frecuente realizada corresponde a la de intestino delgado (íleon) El uso de malla de prolene se efectúa en más de un 40% de los casos, en especial en hernias inguinales. Las hernias más frecuentes fueron las hernias incisionales, y las que más se complican son las crurales (resección) y las incisionales (obstrucción).

ANESTESIA LOCAL EN LA REPARACIÓN DE LA HERNIA DE LA PARED ABDOMINAL: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU

Jasna Radich Radich, Nicolás Andrés Vicente Luchsinger, Francisco Moraga Vásquez, Héctor Chiong Tello*
Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel).
Cirugía General.

Introducción: La hernia de pared abdominal es un defecto fascial y/o músculo aponeurótico que permite la protrusión de estructuras de la cavidad abdominal. Su localización en orden de frecuencia es: inguinal, umbilical, incisional, femoral, epigástrica, paramedial, lumbar y Spiegel. En Chile es la segunda cirugía electiva más frecuente. La reparación electiva permite evitar complicaciones como estrangulación, obstrucción intestinal e infarto intestinal. Es importante hallar soluciones que se adapten a los paciente y recursos disponibles. El abordaje debe determinarse según parámetros como la edad, sexo, comorbilidad, hábitos y tipo de hernia. De acuerdo a las guías de la Sociedad Europea de Hernias publicadas en 2009, el tratamiento primario puede favorecerse del uso de anestesia local. **Objetivos:** Nuestro objetivo es mostrar la experiencia de nuestro centro en la cirugía de la hernia de la pared abdominal bajo anestesia local. **Material y Método:** Estudio longitudinal, retrospectivo y descriptivo. Se revisó el registro de cirugías realizadas entre 2014 y 2016, encontrándose un total de 237 procedimientos. **Resultados:** El análisis arrojó un total de 30,5% hernias de la línea alba, 63,8% hernias inguinales, 2,7% femoral y 2,7% incisional. 75% de los pacientes fueron hombres y 25% mujeres. La edad promedio fue de 57 años. De estas, 27% fueron herniorrafias y 72,2% hernioplastias, en todas las cirugías se utilizó lidocaína al 0,5% más sedación con midazolam y fentanyl. El tiempo quirúrgico promedio fue 56 min y el tiempo promedio hasta el alta fue de 177 min. El porcentaje de complicaciones observadas en los tiempos estudiados (intraoperatorias, post-operatorio inmediato y seguimiento post-operatorio en el plazo de 1 a 2 semanas) fue en un 2,7% de los pacientes. **Conclusiones:** El uso de anestesia local es un método seguro, simple y reproducible. Con una recuperación precoz de la movilidad y una estadía hospitalaria más breve.

INSTRUCCIÓN EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA, COMPARACIÓN DE RESULTADOS ENTRE RESIDENTES Y CIRUJANOS EN 973 PACIENTES

Erick Magariños Eguez, Natalia Aldana Landeros, José Miguel López Valladares, Marco Bustamante Beltrán, Lorenzo Nicolás González Palacios, Claudia Lemus Rivera, Guillermo Ortega Corcoba, Maura Olea Andreani, Belén Tamara Pedraza Jaque, Daniel Castellón García*
Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia).
Equipo de Cirugía Digestiva y Laparoscopia Avanzada.
Universidad de Santiago de Chile.

Introducción: La instrucción quirúrgica es constantemente confrontada con la demanda asistencial, cuestionando la participación de los residentes de cirugía en pabellones que exigen rendimiento. Implementamos un programa Docente Asistencial para tratar pacientes con coledocolitiasis (GES y No GES). Excluimos IMC > 37, ASA > II, coledocolitiasis, sospecha de cáncer vesicular. Se exige mínimo de ayudantías a los RC antes de operar. Se excluyen cirugías por colecistitis aguda en esta revisión. Comparamos los resultados obtenidos por residentes de cirugía (RC) con los de cirujanos de planta (CP). **Objetivos:** Comparar los resultados obtenidos en Colecistectomía Laparoscópica por coledocolitiasis entre residentes de cirugía y cirujanos. Determinar seguridad y rendimiento de nuestro programa. Determinar número de cirugías requerido por RC para disminuir tiempo operatorio. **Material y Método:** Estudio retrospectivo de CL por coledocolitiasis almacenadas en sistema informático del hospital, enero de 2014 a junio de 2016. **Resultados:** Se revisaron 973 CL por coledocolitiasis; 48,6% (473) fueron realizadas por RC, 51,4% (500) por Cp. El tiempo operatorio promedio de RC es 55,3 minutos (mínimo 15, máximo 320), el de CP es 55,6 minutos (mínimo 15, máximo 185). Tiempos quirúrgicos de RC siempre tienden al descenso. Al calcular promedios de los RC por intervalos de 10 casos, obtenemos: entre 1-10 casos es 68,2 minutos; del 11-20 es 48,9 minutos; del 21-30 es 40,25 minutos; del 31-40 es 32,5 minutos. La tasa de conversión de RC fue 1,69% (8), la de CP es 0,6% (3). Las complicaciones ocurren en 0,2% en ambos grupos. **Conclusiones:** Realizando un adecuado entrenamiento, supervisión y selección de pacientes, los residentes de cirugía pueden realizar Colecistectomías Laparoscópicas con resultados similares a los cirujanos. Complicaciones y conversión en ambos grupos es similar, no supera lo admisible. Después de aproximadamente 10 Colecistectomías los residentes

disminuyen su tiempo bajo 60 minutos, descenso es siempre progresivo.

MARCADORES DE RESPUESTA A TERAPIA DIRIGIDA (TARGETED THERAPY) EN EL CÁNCER DE LA VESÍCULA BILIAR. SOBREEXPRESIÓN DE HER2/NEU, INACTIVACIÓN DE PTEN Y MUTACIONES DE KRAS E IDH1

Iván Roa Esterio, Anakaren Game Ibacache, Gonzalo De Toro Consuagra, Gilda Ibacache Suárez, Xabier De Aretxabala Urquiza, Milind Javle N.*
Clínica Alemana Temuco. Unidad de Anatomía Patológica Centro Diagnóstico Histopatología Citopatología Limitada Temuco, Chile.

Introducción: El Cáncer de la Vesícula Biliar (CVB) es una enfermedad oncológica huérfana con escasos estudios moleculares dirigidos a incorporar a estos pacientes a la terapia dirigida o target actualmente en uso clínico. **Objetivos:** Presentar la frecuencia de alteraciones moleculares que hemos demostrado en el CVB y que justificarían el inicio de ensayos clínicos en nuestro país. **Material y Método:** Se incluyen estudios de sobreexpresión de HER2/neu (n = 187), inactivación de PTEN (n = 108), Mutaciones de PI3k (n = 130), KRAS (n = 52) e IDH1 (n = 71) de pacientes con CVB, mediante técnicas de inmunohistoquímica, secuenciación de ADN y espectrometría de masas. Se realizó correlación con parámetros clínicos, morfológicos (análisis multivarianza) y sobrevida actuarial (log rank test). Análisis estadístico mediante Stata/IC 13.1 y Winstat. **Resultados:** Se observó sobreexpresión de HER2 en el 18,2% de los CVB. La sobreexpresión fue más frecuente en los CVB avanzados (p = 0,05). Se observó inactivación de PTEN en el 3,9% de los CVB avanzados asociada a una sobrevida menor de 10 meses en todos los casos. En 22 casos (16,9%) se demostró mutaciones del gen PI3K, en los codones 9 en 14 casos (63,6%) y en el exón 20 en 8 casos (37,4%). Las mutaciones tuvieron una distribución similar entre los carcinomas incipiente y avanzados (22% versus 14,6%). La Mutación de KRAS (5,2%) y de IDH1 (7%) se asoció a mal pronóstico de la enfermedad (p = 0,009 y 0,02 respectivamente). **Conclusiones:** A lo menos 5 genes que representan vías metabólicas tratables con terapia dirigida y que representan aproximadamente entre el 40-45% de los CVB avanzados, pudiesen ser beneficiados con terapia dirigida. Se requiere el inicio de ensayos clínicos en nuestro país a fin de establecer su eficacia basada en los hallazgos descritos y ofrecer nuevas perspectivas de tratamiento a estos pacientes.

RESULTADOS DE TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO POR ATRESIA BILIAR. ¿ES PEOR COMPARADO CON OTRAS ETIOLOGÍAS?

Bruno Catoia Fonseca, Gloria González García, Mario Uribe Maturana*, Bessie Hunter Mellado, Carolina González Linco

Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna (Santiago, Providencia). Servicio de Cirugía, Unidad de Trasplante Órganos Sólidos.

Introducción: El trasplante hepático (TH) es una alternativa eficaz para el tratamiento de hepatopatías terminales. En pediatría, la etiología más frecuente es la atresia de vías biliares (AVB). Se ha descrito que estos pacientes tendrían una mayor morbilidad perioperatoria. **Objetivos:** Realizar un análisis de los resultados de TH por AVB versus otras etiologías (No-AVB). **Material y Método:** Estudio de cohorte de trasplantados en nuestro Centro entre el 2008 y 2015, manejados según protocolo. Se compararon dos grupos: AVB y No-AVB y los subgrupos donantes vivo (DV)/fallecido (DF) e injertos reducidos (IR)/completos (IC). El análisis se realizó con χ^2 y test de U Mann-Whitn, sobrevidas con curvas de Kaplan-Meier y test de log-rank. El valor $p \leq 0,05$ se consideró estadísticamente significativo. **Resultados:** Se realizaron 100 THO entre el 2008 y 2015, 84 pacientes fueron elegibles para el estudio, se excluyeron 16 trasplantes. 43 pacientes (51%) correspondieron a AVB. Mediana de edad fue 23 meses (6-156) en AVB y 57 (11-180) en No-AVB. Recibieron injertos de DF 35% (15/43) en AVB y 73% (30/41) en No-AVB, $p \leq 0,05$, injertos reducidos en 79% (34/43) de AVB y 46,3% (19/41) en, $p \leq 0,05$. El consumo de glóbulos rojos intraoperatorio, tiempo operatorio y días de estadía en UCI fueron similares. La frecuencia de complicaciones biliares (14% vs 7%) y vasculares (21% vs 17%) fueron más altas en el grupo de trasplantes por AVB sin alcanzar una significancia estadística. En el análisis de subgrupos, se demostró significancia estadística para la mayor utilización de glóbulos rojos en injertos reducidos $p < 0,05$. La sobrevida a 1 y 5 años de injerto y pacientes (81,3% y 81,3% vs 92,5% y 79,2%) fueron similares. **Conclusiones:** Demostramos que el resultado intraoperatorio y post-operatorio de nuestra serie es similar, independiente de la etiología. Aunque existió una mayor frecuencia de complicaciones en AVB, esto no tuvo reflejo en la sobrevida del injerto.

PRESIONES DE LA VÍA BILIAR EN PACIENTES CON COLELITIASIS Y CONTROLES

Marcelo Beltrán Saavedra*, María Fernanda Häberle Orrego, Francisco Jesús Rodríguez Vega, Carla Guianatti Mancilla, Camilo Bustos Ramírez, Ramón Hermosilla Vásquez

Hospital San Juan de Dios (La Serena). Servicio de Cirugía. Facultad de Medicina Universidad Católica del Norte.

Introducción: Estudios recientes han sugerido que el reflujo de enzimas pancreáticas hacia el epitelio de la

vía biliar y principalmente de la vesícula biliar es un fenómeno anormal que juega un rol en la litogénesis y carcinogénesis de este epitelio. También se ha sugerido que la causa de este reflujo anormal es la disfunción del esfínter de Oddi. Debido a que la presión del colédoco depende de las presiones del esfínter de Oddi, esta disfunción tendría que reflejarse en un aumento de la presión de la vía biliar en pacientes con colelitiasis. **Objetivos:** Medir las presiones de la vía biliar en pacientes con y sin colelitiasis relacionándolas con la presencia de reflujo pancreático biliar y establecer las diferencias que existen en ambas situaciones. **Material y Método:** Estudio de cohorte prospectivo utilizando un modelo previamente validado para el estudio del reflujo pancreaticobiliar en pacientes sometidos a gastrectomía por cáncer gástrico. El universo de estudio está constituido por una muestra de conveniencia en la que se incluyeron todos los pacientes sometidos a gastrectomía por cáncer gástrico en nuestra institución durante un período de 30 meses. La medida de resultado primaria fue establecer diferencias entre las presiones de la vía biliar en pacientes con y sin colelitiasis. **Resultados:** Las presiones de la vía biliar en pacientes con colelitiasis muestran una significativa elevación comparadas con las de los pacientes sin colelitiasis. El promedio de las presiones de la vía biliar observado durante 1 minuto fue de 16,9 mmHg para pacientes con colelitiasis y de 3,3 mmHg para pacientes sin colelitiasis ($p < 0,0001$). **Conclusiones:** Las presiones de la vía biliar en pacientes con colelitiasis se encuentran significativamente elevadas por sobre los parámetros previamente considerados normales y comparadas con las mediciones en pacientes sin colelitiasis.

COLANGIOHIDATIDOSIS COMO COMPLICACIÓN EVOLUTIVA DE LA HIDATIDOSIS HEPÁTICA. SERIE DE CASOS

Hernán Andrés Herrera Cortés*, Andrés Troncoso Trujillo, Héctor Losada Morales, Jorge Silva Abarca, Luis Burgos San Juan, Luis Acencio Barrientos, Oriel Arias Rovira, Maite López Zugarramurdi, Joaquín Vargas Hernández

Universidad de La Frontera. Departamento de Cirugía, Traumatología y Anestesiología. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco.

Introducción: La hidatidosis es una enfermedad endémica del sur de Chile, en particular de la IX Región donde tiene una prevalencia elevada. La colangiohidatidosis corresponde a una complicación evolutiva de esta patología en la cual existe una comunicación del quiste con la vía biliar produciendo obstrucción a este nivel presentándose clínicamente como un cuadro de abdomen agudo. **Objetivos:** Describir las características clínicas de una serie de pacientes con colangiohidatidosis entre los años 2006-2015 en el Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena

de Temuco. **Material y Método:** Estudio de serie de casos con seguimiento con medidas de tendencia central y dispersión. **Resultados:** En el período observado, se trató un total de 12 pacientes con colangiohidatidosis con una edad promedio de 51,3 años \pm 15 años y una distribución por género 8 hombres (66,6%) y 4 mujeres (33,3%). Tres pacientes (25%) tenían el antecedente de cirugía por hidatidosis hepática. El promedio de quistes encontrados por ultrasonido fue de $1,16 \pm 0,43$. Media del diámetro del quiste mayor $10,7 \pm 5,4$ cm. De la localización del quiste de mayor tamaño, en 10 pacientes (83,3%) en lóbulo hepático derecho. En relación a la cirugía, en la totalidad de pacientes se realizó quistectomía subtotal más exploración abierta de vía biliar con coledocostomía. Un paciente requirió además hepatectomía izquierda. De las complicaciones evolutivas del quiste en el intraoperatorio se pesquisarón: 1 quiste en tránsito hepatotorácico, 1 absceso hepático de origen hidatídico y 1 ruptura a cavidad abdominal (*shock* anafiláctico). Un paciente falleció a las 48 horas post-operatorias. Media de seguimiento de $5,6 \pm 7,3$ meses en los que no se ha detectado recidiva. Promedio de días de hospitalización de $14,9 \pm 12,2$ días. **Conclusiones:** La quistectomía subtotal más coledocostomía fue la técnica quirúrgica más utilizada para hidatidosis hepática. Las tasas de morbimortalidad son comparables respecto a literatura nacional e internacional.

ESTUDIO COMPARATIVO DE DERIVACIONES BILIO-DIGESTIVAS LAPAROSCÓPICAS VERSUS ABIERTA EN EL HOSPITAL JUAN NOÉ DE ARICA

Guillermo Castro Guerra*, Domingo Montalvo Vásquez, Cristian Moyano Navarrete
Hospital Dr. Juan Noé Crevanni. Servicio de Cirugía.

Introducción: Las derivaciones bilio-digestivas (DB) corresponden a una anastomosis entre la vía biliar (VB) y un asa de intestino delgado. El uso de la colangiografía retrógrada endoscópica (ERCP) ha disminuido las indicaciones de DB. **Objetivos:** Mostrar nuestra primera experiencia laparoscópica y compararla con la técnica abierta. Se utilizó prueba t de Student para analizar resultados. **Material y Método:** Se realizó una revisión retrospectiva desde julio de 2013 a julio de 2016 de todas las DB, realizadas en pacientes con patología pancreatobiliar, exceptuando la cirugía de whipple en el Hospital Juan Noé. Se tabularon los datos demográficos, técnicas, indicaciones quirúrgicas, tiempo operatorio, complicaciones y estadía hospitalaria. **Resultados:** Se operaron 36 pacientes con una edad promedio de $68,6 \pm 13,3$ años. Las técnicas quirúrgicas fueron hepático-yeyuno anastomosis en Y de Roux (HYAYR) y colédoco-duodeno anastomosis con técnica de Flöercken (CDAF). Hubo 22 cirugías abiertas (12 CDAF y 10 HYAYR) y 14 laparoscópicas (7 CDAF y 7 HYAYR). Las indicaciones más frecuentes fueron

panlitiasis (36%), ERCP frustra (16,6%) y cáncer de páncreas (11%). El tiempo quirúrgico de la CDAF laparoscópica fue menor que la abierta (90 vs 102,1 min, $p = 0,573$); el tiempo de la HYAYR laparoscópica fue mayor que la abierta (209 vs 182 min, $p = 0,347$). La estadía hospitalaria en la CDAF laparoscópica fue mayor que en la abierta (9,3 vs 6,4 días, $p = 0,587$); en la HYAYR laparoscópica fue menor que la abierta (4,7 días vs 6,8 días, $p = 0,089$). Hubo 2 complicaciones en las CDAF, una laparoscópica que filtró y requirió aseó quirúrgico, y una abierta que filtró y requirió laparotomía contenida y conversión a HYAYR. Ambos con buena evolución posterior, sin mortalidad. **Conclusiones:** Los resultados de las DB laparoscópicas fueron comparables al de las abiertas. En cuanto a las diferencias de tiempos quirúrgicos y estadía hospitalaria no se alcanzó significancia estadística entre los abordajes dado el tamaño de la muestra.

RENDEZ-VOUZ LAPAROENDOSCÓPICO VERSUS COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA PREOPERATORIA MÁS COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA PARA EL MANEJO DE LA COLECISTOCOLEDOCOLITIASIS

Sergio Pacheco Santibáñez*, Rolando Rebolledo Acevedo, Pablo Achurra Tirado, Carla Morelli Lobos, Vanessa Ahumada Farias, Alberto Espino Espino, Allan Sharp Pittet, Hugo Richter Roca, Fernando Pimentel Müller, Nicolás Jarufe Cassis, Andrés Donoso Durante
Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva y Gastroenterología. Facultad de Medicina. Escuela de Medicina.

Introducción: El manejo de la colecistocolitiasis (CCL) es controversial, el enfoque en 2 etapas, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica seguida de colecistectomía laparoscópica (CPRE-CL) sigue siendo el tratamiento estándar a nivel mundial. La resolución en una etapa, mediante el Rendez-vous laparoendoscópico (RVLE), ofrecería algunas ventajas. **Objetivos:** El objetivo es comparar los resultados del tratamiento de la CCL con CPRE-CL y RVLE. **Material y Método:** Estudio de cohorte no concurrente en pacientes sometidos a RVLE y CPRE-CL para el tratamiento de CCL durante los años 2010-2015 en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Se registraron datos demográficos, preoperatorios, quirúrgicos y post-operatorios. Las complicaciones se categorizaron en base a la clasificación de Clavien. Se realizó estadística analítica mediante el software SPSS 22.0, utilizando t-Student para variables con distribución paramétrica y U de Mann-Whitney para aquellas no paramétricas. Para medir asociación entre variables categóricas se utilizó χ^2 o Test de Fisher según correspondiera. Se consideró significativo $p < 0,05$. **Resultados:** Se identificaron 199 pacientes, mediana de edad 54,5 (16-97) años, 63,3%

(126) fueron mujeres. El RVLE fue exitoso en el 91,6% (120) de los pacientes versus 85,2% (58) en pacientes sometidos a CPRE-CL ($p = 0,16$). No hubo diferencias en las complicaciones quirúrgicas ($p = 0,11$) ni post-CPRE ($p = 0,07$) entre ambos grupos. No hubo diferencias significativas en la ocurrencia de pancreatitis aguda post-operatoria ($p = 0,14$). La estadía hospitalaria fue de 3 (2-20) versus 6 (3-31) días en pacientes sometidos a RVLE y CPRE-CL respectivamente ($p < 0,01$). Falleció un paciente (0,5%) por *shock* séptico secundario a colangitis aguda. **Conclusiones:** El RVLE es efectivo y seguro en la resolución de la CCL, presentando la ventaja de disminuir la estadía hospitalaria en comparación con la CPRE-CL. No existió diferencia significativa en el desarrollo de pancreatitis aguda post-operatoria, asunto en debate actualmente en la literatura internacional.

PANCREATODUODENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA, COMPARACIÓN DE RESULTADOS ENTRE DOS PERÍODOS DE TIEMPO CONSIDERANDO EXPERIENCIA Y TÉCNICA QUIRÚRGICA

Sergio Pacheco Santibáñez, Carla Morelli Lobos, Pablo Achurra Tirado, Julián Varas Cohen, Fernando Crovari Eulufi, Marcel Paolo Sanhueza García, Eduardo Briceño Valenzuela, Juan Francisco Guerra Castro, Jorge Martínez Castillo, Nicolás Jarufe Cassis*
Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina. Escuela de Medicina.

Introducción: La pancreatoduodenectomía laparoscópica (PDL) representa una de las cirugías abdominales más desafiantes debido a la necesidad de disección y reconstrucciones complejas, con una curva de aprendizaje considerable. **Objetivos:** El objetivo de este estudio es comparar los resultados de la PDL en dos períodos de tiempo, con distintas técnicas quirúrgicas en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica. **Materiales y Método:** Estudio de cohorte no concurrente de pacientes sometidos a PDL en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica entre los años 2007-2016. En un primer período, desde el año 2007 a 2013, se realizó la reconstrucción mediante pancreatogastroanastomosis en un plano, mientras que en una segunda fase, desde el año 2014 hasta la fecha, se realizó pancreatoyeyunoanastomosis en dos planos según técnica de Blumgart. Se diseñó una base de datos para análisis de factores demográficos, clínicos, complicaciones y mortalidad. Estadística analítica mediante programa SPSS 22.0. Para determinar asociación entre variables cuantitativas se utilizó test U de Mann-Whitney. Para analizar asociación entre variables cualitativas se utilizó test de Fisher. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. **Resultados:** Se estudiaron 14 pacientes, mediana de edad 64 años (18-81). Ocho pacientes (57,1%) fueron de sexo femenino. Siete casos (50%) fueron

operados en cada etapa. Se realizó conversión a cirugía abierta en 4 pacientes (28,6%). La biopsia informó adenocarcinoma en 11 casos (78,6%). Al comparar ambos grupos se determinó que los pacientes operados en el segundo período presentaron menor tiempo operatorio ($p = 0,01$), menores complicaciones post-operatorias ($p = 0,02$), realimentación más precoz ($p = 0,04$) y mayor cantidad de linfonodos resecaados ($p < 0,01$). No hubo diferencias en el desarrollo de fistulas pancreáticas. No hubo mortalidad operatoria en este estudio. **Conclusiones:** La PDL es un procedimiento seguro cuando es realizada por un cirujano hepatobiliar de experiencia. Una vez superada la curva de aprendizaje mejoran los resultados quirúrgicos y oncológicos.

TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO HIDATIDOSIS HEPÁTICA. EXPERIENCIA DE 11 AÑOS EN HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE

Gabriela Ochoa Suazo, Pedro Pablo Pinto Guerrero, Claudio Vallejos Olavarría*
Hospital Regional (Coyhaique). Servicio de Cirugía. Universidad Austral de Chile.

Introducción: En Chile, la hidatidosis es endémica, especialmente en zonas rurales dedicadas al pastoreo ovino. La introducción de la laparoscopia para el tratamiento de la hidatidosis hepática fue descrita en el mundo el año 92 y en Chile las primeras publicaciones datan del 2002 demostrando sus indudables ventajas. **Objetivos:** Dar a conocer la experiencia local y resultados del desarrollo de la técnica laparoscópica para el tratamiento de la hidatidosis hepática. **Materiales y Método:** Se realizó un estudio transversal retrospectivo mediante la revisión de fichas clínicas de casos operados por laparoscopia con diagnóstico de hidatidosis hepática, desde el año 2005 hasta junio de 2016, en el Hospital Regional Coyhaique. 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:** Se realizaron 89 cirugías, 52 hombres y 37 mujeres cuyas edades variaron entre 2 y 87 años, con diagnóstico de quiste hidatídico hepático. 71 casos fueron quistes únicos, 16 dobles y 2 triples. El tamaño varió desde 10 mm a 170 mm el mayor, con un promedio de 84,5 mm. El tiempo quirúrgico promedio fue de 96,84 min con una media armónica de 75,9 min. La estadía hospitalaria fue en promedio de 5,58 y media armónica de 2,97 días. El promedio en retiro de drenaje ($n: 60$) fue 3 días. La tasa de conversión fue de 14,6% y en el 61,5% de los casos se debió a dificultad en el abordaje. No hubo mortalidad operatoria en la serie. La morbilidad fue de 22% siendo la fistula biliar la más frecuente ($n: 12$), de las cuales 9 se manejaron de forma conservadora. En el seguimiento se verifica recidiva en 5 pacientes. **Conclusiones:** Los resultados expuestos confirman que la cirugía laparoscópica de la hidatidosis hepática es eficiente y segura.

PANCREATECTOMÍA DISTAL ABIERTA VERSUS LAPAROSCÓPICA: ANÁLISIS COMPARATIVO DE RESULTADOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA

Pedro Soto Gajardo, Sergio Pacheco Santibáñez, Vanessa Ahumada Farías, José Salinas Acevedo, José Luis Galindo Rivera, Jean Phillipe Bachler González, Pablo Achurra Tirado, Rolando Rebolledo Acevedo, Eduardo Briceño Valenzuela, Juan Francisco Guerra Castro, Jorge Martínez Castillo, Nicolás Jarufe Cassis*
Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina. Escuela de Medicina.

Introducción: La pancreatometomía distal (PD) es una cirugía habitual en patologías pancreáticas situadas a la izquierda de la vena mesentérica superior. Los avances en la tecnología han hecho de la pancreatometomía distal laparoscópica (PDL) un procedimiento seguro y factible. **Objetivos:** El objetivo de este estudio es comparar los resultados de la PDL con la pancreatometomía distal abierta (PDA) en el tratamiento de lesiones benignas y malignas. **Material y Método:** Estudio de cohorte no concurrente de pacientes sometidos a PD por tumores pancreáticos entre los años 2001 a 2015 en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica. Se analizaron las variables demográficas, características clínicas, quirúrgicas, evolución post-operatoria, biopsia diferida y sobrevida. Estadística analítica mediante programa SPSS 20.0. Para determinar asociación entre variables cuantitativas se utilizó t de student. Para analizar asociación entre variables cualitativas se utilizó χ^2 y test de Fisher. Análisis de sobrevida mediante Kaplan-Meier. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. **Resultados:** Se estudiaron 93 pacientes (PDL = 57; PDA = 36), 69 (74,2%) fueron mujeres, mediana de edad de 51 años (13-82). La PDL se asoció con menor sangrado intraoperatorio (50 ml versus 300 ml). **Conclusiones:** La PDL es un procedimiento seguro y factible que ofrece ventajas sobre la PDA en términos de reducción de sangrado intraoperatorio, mayor tasa de preservación esplénica y menor estadía hospitalaria.

CUÑA HEPÁTICA EN CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR. SOBREVIDA Y RESULTADOS QUIRÚRGICOS

Andrés Troncoso Trujillo, Hernán Andrés Herrera Cortes, Héctor Losada Morales, Jorge Silva Abarca, Luis Burgos San Juan, Luis Acencio Barrientos, Oriél Arias Rovira, Macarena Díaz Herrera*
Universidad de La Frontera. Departamento de Cirugía, Traumatología y Anestesia. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco. Clínica Alemana de Temuco.

Introducción: El cáncer de vesícula biliar es una enfermedad poco frecuente en el mundo y altamente

letal. En tumores T1b y T2 requieren una resección en cuña o una colecistectomía extendida para aumentar la sobrevida. Esto implica la resección de al menos 2 centímetros de hígado desde el lecho vesicular además de una linfadenectomía regional. **Objetivos:** Describir la sobrevida y resultados quirúrgicos en términos de morbimortalidad post-operatoria de pacientes sometidos a cuña hepática más linfadenectomía entre 2008-2016. **Material y Método:** Serie de casos de pacientes sometidos a cuña hepática entre 2008 y 2016 en el Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena y Clínica Alemana de Temuco. Variables biodemográficas, quirúrgicas y de evolución clínica. Todos los pacientes evaluados con TAC de tórax, abdomen y pelvis de etapificación y marcadores tumorales en reunión de equipo de cirugía hepatobiliar. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión. **Resultados:** La serie consta de 22 pacientes, 21 de género femenino y 1 de género masculino. En relación al estadio T preoperatorio (según TNM), 2 pacientes en estadio T1a (ambos con compromiso de senos de Rokitansky-Aschoff); 3 pacientes estadio T1b; 16 pacientes en estadio T2 y 1 paciente estadio T3. Respecto de la biopsia diferida de la colecistectomía, 2 pacientes con compromiso del ganglio cístico, 2 pacientes con infiltraciones vasculares, 2 pacientes con infiltraciones linfáticas y 3 pacientes con infiltraciones perineurales. El promedio de días entre la colecistectomía y la cuña hepática fue de $120 \pm 58,3$ días. De la morbilidad, 2 pacientes presentaron atelectasias y 1 paciente una hernia incisional. La estancia hospitalaria fue de $6,36 \pm 4,7$ días. Con un seguimiento promedio de $54,8 \pm 41$ meses, 2 pacientes han fallecido. **Conclusiones:** En esta serie de cuñas hepáticas se presentan resultados comparables en términos de morbimortalidad y sobrevida con series nacionales e internacionales.

PANCREATECTOMÍA CORPOROCAUDAL MÍNIMAMENTE INVASIVA, CLÍNICA LAS CONDES

*Erwin Buckel González, Mario Ferrario Barriga, Luis Felipe Puelma Calvo, Gabriela Olivera Udaeta, Álvaro Paredes Quezada**
Clínica Las Condes.

Introducción: La pancreatometomía corporocaudal mínimamente invasiva (PCCMI) es una alternativa para el tratamiento de tumores pancreáticos. Esta puede ser vía laparoscópica o robótica. **Objetivos:** Describir la indicación, complicaciones y mortalidad de pacientes operados por un equipo en Clínica Las Condes. **Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectivo que incluye todos los pacientes con tumores de páncreas corporocaudales sometidos a técnicas mínimamente invasivas entre los años 2005-2016 en Clínica Las Condes. Se excluyen pacientes con indicación de cirugía abierta

inicial. Las variables: diagnóstico, histopatología, tiempo operatorio, sangrado intraoperatorio, complicaciones, estadía hospitalaria y mortalidad. **Resultados:** 41 pacientes sometidos a PCCMI, 35 fueron por vía laparoscópica y 6 robótica. 27 de sexo femenino y 14 masculino. El promedio de edad fue de 52 años (12-88). El IMC fue normal en 25 pacientes (61%), con sobrepeso en 14 (34%) y 2 (5%) con obesidad. El diagnóstico imagenológico en 28 enfermos el tumor fue sólido, en 9 tumor quístico y en 4 tumor sólido quístico. En 21 pacientes el tumor en cuerpo y 20 en cola. Preservación de bazo fue 42%. Un caso (2,4%) de conversión. Histopatología: 7 adenocarcinomas, 15 neuroendocrinos, 5 pseudopapilar, 5 cistoadenomas mucinosos, 4 cistoadenomas serosos, 3 IPMN, 1 metástasis renal y un papilar. Tiempo operatorio promedio 149 min (60-280), sangrado intraoperatorio de 196 ml (50-1.000), transfusión sanguínea en un paciente (2,43%). Hospitalización promedio 8,6 días (5-23), 8 pacientes (19,5%) fistulas pancreáticas tipo A y B, 2 pacientes colecciones intraabdominales, 1 infección de CVC, 1 pancreatitis aguda y neumonía. Sin reintervenciones. La morbilidad de 21,9% sin mortalidad. **Conclusiones:** La PCCMI se pudo completar en el 98% de los pacientes, la morbilidad asociada no requirió de reoperaciones, siendo la más frecuente la fistula pancreática tipo A. La neoplasia más frecuente fueron los adenocarcinomas y no hay mortalidad en la serie.

DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA COLEDOLITIASIS Y SUS COMPLICACIONES. RESULTADOS A LARGO PLAZO. SERVICIO DE CIRUGÍA HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE NEF

*Jacqueline Villanueva Benguria**, *José Luis Retamal Escobar*, *Paula Victoria Bravo Martínez*, *Natalia Angélica Calvo Alarcón*, *Herman Eduardo Ahumada Pina*
Hospital Naval Almirante Nef. Servicio de Cirugía.
Universidad de Valparaíso.

Introducción: La coledocolitiasis es una patología prevalente en nuestro medio asociada a una alta morbimortalidad. Pese a los avances tecnológicos de la última década su manejo sigue siendo controversial y dependiente del equipo humano y técnico. **Objetivos:** Caracterizar los pacientes con patología litiasica biliar. Describir las herramientas diagnósticas y terapéuticas utilizadas en este tipo de pacientes. Indagar la asociación entre procedimiento efectuado y complicaciones; rehospitalizaciones y mortalidad. **Material y Método:** Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de coledocolitiasis entre los años 2010 y 2015; tratados mediante procedimiento endoscópico (CPRE) o cirugía (coledocostomía, derivación biliodigestiva). Se analizaron las variables edad, sexo, laboratorio, imagenología, rehospitalizaciones, complicaciones y mortalidad. Se excluyeron los pacientes con

patología neoplásica. El análisis estadístico se realizó con el software STATA13. Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias relativas y porcentajes; las cuantitativas mediante su media y DE. Para el análisis bivariado se utilizó la prueba exacta de Fischer y se consideraron niveles de significación estándar ($p = 0,05$). **Resultados:** Se analizaron 100 pacientes (56 mujeres). El promedio de edad fue 71,3 años (DE = 16,5). Los diagnósticos al ingreso fueron colangitis aguda (46%), cólico coledociano (32%), pancreatitis aguda (17%) y colelitiasis (5%). Al laboratorio la GGTP se elevó 11 veces sobre el valor normal. La ecografía determinó coledocolitiasis en un 27,2% de los casos, tomografía computada en un 66,6% y colangiorensonancia en un 93%. El 38% fue sometido a cirugía y 62% recibió tratamiento endoscópico exclusivo. No hubo diferencias significativas entre los grupos (CPRE vs cirugía), respecto a complicaciones, rehospitalizaciones y mortalidad. **Conclusiones:** La coledocolitiasis es una patología frecuente en pacientes de la tercera edad. Debe sospecharse antes elevación de GGTP y su confirmación idealmente debe realizarse mediante colangiorensonancia. La modalidad terapéutica de elección dependerá de las características del paciente, el diagnóstico asociado a la coledocolitiasis, la experiencia del cirujano y de los recursos disponibles.

PANCREATOEYUNOANASTOMOSIS CON TÉCNICA DE BLUMGART PARA RECONSTRUCCIÓN POST-PANCREATODUODENECTOMÍA

*Andrés Troncoso Trujillo**, *Hernán Andrés Herrera Cortés*, *Héctor Losada Morales*, *Jorge Silva Abarca*, *Luis Burgos San Juan*, *Luis Acencio Barrientos*, *Oriel Arias Rovira*, *Macarena Díaz Herrera*
Universidad de La Frontera. Facultad de Medicina.
Departamento de Cirugía, Traumatología y Anestesia.
Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco.
Clínica Alemana de Temuco.

Introducción: La fistula pancreática es la complicación principal en la pancreatoduodenectomía (PD). El páncreas blando y conducto pancreático principal fino son factores de riesgo para la aparición de fistula pancreática en el post-operatorio de una PD. La pancreatoyeyunoanastomosis con técnica de Blumgart parece ser el método más seguro para disminuir el riesgo de esta complicación. **Objetivos:** Determinar la incidencia de fistula pancreática y el tratamiento de ésta en una serie de pacientes a quienes se les realizó pancreatoyeyunoanastomosis con técnica de Blumgart para reconstrucción post-pancreatoduodenectomía. **Material y Método:** Serie de casos de pacientes sometidos a pancreatoduodenectomía entre los años 2005 y 2016 en el Hospital Regional de Temuco y Clínica Alemana de Temuco. Se registraron variables biodemográficas,

de evolución clínica y morbimortalidad. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión. **Resultados:** La serie está compuesta por 18 pacientes. Diez pacientes de género masculino (55,5%) y 8 pacientes de género femenino (44,5%). Edad promedio de $59 \pm 8,9$ años. Nueve pacientes (50%) con antecedente de colecistectomía. La indicación de cirugía fue resección oncológica en la totalidad de pacientes, siendo el Cáncer de Ampolla de Vater, con 12 pacientes (66,6%) la indicación principal. Seis pacientes fueron reconstruidos con técnica de Blumgart de los cuales sólo 1 presentó fístula pancreática Tipo A que se trató de manera conservadora. De los otros 12 pacientes que se reconstruyeron principalmente con pancreatogastroanastomosis (7 pacientes), 6 presentaron fístula pancreática, en 3 de ellos se utilizó octoótride como tratamiento y 2 requirieron reintervención (fístula pancreática tipo C). Estancia hospitalaria promedio de $29,3 \pm 20,2$ días y seguimiento promedio de 32 ± 31 meses. Mortalidad de 3 pacientes en esta serie. **Conclusiones:** En nuestra serie, encontramos resultados similares en estudios nacionales e internacionales en términos de fístula pancreática para reconstrucción tipo Blumgart post-pancreatoduodenectomía.

VALIDACIÓN DE UN MODELO PERFUNDIDO DE ENTRENAMIENTO BASADO EN SIMULACIÓN PARA ADQUIRIR COMPETENCIAS EN LAS ANASTOMOSIS ARTERIALES DE PEQUEÑO CALIBRE

*Pablo Achurra Tirado**, *Marcel Paolo Sanhueza García*, *Rolando Rebolledo Acevedo*, *Rubén Darío Ávila Sepúlveda*, *Sergio Pacheco Santibáñez*, *Rodrigo Tejos Sufan*, *Juan Pablo Ramos Perkis*, *Eduardo Viñuela Fawaz*, *Jorge Martínez Castillo*, *Nicolás Jarufe Cassis*, *Juan Francisco Guerra Castro*, *Julián Varas Cohen*
Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva.

Introducción: La trombosis arterial posterior a una anastomosis es una causa importante de morbimortalidad y se debe principalmente a factores técnicos, especialmente durante la curva de aprendizaje. La medición del flujo arterial se correlaciona con la permeabilidad anastomótica y la viabilidad del injerto en trasplante. El entrenamiento simulado ha demostrado acortar las curvas de aprendizaje de los procedimientos quirúrgicos. **Objetivos:** Se diseñó un modelo basado en tejidos ex-vivo y perfundido artificialmente para el entrenamiento de anastomosis arteriales de pequeño calibre. **Material y Método:** Estudio experimental donde se compararon las habilidades técnicas de 3 grupos de cirujanos/residentes con diferentes niveles de expertiz en anastomosis arteriales de trasplante por medio de un

modelo simulado. Todos los participantes realizaron una anastomosis termino-terminal en un modelo perfundido (300-400 ml/min) de arteria animal ex-vivo de 3-4 mm de diámetro. La evaluación técnica fue realizada con escalas globales (EG, máximo 25 puntos) y específica (EE, máximo 20 puntos) por medio de la revisión ciega de videos y registro del tiempo operatorio. En variables funcionales se evaluó el porcentaje de pérdida de flujo después de realizar la anastomosis. El resultado final fue evaluado con una escala de errores validada. El análisis estadístico se realizó con pruebas no paramétricas. **Resultados:** Se encontraron diferencias significativas en tiempo (promedio 5,6 min vs 16,9 min vs 23,2 min, $p: 0,01$), EE (promedio 19 vs 10 vs 5 puntos, $p: 0,01$). **Conclusiones:** El modelo de simulación de anastomosis arteriales perfundidas discrimina de manera significativa entre 3 niveles de expertiz. La diferencia técnica fue correctamente evaluada por las EG, EE, el tiempo operatorio, el resultado final y la medición de flujo arterial. El modelo propuesto permite el entrenamiento a través de la práctica repetida sin riesgos para los pacientes.

METÁSTASIS HEPÁTICAS NO COLORRECTALES, NO NEUROENDOCRINAS Y NO SARCOMAS: EXPERIENCIA UNIVERSITARIA

Alexandre Sauré Maritano, *Nicole Cuneo Barbosa**, *Jaime Castillo Koch*, *Hans Lembach Jahnsen*, *Gustavo Martínez Riveros*, *Manuel Figueroa Giral*, *Juan Carlos Díaz Jeraldo*

Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento de Cirugía. Equipo de Cirugía HBP y Trasplante.

Introducción: El hígado es un sitio frecuente en el desarrollo de metástasis, dependiendo del origen del mismo es el pronóstico del paciente. En la actualidad, la resección de las metástasis no colorrectales, no neuroendocrinas y no sarcoma; ofrecen mejoras en la sobrevida. **Objetivos:** Analizar la experiencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, en pacientes sometidos a cirugía hepática por metástasis no colorrectal, no neuroendocrino y no sarcoma. **Material y Método:** Estudio retrospectivo de 12 pacientes entre octubre de 2003 y agosto de 2013, con seguimiento mínimo de 6 meses a no ser que hubiesen fallecido antes. Se evaluaron las características demográficas, clínicas, radiológicas, quirúrgicas, de morbi-mortalidad y la sobrevida. **Resultados:** La edad promedio fue de 58,8 años, siendo ocho pacientes mujeres. El tumor primario más frecuente fue el cáncer gástrico y el de ovario (25% cada uno). Siete pacientes tuvieron diagnóstico metastásico de sus metástasis (58,3%). El tamaño medio de las lesiones hepáticas a las imágenes fue de 53,9 mm, y ocho pacientes presentaron dos o más lesiones (66,7%).

A cinco pacientes se le realizó hepatectomía mayor (41,7%). El tipo histológico más frecuente fue adenocarcinoma (91,7%), y el diámetro promedio fue de 49,3 mm. Nueve pacientes fueron R0 (75%). Cuatro pacientes presentaron complicaciones quirúrgicas precoces (33,3%). La mortalidad perioperatoria fue del 0%. La sobrevida promedio fue de 34,5 meses. **Conclusiones:** Los resultados de resección hepática en pacientes con metástasis no colorrectal, no neuroendocrino y no sarcoma son promisorios. La selección de pacientes es esencial al momento de ofrecer resultados favorables a los pacientes. Es necesario realizar un estudio multicéntrico para sacar más conclusiones.

ENTRENAMIENTO SIMULADO PARA LA ADQUISICIÓN DE HABILIDADES EN LA PANCREÁTICO-YEYUNO ANASTOMOSIS (PYA) LAPAROSCÓPICA: CURVA DE APRENDIZAJE Y TRANSFERENCIA DE HABILIDADES A PACIENTES REALES

*Pablo Achurra Tirado**, *Marcel Paolo Sanhueza García*, *Rolando Rebolledo Acevedo*, *Rodrigo Tejos Sufan*, *Rubén Darío Ávila Sepúlveda*, *Sergio Pacheco Santibáñez*, *Erwin Buckel Schaffner*, *Jorge Martínez Castillo*, *Nicolás Jarufe Cassis*, *Julián Varas Cohen*
Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva.

Introducción: La pancreaticoduodenectomía laparoscópica (PDL) es segura en pacientes seleccionados y centros de alto volumen. La curva de aprendizaje es larga y se asocia a alta morbilidad principalmente debido a la dificultad técnica de la PYA. La simulación ha demostrado acortar las curvas de aprendizaje en laparoscopia avanzada. **Objetivos:** Presentar los resultados de un programa de entrenamiento simulado de PYA. **Material y Método:** Estudio experimental, se diseñó un programa basado en sesiones de dificultad ascendente para realizar una PYA ducto-mucosa laparoscópica en un modelo simulado de tejido ex-vivo. El programa consistió en 3 niveles de dificultad según la dilatación del Wirsung (8 mm, 5 mm y 2 mm). Se registró el tiempo, OSATS (max: 25 puntos), permeabilidad y filtración de la anastomosis en cada sesión. Para avanzar al próximo nivel el cirujano debe realizar una anastomosis permeable, en menos de 40 min, sin filtración y con OSATS > 20. Se realizó una evaluación inicial y final de 2 mm. Finalmente los cirujanos realizaron el procedimiento en pacientes. **Resultados:** Dos cirujanos con más de 10 años de experiencia en cirugía hepato-bilio-pancreática pero sin experiencia en PDL completaron el entrenamiento. En la evaluación inicial, los tiempos operatorios fueron 48/52 minutos, OSATS

de 14/15 respectivamente y ambos tuvieron filtración de la anastomosis. En la evaluación final los tiempos fueron 25/33 minutos, OSATS de 24/23 puntos, sin filtración y buena permeabilidad. Para completar cada nivel requirieron en promedio 3 sesiones y 10 sesiones en total. Posterior al entrenamiento, el primer cirujano realizó 5 PDL en pacientes sin complicaciones de la anastomosis pancreática. El segundo realizó 2 PDL, el primer paciente con una fistula tipo B y el segundo sin complicaciones. Los tiempos operatorios de la PYA disminuyeron progresivamente de 1,5 horas a 30-40 minutos. **Conclusiones:** El entrenamiento simulado disminuye las curvas de aprendizaje de la PYA por laparoscopia. Las habilidades aprendidas en el laboratorio se transfieren satisfactoriamente al pabellón quirúrgico.

SIMULACIÓN PARA ADQUIRIR EXPERIENCIA EN CENTROS DE BAJO VOLUMEN DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA HEPÁTICA

Rubén Darío Ávila Sepúlveda, *Rodrigo Tejos Sufan*, *Pablo Achurra Tirado**, *Sergio Pacheco Santibáñez*, *Erwin Buckel Schaffner*, *Felipe León Ferrufino*, *Marcel Paolo Sanhueza García*, *Nicolás Jarufe Cassis*, *Julián Varas Cohen*
Pontificia Universidad Católica de Chile. Simulación y Centro de Cirugía Experimental UC División de Cirugía Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La simulación podría otorgar el entrenamiento necesario para completar las prolongadas y complejas curvas de aprendizaje de la cirugía hepática laparoscópica en centros de bajo a mediano volumen. **Objetivos:** Presentar un programa de entrenamiento de cirugía hepática laparoscópica avanzada y evaluar la transferencia de las habilidades obtenidas a la sala operatoria. **Material y Método:** Estudio experimental. Fase-1: Dos cirujanos HPB expertos se entrenaron en un modelo de ovino vivo, realizando 12 hepatectomías izquierdas totalmente laparoscópica (HITL). Todos los procedimientos fueron grabados y analizados en ciego por 2 expertos utilizando escalas globales y específicas validadas. Se registraron además las variables de tiempo operatorio, mortalidad, control vascular, pérdida hemática y calidad de transacción del parénquima. Fase-2: Cuatro residentes de cirugía digestiva fueron entrenados por los expertos de la Fase-1 en sesiones de entrenamiento hasta realizar la HITL con óptimos parámetros. Fase-3: Al completar la simulación, los cirujanos entrenados realizaron una HITL en un paciente. Para el análisis de resultados se utilizó estadística analítica para variables no paramétricas; test de Wilcoxon y McNemar. **Resultados:** Se obtuvieron curvas de aprendizaje en base a los puntajes de escalas globales

por cada sesión en la Fase-1 y Fase-2. Los puntajes de escalas globales mejoraron de forma significativa entre la primera y última sesión tanto para los expertos como para los residentes ($p < 0,01$). No hubo diferencias significativas entre los puntajes globales obtenidos por expertos y residentes al finalizar los entrenamientos. Los residentes requirieron 6 sesiones en promedio para adquirir las habilidades (rango 4-8). En Fase-3 los residentes realizaron una HITL en pacientes sin incidentes. **Conclusiones:** El entrenamiento en modelo ovino permite la adquisición de competencias en cirugía hepática laparoscópica tanto en expertos como *fellow* de cirugía digestiva. Las habilidades técnicas obtenidas se transfieren a la sala operatoria.

ALTA INFILTRACIÓN POR LT CD8 Y AUSENCIA DE LT FOXP3 EN CÁNCER DE VESÍCULA SE CORRELACIONA CON MAYOR SOBREVIVENCIA DE LOS PACIENTES

Paula Andrea Fluxá Rojas, Daniel Rojas Sepúlveda, María Alejandra Gleisner Muñoz, Andrés Tittarelli Tittarelli, Pablo Andrés Villegas Anderson, María Loreto Tapia Muñoz, María Teresa Rivera López, Mercedes Natalia López Nitsche, Felipe Catan Gouhaneh, Mario Uribe Maturana, Flavio Andrés Salazar Onfray*
Universidad de Chile. Departamento de Cirugía Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Programa Disciplinario de Inmunología, Icbm, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Instituto Milenio de Inmunología e Inmunoterapia, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Unidad de Anatomía Patológica, Hospital del Salvador.

Introducción: Cáncer de vesícula es la principal causa de muerte en mujeres sobre los 65 años en Chile, siendo la colelitiasis un importante factor de riesgo. Actualmente, la cirugía es el tratamiento principal, logrando una supervivencia global de 35% a 5 años. Estos hechos hacen relevante explorar inmunoterapia para esta neoplasia, y describir la inmunogenicidad del cáncer de vesícula. **Objetivos:** Estudiar la relación entre respuesta inmune y supervivencia de pacientes con cáncer de vesícula, basado en la presencia de Linfocitos Infiltrantes de Tumor, en diferentes estadios de la enfermedad. **Material y Método:** Diseño utilizado en el estudio: Estudio experimental. Estadística analítica Muestras de tejido tumoral fijadas en parafina de 80 pacientes fueron analizadas por inmunohistoquímica buscando presencia de LT CD3, CD4, CD8 y Foxp3. Los resultados obtenidos fueron asociados con el estadio clínico y la supervivencia de los pacientes, mediante curvas de Kaplan-Meier (GraphPad 5.0). **Resultados:** La mayoría de las muestras mostró infiltración por LT CD3, lo que se correlacionó con un mejor pronóstico. La infiltración por LT

CD8, pero no por CD4, tuvo relación con una supervivencia mejor en estadios tempranos y avanzados ($p < 0,05$). Es interesante destacar que una razón $CD4/CD8 < 1$ tiene una asociación con mejor pronóstico de los pacientes. **Conclusiones:** La presencia de poblaciones de LT CD8 y la ausencia de poblaciones de LT Foxp3 en tejidos tumorales se correlaciona con una mejor supervivencia de pacientes con cáncer de vesícula biliar, lo cual constituye un potencial marcador pronóstico de los pacientes. El impacto observado de la respuesta inmune antitumoral en estos pacientes hace posible iniciar la exploración de inmunoterapia celular para esta neoplasia.

DICLOFENACO VÍA RECTAL COMO PROFILAXIS PARA PANCREATITIS POST-COLANGIOGRAFÍA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA

Andrés Troncoso Trujillo, Hernán Andrés Herrera Cortés, Héctor Losada Morales, Jorge Silva Abarca, Luis Burgos San Juan, Luis Acencio Barrientos, Oriel Arias Rovira*

Universidad de La Frontera. Facultad de Medicina. Departamento de Cirugía, Traumatología y Anestesiología. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco.

Introducción: La pancreatitis aguda es una importante complicación después de una colangiografía endoscópica retrógrada (CRE). Ocurre entre el 1%-10% de los pacientes. Los anti-inflamatorios no esteroideos vía rectal han demostrado actividad profiláctica para la pancreatitis post-CRE (PPC). **Objetivos:** Determinar si el uso de diclofenaco vía rectal como profilaxis disminuye la incidencia de PPC. **Material y Método:** Serie de casos con seguimiento entre enero de 2015 y junio de 2016 en el cual se analizaron 2 grupos. Grupo A, pacientes en los que se realizó CRE sin uso de diclofenaco y Grupo B pacientes en los que se realizó CRE con uso de 100 mg de diclofenaco vía rectal 20-30 minutos previo a procedimiento. Se registraron variables biodemográficas, variables técnicas de la CRE y mortalidad. Se utilizó estadística analítica y descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión. **Resultados:** Se incluyeron 116 pacientes. Grupo A: 48 pacientes; Grupo B: 68 pacientes. Promedio de edad grupo A y B: $53,1 \pm 12,6$ y $55,3 \pm 11,9$ años respectivamente ($p = 0,670$). Del total de pacientes, 5 desarrollaron PPC (4,3%): 6,2% (3/48) en el grupo sin diclofenaco y 2,9% (2/68) en el grupo con diclofenaco ($p = 0,021$). La principal indicación de la CRE fue por coledocolitiasis, Grupo A: 44/48 y Grupo B: 61/68. Se realizó esfinterotomía en 71 pacientes (61,2%), 3 desarrollaron PPC, siendo estos 3 pacientes del grupo A. Canulación difícil de la vía biliar en 13 pacientes de los cuales 1 desarrolló PPC en el que se utilizó diclofenaco. Hubo canulación/

contraste del conducto de Wirsung en 12 pacientes (10,3%), de los cuales 3 desarrollaron PPC, 2 en grupo A y 1 en grupo B ($p = 0,804$). No hubo mortalidad en esta serie de pacientes ni reacciones adversas a diclofenaco. **Conclusiones:** Los resultados en este grupo de pacientes apoyan la utilidad del diclofenaco como profilaxis para PPC.

EXPERIENCIA CLÍNICA EN ALPPS -ASSOCIATING LIVER PARTITION AND PORTAL VEIN LIGATION FOR STAGED HEPATECTOMY- EN EL HOSPITAL DEL SALVADOR

Sebastián Uribe Echevarría Aránguiz, Mario Uribe Maturana, Francisco Riquelme Marín, Carlos Mandiola Bunster, María Ignacia Zapata Fuentes, Pamela Romanque Ulloa*

Hospital del Salvador (Santiago, Providencia). Servicio de Cirugía, Equipo de Cirugía Hepatobiliopancreática. Unidad de Patología Hepática Experimental, Instituto de Ciencias Biomédicas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Introducción: ALPPS es una técnica que combina la ligadura portal con partición del parénquima. Fue desarrollada como una estrategia quirúrgica para aumentar el volumen del remanente hepático futuro (VHR) estimado insuficiente en casos que requieren una hepatectomía extendida, situación que implica un alto riesgo de insuficiencia hepática post-operatoria (IHP). **Objetivos:** Comunicar la experiencia clínica y analizar los resultados de los ALPPS realizados en el Hospital del Salvador. **Material y Método:** Diseño prospectivo, observacional. Se incluyeron pacientes referidos al Hospital del Salvador entre 2013-2015. En una primera etapa, la rama portal derecha fue ligada y el hígado transectado en el límite de los segmentos II-III; seguido de un segundo tiempo operatorio resectivo. Los cambios biométricos se analizaron mediante imágenes tomográficas con el software OsiriX®. Se clasificó la morbilidad perioperatoria según la clasificación Clavien-Dindo, junto a curvas de sobrevida. Se aplicaron las pruebas estadísticas T Student o test de Wilcoxon según distribución ($p < 0,05$). **Resultados:** Se realizaron 11 ALPPS, 6 hombres y 5 mujeres, con edad media de $58,8 \pm 8$ años. La razón entre VHR y peso corporal total preoperatoria fue $0,4 \pm 0,14\%$, con un VHR entre 168-473 mL. Tras la cirugía el VHR aumentó un 111,6% (35-214%, $p < 0,05$) en $9,1 \pm 1,59$ días, equivalente a un incremento volumétrico del remanente hepático de $34,43 \pm 17,27$ mL/día. El 100% de los casos completó el segundo tiempo resectivo, presentándose complicaciones mayor o igual a IIIB en el 36,3% (4/11) de los pacientes, que incluyeron sepsis intraabdominal, obstrucción intestinal por un tumor

primario y dos de IHP reversible y transitoria. No hubo mortalidad a 90 días de las intervenciones. **Conclusiones:** ALPPS aumenta significativamente el VHR en un período menor al reportado con técnicas clásicas de embolización/ligadura portal, disminuyendo el potencial riesgo de hipertrofia insuficiente y/o progresión tumoral. La selección de candidatos y las tasas de morbilidad/mortalidad, requieren una cuidadosa evaluación interdisciplinaria. FONDECYT 1130274.

APROXIMACIÓN A MECANISMOS BIOLÓGICOS IMPLICADOS EN ALPPS (ASSOCIATING LIVER PARTITION AND PORTAL VEIN LIGATION FOR STAGED HEPATECTOMY): ACTIVACIÓN DE LA VÍA MTOR

Carlos Mandiola Bunster, María Ignacia Zapata Fuentes, Romina Vargas Villagrán, Sebastián Uribe Echevarría Aránguiz, Mario Uribe Maturana, Pamela Romanque Ulloa*

Universidad de Chile. Unidad de Patología Hepática Experimental, Instituto de Ciencias Biomédicas, Facultad de Medicina. Servicio de Cirugía, Hospital del Salvador, Santiago-Chile.

Introducción: ALPPS combina ligadura portal con partición del parénquima para aumentar el volumen del remanente hepático (VHR) estimado insuficiente, siendo tal incremento mayor y más rápido versus embolización/ligadura portal. Sin embargo, los mecanismos biológicos implicados son desconocidos. **Objetivos:** Analizar el aumento de VHR en ALPPS, evaluando cambios histológicos y expresión de la vía mTOR. **Material y Método:** Diseño prospectivo, experimental. Se incluyeron pacientes referidos al Hospital del Salvador entre 2013-2015. En una primera etapa, la rama portal derecha fue ligada y el hígado transectado en límites de segmentos II-III; seguido de segundo tiempo resectivo. Cambios biométricos se analizaron mediante imágenes tomográficas con software OsiriX®. En primer y segundo tiempos operatorios, se obtuvieron muestras serológicas, así como de tejido hepático deportalizado y del remanente, efectuándose análisis inmunohistológicos (Ki-67) y de expresión de ARNm de mTOR, S6K1 y AMPK mediante qPCR. El análisis estadístico se realizó con T-Student o Wilcoxon según distribución ($p < 0,05$). **Resultados:** Se estudiaron $n = 11$ ALPPS, edad media $58,8 \pm 8$ años. El VHR aumentó un $111,6 \pm 63,47\%$ ($p < 0,05$) en $9,1 \pm 1,59$ días, equivalente a $34,43 \pm 17,27$ mL/día. Entre 1°-2° fase de ALPPS hubo un aumento significativo de marcadores serológicos de regeneración hepática IL-6, TNF-alpha, HGF y EGF ($p < 0,05$). La tinción nuclear Ki-67 positiva fue significativamente mayor en hepatocitos del remanente hepático en la segunda etapa versus

la primera ($p < 0,05$), sin diferencias entre muestras de lóbulos deportalizados. Los niveles de ARNm de mTOR y S6K1 aumentaron en remanente hepático tras ALPPS ($p < 0,05$), mientras que los niveles de ARNm de AMPK no se modificaron significativamente ($p = 0,26$). No hubo cambios significativos en los lóbulos deportalizados. **Conclusiones:** El aumento del VHR tras ALPPS está asociado a un incremento en marcadores de proliferación celular, asociado a hiperplasia hepatocelular. Un posible mecanismo involucrado corresponde a la activación de la vía mTOR, que regula la biosíntesis de macromoléculas y crecimiento celular. FONDECYT 1130274.

EVALUACIÓN DE LA EXPRESIÓN DEL RECEPTOR HER2/NEU (C-ERBB2) COMO FACTOR DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR EN POBLACIÓN DE ALTO RIESGO. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

*César Muñoz Castro, Erik Morales Medias, Marcelo Andrés Santelices Baeza**
Universidad Católica del Maule. Cirugía Digestiva.
Hospital Regional de Talca.

Introducción: El cáncer de vesícula biliar (CVB) es común en Chile. El pronóstico depende del diagnóstico precoz de la enfermedad y la cirugía resectiva. A pesar del potencial curativo de la cirugía, un 30% de los pacientes desarrolla recurrencia sistémica, lo que demuestra la necesidad de terapias adyuvantes. La expresión del gen HER2/neu (C-erbB2) ha demostrado ser pronóstica en tumores malignos, y su bloqueo específico es una efectiva terapia adyuvante. **Objetivos:** El objetivo de este estudio es evaluar la expresión del gen HER2/neu (C-erbB2) como factor de riesgo para el desarrollo de CVB en una población de alto riesgo. **Material y Método:** Estudio de casos y controles, realizado en el Hospital Regional de Talca. Los casos son pacientes con diagnóstico histopatológico de CVB diagnosticados y tratados desde junio de 2014 hasta diciembre de 2015. Los controles son pacientes intervenidos en el mismo centro con diagnóstico de colecistitis crónica sin cáncer. Se realizó pareo por edad y sexo en proporción 2:1. La expresión del gen HER2/neu se evaluó mediante inmunohistoquímica. Se realizó una estimación del tamaño muestral. **Resultados:** Se analizaron 72 pacientes (24 casos y 48 controles). El 54,1% correspondió a sexo femenino. La edad promedio fue 62,8 años. Diez pacientes corresponden a T2. El 79,1% corresponde a neoplasias moderadamente diferenciadas. Un paciente (4,1%) presentó positividad (sobreexpresión) del receptor (C-erbB2). El riesgo relativo (RR) fue 3,09. **Conclusiones:** En este estudio la incidencia de sobreexpresión del

receptor C-erbB2 fue baja pero con un RR aumentado. El potencial terapéutico y pronóstico debe ser evaluado con un mayor número de pacientes para recomendar su utilización como estudio complementario.

LA TÉCNICA DE LIGADURA PORTAL Y PARTICIÓN DE PARÉNQUIMA HEPÁTICO (ALPPS) EN RATAS *SPRAGUE DAWLEY* DETERMINA UN AUMENTO SIGNIFICATIVO DE MASA HEPATOCELULAR FUNCIONAL DEPENDIENTE DE LA ACTIVACIÓN DE LA VÍA MTOR

Carlos Mandiola Bunster, María Ignacia Zapata Fuentes, Romina Vargas Villagrán, Sebastián Uribe Echevarría Aránguiz, Mario Uribe Maturana, Pamela Romanque Ulloa*
Universidad de Chile. Unidad de Patología Hepática Experimental, Instituto de Ciencias Biomédicas, Facultad de Medicina. Servicio de Cirugía, Hospital del Salvador, Santiago-Chile.

Introducción: ALPPS combina ligadura portal con partición del parénquima, aumentando significativamente el volumen del remanente hepático. No obstante, se desconocen las vías moleculares implicadas. La modulación de mTOR es un mecanismo biológico potencialmente asociado. **Objetivos:** Determinar mecanismos implicados en la ganancia de masa hepática en un modelo experimental de ALPPS, evaluando cambios histológicos y participación de la vía mTOR. **Material y Método:** Diseño experimental. Ratas Sprague Dawley (200-230 g) se asignaron a 4 grupos: modelo de ALPPS, ligadura portal (LP), partición hepática y sham. Se cuantificó la tasa de regeneración hepática a 1, 3 y 7 días, junto a parámetros funcionales hepáticos. Se midió niveles séricos de marcadores de regeneración hepática, e indicadores inmunohistoquímicos de proliferación hepatocelular (Ki-67). Se evaluó la expresión de vía mTOR mediante qPCR y los efectos de rapamicina, su inhibidor selectivo. El análisis estadístico se realizó con two-way ANOVA, aplicándose Test de Bonferroni para comparaciones múltiples ($p < 0,05$). **Resultados:** Ratas sometidas a ALPPS presentan ganancia de masa significativa del remanente hepático versus controles a 24 y 72 h, alcanzando igual masa que grupo LP al 7° día. La función hepática en ratas ALPPS se conservó durante la regeneración, observándose un incremento transitorio de GOT y GPT a 24 h, sin variación respecto al grupo LP ($p > 0,05$). Niveles de IL-6 sérica aumentaron en ALPPS versus todos los grupos controles ($p < 0,05$), asociado a incremento significativo de núcleos Ki-67 positivos en hepatocitos ($p < 0,05$). En grupos ALPPS y LP aumentaron los niveles de ARNm de mTOR ($p < 0,05$), siendo la respuesta regenerativa

de ratas ALPPS suprimida significativamente con rapamicina ($p < 0,01$). **Conclusiones:** ALPPS induce un significativo y precoz incremento de masa del remanente hepático en ratas, sin comprometer la función hepática global, proceso que implica una ganancia de masa hepatocelular funcional dependiente de la activación de mTOR que regula la biosíntesis de macromoléculas y crecimiento celular. FONDECYT 1130274.

MORBILIDAD POST-QUIRÚRGICA DE QUISTE HIDATÍDICO COMPLICADO. DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA QUIRÚRGICA CON HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO

*Juan Oyarzún Segovia**, *Mauricio Zambra Rojas*,
Karen Rojas Rossel, *Marcelo Barra Muñoz*,
Javier López Sebastián

Hospital San Pablo (Coquimbo). Servicio de Cirugía.
Universidad Católica del Norte Sede Coquimbo.

Introducción: La hidatidosis es una zoonosis endémica en Chile. La IV Región de Coquimbo mantiene alta tasa de prevalencia de hidatidosis. Se presenta la experiencia clínica del Hospital San Pablo de Coquimbo, desde 2005 al 2015 sobre el tratamiento quirúrgico de la hidatidosis hepática, identificándose quistes complicados y su morbilidad. **Objetivos:** Determinar si la presencia de quiste complicado se relaciona con mayor morbilidad post-quirúrgica. **Material y Método:** Estudio de corte transversal, estadística descriptiva. **Resultados:** Se identificaron 58 pacientes y se operaron 69 quistes. La mayoría fueron mujeres (65%). La mediana de edad fue de 50 años (rango 21 a 86), y un 67% tenía residencia en zona rural. La mediana del tamaño de los quistes fue de 9 cm. Todos los pacientes fueron tratados quirúrgicamente; recibiendo tratamiento combinado con Albendazol un 39%. La cirugía de elección fue la periquistectomía casi total (55%), seguido de la cistoperiquistectomía total (30%). En 8 pacientes (13,9%) se realizó resección hepática, de éstos, la mayoría comprometieron el segmento 2 y 3. Del total de quistes, un 32% se encontraban complicados al momento de la cirugía, siendo la complicación más frecuente la Colangio Hidatidosis (42%), seguida de quiste abscedado (33%). Del total de pacientes, se obtuvo una morbilidad post-quirúrgica del 29,8%; observándose que en los casos de quiste no complicado esta alcanza un 20% versus un 52,9% de morbilidad en quiste complicado ($p < 0,05$). En ambos casos, se reconoce a la fistula biliar como la primera causa de morbilidad. Se evidenció un 1,7% de mortalidad. **Conclusiones:** La morbilidad quirúrgica asociada a la cirugía del quiste hidatídico, mantiene cifras elevadas. El tratamiento quirúrgico sigue siendo la primera elección, y la periquistectomía

casi total se presenta como la cirugía más frecuente, Se identificó que la mayor morbilidad post-quirúrgica sí se relaciona con la presencia de complicación del quiste, siendo la fistula biliar la complicación más frecuente.

EXPLORACIÓN DE LA VÍA BILIAR POR COLEDOCOTOMÍA MÁS CIERRE PRIMARIO LAPAROSCÓPICO: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ARICA

*Domingo Montalvo Vásquez**, *Guillermo Castro Guerra*,
Rodrigo Tapia Leiva, *Cristian Moyano Navarrete*
Hospital Dr. Juan Noé Crevanni.

Introducción: En la población chilena la prevalencia de coledocolitiasis es 13,2%, de éstos, 5-10% presenta coledocolitiasis asociada. La coledocotomía laparoscópica con cierre primario (CLCP), es una alternativa segura y eficaz para el manejo de coledocolitiasis en un tiempo quirúrgico. **Objetivos:** Describir nuestra experiencia con esta técnica. **Material y Método:** Desde febrero de 2014 a febrero de 2016, analizamos todas las cirugías laparoscópicas por coledocolitiasis asociada a coledocolitiasis. Se incluyeron datos demográficos y comorbilidades. Se excluyeron las exploraciones transcísticas de la vía biliar (VB). Todos los pacientes fueron operados con técnica francesa, realizando colangiografía intra-operatoria transcística. La coledocotomía se realizó en forma longitudinal, realizando la litoextracción con sonda nelaton y/o balón biliar. En algunos pacientes se dejó una prótesis transpapilar (PTP). La coledocografía se realizó con monofilamento reabsorbible 5.0. En todos se dejó un drenaje en el lecho vesicular. Los pacientes fueron controlados al 7º día post-operatorio y al 30º día con una radiografía de abdomen para controlar la PTP. **Resultados:** Se operaron 30 pacientes, la edad promedio fue $53,3 \pm 22,7$ años. El 70% fueron mujeres. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (23,3%) y diabetes mellitus (16,7%). En el 90% se utilizó ecografía abdominal como único método diagnóstico. En el pre-operatorio, 50% tenían el diagnóstico de coledocolitiasis. El 60% de los pacientes presentaba coledocolitiasis no complicada. La bilirrubina promedio fue $3,38 \pm 3,50$ mg/dl. El tiempo operatorio promedio fue $102,3 \pm 30,2$ min. El tamaño promedio de la VB fue $1,2 \pm 0,4$ cm. En el 70% se utilizó una PTP. La estadía hospitalaria promedio fue $3,1 \pm 2,1$ días. Un paciente requirió conversión a cirugía abierta por lesión arterial. Hubo una fistula biliar (3,3%) y un hemoperitoneo (3,3%), ambos requirieron reoperación. De los pacientes con PTP, 14,3% requirió retiro endoscópico. **Conclusiones:** Nuestros resultados son comparables con los publicados internacionalmente.

La CLCP es una alternativa factible y segura para el manejo de la coledocolitiasis en un solo tiempo.

RESULTADOS DE LA PANCREATODUODENECTOMÍA EN LA FUNDACIÓN ARTURO LÓPEZ PÉREZ (FALP): ANÁLISIS DE UNA SERIE PROSPECTIVA ENTRE LOS AÑOS 2013-2016

Galo Esteban Cárdenas Santacruz, María Francisca Wuth Izquierdo, Ángela Molero Tecedor, Jorge Gajardo Jofré, Francisca Jesús Dieguez Vercellino, Victoria Ignacia Game Figueroa, Roberto Charles Carrasco, Sebastián Hoefler Steffen, Jean Michel Butte Barrios, Nicolás Devaud Jaureguiberry*

Fundación Arturo López Pérez. Cirugía Digestiva Oncológica. Programa de Investigación Clínica-Escuela de Post-gradó Universidad de los Andes.

Introducción: La Pancreatoduodenectomía (PDD), como parte del tratamiento del cáncer de páncreas, continúa siendo una cirugía de alta complejidad cuyos resultados perioperatorios y oncológicos están directamente relacionados al volumen y exposición continua del equipo tratante. **Objetivos:** Análisis de los resultados perioperatorios y oncológicos de PDD en una serie consecutiva de pacientes operados en la FALP. **Material y Método:** Estudio descriptivo de datos registrados en una base prospectiva de los pacientes operados de PDD a partir de julio de 2013. Las variables perioperatorias analizadas fueron edad, tiempo operatorio, estadía hospitalaria, morbilidad y mortalidad a 90 días. Los resultados oncológicos analizados fueron tipo histológico, margen quirúrgico obtenido. Los datos se expresaron como promedios, desviación estándar, mediana y rangos. **Resultados:** Se operaron 53 pancreatoduodenectomías en 3 años. La mediana de edad fue 61 (21-87) años. El tiempo operatorio promedio fue de 6,6 horas con una mediana de estadía hospitalaria de 14 días (rango 8-80). La cirugía incluyó reconstrucción vascular en 9 pacientes (17%) correspondiendo n = 4 a compromiso de la vena mesentérica superior y n = 5 por compromiso de la vena porta. Se obtuvo un margen RO en el 96% (n = 51), con una mediana de 26 (9-67) ganglios resecados. La cirugía se realizó por adenocarcinoma en 62% (33/53; adenocarcinoma ductal = 20, tumor periampular = 13), tumor neuroendocrino en 10% (5/33), tumor sólido pseudopapilar en 4% (2/33), metástasis de tumor de células renales 4% (2/33) y otros. La morbilidad según Clavien-Dindo fue: Tipo I-II n = 21 (40%), Tipo IIIa n = 8 (15%), IIIb n = 6 (11%), IV n = 1 (1,9%). La fistula pancreática se observó en 11/53 siendo en su mayoría tipo A (8 pacientes). La mortalidad perioperatoria a 90 días fue de 3,8% (n = 2). **Conclusiones:** La pancreatoduodenectomía se realiza en FALP con resultados perioperatorios comparables a los estándares publicados de centros de mediano-alto volumen.

CIRUGÍA HEPÁTICA AVANZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA. EXPERIENCIA INICIAL

Marcelo Zamorano Díaz, Paulo César Pereira Barrera, Carlos Olivares Mardones, Iván Alcota A., Javier Labbé Zúñiga, Jorge Cifuentes C. Romiely Blanco R.*

Hospital Dr. Leonardo Guzmán (Antofagasta). Servicio de Cirugía. Equipo de Cirugía Digestiva. Universidad de Antofagasta. Unidad de Cirugía.

Introducción: En las resecciones hepáticas es muy importante el conocimiento de la anatomía quirúrgica, la capacitación que tenga el equipo quirúrgico, y los recursos tanto humanos como insumos para realizarla. Es así como implementarla en un Hospital Regional conlleva la coordinación de múltiples aspectos. **Objetivos:** Describir los resultados de la cirugía hepática en el Hospital Regional de Antofagasta. **Material y Método:** Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo. Incluyendo a los pacientes mayores de 15 años, sometidos a cirugía hepática realizadas en el Hospital Regional de Antofagasta desde noviembre de 2015 a julio de 2016. Se evaluaron antecedentes clínicos, técnica quirúrgica, y evolución de los pacientes. El análisis estadístico se realizó mediante medidas de tendencia central, dispersión y asociación. Utilizando software Stata v.11. **Resultados:** Se intervinieron 17 pacientes. El principal diagnóstico preparatorio fue metástasis Hepáticas en 52,9%. Se realizaron 41,2% Hepatectomías mayores. Se realizó en 29,4% un acceso laparoscópico. Se asociaron en 76,5% resección de otras estructuras. Radiofrecuencia hepática se realizó en tres pacientes. En dos pacientes se realizó hepatectomía en dos tiempos. Hubo un total de 17,6% de complicaciones. Un paciente falleció, debido a tromboembolismo pulmonar. **Conclusiones:** Se ha observado un inicio y desarrollo de la cirugía hepática en el Hospital Regional de Antofagasta en el último año. Siendo factible, reproducible y segura en un Hospital Regional. Con resultados quirúrgicos comparables con la literatura nacional e internacional.

LESIONES QUÍSTICAS DEL PÁNCREAS. PRESENTACIÓN CLÍNICA Y MANEJO EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE

Juan Pablo Lasnibat Roldán, Francisca Palacios Díaz, Nicolás Von Jentschky Rojas, Manuel Figueroa Giral, Hans Lembach Jahnsen, Jaime Castillo Koch, Alexandre Sauré Maritano, Juan Carlos Díaz Jeraldo*
Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento de Cirugía-Equipo de Cirugía Digestiva.

Introducción: Las lesiones quísticas pancreáticas (LQP) son una entidad clínica en aumento en unidades de Cirugía Digestiva y Gastroenterología de Centros de Referencia. **Objetivos:** Evaluar la presentación clínica,

diagnóstico y manejo de las LQP en el Hospital Clínico Universidad de Chile (HCUCH) entre 2012 y 2015. **Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectiva que incluyó a todos los pacientes con diagnóstico de LQP entre 2012 y 2015 en el HCUCH. Se registraron datos clínicos, imagenológicos, quirúrgicos, patológicos, y de seguimiento. Total 185 pacientes, excluyendo 23 por corresponder a pancreatitis y complicaciones locales. **Resultados:** El grupo incluye 162 pacientes, edad promedio 59/-14,2 años, 79,6% sexo femenino, 23,4% presentaba comorbilidades médicas. Un 19,1% se presentó sintomático, y 80,9% correspondió a un hallazgo. Los métodos de estudio fueron 43,2% tomografía computada, 77,3% resonancia magnética, y 6,8% endosonografía. El diagnóstico radiológico correspondió a IPMN rama secundaria 28,5%, cistoadenoma seroso 15,2%, cistoadenoma mucinoso 12,7%, IPMD ducto principal 5,7%, y lesiones quísticas indeterminadas 32,3%. Las lesiones eran solitarias en 65,3%, y múltiples en 34,7%. Diámetro promedio 21 mm, y se localizaban en páncreas distal 44,3%, cabeza 33,6%, y dispersas 22,1%. Se indicó cirugía en 40 casos (25,9%, tamaño promedio 39 mm), y seguimiento en 120 (74,1% tamaño promedio 17 mm). En 3 pacientes del grupo seguimiento se indicó cirugía posteriormente. La cirugía realizada fue pancreatometomía distal en 19 pacientes, pancreatoduodenectomía en 11 y pancreatometomía central en 1. Se presentaron complicaciones en 25,8%, sin mortalidad. El diagnóstico histológico fue cistoadenoma seroso 26,7%, IPMN 23,3%, cistoadenoma mucinoso 13,3%, tumor pseudopapilar 10%, y otros 23,4%. En 38,7% de los casos se encontró LQP premalignas o malignas. **Conclusiones:** Las LQP son un diagnóstico frecuente, de presentación mayoritariamente asintomática. Su evaluación se basa en la Resonancia Magnética. Se indicó cirugía en casos seleccionados, encontrando 38% de lesiones premalignas o malignas, sin reportar mortalidad.

MUERTE ENCEFÁLICA: REPRODUCCIÓN DE UN MODELO MURINO EN CHILE

Carla Morelli Lobos, Cristóbal Bassa Moyano, Rolando Rebolledo Acevedo, Pablo Achurra Tirado, Sergio Pacheco Santibáñez, Leyla Alegría Vargas, Alejandro Bruhn Cruz, Glenn Hernández Poblete, Jorge Martínez Castillo, Nicolás Jarufe Cassis, Juan Francisco Guerra Castro*
Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva y Medicina Intensiva.

Introducción: El trasplante de órganos es el tratamiento de elección para las etapas terminales de diferentes fallas orgánicas. La mayoría de los órganos provienen de donantes en muerte encefálica (ME), lo cual deteriora la calidad de éstos. Para estudiar la fisiopatología

de la ME y poder prevenir este deterioro, es necesario contar con un modelo reproducible de ME. **Objetivos:** El objetivo de este trabajo es desarrollar un modelo murino de ME, como base para realizar estudios e intervenciones futuras. **Material y Método:** Estudio experimental. Ratas Sprague-Dawley (RSD) de entre 270-300 g fueron anestesiadas con isoflurano 2% y O₂ al 100% y ventiladas mecánicamente, con monitorización de presión arterial (PAM) e intracraneana (PIC). Se indujo la ME mediante un catéter Fogarty n° 4, insuflado en el espacio epidural de manera controlada. Se confirmó la ME por reflejos corneales y test de apnea. Al término de la anestesia, los animales continuaron viables con soporte de volumen y ventilación mecánica. El grupo control se constituyó por RSD sometidas al mismo procedimiento, exceptuando la introducción e insuflación del catéter. Se realizó estadística descriptiva con el software SPSS 22.0. **Resultados:** Durante la inducción, el perfil hemodinámico fue similar en todos los animales, con período de hipotensión entre los 15 y 25 min. Posteriormente se observó un incremento sostenido de la PAM en concordancia con un alza en la PIC y, por lo tanto, una caída en la presión de perfusión cerebral. La PAM se mantuvo estable durante todo el experimento. Al finalizar el ensayo, los valores de pH arterial y lactato fueron similares entre ambos grupos. **Conclusiones:** Nuestro trabajo demuestra que es posible reproducir un modelo de ME, lo que permitirá llevar a cabo futuros estudios para comprender la fisiopatología de la ME e idear posibles intervenciones para mejorar el estado de los órganos previo al trasplante.

PRIMER PROTOTIPO DE PERFUSIÓN NORMOTÉRMICA EN CHILE PARA TRASPLANTE HEPÁTICO

Rolando Rebolledo Acevedo, Pablo Achurra Tirado, Sergio Pacheco Santibáñez, Leyla Alegría Vargas, Sebastián Peradotto Ibarra, Ángel Abusleme Hoffman, Ignacio Aguilera Sepúlveda, Flavia Zacconi Milag, Jorge Martínez Castillo, Nicolás Jarufe Cassis, Juan Francisco Guerra Castro*

Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamentos de Cirugía Digestiva, Medicina Intensiva, Ingeniería Eléctrica UC y Química Orgánica UC.

Introducción: El trasplante hepático es el tratamiento de elección para la falla hepática terminal y fulminante. Uno de los problemas es la escasez de órganos para trasplante, dado que Chile tiene una baja tasa de donación. Adicionalmente, cerca del 30% de las donaciones hepáticas son rechazadas a nivel mundial, por mala calidad del injerto, principalmente por esteatohepatitis o isquemia. Las bombas de perfusión para preservación de órganos para trasplantes han mostrado resultados promisorios en esta área. **Objetivos:** Nuestro objetivo es describir un prototipo de máquina de perfusión

normotérmica, de bajo costo para la realidad nacional. **Material y Método:** Estudio experimental. Utilizando dos bombas de circulación extracorpórea se diseñó un circuito de perfusión paralelo para vena porta y arteria hepática con reservorio común, manteniendo condiciones fisiológicas de presión, temperatura y oxigenación diferencial para ambos territorios. Adicionalmente se incluyó un hemofiltro para eliminar impurezas y mantener el equilibrio hidroelectrolítico. Se incluyó además un recolector de bilis y una línea para la toma de muestras. Para probar el funcionamiento de este prototipo se utilizaron hígados explantados (n = 3) de cerdos vivos bajo anestesia general y sangre recolectada de estos animales. Como solución de perfusión se utilizó una mezcla de sangre con solución fisiológica hasta un volumen total de 2 lts. Se realizó estadística descriptiva con el software SPSS 22.0. **Resultados:** El flujo portal promedio fue de 750 ml/min y de 113 ml/min para la arteria hepática. En los últimos pilotos se logró producción de bilis al cabo de 30 min de perfusión normotérmica. **Conclusiones:** Esta experiencia inicial, demuestra que es posible desarrollar este tipo de técnicas en nuestro medio, y puede ser una potencial estrategia para aumentar la calidad y cantidad de órganos trasplantados.

EXPLORACIÓN LAPAROSCÓPICA DE LA VÍA BILIAR PARA EL MANEJO DE LA COLEDOLITIASIS

*Erwin Buckel Schaffner**, *Pablo Achurra Tirado*,
Eduardo Viñuela Fawaz, *Leoncio Lizana Pérez*,
Rose Marie Mege Rivas, *Cristian Andrés Díaz Méndez*,
Constanza Godoy Santin, *Julián Varas Cohen*,
Marcel Paolo Sanhueza García
Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago,
Puente Alto). Cirugía Hepatobiliar. Pontificia
Universidad Católica de Chile.

Introducción: La exploración laparoscópica de la vía biliar se ha postulado como una de varias alternativas de manejo de la coledocolitiasis. Tiene como ventajas el efectuarse en un solo procedimiento y evitar los riesgos de la papilotomía endoscópica. **Objetivos:** El objetivo de este trabajo es mostrar una serie de casos de un hospital público de alto volumen en el manejo totalmente laparoscópico de la coledocolitiasis. **Material y Método:** Se llevó a cabo una revisión desde el año 2011 hasta el año 2016 de la serie de casos de pacientes con coledocolitiasis que fueron tratados con una exploración laparoscópica de la vía biliar. Se incluyeron casos de extracción con dormias tanto con y sin apoyo de coledocoscopia. Se analizaron también la tasa de complicaciones post-operatorias en general y de forma específica la fistula biliar y el requerimiento de reoperación. **Resultados:** 67 pacientes fueron encon-

trados en la revisión, de los cuales 37 fueron resueltos con apoyo de coledocoscopia y 30 se solucionaron con una exploración transcística solamente con dormia. En relación a las complicaciones se registraron 2 conversiones a cirugía abierta, 1 coledocolitiasis residual, 3 filtraciones biliares (dos con manejo médico y una reoperación) y 2 reoperaciones por sangrado en relación a la colecistectomía. No hubo mortalidad en la serie estudiada. **Conclusiones:** La exploración laparoscópica de la vía biliar es útil para resolver pacientes con coledocolitiasis en un tiempo y evitando el riesgo de una papilotomía. Requiere de un equipo con experiencia en patología biliar e idealmente con entrenamiento en uso de coledocoscopia ya que la vía transcística no permite el manejo de la totalidad de este grupo de pacientes.

TRATAMIENTO CON EXPLORACIÓN LAPAROSCÓPICA DE LA COLEDOLITIASIS EN PACIENTES EMBARAZADAS

Pablo Achurra Tirado, *Erwin Buckel Schaffner**,
Eduardo Viñuela Fawaz, *Leoncio Lizana Pérez*,
Cristian Andrés Díaz Méndez, *Constanza Godoy Santin*,
Rose Marie Mege Rivas, *Marcel Paolo Sanhueza García*
Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago,
Puente Alto). Cirugía Hepatobiliar. Pontificia
Universidad Católica de Chile.

Introducción: El manejo de la patología biliar sintomática en la mujer embarazada siempre ha sido un tema de difícil manejo, en el cual se debe sopesar los riesgos de operar a una paciente en esta condición con los riesgos que esto significa, incluyendo el de parto prematuro y los riesgos de mantener una condición que podría llevar a riesgos mayores si no se soluciona en el momento. **Objetivos:** El objetivo de este trabajo es presentar una serie de casos de pacientes que durante su embarazo con alta sospecha de coledocolitiasis fueron sometidas a una colecistectomía y eventual exploración de vía biliar. **Material y Método:** El trabajo consiste en presentar una serie de casos de pacientes que durante su embarazo fueron ingresadas al Hospital Sótero del Río con sospecha de coledocolitiasis y eventualmente operadas por persistencia de síntomas atribuibles a patología biliar. Se analizaron tanto la presencia de coledocolitiasis durante la exploración y complicaciones post-operatorias. **Resultados:** Se encontraron 11 casos en la base de datos del Hospital Sótero del Río. De estos se hizo diagnóstico de coledocolitiasis en 6 pacientes, todos con apoyo de ecografía intraoperatoria. Todas las pacientes fueron resueltas con coledocoscopia por vía transcística. Dentro de las complicaciones se observó que una paciente presentó un parto prematuro a las 35 semanas en relación a una colecistitis aguda y coledocolitiasis y una paciente que requirió conversión por laceración uterina. **Conclusiones:** Este trabajo

representa una experiencia en la exploración laparoscópica de la vía biliar en pacientes embarazadas que representó además un aprendizaje en las técnicas de abordaje más seguras que permiten poder resolver la patología de estas pacientes sin exponerlas a riesgo de irradiación y a un riesgo bajo de parto prematuro.

IMPACTO DE LA RESECCIÓN HEPÁTICA EN LA SOBREVIDA DE PACIENTES CON METÁSTASIS HEPÁTICAS DE ORIGEN COLORRECTAL

Enrique Biel Walker, Pamela Ríos Friz, Carlos Marrero Eligio De La Puente, Juan Marcos Grajeda Balderrama, Eduardo Figueroa Rivera, Fabrizio Moisan Paravic, Rodrigo Torres-Quevedo Quevedo*

Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Servicio de Cirugía. Equipo de Cirugía Hepatopancreática y Biliar. Universidad de Concepción. Facultad de Medicina. Departamento de Cirugía.

Introducción: La resección hepática es el único tratamiento curativo en metástasis hepática de cáncer colorrectal (MHCCR). Sin embargo, sólo un tercio de los pacientes serán resecables. **Objetivos:** Analizar sobrevida actuarial de pacientes sometidos a resección hepática por MHCCR. Como objetivo secundario, describir variables biodemográficas, morbilidad y mortalidad post-operatoria. **Material y Método:** Cohorte no concurrente que incluye todos los pacientes con MHCCR, evaluados en Hospital Guillermo Grant Benavente, entre julio de 2010 y junio de 2016; se excluyen aquellos pacientes con datos clínicos incompletos. La variable resultado es sobrevida global a 1, 3 y 5 años a partir del diagnóstico de MHCCR. Otras variables son: morbilidad y mortalidad post-operatoria a 30 días de la cirugía. Se utilizó estadística descriptiva; para el cálculo de supervivencia se utilizó el método de Kaplan-Meier y prueba de rango logarítmico. **Resultados:** Se presenta una serie de 165 pacientes con MHCCR; la edad media fue de $62,3 \pm 11,3$. 95 (57,6%) son hombres y 139 (84,2%) presentaban MHCCR sincrónica. La localización del primario fue colon izquierdo en 44,2% y recto en 38,2%. Se realizó resección hepática en 46 (27,9%) pacientes, de éstos un 58,7% recibió neoadyuvancia. La morbilidad post-operatoria (Clavien 3 y 4) fue de un 14,3% y no hubo mortalidad post-operatoria en la serie descrita. La sobrevida actuarial del grupo resecado fue de 91%, 63% y 46% a 1, 3 y 5 años, respectivamente, lo cual es significativamente mayor a aquellos pacientes que reciben sólo quimioterapia y aquellos que reciben cuidados paliativos ($p < 0,05$). **Conclusiones:** En esta serie el beneficio de la resección hepática en metástasis de origen colorrectal está demostrado. La sobrevida a 5 años es superior a la del grupo no resecado, con una morbilidad aceptable y sin mortalidad post-operatoria.

MANEJO LAPAROSCÓPICO DE LESIONES DE LA VÍA BILIAR SECUNDARIOS A COLECISTECTOMÍA POR LITIASIS VESICULAR

Marcel Paolo Sanhueza García, Eduardo Viñuela Fawaz, Erwin Buckel Schaffner, Pablo Achurra Tirado, Constanza Godoy Santin, Cristian Andrés Díaz Méndez, Alfonso Díaz Fernández*

Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto). Cirugía Hepatobiliar. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: El manejo quirúrgico de las lesiones de la vía biliar principal (LVBP) por laparoscopia ha sido un tema con limitada experiencia publicada hasta el momento. La alta demanda técnica y aspectos médico legales son barreras importantes para la implementación de esta herramienta terapéutica. **Objetivos:** Presentar una experiencia de un equipo especializado de cirugía hepatobiliar en el manejo por vía laparoscópica de las lesiones de la vía biliar. **Material y Método:** Estudio retrospectivo de una serie de casos de manejo laparoscópico de lesiones iatrogénicas de la vía biliar. Se analizaron variables demográficas, perioperatorias y seguimiento. **Resultados:** Se operaron 22 casos desde el año 2010 al 2016. Cuatro pacientes fueron reparadas intraoperatorias, 8 reparadas precozmente (rango 3-10 días), y 10 de forma tardía (> 15 días). Dos pacientes tuvieron que ser convertidas a cirugía abierta (una a hepato-yeyuno anastomosis y una hepatectomía derecha). Quince (68%) pacientes tenían una lesión mayor de la vía biliar común requiriendo una reconstrucción biliodigestiva en Y de Roux. Cuatro pacientes presentaron fistulas biliares, 3 manejadas de forma conservadora y una reoperada. De los 7 pacientes restantes, 5 se manejaron con sutura primaria y 3 con instalación de sonda T, sin conversiones en este grupo y una paciente con fistula biliar tipo A. Morbilidad total de la serie 22%, con 1 caso (4%) que requirió reintervención. **Conclusiones:** Esta serie representa una experiencia y un aprendizaje de un equipo hepatobiliar especializado, que con la ayuda de modelos de entrenamiento y su desarrollo en un centro de alto volumen ha llevado a lograr buenos resultados, con una secuela funcional y estética mínima y baja morbilidad en pacientes con una patología de difícil manejo.

TUMORES HEPÁTICOS PRIMARIOS MALIGNOS NO HEPATOCARCINOMA: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS

Alexandre Sauré Maritano, Nicole Cuneo Barbosa, Carolina Camp Moya, Jaime Castillo Koch, Hans Lembach Jahnsen, Gustavo Martínez Riveros, Manuel Figueroa Giralt, Juan Carlos Díaz Jeraldo*
Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento de Cirugía. Equipo de HPB y Trasplante.

Introducción: A nivel mundial, el hepatocarcinoma (HCC) es el tumor hepático primario maligno más

frecuente, sin embargo, existen una amplia variedad tumores hepáticos que no corresponden a esta estirpe.

Objetivos: Analizar la experiencia de nuestro centro (HCUCH), en pacientes sometidos a resección quirúrgica de tumores hepáticos primarios malignos no HCC. **Material y Método:** Estudio retrospectivo de 51 pacientes entre 2005 y 2015, con seguimiento mínimo de 6 meses a excepción de que hubiesen fallecido antes. Se evaluaron las características demográficas, clínico-quirúrgicas, morbi-mortalidad y sobrevida. Los datos fueron analizados con SPSS v21. **Resultados:** 31 pacientes fueron hombres (60,8%), con una media de 61,9 años (DS 14,9) e I.M.C promedio de 25,7 kgs/m² (DS 5,3) En 26 pacientes, el síntoma de consulta fue el dolor abdominal (50,9%). A 37 pacientes se le solicitó tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste para el diagnóstico (72,5%). 3 pacientes fueron a quimioterapia neoadyuvante (5,9%). 31 fueron sometidos a hepatectomía mayor (60,7%) y 7 a laparotomía exploradora (13,7%). El tiempo operatorio promedio fue de 275,6 min (DS 124,5). 24 pacientes presentaron complicaciones quirúrgicas (47,1%), siendo la más frecuente la fistula biliar (11,8%). La media de días de hospitalización fue de 16 (DS 31,2). La biopsia evidenció colangiocarcinoma intrahepático en 40 pacientes (78,4%). 36 pacientes fueron R0 (70,6%). En cuanto a la mortalidad perioperatoria, 1 paciente murió en el intraoperatorio (2%) y 9 en el post-operatorio (17,6%). La sobrevida promedio correspondió a 39,8 meses. **Conclusiones:** La gran variedad de tumores hepáticos malignos, hace cada vez más necesario generar mejores métodos en la aproximación diagnóstica preoperatoria, pues según el tipo de tumor dependerá la evolución del paciente. Se necesita disponer de mayores estudios para obtener mayores conclusiones.

COLANGIOHIDATIDOSIS. UNA CAUSA INFRECUENTE DE ICTERICIA OBSTRUCTIVA Y COLANGITIS AGUDA SECUNDARIA. RESULTADOS QUIRÚRGICOS DE UNA SERIE CONSECUTIVA DE PACIENTES

*Carlos Manterola Delgado**

Universidad de La Frontera. Departamento de Cirugía
Centro de Estudios Morfológicos y Quirúrgicos
(CEMyQ). Clínica Mayor.

Introducción: Una de las complicaciones evolutivas de la hidatidosis hepática es la colangiohidatidosis (CH); que se define como el paso de estructuras parasitarias (vesículas hijas o trozos de membrana germinativa) a la vía biliar. Esta, es una causa infrecuente de ictericia obstructiva que puede asociarse a colangitis aguda secundaria (CAS). **Objetivos:** El objetivo de este estudio es describir los resultados del tratamiento quirúrgico en una serie de pacientes con CH y CAS, en términos de morbilidad post-operatoria (MPO).

Material y Método: Serie de casos consecutivos de pacientes intervenidos por CH y CAS en los Servicios de Urgencias del Hospital Hernán Henríquez Aravena y de Clínica Mayor de Temuco (2004-2015). La variable resultado fue desarrollo de MPO (categorizada según clasificación de Dindo). **Resultados:** Se intervinieron en este período, 21 pacientes con CH y CAS. La mediana de edad fue 53 años. El 52,4% fueron mujeres, y un 23,8% tenían dos o más quistes, con un diámetro promedio de 19,0 ± 9,0 cm. La mediana de diámetro coledociano fue 17,5 mm. En todos los casos se realizó exploración de vía biliar, extracción de estructuras parasitarias y coledocostomía; a lo que se adicionó periquistectomía y lobectomía en el 71,4% y 28,6% de los casos respectivamente. La mediana de estancia hospitalaria y seguimiento fue 6 días y 42 meses respectivamente. La MPO fue 28,6% (66,7% de ella, de tipos 1 y 2 de Dindo). **Conclusiones:** La CH como causa de ictericia obstructiva y CAS, se asocia a cifras significativas de MPO y mortalidad.

PREVENCIÓN DE MORBILIDAD POST-OPERATORIA EN CIRUGÍA DE HIDATIDOSIS HEPÁTICA. REVISIÓN GLOBAL DE LA EVIDENCIA

*Carlos Manterola Delgado**

Universidad de La Frontera. Departamento de Cirugía
Centro de Estudios Morfológicos y Quirúrgicos
(CEMyQ).

Introducción: La cirugía de la hidatidosis hepática (HH) no es habitual en hospitales generales; las publicaciones relacionadas son escasas y sus resultados disímiles, en especial respecto de la variable desarrollo de morbilidad post-operatoria (MPO); por ende, resulta complejo establecer medidas tendientes a la prevención de ésta. **Objetivos:** El objetivo de este estudio es determinar las variables asociadas al desarrollo de MPO en pacientes intervenidos quirúrgicamente por HH, con la finalidad de prevenir el desarrollo de ésta. **Material y Método:** Revisión global de la evidencia. Se revisaron las bases de datos Cochrane Database, ePORTUGUESE, IBECS, LILACS, MEDLINE, PAHO, SciELO, WHOLIS; EMBASE y metabuscador TRIPDATASE. Se buscaron revisiones sistemáticas (RS), ensayos clínicos (EC) y estudios observacionales (EO) sin restricción idiomática ni de año de publicación. Las variables de interés fueron clínicas preoperatorias, factores propios del parásito y variables quirúrgicas que podrían influir en el desarrollo de MPO. Posterior a la síntesis y valoración de la evidencia generada por cada artículo seleccionado, se aplicó estadística descriptiva, con cálculo de medidas de tendencia central y dispersión. **Resultados:** Se identificaron 630 artículos, 96% eran series de casos y revisiones narrativas (evidencia 4 y 5). Se encontraron 21 artículos que corresponden

a RS, EC y EO (evidencia 1 a 3). Evidencia tipo 3a sostiene que se puede reducir MPO con equipo con entrenamiento en cirugía hepatobiliar y de HH; con casuística mínima mensual; soporte perquirúrgico y seguimiento clínico. Existen variables preoperatorias asociadas al desarrollo de MPO: Edad, antecedentes de cirugía previa por HH, localización centro hepática, complicaciones evolutivas de la HH (absceso hepático secundario, colangiohidatidosis, tránsito hepatotorácico y siembra hidatídica); y variables intraoperatorias (existencia de comunicaciones biliares, cirugía conservadora, uso de drenes y coledocostomía). Estudios de nivel de evidencia 1b, 2b, 3b y 4. **Conclusiones:** Los estudios analizados son escasos, de calidad metodológica heterogénea y poco concluyentes para aclarar la incertidumbre.

TRASPLANTE HEPÁTICO: EXPERIENCIA EN ÚNICO CENTRO REGIONAL

*Franco Innocenti Castro**, *Ernesto Hinrichs Oyarce*, *Milton Eduardo Inostroza Núñez*, *Carlos Briceño Casas-Cordero*, *María Fernanda Bello Marambio*, *Cristian Ledermann Stutz*, *Militza Romagnoli Razmilic*, *Pablo Saldías Echeverría*

Universidad de Concepción. Universidad de Concepción. Unidad de Trasplante, Hospital Guillermo Grant Benavente Unidad de Trasplante, Clínica Sanatorio Alemán de Concepción.

Introducción: Cada año fallecen 5.000 pacientes en Chile por enfermedades del hígado. De ellos, un 10% es candidato y sólo 50 a 60 pacientes se trasplantan por año, con mortalidad superior al 45% en la lista de espera. Hasta octubre de 2010, sólo existían centros de trasplante hepático en la Región Metropolitana (RM), dificultando aún más el acceso a esta terapia para los pacientes de regiones. **Objetivos:** Describir la experiencia de trasplante hepático en el primer y único centro de referencia de sistema de salud público y privado de regiones. **Material y Método:** Serie de casos. Se analiza base de datos de pacientes enlistados entre los años 2010 y 2016. Se describe características de los pacientes en la lista de espera, evolución y resultados de todos aquellos evaluados en la Unidad de trasplante del Hospital Regional y sometidos a trasplante hepático en Sanatorio Alemán de Concepción mediante convenio con el sistema público o privado de salud. Se realiza estadística descriptiva y curvas de supervivencia Kaplan-Meier. **Resultados:** Se trasplantan 16 pacientes de 37 enlistados (43%). 7/16 (43%) son urgencias que equivalen a Meld score > 30, con edades entre 1 y 64 años. La supervivencia de pacientes e injerto al año post-trasplante es de 81% y 76% respectivamente, con media de seguimiento de 3,8 años (1 mes-6,5

años). **Conclusiones:** Los resultados de trasplantados de la lista de espera, supervivencia de paciente e injerto de nuestro centro son comparables a las series nacionales e internacionales. Creemos que esta experiencia es una prueba de factibilidad de terapias de alta complejidad y permite argumentar políticas de desarrollo que beneficien a nuestra población de regiones.

CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR. ¿LA PERFORACIÓN DE LA PARED, JUEGA UN ROL EN EL PRONÓSTICO?

*Xabier de Aretxabala Urquiza**, *Marcelo Vivanco Lacalle*, *Nicolás Solano Valencia*, *Guillermo Rencoret Palma*, *Luis Manriquez Chau*, *Oriana Valenzuela Castro*, *Juan Christian Hepp Kuschel*, *Iván Roa Esterio*
Clínica Alemana. Departamento de Cirugía. Hospital Fuerza Aérea de Chile, Hospital Quillota, Creative Bioscience.

Introducción: En relación al cáncer vesicular, debido a que la perforación de la pared de la vesícula es frecuente durante la colecistectomía laparoscópica, es necesario conocer el efecto que este hecho pudiese tener en el pronóstico de los pacientes. **Objetivos:** Evaluar el efecto en el pronóstico de la perforación de la pared. **Material y Método:** Se estudia una serie de 400 pacientes portadores de un cáncer de vesícula potencialmente resecable registrados de manera prospectiva. La comparación entre variables fue analizada empleando el método de Wilcoxon y el χ^2 . Las curvas de supervivencia fueron construidas empleando el método de Kaplan-Meier y la diferencia entre las curvas utilizando el método log-rank. **Resultados:** Se estudiaron 94 pacientes portadores de un cáncer de vesícula potencialmente curativos diagnosticados luego de una colecistectomía laparoscópica. En 22 (23,4%), se describió perforación de la pared. 67 pacientes fueron reoperados; 13 pertenecientes al grupo de perforados y 54 al grupo sin perforación. No existió diferencias en resecabilidad entre ambos grupos. Al momento del reporte, 33 pacientes han fallecido, no observando diferencias en mortalidad entre el grupo con y sin perforación. Para estudiar el rol de la magnitud de la perforación en el pronóstico, evaluamos al conjunto de pacientes en quienes aparte de perforación, existió caída de cálculos a la cavidad abdominal. Este grupo de pacientes, presentó una supervivencia significativamente inferior cuando fueron comparados con el grupo sin perforación y con el grupo con perforación sin caída de cálculos. **Conclusiones:** De nuestros resultados, es posible observar que la perforación de la pared vesicular durante la colecistectomía laparoscópica es común. Este hecho en pacientes portadores de cáncer vesicular, puede afectar el pronóstico cuando el derrame biliar es importante.

PACIENTES DE ALTO RIESGO PARA CÁNCER DE MAMA HEREDITARIO. EXPERIENCIA EN CLÍNICA DÁVILA

Marcela Amar Catalán*, Militza Petric Guajardo,
Jeanne Carla Palet Olguín, Ana María Donoso Rojas,
María José Mullins Pardo
Clínica Dávila. Cirugía de Mamas.

Introducción: El cáncer de mama hereditario (CMH) corresponde al 5 a 10% de todos los cánceres de mama (CM). Su diagnóstico se confirma con el estudio genético (EG) realizado en pacientes de alto riesgo (AR), e implica un enfrentamiento distinto en el manejo clínico. Incluye el proceso de asesoramiento genético (AG), seguimiento y medidas de reducción de riesgo en pacientes con mutación genética diagnosticada, y pesquisa de portadores sanos en la familia. **Objetivos:** Identificar las pacientes de AR para CMH. Realizar EG a pacientes de AR. Realizar conductas terapéuticas y de disminución de riesgo a pacientes con CM portadoras de una mutación genética y a las portadoras sanas. **Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectiva y serie de casos. Se incluyeron pacientes con CM tratadas en Clínica Dávila, desde noviembre de 2014 a julio de 2016, que tuvieran indicación de AG para precisar el riesgo de acuerdo a guías clínicas internacionales. Todos los casos fueron discutidos en comité especializado para definir indicación de EG. Los EG se realizaron en distintos laboratorios: Clínica Las Condes, Universidad de Chile, Myriad e Invitae. Datos analizados con Excel-2016. Estadística descriptiva. **Resultados:** En el período de estudio, 64 pacientes fueron derivadas a AG. A 24 se les realizó EG. Hubo 8 pacientes con mutación genética: 7 con mutación en BRCA1, y una mutación en BRCA2. Además, se detectó una variante de significado incierto. Se realizó EG en familiares probables portadores de la mutación y en aquellos portadores obligados, encontrándose 2 familiares portadores sanos que fueron incorporados a control con protocolo de altísimo riesgo y AG. **Conclusiones:** El CMH es una patología poco frecuente hasta ahora en nuestro medio. En nuestra experiencia, el EG con resultado positivo (mutación patogénica) cambió el enfrentamiento clínico-terapéutico en todas las pacientes con CM y permitió la pesquisa de portadores sanos de altísimo riesgo.

RESULTADOS HISTOPATOLÓGICOS DE BIOPSIAS PERCUTÁNEAS MAMARIAS REALIZADAS EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE PATOLOGÍA MAMARIA DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE, ENTRE ENERO DE 2010 Y ENERO DE 2014

Yocelyn Palta López, Marcia Valenzuela Díaz,
Francisco Jofré Campos*, Susan Retamal Brendel
Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar). Unidad de Patología Mamaria.

Introducción: Las biopsias percutáneas guiadas por algún método imagenológico son la herramienta diag-

nóstica de primera elección frente a una lesión mamaria sospechosa de malignidad, entregando un resultado histológico a través de una técnica más económica y menos invasiva. **Objetivos:** Analizar los resultados de los hallazgos anatómo-patológicos de biopsias percutáneas realizadas a pacientes de la Unidad de Patología Mamaria (UPM) del Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, y su concordancia en relación al resultado histológico de la biopsia quirúrgica o seguimiento. Como objetivo secundario, establecer el porcentaje de biopsias con resultado benigno o maligno realizadas a pacientes con lesiones mamarias sospechosas catalogadas como BI-RADS® 3, 4, o 5. **Material y Método:** Estudio de cohorte retrospectivo. Se analizaron biopsias percutáneas mamarias guiadas por ecografía (Core) y estereotáxicas digitales (BED) realizadas a pacientes de UPM del Hospital Dr. Gustavo Fricke entre enero de 2010 a enero de 2014, con seguimiento de 1 año. Los datos fueron incorporados a tablas en el sistema Microsoft Excel 2011 y análisis estadístico con el programa Stata 12 para obtención de resultados: concordancia, Odds Ratio (OR), intervalo de confianza, sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo. **Resultados:** El total de biopsias Core fue 722, y de BED 223. En el 50,42% de las Core se obtuvo un resultado benigno, versus un 49,58% que fue maligno. En las BED un 73,54% resultaron benignas, en comparación a un 26,46% de malignas. Hubo concordancia en un 94,74% de las biopsias Core. En un 4,43% de ellas fue falso negativo, y un 0,83% correspondió a subdiagnóstico. En las BED un 94,62% fue concordante, y hubo un 0,9% de falsos negativos y un 4,48% de subdiagnósticos. **Conclusiones:** La biopsia percutánea es una herramienta útil y segura para los pacientes de nuestro centro, presentando falsos negativos y subdiagnósticos en rangos bajos y comparables a los registrados en la literatura.

BIOPSIA DE LINFONODO CENTINELA EN CÁNCER DE MAMA: EXPERIENCIA DE 2 AÑOS EN EL HOSPITAL DE COYHAIQUE

Javier Alejandro Del Valle Pérez*, Carlos Loyola
Rehbein, Diego Mauricio Acosta Gallegos,
Pedro Pablo Pinto Guerrero
Hospital Regional (Coyhaique). Servicio de Cirugía Adultos. Universidad Austral de Chile.

Introducción: La cirugía continúa siendo un pilar fundamental en el tratamiento del cáncer de mama, y el estado linfonodal axilar comprende un importante factor pronóstico de esta enfermedad. Actualmente la biopsia de linfonodo centinela ha reemplazado a la disección axilar como el estándar de evaluación del estado linfonodal en pacientes con axila clínicamente negativa. Presentamos la experiencia de 2 años de biopsia de linfonodo centinela por cáncer de mama

en el Hospital de Coyhaique. **Objetivos:** Describir los resultados de la implementación de la técnica de BLNC en el manejo quirúrgico de pacientes con cáncer de mama tratadas en el Hospital de Coyhaique. **Material y Método:** Estudio con diseño de corte transversal, de estadística descriptiva, incluyendo pacientes sometidas a cirugía por cáncer de mama entre los años 2014 y 2015 en el Hospital de Coyhaique. **Resultados:** Se rescataron datos de 34 Pacientes sometidas a cirugía por cáncer de mama en el período comprendido entre enero de 2014 y diciembre de 2015. Se realizó BLNC con técnica de Azul de Isosulfán en 20 casos (58,8%). Todas las pacientes presentaron criterios de inclusión acorde a las recomendaciones de la guía clínica ASCO 2005 y de la NCCN. En todos los casos la muestra fue enviada a biopsia rápida y diferida. Se obtuvo un resultado positivo para metástasis en 5 casos (25%). Todos los casos con BLNC positiva se sometieron a disección axilar formal en el mismo tiempo operatorio, identificando compromiso linfonodal adicional en 2 casos. No se logró identificación de BLNC en 1 caso, otorgando una tasa de identificación del 95%. **Conclusiones:** Durante el período comprendido entre los años 2014 y 2015 se efectuaron 20 biopsias de linfonodo centinela por cáncer de mama en el Hospital de Coyhaique, alcanzando una adecuada tasa de identificación para los estándares actuales.

QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN CÁNCER DE MAMA. EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE (SSMSO) ENTRE LOS AÑOS 2014-2016

Militza Petric Guajardo, Raúl Martínez Rogers, Mariana Valenzuela Giesen, Ximena Mimica Silva, Fernando Cádiz Val, Alejandra Quintas Wittwer, Julieta Robin Delfino, Christina Adaniel, Francisco Acevedo Claros*

Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto). Unidad de Oncología Mamaria, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Hospital Padre Hurtado y Hospital de La Florida.

Introducción: La quimioterapia neoadyuvante (QTN) mejora los resultados quirúrgicos del cáncer de mama (CM) y tiene valor pronóstico. **Objetivos:** Mostrar la experiencia y evaluar resultados con el uso de QTN en CM. **Material y Método:** Estudio descriptivo, corte transversal. Se analizó base de datos de pacientes con CM del SSMSO entre 2014 y julio de 2016. Los subtipos clínico-patológicos fueron definidos según expresión de Receptores Estrógeno (RE), Receptores Progesterona (RP), Receptor Factor de Crecimiento Epidérmico tipo2 (HER2) y Grado Histológico (GH): Luminal A (LA), RE y/o RP positivo, HER2 negativo, GH 1o2; Luminal B (LB), RE y/o RP positivo, HER2 negativo o positivo y/o GH3; triple negativo (TN), RE,

RP y HER2 negativo; HER2 enriquecido (HER-2), RE y RP negativos y HER2 positivo. Se definió respuesta patológica completa (pRC) como ausencia de células invasoras en mama y axila. Se utilizó programa SPSS 21.0, estadística descriptiva. **Resultados:** Se diagnosticaron 667 pacientes con CM, 627 (94,0%) eran etapas I a III. De éstas, 141 recibieron QTN (22,5%), en comparación con pacientes que no recibieron QTN, eran más jóvenes, tenían mayor compromiso ganglionar, etapas más avanzadas, menor expresión de RE y mayor sobreexpresión de HER2. Las que recibieron QTN se clasificaron según subtipos: LA 12,6%, LB 39,4%; HER-2 18,1% y TN 29,9%. Del grupo total, más del 50% de los tumores TN o HER-2 recibieron QTN. La tasa de pRC fue de 33,0%. Hubo variabilidad según subtipos: pRC de 7,7% en LA; 17,9% en LB, 70,6% en HER-2 y 35,5% en TN. El análisis multivariado reveló que la edad, el GH y el subtipo se correlacionaron en forma independiente con pRC. **Conclusiones:** El uso de QTN ha aumentado en nuestro Servicio. La mayoría de los subtipos agresivos son tratados con QTN. La tasa de pRC varía según subtipos. A largo plazo evaluaremos si este hallazgo tendrá impacto en sobrevida.

TELORRAGIA COMO APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA A CÁNCER DE MAMA

Valentina Salvador Uauy, Jamile Camacho Neira, Fernando Cádiz Val, Eleonora Horvath Horvath, Carla Darras Ismael*

Clínica Alemana. Centro de La Mama. Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo.

Introducción: La telorragia es 5% de las consultas. La mayoría son manifestación benigna, 50% papiloma intraductal. Malignas son 15%, hasta 60% con nódulo palpable. El estudio se inicia con mamografía: baja sensibilidad para lesiones pequeñas, intraductales, no calcificadas o dilatación de conductos galactóforos. Sólo 50% con telorragia tienen anomalías. La ecografía detecta lesiones falsamente negativas en mamografía. Ambas imágenes negativas no excluyen el diagnóstico; 10% de error. La resonancia magnética (RM) no es de rutina; sensibilidad es 96-100%, detecta cánceres *in situ* no calcificados. Es la mejor técnica para caracterizar extensión. La galactografía, en desuso, es invasiva e inespecífica. **Objetivos:** Caracterizar a los pacientes con telorrea que consultan en Clínica Alemana de Santiago (CAS), en 2015-2016. Hipótesis: telorrea es sospechosa de carcinoma ductal *in situ* (CDIS) y la RM es específica en diagnosticar dichas lesiones. **Material y Método:** Estudio retrospectivo, descriptivo. Recopilación de datos de pacientes con telorrea de comité del Centro de la Mama de CAS. Variables: edad, secreción, imágenes, histología, etapa de cáncer. **Resultados:** Total de 10 pacientes consultan por telorrea en CAS, promedio de edad 42,8

(8-65) años. Ocho con cáncer, las imágenes fueron: 6 mamografías, 7 ecografías y 6 RM. Detectabilidad por mamografía: 33% (2/6), presentados como tenues microcalcificaciones agrupadas. La ecografía detectó en 85% (6/7), principal alteración es dilatación de conductos (83%) y nódulos altamente vascularizados (17%). En RM, 83% fue diagnóstica, con hallazgo de captación tipo masa de distribución segmentaria. Todas las pacientes fueron etapa 0 con CDIS. **Conclusiones:** La telorragia es poco frecuente pero sospechosa. El flujo de imágenes debe seguir su curso habitual a pesar de la baja sensibilidad de la mamografía, pues la ecografía es capaz de demostrar hallazgos sutiles que harán mayor la sospecha de un proceso patológico subsecuente. La RM es complementaria, pero de mayor sensibilidad para lesiones vascularizadas. Se recomienda cuando estudios convencionales no demuestran alteración.

LESIÓN MUCOCELE-LIKE DE LA MAMA: EXPERIENCIA EN CLÍNICA ALEMANA DE SANTIAGO

Eugenio Román Lucero, Miliza Romagnoli Razmilic,
Marcela Paz Gallegos Angulo, Jamile Camacho Neira*
Clínica Alemana. Unidad de Mama.

Introducción: Las Lesiones Mucocèle-Like de la mama (MLL), corresponden a dilataciones quísticas revestidas de epitelio plano o cuboideo, con extravasación de mucina en el estroma. Su manifestación

más frecuente son las microcalcificaciones. Dado su asociación a lesiones de alto riesgo (LAR) como Hiperplasia Ductal Atípica (HDA), Atipia Epitelial Plana (AEP), además de Carcinoma ductal *in situ* (CDIS) y Carcinoma Mucinoso (CM), su manejo actual ha sido la cirugía luego del diagnóstico en una biopsia estereotáctica o Core. **Objetivos:** Evaluar nuestras pacientes con diagnóstico de MLL, su asociación a LAR y resultado quirúrgico final. **Material y Método:** Se realizó un estudio retrospectivo, donde se analizó la base de datos del Servicio de Anatomía Patológica de Clínica Alemana de Santiago. Estas fueron biopsias mínimamente invasivas, siendo realizadas entre los años 2003 a 2016. Se utilizó el análisis estadístico de χ^2 . **Resultados:** Se encontraron 46 pacientes con diagnóstico histológico de MLL (0,45%) del total de biopsias mínimamente invasivas. El promedio de edad fue 49,8 años. En 31 casos (67,4%) el diagnóstico se realizó mediante una biopsia estereotáctica por manifestación de microcalcificaciones BIRADS 4. En las 15 pacientes restantes las MLL estuvo como diagnóstico asociado a otras LAR y/o CDIS o cáncer de mama, por lo que se excluyeron del estudio. De los 31 pacientes, 14 pacientes fueron operadas; 7 se mantuvieron como MLL; 2 se asoció a HDA y 3 a una AEP. Hubo 2 casos de CDIS, donde el diagnóstico previo de MLL en la biopsia estaba asociado a HDA y AEP. **Conclusiones:** Nuestros resultados no difieren de las últimas series presentadas en la literatura, las cuales muestran que las lesiones puras de MLL sin LAR en biopsia previa podrían seguirse y no operarse dado la baja asociación a cáncer.

NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO, EXPERIENCIA DEL HOSPITAL BARROS LUCO ENTRE EL 2012 Y EL 2016

Carlos Álvarez Zepeda, Valentina Valenzuela Rebolledo, Jasna Radich Radich, Loreto Cecilia Fuschini Villarroel, Bárbara Daniela González Espinoza, Javiera Tapia Gutiérrez, Carlos Cornejo Sanguesa*
Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel).
Cirugía, Cirugía de Tórax. Universidad de Chile,
Universidad de Santiago de Chile.

Introducción: Los neumotórax que no son consecuencia del trauma se denominan neumotórax espontáneos. Cuando estos se presentan en un sujeto con pulmón sin patología evidente se denominan primarios y cuando ocurren como complicación de una enfermedad pulmonar preexistente evidente o conocida se denominan secundarios. Dentro del tratamiento para evitar la recidiva la VTC con resección de bulas y pleurodesis parece ser la más consensuada. **Objetivos:** Presentar la experiencia en el tratamiento de los neumotórax espontáneos en el HBLT entre los años 2012 y 2016. **Material y Método:** Estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo. Se identificaron 66 pacientes de los cuales se revisaron las fichas de 55 pacientes. Se evaluó las variables epidemiológicas, su tratamiento y sus resultados. Se realizó seguimiento en la ficha clínica y en un grupo de pacientes con llamado telefónico. **Resultados:** Se encontraron 20 (36,4%) NEP. La edad promedio fue 23,2 años. 17 (85%) fueron hombres. Doce (60%) pacientes fumaban. Se intervinieron 16 (80%) pacientes, todos por VTC, con una conversión. Hubo una (5%) complicación. No hubo fallecidos. No hubo recidivas en el seguimiento. Se encontraron 35 (63,6%) NES. La edad promedio fue 57 años. Treinta y uno (88,6%) fueron hombres. Treinta y uno (88,6%) fumaban. Se intervinieron 17 (48,5%), 14 por VTC y 3 por toracotomía. Hubo una complicación (5,9%). Hubo una (2,9%) recidiva. Se realizaron 8 (22,9%) pleurodesis por drenaje pleural. Se realizaron 7 parches hemáticos pleurales por filtración aérea persistente. **Conclusiones:** En esta experiencia el tratamiento quirúrgico para evitar la recidiva de ambos neumotórax espontáneos presenta cifras de complicaciones y recidivas concordantes con lo publicado en la literatura médica. La VTC fue la técnica más usada en el NEP y en NES cuando estos tuvieron indicación de cirugía.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL MIXOMA CARDÍACO EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR DEL HOSPITAL LAS HIGUERAS DE TALCAHUANO

Luis Neira Salazar, Gustavo Heriberto Merino Salamanca, Pablo Salazar Elizalde, Joaquín Ignacio Gundelach Muñoz, Eugenio Adrián Sanhueza Herrerros, Enrique Segundo Yanten Valdés, Marcelo Tiznado Castro*
Hospital Las Higueras (Talcahuano). Unidad de Cirugía Cardiovascular.

Introducción: La patología cardíaca neoplásica primaria es de baja incidencia, siendo el mixoma el tipo

histopatológico benigno más frecuente, representando entre el 30% y 50% en distintas series de tumores primarios cardíacos. **Objetivos:** Presentar un análisis descriptivo de los casos de mixoma cardíaco tratados en nuestra institución. **Material y Método:** Estudio retrospectivo. Incluye los pacientes con diagnóstico histopatológico de mixoma cardíaco tratados en nuestro establecimiento, desde noviembre de 2011 hasta junio de 2016. Información recopilada mediante la revisión de la base de datos del equipo y de las fichas clínicas. Análisis de antecedentes demográficos, clínicos, diagnósticos, quirúrgicos e histopatológicos; utilizando estadística descriptiva, como promedio, mediana y sus rangos. **Resultados:** Once pacientes (8 mujeres), edad media de 60 años (44-78). La presentación clínica fue la disnea en el 64% de los pacientes; dos diagnosticados tras estudio etiológico de accidente cerebrovascular. El método diagnóstico fue el ecocardiograma en el 82% de los casos. En el 55%, el tamaño tumoral fue mayor o igual a 45 mm. La aurícula izquierda fue la localización más usual (82%), otras ubicaciones fueron la aurícula derecha y el ventrículo izquierdo. El abordaje transeptal fue utilizado en 8 pacientes; en los restantes se empleó atriotomía izquierda, atriotomía derecha y ventriculotomía izquierda. En todos se realizó la resección del mixoma; cuando el sitio de implantación fue el tabique interauricular (73%), la reparación del defecto se realizó con parche en el 88%. La complicación perioperatoria más frecuente fue la arritmia supraventricular (45%). Un caso de mortalidad post-operatoria inmediata, tras *shock* cardiogénico y falla multiorgánica. El seguimiento promedio fue de 7 meses, sin recurrencias ni mortalidad alejada. **Conclusiones:** Importante casuística reportada a nivel nacional, 11 casos en un período de 4,6 años. Proceder diagnóstico y terapéutico acorde a la evidencia disponible. Resultados comparables a otras series publicadas.

EXPERIENCIA EN TRAUMATISMOS TORÁCICOS PENETRANTES DEL COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSÉ DURANTE EL 2015

Daniel Castellón García, Fernando Cózar Bernal, Ana Isabel Trivino García, Elías Veas Cortés*
Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia).
Cirugía Tórax. Hospital Puerta del Mar. Cádiz, España.

Introducción: Los traumatismos torácicos penetrantes (TTP) son una patología grave y frecuente que pueden ocasionar la muerte del paciente, por lo que suponen un desafío diagnóstico-terapéutico importante para el cirujano. **Objetivos:** El objetivo de este estudio es describir la epidemiología y tratamiento de esta patología en nuestro centro. **Material y Método:** Estudio retrospectivo descriptivo de los TTP presenciados en el Servicio de Cirugía Torácica del Hospital San José entre enero y diciembre de 2015. Se recogieron los

siguientes datos: edad, sexo, mecanismo de lesión, lesiones asociadas, procedimiento realizado, estancia hospitalaria, complicaciones y mortalidad. **Resultados:** Total de 63 pacientes, de los cuales 6 eran del sexo femenino (9,5%) y 57 masculinos (90,4%) con edad media de 25 (rango 15-66) años. El mecanismo de lesión fue por arma blanca en 47 casos (74,6%) y los 16 restantes por arma de fuego (25,3%). Se realizaron 4 toracotomías de emergencias (6,3%) mientras que del resto, sólo 1 caso (1,5%) se trató de manera expectante y el resto, 58 pacientes (92%), se manejó de forma conservadora con drenaje pleural. Existieron 11 casos (17,4%) de complicaciones diferidas que requirieron cirugía, 8 se solucionaron por videotoracosopia y 3 por toracotomías. En 10 casos (15,8%) la lesión torácica fue asociada con lesiones en otros órganos. Se registraron 4 muertes (6,3%), 2 de ellas por penetrantes cardíacas y 2 por lesión de grandes vasos. La estancia media fue de 4 (rango 2-93) días. **Conclusiones:** El TTP es una patología frecuente en nuestro hospital, que afecta principalmente a pacientes jóvenes de sexo masculino. Las lesiones por arma blanca son más frecuentes que las lesiones por arma de fuego. El drenaje pleural fue el tratamiento más frecuente, e incluso único, en la mayoría de los pacientes que presentaron TTP. La complicación más frecuente fue el hemotórax organizado que pudo resolverse por VT.

TIMECTOMÍAS EN MIASTENIA GRAVIS: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL BARROS LUCO; 2003 A 2016

Carlos Álvarez Zepeda, Francisco Moraga Vásquez, Loreto Cecilia Fuschini Villarroel, Carlos Cornejo Sanguesa, Jorge Isla Villanueva, Alejandro Bozzo Martínez*
Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel).
Cirugía, Cirugía de Tórax. Universidad de Chile,
Universidad de Santiago de Chile.

Introducción: La miastenia gravis (MG) es una enfermedad autoinmune de la unión neuromuscular. Existe una clara relación entre el timo y la MG, su alternativa de tratamiento contempla la timectomía. **Objetivos:** Describir la experiencia del Hospital Barros Luco con la timectomía por esternotomía reversa incompleta en pacientes con miastenia gravis. **Material y Método:** Estudio descriptivo, retrospectivo, longitudinal. Se revisaron los registros de los timectomizados entre 2003 y 2016 con el diagnóstico de MG. Se estudiaron las variables demográficas, los hallazgos histológicos y resultados. Para la bibliografía se realizó una búsqueda a través del Catálogo Bello, PubMed, LiLacs y Scielo sin restricción de tiempo o idioma. **Resultados:** Hubo 58 timectomías, incluyéndose 39 que tenían registro completo. Veintiséis (66%) mujeres y 13 (34%) hombres. La edad varió entre 15 y 74 años (me 40 años). La comorbilidad más frecuente fue hipertensión arterial en

3 (7%). El Osseman prequirúrgico fue 17 (43,6%) IIB, 13 (33,3%) IIA, 5 (12,8%) I y 4 (10,3) III. La histología fue en 30 (76,9%) casos benigna, en 2 (5,1%) maligna y en 3 (7,7%) tejido tímico normal. El diagnóstico más frecuente fue hiperplasia tímica en 25 (64,1%) casos. El abordaje quirúrgico fue en todos abierto por esternotomía reversa incompleta. La clasificación de De Filippi en el seguimiento post-cirugía fue 1 (2,6%) clase I, 14 (35,9%) clase II, 23 (59%) clase III y 1 (2,6%) clase IV. Hubo 11 (28,2%) complicaciones, 5 (12,8%) neumonías, 4 (10,3%) Infección de la herida operatoria superficial y 1 (2%) insuficiencia respiratoria severa. No hubo mortalidad. **Conclusiones:** En esta experiencia la histología más frecuente fue la hiperplasia tímica. La mejoría según De Filippi fue en el 97,4% de los pacientes. La cirugía abierta fue una herramienta útil, con baja morbilidad y sin mortalidad comparable a cifras internacionales.

ENFERMEDAD DE CASTLEMAN UNICÉNTRICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Diana Parrales Matute, Guillermo Cacciutolo Peralta, Dimitrije Pavlov Leiva, Oriana Urbina Collao*
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y
Cirugía Torácica. Cirugía Torácica.

Introducción: La enfermedad de Castleman es un desorden linfoproliferativo raro, infrecuente, de localización diversa; que engloba tres subtipos histológicos, cada uno con un amplio y distinto espectro de expresión clínica, así como pronóstico muy variable. **Objetivos:** Aportar evidencia y analizar un caso clínico de enfermedad de Castleman; así como su presentación clínica, y manejo clínico-quirúrgico multidisciplinario. **Material y Método:** Mujer de 19 años de edad, sin antecedentes patológicos clínicos ni quirúrgicos, asintomática; durante chequeo médico rutinario se encuentra incidentalmente masa en hilio pulmonar derecho, la cual se corrobora con tomografía torácica que reporta: masa de 2,5 cm, probablemente de origen ganglionar hilar derecha, en relación a la raíz del segmento anterior del lóbulo superior derecho. Hemograma y química sanguínea dentro de parámetros normales, serología VIH negativa. TAC Cerebro, Abdomen y pelvis normales. Tras dos intentos fallidos de biopsia transbronquial mediante citología Wang y EBUS, se programa toracotomía derecha, por relación firme y directa con arteria y venas pulmonares superiores se realiza lobectomía superior derecha. Biopsia definitiva reportó: Enfermedad de Castleman variante hialino vascular. **Resultados:** Evolución post-operatoria favorable, sin complicaciones. Es dada de alta a los 8 días de su ingreso. Se decide en comité oncológico hospitalario manejo multidisciplinario con controles periódicos con cirugía torácica, hematología y oncología. **Conclusiones:** Debido a la escasa casuística mundial de enfermedad de Castleman, en sus

diversos tipos histológicos aún no existe un consenso universal para su tratamiento. El caso presentado al ser unicéntrico y pertenecer a la variante histológica con mejor pronóstico, estaría resuelto de manera definitiva con el tratamiento quirúrgico realizado. Sin embargo, por el comportamiento incierto, aún en estudio, de la patología es importante el seguimiento subsecuente multidisciplinario con los servicios involucrados; así como documentar la opción terapéutica brindada, con resultado exitoso hasta la fecha.

BIOPSIAS PULMONARES PERCUTÁNEAS GUIADAS POR TOMOGRAFÍA COMPUTADA: EXPERIENCIA CLÍNICA EN HOSPITAL GUSTAVO FRICKE. VIÑA DEL MAR 2015-2016

Francisco Xavier Báez Rojas*, Nicole Alejandra Carriel Peña, Camilo Cavalla Castillo, Raúl Hernán Oyarce López, Rafael Antonio Castellón Siles
Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar). Servicio de Cirugía Adultos Servicio de Imagenología. Universidad de Valparaíso.

Introducción: El cáncer pulmonar, dentro de la patología neoplásica es una de las enfermedades que más causa muertes en la población adulta de nuestro país y el mundo. Al no tener disponibilidad de métodos de *screening* adecuados para su pronta detección en población de riesgo, generalmente se llega a un diagnóstico tardío de esta enfermedad. Dentro de los métodos de diagnóstico, el uso de la TC y PET CT y la posibilidad de obtener diagnóstico histopatológico a través de PAAF ha logrado poder direccionar el tratamiento adecuado en estos pacientes. **Objetivos:** Evaluar características de los pacientes, sus complicaciones, necesidad de pleurotomía/hospitalización luego de procedimiento y concordancia histológica en aquellos candidatos a cirugía. **Material y Método:** Estudio de corte transversal. Estadística descriptiva: Se evaluaron el total de pacientes sometidos a biopsias percutáneas entre el 2015 hasta junio de 2016, los cuales fueron seleccionados mediante revisión en comité oncológico previo a procedimiento. Se incluyeron pacientes sin patología pulmonar avanzada, con lesiones nodulares sospechosas periféricas mayores a 1,5 cm idealmente en campos inferiores, lejos de estructuras vasculares y bronquiales potencialmente puncionables, con recuento plaquetario > 50.000 y protrombina > 50%. Candidatos sometidos a procedimiento fueron evaluados con TC posterior a toma de biopsia con control radiográfico en 2 semanas para evaluación de complicaciones. **Resultados:** Total de pacientes: 54. Promedio de edad: 63,8 años; 57,4% hombres. Biopsias efectivas: 48 (88%). Complicaciones 11 (22,9%): neumotórax 10 (21%); Hemorragia 1 (2,08%). Tubo pleural 3 (6,25%). Histología: Adenocarcinoma 17 (35,41%); Ca. Epidermoide 7 (14,58%). Candidatos

a cirugía: 12 (25%); inoperables 2 (4,16%). Concordancia histológica 10 (100%). **Conclusiones:** Biopsia transtorácica es una buena herramienta para el diagnóstico histopatológico de pacientes con sospecha de malignidad. En nuestra unidad, las complicaciones derivadas están bajo los reportes internacionales (15% vs 10%), con concordancia porcentual en necesidad de instalación de tubo pleural.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y SOBREVIVIDA DE LOS DERRAMES PLEURALES DE ETIOLOGÍA NO PRECISADA QUE DEBEN SOMETERSE A VIDEOTORACOSCOPIA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DR. HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA DE TEMUCO (HHHA) ENTRE LOS AÑOS 2011 Y 2015

Roberto Andrés Durán Fernández*, Álvaro Enrique Visscher Oyaneder, Verónica Fonseca Salamanca, Sonia Curitol Sánchez, Luis Arratia Torres, Daniela Alejandra Inostroza Ferrari, Fernando Barrientos Cantn, Walterio Muñoz Castillo
Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco). Cirugía. Universidad de La Frontera.

Introducción: Establecer la causa del derrame pleural (DP) es un desafío clínico. Los exudados de etiología desconocida (DPED) definidos como el DP que a pesar de una correcta anamnesis, examen físico, imagenología y toracocentesis no permite determinar un diagnóstico preciso, requieren complementar el estudio con biopsia pleural (BP) para aclarar el diagnóstico, existen distintas técnicas como biopsia a ciegas, biopsia guiada por imágenes y videotoracoscopia (VATS), siendo esta última la de elección y la utilizada en nuestro centro. **Objetivos:** Establecer perfil epidemiológico y supervivencia de los DPED que deben someterse a videotoracoscopia. **Material y Método:** Serie de casos retrospectiva. Recopilación de datos de registro de ficha clínica de pacientes sometidos a VATS con diagnóstico preoperatorio DPED por el equipo de Cirugía de Tórax del HHA entre los años 2011 y 2015. Los datos fueron analizados utilizando programa estadístico. **Resultados:** 71 pacientes intervenidos (50,7% mujeres), edad $60 \pm 14,1$ años, tabaquismo presente en un 30%, neoplasia previa en un 39,4% y de los cuales un 42% presentaron una BP positiva para neoplasia. El promedio desde inicio de los síntomas hasta la VATS es 2,3 meses. La histología más frecuente es carcinoma mamario 27%. La media de supervivencia en DP neoplásico vs no oncológico es de 11 y 33 meses respectivamente ($p < 0,01$). Se realizó 23 pleurodesis de un universo de 44 pacientes con cáncer demostrado, la supervivencia con pleurodesis es de 7,7 meses vs 12,8 meses cuando no se realizó ($p 0,61$). No hubo diferencias en supervivencia al comparar por género, edades e ingreso (electivo/urgencia). **Conclusiones:** En la serie de HHA los pacientes hospitaliza-

dos con diagnóstico de DPED en los cuales se certifica la presencia de cáncer con biopsia a través de VATS tienen tasas de supervivencia menores con respecto a los que no se certifica cáncer. No existen diferencias en supervivencia al comparar por otras variables.

VENTANAS PERICÁRDICAS REALIZADAS POR VIDEOTORACOSCOPIA. SERIE DE CASOS TRATADOS EN HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE ENTRE EL 2009 Y 2015

Francisco Xavier Báez Rojas, Camilo Cavalla Castillo, Nicole Alejandra Carriel Peña, Raúl Hernán Oyarce López*
Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar). Servicio Cirugía Adultos. Universidad de Valparaíso.

Introducción: El derrame pericárdico es una manifestación de diversas patologías que abarcan desde la pericarditis hasta enfermedades sistémicas complejas, variando su presentación clínica según la cuantía y el tiempo de progresión. El tratamiento del derrame varía según la repercusión hemodinámica secundaria; el control y manejo de la patología subyacente. En el caso de derrames refractarios y/o crónicos, la cirugía sirve como tratamiento definitivo, paliativo y diagnóstico en algunos casos. **Objetivos:** Describir la casuística disponible de pacientes intervenidos de ventana pericárdica por videotoracoscopía para manejo de derrame pericárdico en Servicio de Cirugía Hospital Dr. Gustavo Fricke entre el 2009 y 2015. **Material y Método:** Estudio de serie de casos. Evaluación del total de pacientes intervenidos entre enero de 2009 y diciembre de 2015. Análisis descriptivo en relación a edad, sexo, comorbilidades, sintomatología de ingreso, derrame pleural concomitante, pericardiocentesis previa, días de estadía pre/post-operatoria; diagnóstico histológico y supervivencia a los 30 y 150 días tras intervención. **Resultados:** 13 pacientes intervenidos, 7 (53,84%) hombres, 6 (46,15%) mujeres. El 38% (5) cardiopatas, 23% (3) con ERC y 38% (5) con neoplasia. El 30,7% (4) fueron ingresados por derrame pericárdico sin tamponamiento, 15% (2) por tamponamiento cardíaco y el 53,8% (7) por derrame pericárdico y pleural concomitante. Estudio imagenológico realizado en 100% de los pacientes; 92% (12) con ecocardiograma, y 30% (4) de los pacientes se realizó TC de tórax, reportándose derrame severo en un 53,84% (7). Pericardiocentesis evacuadora previa en 30,7% de los pacientes. Un 84,1% (11) presentó mejoría clínica post-intervención; sólo 1 ingreso a UCI. Supervivencia a los 30 y 150 días de 90 y 85% de los pacientes respectivamente. **Conclusiones:**

El abordaje toracoscópico para el tratamiento definitivo del derrame pericárdico es una herramienta segura y de óptimos resultados clínicos reportados en las diferentes series publicadas, lo que concuerda con nuestro análisis descriptivo.

SOBREVIDA A LARGO PLAZO DEL CÁNCER DE PULMÓN EN CLÍNICA SANTA MARÍA

Rubén Alejandro Valenzuela Matamala, Claudio Miguel Suárez Cruzat, Mauricio Javier Fica Delgado, Francisco Suárez Vásquez, Rodrigo Pablo Aparicio Ramírez, Virginia Linacre Sandoval, José Luis Lobos Galilea, Rodrigo Villarroel Fariás*
Clínica Santa María. Cirugía de Tórax.

Introducción: El cáncer de pulmón es la primera causa de muerte por cáncer a nivel mundial. La sobrevida a largo plazo es un resultado importante de las terapias en oncología. En etapas precoces permite evaluar la calidad de los servicios quirúrgicos oncológicos y en etapas avanzadas permite evaluar la calidad de los equipos multidisciplinarios. Se presentan los resultados de Clínica Santa María en pacientes con cáncer de pulmón. **Objetivos:** Describir resultados de los pacientes con diagnóstico de Cáncer de Pulmón No Células Pequeñas, tratados por el equipo de Cirugía Torácica de Clínica Santa María, durante el período enero de 2011 a julio de 2016. **Material y Método:** Todos los pacientes con diagnóstico de Cáncer de Pulmón No Células Pequeñas tratados por el equipo de Cirugía Torácica durante el período enero de 2011 a julio de 2016 fueron ingresados en forma prospectiva y consecutiva a una base de datos web. Se registraron datos demográficos, clínicos y patológicos, así como todos los eventos del seguimiento. Se muestra un análisis estadístico descriptivo de variables clínicas y demográficas, y la sobrevida a 5 años. **Resultados:** Se incluyen 313 pacientes, cuya mediana de edad fue 65 años, siendo el 48,6% mujeres. Adenocarcinoma fue la histología más frecuente (78,9%). Etapa I 48,6%, Etapa II 9,27%, Etapa III 14,8% y Etapa IV 26,5%. Tiempo medio de seguimiento 50 meses con una sobrevida media de 99 meses. Sobrevida general a 5 años fue 63,7%, y por etapas: Etapa I 91,4%, Etapa II 63,7%, Etapa III 44,3% y Etapa IV 19,1%. Sobrevida en Adenocarcinoma es de 64%. **Conclusiones:** El perfil epidemiológico de nuestros pacientes es similar a lo publicado en la mayoría de las series mundiales. Creemos que la sobrevida de esta serie son superiores a la mayoría de las publicaciones internacionales debido al alto porcentaje de pacientes en etapas precoces, la etapificación exhaustiva y un adecuado tratamiento multidisciplinario.

UTILIZACIÓN DEL *PACKING* ABDOMINAL EN TRAUMA MAXILOFACIAL UNA NUEVA APLICACIÓN

Sebastián Andrés Hugo Von Mühlenbrock*,
Gonzalo Guijón Carvajal Guijón

Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río
(Santiago, Puente Alto). Servicio de Cirugía y Urgencia
Adulto.

Introducción: El control de daños (CD) se define como la implementación de la reanimación inicial y las medidas quirúrgicas con las cuales no se intenta reparar el daño sino solamente restaurar las funciones fisiológicas básicas. Es de vital importancia, en el politraumatizado. En el trauma maxilofacial, con hemorragia masiva, el CD incluye varias etapas. La primera incluye, asegurar la vía aérea con intubación orotraqueal, crico o traqueostomía, hemorragia controlada por taponamiento nasal, embolización o ligadura selectiva de la arteria carótida externa. Pero esto requiere algunas condiciones especiales. **Objetivos:** Presentar una nueva técnica. **Material y Método:** De forma retrospectiva, se revisó la literatura existente, y presenta caso clínico. El análisis es de tipo descriptivo. **Resultados:** Paciente de 38 años ingresa a reanimador con herida facial por escopeta, al ingreso vigil, con lenguaje ininteligible con apertura ocular derecha espontánea, inestable hemodinámicamente; se logra intubar, se objetiva sangrado masivo en toda la herida facial la cual presenta gran pérdida de partes blandas y óseas, se decide exploración en pabellón, se ligan tres arterias, paciente inestable, en *shock* hipovolémico, persiste sangrado en napa de diferentes sitios, se objetiva gran pérdida de elementos óseos, lo que hace imposible lograr cobertura ni reparación con osteosíntesis. Y es imposible realizar un taponamiento nasal. Se decide aplicar técnica de control de daño de cirugía abdominal, realizando un packing facial, lo que permite aproximar restos de piel sobre compresas y detener en sangrado en napa, se traslada a UCI, y eventual reparación una vez estable y con el personal idóneo. **Conclusiones:** Sólo esta descrito el taponamiento nasal anterior o posterior, no hay referencias al uso de compresas en la cara, siendo este el primer caso descrito en la utilización de esta técnica de cirugía en trauma maxilofacial. Es una herramienta útil, sencilla, reproducible por cualquier cirujano en los Servicios de Urgencia de cualquier hospital.

TERAPIA ENDOVASCULAR EN TRAUMA VASCULAR PERIFÉRICO

Juan Marín Peralta*, Ricardo Alejandro Olgún Leiva,
María Ignacia Villablanca Riveros, Eitan David
Schwartz Yuhaniak, Enrique Ceroni Fuentes,
Cristian Alfredo Marín Heise

Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río (Santiago). Servicio de Cirugía. Universidad Finis Terrae, Hospital Militar de Santiago.

Introducción: El manejo del trauma vascular tradicionalmente ha sido la cirugía abierta, la cual no se encuentra exenta de complicaciones y mortalidad. A partir de la década del 90, aparece la terapia endovascular para el manejo del trauma vascular periférico, la cual ofrece numerosas ventajas sobre la cirugía abierta. Actualmente hay pocos trabajos y series reportados. En relación a la cirugía abierta, nos encontramos con múltiples dificultades técnicas como extensas incisiones y hematomas, difíciles accesos y daño a tejido blando adjunto. **Objetivos:** Presentar nuestra experiencia en manejo endovascular de trauma vascular periférico. **Material y Método:** Análisis retrospectivo de casos tratados con sus respectivos registros desde 2012 a la fecha. Seguimiento desde 3 meses hasta la fecha actual. 15 casos tratados: 4 seudoaneurismas de arterias tibiales, 2 seudoaneurismas de subclavia, 1 seudoaneurisma de arteria femoral superficial, 1 seudoaneurisma gigante de arteria poplítea, 1 FAV de vasos poplíteos, 2 FAV asociados a seudoaneurismas de femoral superficial y vasos iliacos, 1 caso de catéter tunelizado para hemodiálisis colocado en la arteria subclavia, 1 caso de catéter central puesto en la arteria subclavia, 1 caso de oclusión aguda de arteria poplítea asociado a fractura por trauma contuso y 1 caso de lesión de tronco venoso braquiocefálico por catéter tunelizado de HD. **Resultados:** Son 15 pacientes con lesiones iatrogénicas, penetrantes y por trauma contuso. Se utilizaron coils para embolizar los seudoaneurismas de arterias tibiales, stentgraft en seudoaneurisma asociado a FAV y seudoaneurisma femoral, stent para permeabilizar oclusión arterial aguda y balonización para tratar seudoaneurisma de subclavia por catéter central. La extracción de catéter de HD en arteria subclavia fue manejada mediante stentgraft para sellar la arteria. Todos los pacientes tuvieron buen resultado excepto seudoaneurisma gigante que requirió puente poplíteo tibial. Hubo una complicación en que el seudoaneurisma debió tratar-

se mediante puente popliteotibial por hemorragia a repetición del hematoma secundario. **Conclusiones:** El tratamiento endovascular en trauma vascular periférico constituye una excelente terapéutica con escasa morbilidad y cero mortalidad en este tipo de pacientes. Sin embargo, sus resultados a largo plazo requieren de ulterior investigación, pero nos permitiría resolver estos casos en forma electiva y con menos morbilidad con la cirugía abierta.

VALIDACIÓN DE MODELO DE ENTRENAMIENTO BASADO EN SIMULACIÓN PARA ADQUIRIR HABILIDADES EN TRAUMA COMPLEJO CARDIOPULMONAR

Rubén Darío Ávila Sepúlveda, Pablo Achurra Tirado, Rolando Rebolledo Acevedo, Rodrigo Tejos Sufan, Juan Pablo Ramos Perkis, María Cecilia Muñoz Contreras, Patricio Salas Villarroel, Julián Varas Cohen*
Pontificia Universidad Católica de Chile. Simulación y Centro de Cirugía Experimental UC División de Cirugía Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: El trauma es la primera causa de muerte y de discapacidad en menores de 40 años en nuestro país. Debido a restricciones del horario de los residentes y a las crecientes preocupaciones por la seguridad de los pacientes, los residentes de cirugía tienen cada vez menos exposición a pacientes con trauma grave. La simulación ha demostrado reducir las curvas de aprendizaje de los procedimientos quirúrgicos y podría ser la solución para adquirir las competencias necesarias en el manejo del trauma penetrante cardíaco y pulmonar de los cirujanos recién egresados. **Objetivos:** Validar un modelo de entrenamiento simulado en trauma penetrante cardíaco y pulmonar en un modelo de caja. **Material y Método:** Estudio de corte transversal. Se diseñó un modelo de simulación utilizando corazón perfundido y pulmón ventilado de porcino ex-vivo, aplicando en ambos una herida penetrante y solicitando luego a los evaluados realizar la reparación quirúrgica (sutura cardíaca y tractotomía manual de pulmón). Se grabaron residentes de primer y tercer año de cirugía general, y expertos en cirugía cardíaca y torácica. La evaluación de las grabaciones se realizó en ciego utilizando pautas especialmente diseñadas, tiempos operatorios y el resultado final del procedimiento. La comparación entre los residentes y expertos se realizó mediante el test de Mann-Whitney. **Resultados:** De 7 residentes de primer año, ninguno aprobó las estaciones de sutura pulmonar y cardíaca. De los 4 residentes de tercer año, ninguno aprobó la estación sutura pulmonar y 25% aprobó la de sutura

cardíaca. El modelo discriminó las habilidades de la reparación quirúrgica del trauma penetrante cardíaco y pulmonar entre 2 expertos y el grupo de novatos (residentes de primero y tercer año) ($p < 0,05$). **Conclusiones:** El modelo es válido para la evaluación de habilidades en trauma penetrante cardiopulmonar, lo que permitiría desarrollar un programa de entrenamiento para la adquisición de habilidades en trauma complejo cardiopulmonar.

TRAUMA PENETRANTE CARDÍACO (TPC): EXPERIENCIA CLÍNICA EN HOSPITAL SAN JOSÉ ENTRE LOS AÑOS 2009-2015

David Cambiazo Fuentes, Elías Veas Cortés, Maura Olea Andreani, Belén Tamara Pedraza Jaque*
Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia). Servicio de Urgencia. Universidad de Santiago de Chile.

Introducción: Hoy en día, el TPC es una causa importante de muerte por violencia urbana. La mortalidad posee amplitud variable y depende, entre otros, del mecanismo lesional y zona afectada. En nuestro país la principal etiología es lesión por arma blanca. **Objetivos:** Descripción de pacientes con TPC, perfil clínico, mecanismo, lesiones asociadas y mortalidad de casos atendidos en el Servicio de Urgencia del HSJ en un periodo de 7 años. **Material y Método:** Revisión retrospectiva de casos clínicos de pacientes ingresados vivos y operados de TPC en la Unidad de Urgencia del HSJ entre enero de 2009 y diciembre de 2015. Se realizó análisis descriptivo de la etiología, localización, lesiones asociadas y mortalidad. **Resultados:** 54 pacientes ingresaron con diagnóstico de TPC, 6 fueron excluidos por presentar lesión aislada de grandes vasos o ausencia de daño miocárdica. 46 fueron de hombres. La edad promedio fue 30 años (69-15). 42 lesiones por arma blanca y 6 por arma de fuego. No se realizó toracotomía en box. La vía de abordaje fue toracotomía izquierda en 95% y esternotomía en 5%. 44% ingresaron clínicamente como taponamiento cardíaco. El 50% presentó lesión de VD, 34% VI, 8% AD, 4% AI y 4% lesiones miocárdicas múltiples. La mortalidad global fue de un 35% y del total de muertes (17 pacientes), 14 ocurrieron en pabellón y 3 en UPC. 52% de fallecidos tuvo lesión de VD, 24% de VI, 12% de AD y 12% lesiones miocárdicas múltiples. Las lesiones asociadas más frecuentes fueron 34 casos de hemotórax y 12 de lesión pulmonar parenquimatosa. **Conclusiones:** Los TPC operados son más frecuentes en hombres jóvenes agredidos con arma blanca, la zona más frecuente lesionada es el VD y La mortalidad es multifactorial, hallazgos compati-

bles con la literatura. La predominancia de lesiones por arma blanca se explica por el tipo de población atendida en nuestro Centro.

CARACTERIZACIÓN DEL HEMOTÓRAX MASIVO EN EL TRUMATISMO TORÁCICO

Roberto González Lagos, Enrique Seguel Soto, Alejandra Riquelme Urrutia*, René Saldías Freyhoffer, Aleck Stockins Larenas, Andrés Jadue Tobar, Matías Ávalos Troncoso, Emilio Alarcón Cabrera. Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Equipo de Cirugía Cardiotorácica. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

Introducción: Hemotórax masivo (HM) es definido como la acumulación súbita de 1.500 cc o más de sangre en la cavidad pleural. Se asocia a aumento de morbimortalidad en el traumatismo y necesidad de toracotomía de urgencia. **Objetivos:** Describir características, índices de gravedad de traumatismo (IGT) y morbimortalidad en hospitalizados por HM por traumatismo torácico (TT). **Material y Método:** Estudio descriptivo transversal. Pacientes hospitalizados período enero de 1981 a diciembre de 2015 en el Hospital Regional de Concepción. Definimos HM: hemotórax mayor o igual a 1.500 cc o débito mayor o igual a 200 ml/h de sangre en 3-4 horas por pleurotomía. Revisión base de datos, protocolos quirúrgicos, fichas clínicas de todos los TT con HM. Se utilizó planilla Excel®. Se calcularon IGT: Injury Severity Score (ISS), Revised Trauma Score (RTS-T), Trauma Injury Severity Score (TRISS). **Resultados:** Total 3.839 TT, HM 112 (2,9%). Hombres 106 (94,6%), edad promedio 29,8 ± 11,9 años, 86 (76,8%) pacientes presentaron TT aislado, 26 (23,2%) lesiones extratorácicas, 21 (18,8%) fueron politraumatizados. Mecanismo más frecuente fue traumatismo penetrante 94 (83,9%). Tratamiento: pleurotomía más cirugía torácica (CT) 87 (77,7%), pleurotomía exclusiva 17 (15,2%) y CT exclusiva 8 (7,1%), de éstas 73 (65,2%) fueron urgentes (1-4 h). En los pacientes que se realizó cirugía, la causa de HM se atribuyó a: lesión de la pared 39 (34,8%), laceración pulmonar 21 (18,8%), penetrante cardíaca 15 (13,4%), lesión de grandes vasos torácicos 11 (9,8%), lesión diafragmática 9 (8,0%). Hospitalización promedio 10,0 ± 9,3 días. Según IGT: ISS promedio 17, 6 ± 9,9, mediana 16, RTS-T promedio 10,6 ± 2,1, mediana 11, TRISS promedio 9,3 ± 20,0, mediana 2,4. Morbilidad 29 (25,9%). Mortalidad 14 (12,5%). **Conclusiones:** Los HM se atribuyeron principalmente a lesiones penetrantes de pared y laceración pulmonar, donde la mayoría requirió CT urgente similar a lo observado en la literatura.

La mortalidad observada es mayor a la esperada según IGT, en nuestra serie a expensas de las heridas penetrantes cardíacas.

CIRUGÍA EN EL TRAUMATISMO TORÁCICO

Roberto González Lagos, Enrique Seguel Soto, Alejandra Riquelme Urrutia*, René Saldías Freyhoffer, Aleck Stockins Larenas, Andrés Jadue Tobar, Matías Ávalos Troncoso, Emilio Alarcón Cabrera. Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Equipo de Cirugía Cardiotorácica. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

Introducción: El traumatismo torácico (TT) es responsable del 25-35% de las muertes por traumatismo, de ellos el 5-20% requieren intervención quirúrgica torácica. **Objetivos:** Describir características, índices de gravedad de traumatismo (IGT) y morbimortalidad en pacientes operados por TT. **Material y Método:** Estudio descriptivo, transversal, período enero de 1981 a diciembre de 2015. Revisión base de datos, protocolos quirúrgicos y fichas clínicas de pacientes hospitalizados por TT en Hospital Regional de Concepción. Se describe las características de las cirugías en el traumatismo torácico (CTT). Se calcularon IGT: Injury Severity Score (ISS), Revised Trauma Score (RTS-T), Trauma Injury Severity Score (TRISS). **Resultados:** Total 3.829 TT, CTT 721 (18,8%). Hombres: 688 (95,4%), edad promedio 30,9 ± 13,5 años, mediana 27 (rango: 6-87). Se operaron 546 (75,7%) TT aislados, 175 (24,3%) con lesiones asociadas, y de estos 138 (19,1%) correspondieron a politraumatizados. Traumatismo penetrante 590 (81,8%), contuso 131 (18,2%). Mecanismo más frecuente fue agresión 565 (78,4%), de éstos 515 (71,4%) arma blanca. Indicaciones quirúrgicas más frecuentes: hemotórax 331 (45,9%), penetrante cardíaca 212 (29,4%), lesiones diafragmáticas 81 (11,2%), lesiones del parénquima pulmonar 81 (11,2%) y grandes vasos torácicos 54 (7,5%). Cirugía urgente (1-4 horas) 428 (59,4%), precoz (4-24 horas) 32 (4,4%) y diferida (> 24 horas) 261 (36,2%). Cirugía extratorácica 101 (14,0%). Hospitalización promedio 11,9 ± 11,3 días, mediana 8,5 (rango 1-150). Estadía post-operatoria promedio 9,2 ± 9,9 días, mediana 7 (rango 1-150). Según IGT: ISS promedio 17,9 ± 11,2, mediana 16 (rango 1-75), RTS-T promedio 10,7 ± 2,4, mediana 12 (rango 0-12), TRISS promedio 11,0 ± 22,9, mediana 2,2 (rango 0,4- 99,1). Morbilidad 66 (9,2%). Mortalidad 49 (6,8%). **Conclusiones:** La mayoría de las CTT son consecuencia de traumatismo penetrante por arma blanca. Las lesiones y hallazgos más frecuentes fueron: hemotórax y pene-

trante cardíaca. En cuanto al momento de indicación quirúrgica, la mayoría fue en las primeras 4 horas. Los IGT se correlacionaron con la morbimortalidad.

DESCRIPCIÓN, ÍNDICES DE GRAVEDAD Y MORBIMORTALIDAD EN PACIENTES CON TRAUMATISMO TORÁCICO Y ABDOMINAL ASOCIADO

Roberto González Lagos, Enrique Seguel Soto, Alejandra Riquelme Urrutia, René Saldías Freyhoffer, Aleck Stockins Larenas, Andrés Jadue Tobar, Claudio Toloza Ampuero, Emilio Alarcón Cabrera*
Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Equipo de Cirugía Cardiorotáca. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

Introducción: Las lesiones traumáticas siguen siendo una de las causas más importantes de mortalidad en el mundo, siendo el traumatismo torácico (TT) responsable del 25-30% de las muertes por esta causa. La presencia concomitante de lesiones abdominales (15-30%), se encuentra relacionada con un aumento significativo de la gravedad del mismo. **Objetivos:** Describir características, índices de gravedad del traumatismo (IGT) y morbimortalidad en pacientes hospitalizados por TT sólo con lesión abdominal asociada (TTLAA). **Material y Método:** Estudio descriptivo transversal. Período enero de 1981 a diciembre de 2015 en Hospital Regional de Concepción. Se realizó revisión de base de datos, fichas clínicas de todos los hospitalizados por TTLAA. Se utilizó planilla Excel®. Se calcularon IGT: Injury Severity Score (ISS), Revised Trauma Score (RTS-T), Trauma Injury Severity Score (TRISS). **Resultados:** Total 3.839 TT, siendo TTLAA 224 (5,8%). Hombres: 213 (95,1%), edad promedio 32,3 ± 13,6 años. Traumatismo penetrante 155 (69,2%). Mecanismo: agresión por terceros 158 (70,5%). Lesiones y/o hallazgos torácicos más importantes: hemotórax 151 (67,4%) y lesión diafragmática 74 (33,0%). Lesiones abdominales: lesión víscera hueca 74 (33,0%), hepática 74 (33,0%). Se consideraron politraumatismos 149 (66,5%). Tratamiento: cirugía torácica-abdominal 71 (31,7%), pleurotomía-cirugía abdominal 59 (26,3%), pleurotomía exclusiva 32 (14,3%), médico 26 (11,6%), cirugía torácica 20 (8,9%), cirugía abdominal 16 (7,1%). Hospitalización promedio 12,2 ± 14,5 días. Según IGT: ISS promedio 19,9 ± 8,8, mediana 18, RTS-T promedio 11,0 ± 2,0, mediana 12, TRISS promedio 8,6 ± 19,3 mediana 2,5. Morbilidad 60 (26,8%). Mortalidad: 15 (6,7%). **Conclusiones:** A diferencia de la literatura, la mayoría

fue consecuencia de traumatismo penetrante. Las asociaciones más frecuentes fueron hemotórax y lesiones hepáticas y/o víscera hueca en abdomen, datos similares a la literatura. La mayoría requirió tratamiento quirúrgico, pese a esto la mortalidad fue menor a la esperada según IGT.

FRACTURA Y/O LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE ESTERNÓN

Roberto González Lagos, Enrique Seguel Soto, Alejandra Riquelme Urrutia, René Saldías Freyhoffer, Aleck Stockins Larenas, Andrés Jadue Tobar, Claudio Toloza Ampuero, Emilio Alarcón Cabrera*
Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Equipo de Cirugía Cardiorotáca. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

Introducción: La fractura y/o luxación esternal (FLE) está presente en 3-8% de los hospitalizados por traumatismos torácicos (TT). La FLE se asocia a traumatismos de alta energía, por lo que su morbimortalidad se relaciona directamente con la gravedad de las lesiones asociadas más que a la fractura en sí misma. **Objetivos:** Describir características, morbimortalidad e índices de gravedad de traumatismo (IGT) en hospitalizados por FLE. **Material y Método:** Estudio descriptivo transversal. Pacientes hospitalizados en el período enero de 1985 a diciembre de 2015 en Hospital Regional de Concepción. Revisión base de datos y fichas clínicas. Descripción de características de FLE. Se calcularon IGT: Injury Severity Score (ISS), Revised Trauma Score (RTS-T), Trauma Injury Severity Score (TRISS). **Resultados:** Total 3.662 TT. FLE 109 (3,0%). Hombres: 77 (70,6%). Edad promedio 46,1 ± 18,4 años. Se presentó: TT aislado 69 (63,3%), con lesiones asociadas 40 (36,7%), y de estos 27 (24,8%) politraumatismos. Mecanismo más frecuente fue accidente de tráfico 65 (59,6%). Lesiones y hallazgos asociados: Fracturas costales 43 (39,5%), contusión miocárdica 24 (26,0%), contusión pulmonar 26 (23,9%), fractura de columna 13 (11,9%), 5 (4,6%) con lesión medular, lesión de grandes vasos torácicos 4 (3,7%). Tratamiento: cirugía torácica asociada 7 (6,4%), que correspondieron a: 1 herida cardíaca, 1 lesión aórtica, 1 pseudoartrosis esternal y 4 complicaciones de hemotórax. Hospitalización promedio 9,2 ± 9,4 días, mediana 6. Según IGT: ISS promedio 13,6 ± 13,0, mediana 9, RTS-T promedio 11,5 ± 1,4, mediana 12, TRISS promedio 6,4 ± 16,7, mediana 1,1. Morbilidad 14 (12,8%). No hubo mortalidad en esta serie. **Conclusiones:** La mayoría de las FLE fueron consecuencia de accidentes de tráfico.

Las lesiones y hallazgos asociados más frecuentes son fracturas costales y contusión miocárdica. Dado que son consideradas lesiones de alta energía, se puede asociar a lesiones que requieran tratamiento quirúrgico. La mortalidad observada es menor a la esperada según IGT.

MORTALIDAD EN EL PACIENTE CON TRAUMATISMO TORÁCICO

Roberto González Lagos, Enrique Seguel Soto, Alejandra Riquelme Urrutia, René Saldías Freyhoffer, Aleck Stockins Larenas, Andrés Jadue Tobar, Claudio Toloza Ampuero, Emilio Alarcón Cabrera*
Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Equipo de Cirugía Cardiotorácica. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

Introducción: El traumatismo es la tercera causa de muerte en la población y la primera en menores de 40 años. El traumatismo torácico (TT) está presente en el 25-30% de las muertes por traumatismo. Dentro de las variables más importantes asociadas a mortalidad están el mecanismo, las complicaciones torácicas y lesiones asociadas. **Objetivos:** Describir características, lesiones torácicas asociadas y causas de mortalidad en pacientes con TT (MTT) según: tipo de traumatismo y tratamiento realizado. **Material y Método:** Estudio descriptivo transversal. Pacientes hospitalizados en período enero de 1981 a diciembre de 2015 en Hospital Regional de Concepción. Revisión base de datos y fichas clínicas. Descripción de características y causas de la MTT según tipo de traumatismo y tratamiento realizado. **Resultados:** Total 3.839 TT. MTT 99 (2,6%), hombres: 86 (86,9%), edad promedio $40,2 \pm 19,0$ años. Mecanismo más frecuente accidente de tráfico (AT) 43 (43,4%). Lesiones y hallazgos torácicos asociados: hemotórax 66 (66,7%), hemotórax masivo 14 (14,1%), penetrante cardíaca 26 (26,3%) y lesión grandes vasos torácicos 9 (9,1%). Al dividirla en grupos, la causa de muerte fue: lesión extratorácica 29 (29,3%), lesión torácica 26 (26,3%), síndrome respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) 23 (23,2%) y sepsis 17 (17,2%). Según tipo de traumatismo: politraumatismo 565 (14,7%), mortalidad 59 (10,4%); TT con lesiones asociadas: 943 (24,6%), mortalidad 62 (6,6%) y TT aislados: 2.896 (75,4%), mortalidad 37 (1,3%). Según tratamiento: cirugía torácica 722 (18,8%), mortalidad 49 (6,8%), pleurotomía exclusiva 2.011 (52,4%), mortalidad 33 (1,6%); tratamiento médico 1.106 (28,8%) y mortalidad 17 (1,5%). **Conclusiones:** En la MTT las lesiones y hallazgos asociados más frecuentes fueron: hemotórax y penetrante car-

díaca. La causa de muerte se atribuyó principalmente a lesiones propias del traumatismo (extratorácicas y torácicas). Los pacientes politraumatizados o con necesidad de tratamiento quirúrgico presentaron una mayor mortalidad al igual que otras series.

TRAUMATISMO TORÁCICO POR ARMA DE FUEGO

Roberto González Lagos, Enrique Seguel Soto, Alejandra Riquelme Urrutia, René Saldías Freyhoffer, Aleck Stockins Larenas, Andrés Jadue Tobar, Matías Ávalos Troncoso, Emilio Alarcón Cabrera*
Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Equipo de Cirugía Cardiotorácica. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

Introducción: Los traumatismos por arma de fuego son cada vez más frecuentes, pudiendo corresponder hasta un tercio de las muertes por traumatismo. Respecto de las lesiones torácicas por arma de fuego, se consideran predictor independiente de morbimortalidad. **Objetivos:** Describir características, índices de gravedad de traumatismo (IGT) y morbimortalidad de hospitalizados por traumatismo torácico por arma de fuego (TTAF). **Material y Método:** Estudio descriptivo transversal, período enero de 1985 a diciembre de 2015. Revisión base de datos, protocolos quirúrgicos y fichas clínicas en pacientes hospitalizados por TTAF en Hospital Regional de Concepción. Se utilizó planilla Excel®. Descripción de características de TTAF en pacientes hospitalizados. Se calcularon IGT: Injury Severity Score (ISS), Revised Trauma Score (RTS-T), Trauma Injury Severity Score (TRISS). **Resultados:** Total 3.839 pacientes hospitalizados por traumatismo torácico (TT), 161 (4,2%) hospitalizados por TTAF. Hombres 147 (91,3%), edad promedio $28,3 \pm 11,1$ años, TTAF aislado 101 (62,7%), asociado a lesiones extratorácicas 60 (37,3%), de estos 37 (23,0%) se consideraron politraumatismos. Tipo de munición: balas 125 (77,3%), perdigones de escopeta 36 (22,7%). Mecanismo: Agresión por terceros 150 (93,2%), autoagresión 10 (6,2%) y accidental 1 (0,6%). Lesiones y hallazgos torácicos más frecuentes: hemotórax 99 (61,5%), neumotórax 69 (42,9%), contusión pulmonar 35 (21,7%), lesión del parénquima pulmonar 20 (12,4%) y herida penetrante cardíaca 18 (11,2%). Tratamiento definitivo: pleurotomía 72 (44,7%), cirugía torácica 60 (37,3%), y tratamiento médico 29 (18,0%). Hospitalización promedio $9,4 \pm 10,1$ días, mediana 7 (rango 1-70). Estadía post-operatoria promedio $9,6 \pm 10,4$ días, mediana 7 (rango 1-53). Según IGT: ISS promedio $16,3 \pm 12,4$,

mediana 13 (rango 1-75), RTS-T promedio $11,1 \pm 2,2$, mediana 12 (rango 0-12), TRISS promedio $8,4 \pm 21,0$, mediana 0,9 (rango 0,3-99,1). Mortalidad: 39 (24,2%). Mortalidad: 12 (7,5%). **Conclusiones:** Los TTAF en su mayoría fueron aislados, un tercio aproximadamente requirió cirugía, similar a otras publicaciones. La morbimortalidad observada fue la esperada según IGT.

TRAUMA RECTAL PENETRANTE, EXPERIENCIA DE 6 AÑOS EN HOSPITAL PADRE ALBERTO HURTADO

Karen Andrea Schönfeldt Guilisasti, Víctor Salazar Pierotic, Juan Carlos Aguayo Romero, Julián Hernández Castillo, Francisco Carriel Albarracín, Daniela Espinola Marín*

Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón). Servicio de Cirugía. Universidad del Desarrollo Clínica Alemana de Santiago.

Introducción: El trauma rectal se asocia a una alta morbimortalidad. Ocurre principalmente en pacientes hombres y dentro de las etiologías más frecuentes se encuentra el trauma penetrante y los accidentes de tránsito. **Objetivos:** Describir las características clínicas de los pacientes ingresados al Servicio de Urgencia (SU) del Hospital Padre Hurtado (HPH) con diagnóstico de trauma rectal. **Material y Método:** Estudio descriptivo de una serie de casos. Búsqueda sistemática en la base de datos del HPH de pacientes ingresados al SU por trauma rectal penetrante, en el período junio de 2010 y junio de 2016. Se registraron datos demográficos, etiología, hallazgos intraoperatorios, procedimiento quirúrgico y complicaciones según la clasificación de Clavien-Dindo. Datos cuantitativos expresados en mediana y rango absoluto. **Resultados:** En el período estudiado se registraron 10 pacientes ingresados al SU por trauma rectal penetrante. La edad promedio es de 31 (18-51) años, 100% sexo masculino. Origen de los traumas: 8 (80%) por arma de fuego, 1 (10%) empalamiento y 1 (10%) de origen desconocido. Los principales hallazgos intraoperatorios fueron hemoperitoneo (60%), neumoperitoneo (20%), lesión de otras vísceras (50%) y fracturas (20%). Tiempo operatorio 90 (54-248) minutos. En 3 (30%) pacientes la lesión fue totalmente extraperitoneal. La estadía hospitalaria fue de 8 (3-53) días. 9 (90%) pacientes fueron desfuncionalizados, de los cuales 3 fueron ostomías en asa y 6 resecciones tipo Hartmann. Hubo complicaciones en 5 (50%) pacientes, de las cuales 4 fueron complicaciones Clavien-Dindo mayor o igual a III. Se registró mortalidad de 1 (10%) paciente por *shock* irreversible.

Conclusiones: El manejo del trauma rectal penetrante se asocia a una alta tasa de morbilidad, reoperaciones y mortalidad. La lesión de otras estructuras es frecuente, lo cual demanda un alto índice de sospecha por parte del cirujano.

EXPERIENCIA QUIRÚRGICA EN TRAUMA DUODENAL EN EL HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU

Rodrigo Abularach Cuellar, Felipe Castillo Henríquez, Valentina Valenzuela Rebolledo, Javier Reyes Illanes Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel). Cirugía. Universidad de Chile.*

Introducción: El trauma duodenal representa un desafío para el cirujano. Al ser una lesión de muy baja frecuencia (0,2-0,3%), la experiencia en el manejo es escasa para la mayoría de los profesionales. Además, debido a su anatomía y fisiología, las complicaciones post-operatorias son de alta incidencia, lo que aumenta debido al retraso en el diagnóstico que muchas veces es favorecido por la localización retroperitoneal del duodeno. La etiología ha variado de ser predominantemente por trauma penetrante, a trauma contuso. En un 90% de los casos hay lesiones asociadas a otros órganos, lo que contribuye a la elevada mortalidad. **Objetivos:** Dar a conocer nuestra experiencia en trauma duodenal, enfatizando el gran desafío que representa. **Material y Método:** Estudio de serie de casos con estadística descriptiva. **Resultados:** Se encontraron 9 casos entre los años 2013 y 2016 que contaban con registro completo para análisis. Las edades fluctuaron entre 16 y 47 años, con un promedio de 31,5 y sólo hubo un caso de sexo femenino. El tipo de trauma fue penetrante en un 77,7%, correspondiendo la mayoría a heridas por arma de fuego. De los traumas contusos todos correspondieron a accidente de tránsito. Todos presentaron lesiones asociadas en otros órganos. Al momento del ingreso un 44,4% se encontraba hemodinámicamente inestable y un 11,1% ingresó en PCR. La mortalidad fue de un 33,3%, todos post-operatorios. En 55,5% se realizó cirugía curativa y en 22,2% de control de daños. Hubo un 66,6% de complicaciones post-operatorias. **Conclusiones:** El trauma duodenal es infrecuente y constituye un gran desafío para el cirujano debido a su altísima morbimortalidad. Las características anatómicas y fisiológicas de este órgano le confieren dificultad al manejo quirúrgico, debiendo estar preparados para aplicar distintas técnicas de afrontamiento, entre las cuales la cirugía de control de daños emerge como una alternativa eficaz.

HERIDAS PENETRANTES CERVICALES. EXPERIENCIA EN COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSÉ 2009-2016

*Belén Tamara Pedraza Jaque**, *Maura Olea Andreani*, *Paulina Lobos Larenas*, *Daniel Castellón García*, *Jimena Dona Vial*, *Elías Véas Cortés*, *Erick Magariños Eguez*
Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia). Urgencia.

Introducción: Las heridas penetrantes cervicales amenazan la vida y requieren atención inmediata. Las estructuras lesionadas que generan mayor morbimortalidad son las lesiones de grandes vasos, vía aérea y esófago. Por su baja incidencia, la literatura al respecto es escasa y con N reducidos. **Objetivos:** Describir características de los pacientes operados por herida penetrante cervical en el Hospital San José para entregar mayor información de este tipo de lesiones. **Material y Método:** Estudio de serie de casos, retrospectivo que utiliza estadística descriptiva. Revisión de protocolos operatorios e imágenes en intranet hospitalario. **Resultados:** Se intervinieron 63 pacientes. El 87% fueron hombres, 33 años promedio. La lesión por arma blanca fue la más frecuente (70%). El 50% fueron lesiones

vasculares, 1,5% esofágicas, 12% vía aérea. Hubo 13 exploraciones (20%) que presentaron lesiones menores (musculares, venoso superficial, glandular). Del total, 11 (17,4%) requirieron una segunda intervención en el mismo acto quirúrgico (pleurostomías mayoritariamente). En sólo 1 paciente (1,4%) no se encontraron lesiones. El 61% tuvo imágenes complementarias, el 30% se le solicitó TAC, de los 11 angioTAC solicitados, 4 no informaron lesión vascular, que si fue descrita en el protocolo operatorio. Fallece dentro del pabellón 1 paciente (1,4%). **Conclusiones:** Las heridas penetrantes cervicales son poco frecuentes, por sus potenciales riesgos es importante sospechar y detectar lesiones potencialmente fatales. Heridas por arma blanca siguen siendo más frecuentes en nuestro medio, y los hombres jóvenes están involucrados con mayor frecuencia. Las lesiones vasculares son las más frecuentes y las que pueden comprometer la vida del paciente con mayor rapidez. Las imágenes ayudan en el proceso diagnóstico, no obstante, la sospecha clínica es fundamental ya que no están disponibles en todos los centros, y por otra parte, aunque se logre obtener una imagen, lesiones vasculares pueden pasar inadvertidas incluso en exámenes sensibles y específicos para este tipo de lesiones (angioTAC).

NUDOS EN CATÉTERES INTRAVASCULARES COMPLICACIÓN MUY POCO FRECUENTE

*Sebastián Andrés Hugo Von Mühlenbrock,
Camila Hevia Stevens, Denisse Anturiano Salazar**
Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago,
Puente Alto). Cirugía Vascular.

Introducción: El uso de sondas marcapasos o catéteres de swan ganz está ampliamente descrito en la literatura, una de las complicaciones descritas al menos en el uso de swan ganz, es que se anude por la manipulación lo que impide la extracción de la sonda. **Objetivos:** Presentación casos. **Descripción de caso clínico:** *Caso 1:* Paciente de 79 años, con un shock séptico asociado a una cardiopatía coronaria previa, y una mala función ventricular, por lo que se decidió la utilización de swan ganz para optimizar el manejo del paciente; a los 2 días el paciente fallece, al momento de retirar los catéteres utilizados, la enfermera avisa que no puede extraer el swan ganz, este presentaba un tope a nivel de la vaina que se utiliza de introductor y al retirar ésta presenta un tope en el subcutáneo a nivel de la yugular derecha. Se solicitó evaluación por cirugía, se extrae realizando una pequeña incisión en la piel y forzando, luego se sutura la piel con etilone 3-0. Se identifica un nudo en la punta del swan. *Caso 2:* Paciente de 69 años con un síncope se objetiva un bloqueo av, se decide utilizar sonda marcapasos transitoria, a los dos días se decide retirar vaina y la sonda, al momento de retiro la sonda tiene un tope en la vaina, el paciente esta vígil hemodinámicamente estable y con buena frecuencia, se solicita evaluación por cirugía, se realiza una ecografía cervical y se sospecha un nudo en la sonda marcapasos, se decide llevar a pabellón, se realiza incisión cervical pequeña que permite realizar control vascular, se identifica nudo dentro de vena yugular derecha, se realiza venotomía extracción y venorrafia con prolene 6-0, y cierre de piel. **Comentarios:** Es importante conocer las complicaciones para realizar el mejor tratamiento caso a caso. Desde una incisión a cirugía mayor.

CISTOADENOCARCINOMA MUCINOSO PAN- CREÁTICO GIGANTE. REPORTE DE UN CASO

Andrés Troncoso Trujillo, Hernán Andrés Herrera
Cortés, Héctor Losada Morales, Jorge Silva Abarca,
Luis Burgos San Juan, Luis Acencio Barrientos,
Oriol Arias Rovira, Natalia Rolack Mondaca*
Universidad de La Frontera. Facultad de Medicina.
Departamento de Cirugía, Traumatología y Anestesia.
Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco.

Introducción: En los últimos años los tumores quísticos pancreáticos han aumentado su incidencia

debido al avance en técnicas imagenológicas para su diagnóstico. Dentro de éstos encontramos las neoplasias quísticas mucinosas intraductales, tumores quísticos serosos o mucinosos y los tumores sólidos pseudopapilares del páncreas. Entre los tumores quísticos mucinosos, corresponde al cistoadenocarcinoma mucinoso infiltrante, caso al cual haremos referencia.

Objetivos: Presentar el caso de un cistoadenocarcinoma mucinoso pancreático gigante. **Descripción de caso clínico:** Paciente de 57 años que consulta de manera ambulatoria por dolor abdominal difuso de 8 meses de evolución. Examen físico revela masa que ocupa completamente hipocondrio y flanco izquierdo. TAC de abdomen y pelvis identifica lesión quística pancreática de 17 x 14 cm, con fino tabique y calcificaciones periféricas dependiente del cuerpo y cola pancreático. Laparotomía exploratoria identifica gran tumor quístico del páncreas con compromiso de arteria y vena esplénica íntimamente adherido a colon transversal y estómago que ocupa completamente el hipocondrio y flanco izquierdo. El tumor tiene un contenido de 1.300 cc de líquido claro y pesa 600 g (vacío). Vesícula biliar escleroatrófica, con fístula duodenal activa y síndrome de Mirizzi tipo 2. Se realiza pancreatectomía distal con resección completa del tumor, resección de colon transversal y anastomosis primaria termino-terminal, colecistectomía parcial, duodenorrafia, coledocostomía y esplenectomía. Evolución favorable hasta el 12º día post-operatorio donde existe salida de líquido intestinal a través de drenaje. Reexploración evidencia necrosis de anastomosis colo-colónica que compromete hasta colon ascendente y deshiscencia de aproximadamente 25% de la anastomosis. Se reseca segmento comprometido, cierre de muñón distal a nivel del ángulo esplénico e ileostomía en asa. Paciente con evolución favorable, dada de alta a domicilio. Biopsia diferida informa cistoadenocarcinoma mucinoso infiltrante. **Comentarios:** El cistoadenocarcinoma mucinoso es un tumor quístico del páncreas infrecuente y su tratamiento dependerá de la localización, tamaño y adherencia a órganos circundantes.

LIPOSARCOMA DE MEDIASTINO POSTERIOR CON COMPROMISO ESOFÁGICO: DESCRIP- CIÓN DE CASO CLÍNICO

Lorena Pérez Sotomayor, Gloria Vergara Almeida,
César Muñoz Castro, Guillermo Sepúlveda Díaz,
Jenny Colmenares Fuentes, Marcelo Andrés Santelices
Baeza, María Camila Gutiérrez Vallejos*
Hospital Dr. César Garavagno Burotto (Talca).
Servicio de Cirugía, Equipo Tórax Equipo Digestivo.

Introducción: La localización de los liposarcomas en mediastino es poco común, sólo un 0,2% de todos

los casos. El más común es el bien diferenciado, que tiene buen pronóstico a largo plazo. **Objetivos:** Describir manejo de paciente con Tumor de Mediastino posterior con compromiso esofágico. Caracterización de los Liposarcomas de Mesiastino Posterior. **Descripción de caso clínico:** Paciente femenina de 57 años. Asintomática se realiza TC por nefrolitiasis pesquizando tumor de mediastino. TC de Tórax muestra en mediastino posterior una extensa lesión irregular de 20 x 17 x 16 cm que colapsa el tercio inferior del esófago. Se estudia con punción guiada por TC. Informe Anato-patológico: lipoma. Se decide biopsia por videotoroscopia debido a gran tamaño tumoral, en intraoperatorio se decide convertir debido a características de tumor permiten resecabilidad completa y se realiza Toracotomía posterolateral derecha. Incluido en masa tumoral se encuentra esófago, se desprende lesión, se aísla esófago que queda sin capa muscular, pero con mucosa indemne. Paciente evoluciona con mediastinitis secundaria a filtración esofágica. Se realiza exclusión esofágica con ligadura proximal y distal. Requiriendo manejo por UCI. Paciente continúa en malas condiciones. Evolucionando con colección pleural derecha por lo que se realiza Videotoroscopia de aseo y reposicionamiento de drenajes. Se recibe biopsia: liposarcoma de bajo grado lipoma like G1. Tránsito esofágico un mes post-exclusión esofágica muestra amplia salida de contraste al tórax por zona esófago inferior. Endoscopia de control muestra zona de filtración por divertículo esofágico en tercio inferior, realizándose colocación de prótesis esofágica. Paciente evoluciona en buenas condiciones con tolerancia oral por lo que se decide dar de alta. **Comentarios:** Siendo los liposarcomas tipo histológico raro de encontrar en mediastino, se suma la complicación de una filtración esofágica que destaca en este caso el manejo con prótesis permitiendo conservar esófago de la paciente quien evoluciona favorablemente y con buen pronóstico oncológico.

ACTINOMICOSIS PÉLVICA QUE SEMEJA UN TUMOR DE RECTO. CASO CLÍNICO

Sebastián Uribe Araya, Javier Faúndez Silva, Felipe Pizarro Concha*
Hospital Clínico General Raúl Yazigi-Fach.
Coloproctología.

Introducción: Actinomicosis es una infección infrecuente producida por bacilos anaerobios gram positivos que forma granulomas abscedados en región cervicofacial (50%), torácica (15-20%) o abdominopélvica (20%); se presenta principalmente en hombres (3:1) en la 4ª década de la vida. El diagnóstico por cultivo es menor al 50% de los casos siendo lo habitual encontrar gránulos azurófilos (conglomerados de

actinomicetos) en muestras de anatomía patológica. El tratamiento se basa en antibióticos (penicilina) por tiempos prolongados, ajustados en función de la respuesta clínico-radiológica. Frente a grandes cavidades abscedadas el drenaje debe considerarse. **Objetivos:** Dar a conocer el caso de una actinomicosis rectal por ser una patología rara, imitadora de neoplasia, pero con tratamiento y pronóstico muy diferente. **Descripción de caso clínico:** Mujer, 60 años, consulta por dolor progresivo (un mes) en hemiabdomen inferior. El estudio tomográfico mostró hiperdensidad perirectal y engrosamiento mural del recto distal; la colonoscopia, una lesión elevada, estenosante, no ulcerada a 10 cm del margen anal tipo Bormann II; la biopsia, cambios inflamatorios inespecíficos. Al mes re-consulta con dolor abdominal y masa en el cuadrante inferior-izquierdo; siendo interpretada como hernia de Spiegel atascada. La tomografía mostró progresión de los cambios inflamatorios y una masa de centro líquido (neoplásica/inflamatoria). Fue operada, encontrándose un absceso que provenía del espacio preperitoneal y coleccionaba en el subcutáneo. El Gram resultó positivo para bacilos largos, lo que unido al cuadro clínico y antecedente del DIU hizo sospechar actinomicosis. Cultivos y baciloscopia resultaron negativos. La biopsia informó lesión supurada con gránulos azurófilos apoyando el diagnóstico. Actualmente evoluciona favorablemente con antibióticos. **Comentarios:** La actinomicosis pélvica es infrecuente con una predisposición documentada al uso de DIU, creemos que este facilitó la diseminación por los parametrios produciendo la imagen tumoral. Si bien, no existe claridad sobre el uso del DIU, la prudencia clínica sugiere retirarlo. Un alto índice de sospecha y una actitud diagnóstica activa son fundamentales para el adecuado enfrentamiento de esta patología.

LIPOMA DE COLON: REVISIÓN DE 2 CASOS

David Daroch Medina, Daniela Espínola Marín*
Clínica Alemana. Cirugía Coloproctológica. Universidad del Desarrollo.

Introducción: El lipoma de colon es un tumor benigno subepitelial de crecimiento lento. Tiene una prevalencia en la autopsia entre 0,2-4,4%, la mayoría son asintomáticos y su hallazgo es incidental. Sin embargo, un 25% presentará síntomas desde dolor abdominal inespecífico hasta cuadros de intususcepción y obstrucción intestinal, principalmente en pólipos mayores a 2 cm. El tratamiento principal de los pólipos sintomáticos es la resección mediante la cirugía o endoscopia. **Objetivos:** Presentación y análisis de dos casos de lipoma de colon. **Descripción de caso clínico:** *Caso 1:* Paciente de sexo femenino de 41 años sin antecedentes mórbidos con cuadro

de 2 semanas de dolor abdominal cólico que cede parcialmente con el uso de antiespasmódicos, al examen físico destaca masa palpable en flanco derecho. Tomografía axial computarizada: sugerente de lipoma colónico que determina invaginación de segmento del colon transverso. Colonoscopia: lipoma de colon transverso impactado, no se logra desimpactación endoscópica. Cirugía: hemicolectomía derecha con anastomosis mecánica terminolateral laparoscópica. Paciente evoluciona favorablemente, con alta al cuarto día post-operatorio. Biopsia: Lipoma de 5 x 4 x 4 cm. **Caso 2:** Paciente de sexo femenino de 77 años, hipertensa y diabética con cuadro de 3 meses de dolor abdominal cólico intermitente, al examen físico destaca sensibilidad abdominal difusa. Tomografía axial computarizada: sugerente de lipoma de colon ascendente. Cirugía: resección submucosa por cecostomía mediante laparotomía transversa. Paciente evoluciona favorablemente, con alta al quinto día post-operatorio. Biopsia: Lipoma 5 x 3 x 2 cm. **Comentarios:** El lipoma de colon es un tumor benigno submucoso de baja frecuencia. Cuando causan síntomas la indicación es la resección por el riesgo de evolucionar hacia una intususcepción u obstrucción intestinal. La mayoría de las veces la resección es quirúrgica por el riesgo de perforación y sangrado de la endoscopia en lesiones submucosas mayores de 2,5 cm.

MELANOMA ANORRECTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Felipe Pizarro Concha**, *Ismael Vial Letelier*,
Germán Gutiérrez Zambrano, *Nicolás Kerrigan Bustos*
Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda (Santiago, Quinta Normal). Cirugía Coloproctología.

Introducción: El melanoma anorrectal es una neoplasia poco frecuente, que posee mal pronóstico debido a lo avanzado de la enfermedad al momento del diagnóstico, con una sobrevida a los cinco años menor al 10%. A diferencia del melanoma cutáneo, hasta el 87% de los melanomas anorrectales pueden ser amelanocíticos. Suele presentarse con sintomatología inespecífica, principalmente con rectorragia o como hallazgo incidental en colonoscopias. **Objetivos:** Presentar un caso clínico y realizar una revisión bibliográfica de la literatura existente, sobre las características clínicas y manejo quirúrgico, ya que debido a su baja frecuencia de presentación, estas lesiones son confundidas con otras patologías anorrectales, por lo que se debe tener la sospecha clínica al tener un paciente con una masa anal. **Descripción de caso clínico:** Paciente sexo femenino de 63 años que presenta rectorragia de 4 meses de evolución. Se realizó una colonoscopia que informó un pólipo de recto inferior, cuya biopsia informó características morfológicamente compatibles con melanoma.

Se aplicó a biopsia estudio con inmunohistoquímica con marcadores panmelanoma positivos. Estudio de diseminación con TAC y PET-CT resultó negativo. El tratamiento de elección fue la resección abdominoperineal. Biopsia operatoria de recto y ano informó área pigmentada, pardusca que invade hasta dermis papilar, comprometiendo piel y mucosa anal, extensamente pigmentado. **Comentarios:** Actualmente, no existe una diferencia significativa en la sobrevida en aquellos pacientes que se someten a resección abdominoperineal (Operación de Miles) en relación a aquellos que se les realiza resección local más radioterapia. Es necesario obtener siempre un margen quirúrgico adecuado, sin comprometer severamente la funcionalidad del esfínter anal.

ADENOCARCINOMA EN REMANENTE GÁSTRICO DISTAL EN PACIENTE CON BYPASS GÁSTRICO. REPORTE DE UN CASO

*Constanza Silva Nome**, *Javiera Inzunza Noack*,
María Rosa Miccono Iribarren, *Héctor Molina Zapata*,
Francisco Pacheco Bastidas, *Oswaldo Torres Rodríguez*,
Gabriel Andrés Silva Seguel

Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Servicio de Cirugía, HGGB Departamento de Cirugía, Universidad de Concepción.

Introducción: El cáncer gástrico es el segundo cáncer más frecuente del mundo. Chile posee una de las tasas más altas de esta enfermedad, siendo la primera causa de muerte por tumores malignos. La presencia de esta patología en pacientes sometidos a cirugía bariátrica es inusual, existiendo poca literatura disponible. La mayoría de los casos descritos son pacientes sometidos a *bypass* gástrico quienes desarrollaron cáncer en el remanente gástrico. **Objetivos:** Reportar caso de adenocarcinoma en remanente gástrico posterior a cirugía bariátrica de *bypass* gástrico. Plantear la importancia de identificar pacientes con factores de riesgo y proponer en ellos un *bypass* resectivo. **Descripción de caso clínico:** Se reporta caso de paciente de 54 años, sin factores de riesgo, sometida el 2007 a *bypass* gástrico por obesidad mórbida. En febrero de 2016, inició cuadro agudo de dolor abdominal difuso, tipo cólico, intensificándose hasta eua 8/10, asociado a deterioro del estado general, vómitos e intolerancia alimentaria. Consulta en HCRC y se hospitaliza. Se realizó estudio con TAC, que evidenció gran distensión de remanente gástrico distal y engrosamiento concéntrico pseudobstructivo de paredes a nivel antro pilórico. Se solicitó panendoscopia y tránsito EBY: sin alteraciones. Se discute caso en reunión de equipo donde se decide realizar laparotomía que se realizó en abril de 2016, donde se encuentra tumor de 8 cm en región antropilórica, obstructivo, Borrmann II,

con gran distensión de estómago proximal a éste. Se realiza resección y linfadenectomía. Biopsia muestra adenocarcinoma poco diferenciado con componente de células en anillo de sello, tipo difuso de Lauren, con bordes quirúrgicos y ganglios negativos. **Comentarios:** Se concluye que el remanente gástrico luego de un *bypass* no está exento de desarrollar cáncer, por lo que se deben identificar los pacientes con factores de riesgo y proponer realizar un *bypass* con resección de estómago distal en ellos.

ANGIOFIBROMA DE FOSA TEMPORAL. REPORTE DE UN CASO

*Gabriel Andrés Silva Seguel**, Constanza Silva Nome, Felipe Fredes Carvajal, Guisella Martínez Cerda, Joaquín Ulloa Suárez, Álvaro Compañ Jiménez, Pablo Ortega Rivas, Alexis Urra Belmar, Felipe Alejandro Rozas Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Servicio de Cirugía Adulto Hospital Regional de Concepción.

Introducción: El fibroangioma nasofaríngeo es el tumor benigno más frecuente de la nasofaringe, representando el 0,05% del total de las neoplasias de cabeza y cuello. Los fibroangiomas extranasofaríngeos son entidades raras, descritos esporádicamente en la literatura, ubicándose principalmente en el seno maxilar. **Objetivos:** Presentar un caso clínico y comportamiento de un angiofibroma de fosa temporal atendido en el Servicio de Cirugía de cabeza y cuello del Hospital Guillermo Grant Benavente. **Descripción de caso clínico:** Mujer de 46 años, sin antecedentes mórbidos, consultó en policlínico de cirugía maxilofacial por cuadro de larga data caracterizado por aumento de volumen doloroso en región cigomática derecha de 5 cm. Se realizó una biopsia transoral de la lesión que informó un angiofibroma. Se inició estudio con Doppler color que informó una imagen heterogénea, de límites mal definidos, con algunas áreas hipoeocénicas en su interior y múltiples trayectos vasculares, predominantemente venosos. Al complementar con angioresonancia, muestra lesión expansiva en la fosa temporal derecha supracigomática con extensión a región retromaxilar ipsilateral, sin identificarse arterias aferentes. Se discutió el caso con equipo tratante y radiología intervencionista, decidiéndose realizar una angiografía cerebral en la cual no se identifica blush vascular en región facial derecha, arterias en circulación anterior y posterior estudiadas de calibre normal, sin presencia de aneurismas ni ovillos malformativos, senos venosos principales permeables. Dado que la lesión no es susceptible de ser embolizada, se presenta caso en comité oncológico decidiéndose realizar radioterapia. Completó radioterapia con una dosis total de 45 Gy, sin complicaciones, con favorable respuesta en imágenes de control. **Comentarios:** Los

angiofibromas extranasofaríngeos son una entidad rara que difieren clínica e imagenológicamente de los fibronangiomas nasofaríngeos. Se trata de un tumor benigno de comportamiento agresivo. La variedad de localizaciones y la falta de un patrón imagenológico característico dificultan su diagnóstico, para lo cual es esencial la confirmación histológica.

ALOGENOSIS IATROGÉNICA POR SILICONA INDUSTRIAL EN EXTREMIDADES INFERIORES. REPORTE DE CASO

Juan Pablo Camacho Martino, Wilfredo Calderón Ortega, Rodrigo Subiabre Ferrer, Javier Moraga Concha, Manuel Quiroz Flores, María José Rodríguez Rojas, Kenneth Guler González, Juan Pablo Cisternas Vera* Hospital del Salvador (Santiago, Providencia). Cirugía Plástica.

Introducción: La necesidad de mejorar el contorno corporal, llevó a la creación de múltiples sustancias de relleno. Estos materiales de relleno, han sido utilizados, en el campo de la cirugía plástica con diferentes resultados. Algunos de estos son considerados un problema de salud pública, y su inadecuado uso en la cirugía moderna produce lesiones, muchas veces, de carácter irreversible y mortal. **Objetivos:** Comunicar el caso de una paciente con diagnóstico de aloegenosis iatrogénica por silicona industrial en extremidades inferiores (EI) y su manejo en el Hospital del Salvador (HS). **Descripción de caso clínico:** Mujer de 56 años, con antecedente de inyección de silicona industrial en el año 2000, consultó en agosto de 2015 por aumento de volumen, eritema en EI izquierda y fiebre hasta 40° C. El examen físico era compatible con fascitis necrotizante. Se inició manejo con antibióticos de amplio espectro, se realizaron aseos quirúrgicos y escarotomía tangencial. La biopsia siliconoma. Se realizó manejo local con terapia de presión negativa. Para la cobertura del defecto se realizó injerto dermoepidérmico (IDE). Evolucionó en buenas condiciones y sin complicaciones por lo que se decide alta luego de cuatro meses de hospitalización. Reingresó en junio de 2016 por aumento de volumen, eritema y úlcera maleolar medial en EI derecha, tomando en cuenta antecedente de hospitalización previa se decidió realizar aseos quirúrgicos, escarotomía tangencial de EI derecha y terapia de presión negativa. Para la cobertura del defecto se decidió realizar IDE con buena respuesta. Al momento del informe la paciente aún se encuentra hospitalizada, presentando buena evolución. **Comentarios:** La inyección de materiales de relleno no autorizados puede generar resultados catastróficos y muchas veces mortales. Aún no existe consenso respecto del tratamiento de esta patología. Se presenta el caso de una paciente con diagnóstico de aloegenosis iatrogénica con un manejo con buenos resultados.

HERNIA DE AMYAND, REPORTE DE UN CASO

Orlando Antonio Rodríguez Opazo, Ricardo Varas Abarca, Matías Lyner Bravo, Rodrigo Maldonado De La Vega, Claudio Zúñiga Torres, Enrique Henning Luer*
Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción).

Introducción: La hernia de Amyand es la presencia del apéndice cecal al interior de una hernia inguinal, observándose en el 0,5-1% del total de hernioplastías en los adultos. Siendo más frecuente en niños y adultos mayores de 70 años. **Objetivos:** El objetivo de este trabajo es presentar un caso de hernia de Amyand y la revisión bibliográfica respectiva para actualizar los conocimientos respecto al tema. **Descripción de caso clínico:** Mujer de 81 años ingresa al Servicio de Urgencias del Hospital "Dr. Guillermo Grant Benavente" por dolor en fosa iliaca derecha, de una semana de evolución, progresivo en intensidad, asociado a aumento de volumen inguinal derecho, redondo de aproximadamente 10 cm de diámetro, sensible a la palpación, no reductible, sin signos de irritación peritoneal. Se decide realizar intervención quirúrgica por sospecha de hernia inguinal derecha complicada, una vez abierto el saco herniano se evidencia colección de características purulentas entre asas intestinales, el cual se drenó, descubriéndose el apéndice cecal intraherniano, de aspecto necrótico y perforado, procediéndose a realizar apendicectomía más hernioplastía. La paciente evolucionó en el post-operatorio con cuadro bronquial obstructivo, el cual se trató con antibioticoterapia, respondiendo favorablemente, otorgándose el alta 13 días después de la cirugía. La biopsia de la pieza operatoria concluyó apendicitis aguda, necrótica, supurativa, sin signos de neoplasia. **Comentarios:** El 6,7% de las causas de abdomen agudo en adultos mayores se deben a cuadros apendiculares, mientras que un 13,3% se deben a hernias complicadas. Sin embargo, es extremadamente infrecuente presenciar la presencia del apéndice cecal inflamado intraherniano, lo que ocurre aproximadamente en el 0,1% de todas las apendicetomías. El cuadro clínico consiste en síntomas inespecíficos con confirmación usualmente intraoperatoria. Se ha descrito el diagnóstico pre-quirúrgico imagenológico tomografía computada. El tratamiento se basa en 2 procedimientos: Apendicectomía con aseó de la cavidad y la reparación del defecto herniario.

DOLOR TORÁCICO Y HEMOTÓRAX: PRESENTACIÓN ATÍPICA DE SECUESTRO PULMONAR

Raúl Berrios Silva, Camila Seymour Martínez, Raimundo Santolaya Cohen, Pedro Felipe Undurraga Machicao, Jaime Gonzalo Fernández Ruiz, Eduardo Mordojovich Zúñiga*
Clínica Alemana. Cirugía de Tórax.

Introducción: El secuestro broncopulmonar (SBP) es una malformación congénita rara, corresponde a una

masa de tejido pulmonar no funcionante que recibe irrigación desde la circulación sistémica y no se comunica con el árbol traqueobronquial. El SBO extralobar (SEL) es un tejido pulmonar completamente separado, cubierto por sus propias pleuras, el intralobar (SIL) se encuentra entre el tejido normal. **Objetivos:** Presentar el caso clínico de un paciente adulto con un infarto de un SEL, que se presenta como dolor torácico en urgencia. **Descripción de caso clínico:** Sexo masculino de 60 años. Dolor torácico retroesternal de 4 horas súbito, progresivo, punzante e irradiado a dorso. Examen físico normal. Parámetros inflamatorios elevados; ECG, enzimas cardíacas y pancreáticas normales. Eco abdominal normal. AngioTAC de tórax muestra SEL basal posterior derecho, con irrigación proveniente de una rama aórtica y drenaje venoso hacia el sistema álgico. Radiografía de tórax a las 48 horas con derrame pleural. Se solicita RNM que además muestra isquemia de SEL, derrame plural moderado y atelectasia del LID. Por VATS derecha, se identifica secuestro infartado, hemotórax de 800 ml y múltiples adherencias. Resección segmentaria del parénquima infartado, aseó y decorticación. Biopsia confirma infarto pulmonar en SEL Control post-operatorio normal. **Comentarios:** El SBP es una malformación rara, generalmente en edades tempranas. La mayoría ocurre en lóbulos inferiores y hemitórax izquierdo. Clínica variable, con neumonía y distrés respiratorio. Más raro con hemoptisis, dolor torácico y hemotórax. AngioTC es esencial para definir las características del secuestro y planificar su resolución quirúrgica, además de demostrar la arteria sistémica aberrante, el drenaje venoso, y el parénquima involucrado. El tratamiento en sintomáticos es la resección quirúrgica; importante identificar y ligar el pedículo vascular. El caso clínico presentado representa una forma poco común de presentación de SEL, tanto en su localización en hemitórax derecho como en la edad de presentación de los síntomas.

LINFOMA DE COLON DERECHO EN PACIENTE CON SÍNDROME LINFOPROLIFERATIVO POST-TRASPLANTE

*Christian Jensen Benítez, Oliver Daniel Maida Medina**
Clínica Alemana. Coloproctología.

Introducción: El síndrome linfoproliferativo post-trasplante es una complicación muy conocida y severa del trasplante de órganos. El síndrome proliferativo post-trasplante es una enfermedad clínicamente e histopatológicamente heterogénea, que varía desde lesiones hiperplásicas hasta linfomas malignos. La incidencia reportada varía desde 1 a 20% dependiendo de distintos factores, el órgano trasplantado, los protocolos de inmunosupresión y la presencia de infección por virus epstein Barr. **Objetivos:** Describir el caso clínico de una paciente con síndrome linfoproliferativo de colon.

Descripción de caso clínico: Paciente con trasplante hepatorenal hace 9 años presenta cuadro clínico de dolor abdominal inespecífico y anemia, se realiza una colonoscopia que reporta síndrome linfoproliferativo. Se reduce el esquema inmunosupresor y administra Rituximab. Nueva colonoscopia reporta estenosis de 5 mm a nivel de unión ileocecal y persistencia de la enfermedad, por lo que se decide realizar tratamiento con quimioterapia R-CHOP. Se realiza dos ciclos e inicia síntomas de obstrucción mecánica, tratados médicamente. Por persistencia de enfermedad y síntomas obstructivos se decide realizar una hemicolectomía derecha más ileotransverso anastomosis terminal mecánica y a la biopsia informa linfoma no Hodgkin de tipo monomórfico de origen de células B activadas, infiltra hasta la subserosa con bordes quirúrgicos negativos y ganglios sin enfermedad. Posteriormente continuará con la quimioterapia de R-CHOP, actualmente sin recidiva.

Comentarios: El linfoma gastrointestinal representa el 0,2% de las enfermedades malignas de colon. Se manifiesta de manera más circunscrita y un curso clínico más gradual. Característicamente tienen compromiso visceral. Los pacientes que desarrollan enfermedad maligna se caracterizan por fiebre, pérdida de peso, fatiga, linfadenopatía y efecto de masa por el mismo tumor. La resección quirúrgica parece ser efectiva para lesiones circunscritas. Por el contrario, quimioterapia citotóxica estándar raramente se usa como terapia de primera línea para el tratamiento. El tratamiento con rituximab demostró ser efectivo. La mortalidad global comprende del 40% al 70%. A pesar de los avances aún no fue establecido.

TRAUMA CERVICAL PENETRANTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLES DE MANEJO QUIRÚRGICO

*Sebastián Andrés Hugo Von Mühlenbrock, Camila Hevia Stevens, Denisse Anturiano Salazar**

Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto).

Introducción: El Trauma Cervical Penetrante (TCP) se define como toda herida cervical que atraviesa el platisma. Tiene una prevalencia de 1% del total de traumas. Los órganos más frecuentemente lesionados son el tracto aerodigestivo, lesiones de grandes vasos y, finalmente, lesiones nerviosas. **Objetivos:** Mostrar nuestra experiencia en donde la conducta expectante pasa a ser quirúrgica. **Descripción de caso clínico:** *Caso 1:* Hombre de 19 años, ingresa con herida a bala cervical con entrada a dos centímetros de la línea media por debajo del cartílago cricoides, al examen paciente vigil, Glasgow 15, hemodinámicamente estable, se realiza angioTAC. Se objetiva bala que comprime pared interna por medial de la carótida izquierda. Se decide exploración cervical. Sin lesión vascular *Caso 2:* Hombre de

31 años ingresa desaturando con aumento de volumen cervical, se decide intubación, estaba hemodinámicamente estable por lo que se realiza angioTAC cervical y de tórax, que muestra un traumatismo transfixiante por bala de la tráquea, y neumotórax bilateral, luego de instalar pleurotomías, se decide exploración cervical, se identifica lesión de tráquea la cual se repara *Caso 3:* Hombre de 21 años, ingresa, con lesión por arma blanca (estoque) a nivel cervical derecho zona I del cuello. Hemodinamia estable, se realiza EFAST (-) sin salida de sangre por herida, con leve aumento de volumen. Dado EFAST (-) y hemodinamia estable, se decide angioTAC. Se objetiva lesión de arteria subclavia derecha se repara con técnica endovascular. **Comentarios:** Actualmente el manejo del trauma cervical es selectivo. Los pacientes, serán diferenciados como hemodinámicamente inestables o estables: los primeros van a cervicotomía exploradora, los otros son sometidos a evaluación para determinar la necesidad de intervención. Es importante la reevaluación constante en estos pacientes. Y un buen manejo en anatomía cervical, técnicas quirúrgicas y apoyo de subespecialistas.

METÁSTASIS INTRAPAROTÍDEA DE CARCINOMA BASOCELULAR, REPORTE DE UN CASO CLÍNICO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA

*Manuel Loo Olivares, Lorena Acuña Pinto, Alejandra Rivadeneira Rozas**

Hospital Dr. Leonardo Guzmán (Antofagasta).

Introducción: El Carcinoma Basocelular (CB) es una neoplasia de células no queratinizantes, con origen en capa basal de la epidermis. En Chile, constituye hasta un 60% del diagnóstico de Cáncer de Piel. Expresan bajo potencial metastásico, sin embargo, son localmente invasivos y agresivos. El diagnóstico es clínico con confirmación mediante biopsia cutánea. Existen diversas modalidades de tratamiento siendo su objetivo primordial remoción completa del tumor. **Objetivos:** Presentación y análisis de un caso clínico de CB con metástasis intraparotídeas. **Descripción de caso clínico:** Paciente de sexo masculino, 65 años, consulta por lesión de larga data en cuero cabelludo. Se describe lesión solevantada, límites mal definidos, color café pardo de 4 x 3 cm de diámetro; se realiza biopsia, que informa CB sólido; se deriva a Comité Oncológico para definir conducta, en esa oportunidad con lesión costrosa sangrante, bordes irregulares 6 x 8 cm, aspecto morfeiforme; indicándose Radioterapia (RT). En controles posteriores, se observa en sitio primario lesión ulcerada de 3 cm; por lo que se indica resección cutánea amplia y colgajo de rotación más injerto de piel total, biopsia operatoria describe CB micronodular infiltrante. Paciente evoluciona con dolor en región retromandibular derecha asociado a aumento de volumen

pre auricular ipsilateral de aspecto pétreo, de 8 mm que alcanza 2 cm, se realiza ecografía parotídea que describe nódulo sólido parotídeo que invade musculatura facial; se realiza biopsia por punción que informa CB con diferenciación escamosa, TAC cabeza, cuello, tórax sin evidencia metástasis. Se programa parotidectomía parcial con colgajo y biopsia ganglionar, informa CB Basaloide con diferenciación escamosa focal; por lo que se decide RT complementaria. **Comentarios:** Las metástasis de CB, son extremadamente raras y en general se producen por vía linfática diseminándose a huesos y pulmones; cabeza y cuello, zonas de origen más frecuentes; ocurren principalmente en tumores ulcerados o resistentes a tratamiento, de gran tamaño y larga evolución.

BEZOAR EN EL SERVICIO DE URGENCIA COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO

Daniela Andrea Riveros Marivil, Enrique Biel Walker, Marcelo Alejandro Hidalgo Morales, Rodrigo Torres-Quevedo Quevedo*

Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Servicio de Urgencia. Universidad de Concepción.

Introducción: Un bezoar corresponde a la acumulación de material extraño e indigerible en el tracto gastrointestinal. Existen distintos tipos según su composición, pudiendo ser de fibras vegetales (Fitobezoar); o por cabello (Tricobezoar), como en este caso. **Objetivos:** Análisis y descripción de caso clínico, estudio complementario y tratamiento quirúrgico. **Descripción de caso clínico:** Paciente de 16 años, sexo femenino, madre de lactante de 9 meses, sin antecedentes mórbidos; antecedente quirúrgico de cesárea. Consultó en atención primaria por cuadro de dolor abdominal de 12 horas de evolución, derivándose al Servicio de Urgencias del Hospital Regional de Concepción por sospecha de apendicitis aguda. Al examen físico, se evidenció abdomen distendido con dolor difuso. Exámenes de laboratorio destacaron leucocitosis y PCR elevada; BHCG negativa. Radiografía de abdomen simple de pie mostró niveles hidroaéreos compatible con obstrucción intestinal. Ecotomografía abdominal informó cuerpo extraño a nivel de intestino delgado. Tomografía computada de abdomen evidenció dos cuerpos extraños heterogéneos: uno en estómago y otro, de menor tamaño, en lumen de intestino delgado. Al preguntar dirigidamente a la paciente y su madre, se rescató antecedente de tricofagia asociada a episodios de tricotilomanía. Se realizó laparotomía media exploradora con enterotomía a nivel de yeyuno a 1,7 metros de la válvula ileocecal, retirándose tricobezoar cilíndrico de 7 x 4 cm. Posteriormente se realizó gastrotomía en cuerpo, extrayéndose tricobezoar de 12 x 5 cm aproximadamente. La paciente evolucionó

sin complicaciones post-operatorias y fue dada de alta con indicación de evaluación ambulatoria por psiquiatría. **Comentarios:** Los bezoares son en sí una entidad poco frecuente, pero es importante su sospecha frente a un cuadro de obstrucción intestinal en pacientes jóvenes y sin comorbilidades. Generalmente se encuentran en estómago y su presentación en intestino delgado es menor. Al estar relacionados con conductas aberrantes, la anamnesis juega un rol fundamental para su diagnóstico, futuro tratamiento y seguimiento, que involucre corregir la patología psiquiátrica de base.

LA DESARTICULACIÓN DE RODILLA ES UNA BUENA ALTERNATIVA PARA UNA MEJOR REHABILITACIÓN CUANDO SE REQUIERE UNA AMPUTACIÓN MAYOR

Maritchu Bombin Sanhueza, Juan Bombin Franco, Constanza Gómez Muñoz*

Universidad de Valparaíso. Departamento de Cirugía. Hospital Carlos Van Buren Hospital Dr. Eduardo Pereira.

Introducción: La desarticulación de la rodilla es un procedimiento antiguo, abandonado por la inexistencia de prótesis adecuadas para la rehabilitación. Actualmente existen prótesis especiales para este nivel de exéresis, que tiene ventajas en relación al nivel supracondíleo: un mayor largo del brazo de palanca del muñón, mejor sentido propioceptivo dado por la menor distancia del muñón hasta el suelo, mayor estabilidad lateral de la prótesis al conservar los cóndilos y menor peso. Además, el muñón, al ser más ancho en su parte inferior evita que la prótesis se desplace hacia abajo, siendo más confortable para el paciente. **Objetivos:** Demostrar con un caso clínico que la desarticulación de rodilla permite una mejor rehabilitación utilizando las nuevas prótesis existentes. **Descripción de caso clínico:** Presentamos el caso de una paciente de 53 años que sufre una mordedura de perro en su pierna derecha con grave compromiso de partes blandas, fractura expuesta de peroné distal, pérdida de tejido óseo y obstrucción vascular traumática. Se intenta una revascularización sin éxito. Se realiza una amputación infracondílea y se infecta con dehiscencia de la piel. Se decide efectuar una desarticulación de rodilla según técnica de Batch, que conserva el cartilago articular condíleo y fija el tendón del cuádriceps al ligamento cruzado posterior. Una vez obtenida la cicatrización completa inicia su período de rehabilitación con uso de prótesis modular logrando caminar inicialmente con apoyo de barandas paralelas y luego en forma independiente con un bastón. La paciente está conforme con su prótesis y psicológicamente recuperada de su pérdida. **Comentarios:** Se utilizan como niveles de amputación mayor de una extremidad la amputación infracondílea y supracondílea, obviando la desarticulación de la rodilla, operación olvidada

debido a que no existían prótesis que satisficieran un adecuado proceso de rehabilitación. La desarticulación de rodilla es una alternativa factible cuando se requiere una amputación mayor de causa vascular, tumoral o traumática.

FÍSTULA COLO-CUTÁNEA COMO PRESENTACIÓN DE CÁNCER DE COLON, CASO CLÍNICO

*Leonardo Cárcamo Gruebler**, *Rodolfo Avendaño Hoffmann*, *Juan Carlos Maturana Arancibia*, *Alejandro Murúa Avilés*
Hospital Clínico Regional (Valdivia). Equipo de Coloproctología, Instituto de Cirugía. Universidad Austral de Chile.

Introducción: La fistula colo-cutánea se define como una comunicación anormal entre el colon y la piel. Habitualmente se presentan como complicaciones post-quirúrgicas. Es inhabitual como debut del cáncer de colon (CC). **Objetivos:** Dar a conocer una forma atípica y agresiva de presentación de un CC en un paciente joven. **Descripción de caso clínico:** Paciente de 35 años sin antecedentes mórbidos, consulta en urgencias por dolor abdominal en noviembre de 2012. En septiembre de 2013 acude por dolor y eritema en flanco derecho, pesquisándose absceso de pared abdominal. Se drena en box de urgencias. Posteriormente acude en 2 oportunidades con clínica similar. Se realizaron aseos quirúrgicos en pabellón, dando salida a pus y secreción fecaloidea. Ante sospecha de absceso intraabdominal fistulizado se solicitó TC abdomen y pelvis que identificó colección cercana al ángulo hepático del colon de 46 mm, engrosamiento colónico de 18 mm por 7 cm de longitud y adenopatías en mesocolon. En controles posteriores colección alcanza los 9 cm. Biopsia de la lesión informó adenocarcinoma mucinoso, moderadamente diferenciado. Se realizó colonoscopia identificando extensa lesión neoplásica proximal al ángulo esplénico, obstructiva, decidiendo cirugía. Al intraoperatorio se pesquió infiltración gástrica distal e importante compromiso de pared. Se realizó hemicolectomía derecha ampliada, antrectomía y resección de pared abdominal en block. Se reconstituyó mediante bilroth II e ileotransverso anastomosis. Malla doble capa a pared abdominal. Biopsia informa masa neoplásica de 12 cm, infiltra pared y estómago. Inestabilidad microsatelital. 0 de 7 linfonodos comprometidos. Completó adyuvancia con Xelox. En enero de 2015 se reinterviene para reseca segmentos expuestos de malla. Biopsia sin compromiso neoplásico. Posteriormente buena cicatrización y hasta la fecha sin sospecha de recidiva local ni sistémica. **Comentarios:** Frente a fistulas colocutáneas espontáneas debe descartarse como etiología de base un CC. Las resecciones agresivas y en block de tumores localmente avanzados pueden ofrecer sobrevidas similares a tumores confinados a la pared colónica.

QUISTE POR DUPLICACIÓN INTESTINAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ABDOMEN AGUDO EN HOMBRE JOVEN. REPORTE DE 1 CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

*Bruno Villalobos Coz**, *José Felipe Fuenzalida Schwerter*, *Rodrigo Aranibar Martínez*
Hospital Militar de Santiago (Hosmil).

Introducción: El quiste por duplicación intestinal corresponde a una anomalía congénita de baja frecuencia alcanzando una incidencia de 0,2% en niños. Puede ocurrir en cualquier parte del intestino, siendo en un 40% de los casos de ubicación en íleon. Su presentación clínica puede ser variada, pudiendo presentar signos de abdomen agudo en casos de inflamación, obstrucción o perforación del quiste. **Objetivos:** Presentación de 1 caso y revisión de la literatura de quiste por duplicación intestinal complicado en hombre joven, manejado con resección y anastomosis primaria. **Descripción de caso clínico:** Paciente 19 años, sin antecedentes médicos con segunda consulta por dolor en fosa iliaca derecha, signos de irritación peritoneal, Blumberg positivo y parámetros inflamatorios elevados. Se sospecha apendicitis aguda. TC evidencia colección pélvica inflamatoria con apéndice de aspecto normal. Se decide laparotomía exploradora. Se evidencia lesión quística inflamatoria a 70 cm de la válvula ileocecal, interpretándose como Diverticulitis de Meckel. Biopsia diferida informa quiste por duplicación intestinal complicado. **Comentarios:** El quiste por duplicación intestinal es una entidad rara. Se debe considerar como diagnóstico diferencial en casos con clínica de abdomen agudo e imagen radiológica con masa inflamatoria pélvica y apéndice normal o no visible.

PROYECTIL INTRACARDÍACO: MANEJO QUIRÚRGICO EN CIRUGÍA DE DOS TIEMPOS

Patricio Delgado Saavedra, *Camila Seymour Martínez**, *Iván Paul Rozas*, *Felipe Delgado Solís*, *Juan Andrés Pérez Novoa*, *Juan Carlos de la Maza Calvert*
Hospital Clínico General Raúl Yazigi-Fach. Cirugía Cardiovascular.

Introducción: El trauma cardíaco penetrante puede ser por arma de fuego o blanca, predominando esta última en nuestro país. Poco frecuente, pero de pronóstico grave, y que afecta principalmente a hombres jóvenes. **Objetivos:** Presentar el caso de un paciente con trauma cardíaco por herida de arma de fuego con proyectil retenido. **Descripción de caso clínico:** Sexo masculino de 58 años, con HTA y dislipidemia. Recibe herida por arma de fuego en hemitórax izquierdo. Ingres a extrasistema hemodinámicamente estable, estudio

con eco FAST y TAC muestra esquirlas metálicas en región torácica y moderado hemopericardio. Por toracotomía anterolateral izquierda se identifican 200 cc de hemopericardio y lesión de 8 mm en pared anterior de ventrículo izquierdo (VI) que se sutura. Evolución post-operatoria favorable. Por imágenes se identifica persistencia de cuerpo metálico en pared de VI, por lo que se traslada a centro de mayor complejidad. Ingresa a nuestro hospital estable. AngioTC muestra proyectil en pared de VI, leve hemopericardio, contusión pulmonar, enfisema subcutáneo izquierdo. Abordaje por esternotomía media y con CEC, auriculotomía izquierda transeptal, identificación de lesión superficial de músculo papilar posterior sin desinserción de cuerdas, con proyectil impactado en endocardio en pared posterolateral alta cercano a anillo mitral, extrayéndose por tracción. Evolución post-operatoria favorable. **Comentarios:** Una herida penetrante cardíaca en general corresponden a una emergencia vital; su pronóstico depende de las condiciones fisiológicas del paciente, el transporte oportuno, la reanimación eficiente, la intervención quirúrgica temprana, la localización y extensión de la lesión y del tipo de arma. Si bien en trauma por arma de fuego, el proyectil generalmente atraviesa el tórax, en ocasiones permanece en el lumen de un vaso o intracardiaca, como el caso presentado. Se promueve un manejo individualizado, dependiente del tiempo de presentación, síntomas, características del cuerpo extraño y localización. Complicaciones asociadas a un proyectil retenido son dolor torácico persistente, pericarditis, embolización, endocarditis, sepsis, fistulas intracardiacas.

AMPUTACIÓN INTERESCAPULOTORÁCICA: REVISIÓN DE LA TÉCNICA A PROPÓSITO DE SERIE DE 4 CASOS

Iván Paul Rozas, Camila Seymour Martínez, Francisco Izquierdo Martínez, Juan Stambuk Mayorga*
Hospital San Juan de Dios (Santiago). Cirugía Oncológica.

Introducción: Las amputaciones mayores de extremidades representan una cirugía poco común. De ellas, la amputación interescapulotorácica consiste en la remoción de toda la extremidad superior, incluyendo la cintura escapular. En Chile hay un caso reportado de un paciente de 12 años con un osteosarcoma osteogénico de húmero que se realizó amputación interescapulotorácica, obteniendo una sobrevida de 5 años y medio. **Objetivos:** Presentación de serie local de 4 casos y revisión de literatura actual. **Descripción de caso clínico:** Se presenta serie de 4 casos que requirieron de esta técnica, con los siguientes diagnósticos: Linfangiosarcoma ESI con antecedente de cirugía radical por cáncer de mama más Quimio-

radioterapia; Condrosarcoma Humeral con invasión regional muscular; Fibrohistiocitoma maligno con compromiso muscular deltoideo; Sarcoma fusocelular recidivado en muñón de brazo derecho. **Comentarios:** Si bien esta técnica fue el tratamiento estándar de pacientes con sarcomas de extremidades superiores, actualmente su uso se ha limitado a casos de sarcomas de partes blandas de la porción supra o infraclavicular del plexo braquial y tumores que envuelven los vasos axilares, además en tumores de la cintura escapular que no son candidatos a conservación de extremidad, mala respuesta a terapia adyuvante tras cirugía menos mutilante, tumores recurrentes tras tratamiento conservador, alternativa paliativa en tumores ulcerados con gran linfedema, disfunción de la extremidad, dolor inmanejable, sangrado o infección. Es necesario asegurar márgenes negativos, por lo que el estudio de las estructuras contiguas que no serán resecadas debe ser exhaustivo. Complicaciones asociadas a esta cirugía son el fracaso de obtener márgenes negativos, pérdida sanguínea, hematoma, necrosis, dehiscencia de herida y dolor fantasma. Si bien corresponde a una cirugía mutilante, representa una alternativa segura y efectiva para el manejo curativo o paliativo en cierto grupo de pacientes con tumores de las extremidades superiores. Según nuestra revisión esta sería la serie más numerosa presentada en nuestro país.

ANEURISMA POPLÍTEO ROTO, FORMA DE PRESENTACIÓN Y RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA

María Camila Gutiérrez Vallejos, Juan Herrera Neira, Sandra Hasbún Atala, Marcelo Andrés Santelices Baeza, Gloria Vergara Almeida, Roberto Tapia Riepel, Rodrigo Javier Anaconda Cocio*
Hospital Dr. César Garavagno Burotto (Talca). Cirugía.

Introducción: El aneurisma poplíteo (AP) es una dilatación permanente de la arteria poplíteo de 1,5 veces o más de la arteria contralateral normal. La presentación aguda más infrecuente del AP es la rotura aneurismática, ocurriendo en un 2%. Como métodos diagnósticos están el Eco Doppler, seguido de tomografía computada y la resonancia magnética utilizados para diagnóstico y planificación de la cirugía. Sin embargo, el Gold Standard es la arteriografía con sustracción digital. El tratamiento de elección del aneurisma roto, es la exclusión aneurismática y revascularización con *bypass*. Otra alternativa terapéutica es vía endovascular, sobre todo en pacientes muy deteriorados. **Objetivos:** Presentar un caso de aneurisma poplíteo roto identificando forma de presentación y la manera en que se resolvió quirúrgicamente en nuestro Centro. **Descripción de caso clínico:** Masculino 89 años, HTA sin otros antecedentes, presentó aumento de volumen, equimosis y

dolor en muslo derecho. Pulsos presentes bilateral hasta distal, destacando pulso poplíteo derecho aumentado. Eco Doppler de EEII, informó dilatación aneurismática de la poplíteo proximal derecha. AngioTAC informó aneurisma de la arteria poplíteo derecha de 4,4 cm con extravasación de medio de contraste asociado a AAA 7,8 cm y AP contralateral de 2,35 cm. Se realizó *bypass* femoropoplíteo con prótesis de PTFE anillada de 8 mm. Se explora aneurisma encontrando hematoma a tensión, con 400 cc de sangre fresca, rafia y exclusión con ligadura de cuello proximal y distal. Evolucionó con pulso pedio y tibial posterior presente, alta al 4º día. Control a los 30 días con pulso pedio presente sin complicaciones post-operatorias. **Comentarios:** El presente caso expone una infrecuente forma de presentación de los aneurismas poplíteos, donde observamos signos clínicos sugerentes, sin embargo, por ser un diagnóstico de muy baja frecuencia hay que tener un alto nivel de sospecha y utilizar métodos diagnósticos de apoyo. Con ayuda de la imagenología es posible diagnóstico de certeza para una oportuna resolución terapéutica.

ANEURISMA ILÍACO AISLADO Y RIÑÓN ECTÓPICO. CASO CLÍNICO

Javier Oroz Pusic, Alejandro Kotlik Aguilera, Juan Bombin Franco, Maritchu Bombin Sanhueza*
Universidad de Valparaíso. Departamento de Cirugía.
Hospital Dr. Eduardo Pereira

Introducción: Los aneurismas ilíacos aislados, o sea, sin aneurisma aórtico concomitante, son una enfermedad poco frecuente. El diagnóstico es tardío, habitualmente como un hallazgo asintomático, aunque se pueden presentar como síndromes compresivos de estructuras pelvianas o aumento de volumen pulsátil. Hay acuerdo que deben operarse aquellos aneurismas ilíacos con un diámetro transversal mayor a 3 cm. La complejidad de este caso fue mayor por la presencia de un riñón ectópico ilíaco rotado ipsilateral al aneurisma. **Objetivos:** Compartir el caso clínico de este paciente con una enfermedad infrecuente. **Descripción de caso clínico:** Varón, 66 años, consulta por lumbalgia crónica y se efectúa el hallazgo de aneurisma ilíaco común (AIC) derecho aislado no complicado en examen imagenológico. AngioTAC revela un AIC con diámetro máximo de 49 mm. y riñón pelviano derecho funcionando rotado con arterias renales múltiples que nacen desde la aorta terminal y del aneurisma ilíaco. Además, ateromatosis múltiple, destacando estenosis en la arteria renal izquierda. Se realiza reparación aneurismática quirúrgica abierta por abordaje extraperitoneal abriendo el aneurisma, colocando una prótesis recta de 8 mm. de dacrón aorto-iliaca común derecha, respetando ramas renales proximales aórticas con ligadura de ramas renales menores que nacen desde el

aneurisma. En el post-operatorio se observa función renal conservada y buena perfusión de la extremidad inferior derecha. Imágenes demuestran pequeño infarto en el polo inferior del riñón ectópico derecho. **Comentarios:** Estudios en autopsias revelan un aneurisma ilíaco aislado por cada diez mil personas, afectando mayormente la AIC, siguiendo la hipogástrica y por último la arteria ilíaca externa. Son más frecuentes en varones de edad avanzada y su etiología es degenerativa o inespecífica, describiéndose otras causas raras. El angioTAC permite una adecuada planificación quirúrgica actualmente endovascular, lo que no fue posible en este caso por la rara presencia simultánea de un riñón pélvico ectópico y rotado.

CÁNCER GÁSTRICO INCIPIENTE GIGANTE: REPORTE DE UN CASO

Alberto Pérez Castilla, Nelson Vidal Aguayo, Gonzalo Carrasco Aviño*
Clínica Indisa. Servicio de Cirugía. Hospital El Pino, Universidad Andrés Bello.

Introducción: Reportamos el caso de un paciente con un cáncer gástrico incipiente de 7,2 cm, que fue sometido a cirugía en forma oportuna, sin recidiva ni complicaciones a los 5 años. **Objetivos:** Reportar el curioso caso de un paciente con un cáncer gástrico incipiente de 7,2 cm, que fue sometido a cirugía en forma oportuna, sin recidiva ni complicaciones a los 5 años. **Descripción de caso clínico:** Masculino de 74 años, diabético, consulta el 17 de agosto de 2010 por un síndrome lumbociático, que evalúa el neurocirujano, quien decide resolución quirúrgica. Al estudio, destaca una VHS de 83 mm/h y una anemia leve. Dirigidamente refiere una baja de peso estimada de 7 Kg en 2 meses, por lo que se indica una endoscopia digestiva alta. Esta evidencia una lesión polipoidea, de aspecto neoplásico, de 8 cm, en la cara anterior del cuerpo del estómago. Biopsia: Adenocarcinoma. TC de Tórax, Abdomen y Pelvis sin signos de diseminación. El 22 de octubre de 2015 se realiza una gastrectomía total abierta linfadenectomía D2 esófago-yeyuno anastomosis en Y de Roux, sin incidentes. Biopsia: Cáncer incipiente tipo 1 de 7,2 cm. Adenocarcinoma bien diferenciado de tipo intestinal que invade hasta la submucosa. Bordes libres. Ganglios negativos. A cinco años desde su cirugía, el paciente se encuentra asintomático y sin evidencia de recidiva. **Comentarios:** Existe evidencia de que el tamaño del tumor es un factor de sobrevida pronóstico independiente en cáncer gástrico. Este se correlaciona fuertemente al grado de invasión local y compromiso ganglionar. Sin embargo, no existe dicha relación en cáncer gástrico incipiente. A pesar de que el tamaño tumoral es un factor de riesgo independiente para me-

tástasis ganglionar en cáncer gástrico incipiente, no existe diferencia significativa en la supervivencia a 5 años de pacientes con cáncer incipiente de más de 3 cm con respecto a los de menos de dicho tamaño.

HEMATOMA ESPONTÁNEO RETROPERITONEAL: A MODO DE UN CASO

Rubén Lima Flores, Camilo Bustos Ramírez, Víctor Cortés Fuentes*

Universidad Católica del Norte, Sede Coquimbo.

Introducción: Un hematoma espontáneo retroperitoneal (HER) es una entidad clínica definida como un sangrado en el espacio anteriormente señalado, sin asociarse a traumatismo o iatrogenia, de curso potencialmente fatal y de difícil diagnóstico, con una incidencia de 0,1%, elevándose a 0,6% en pacientes con TACO. **Objetivos:** Identificar factores de riesgo para desarrollo de HER. **Descripción de caso clínico:** Mujer, 47 años, antecedentes de DM II NIR, dislipidemia e HTA. Acude al Servicio de Urgencia por presentar dolor precordial opresivo de reposo, de aproximadamente 20 minutos de duración, asociado a síntomas neurovegetativos. Electrocardiograma manifiesta ondas T negativas en precordiales, sin alza enzimática. Se decide hospitalización para estudio coronariográfico y manejo médico, destacando terapia antiplaquetaria biasociada (Aspirina 100 mg-Plavix 75 mg) y BIC de Heparina. Se realiza coronariografía a las 72 h (pre-medicación con HNF y Ticagrelor 180 mg), evidenciando enfermedad coronaria moderada-severa proximal de ADA. Se decide ACTP, con instalación de dos stent. Paciente evoluciona hemodinámicamente inestable, sin respuesta adecuada a terapia médica. TC de abdomen y pelvis revela hematoma retroperitoneal, de aproximadamente 12 cm x 7,5 cm, adyacente al trayecto arterial iliaco derecho. Ingresa a pabellón de urgencia, objetivándose hematoma que diseca retroperitoneo, desde región inguinal hasta región infrarrenal ipsilateral. Exploración no visualiza sangrado activo ni lesión vascular. **Comentarios:** En los estudios CAPRIE y CURE la tasa de sangrado por clopidogrel fue 9,27% y 8,5% respectivamente, sin asociarse a sangrado retroperitoneal. En nuestro caso, la paciente se mantuvo con dosis de 75 mg/día, asociado con aspirina 100 mg desde los dos días previos a coronariografía, aumentando 3,4 veces el riesgo de sangrado. Se describe en la literatura que Ticagrelor es menos seguro que Clopidogrel, en relación a cuadros hemorrágicos, manifestando un RR de 1,49 para hematoma retroperitoneal espontáneo. Probablemente, en asociación a la terapia de aspirina más clopidogrel y heparina no fraccionada, el riesgo de sangrado se elevó ampliamente en dicha oportunidad, gatillando un hematoma retroperitoneal.

HEMÓLISIS MASIVA POST-TROMBECTOMÍA MECÁNICA PERCUTÁNEA (TMP)

Camila Hevia Stevens, Renato Mertens Martín, Albrecht Krämer Schumacher, Francisco Valdés Echenique, Michel Bergoeing Reid, Leopoldo Mariné Massa, Aquiles Jara Contreras, Natalia Muller Hernández*
Pontificia Universidad Católica de Chile. Cirugía Vascul y Endovascular.

Introducción: La TMP mediante lisis del trombo por infusión-aspiración rápida de suero fisiológico es una opción para el manejo de la trombosis venosa y arterial. Dentro de los efectos adversos se describe hemólisis e insuficiencia renal aguda grave. **Objetivos:** Caso clínico con esta complicación y revisión de la literatura. **Descripción de caso clínico:** Hombre de 56 años, con antecedentes de HTA, dislipidemia y tabaquismo suspendido. El año 2002 fue sometido a *bypass* aorto bi-iliaco por enfermedad oclusiva aorto-iliaca en otro centro sin incidentes. En febrero de 2016 consulta por claudicación. TAC revela oclusión del puente, oclusión de arteria iliaca común derecha, estenosis del origen de la arteria iliaca común y origen de iliaca externa izquierdas. Se realiza recanalización percutánea de vasos nativos y angioplastia con stent en ambas iliacas, con evolución favorable. Cuatro meses después reinicia claudicación, post-suspensión de clopidogrel. Se demuestra oclusión del stent iliaco izquierdo. Se somete a TMP mediante Angiojet y angioplastia iliaca bilateral con stent cubierto. Durante las primeras horas presenta oliguria color café-rojiza. Laboratorio confirma hemoglobinuria y caída hemoglobina 3 g/dl. Se realiza manejo con aporte de volumen, alcalinización de orina, furosemida e infusión de dopamina. Evoluciona favorablemente, con deterioro leve y recuperación de la función renal ad integrum, siendo dado de alta a las 48 h. **Comentarios:** La hemólisis masiva pos-TMP es poco frecuente y lleva a requerir diálisis transitoria en la mayoría de los casos. La fisiopatología de la nefrotoxicidad no se encuentra del todo dilucidada. Aparentemente se relaciona con la filtración y absorción tubular del grupo heme, además de la formación de cilindros, lo que genera oclusión y necrosis tubular aguda. En este caso, el conocimiento del cuadro, su diagnóstico y medidas terapéuticas precoces, impidieron que el daño renal se estableciera.

ENFERMEDAD ANEURISMÁTICA MULTISEGMENTARIA DE LA AORTA, ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO

Camila Hevia Stevens, Tatiana Fuentes Menares, Renato Mertens Martín, Francisco Valdés Echenique, Albrecht Krämer Schumacher, Michel Bergoeing Reid, Leopoldo Mariné Massa, Gabriel Olivares Rodríguez*
Pontificia Universidad Católica de Chile. Cirugía Vascul y Endovascular.

Introducción: Actualmente los avances, tanto en la cirugía vascular como en la cardiocirugía, permiten

enfrentar casos extremos, previamente considerados inoperables. **Objetivos:** Discutir en relación a un caso clínico las indicaciones y oportunidades de la cirugía cardíaca y vascular actual. **Descripción de caso clínico:** Hombre de 71 años, con antecedentes de insuficiencia valvular aórtica masiva y aneurisma de aorta torácica, abdominal e iliaco bilateral diagnosticado 4 años antes, se decide manejo médico. Evoluciona con dolor lumbar progresivo, masa pulsátil abdominal y capacidad funcional en disminución, por lo que decide re-consultar en su centro hospitalario. Es declarado inoperable por su cardiopatía y dificultad técnica a pesar del gran diámetro de sus aneurismas, siendo enviado a su domicilio. Por aumento de la sintomatología acude a nuestro centro, donde se objetiva gran masa pulsátil hipogástrica; angioTAC de tórax, abdomen y pelvis muestra un aneurisma de aorta ascendente de 9,8 cm de diámetro y aneurisma de aorta abdominal yuxta-renal de 6 cm con aneurisma iliaco bilateral de diámetro máximo 11 cm. Presentaba insuficiencia valvular aórtica masiva e insuficiencia mitral, con importante dilatación del ventrículo izquierdo. Se programa resolución en etapas: se realiza reemplazo de aorta ascendente, raíz y válvula aórtica, con reimplante de arterias coronarias (tubo de dacron prótesis Carpentier Edwards) y reparación mitral con anillo de Carpentier. A las 2 semanas, se realiza *bypass* aorto bi-iliaco con *bypass* a arteria polar renal inferior derecha y revascularización hipogástrica derecha. Evoluciona favorablemente, siendo dado de alta a 30 días de su ingreso. **Comentarios:** La posibilidad de contar con un equipo multidisciplinario con experiencia en casos complejos, permitió ofrecer una resolución quirúrgica integral y definitiva a este paciente. Consideramos fundamental conocer las propias limitaciones así como también conocer alternativas terapéuticas disponibles en nuestro medio y derivar a centros de alta complejidad cuando el caso lo amerite.

ROTURA ESPLÉNICA EN DOS TIEMPOS. REPORTE DE UN CASO

Susana Cristina Sabat Awad, Constanza Silva Nome, Romina González Villanueva, Felipe Alejandro Rozas, Guisella Martínez Cerda, Gabriel Andrés Silva Seguel, Eduardo Figueroa Rivera*

Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Servicio de Urgencias. Universidad de Concepción.

Introducción: El bazo es el órgano sólido más frecuentemente lesionado tras un trauma abdominal cerrado, representando entre 31-50% de todos los traumatismos de víscera sólida. La rotura esplénica (RE) ocurre en 1 a 5%, siendo aún más inusual su rotura diferida; pudiendo aparecer desde días o semanas, incluso meses después del trauma, aumentando la mortalidad hasta en 15%. **Objetivos:** Presentación y discusión de caso

clínico. **Descripción de caso clínico:** Varón de 47 años, consultó por dolor abdominal en flanco izquierdo de 1 semana de evolución, que se intensifica en las últimas horas. Refirió haber sufrido caída de altura desde un tercer piso hacía 15 días, resultando con fracturas del segundo, tercer y cuarto metacarpiano izquierdo, descartándose otras lesiones en esa oportunidad. Ingresó con signos vitales estables, palpándose abdomen blando y depresible, sin signos de irritación peritoneal. Se solicitó tomografía computada (TC) de abdomen. Durante la espera evoluciona con compromiso hemodinámico, por lo que se realizó laparotomía exploradora de urgencia, encontrándose bazo con gran hematoma y sangrado activo, realizándose esplenectomía. TC abdominal evidenció lo encontrado en el intraoperatorio, mostrando signos de laceración esplénica asociado a importante hemoperitoneo. El paciente evolucionó favorablemente, siendo dado de alta 7 días después.

Comentarios: La RE es un cuadro cuyo manejo se basa en el alto índice de sospecha según el mecanismo del trauma, este dependerá del grado de lesión esplénica, estado hemodinámico del paciente y la experiencia del cirujano. Actualmente se prefiere el manejo conservador con terapia endovascular, esplenorrafias, esplenectomías parciales o sólo observación. Evitándose la complicación más temida que es la sepsis fulminante post-esplenectomía. Sin embargo, el tratamiento de elección en paciente con lesión esplénica de alto grado, hemoperitoneo extenso, inestabilidad hemodinámica, falla del tratamiento conservador y RE en dos tiempos sigue siendo la esplenectomía. En la práctica médica continúa siendo de gran importancia la sospecha clínica de esta patología.

VENA CAVA SUPERIOR IZQUIERDA PERSISTENTE DURANTE INSTALACIÓN DE CATÉTER DE HEMODIÁLISIS

Daniel Wallach Widder, Patricio Olivares Pardo, Rolando Pina Sepúlveda, Pablo Carreo Ortega, Marcelo Mége Navarrete, Sergio Valenzuela Roediger, Juan Pablo Uribe Larach*
Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago).
Departamento Cirugía Vascular.

Introducción: La persistencia de la vena cava superior izquierda (VCSI) es la anomalía venosa torácica más frecuente, presente aproximadamente en el 1% de la población general. A menudo se observa durante la colocación de catéteres centrales o durante la realización de técnicas de imagen, es relevante descubrir su presencia pues puede conllevar complicaciones. **Objetivos:** Describir un caso clínico y revisar la literatura acerca de la persistencia de VCSI. **Descripción de caso clínico:** Se presenta el caso de una paciente de 30 años, con antecedentes de enfermedad renal crónica en hemodiálisis e HTA. Ingresó por disfunción de catéter de hemodiálisis

yugular derecho. Se decide instalación de nuevo catéter tunelizado de hemodiálisis: bajo ecografía se punciona vena yugular interna izquierda y bajo radioscopia se constata que guía se sitúa a izquierda de la línea media a nivel del mediastino. Se plantea VCSI, ante esto, se decide abandonar procedimiento y recambiar el catéter tunelizado yugular derecho. En post-operatorio se realiza ecodoppler cardiaco y angioTAC de Tórax que confirma la presencia de VCSI, drenando a seno coronario dilatado, sin otras alteraciones anatómicas. **Comentarios:** La VCSI es secundaria a la persistencia de la vena cardinal anterior izquierda del embrión, la cual involuciona, durante la embriogénesis, para convertirse en el seno coronario del corazón adulto, drena en 90% en la aurícula derecha a través del seno, y en 10% a la aurícula izquierda. Es importante tomar en cuenta esta patología ya que se han descrito complicaciones graves como la trombosis sobre catéter instalado en VCSI, embolización paradójica a sistema nervioso central cuando la vena desemboca en la aurícula izquierda, así como el riesgo de arritmias provocadas por el paso de la guía metálica a través del seno coronario durante el procedimiento.

SARCOMA FUSOCELULAR MESENTÉRICO COMO CAUSA DE HEMOPERITONEO. REPORTE DE UN CASO

Maximiliano Mertens Palma, Cedric Adelsdorfer Orellana, Waldemar Adelsdorfer Orellana*
Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar).
Cirugía Adultos.

Introducción: Los tumores del mesenterio constituyen una entidad clínica poco frecuente, pudiendo ser tumores sólidos, quísticos, benignos o malignos. Además de tener presentaciones muy variadas, desde asintomáticas hasta un abdomen agudo. **Objetivos:** Comunicar sobre un caso de hemoperitoneo secundario a tumor mesentérico. **Descripción de caso clínico:** Paciente de 93 años con antecedentes de hipertensión, diabetes y pancitopenia en estudio. Ingresado el 7 de julio de 2016 por cuadro de dolor abdominal inicialmente difuso luego mayor en el hemiabdomen derecho, asociándose náuseas, sin vómitos ni trastorno del tránsito intestinal ni fiebre, destacando en examen físico taquicardia, taquipnea, abdomen distendido, ruidos hidroaéreos disminuidos, resistencia muscular, signos peritoneales y masa palpable en hipogastrio. En exámenes generales destaca elevación de parámetros inflamatorios, anemia y trombocitopenia; se solicita tac de abdomen y pelvis sin contraste por falla renal, informado por telemedicina como insuficiente por falta de contraste, con líquido libre de escasa cuantía. Se decide laparotomía exploradora, encontrando hemoperitoneo de 1.200 cc, tumor mesentérico cerebroideo, multilobulado con compromiso vesical y asa de transición yeyuno-íleon, se realiza

resección en bloque de la masa y asa intestinal afectada, con anastomosis latero-lateral, cistorrafía, aseó de cavidad e instalación de drenajes. Evolución post-operatoria inicial sin drogas vasoactivas ni apoyo ventilatorio. Al décimo día refiere homalgia derecha, se solicita eco abdominal que muestra signos de colecistitis alitiásica, se maneja con antibioterapia, posteriormente con anasarca, insuficiencia respiratoria, en exámenes se acentúa su pancitopenia, requiriendo transfusión, se realiza mielograma que sugiere síndrome mielodisplásico. Biopsia de tumor mesentérico muestra sarcoma fusocelular de partes blandas de alto grado. **Comentarios:** Los tumores mesentéricos representan un reto a la hora del diagnóstico, ya que pueden debutar con cuadros clínicos heterogéneos y su diagnóstico imagenológico no siempre es fácil, su naturaleza puede ser muy variada, por lo que siempre es necesario un estudio acucioso de éstos, existiendo en la literatura poca información al respecto.

TROMBO FLOTANTE DEL ARCO AÓRTICO COMO CAUSA DE EMBOLIAS PERIFÉRICAS MÚLTIPLES

Nicolás Solano Ramírez, Juan Bombin Franco, Alejandro Kotlik Aguilera, María José Comas Sáez, Maritchu Bombin Sanhueza*
Universidad de Valparaíso. Servicio de Cirugía Equipo de Cirugía Vascular. Hospital Eduardo Pereira.

Introducción: La trombosis flotante del arco aórtico es una afección poco común, potencialmente fatal. Debido al considerable flujo sanguíneo circulando a través del arco aórtico, el establecimiento de un trombo flotante en este sitio es improbable, siendo más frecuente en la aorta torácica descendente y abdominal, asociada a ateromatosis subyacente. Se calcula que alrededor del 5% de las embolias periféricas son de origen aórtico y muchas de ellas se originan en un trombo mural flotante aórtico. **Objetivos:** Presentación del caso clínico. **Descripción de caso clínico:** Mujer de 46 años, con antecedentes de tabaquismo severo activo, consumidora de sustancias ilícitas y trombosis venosa en la extremidad inferior izquierda el año 2009. El 2014 sufrió una resección de intestino delgado con ileostomía más fistula mucosa secundaria a isquemia mesentérica con perforación ileal y después accidente vascular cerebral isquémico no secueado. Estudiada entonces con holter de arritmias sin alteraciones y ecocardiograma doppler cardíaco transtorácico dentro de límites normales. En 2016 se realiza reconstitución de tránsito presentando evolución tórpida y se decide realizar TAC mostrando evolución extenso trombo flotante en arco aórtico y trombo mural en carótida izquierda, sin signos de otra patología de la pared aórtica. Se decide iniciar tratamiento anticoagulante. **Comentarios:** La historia natural de

pacientes con trombosis mural flotante aórtica sin una clara patología aórtica subyacente no está bien definida y son escasas las recomendaciones para su tratamiento y el seguimiento a largo plazo. Se ha descrito tratamiento anticoagulante, trombolisis, tromboaspiración endovascular y cirugía vascular abierta clásica. En este caso nos pareció prudente iniciar tratamiento anticoagulante y efectuar controles imagenológicos periódicos. Dada las graves repercusiones, es importante sospechar y realizar un adecuado estudio imagenológico que incluya toda la aorta en casos de embolías periféricas recurrentes.

SÍNDROME DE OPÉRCULO TORÁCICO. CASO CLÍNICO

Cristian González Collao, Andrea Patricia Jiménez Aguilar, Nicolás Solano Ramírez, Daniel Alejandro García Oneto, Maximiliano Cortés Latorre,*

Jorge Ávila Pérez, Mario Santamarina R.

Universidad de Valparaíso. Servicio de Cirugía Equipo de Cirugía de Tórax. Hospital Eduardo Pereira.

Introducción: El síndrome de opérculo torácico (SOT) involucra la compresión del paquete vasculo-nervioso que sale de la caja torácica hacia las extremidades superiores, descrito por Peet (1956) cuando su existencia era escasamente comprendida. Actualmente es de un síndrome bien caracterizado. Se presenta y discute un caso clínico. **Objetivos:** Presentación de Caso Clínico. **Descripción de caso clínico:** Paciente de 38 años consulta por cuadro de cervicalgia, parestesias y palidez de extremidad superior izquierda a la rotación externa. Radiografía de columna cervical evidencia costilla supernumeraria izquierda (C7). AngioTC de tórax muestra estenosis de arteria subclavia izquierda por compresión. Ecografía Doppler con disminución del flujo de la arteria humeral izquierda al realizar elevación de extremidad. Se realiza resección de primera costilla izquierda por VATS, post-operatorio favorable. Durante seguimiento persiste sintomatología y signología de déficit de perfusión en extremidad afectada, manifestándose principalmente con palidez y disminución de la amplitud del pulso. AngioTC muestra persistencia de estenosis de arteria subclavia izquierda por compresión determinada por conflicto de espacio entre el extremo de la costilla cervical y el músculo escaleno anterior izquierdo. Se realiza resección de costilla cervical por cervicotomía supraclavicular izquierda, post-operatorio favorable, con resolución de sintomatología en extremidad superior izquierda. **Comentarios:** En el SOT la sintomatología neurológica es la manifestación más frecuente (95%) y se caracteriza por dolor, adormecimiento y parestesia de la extremidad afectada cuya distribución no es radicular. La sintomatología venosa (3-5%) se caracteriza principalmente por trombosis de la vena subclavia (síndrome de Paget-Schroetter),

manifestada como cianosis, tumefacción y parestesias, principalmente en decúbito. La sintomatología arterial (1-2%) se caracteriza por claudicación o dolor al movimiento de la extremidad, aliviada con el reposo. Las etiologías se dividen en dos grupos; asociadas al tejido blando (70%) y asociadas al tejido óseo (30%). Pese a que el diagnóstico es clínico, los métodos imagenológicos son importantes para la confirmación etiológica y la decisión terapéutica.

QUILOTÓRAX IDIOPÁTICO: CASO CLÍNICO

*Juan Carlos Pérez Olmedo, Rodrigo Eduardo Barrera Contreras, Cristian Andrés Pozo Ugarte, Francisco Jesús Rodríguez Vega**

Hospital San Juan de Dios (La Serena). Equipo de Cirugía de Tórax Servicio de Cirugía Hospital San Juan de Dios de La Serena. Facultad de Medicina, Universidad Católica del Norte.

Introducción: Quilotórax es una colección de quilo en la cavidad pleural que resulta de las fugas de los vasos linfáticos, por lo general desde el conducto torácico, posee múltiples etiologías. Se presenta posterior a cirugía torácica en un 0,5 a 1%. Neoplasia es la causa más común de quilotórax no traumática, linfoma en 70% de los casos. **Objetivos:** Dar a conocer caso clínico de quilotórax no traumático en el cual no se logró determinar etiología. **Descripción de caso clínico:** Hombre de 59 años de edad sin antecedentes mórbidos conocidos, consulta por cuadro de 2 meses de evolución caracterizado por dolor torácico dorsal bilateral, inicio insidioso e intensidad progresiva, asociado a disnea de mínimos esfuerzos que progresa a reposo. Rx Tórax: derrame pleural derecho de moderada cuantía. Líquido pleural Triglicéridos: 1352,8 mg/dL. TC Tórax: derrame pleural derecho asociado a engrosamiento focal de la pleura parietal posterior ipsilateral (7,4 mm), de carácter inespecífico, neumotórax apical derecho. TC Abdomen y Pelvis sin hallazgos patológicos. Instalación CVC para NP régimen libre de triglicéridos de cadena larga. SNY. EDA y FBC sin hallazgos patológicos. Estudio de Linfoma: biopsia quirúrgica de tejido linfonodal interescalénico anterior derecho negativa. Marcadores tumorales negativos. Eco partes blandas región inguinal: negativo para adenopatías. Colonoscopia: sin hallazgos patológicos. VTC: mediastino medio y anterior sin evidencias de patología tumoral, adherencias del pulmón por LSD al vértice y cara posterior, muy firmes y vascularizadas. Pulmón sin evidencia de lesión tumoral. Conducto torácico de 0,3 cm paralelo a la vena que se liga con 2 clips. Se toma biopsia de esta pleura y luego de la pleura parietal del vértice. Completa 44° día de hospitalización, alta hospitalaria al 8° día post-VTC. **Comentarios:** El estudio y manejo del quilotórax idiopático no está normado, principalmente por su infrecuencia, siendo la ligadura del conducto torácico el tratamiento de elección.

DERRAME PERICÁRDICO. MANEJO POR VIDEOTORACOSCOPIA

Jorge Lavanderos Fernández, Natalia Reyes Leiva*
Hospital Base San José de Osorno. Servicio de Cirugía.
Universidad Austral de Chile.

Introducción: El derrame pericárdico es la acumulación anormal de líquido en la cavidad pericárdica, puede desarrollarse en forma aguda o gradual, adaptándose el pericardio a la cantidad de líquido, cuyo volumen normal va desde 15 a 40 ml. Su origen puede ser de tipo infeccioso, autoinmune, neoplásica, metabólica, traumática, cardíaca, idiopática, etc. Al momento de elegir la técnica para drenar el derrame se deben considerar ciertos factores como presencia de taponamiento cardíaco, antecedentes mórbidos, riesgo de recurrencia y el instrumental disponible. Las técnicas más utilizadas son la ventana pericárdica subxifoidea con un riesgo de recidiva de un 2,5 a 16% y la ventana por videotoracoscopía con un riesgo de recidiva de 0 a 8%; con tasas de morbilidad y mortalidad similares. **Objetivos:** Comunicar el caso de un paciente con derrame pericárdico masivo, su manejo y una breve revisión de la técnica utilizada. **Descripción de caso clínico:** Paciente de 34 años, de sexo masculino, con antecedente de insuficiencia renal crónica en hemodiálisis consulta por cuadro de 2 semanas de evolución de disnea progresiva. Al examen con hemodinamia estable, con ortopnea, ingurgitación yugular y ruidos cardíacos apagados. Evaluado con radiografía de tórax, evidencia silueta cardíaca aumentada de tamaño. Ecocardiograma transtorácico muestra bamboleo cardíaco y signos de taponamiento. Tomografía Computada con gran cantidad de líquido libre pericárdico. Se realizó ventana pericárdica por videotoracoscopía drenando 2.600 cc de líquido hemorrágico oscuro a tensión; con buena evolución y alta al cuarto día post-operatorio. **Comentarios:** La ventana pericárdica por videotoracoscopía es una buena vía para el manejo de los derrames pericárdicos en pacientes hemodinámicamente estables.

AGENESIA DE VESÍCULA BILIAR DIAGNOSTICADA EN EL PREOPERATORIO Y CONFIRMADA POR LAPAROSCOPIA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Marcelo Andrés Santelices Baeza*, Guillermo Sepúlveda Díaz, María Camila Gutiérrez Vallejos, César Muñoz Castro, Luis Verdugo Montenegro, Gloria Vergara Almeida
Hospital Dr. César Garavagno Burotto (Talca). Servicio de Cirugía Unidad de Cirugía Digestiva.

Introducción: La agenesia de la vesícula biliar consiste en la ausencia de dicho órgano y es la malformación más infrecuente de la vía biliar con una incidencia

aproximada de 0,007-0,13%, existiendo aproximadamente 400 reportes a nivel mundial desde la descripción inicial por Bergman en el año 1702. La literatura es consistente en la presentación clínica con síntomas sugerentes de patología biliar. En un alto porcentaje de los casos el diagnóstico se realiza en el intraoperatorio, donde se requieren maniobras para descartar la ubicación atípica de la vesícula con morbilidad asociada. **Objetivos:** Presentar el caso clínico de un paciente con diagnóstico preoperatorio de agenesia de la vesícula biliar, con confirmación mediante cirugía laparoscópica. **Descripción de caso clínico:** Paciente de 44 años, sin antecedentes. Consulta por dolor abdominal de 2 años de evolución en hipocondrio derecho. Fue estudiado ambulatoriamente con dos ecotomografías abdominales que concluyeron colelitiasis con vesícula escleroatrófica; completa el estudio con Colangio Resonancia Magnética que informó probable agenesia vesicular, sin otros hallazgos. Se decide, junto al paciente, realizar laparoscopia diagnóstica corroborando los hallazgos de la resonancia. El paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta al primer día post-operatorio, manteniéndose asintomático. **Comentarios:** La agenesia de la vesícula biliar corresponde a la ausencia congénita de dicho órgano. Su incidencia reportada es de 0,007-0,13%, siendo la malformación menos frecuente de la vía biliar. En general, su diagnóstico se realiza en el intraoperatorio, donde al no encontrar la vesícula en su ubicación habitual se realizan maniobras para descartar una ubicación ectópica, con morbilidad asociada. En nuestro caso el diagnóstico se realizó en el preoperatorio y se confirmó por laparoscopia, sin morbilidad asociada. En Chile, con una alta prevalencia de patología biliar, creemos que es de utilidad recordar esta entidad dentro del diagnóstico diferencial, además de ser un aporte a la escasa literatura al respecto a nivel nacional e internacional.

DIVERTICULITIS DEL APÉNDICE VERMIFORME. REPORTE DE UN CASO

Marcelo Andrés Santelices Baeza*, Luis Verdugo Montenegro, María Camila Gutiérrez Vallejos, Guillermo Sepúlveda Díaz, José Javier Rojas García
Hospital Dr. César Garavagno Burotto (Talca). Servicio de Cirugía Equipo de Cirugía Digestiva Alta Equipo de Coloproctología.

Introducción: La presencia de divertículos en el apéndice vermiforme es una condición rara, con una prevalencia descrita entre 0,004 y 2,6% en revisiones post-apendicectomía. Se reconocen, al igual que en la enfermedad diverticular del colon, divertículos verdaderos o congénitos y pseudodivertículos o adquiridos. Su presentación clínica es similar a la de la apendicitis aguda, sin embargo, hay pequeños detalles

que, en teoría, pueden hacer plantear su diagnóstico preoperatorio. Pese a lo anterior, en la gran mayoría de los casos el diagnóstico se realiza con el análisis patológico. **Objetivos:** Presentar el caso de un paciente al que se le realiza apendicectomía laparoscópica, con sospecha intraoperatoria de tumor apendicular, cuya biopsia informa diverticulitis apendicular. **Descripción de caso clínico:** Paciente de 56 años, masculino, hipertenso en tratamiento, sin otros antecedentes. Consulta en el Servicio de Urgencia por cuadro de dolor abdominal de 48 h de evolución, inicialmente difuso, que posteriormente migra a la fosa iliaca derecha, sin otros síntomas ni signos. Al examen físico destaca resistencia muscular aumentada y signo de Blumberg positivo en la fosa iliaca derecha. El laboratorio mostró leucocitosis (13.300 GB/mm³) y PCR 126 mg/L. Se ingresa a pabellón para apendicectomía laparoscópica encontrando apéndice inflamado en la punta, con lesión que impresiona tumoral de 2 x 2,5 cm a 3 cm de la base. Se completa la apendicectomía evolucionando el paciente en buenas condiciones por lo que se egresa al segundo día post-operatorio. **Comentarios:** Se muestra una patología poco frecuente, pero a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial del síndrome de la fosa iliaca derecha. La presentación fue más sugerente de apendicitis, por la corta evolución y la migración típica del dolor, sin embargo, el informe patológico describe la presencia de un divertículo apendicular inflamado no perforado con periapendicitis aguda, lo que corresponde a tipo 2 en la clasificación de la enfermedad diverticular del apéndice.

PARATIROIDES ECTÓPICA SUBMANDIBULAR O NO DESCENDIDA COMO CAUSA DE PERSISTENCIA DE HIPERPARATIROIDISMO

Martín Nicola Seves, Juan Manuel Scarton Pérez, Óscar Venegas Rebolledo, Hernán Núñez Ceppi, Felipe Tapia Ortiz*
Hospital San Juan de Dios (La Serena). Servicio de Cirugía. Universidad Católica del Norte.

Introducción: Las glándulas paratiroides ectópicas pueden ubicarse a lo largo de la trayectoria en su descenso embriológico. Siendo las paratiroides inferiores las que habitualmente se ubican en lugares ectópicos o descienden incompletamente. Esta ubicación ectópica submandibular ocurre en menos del 1% de los cuellos, según reportes anatómicos. Sin embargo, es causa frecuente de HPT recurrente o de HPT persistente luego de cirugía, aumentando a 3,2% en los pacientes re-intervenidos. Esta ectopía es aún más infrecuente en HPT secundario. **Objetivos:** Debido a lo excepcional de su ubicación y las dificultades en su localización se presenta este caso clínico. **Descripción de caso clínico:** Paciente masculino de 46 años, antecedentes

de HTA e IRC en hemodiálisis desde 2004. Historia de dolor óseo, que evoluciona a fractura patológica de columna. Estudio: Ecografía: nódulos paratiroides adyacentes a tiroides. Cintigrama sestamibi: glándulas paratiroides hiperfuncionantes. Parathormona intacta 1.900 pg/ml; calcio 9,8 mg/dl; fósforo 6,3 mg/dl. Se realiza exploración cervical y resección de cuatro glándulas hiperplásicas y autoinjerto en ECM. Biopsia confirma glándulas paratiroides hiperplásicas. Evoluciona con Parathormona 2881 pg/ml; calcio 9,3 mg/dl; fósforo 4,7 mg/dl Debido a persistencia se reincide estudio: Cintigrama sestamibi no evidencia paratiroides hiperfuncionantes RNM cuello y tórax: adenopatía submandibular izquierda. PET/CT: lesión nodular submandibular sugerente de adenoma paratiroideo ectópico izquierdo. Se realiza exploración submandibular y resección de glándula paratiroides ectópica. Biopsia confirma tejido paratiroideo. Evoluciona con Parathormona de 86,4 pg/ml; calcio 7,6 mg/ml y fósforo 2,2 mg/ml. **Comentarios:** Esta localización ectópica es infrecuente. Las imágenes preoperatorias han ayudado a precisar la localización y a mejorar el éxito quirúrgico. La probabilidad de éxito de una segunda cirugía sin localización es 60%, pero alcanza 95% mediante localización de imágenes La ultrasonografía (S60%) y cintigrama Sestamibi (S80%) son las más solicitadas, al combinar su sensibilidad aumenta sobre 90%. Otros métodos son el TAC (S40%) y la RNM (S88%). Actualmente combinar estudios funcionales y topográficos tienen mayor rendimiento diagnóstico en paratiroides ectópicas como el SPECT-CT o el PET-CT (S92%).

COLGAJO MIOCUTÁNEO DE ECM COMO ALTERNATIVA DE RECONSTRUCCIÓN EN CÁNCER DE CAVIDAD ORAL

Juan Manuel Scarton Pérez, Martín Nicola Seves, Óscar Venegas Rebolledo, Hernán Núñez Ceppi, Felipe Tapia Ortiz*
Hospital San Juan de Dios (La Serena). Servicio de Cirugía. Universidad Católica del Norte.

Introducción: El cáncer epidermoide de cavidad oral implica resecciones extensas que exigen una reconstrucción de la forma y función. Esto es logrado mediante colgajos libres, debido a su versatilidad y fiabilidad. Siendo los colgajos libres fascio-cutáneo radial y anterolateral del muslo el estándar de oro para reconstrucción de tejidos blandos de cavidad oral y orofaríngeo. El uso de colgajos pediculados es una excelente herramienta de reconstrucción y alternativa a los colgajos libres. Uno de los primeros colgajos miocutáneos propuestos exitosamente es el de esternocleidomastoideo. Este músculo largo lleva en su extremo una isla de piel y rota de su pedículo dominante

ubicado vecino a la mastoides que permite cubrir defectos cérvico-facial. **Objetivos:** La reconstrucción de cavidad oral con colgajo pediculado de ECM como alternativa a la reconstrucción microquirúrgica. **Descripción de caso clínico:** Mujer de 62 años, con HTA. Presenta lesión exofítica en borde lateral lingual de larga data. Se realiza resección que demostró un papiloma escamoso. En control posterior persiste lesión exofítica y ulcerada que demostró carcinoma espinocelular. Al examen úlcera 2,5 cm en borde libre de lengua izquierda que no traspasa línea media. TAC cuello lesión de borde lateral de lengua y piso de boca de 38 mm, hasta línea media, sin compromiso óseo mandibular. Estudio diseminación negativo. Se realiza hemiglosectomía izquierda y resección piso de boca ipsilateral mediante pull through, y vaciamiento cervical radical modificado. Reconstrucción con colgajo miocutáneo pediculado de ECM. Evolucionan con pequeña fístula oro-cutánea que se reseca sin incidentes. Biopsia: carcinoma espinocelular y bordes quirúrgicos alejados. Metástasis 6/17 ganglios grupo I de 45 ganglios resecaos. Radio-quimioterapia complementaria. **Comentarios:** El ECM sigue siendo una herramienta importante en reconstrucción de tejidos blandos en cabeza y cuello por su pedículo constante de tercio superior, versatilidad, bajos índices de necrosis por su rica vascularización, realizable en pacientes con alta morbilidad y edad, técnica quirúrgica reproducible y menor tiempo quirúrgico comparado a reconstrucción microquirúrgica.

CÁNCER GÁSTRICO TRASMANGA GÁSTRICA LAPAROSCÓPICA: REPORTE DE UN CASO

Ignacio Neira Sanhueza, Hector Molina Zapata, Osvaldo Torres Rodríguez, Francisco Pacheco Bastidas, Macarena Paz Volosky Medina, Jodelynne Alejandra Pedreros Lobos*

Universidad de Concepción. Departamento de Cirugía.

Introducción: La obesidad es factor de riesgo para adenocarcinoma de la UGE, pero no para cáncer gástrico de localización extracardial 2-3. No está claro si la cirugía bariátrica representa un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer gástrico 4. Actualmente la gastrectomía subtotal en manga constituye una de las técnicas quirúrgicas más populares dentro de la cirugía bariátrica, debido a su seguridad, simplicidad y resultados 5. **Objetivos:** Mostrar un caso clínico de cáncer gástrico tras GVL. **Descripción de caso clínico:** Masculino de 66 años hipertenso, se realizó GVL el 2008, EDA preoperatoria informó gastritis astral superficial, Test de ureasa negativo. Controles endoscópicos post-quirúrgicos resultan normales. El 2013 EDA de control con metaplasia intestinal corporal, biopsia informa Adenocarcinoma Mucinoso con células en anillo de

sello. Etapificación sin evidencias de diseminación a distancia. Se realiza gastrectomía total ampliada, biopsia informa cáncer gástrico cardial, 80% tubular y 20% mucosecretor, infiltrante hasta muscular de la mucosa pT1a-N0. Tras la cirugía el paciente presenta buena evolución, sin complicaciones. Actualmente se encuentra asintomático, sin evidencias de recidiva. **Comentarios:** Existen condiciones que requieren vigilancia endoscópica del estómago, como pólipos gástricos, metaplasia intestinal, infección por HP, por lo que la GVL es una excelente opción. La obesidad aumenta el riesgo de diversos tipos de cáncer y otras enfermedades gastrointestinales benignas. Estudios muestran un 88% de lesiones gástricas benignas en piezas resecaas luego de GVL, lo cual reafirma la necesidad de la endoscopia preoperatoria para detectar lesiones que requieren una vigilancia endoscópica y/o un cambio en el plan quirúrgico. Se han reportado pocos casos de cáncer gástrico tras la realización de una manga gástrica. La EDA preoperatoria puede detectar una condición premaligna y la GVL permite el seguimiento endoscópico de estas lesiones. En nuestro caso no se detectaron lesiones premalignas preoperatorias, pero el seguimiento permitió la detección de un cáncer incipiente.

COLGAJO TEMPORAL COMO ALTERNATIVA DE RECONSTRUCCIÓN TRAS EXANTERACIÓN ORBITARIA

Juan Manuel Scarton Pérez, Martín Nicola Seves, Óscar Venegas Rebolledo, Hernán Núñez Ceppi, Felipe Tapia Ortiz*

Hospital San Juan de Dios (La Serena). Servicio de Cirugía. Universidad Católica del Norte.

Introducción: El colgajo miofascial de músculo temporal es una excelente alternativa en la reconstrucción del tercio medio y superior facial. Su uso tras una exanteración orbitaria aporta un volumen cualitativo y cuantitativo de partes blandas bien vascularizadas que permite el relleno del espacio muerto y contribuye a minimizar la secuela estética. Su proximidad anatómica lo convierte en una opción segura y versátil como método reconstructivo. **Objetivos:** El colgajo pediculado de temporal es una excelente alternativa a la microcirugía tras una exanteración orbitaria. **Descripción de caso clínico:** Mujer de 85 años, con hipertensión arterial. Historia de dos años de lesión proliferativa de párpado superior, compatible con carcinoma espinocelular de piel moderadamente diferenciado infiltrante hasta dermis reticular. Se realiza resección palpebral y reconstrucción con colgajos locales. Debido a borde profundo en relación reborde óseo, se le indica radioterapia. Sin embargo, presenta recidiva a los tres meses, momento en que se le da radioterapia parcialmente. Se reinterviene realizando

aseo quirúrgico por úlcera proliferativa. Biopsia conjuntiva positiva. TAC de órbitas informa tejido de aspecto infiltrativo en lecho operatorio de cáncer espino-celular resecaado, compatible con recidiva neoplásica, con signos de infiltración del tejido adiposo retroseptal en relación al techo de la órbita izquierda y evidencias de erosión ósea de la tabla ósea externa en hueso frontal supraorbitario izquierdo. Se realiza exanterioración ordinaria, además de resección ósea y reconstrucción con colgajo temporal para relleno de cavidad y cobertura con colgajo dermograso cérvico-facial. **Comentarios:** El uso de colgajos pediculados aún constituye una excelente herramienta de reconstrucción y una alternativa a los colgajos libres. El colgajo pediculado de músculo temporal, como alternativa de reconstrucción al caso presentado, determina un aislamiento eficaz, obliterando espacios muertos como el generado tras una exanterioración orbitaria.

ROTURA ESPLÉNICA ESPONTÁNEA

Jorge Lavanderos Fernández, Marcelo Ignacio Roa Nilo, Camila Andrea Ormeño Candia, Edgar Marcelo Devaud Jaureguiberry*

Hospital Base San José de Osorno. Servicio de Cirugía. Universidad Austral de Chile.

Introducción: La rotura espontánea del bazo en el contexto de una mononucleosis infecciosa se estima que puede ocurrir entre un 0,06% y 0,5% de los pacientes. El manejo tradicional de la rotura esplénica en pacientes con inestabilidad hemodinámica es la esplenectomía de urgencia. Hay que tener en consideración que los pacientes esplenectomizados tienen un mayor riesgo de infección y sepsis de gérmenes con cápsula, de esta forma algunos autores han propuesto que en casos de baja gravedad, sin una rotura extensa se podría realizar un manejo conservador. Se debe considerar la vacunación de pacientes contra neumococo y haemophilus influenzae. **Objetivos:** Comunicar el caso de una paciente con hemoperitoneo por rotura esplénica espontánea, su manejo y una breve revisión de la literatura. **Descripción de caso clínico:** Paciente de 17 años, de sexo femenino, consulta por cuadro de 5 días de malestar general, fiebre y odinofagia. Se diagnostica faringoamigdalitis purulenta y se indica azitromicina. Presenta evolución tórpida con persistencia de los síntomas a lo que se suma dolor abdominal y vómitos por lo que consulta nuevamente. Al examen se presenta pálida, taquicárdica e hipotensa. El abdomen es distendido y difusamente sensible. Exámenes con anemia severa y trombocitopenia. Se solicita TC abdomen y pelvis: laceración esplénica en su cara anteromedial, asociado a signos de sangrado activo y severo hemoperitoneo. Conforme a los antecedentes se decide laparotomía exploradora de urgencia. Se aspiran 2.000 cc de sangre

y coágulos, se aprecia esplenomegalia con desgarro de toda la cápsula de la cara medial del bazo, se intenta manejo conservador sin lograr controlar el sangrado por lo que se decide esplenectomía. Paciente se maneja en UPC con buena evolución. Estudio etiológico positivo para virus Epstein Barr. **Comentarios:** La rotura esplénica espontánea es una entidad poco frecuente, que en pacientes con estabilidad hemodinámica se debe priorizar el manejo conservador.

CARCINOMA BASOCELULAR FRONTO-ORBITARIO DE 10 AÑOS DE EVOLUCIÓN. REPORTE DE UN CASO

Carlos Andrés Arce Núñez, Waleska Guzmán Sobarzo, Matías Lavín Gubelli, Carlos Ernesto Fonfach Zanh, Carlos Schultz Oettinger, Boris Flández Jadue, Jaime Jaque Ramírez*

Universidad Austral de Chile. Departamento de Cirugía Oncológica y Reconstructiva.

Introducción: El carcinoma basocelular (CB) es la neoplasia cutánea más frecuente, con predisposición por individuos de tez blanca y mayores de 60 años. Dentro de sus características destaca su baja malignidad y su comportamiento local agresivo, condicionado al tiempo de evolución. **Objetivos:** Presentar el caso de una paciente portadora de un CB de 10 años de evolución sin control ni manejo médico. **Descripción de caso clínico:** Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 64 años de edad, portadora de una lesión fronto-orbitaria derecha de 10 años de evolución, diagnosticada histológicamente como un carcinoma basocelular ulcerado. Tomografía computada y resonancia magnética confirman lesión de aproximadamente 20 cm de diámetro, irregular, con compromiso óseo que se extiende desde la región parieto-frontal derecha hasta ambas tablas de seno frontal y techo de órbita ipsilateral, con compromiso de la grasa conal y alcanzando la duramadre, sin aparente compromiso del parénquima cerebral ni metástasis a distancia. Se realizó resección oncológica más resección de techo de órbita derecha y exanterioración ocular derecha, cubriéndose el defecto con implante PEEK (polietercetona) de diseño específico para el paciente más colgajo libre del músculo dorsal ancho e injerto de piel parcial. Durante el post-operatorio inmediato el colgajo se mantuvo vital y la paciente no presentó complicaciones neurológicas. **Comentarios:** La evolución clínica del CB se corresponde con las características descritas en la literatura internacional, demostrando un comportamiento local agresivo al evolucionar libremente. La lesión descrita comprometió gran parte de tejido blando y óseo, con la consiguiente morbimortalidad asociada y requiriendo de una cirugía reconstructiva de larga envergadura con el apoyo multidisciplinario de distintos equipos quirúrgicos.

gicos para lograr un resultado favorable. Es aconsejable evitar la libre evolución de este tipo de lesiones a fin de disminuir la morbimortalidad de esta patología que, en estadíos más tempranos, tiene un pronóstico más favorable.

HERNIA DE GARENGOT Y LITRE. REPORTE DE UN CASO

Guillermo Ortega Corcoba, Cristian Gallegos Caro, Lorenzo Nicolás González Palacios, Belén Tamara Pedraza Jaque, Claudia Lemus Rivera, Erick Magariños Eguez, Xavier Chang Falconi*
Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia). Equipo de Cirugía Digestiva y Laparoscópica Avanzada. Universidad de Santiago.

Introducción: La hernia de Garengot fue descrita en 1.731, mientras que la hernia inguinal con apendicitis asociada fue descrita 4 años después por Amyand. Por su parte la hernia de Litre conteniendo Divertículo de Meckel fue descrita aproximadamente en 1.700 por el cirujano que lleva su nombre. El divertículo de Meckel corresponde a un remanente embriológico del conducto onfalomesentérico que puede contener tejido gástrico o colónico ectópico, el porcentaje de aparición en saco herniario es poco conocida. La presencia de apéndice cecal en saco herniario es aproximadamente 1% con incidencia de apendicitis de aproximadamente 0,1%, la reparación al igual que la hernia de Litre está fundada a partir de algunos casos descritos en la literatura, y depende del estado, contenido herniario y localización de ésta. Se realizará revisión de ambas patologías a partir de un caso de hernia inguinoescrotal con contenido de apéndice y divertículo en saco herniario, presentado en Hospital San José. **Objetivos:** Presentar caso clínico de hernia de Garengot y Litre, realizando revisión bibliográfica a propósito del mismo. **Descripción de caso clínico:** Paciente de 61 años, consulta por aumento de volumen inguinoescrotal derecho. Se realiza diagnóstico de hernia inguinoescrotal y se programa para cirugía electiva. Durante el intraoperatorio se abre saco herniario cuyo contenido es íleon y ciego, formando además parte del contenido apéndice cecal y divertículo de Meckel ambos de aspecto sano. Se realiza devolución de estructura hacia cavidad y se completa procedimiento según técnica de Madden. **Comentarios:** La hernia de Garengot y Litre son infrecuentes en la práctica quirúrgica. No existen descripciones sobre hallazgos intraoperatorios de ambos en un saco herniario, sólo algunos casos por separados. La técnica quirúrgica de elección dependerá del lugar de localización de la hernia, del compromiso del contenido y el grado de contaminación de estas para evaluar la utilización de malla y la resección o no de cada estructura.

CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE REBORDE ALVEOLAR INFERIOR

Juan Manuel Scarton Pérez, Óscar Venegas Rebolledo, Martín Nicola Seves, Hernán Núñez Ceppi, Felipe Tapia Ortiz*
Hospital San Juan de Dios (La Serena). Servicio de Cirugía. Universidad Católica del Norte.

Introducción: En los carcinomas epidermoides de cavidad oral, especialmente en aquellos casos que infiltran hueso, es importante una planificación en relación a la resección del primario, manejo del cuello y el diseño reconstructivo, el cual debe mantener un compromiso funcional no sacrificando principios oncológicos, ya que sin control del primario no existirá de ninguna forma calidad terapéutica o paliativa. Si bien el estudio del ganglio centinela en cabeza y cuello encuentra, a diferencia del cáncer de mama dificultades en cuanto a su aplicación, en este caso, así como en otros futuros, deseamos iniciar la aplicación de azul patente, con la finalidad de obtener información y hacer de las posibles variables en relación a su presencia y conducta. **Objetivos:** Compartir, los principios en el tratamiento de los carcinomas de cabeza y cuello. (cavidad oral). Plantear términos como, resección parcial de mandíbula. Control regional y manejo del cuello. Reconstrucción con placas, colgajos compuestos, colgajos simples. Necesidad de neoadyuvancia, o adyuvancia. **Descripción de caso clínico:** Masculino 66 años, presenta lesión ulcerativa de 6 meses no dolorosa. Al examen destaca lesión de 3,5 por 2 cm, aspecto infiltran e infiltración ósea. Cuello sin adenopatías. Biopsia: Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado. Clasificación T4aN0M0. Localmente avanzada. IV A. El tratamiento quirúrgico consistió en resección parcial de mandíbula y vaciamiento cervical selectivo bilateral. Además de ganglio centinela. Con reconstrucción inmediata; Colocación de placa de titanio 2,5. Evolucionó satisfactoriamente. **Comentarios:** La compilación de estos casos, permite exponer, difundir y demostrar, la complejidad del tratamiento de este tipo de lesiones. El azul patente, orienta sobre la vía de diseminación.

SECUESTRO PULMONAR EN PACIENTE CON NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO PRIMARIO

César Antonio Orellana Rozas, Guillermo Reyes Reyes, José Luis Lobos Galilea, Virginia Linacre Sandoval*
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica. Unidad de Cirugía Torácica. Universidad de Chile.

Introducción: El secuestro pulmonar es una malformación pulmonar congénita, poco frecuente, que consiste en parénquima pulmonar primitivo, no comunicado con el árbol bronquial y que recibe irrigación sistémica

de una arteria anómala. Es más frecuente en pacientes jóvenes, siendo raro en edades adultas. Reportamos un caso de un hombre adulto-joven con diagnóstico de neumotórax espontáneo primario recidivado, en el que se realizó hallazgo de secuestro pulmonar extralobar durante videotoracoscopia. Se revisarán los aspectos clínicos del paciente y brevemente los distintos métodos para lograr el diagnóstico de la patología y las diferentes opciones de manejo, destacando la resolución toracoscópica con la que se enfrenta este caso.

Objetivos: Reportar el enfrentamiento quirúrgico de un caso clínico de presentación muy poco frecuente.

Descripción de caso clínico: Paciente de 21 años con neumotórax espontáneo primario, segundo episodio, fuga aérea persistente y sin reexpansión pulmonar con pleurostomía. Derivado al Instituto Nacional del Tórax para resolución quirúrgica. En estudio imagenológico preoperatorio, se realizó TAC de tórax sin contraste, por lo que no se observó anomalía vascular pulmonar sugerente de secuestro. Se realizó apicectomía y pleurodesis con talco por videotoracoscopia. Durante la exploración videotoracoscópica de la cavidad se identifica secuestro extralobar, el cual fue resecado por el mismo abordaje quirúrgico, utilizando sutura mecánica para control vascular y sección. **Comentarios:** El secuestro pulmonar es una patología infrecuente, de presentación clínica variada, desde asintomático como hallazgo imagenológico a distintos grados de síntomas respiratorios inespecíficos como dolor de pecho, disnea, infecciones respiratorias recurrentes, hasta hemoptisis, hemotórax, etc. La angiogramía es fundamental en su diagnóstico y estudio. En cuanto a su manejo, la cirugía está recomendada en los pacientes sintomáticos, y puede realizarse mediante toracotomía o toracoscopia, teniendo especial cuidado en la irrigación anómala. En este caso, el hallazgo y diagnóstico intraoperatorio no cambió el abordaje quirúrgico, con un buen resultado post-operatorio.

QUISTE HIDATÍDICO PULMONAR BILATERAL, GIGANTE A DERECHA Y COMPLICADO A IZQUIERDA

Jorge Lavanderos Fernández, José Luis Sánchez Velizar, Camila Andrea Ormeño Candia, Marcelo Ignacio Roa Nilo*

Hospital Base San José de Osorno. Servicio de Cirugía. Universidad Austral de Chile.

Introducción: La hidatidosis pulmonar bilateral ocurre entre un 4 a un 26% de los casos de hidatidosis pulmonar. La técnica y el tiempo quirúrgico en los casos de bilateralidad es controversial. Lo más aceptado actualmente es operar primero el lado con el quiste más grande o donde sean más numerosos, por otra parte si hay un quiste no complicado y el otro lado presenta un

quiste roto, se parte por el quiste no complicado. En cuanto al tiempo se describe la toracotomía bilateral simultánea (sincrónica), bilateral separadas por un lapso de tiempo (metacrónica) y en un tiempo por esternotomía o toracotomía de Clamshell; cada abordaje con sus ventajas y desventajas y las controversias en cuanto a los cuidados perioperatorios. Lo más aceptado para la bilateralidad es abordaje por esternotomía en un tiempo o toracotomía bilateral en 2 tiempos. La mortalidad aceptada para la cirugía bilateral de la hidatidosis pulmonar va entre el 1 a 2%. **Objetivos:** Comunicar el caso de una paciente con hidatidosis pulmonar bilateral, su manejo y una breve revisión de la literatura. **Descripción de caso clínico:** Paciente de 20 años, de sexo femenino, consulta por tos productiva y dorsalgia de 4 días de evolución. Evaluada con radiografía se aprecia opacidad redondeada en relación al lóbulo superior derecho (LSD) y condensación más atelectasia del lóbulo inferior izquierdo (LII). TC de tórax evidencia gran lesión quística multivesicular que sustituye el LSD (13 x 8 cm) y lesión quística en LII (8 x 6 cm) con aire y membranas colapsadas en su interior (signo del pañuelo). Se realiza una quiste periquistectomía parcial por toracotomía bilateral en un tiempo, con buena evolución y alta al séptimo día post-operatorio.

Comentarios: La hidatidosis pulmonar bilateral es una entidad que en pacientes seleccionados se puede planear un enfrentamiento quirúrgico en un solo tiempo con buenos resultados.

SIALOLITIASIS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y REPORTE DE CASOS CLÍNICOS

Óscar Venegas Rebolledo, Martín Nicola Seves, Juan Manuel Scarton Pérez, Hernán Núñez Ceppi, Felipe Tapia Ortiz*

Hospital San Juan de Dios (La Serena). Servicio de Cirugía. Universidad Católica del Norte.

Introducción: Sialolitiasis, afección más común de las glándulas salivales en adultos jóvenes e inusual en el paciente pediátrico 1,2, con un leve predominio del sexo masculino. Más del 80% de los sialolitos ocurren en la glándula submandibular o en su conducto excretor, 10% glándula parótida y un 5% sublingual 1,2, siendo rara la ocurrencia de cálculos múltiples. Se estima que ésta, implica más del 50% de las enfermedades de las glándulas salivales mayores y es considerada la causa más común de infección aguda y crónica de las mismas 2. **Objetivos:** Nuestro objetivo fue realizar una revisión bibliográfica de esta patología obstructiva, y mostrar casos clínicos con sus respectivos manejos. **Descripción de caso clínico:** Primer caso, paciente sexo femenino, 7 años, consulta por la presencia de un cuerpo extraño localizado en piso de boca, lado izquierdo, porción más distal del conducto de wharton,

sin sintomatología dolorosa, definiéndose posterior al examen clínico y radiográfico estar en presencia de un sialolito, efectuándose extracción de éste y sialodocoplastia. Segundo, paciente sexo masculino, 40 años, acude a nuestra consulta, con sintomatología dolorosa y edema, solicitándose radiografía panorámica y prescripción de antibioterapia. Al día siguiente, se observa en la imagen, elemento radioopaco, mandibular izquierdo, que eliminó de manera espontánea. Tercer caso, sexo masculino, 25 años, quien presentaba proceso infeccioso submandibular derecho a repetición y una tomografía que confirma sialolito en el hilio de la glándula submandibular, por tanto, se realiza extirpación de la misma. **Comentarios:** La anamnesis y la exploración son importantes en el diagnóstico, junto a diversas modalidades de imagen para evaluar glándulas salivales clínicamente obstruidas 2, siendo las más comunes la sialografía convencional, ecografía, resonancia magnética nuclear, tomografía, endoscopia y en ocasiones las radiografías laterales de cráneo y radiografías oclusales 3. El manejo de estas incluye procedimientos no quirúrgicos y quirúrgicos invasivos o no, que implican en ocasiones la eliminación de la glándula.

PLASMOCITOMA PANCREÁTICO PLEOMÓRFICO: HALLAZGO HISTOLÓGICO EN PANCREATECTOMÍA CORPOROCAUDAL VIDEOLAPAROSCÓPICA

Enrique Biel Walker, Pamela Ríos Friz, Eduardo Figueroa Rivera, Carlos Marrero Eligio De La Puente, Juan Marcos Grajeda Balderrama, Fabrizio Moisan Paravic, Rodrigo Torresquevedo Quevedo*
Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Servicio de Cirugía. Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Pancreática. Universidad de Concepción. Facultad de Medicina. Departamento de Cirugía.

Introducción: Los plasmocitomas extramedulares son tumores infrecuentes que representan el 3-4% de las neoplasias de células plasmáticas. Se asocian en un 4 a 7% a mieloma múltiple (MM). El plasmocitoma pancreático (PPan) es muy infrecuente, correspondiendo a menos del 0,1% de los tumores pancreáticos, siendo principalmente lesiones únicas. Se trata de tumores sensibles a la radio y quimioterapia, siendo éstas el tratamiento de elección. **Objetivos:** Presentar un caso de diagnóstico histológico incidental de plasmocitoma pleomórfico pancreático en una paciente tratada en nuestro centro, intervenida de pancreatectomía distal laparoscópica. **Descripción de caso clínico:** Mujer de 70 años, con antecedentes de hipertensión, diabetes, dislipidemia y enfermedad renal crónica, que consultó por cuadro de cuatro meses de evolución de baja de peso, disnea y dolor abdominal. Al laboratorio destacó una anemia inflamatoria e hipercalcemia (12,3 mg/

dL). La tomografía computada de abdomen mostró una masa sólida en cola de páncreas. Ante la sospecha de adenocarcinoma pancreático, se decidió realizar una pancreatectomía corporocaudal video laparoscópica evidenciándose tumor en cuerpo y cola, de 6 cm de diámetro, adherido a mesocolon y a hilio esplénico, con biopsia rápida compatible con neoplasia mucinosa intraepitelial pancreática (IPMN). La biopsia diferida informó plasmocitoma pleomórfico pancreático, antecedente que junto a hipercalcemia permitieron realizar diagnóstico de MM. La paciente evolucionó sin complicaciones quirúrgicas. **Comentarios:** El diagnóstico diferencial de PPan incluye adenocarcinoma, tumores neuroendocrinos, linfoma y amiloidosis. Ante una imagen o contexto clínico sugerente, la confirmación diagnóstica se realiza idealmente mediante punción con aguja fina guiada bajo ultrasonografía endoscópica. La localización pancreática traduce una enfermedad más agresiva y de peor pronóstico y es importante sospechar PPan ante una masa pancreática asociada a MM. Ante la existencia de una masa pancreática distal de origen no determinado, al abordaje quirúrgico laparoscópico es una buena alternativa, asociada a menor morbilidad global.

MUCOCELE APENDICULAR: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Constanza Gómez Muñoz, Raúl Garrido Frigolett*
Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez (Valparaíso). Servicio de Cirugía.

Introducción: La neoplasia mucinosa apendicular es una entidad poco frecuente, cuya incidencia se reporta entre el 0,2 al 0,4% del total de apendicectomías. Corresponde a la dilatación quística del lumen apendicular por acumulación de mucus, pudiendo clasificarse desde el punto de vista histopatológico en: hiperplasia de la mucosa, cistoadenoma mucinoso y cistoadenocarcinoma mucinoso. Generalmente se detecta como hallazgo incidental hasta en el 51% de los pacientes, los sintomáticos presentan clínica inespecífica; y sólo el 30% tiene diagnóstico preoperatorio por imágenes. Su diagnóstico preoperatorio oportuno permite planificar la cirugía y evitar su ruptura y desarrollo de pseudomixoma peritoneal, entidad relacionada a una caída en la sobrevida. **Objetivos:** Comunicar el caso de un paciente con mucocèle apendicular, su abordaje y seguimiento y una breve revisión de la literatura. **Descripción de caso clínico:** Paciente 52 años, sexo masculino, con antecedentes de diabetes mellitus no insulino-requiriente. Historia de dolor abdominal inespecífico en hemiabdomen derecho de 4 meses de evolución. Ecotomografía abdominal sin hallazgos significativos. Dos meses posteriores, se realiza ecografía de partes blandas del abdomen, que de forma incidental se observó asa de

colon ascendente de paredes engrosadas, inespecífica, sugiriendo estudio dirigido. Tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste: imagen ovoidea hipodensa desde válvula ileocecal de 15 x 5 cm. Al ingreso, masa palpable en fosa iliaca derecha. Laparotomía exploradora: macroscópicamente apéndice cecal de 14 x 5 cm que compromete base con adenopatías sospechosas en cadena ileocólica y cólica derecha. Se realizó hemicolectomía derecha parcial con anastomosis latero-lateral. Biopsia: Mucocele apendicular, neoplasia mucinosa de bajo grado, sin signos histológicos de invasión, 5 ganglios linfáticos conservados. Seguimiento post-operatorio anual, asintomático con colonoscopia de control sin hallazgos patológicos. **Comentarios:** La neoplasia mucinosa apendicular es una patología poco frecuente, su sospecha clínica y apoyo imagenológico preoperatorio juegan un rol fundamental en el diagnóstico y manejo de esta patología.

USO DE ENDOPRÓTESIS FENESTRADA COMO OPCIÓN VIABLE EN ANEURISMAS AÓRTICOS ABDOMINALES YUXTARRENALES. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Constanza Gómez Muñoz, Alejandro Kotlik Aguilera, Juan Bombin Franco, Maritchu Bombin Sanhueza*
Universidad de Valparaíso. Departamento de Cirugía.
Hospital Dr. Eduardo Pereira.

Introducción: El desarrollo de la tecnología endovascular ha llevado a la introducción de la reparación endovascular fenestrada (FEVAR) para el tratamiento de aneurismas aórticos abdominales yuxtarenales que han sido considerados inadecuados para la reparación endovascular estándar. La duración, pérdida de sangre, el riesgo de isquemia de extremidades, la lesión por reperfusión y la cateterización de arterias viscerales; hacen que la morbimortalidad post-operatoria sea mayor que la reparación endovascular estándar. **Objetivos:** Comunicar el caso de un paciente con aneurisma aórtico abdominal yuxtarenal, su reparación con endoprótesis fenestrada y seguimiento post-operatorio. **Descripción de caso clínico:** Paciente de 75 años, sexo masculino, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatía coronaria, dislipidemia, fibrilación auricular, enfermedad arterial periférica, tabaquismo detenido y portador de aneurisma aórtico abdominal conocido asintomático. Evaluado por cirugía vascular con angioTAC tórax abdomen y pelvis que evidencia aneurisma aórtico yuxtarenal de 8,4 cm de diámetro, sin cuello adecuado para EVAR clásico. Se realizó reparación endovascular del aneurisma con endoprótesis trimodular fenestrada a arterias renales y mesentérica superior por acceso quirúrgico subclavio izquierdo y femoral bilateral, angiografía final con prótesis *in situ* sin *leak* proximal, con permeabilidad

mesentérica, tronco celiaco, renales e hipogástricas. Tiempo quirúrgico de 9 horas. Durante intraoperatorio requirió transfusión de glóbulos rojos, por caída de 8% de hematocrito, y presentó fibrilación ventricular que revirtió con desfibrilación y adrenalina. Se mantuvo en UPC en ventilación mecánica por 24 horas y apoyo de vasoactivos por 48 horas posterior a cirugía. Evolución post-operatoria sin isquemia miocárdica, de extremidades, intestinal, ni renal. Alta hospitalaria al 10 día. Se realizó seguimiento clínico e imagenológico, a los 18 meses, último AngioTC mostró oclusión de arteria renal derecha con atrofia renal, pero permeabilidad de tronco celiaco, mesentéricas e hipogástricas. **Comentarios:** FEVAR para la reparación de aneurismas aórticos yuxtarenales es una alternativa viable a la reparación endovascular estándar.

ANEURISMA VENA CEFÁLICA, TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

*Alan Lazcano Ramírez**
Hospital Clínico Fusat. Cirugía.

Introducción: Aneurismas venosos (AV) se definen como dilatación circunscrita de una vena con características histopatológicas definidas y diámetro superior al doble del segmento adyacente que no participa en esta dilatación. Se clasifican según segmento corporal de localización o morfología. Los AV de la cefálica son malformaciones vasculares que pueden desarrollarse en cualquier edad, afectan a ambos sexos. Su tratamiento definitivo es quirúrgico. Son infrecuentes en comparación con los aneurismas arteriales. La etiología sigue en investigación, se han formulado diversas teorías. El siguiente caso muestra la resolución quirúrgica a la que se sometió un paciente joven sin comorbilidades con aneurisma de vena cefálica. **Objetivos:** Describir caso clínico de AV vena cefálica brazo izquierdo de resolución quirúrgica en paciente joven masculino sintomático sin patología asociada. **Descripción de caso clínico:** Paciente consulta por aumento de volumen en cara ventral brazo izquierdo, refiere dolor leve, incomodidad al utilizar ropa ajustada y actividades intensas de flexión de codo en rango máximo. Al examen: aumento de volumen, sin eritema, sin equimosis, 4 cm longitud y 2 cm ancho, sin cambios de temperatura, sin cambios tróficos de piel, consistencia blanda, depresible, doloroso a palpación, no adherido a planos profundos, sin pulso, sin frémito. Egrafía doppler: dilatación aneurismática extremo distal vena cefálica izquierda. Intervención: paciente supino, aseó prolijo, se administra anestesia local. Demarcación de la zona operatoria. Incisión S itálica. Disección por planos con técnica atraumática. Resección aneurisma ligando cefálica proximal y distal con clip a vena mediana. Revisión y comprobación

de hemostasia, cierre de piel. Cirugía ambulatoria sin complicaciones. Biopsia: fragmento pardo hemorrágico 3 x 2 cm cubierto por pared vascular adelgazada. Aneurisma sacular, con pared fibromuscular. **Comentarios:** Caso interesante por la baja incidencia. En Chile, la descripción de AV limitado a extremidades inferiores, existe poca información de esta patología y los reportes son escasos. La resolución quirúrgica tuvo excelentes resultados estéticos y funcionales.

MESOTELIOMA MALIGNO PERICÁRDICO PRIMARIO, PRIMER CASO REPORTADO EN CHILE

Carlos Álvarez Zepeda, Jasna Radich Radich,
Valentina Valenzuela Rebolledo, Javiere Tapia Gutiérrez,
Bárbara Daniela González Espinoza*
Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel).
Cirugía; Equipo de Cirugía de Tórax. Universidad de Chile, Universidad de Santiago de Chile.

Introducción: El mesotelioma maligno primario del pericardio (MMPP) es una neoplasia infrecuente. Tiene una incidencia de 0,0022% y corresponde al 1% de los mesoteliomas. Puede presentarse a cualquier edad y tiene predominio masculino. Su etiología es desconocida y no se ha establecido su relación con la exposición a asbesto. **Objetivos:** Nuestro objetivo es presentar el primer caso de MMPP en Chile y la revisión bibliográfica actualizada. Para la revisión bibliográfica se realizó una búsqueda sin restricción de tiempo o idioma en el Catálogo Bello, LiLacs, PubMed y Scielo. **Descripción de caso clínico:** Mujer de 62 años, con antecedentes de HTA, insuficiencia cardíaca y tabaquismo (IPA 50). Refiere historia de 6 meses de síntomas de ICC descompensada, dolor torácico y baja de peso de 7 kilos. Al ingreso destaca taquicardia, murmullo pulmonar abolido izquierdo y edema de extremidades inferiores. La Rx mostró derrame pleural bilateral y la pleurocentesis evidenció trasudado de predominio mononuclear. En la TC de tórax destaca pericardio engrosado rodeando los vasos mediastínicos comprimiendo aorta y arteria pulmonar, adenopatías pericárdicas, mamarias y paratraqueales. Se realiza VTC para evacuación del derrame pleural y eventual diagnóstico. Encontrándose derrame pleural derecho gelatinoso, pleura parietal sana, pericardio engrosado, hipervascularizado, cuya biopsia informó MMPP. En comité oncológico se determina manejo paliativo de la enfermedad. La paciente fallece a dos meses del diagnóstico. **Comentarios:** La clínica es inespecífica, presentándose como pericarditis constrictiva o derrame pericárdico. No existe un tratamiento estandarizado dado el diagnóstico tardío y el manejo suele ser paliativo. La cirugía es el eje del manejo con intención curativa en la enfermedad localizada, sin embargo, en

la mayoría de los casos tiene un rol meramente paliativo. El MMPP es una enfermedad que requiere un alto índice de sospecha. La cirugía tiene el rol fundamental en el diagnóstico y en algunas ocasiones aplicación terapéutica con la pleurectomía.

COLGAJO DE MARTIUS COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA DE UNA FÍSTULA RECTOVAGINAL RECIDIVADA

Javier Gómez Basauri, Tomás Contreras Rivas,
Gonzalo Ignacio Urrejola Schmied, Rodrigo Migueles
Cocco, Felipe Bellolio Roth, José Tomás Larach Kattan,
María Elena Molina Pezoa*
Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile.
Coloproctología.

Introducción: La fístula rectovaginal (FRV) es una patología quirúrgica compleja de tratar. El trauma perineal obstétrico y las enfermedades inflamatorias intestinales, especialmente la Enfermedad de Crohn son una de las causas más frecuentes. La reparación quirúrgica con un Colgajo de Martius en manos experimentadas ha mostrado buenos resultados con mínima morbilidad en pacientes seleccionados. **Objetivos:** Presentar a través de un caso clínico el resultado exitoso de una paciente tratada por una FRV recidivada mediante un colgajo de Martius. **Descripción de caso clínico:** Mujer de 27 años, sana y sin antecedentes médicos relevantes. Presenta un parto vaginal normal, no instrumentalizado, con episiotomía sin incidentes y evolución post-parto satisfactoria. Siete meses después, consulta por salida de contenido fecaloideo y gases por vagina, asociado a dispareunia. En el examen clínico se sospecha una FRV baja, la cual se certifica mediante un examen bajo anestesia, procediendo a instalar un sedal. Un mes posterior a la instalación del sedal, se realiza un colgajo de avance. El procedimiento es satisfactorio, sin embargo, evoluciona con recidiva precoz, requiriendo una colostomía en asa desfuncionalizante. Cuatro meses después, se evidencia persistencia del trayecto fistuloso por lo que se decide realizar un Colgajo de Martius, el cual se efectuó sin incidentes, siendo dada de alta al segundo día post-operatorio. Evoluciona con una pequeña dehiscencia de la herida perineal que sólo requiere curaciones. Rectoscopia y proctografía de control 4 meses post-colgajo resultan normales y sin evidencia de trayectos fistulosos. Posteriormente se realiza el cierre de la colostomía en asa, reiniciando la evacuación de deposiciones a través del ano. Ocho meses posterior al cierre de la colostomía la paciente se encuentra sin evidencias de recidiva. **Comentarios:** En este caso clínico, el Colgajo de Martius fue una alternativa segura y efectiva en el tratamiento de una fístula rectovaginal recidivada.

CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE LA MAMA, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Juan Pablo Quinteros Pomar*, María José Arteaga Valencia, María Manana de Tezanos, Ricardo Schwartz Jodorkovsky Hospital Militar de Santiago (Hosmil). Departamento de Cirugía Adultos.

Introducción: Las neoplasias neuroendocrinas primarias de la mama son raras, representan menos del 0,1% de todos los cánceres de mama. Fueron incorporadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la clasificación de tumores de mama como tipo histológico específico. Se presentan en mujeres de edad avanzada, como lesión única y bien delimitada. El diagnóstico requiere más del 50% de las células tumorales positivas para marcadores neuroendocrinos (inmunohistoquímica) y descartar neoplasia neuroendocrina extramamaria. **Objetivos:** Presentar el caso de una paciente que durante el estudio y manejo de carcinoma ductal infiltrante por biopsia core, el diagnóstico post-operatorio informa tumor neuroendocrino de la mama. Realizar revisión de la literatura identificando características clínicas, diagnóstico y tratamiento de estos tumores. **Descripción de caso clínico:** Paciente de 64 años en control mamográfico por nódulo en mama izquierda de 7 mm; BIRADS 3 por ecografía y mamografía. Evaluada en noviembre de 2015 en control de los 6 meses muestra aumento de tamaño e irregularidad en nódulo (BIRADS 4). Biopsia core compatible con carcinoma ductal infiltrante. Se realiza biopsia de linfonodo centinela, el cual es negativo, y se procede a mastectomía parcial. Biopsia diferida informa neoplasia neuroendocrina de mama. Se decide radioterapia adyudante y tratamiento con tamoxifeno. **Comentarios:** Los tumores neuroendocrinos primarios de mama son poco frecuentes, y existen pocos casos descritos. Imagenológicamente se describen como masas sólidas, y el diagnóstico por biopsia core puede generar en algunos casos la duda diagnóstica cuando el tumor presenta componente mamario *in situ*. Por ser tumores infrecuentes, su tratamiento no está claramente definido. En general se manejan como tumores mamaros de riesgo. El pronóstico no está claro, pero parece ser mejor que el de tumores neuroendocrinos primarios de otros sitios.

PERFORACIÓN DE COLON SIGMOIDES POR MIGRACIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO: REPORTE DE UN CASO

David Daroch Medina*, Daniela Espinola Marín, Aldo Cuneo Zúñiga
Clínica Alemana. Coloproctología. Universidad del Desarrollo.

Introducción: El dispositivo intrauterino (DIU) es uno de los métodos anticonceptivos más efectivos

y más seguros en los últimos años. La perforación uterina y migración del DIU es la complicación más grave y el manejo es quirúrgico. Su incidencia es de 1-2 casos por 1.000 inserciones de DIU, de los cuales el 15% afecta un órgano vecino y el 40% de estos casos sería al colon sigmoides. **Objetivos:** Presentación y análisis de un caso de perforación de colon sigmoides por migración de DIU. **Descripción de caso clínico:** Paciente de sexo femenino de 53 años con antecedentes de psoriasis y colocación de DIU hace 30 años, con múltiples consultas en Servicio de Urgencia por dolor lumbar intenso de 5 días de evolución que no responde a manejo analgésico, sin otro síntoma asociado, se decide hospitalizar para estudio. Radiografía lumbar anteroposterior/lateral/quinto espacio: normal. Resonancia magnética de columna lumbar: fístula de colon sigmoides a la región presacra determinada por DIU migrado con elementos sugerentes de osteomielitis. Se decide manejo antibiótico y evaluación por colonoscopia. Colonoscopia: inflamación y estenosis sigmoidea proximal, no se visualiza DIU ni fístula, se decide exploración quirúrgica. Cirugía: múltiples adherencias en la pelvis y segmento de colon sigmoides fijo a región sacra, se realiza sigmoidectomía, se evidencia 3 perforaciones del colon sigmoides con DIU *in situ*, se realiza anastomosis mecánica colorectal termino-terminal y curetaje de la zona presacra. Paciente evoluciona favorablemente, con alta al cuarto día post-operatorio, completando tratamiento antibiótico ambulatorio. Biopsia diferida: sin evidencia de malignidad. **Comentarios:** La perforación de colon sigmoides por perforación uterina y migración de DIU es una complicación de baja frecuencia, pero grave. Los pacientes pueden ser asintomáticos durante meses y años. El manejo es principalmente quirúrgico e incluye resección del segmento comprometido y extracción de DIU.

FASCEITIS NECROTIZANTE CERVICAL, REPORTE DE UN CASO

Jorge Medrano Díaz, Ricardo Varas Abarca, Christian König Petitlaurent*, Joaquín Ulloa Suárez
Universidad de Concepción. Equipo de Cirugía Cabeza y Cuello. Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente.

Introducción: La fasciitis necrotizante cervical es una infección del tejido blando que se caracteriza por su rápida y potente destrucción, comprometiendo rápidamente la vida del enfermo. **Objetivos:** Presentar un caso de fasciitis cervical. **Descripción de caso clínico:** Hombre de 76 años, diabético e hipertenso. Consultó en Servicio de Urgencia por odinofagia, trismus y fiebre de 72 horas de evolución. Al examen destacó aumento de volumen en región periamigdalina-

na izquierda, dificultad respiratoria y estridor laríngeo. Al laboratorio destacó leucocitosis de 27.350, PCR de 222 mg/dL y creatinina de 2,19 mg/dl. Es ingresado a UCI, donde requirió intubación. TAC cervical mostró gran absceso cervical izquierdo profundo. Se realizó cervicotomía izquierda y aseo quirúrgico. Hallazgos intraoperatorio mostraron adenopatías de carácter inflamatorio en nivel II y III izquierdo, colección purulenta periamigdaliano, paralaríngeo y parafaríngeo izquierda, con necrosis de fascias, dejándose drenaje con irrigación constante con suero fisiológico. Por mala evolución del paciente y por TAC de controles sin cambios importantes, se realizó en 4 oportunidades aseos quirúrgicos con resección de tejido necrótico. En último aseo quirúrgico se realizó traqueostomía por intubación prolongada. Evoluciona favorablemente con disminución de los parámetros inflamatorios, siendo trasladado en los días siguientes a unidades de menor complejidad. Es dado de alta. Continuos controles por especialidad. **Comentarios:** Destaca el rápido deterioro clínico del paciente y los múltiples aseos quirúrgicos. Conducta que asociada a tratamiento antibiótico permitió la mejoría del paciente.

PERFORACIÓN ESOFÁGICA CERVICAL POR CUERPO EXTRAÑO: REPORTE DE DOS CASOS

Javier Alejandro del Valle Pérez, José Miguel Ramírez Paredes, Francisco Alberto Grob Behme, Jaime Eduardo Jans Báez*
Hospital Base San José de Osorno. Servicio de Cirugía. Universidad Austral de Chile.

Introducción: La perforación esofágica constituye una condición de riesgo vital que requiere de un diagnóstico precoz, y el seguimiento de un adecuado algoritmo de decisiones terapéuticas para asegurar un buen resultado. La perforación a nivel cervical se describe hasta en el 22% de las series, con una mortalidad global asociada de 6,8%. **Objetivos:** Presentar dos casos de perforación esofágica cervical por cuerpo extraño, evaluados y tratados en nuestro centro. **Descripción de caso clínico:** Presentamos dos casos clínicos correspondientes a una paciente de sexo femenino de 74 años y un paciente masculino de 62 años. Ambos ingresaron al Servicio de Urgencia de nuestro centro con sospecha de cuerpo extraño esofágico. El estudio con tomografía computada confirmó el diagnóstico y evidenció edema y colección hidroaérea paraesofágica, compatible con perforación esofágica cervical en ambos casos. Realizamos tratamiento quirúrgico precoz, incluyendo extracción de cuerpo extraño bajo visión endoscópica, y cervicotomía lateral de

aseo más drenaje. Se inició nutrición oral al cuarto día post-operatorio con prueba de azul de metileno y tránsito esofágico negativo para filtración. Ambos pacientes cumplieron un régimen de 7 días de antibióticos parenterales y recibieron el alta al octavo día sin drenaje y tolerando régimen oral. **Comentarios:** La perforación esofágica cervical constituye la segunda localización más frecuente de presentación de esta enfermedad, requiriendo de un manejo activo y estandarizado. Ambos casos clínicos presentados fueron de diagnóstico y tratamiento precoz, con adecuada resolución de la patología.

MANEJO QUIRÚRGICO DE NEUMOTÓRAX BILATERAL POR HISTIOCITOSIS PULMONAR DE LANGERHANS

Evelyn San Martín Meza, Rodrigo Guaman Ortega, Luis Pasten Carrasco, Pablo Pérez Castro, Pedro Felipe Undurraga Machicao*
Hospital San Juan de Dios (Santiago).
Unidad de Cirugía Torácica. Universidad de Chile.

Introducción: La Histiocitosis de Células de Langerhans (HCL) es una patología poco común, constituyendo un 5% de todas las enfermedades pulmonares en el adulto. Se caracteriza por la infiltración de uno o más órganos por células de Langerhans y puede afectar pulmón (85%), hueso, piel, hipófisis, entre otros. Los pacientes con HCL pulmonar (HCLP) presentan síntomas respiratorios inespecíficos, como tos, disnea, fiebre, pérdida de peso y, en el 15%, se presenta como neumotórax espontáneo. Puede cursar con remisión espontánea o progresar hasta la falla pulmonar progresiva (cor pulmonale). **Objetivos:** Presentar un caso de neumotórax espontáneo bilateral con recidivas de difícil manejo por HCLP. **Descripción de caso clínico:** Varón de 18 años, previamente sano y fumador ocasional, consulta por disnea rápidamente progresiva y dolor pleurítico bilateral. Radiografía Tórax: neumotórax bilateral. Se instalan pleurostomías de urgencia; TAC Tórax: neumotórax bilateral con múltiples quistes en parénquima pulmonar. Se realiza exploración por VTC y pleurodesis mecánica izquierda con biopsia LSI, la cual confirma HCL por histología e inmunohistoquímica. Biopsia médula ósea y LCR sin evidencias de compromiso por histiocitosis. Paciente evoluciona con fuga aérea persistente a derecha, requiriendo pleuroctomía y parches de plaquetas. Progresiva con disminución de neumotórax derecho con mínima fuga aérea, por lo que se decide instalación de válvula de Heimlich (Pneumostat®) y alta hospitalaria por buena respuesta clínica y radiológica. **Comentarios:** La HCL es una

causa poco común de afectación pulmonar, siendo causal de neumotórax bilateral espontáneo de difícil manejo. En su estudio, el TAC de Tórax es una herramienta útil y sensible para su diagnóstico, siendo los quistes el hallazgo más frecuente, mientras que la biopsia quirúrgica abierta es la prueba con mayor rendimiento diagnóstico. La HCLP tiene un pronóstico variable, desde la remisión espontánea (50%) hasta la disfunción severa (20%), considerando que en estadios avanzados de esta enfermedad puede requerir trasplante pulmonar, idealmente bilateral.

ISQUEMIA CRÍTICA DE EXTREMIDADES INFERIORES SECUNDARIA A ERGOTAMÍNICOS, A PROPÓSITO DE UN CASO

Isabel Margarita Schild Wenzel, Vicente Enrique Schild Wenzel, Ronald Enrique Schild Benjerdot*
Hospital Clínico Regional (Valdivia). Universidad Austral de Chile.

Introducción: La insuficiencia arterial aguda de extremidades inferiores tiene un amplio rango de etiologías, dentro de las menos frecuentes se encuentra el vasoespasmio secundario al uso de derivados del ergot. Este medicamento es utilizado mayormente para manejo sintomático de la migraña, siendo una complicación poco frecuente, reportada sólo en 0,01-0,02% de los pacientes en tratamiento. **Objetivos:** Reportar el caso de una paciente con isquemia crítica de extremidades inferiores secundaria a consumo de ergotamínicos atendida en Hospital Base de Valdivia. **Descripción de caso clínico:** Paciente femenino, 53 años, antecedentes de enfermedad celíaca, hábito tabáquico 50-60 cigarrillos/día y consumo crónico de ergotamínicos. Consulta en urgencias por cuadro de 48 horas de evolución compatible con insuficiencia arterial aguda de pierna izquierda hospitalizándose para anticoagulación y estudio. PVR y AngioTC evidencian bajo flujo arterial distal, sin enfermedad aterosclerótica ni flaps de disección. Durante hospitalización presenta gran hematoma subcapsular hepático, suspendiéndose anticoagulación, evolucionando favorablemente y dada de alta, reingresando 12 días después por escara supramaleolar izquierda infectada y síndrome compartamental. Se realiza aseo quirúrgico, escarectomía, fasciotomía y debridamiento, evoluciona con necrosis muscular extensa de pierna izquierda, planteándose amputación cerrada de muslo, pero de forma espontánea presenta mejoría clínica, manejándose de forma conservadora, siendo dada de alta en buenas condiciones generales tras 25 días de hospitalización. Actualmente en controles seriados y rehabilitación kinésica. **Comentarios:** La insuficien-

cia arterial aguda por ergotamínicos puede provocar gran compromiso distal de la extremidad, requiriendo amputación si no se realiza un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado. Por su baja incidencia, es raramente sospechada, pero no debe ser olvidada. Lo fundamental de su tratamiento es la suspensión inmediata del fármaco, asociando un vasodilatador y anticoagulación, pudiendo realizarse ocasionalmente procedimientos endovasculares en conjunto con lo anterior. En caso de resistencia al tratamiento, deberá evaluarse la necesidad de realizar procedimientos quirúrgicos como fasciotomía o amputación.

DERIVACIÓN BILIODIGESTIVA EN Y DE ROUX LAPAROSCOPIA EN EL MANEJO DE LESIONES COMPLEJAS DE LA VÍA BILIAR

José Ignacio Fernández Fernández, Gerardo Pinto Astudillo, Pablo Peñailillo Bonacich, Francisco San Miguel Mardones*
Hospital El Pino (Santiago, San Bernardo). Cirugía Digestiva Alta. Universidad Andrés Bello Universidad Pedro de Valdivia.

Introducción: La lesión de la vía biliar es una complicación en la cirugía biliar de manejo complejo, generalmente posterior a colecistectomía laparoscópica con tasas que varían entre 0,1% y 0,3% dependiendo del centro y las condiciones locales de la vesícula biliar. La técnica de elección es la anastomosis término lateral al duodeno o al yeyuno. **Objetivos:** El objetivo de este trabajo es exponer mediante un video, la experiencia y resultado del equipo de cirugía digestiva alta del Hospital el Pino en la reparación laparoscópica de la lesión de vía biliar compleja. **Descripción de caso clínico:** Paciente sexo masculino de 63 años, consultó al Servicio de Urgencia por cuadro compatible con colecistitis aguda litiásica. Ingresó a pabellón el xx/06/2016, se realizó colecistectomía laparoscópica y drenaje, procedimiento se describe como complejo. A las 48 horas del post-operatorio, débito de drenaje es de 500 a 700 cc de bilis. Colangiorresonancia señala posible lesión de vía biliar. ERCP identifica una estenosis completa del tercio distal del colédoco. Se realiza laparoscopia exploradora, identificando un importante proceso inflamatorio con adherencias intestinales a nivel hepático, una vez liberado, se identifica sección completa de hepático común a nivel de la confluencia de los hepáticos derecho e izquierdo, se confirma con colangiografía intraoperatoria viabilidad de dichos conductos. Se confecciona hepático yeyuno anastomosis en Y de Roux utilizando material de sutura vicryl 4-0. El paciente evoluciona sin complicaciones. Débito de drenaje diario de 10 a 15 cc bilioso. Inicia realimen-

tación al día siguiente de la cirugía y es dado de alta al séptimo día post-operatorio. Se controla al paciente al séptimo y treceavo día, en excelentes condiciones, donde se retira el drenaje. **Comentarios:** Este video demuestra que el abordaje laparoscópico en lesiones complejas de la vía biliar es una alternativa segura y eficaz, con baja morbilidad a corto plazo.

CARCINOMA MEDULAR-FOLICULAR MIXTO. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Douglas Arbulo Lagos, Augusto León Ramírez, Carlos Fardella Bello, Antonieta Alejandra Solar González, Ignacio Goni Espildora, Hernán González Díaz, Francisco Silva Vera*

Pontificia Universidad Católica de Chile. Cirugía Oncológica en Cabeza y Cuello.

Introducción: Carcinoma medular de tiroides (CMT), tumor neuroendocrino, se origina a partir de células parafoliculares de la glándula tiroides y representa 5% de todos los carcinomas tiroideos. El carcinoma medular-folicular mixto de tiroides (CMFMT) es un tumor infrecuente que consiste en la coexistencia de líneas celulares foliculares y parafoliculares. El diagnóstico resulta difícil dado la dualidad de la lesión. **Objetivos:** Revisión bibliográfica y reporte de 1 caso de CMFMT diagnosticado y tratado en HCPUC. **Descripción de caso clínico:** Mujer de 59 años consulta por nódulo palpable en lóbulo tiroideo derecho. Ecografía muestra lesión sólida de 18 mm, hipocogénica, bien delimitada, con macrocalcificaciones y vascularización periférica. PAAF sugiere neoplasia folicular. Tiroidectomía total revela tumor intratiroideo, aspecto ovoideo, blanco amarillento, aparentemente no encapsulado, de 1,7 cm. No se observan mitosis, permeaciones vasculares, áreas sólidas ni necrosis. Dos linfonodos peri istmicos sin evidencia de neoplasia. Inmunohistoquímica resultó positiva para calcitonina y CEA. La inmunotinción para tiroglobulina es acentuada en algunos focos del tumor, donde se observan estructuras foliculares con coloide, dentro del tumor. Secuenciación del oncogen RET resultó negativo, calcitonina. **Comentarios:** La relación de dos componentes tumorales complejos es controvertido, su coexistencia podría representar una colisión de coincidencia con mezcla de C-células neoplásicas y las células foliculares, más que el origen en una sola línea celular. Considerar siempre calcitonina y tiroglobulina en la PAAF del tumor primario y de adenopatías sospechosas. Es necesario correlacionar el hallazgo citopatológico con calcitonina y CEA en suero. Cirugía es el tratamiento principal y considerar el tratamiento con radioyodo (I-131) cuando existe extensión a los ganglios linfáticos o sitios distantes en que se constata el componente mixto o folicular.

CARCINOMA PAPILAR EN QUISTE TIROGLOSO CON COMPROMISO SINCRÓNICO MULTICÉNTRICO DE LA GLÁNDULA TIROIDES, INVASIÓN LOCAL Y METÁSTASIS GANGLIONARES. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Francisco Rivera Roa, Milena Fercovic López, Óscar Ramírez Méndez, Jaime Morán Tamayo*
Hospital San Juan de Dios (Santiago). Cirugía de Cabeza y Cuello. Universidad de Chile.

Introducción: El quiste tirogloso es la anomalía cervical congénita más frecuente. El desarrollo de cáncer, sin embargo, no supera el 1%, y el compromiso sincrónico de la glándula tiroides apenas alcanza el 25%. Un 20% presenta invasión local y un 10-30% presenta metástasis ganglionares. **Objetivos:** Reporte de un caso y revisión actualizada de la literatura. **Descripción de caso clínico:** Se presenta el caso de una mujer de 22 años con historia de masa cervical de 1 año de evolución, de gran volumen, en la línea media. Ecotomografía describe quiste tirogloso de 10 cm con macizo sólido de 22 mm en su interior y nódulo tiroideo derecho de 5 mm. PAAF de quiste tirogloso compatible con carcinoma papilar. Se realiza operación de Sistrunk, tiroidectomía total y disección cervical selectiva derecha. Biopsia describe carcinoma papilar en quiste tirogloso con compromiso de músculo estriado y hueso hioides, focos de carcinoma en lóbulos tiroideos derecho, izquierdo, piramidal e istmo, además de focos en tejido adiposo circundante y metástasis en 6 de 13 ganglios yugulares derechos. **Comentarios:** La incidencia de carcinoma papilar en un quiste tirogloso es infrecuente, sin embargo, se debe tener en consideración al momento de estudiar pacientes con masa cervical. La decisión de realizar únicamente operación de Sistrunk o realizar de rutina tiroidectomía y disección cervical en pacientes con carcinoma papilar confirmado es controversial. Hay autores que han planteado indicadores de riesgo para determinar qué tipo de cirugía ofrecer a cada paciente, sin embargo, el escaso número de casos reportados impide establecer consensos con buen nivel de evidencia. Por el momento la decisión terapéutica debe ser analizada caso a caso, tomando en cuenta la evidencia disponible de casos como el descrito en el presente reporte.

MIXED ADENONEUROENDOCRINE CARCINOMA (MANEC): REPORTE DE UN CASO

Marcela Puente Leiva, Jorge Robles Vega, Claudio Heine Tapia, Alejandro Nicolás Readi Vallejos, David Oscar Contreras Flores, César Cerda Carrasco, Ernesto Melkonian Tumani*
Hospital del Salvador (Santiago, Providencia). Servicio de Cirugía, Equipo Digestivo Bajo. Universidad de Chile.

Introducción: Los MANEC, son tumores conformados por adenocarcinoma y carcinoma neuroendocrino

(CNE) (> 30% de cada uno). El CNE se diferencia del tumor neuroendocrino (TNE) por tener un índice Ki 67 > 20% o un índice mitótico > 20/10 CMA. Se clasifican en 2 grados; intermedio y alto según si se componen por TNE o CNE respectivamente. Actualmente el tratamiento se realiza según el componente menos diferenciado del tumor o el predominante en el caso de metástasis. Los MANEC son extremadamente infrecuentes y a la fecha no hay casos nacionales reportados. **Objetivos:** Reportar un caso de tumor MANEC de colon, tratado en el Hospital del Salvador. **Descripción de caso clínico:** Paciente femenino de 84 años, hipertensa. Consulta por 3 semanas de dolor punzante en FID irradiado a ingle derecha. Al examen físico destaca abdomen doloroso en FID con masa palpable. Se realiza TAC AP que muestra engrosamiento segmentario de la pared del ciego, aumento de la densidad de los planos adiposos y pared del colon en estrecho contacto con músculo psoas el que presenta infiltración. Se realiza colonoscopia: Lesión de apéndice vermiforme con biopsia compatible con adenocarcinoma infiltrante bien diferenciado. Se realiza hemicolectomía derecha donde se observa: Tumor cecal perforado y comunicado a psoas, lesión hepática en lóbulo derecho y una lesión intestinal con características de metástasis a 40 cm de VIC. Se completa la cirugía con resección de íleon y de nódulo mesentérico. En el espesor de la muestra tumoral, destacan dos estirpes: Adenocarcinoma tubulovelloso moderadamente diferenciado y TNE de grado intermedio en ciego además de TNE en íleon terminal más metástasis neuroendocrina en nódulo mesentérico. La paciente evoluciona en buenas condiciones en su post-operatorio. **Comentarios:** Los tumores MANEC son una entidad recientemente descrita y poco conocida. El conocimiento de esta patología es necesario para la elección del tratamiento y un seguimiento adecuado.

OBSTRUCCIÓN DE VÍA BILIAR POR GRANULOMA SECUNDARIO A MATERIAL DE SUTURA. REPORTE DE UN CASO

Francisca Díaz Hormazábal, María José Higuera Inostroza, Mónica Díaz Hormazábal, Felipe Sepúlveda Jaqui*
Hospital San Juan de Dios (Santiago). Servicio de Cirugía, Unidad de Digestivo Alto.

Introducción: La obstrucción de vía biliar post-colecistectomía es una patología ampliamente descrita en la literatura y sus causas múltiples, pero, es poco común, y aún menos, secundaria a una reacción inflamatoria contra material de sutura. **Objetivos:** Presentar un caso de obstrucción de la vía biliar secundario a granuloma por material de sutura. **Descripción de caso clínico:** Mujer, 42 años, antecedentes de laparotomía previa por enterocolitis necrotizante y colecistectomía laparotómica, durante la última, por desgarro superficial de colédoco por

tracción de adherencia post-quirúrgica, se sutura superficialmente colédoco con polipropileno 5-0, evoluciona sin complicaciones al egreso. En control ambulatorio, dos semanas post-alta, evoluciona con ictericia, acolia y coluria. En examen físico destaca ictericia, dolor a la palpación en flanco derecho. Laboratorio: Patrón colestásico con elevación de bilirrubina, predominio directo. Colangiorresonancia: dilatación vía biliar intrahepática, estenosis distal e imagen pseudogranular de 2 cm de diámetro. TAC: masa de 18 mm en conducto hepático común; sospecha de colangiocarcinoma. Ingresada con diagnóstico de lesión de vía biliar. ERCP: estenosis completa vía biliar en tercio medio, no pasa contraste ni guía hacia proximal. En agosto de 2015 se realiza hepático-yeyuno anastomosis en Y de Roux. Se halla lesión gomosa indurada en tercio superior del hepático común. Biopsia rápida negativa para neoplasia, descartándose presencia de colangiocarcinoma. Biopsia diferida informa: conducto hepático común circundado por tejido fibroso joven, inflamación crónica y granulomas secundarios a cuerpo extraño, asociados a material de sutura, que obstruye vía biliar. **Comentarios:** Existen pocos casos descritos, aun menores a dos semanas, de reacciones inflamatorias frente a suturas de polipropileno. A la hora del diagnóstico es importante no olvidarlo como posible causa de colestasis post-colecistectomía, además de siempre hacer el diagnóstico diferencial con neoplasias (colangiocarcinoma).

QUISTE DERMOIDE RETRORRECTAL: REPORTE DE UN CASO

José Manuel Vivanco Aguilar, Gabriela Walker González, Misael Ocares Urzúa, Claudio Benavides Yáñez, Felipe Martín Quijada, Gino Caselli Morgado*
Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Coloproctología. Universidad San Sebastián, Universidad de Concepción.

Introducción: Los tumores retrorrectales o pre-sacros son tumores ubicados en el espacio del mismo nombre, son infrecuentes, alrededor de 1:40.000 admisiones hospitalarias en EE. UU. Su etiología es variada dado el tejido conectivo de esa zona. La mayoría de estos tumores se presentan en mujeres y son quísticos. Es habitual su hallazgo incidental en exámenes ginecológicos de imagen. Hay poca experiencia quirúrgica y requiere equipos multidisciplinarios para su tratamiento. **Objetivos:** Descripción caso clínico. **Descripción de caso clínico:** Paciente de sexo femenino de 35 años, sin antecedentes mórbidos, Refiere cuadro de dolor vago y esporádico en FII, se asocia a DIU. En 2013 se solicita Ecografía Transvaginal que evidencia un quiste anexial. En 2015 y por persistencia de la sintomatología se solicita una nueva ecografía transvaginal que evidencia tumor pélvico retro-uterino. Se complementa estudio con TAC que es concordante con el diagnóstico

presuntivo. En este contexto se programa anexectomía derecha y salpingectomía izquierda. Durante la cirugía no se visualiza el tumor descrito y se realiza la cirugía programada, sin incidentes. Posterior a esto se solicita RNM de pelvis que evidencia tumor retrorectal de aspecto quístico con múltiples lesiones redondeadas que impresionan de contenido graso. Se realiza resección por vía abdominal el 4 de abril de 2016 sin incidentes. La paciente evoluciona favorablemente por lo que se da de alta al tercer día. La histología confirma un teratoma quístico inmaduro, sin atipia. En comité procto-oncológico se decide seguimiento. **Comentarios:** Los tumores presacros representan una entidad rara, cuya sospecha diagnóstica debe ser acuciosa. La evaluación óptima es con RM y la biopsia se reserva para definir conducta en aquellos sospechosos de malignidad. En este caso en particular no se pudo hacer el diagnóstico preoperatorio específico, sin embargo, se logró identificar su carácter de quístico. El tratamiento es casi siempre quirúrgico y el seguimiento imagenológico también tiene su rol en lesiones quísticas asintomáticas.

VARIANTE ANATÓMICA DE COLON DERECHO EN UN PACIENTE CON CÁNCER DE COLON. REPORTE DE UN CASO

Fabián Álvarez Ferrero, Katrina Lolas Tornquist, Juan Pablo Andrés Cárdenas Larenas, Emilio Decinti Weiss, Enrica Ramírez Pittaluga, Cindy Urra Fuenzalida, Francisca González Serrano, Fernando Carrasco Sánchez* Hospital San Juan de Dios (Santiago). Departamento Cirugía. Universidad de Chile.

Introducción: Las anomalías congénitas de la rotación y fijación intestinal son poco frecuentes en adultos. Las variaciones anatómicas de colon son fundamentalmente defectos del desarrollo y menos frecuente casos de mal rotación. Hasta la fecha no se han reportado casos de colon derecho intraperitoneal desplazado hacia hemiabdomen izquierdo. **Objetivos:** Reporte de un caso de un paciente con Cáncer de Colon que presenta una variante anatómica de colon derecho. Revisión de la literatura. **Descripción de caso clínico:** Hombre de 82 años con antecedente de HTA, sin antecedentes quirúrgicos. Historia de 6 meses de disnea, rectorragia, baja de peso de 3 kg y colonoscopia informa tumor en colon ascendente y ciego. Biopsia compatible con Adenocarcinoma tubular de Colon. TC tórax abdomen y pelvis muestra engrosamiento de ciego y colon ascendente, sin signos de diseminación. Además, informa variante anatómica de colon derecho, el que es intraperitoneal y está situado en hemiabdomen izquierdo. En cirugía se observa colon derecho intraperitoneal situado en hemiabdomen izquierdo con adherencias a colon descendente y sigmoides, y ángulo de Treitz situado a la derecha de la línea media. Tumor situado en Ciego, sin compromiso de íleon distal. Se realiza hemicolectomía derecha e

ileotranverso anastomosis latero-lateral tipo Barcelona. Paciente evoluciona favorablemente desde punto de vista quirúrgico, con buena tolerancia oral y tránsito intestinal adecuado, siendo dado de alta al séptimo día post-operatorio. Buena evolución en controles ambulatorios. Biopsia informa neoplasia epitelial, sin infiltración de lámina propia, compatible con Adenocarcinoma Tubular de Colon. **Comentarios:** Las variaciones anatómicas del colon, son muy infrecuentes en adultos, y la mayoría se presentan como hallazgos durante exámenes de imágenes. Son generalmente confundidos con distintas patologías dependiendo del tipo de variante. Es importante frente a la sospecha realizar un estudio detallado de imágenes previo a cualquier procedimiento invasivo electivo en la cavidad abdominal.

REPORTE DE UN CASO DE CÁNCER DE MAMA EN PACIENTE HOMBRE EN HOSPITAL PADRE HURTADO

*Alejandra Quintas Wittwer, Francisco Acevedo Claros, Fernando Cádiz Val, Verónica Sanhueza Linares, Pamela Verónica Martínez Urrutia** Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón). Unidad de Patología Mamaria.

Introducción: El cáncer de mama en hombres es raro siendo un 0,1 al 1% de todos los casos, y en el Hospital Padre Hurtado representa el 0,61%. El síntoma más frecuente es tumor palpable, sin embargo, el retraso en consultar se traduce en mayor estadio de etapificación al momento del diagnóstico. **Objetivos:** Análisis de información existente, datos de nuestro centro de salud y descripción de un caso clínico en cáncer de mama en hombre. Aportar información de manejo de tratamiento de cáncer de mama en hombre. **Descripción de caso clínico:** Paciente 62 años, consulta por lesión ulcerada e indurada extensa en mama izquierda sin respuesta a tratamiento local, antibióticos sistémicos en APS. Refiere nódulo palpable hace 2 años. Ecografía muestra tumor retromamilar izquierdo con extensión a dermis y adenopatías axilares BIRADS US 5. Examen físico lesión indurada y ulcerada de 10 cm adherida a pared torácica. Biopsia incisional carcinoma ductal infiltrante, RE () RP (-) HER 2 neu (-) y Ki 67 60%. Estudio de etapificación evidencia nódulos pulmonares bilaterales secundarios, adenopatía axilar neoplásica y lesión lítica de cuerpo vertebral L1. Recibió quimioterapia paliativa por la extensión y sintomatología de la lesión (4 ciclos de Paclitaxel paliativa), seguida de mastectomía radical modificada de aseo con reconstrucción con colgajo de dorsal ancho y hormonoterapia. Biopsia definitiva informó carcinoma mamario infiltrante Grado 2, con permeaciones linfo-vasculares y neurales, compromiso cutáneo, y 18/18 linfonodos comprometidos (T4N3M1). **Comentarios:** El cáncer de mama en hombre es infrecuente y generalmente de diagnóstico tardío. Tienden a

presentarse a mayor edad que las mujeres, como tumor palpable y en el 80 al 90% con imágenes alteradas. El tratamiento se realiza según esquemas definidos para mismo estadio que en mujeres, dado escaso número de casos y ausencia por ende de estudios randomizados, por lo que cada caso de cáncer de mama aporta información nueva al tratamiento.

ROL DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN EL MANEJO DE LA ECTASIA VASCULAR ANTRAL, PRESENTACIÓN DE UN CASO

Katrina Lolos Tornquist, Omar Orellana Espinoza, Francisca González Serrano, Enrica Ramírez Pittaluga, Cindy Urra Fuenzalida*

Hospital San Juan de Dios (Santiago). Departamento de Cirugía. Universidad de Chile.

Introducción: La ectasia vascular antral es la ectasia vascular de la mucosa y submucosa. La clínica varía desde pacientes asintomáticos, hasta sangrado activo. Asociada a cirrosis hepática e hipertensión portal. También se ha asociado a enfermedades crónicas subyacentes como enfermedad renal crónica, lupus eritematoso sistémico y diabetes mellitus. El diagnóstico se basa en historia clínica, apariencia endoscópica e histología. La endoscopia digestiva alta presenta 2 patrones distintos; difuso, asociado a cirrosis, y lineal. Los tratamientos se clasifican en médicos, endoscópicos y quirúrgicos, que serán seleccionados según etiología y condición clínica del paciente. **Objetivos:** Reporte de un caso y revisión de la literatura. **Descripción de caso clínico:** Hombre, 68 años, con antecedente de hipertensión arterial y enfermedad renal crónica. Presenta cuadro de 8 meses de disnea, melena y cambios de tránsito intestinal, sin hematemesis, ni baja de peso. Se hospitaliza para estudio, detectándose anemia severa. Se realiza endoscopia digestiva alta identificándose ectasia vascular antral asociado a una hernia hiatal gigante paraesofágica. Biopsia muestra gastritis crónica antral con metaplasia intestinal. Se realiza tratamiento con argón plasma. Se continúa estudio realizando Rx esófago, estómago, duodeno que muestra; estómago rotado y dilatado con fondo ascendido, cuerpo ocupa región torácica basal. Se realiza una nueva sesión de argón plasma, persistiendo sintomatología. Por tórpida evolución se realiza gastrectomía 2/3, hiatoplastía y gastroyeyunoanastomosis en Y de Roux por vía laparoscópica. Paciente ingresa a Unidad de Cuidados Intermedios con buena evolución, logrando su egreso en forma precoz a sala de cirugía. **Comentarios:** En la ectasia vascular antral el tratamiento quirúrgico es, en general, reservado para casos severos refractarios a tratamiento endoscópico. A pesar de lo limitado de su indicación, el tratamiento quirúrgico laparoscópico presenta baja recidiva y logra una resolución definitiva en pacientes con evolución tórpida y mala respuesta a otro tipo de terapias.

METÁSTASIS SUBCUTÁNEAS DE CÁNCER DE MAMA: REVISIÓN DE LA LITERATURA A RAÍZ DE UN CASO CLÍNICO

*Alejandra Quintas Wittwer, Verónica Sanhueza Linares, Pamela Verónica Martínez Urrutia**

Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón). Unidad de Patología Mamaria.

Introducción: Las metástasis cutáneas son infrecuentes presentándose en un 0,7-9% de cánceres viscerales, y sólo 2% de tumores malignos de la piel. Se han descrito en cáncer de mama, pulmón, páncreas, vesícula biliar, colon y recto y células renales entre otros. El 69% de las metástasis cutáneas en las mujeres son de origen mamario, seguido de intestino grueso (9%) y melanomas (5%). **Objetivos:** Descripción de caso clínico y análisis de literatura de cáncer de mama con metástasis cutáneas como manifestación clínica. **Descripción de caso clínico:** Mujer de 49 años, antecedente de cáncer de mama izquierda T2N2M0 mayo de 2009, carcinoma ductal infiltrante RE (-) RP (-) HER2 Neu3 (), tratado con mastectomía radical modificada, seguido de quimioterapia (6FAC) y radioterapia. En control a los 9 meses se evidencia nódulo subcutáneo de antebrazo izquierdo, se realizó resección de nódulo subcutáneo izquierdo, biopsia mostró metástasis de carcinoma mamario. Se realiza resección local y 4 ciclos de QT con Taxanos, finalizando tratamiento en enero de 2011. En controles hasta hoy sin evidencia de enfermedad. **Comentarios:** Independiente de la rareza de metástasis cutáneas, es fundamental darle énfasis en evaluación clínica de las pacientes, enfocarse en búsqueda dirigida de estas, especialmente en regiones más frecuentes en orden decreciente región torácica, cervical, cuero cabelludo y extremidades superiores, si bien teniendo presente que su manifestación es pleomórfica (nodular, lenticular, erisipeloides, etcétera) y puede ser en sitios menos habituales como abdomen y extremidades inferiores. El hallazgo de metástasis cutáneas suele ser ominoso en otros cánceres, pero debe tenerse presente que en patología mamaria, como en este caso, pueden ser tratables y las pacientes mantenerse libre de enfermedad por largos períodos de tiempo, por lo que es fundamental su diagnóstico oportuno.

ABORDAJE INICIAL A LA ARTERIA MESENTERICA SUPERIOR EN DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA

*Andrés Marambio Granic, Romina Soza Christie, Martín Inzunza Agüero, Sergio Riveros González, Rafael Luengas Tello, José Luis Galindo Rivera, Matías Guajardo Beroiza**

Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloisa Díaz Insunza. Equipo de Cirugía Digestiva.

Introducción: La duodenopancreatectomía cefálica es la única alternativa terapéutica para tumores pe-

riampulares, sin embargo, representa una alternativa compleja con morbimortalidad asociadas. Uno de los elementos más relevantes al momento de evaluar el resultado oncológico de este procedimiento es la resección completa del tumor con márgenes negativos en la pieza. Una alternativa quirúrgica para disminuir tanto la morbilidad asociada a las lesiones incidentales de la arteria mesentérica superior como aumentar el porcentaje de pacientes con márgenes negativos a nivel de la placa retroperitoneal es el abordaje y referencia inicial a la arteria mesentérica superior. En el presente trabajo presentamos los aspectos técnicos para ejecutar esta maniobra con seguridad, desde la disección de la emergencia de la arteria mesentérica superior, su referencia y la posterior sección de la placa retropancreática mediante la técnica de “hanging”. **Objetivos:** Presentar los aspectos técnicos críticos para ejecutar el abordaje inicial de la arteria mesentérica superior en una duodenopancreatectomía cefálica y el abordaje de la placa retropancreática mediante la técnica de “hanging” de esta. **Descripción de caso clínico:** Se presentan imágenes de distintas duodenopancreatectomías cefálicas en las cuales se realiza el abordaje inicial de la arteria mesentérica superior poniendo énfasis en la disección inicial de la emergencia de esta estructura, su referencia lateral al eje mesentérico-portal y el abordaje a la placa retropancreática mediante el “hanging” de la arteria. **Comentarios:** La estrategia del abordaje inicial de la arteria mesentérica superior y la sección de la placa retroperitoneal utilizando la técnica de “hanging” ha demostrado mejorar el nivel de pacientes con márgenes negativos a expensas de este aspecto de la pieza quirúrgica, siendo desde nuestro punto de vista una muy útil herramienta de seguridad intraoperatoria para disminuir las lesiones arteriales en un momento crítico de la cirugía.

MANEJO MÍNIMAMENTE INVASIVO DE HERNIA PULMONAR TRAUMÁTICA

Pablo Pérez Castro, Francisco Rivera Roa, Nelson Aros Mendoza, Rodrigo Guaman Ortega, Pedro Felipe Undurraga Machicao*
Hospital San Juan de Dios (Santiago). Cirugía de Tórax. Universidad de Chile.

Introducción: La hernia pulmonar se define como la protrusión de tejido pulmonar a través de una apertura anormal de la pared torácica. En base a su etiología, las hernias pulmonares pueden ser congénitas o adquiridas. Las hernias pulmonares post-traumáticas se pueden presentar inmediatamente después de un trauma torácico o seguir un curso más larvado de meses o incluso años. Estas hernias ocurren más a menudo por la penetración de estructuras óseas en traumas cerrados y pueden ser el resultado de fracturas costales, lesión esternal directa y luxación clavículo-esternal o costo-esternal. **Objeti-**

vos: Reportar los resultados del manejo mínimamente invasivo de un paciente con hernia pulmonar traumática realizado en el Hospital San Juan de Dios. **Descripción de caso clínico:** Paciente de sexo masculino de 17 años que ingresó con un traumatismo torácico contuso secundario a caída de alta energía en bicicleta. Al ingreso el paciente se encuentra hemodinámicamente estable, con dolor torácico EVA 7/10 y dificultad respiratoria. Al examen físico destaca marcado enfisema subcutáneo en hemitórax izquierdo. TAC de tórax evidencia hemo neumotórax moderado izquierdo, fractura desplazada del 5° arco costal izquierdo y protrusión de tejido pulmonar a través de este defecto. En urgencia se maneja con pleurostomía aspirativa hasta evaluación por equipo de Cirugía de Tórax. Se decide realizar videotoracoscopia exploradora, reducción de la hernia y fijación costal con placa de titanio (Stracos®) por desplazamiento de la costilla fracturada hacia cavidad pleural con los movimientos respiratorios y presencia de esquirlas óseas. Debido al aspecto isquémico del tejido pulmonar herniado se realiza segmentectomía lingular no anatómica. Se observan excelentes resultados en relación a sintomatología, funcionalidad y estética. **Comentarios:** La hernia pulmonar traumática es un diagnóstico infrecuente que puede constituir una urgencia quirúrgica para el cirujano de urgencia y/o cirujano torácico. Su manejo precoz puede ser llevado a cabo por vía mínimamente invasiva con excelentes resultados.

TRATAMIENTO HÍBRIDO DE ANEURISMA DE AORTA TORACOABDOMINAL. REPORTE DE UN CASO

Sergio Valenzuela Roediger, Patricio Olivares Pardo, Manuel Quiroz Flores, Pablo Carreo Ortega, Marcelo Mège Navarrete, Juan Pablo Uribe Larach, Daniel Wallach Widder, Rolando Pina Sepúlveda*
Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago). Departamento de Cirugía Vasculat.

Introducción: La reparación híbrida consiste en la revascularización de ramas de la aorta abdominal seguida de la reparación endovascular de la aorta torácica. Tiene múltiples ventajas comparada a la reparación convencional abierta. **Objetivos:** Describir el tratamiento híbrido de un caso de aneurisma de aorta toracoabdominal. **Descripción de caso clínico:** Paciente de 62 años, con antecedente de hipertensión arterial en tratamiento, tabaquismo suspendido. Consulta por cuadro de 10 meses de evolución caracterizado por dolor torácico transfixiante intenso, acude a Servicio de Urgencias, en donde se diagnostica aneurisma toracoabdominal no complicado y se deriva a Cirugía Vasculat en nuestro Centro. A su ingreso se percibe masa abdominal pulsátil sin soplo, dolor moderado e intermitente en hipocondrio izquierdo que cede con el reposo. Se com-

pleta estudio con AngioTC de tórax abdomen y pelvis que muestra un aneurisma de aorta toracoabdominal de 5,7 cm de diámetro máximo. Se completa estudio preoperatorio y se programa intervención mixta. Se realiza debranching abdominal con prótesis de dacron, se realizó anastomosis protésico-arterial a la arteria ilíaca común derecha y luego a las arterias renales, mesentérica superior y tronco de la arteria esplénica. Cursa post-operatorio inmediato en UCI por 48 horas, requirió transfusión de 2 unidades de glóbulos rojos. Se mantiene hospitalizada para segundo tiempo quirúrgico, donde se instala endoprótesis de aorta toracoabdominal sin incidentes. Cursó 48 horas en UCI con buena evolución clínica y se indicó el alta al noveno día post-quirúrgico. Se ha mantenido asintomática en control ambulatorio precoz y a un año. Se realizó control imagenológico que mostró correcta posición y permeabilidad de debranching abdominal y prótesis toracoabdominal. **Comentarios:** En este caso el manejo mixto en la patología de aorta toracoabdominal tuvo buenos resultados. Se debe considerar como una patología de resolución compleja, que requiere unidades de apoyo adecuadas y un centro con experiencia en el manejo endovascular de la patología aórtica.

PSEUDOANEURISMA ESPLÉNICO TRAUMÁTICO. REPORTE DE UN CASO

Javier Vásquez Pedrero, Romina González Villanueva, Patricio Mellado Viguera, Mariela Ramírez González, Fabrizio Moisan Paravic*

Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción).

Introducción: El aneurisma esplénico tiene una incidencia de 0,1 a 0,2%. Siendo el 22% asociado a trauma abdominal. El pseudoaneurisma esplénico, aún más infrecuente, se asocia principalmente a instrumentación y traumatismo abdominal. Su diagnóstico es frecuentemente un hallazgo imagenológico. La mayoría asintomáticos o con síntomas inespecíficos, con una mortalidad entre un 25 a 70%. **Objetivos:** Describir un caso clínico de pseudoaneurisma esplénico traumático. **Descripción de caso clínico:** Paciente de 24 años, con antecedentes de retardo mental moderado, sufrió accidente de tránsito como peatón. Ingresó a centro hospitalario en regulares condiciones generales, hemodinámicamente estable, examen físico sin hallazgos relevantes. Se realizó tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis, donde destacó hemotórax izquierdo de escasa cuantía, fracturas del 5°, 6° y 8° arcos costales izquierdos, laceración esplénica con signos sugerentes de pseudoaneurisma, pequeño hematoma subcapsular en polo inferior del bazo y hemoperitoneo de escasa cuantía. Se decidió manejo conservador hospitalizado con control seriado de imágenes. TAC del noveno día: sin variaciones. Ecografía doppler esplénica al décimo

día: Arteria con dilatación aneurismática de 9,2 mm de diámetro versus 4 mm de arterias sanas del polo inferior. Laceración esplénica estable. Doppler esplénico al duodécimo día: Saco aneurismático de menor tamaño, 6 mm, menor flujo y signos de involución. En contexto de paciente estable y sin signos de complicación, en su quinceavo día post-trauma se decide alta a domicilio. **Comentarios:** Los pseudoaneurismas tienen mayor riesgo de rotura en comparación con aneurismas verdaderos, por lo tanto, según la literatura actual, en la mayoría de los centros se tratan al diagnosticarse, independiente si el paciente presenta o no síntomas. Sin embargo, algunos estudios avalan la observación como conducta en pacientes estables con posibilidad de seguimiento imagenológico, mostrando una resolución espontánea sin recidiva en algunos pacientes. Conducta aún minoritaria, con falta de estudios de grandes cohortes de pacientes.

PERFORACIÓN GÁSTRICA POR LINFOMA MALT. REPORTE DE UN CASO

Francisco Jofré Campos, Javier Faúndez Silva, Javier Ormazábal Berríos, Juan Andrés Pérez Novoa*
Hospital Clínico General Raúl Yazigi-Fach.
Cirugía Digestiva.

Introducción: El linfoma gástrico asociado a la mucosa, se encuentra clasificado dentro de los linfoma no hodgkin de células B, extranodal y encuadrado dentro de los linfomas de la zona marginal, con posibilidad de compromiso de los nodos linfáticos y de otros órganos durante su evolución. Representan el 5-7% de los tumores malignos del estómago y el 2% de los linfomas, siendo la ubicación gástrica la más frecuente dentro de los linfomas MALT. La edad más frecuente es a los 50 años. Al momento del diagnóstico es un tumor de bajo grado en el 70% al 85%. El riesgo de perforación gástrica espontáneo por linfoma gástrico es de un 4 a 10%. Existe estrecha relación entre el *H. pylori* y el desarrollo de linfoma MALT gástrico. **Objetivos:** Presentar un caso clínico poco frecuente, de alta mortalidad y con resultado favorable al realizar un diagnóstico y resolución quirúrgica temprana. **Descripción de caso clínico:** Paciente de 68 años, con antecedentes de nefrectomía radical por cáncer de células claras y linfoma de células B que consulta en Servicio de Urgencia por cuadro de 5 días de evolución de astenia, adinamia, vómitos post-prandiales, herrumbrosos y melena. Ingresó a Servicio de Urgencia hemodinámicamente estable y afebril, durante su hospitalización presenta tendencia a la hipotensión. Se realiza tomografía que muestra engrosamiento en la pared gástrica y aire libre en cavidad abdominal. Se realiza laparotomía de urgencia donde se observa compromiso tumoral a nivel gástrico, con una perforación. Se realiza gastrectomía total con criterio on-

cológico y reconstrucción con esófago-yeyuno anastomosis. Presenta evolución post-operatoria satisfactoria y sin complicaciones posteriores. **Comentarios:** La perforación gástrica por linfoma MALT es infrecuente y requiere una intervención quirúrgica precoz por lo que se debe tener una alta sospecha diagnóstica para así evitar la alta mortalidad que puede presentar esta complicación.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR HEMATOMA INTRAMURAL ESPONTÁNEO DEL INTestino DELGADO

*Catalina Valenzuela Vega, Camilo Bustos Ramírez**
Hospital San Pablo (Coquimbo). Servicio de Urgencia.
Universidad Católica del Norte.

Introducción: Los hematomas intramurales (HI) gastrointestinales son muy infrecuentes, se han descrito en todo el tubo digestivo, pero afectan principalmente duodeno y yeyuno. La mayoría son traumáticos, pero también pueden ocurrir espontáneamente, en contexto de coagulopatías o disracias sanguíneas. Constituyen una rara complicación de los anticoagulantes orales, afectando 1/2.500 pacientes anticoagulados. Puede presentar síntomas leves o complicarse con anemia severa, inestabilidad hemodinámica o abdomen agudo. Puede diagnosticarse mediante ecografía o tomografía computada, pero ocasionalmente el diagnóstico sólo se consigue mediante laparotomía. Los casos leves suelen responder a tratamiento médico. Requieren cirugía los casos más severos, con obstrucción intestinal completa, hemoperitoneo masivo, o necrosis parietal. **Objetivos:** Presentar caso clínico, de una infrecuente causa de obstrucción intestinal. **Descripción de caso clínico:** Hombre, 63 años, consultó en urgencia por hipotensión, palpitaciones y dolor epigástrico. Usaba neosintron por fibrilación auricular. Se descartó síndrome coronario, ingresó a UTI sin diagnóstico claro. Presentaba insuficiencia renal, anemia, INR: 6,5 y PCR: 144. Al día siguiente, dolor abdominal difuso, distensión, vómitos y posteriormente, irritación peritoneal. Se sospechó obstrucción intestinal, TAC de abdomen sin contraste demostró dilatación patológica del yeyuno proximal y líquido libre. Se transfundió plasma (6U) y eritrocitos. Laparotomía demostró hemoperitoneo extenso multiloculado y múltiples hematomas mesentéricos e intramurales intestinales. El yeyuno estaba obstruido por un HI gigante. Se drenó hemoperitoneo y algunos hematomas; se dejó laparostomizado. Cierre laparotomía 48 horas después, tras descartar resangrado y necrosis intestinal. Evolucionó favorablemente. Cardiólogo suspendió el neosintrón. **Comentarios:** Los HI son infrecuentes, los espontáneos más infrecuentes y la obstrucción intestinal por HI es rarísima, pero el creciente uso de

terapia anticoagulante oral, debería elevar el índice de sospecha diagnóstica en pacientes anticoagulados que presenten los síntomas descritos. Un diagnóstico tardío puede retrasar el tratamiento médico y reducir tasa de éxito. En el caso presentado una corrección de la coagulopatía más enérgica y oportuna podría haber optimizado los resultados.

ESTENOSIS BENIGNA DE CONDUCTO HEPÁTICO COMÚN POST-QUIRÚRGICA DE PRESENTACIÓN TARDÍA. CASO CLÍNICO

Juan Ignacio Werlinger Vásquez,
Milena Fercovic López, Russeth Mesa Montecinos,
Francisco Bencina Matus, Omar Orellana Espinoza,
José Manuel Palacios Junemann*
Hospital San Juan de Dios (Santiago). Departamento de
Cirugía Universidad de Chile. Universidad de Chile.

Introducción: Las estenosis benignas de las vías biliares son una patología de difícil solución quirúrgica definitiva, en su tratamiento se encuentran los métodos percutáneos y endoscópicos, con la opción quirúrgica frente a casos de recidiva. La etiología más frecuente son las post-quirúrgicas, seguido de pancreatitis crónica, Sd de Mirizzi, Colangitis recurrente y esclerosante primaria. Se clasifican según Bismuth en relación al segmento anatómico. **Objetivos:** Presentación de un caso clínico. **Descripción de caso clínico:** Paciente femenino de 71 años de edad, con antecedentes de HTA y de colecistectomía hace 40 años. Cuadro de 4 días consistente en dolor en epigastrio irradiado a hipocondrio derecho, fiebre e ictericia, compatible con colangitis aguda, por lo que se hospitaliza para su manejo. Estudio destaca perfil hepático con patrón colestásico, colangiorresonancia con dilatación de vía biliar intra hepática y disminución de calibre hacia confluencia de hepáticos y en relación a porción suprapapilar. Se realiza CPRE que informa imagen de estenosis de apariencia benigna a nivel de colédoco proximal, se realiza papilotomía, con fructuosa dilatación e instalación de prótesis. Se realiza derivación biliodigestiva con hepático-yeyuno anastomosis con Y de roux, biopsia intraoperatoria compatible con fibrosis con predominio de fibras de colágeno, sin signos de atipia ni de colangiocarcinoma. Paciente evoluciona en forma satisfactoria, sin evidencia de complicación a la fecha. **Comentarios:** Lo habitual en esta etiología es la presentación en un plazo de 6 meses, siendo menos frecuente lejano a este período. Nuestra paciente presentó una estenosis combinada tipo Bismuth I-II. Lo atípico en su presentación fue su manifestación posterior a 40 años. Este hecho hizo plantear en el estudio la etiología neoplásica, sin embargo, el cuadro clínico no era sugerente y estudio histopatológico lo descarta. Concluimos importante el hecho de plantear

todas las hipótesis diagnósticas frente a la sospecha de estenosis biliar benigna, ahondando en las etiologías más y menos frecuente, sin desestimar la relación temporal ni lo sugerente que pueda parecer el cuadro clínico.

RESECCIÓN PARED TORÁCICA PARA TRATAMIENTO DE RECIDIVA DE CÁNCER DE MAMA CON COMPROMISO DE CADENA LINFÁTICA DE ARTERIA TORÁCICA INTERNA. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

Juan Pablo Quinteros Pomar*, Diego Andrés Montoya Moya, María Manana De Tezanos, Alejandra Gallego Cifuentes, Luis Marcial Peralta Mora, Ricardo Schwartz Jodorkovsky
Hospital Militar de Santiago (Hosmil). Servicio de Cirugía Adultos.

Introducción: La recidiva que involucra los linfonodos de la cadena de la arteria torácica interna corresponde al 0,1% de los cánceres de mama. En ausencia de compromiso a distancia, estaría indicado el manejo loco regional. La cirugía representa alternativa de tratamiento en recidivas aisladas. La resección de la cadena linfática de la arteria torácica interna implica resección de pared torácica que pese a extensión es segura y de baja morbilidad. **Objetivos:** Presentar caso, y revisión de literatura de recidiva de cáncer de mama con metástasis retroesternal, describiendo el manejo quirúrgico del compromiso intratorácico. **Descripción de caso clínico:** Paciente de 59 años con antecedentes de mastectomía parcial por cáncer de mama en 2001 con quimio-radioterapia ayudante y hormonoterapia, recidivado en 2011, sometido a mastectomía parcial más reconstrucción y tamoxifeno (carcinoma ductal infiltrante). Mamografía control 2015 muestra diversos quistes descritos como oleosos, densidad nodular en mama izquierda (BIRADS 2). Ecografía señala nódulo sólido vascularizado. (BIRADS 4c). Biopsia core informa carcinoma ductal infiltrante (segunda recidiva). Estudio inmunohistoquímica con receptores estrógenos, KI67 50%, her2 score 2. Estudio diseminación con PET y TAC-TAP con captación en región paraesternal superior izquierda. En tomografía se observa masa tumoral que envuelve arteria mamaria torácica izquierda sugerente a neoplásica. Evaluada en comité oncológico se decide cirugía posterior quimioterapia. Se realiza mastectomía total resección de complejo ganglionar en bloque de parrilla costal de 2 y 3° costilla y reconstrucción con malla polipropileno y colgajo pectoral. Evolución post-operatoria favorable con alta al 9° día e inicio de sesiones de quimioterapia a los 2 meses, asociadas a radioterapia 4 meses post-cirugía. **Comentarios:** La resección en bloque en recidiva de cáncer de mama involucra cirugía extensa,

que puede desarrollarse en forma segura con manejo multidisciplinario. Sin mayores complicaciones post-operatorias, es una buena alternativa de control local o manejo paliativo.

METÁSTASIS HEPÁTICA METACRÓNICA DE CÁNCER COLORRECTAL ASOCIADO A CÁNCER DE VESÍCULA INCIDENTAL. REPORTE DE CASO

Javier Vásquez Pedrero*, Patricio Mellado Viguera, Romina González Villanueva, Mariela Ramírez González, Fabrizio Moisan Paravic
Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción).

Introducción: El cáncer colorrectal es una de las neoplasias más frecuentes en las sociedades occidentales, con una prevalencia cercana al 10,6%. Dentro de sus factores de riesgo se identifican el síndrome metabólico, obesidad, diabetes mellitus, entre otros, siendo estos mismos también responsables de enfermedades malignas de la vía biliar. Siendo en Chile el cáncer de vesícula el más importante. Existen estudios que sugieren una fuerte asociación en la génesis de estas entidades, en cuanto a pólipos vesiculares, adenomas y carcinoma colorrectales. **Objetivos:** Describir un caso de asociación entre cáncer colorrectal y cáncer de vesícula. **Descripción de caso clínico:** Mujer de 69 años, consulta en octubre de 2014 por cuadro de constipación y rectorragia intermitente con tacto rectal positivo para masa rectal exofítica, se realiza colonoscopia que concluye tumor de recto a 6 cm de margen anal con biopsia positiva para adenocarcinoma tubular, siendo etapificado como cáncer de recto medio cT3N0M0. Recibe quimioterapia/radioterapia neoadyuvante y es intervenida con resección anterior baja de recto más ileostomía de protección. En TAC TAP de control en abril de 2016 se describe nódulo hepático en segmento VII, sugerente de metástasis. Se realiza segmentectomía hepática y colecistectomía. Biopsia operatoria positiva para adenocarcinoma compatible con metástasis de cáncer colorrectal, con hallazgo incidental de adenocarcinoma intramucoso de la vesícula biliar, etapificado como T1aN0M0. Paciente evoluciona favorablemente, planteándose quimioterapia como tratamiento adyuvante de metástasis colorrectal por equipo oncológico. **Comentarios:** Existen factores de riesgo comunes para lesiones precursoras de cáncer vesiculares y colorrectal, sin embargo, no han sido claramente establecidas asociaciones entre ambas neoplasias, a pesar de la alta prevalencia de cada una. Existen publicaciones recientes que asocian alteraciones genéticas específicas para ambas neoplasias, existiendo bases concretas para soportar la idea que son neoplasias que comparten orígenes genéticos comunes, siendo un campo de investigación aún reciente y promisorio.

HEMANGIOMA CAVERNOSO RECTO-SIGMOIDEO Y CAVERNOMATOSIS PORTAL. CASO CLÍNICO

Rodrigo Migueles Cocco, Felipe Andrés Imigo Gueregat*, José Tomás Larach Kattan, Gonzalo Antonio Palominos Salas, Gustavo Javier Montesinos Abujatum, Álvaro Zúñiga Díaz
Pontificia Universidad Católica de Chile. Unidad de Coloproctología, Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina.

Introducción: El Hemangioma cavernoso Recto-Sigmoideo (HCRS) es una lesión vascular intestinal infrecuente. Afecta principalmente a adultos jóvenes y la manifestación principal es el sangrado transanal. **Objetivos:** Reportar y comentar un caso clínico complejo e infrecuente. **Descripción de caso clínico:** Varón, 18 años, con rectorragia intermitente abundante y anemia desde los 2 años. Hipertensión portal por cavernomatosis portal, hiperesplenismo secundario y pancitopenia. Operado a los 11 años, Shunt Espleno-Renal. Hemorragia digestiva baja (HDB) masiva post-operatoria. Se detectan hemorroides y várices recto-sigmoideas. Ligadura quirúrgica hemorroidal frustra y luego ligadura de vena mesentérica inferior. Estable, pero con sangrando persistente que permite control ambulatorio, pero transfusión sanguínea periódica. Derivado a Hospital Clínico de la Universidad Católica. Ingres a con Hemoglobina de 8,9 g/dl, plaquetas 48.000 y HDB activa. Colonoscopia comprueba sangrado de origen varicoso recto-sigmoideo. Tomografía con imágenes clásicas de malformación vascular congénita de tipo hemangioma, sin hipertensión portal actual. Shunt permeable. Resolución quirúrgica programada. Laparotomía exploradora, Resección anterior ultra-baja anastomosis colo-anal manual e ileostomía en asa. Sin complicaciones intraoperatorias y post-operatorio sin morbilidad. Recuperación completa de parámetros hematológicos a las 3 semanas post-operatorias. **Comentarios:** El HCRS es muy infrecuente, por lo mismo poco conocido y de diagnóstico tardío. Aún más infrecuente asociado a hipertensión portal. Usualmente sometidos a múltiples terapias quirúrgicas inconducentes y transfusiones sanguíneas; sin embargo, de aproximación no compleja mediante imágenes patognomónicas, y resolución quirúrgica agresiva pero efectiva.

METAPLASIA ESCAMOSA RECTAL. REPORTE DE UN CASO

Javier Vásquez Pedrero*, Mariela Ramírez González, Romina González Villanueva, Patricio Mellado Viguera, Francisco Mucientes Herrera, Misael Ocares Urzúa
Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción).

Introducción: La metaplasia escamosa rectal, o también conocida como leucoplaquia rectal atípica, es una

rara entidad, con alrededor de treinta casos descritos en la literatura. Ha sido descrita en relación a colitis ulcerosa, colangitis esclerosante primaria, virus papiloma humano y post-radiación. **Objetivos:** Describir un caso de metaplasia escamosa rectal, y realizar breve revisión de la literatura. **Descripción de caso clínico:** Paciente de sexo femenino, de 56 años, con antecedentes retardo mental leve. Consultó en año 2002, por cuadro de un año de evolución de rectorragia y baja de peso no cuantificada. Se inició estudio con enema baritado que mostró alteraciones sugerentes de neoplasia de recto. Rectoscopia mostró lesión a 5 cm del margen anal de aspecto tumoral, se tomó biopsia que informó mucus con leucocitos y células necróticas. Un mes después se realizó biopsia quirúrgica que mostró mucosa y piel perianal, hemorroides, sin evidencia de neoplasia. Se realizó nueva biopsia quirúrgica que informó tejido conectivo con epitelio escamoso hiperplásico con sugerente de infección por virus papiloma humano. No se reconoció mucosa rectal. Sin diagnóstico histológico claro de neoplasia rectal, pero con clínica compatible, se decidió realizar resección anterior de recto, coloanastomosis e ileostomía en asa de protección. Biopsia de pieza quirúrgica informó hiperqueratosis, acantosis y papilomatosis de epitelio escamoso rectal, consistente con leucoplaquia rectal. Zonas de erosión con regeneración glandular y escamosa y presencia de atipia reparativa. Sin presencia de neoplasia. Paciente evolucionó con peritonitis post-operatoria, requiriendo múltiples aseos quirúrgicos, y estadia prolongada en Unidad de Cuidados Intensivos, pese a lo cual paciente fallece. **Comentarios:** La metaplasia escamosa rectal, aunque extremadamente rara, se ha observado junto al carcinoma escamoso del recto. Además de la inflamación crónica, la infección por el virus del papiloma humano puede desempeñar un papel en la secuencia metaplasia-displasia-carcinoma.

TUMORES DE MEDIASTINO POSTERIOR DERIVADOS DE LA CRESTA NEURAL. DOS CASOS REPRESENTATIVOS DE UNA ENTIDAD DE AMPLIO ESPECTRO DE COMPORTAMIENTO

Katrina Lolas Tornquist*, Pedro Felipe Undurraga Machicao, Pablo Pérez Castro, Nelson Aros Mendoza, Rodrigo Guaman Ortega, Constanza Bulboa Foronda, Raimundo Santolaya Cohen, Jaime Gonzalo Fernández Ruiz, Raúl Berrios Silva
Hospital San Juan de Dios (Santiago). Departamento de Cirugía Equipo de Cirugía Torácica. Universidad de Chile Clínica Alemana de Santiago Universidad del Desarrollo.

Introducción: Los tumores neurogénicos constituyen el 15-25% de los tumores mediastínicos, más frecuentes en mediastino posterior. Se originan de células ganglionares, paraganglionares o del sistema nervioso

simpático. Los tumores que se originan del sistema paraganglionar son más frecuentes en adultos. Los síntomas más comunes se deben a compresión por la masa tumoral o al dolor óseo causado por las metástasis. El diagnóstico requiere de alta sospecha y confirmación histológica mediante biopsia. El tratamiento se basa principalmente en la resección quirúrgica completa, que incluye métodos tradicionales y mínimamente invasivos. **Objetivos:** Describir la gama de tumores derivados de la cresta neural propósito de dos casos. **Descripción de caso clínico:** *Caso 1:* Mujer de 17 años sin antecedentes mórbidos. Consulta por 6 meses de evolución de dolor torácico derecho fulgurante y paresia braquial derecha progresiva. El estudio con TC de Tórax informa tumor paravertebral derecho 6 x 8 cm con compromiso óseo de parrilla costal. Se solicita además resonancia magnética que describe compromiso óseo y extensión intrarraquídea. Se decide realizar biopsia por video toracosopia. El informe histológico describe neuroblastoma poco diferenciado con histología desfavorable. Paciente evoluciona con progresión de los síntomas, agregándose paresia de extremidades inferiores. *Caso 2:* Mujer de 36 años sin antecedentes mórbidos. Consulta por dolor torácico inespecífico, radiografía de tórax evidencia opacidad masiforme lóbulo superior izquierdo. TC de tórax evidencia lesión sólido-quística de 18 x 12 cm que comprime pulmón. Se decide manejo quirúrgico videoasistido. Biopsia definitiva evidencia ganglioneuroma. Evoluciona satisfactoriamente. **Comentarios:** En este trabajo se realizó la presentación de 2 casos de tumores neurogénicos de mediastino que representan los dos extremos de pronóstico. El tratamiento de estos tumores está basado en su escisión quirúrgica, siendo este el único tratamiento curativo. La resección completa es importante para asegurar la supervivencia a largo plazo, lográndose con toracotomía en la mayoría de los pacientes, con pocas complicaciones y baja recurrencia.

NECROSIS GÁSTRICA SECUNDARIO A CARDIOMIOTOMÍA DE HELLER. REPORTE DE UN CASO

*Francisco Jofré Campos, Javier Ormazábal Berrios, Javier Faúndez Silva, Juan Andrés Pérez Novoa**
Hospital Clínico General Raúl Yazigi - Fach. Cirugía Digestiva.

Introducción: La gran irrigación del estómago, permite la resistencia de este órgano a eventos isquémicos incluso después de la ligadura de todos los grandes vasos. A pesar de este hecho, una dilatación gástrica aguda acompañada con o sin obstrucción de la salida gástrica, trastorno de la alimentación o un síndrome de burbuja gástrica, son causas de necrosis gástrica. **Objetivos:** Presentar un caso clínico poco frecuente, de alta mortalidad y con resultado favorable al realizar un diagnóstico y resolución quirúrgica temprana.

Descripción de caso clínico: Paciente de 20 años con antecedente de una cardiomiectomía de Heller a los 13 años por acalasia esofágica; consulta por cuadro de 24 h de evolución caracterizado por dolor abdominal tipo cólico de moderada intensidad, asociado a náuseas, vómitos alimentarios en 2 oportunidades; al examen el abdomen se encontraba blando, depresible y sensible a la palpación del epigastrio, sin masas ni visceromegalia y sin signos de irritación peritoneal. Se solicitan exámenes de control destacando gb 11.010 hb 15,1 plaq 266.000 baciliformes 6%; lipasemia 211, amilasemia 133 y pruebas hepáticas normales. Radiografía de abdomen con gran dilatación gástrica más niveles hidroaéreos de intestino delgado. Se realiza tomografía de abdomen-pelvis que muestra necrosis de la pared gástrica con gran dilatación. Se realiza laparotomía de urgencia, que muestra necrosis transmural de pared gástrica en cara anterior y posterior de fondo, cuerpo y parte del antro, por lo que se decide gastrectomía total, ase y VAC. 48 h después se reexplora, sin evidenciar líquido libre se decide reconstrucción intestinal con una anastomosis esófago-yeyunal. Posteriormente el paciente evolucionó de manera satisfactoria, sin complicaciones. **Comentarios:** Se presentó el siguiente caso por ser una patología muy infrecuente, que presentó una evolución favorable gracias a la identificación precoz y un tratamiento oportuno.

REPARACIÓN DE ANEURISMA DE ARTERIA ILIACA COMÚN IZQUIERDA MEDIANTE INSTALACIÓN DE ENDOPRÓTESIS CUBIERTA. CASO CLÍNICO

Camila Sotomayor Ledezma, Mackarena Norambuena Guamparito, Natalia Moreno Baeza, Freddy Alejandro Ferreira Camacho, Alejandro Antonio Campos Gutiérrez, Juan Pablo Moreno Pérez, Cristian Jara Durán*
Hospital Clínico Universidad de Chile. Cirugía Vascular.

Introducción: El aneurisma de arteria iliaca tiene alta morbimortalidad según su evolución natural. Una alternativa reciente de tratamiento es la instalación percutánea de prótesis recubiertas. **Objetivos:** Se reporta un caso clínico de aneurisma de arteria iliaca con resolución percutánea mediante instalación de endoprótesis recubierta. **Descripción de caso clínico:** Paciente de sexo masculino de 71 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia, cardiopatía coronaria, CF I, FE 55%, aneurisma aórtico abdominal roto operado con endoaneurismorrafia, y aneurisma iliaco interno izquierdo tratado con embolización. Paciente se realiza AngioTC de abdomen de control detectándose crecimiento de lesión en iliaca común izquierda, (56 mm de diámetro transversal con un diámetro del vaso de 10 mm, tortuoso, trombosado, sin signos de complicación aguda), por lo que se programa para cirugía. Se realiza reparación endovascular de aneurisma iliaco común izquierdo con 2 stent cubiertos Viabhan, sin

incidentes. Evolucionan con post-operatorio favorable, deambulación precoz y corta estadía hospitalaria (48 horas). Control ambulatorio sin complicaciones. **Comentarios:** La historia natural de estos aneurismas es hacia la expansión y posterior ruptura, cuya frecuencia aumenta con el incremento del tamaño del aneurisma. La reparación quirúrgica abierta tiene una elevada morbi-mortalidad. En casos con alto riesgo quirúrgico una alternativa aceptable es el tratamiento percutáneo, con resultados similares y menos riesgo perioperatorio.

ARTRITIS SÉPTICA DE LA UNIÓN ESTERNO-CLAVICULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

Nelson Aros Mendoza, Rodrigo Guaman Ortega, Verónica Pérez Hidalgo, Pedro Felipe Undurraga Machicao, Pablo Pérez Castro*

Hospital San Juan de Dios (Santiago). Cirugía Torácica Hsjd. Universidad de Chile.

Introducción: La artritis séptica (AS) de la unión esternoclavicular (UEC) es una forma infrecuente de artritis. Consiste en aumento de volumen doloroso de la unión esterno-condral, pudiendo asociar fiebre, sepsis y alteración de parámetros inflamatorios. La ASUEC afecta generalmente a pacientes inmunocomprometidos por diversas causas y menos frecuentemente a pacientes previamente sanos, en quienes el diagnóstico es más tardío. Su tratamiento consiste en antibioterapia prolongada y drenaje local en caso de falta de respuesta al manejo conservador. **Objetivos:** Presentar un caso clínico de ASUEC como diagnóstico diferencial de cáncer pulmonar con compromiso de pared torácica. **Descripción de caso clínico:** Mujer de 59 años consulta en Servicio de Urgencia por cuadro de dolor esterno-condral derecho de 2 semanas de evolución. TC de tórax muestra gran masa de 10 x 15 cm de aspecto infiltrante en relación a esternón, 2ª costilla derecha y ápice pulmonar derecho, en íntimo contacto con pared torácica. Parámetros inflamatorios elevados. Se inicia antibioterapia endovenosa y estudio con biopsia percutánea con trucut, PET CT y TC de cerebro. Trucut muestra inflamación inespecífica. Paciente completa 15 días de tratamiento endovenoso con ceftriaxona y metronidazol, observándose mejoría clínica significativa y reducción de volumen inflamatorio en pared torácica. Se plantea alta con antibioterapia oral por 15 días. PET-CT de control a las cuatro semanas de evolución muestra reducción completa de la masa. **Comentarios:** La ASUEC debe ser diagnóstico diferencial válido en masas con compromiso de la unión esterno-condral. Apoya el diagnóstico del caso presentado, la satisfactoria respuesta a tratamiento antibiótico prolongado y la importante disminución de volumen con los controles. Para una adecuada toma de decisiones se requiere un manejo interdisciplinario y consensuado apoyado por técnicas de imágenes y microbiológicas.

PERITONITIS DIFUSA SECUNDARIA A PERFORACIÓN YEYUNAL COMO LESIÓN ÚNICA POST-TRAUMA ABDOMINAL CERRADO POR AGRESIÓN DE TERCERO

Cesar Antonio Orellana Rozas, Guillermo Reyes Reyes, Mariela Soledad Urrutia Soto, Juan Orlando Guaman Reimundo, Claudio Zamorano Young, Jorge Pavon Cáceres, Julio César Núñez Villegas*
Hospital del Salvador (Santiago, Providencia). Servicio de Urgencias. Universidad de Chile.

Introducción: Las lesiones intestinales son la tercera lesión más frecuente en trauma abdominal cerrado, presentándose en el 1% de estos, con perforación intestinal en el 0,3%, acompañándose la mayor parte de las veces de otras lesiones abdominales. La perforación de yeyuno como lesión única luego de un trauma abdominal cerrado, como en este caso, es extremadamente poco frecuente, siendo descrita en casos de trauma por accidentes con vehículos motorizados. **Objetivos:** Reportar el enfrentamiento quirúrgico de un caso clínico muy poco frecuente. **Descripción de caso clínico:** Paciente de 50 años, sexo masculino, alcohólico, refiere pleito con tercero, donde recibe golpe con el pie en el abdomen, acude al Servicio de Urgencias del Hospital del Salvador, con compromiso de conciencia cualitativo, afebril, hemodinámicamente estable, taquipneico, con gran sensibilidad a la palpación del abdomen y signos de irritación peritoneal. Se toma TAC de abdomen y pelvis que muestra neumoperitoneo y líquido libre intraabdominal. Ingres a pabellón para laparotomía exploradora con hallazgo de abundante líquido libre, con restos alimentarios semidigeridos, perforación intestinal a 210 cm de la válvula ileocecal, de 2 cm, comprometiendo el 50% del diámetro del asa, sin encontrarse otras lesiones a la exploración. Se realiza resección de 5 cm de intestino, anastomosis término-terminal y aseo abundante con solución fisiológica, sin incidentes. Paciente evolucionó favorablemente post-intervención, siendo dado de alta 8 días de su ingreso, sin complicaciones quirúrgicas. **Comentarios:** Luego de un trauma abdominal cerrado el diagnóstico de perforación de yeyuno es complejo. El mecanismo del trauma, la historia y el examen físico juegan un rol esencial en su sospecha, donde se debe tener una actitud activa para lograr el diagnóstico, donde en pacientes estables, los estudios radiológicos serán de gran ayuda. Una vez logrado el diagnóstico o teniendo una alta sospecha, la resolución quirúrgica es el componente esencial de su tratamiento.

HEMATOMA RETROPERITONEAL ESPONTÁNEO COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO

Claudia Durán Herrera, Daniel Alejandro García Oneto, Andrea Patricia Jiménez Aguilar*
Hospital Carlos van Buren (Valparaíso). Unidad de Emergencia Adultos. Universidad de Valparaíso.

Introducción: El hematoma retroperitoneal espontáneo

(HRE) es un síndrome clínico infrecuente que incluye cualquier extravasación de sangre al retroperitoneo sin traumatismo externo, manipulación endourológica o endovascular previa. Tiene múltiples etiologías pero las causas más frecuentes son ruptura de aneurisma aórtico abdominal, tumores renales y enfermedades vasculares. Se caracteriza por aparición brusca de inestabilidad hemodinámica asociada a anemia. En el 30% de los casos se encuentra la triada de Lenke (dolor en fosa lumbar e hipocondrio, masa palpable e hipotensión) Para su diagnóstico puede utilizarse la radiografía simple de abdomen, ecografía o el TAC contrastado que es el gold standard pues delimita el tamaño del hematoma y permite hacer diagnóstico diferencial. **Objetivos:** Presentar un caso de HRE como causa poco frecuente de abdomen agudo. Hacer una revisión del tema a propósito de un caso clínico. **Descripción de caso clínico:** Mujer, hipertensa, 46 años. Consulta por súbito dolor en hemiabdomen derecho asociado a vómitos. Ingresa con diagnóstico de abdomen agudo, probable colecistitis aguda. Al ingreso hipotensa, con anemia, leucocitosis y falla renal. Se realiza TAC: hemoperitoneo moderado y masa heterogénea hepática sospechosa de angiomiolipoma vs liposarcoma. Se decide manejo conservador y estabilización de la paciente. Al mejorar la falla renal, se realiza TAC contrastado: tumor 12 x 12 cm en relación a suprarrenal derecha, con probable hemorragia y asociada a hematoma retroperitoneal. Una vez estabilizada, se realiza laparotomía exploradora que evidencia gran hematoma retroperitoneal que sobrepasa la línea media. Se realiza nefrectomía total derecha. La paciente evoluciona satisfactoriamente y es dada de alta al 13° día post-operatorio. **Comentarios:** Se presenta caso de abdomen agudo, que inicialmente se sospecha séptico por el cuadro clínico. Gracias a la TAC se identifica HRE, sin embargo, por el estado de la paciente, debe ser estabilizada previo a la cirugía. Destacamos la importancia de la sospecha clínica y el apoyo imagenológico complejo en el diagnóstico diferencial.

REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE DISECCIÓN RECURRENTE DE AORTA DESDE PORCIÓN DISTAL DE AORTA TORÁCICA HASTA ARTERIA ILÍACA COMÚN IZQUIERDA. CASO CLÍNICO

Camila Sotomayor Ledezma, Mackarena Norambuena Guamparito, Freddy Alejandro Ferreira Camacho, Natalia Moreno Baeza, Alejandro Antonio Campos Gutiérrez, Juan Pablo Moreno Pérez, Cristian Jara Durán*
Hospital Clínico Universidad de Chile. Cirugía Vascular.

Introducción: La evolución a medio-largo plazo de los pacientes con disección aórtica depende de las complicaciones residuales de la fase aguda y del control de la presión arterial. Las complicaciones tardías más

frecuentes son la disección recurrente, la dilatación aórtica, la rotura y aparición de aneurisma en otra región. En las opciones terapéuticas encontramos la técnica endovascular y la cirugía abierta. **Objetivos:** Se reporta un caso clínico sobre aneurisma recurrente de aorta torácica hasta arterias ilíacas con reparación endovascular. **Descripción de caso clínico:** Paciente masculino de 53 años, con antecedente de disección aórtica tipo B operada hace 2 años. En imagen de control se detecta nueva zona de disección y aneurisma aórtico abdominal, por lo que es derivado a nuestro Centro. Angio TC: endoprótesis aórtica visible desde el cayado hasta el tercio distal de la aorta torácica. AAA, mide hasta 49 mm de diámetro, sin cambios respecto a examen previo, y disección aórtica crónica desde la porción más distal de la aorta torácica hasta la arteria ilíaca común izquierda, con extensión del flap de disección a la arteria renal izquierda. Destaca que nace desde el lumen falso la arteria mesentérica inferior. Tronco celíaco y arteria mesentérica superior permeables, con origen desde el lumen verdadero. Se planifica para reparación endovascular, se instala endoprótesis en aorta abdominal infrarenal, sin complicaciones. Evoluciona sin morbilidad post-operatoria. **Comentarios:** Si bien la cirugía abierta sigue vigente, la terapia endovascular es un procedimiento seguro y eficaz, ofreciendo numerosas ventajas como mínimo acceso lejos de la lesión, menor sangrado, anestesia local o regional, menor hospitalización y mínimas complicaciones comparadas con la técnica tradicional.

LIPOSARCOMA CERVICAL, REPORTE DE UN CASO

Orlando Antonio Rodríguez Opazo, Joaquín Ulloa Suárez, Ricardo Varas Abarca*
Universidad de Concepción.

Introducción: El liposarcoma cervical es un tumor derivado del tejido adiposo maligno, extremadamente raro, encontrándose en la literatura hasta el 2010 sólo 128 casos. **Objetivos:** Presentar un caso de liposarcoma cervical y una actualización bibliográfica. **Descripción de caso clínico:** Varón de 58 años, consultó en el Hospital Guillermo Grant Benavente (HGGB) por una masa cervical de 20 cm de diámetro, refiriendo síntomas compresivos. Dentro del estudio se realizó una ultrasonografía, encontrándose gran masa cervical de 20 cm de diámetro sugerente de lipoma, por lo cual se decidió realizar resección quirúrgica, la cual no tuvo incidentes. Biopsia post-operatoria mostró liposarcoma bien diferenciado de tipo esclerosante, de aproximadamente 12 x 6 x 4 cm, sin compromiso del borde quirúrgico, pero con márgenes cercanos. Posteriormente, luego de ser evaluado por el comité oncológico (CO) del HGGB, se realizó tomografía axial de

cráneo, cuello, tórax, abdomen y pelvis con contraste para complementar etapificación la cual no mostró diseminación sistémica, además se ampliaron los bordes quirúrgicos, cuya biopsia concluyó bordes quirúrgicos libres de neoplasia. El CO lo evaluó nuevamente, donde se decidió no realizar radioterapia adyuvante y continuar seguimiento estricto. Actualmente se encuentra en buenas condiciones. **Comentarios:** Sarcomas de tejidos blandos corresponden al 1% del total de cánceres en el adulto. La mayoría consulta por una masa palpable y asintomática. Encontrar un lipoma mayor de 5 cm, crecimiento acelerado y consistencia aumentada, son factores de riesgo para liposarcoma. Se presenta generalmente en hombres entre 40 y 80 años. Existen distintos tipos histológicos, siendo su sobrevida a 5 años de aproximadamente un 80%. El tratamiento es la extracción de la lesión en su totalidad con márgenes de seguridad amplios, lo cual se puede complementar con radioterapia y quimioterapia. Posterior al tratamiento se debe realizar un seguimiento estricto con métodos de imagen y medicina nuclear.

LEIOMIOMA ESOFÁGICO. REPORTE DE UN CASO

Francisco Jofré Campos, Javier Faúndez Silva, Iván Paul Rozas, Camila Seymour Martínez, Gerardo Mordojovich Ruiz, Rafael Prats Manganelly*
Hospital Clínico General Raúl Yazigi - Fach.
Cirugía de Tórax.

Introducción: El Leiomioma esofágico es un tumor de células musculares lisa, originado en células de la muscular propia siendo el tumor benigno más frecuente de este órgano, constituyendo el 70-80% de los tumores benignos (0,1-0,006% en autopsias), no obstante, lo anterior, constituye menos del 1% de los tumores esofágicos, y el 10% de los leiomiomas del tracto digestivo. La mayoría de estos tumores son de una evolución lenta y asintomática, ubicándose principalmente en el tercio medio y distal, siendo el diagnóstico, en la mayoría de los casos, un hallazgo incidental en un estudio por otra causa. La indicación de resección continúa siendo controversial. **Objetivos:** Presentar un caso clínico poco frecuente y con diferentes opciones en el manejo según la literatura actual. **Descripción de caso clínico:** Paciente de 34 años de edad sin antecedentes mórbidos, que presentó un accidente grave, con fracturas costales y de esternón por lo que se solicitó tac de tórax sin contraste, donde se evidenció una lesión hipodensa en mediastino posterior. Se solicita TAC de tórax con contraste y PET, siendo en este último hipometabólico. Se sospecha de leiomioma esofágico y se realiza endoscopia digestiva alta, que muestra un tumor submucoso de tercio distal donde se toma biopsia transmucosa que es concluyente con leiomioma. Se decide resolución

quirúrgica, realizando una resección de tumor extramucosa. La biopsia definitiva de la pieza quirúrgica se informó como neoplasia fusocelular concordante con leiomioma. Posteriormente el paciente evolucionó satisfactoriamente, logrando el alta hospitalaria a los pocos días post-intervención y sin complicaciones post-operatorias. **Comentarios:** El tratamiento de estos tumores es motivo de controversia y existen distintas opciones en el manejo de estos tumores, pudiendo tener una conducta expectante con controles periódicos o plantear directamente la resección quirúrgica, decisión que debe evaluar caso a caso.

MAV HEPÁTICAS Y PULMONARES SECUNDARIAS A ENFERMEDAD DE RENDU-OSLER-WEBER. REPORTE DE UN CASO

*Hermann Klenner Muñoz**

Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Cirugía Hepatobiliar y Pancreática.

Introducción: La Enfermedad de Rendu Osler Weber es una angiopatía neoformativa de telangiectasias circunscritas. Tiene una prevalencia de 2-20/100.000 personas. Afecta por igual a ambos sexos. Es hereditaria, con rasgo autosómico dominante. Se caracteriza por la presencia de telangiectasias con tendencia a sufrir hemorragias localizadas principalmente en la nariz y vías urinarias, también anomalías vasculares internas a nivel del hígado, cerebro, pulmones, garganta, laringe, tracto gastrointestinal, vejiga y vagina. El hígado se afecta en aprox. 40-75%. El tratamiento es variado, abarcando profilaxis de fenómenos embólicos/hemorrágicos, como el tratamiento médico intensivo según sea su presentación, llegando incluso al trasplante hepático. **Objetivos:** Reportar caso de MAV hepáticas y pulmonares secundarias a síndrome ROW. **Descripción de caso clínico:** Paciente femenino de 47 años, con antecedentes de adenocarcinoma de colon operada en 1998, lobectomía superior por MAV pulmonar, AVE isquémico en enero de 2016. En abril de 2016 comienza con hematoquezia a repetición asociado a epistaxis. Al examen físico se evidencia telangiectasias nasales, sin otras alteraciones. Se realiza Tac abdomen y pelvis c/cte: Segmentos hepáticos IV y V con lesiones sugerentes de MAV de 50 mm y 42 mm respectivamente. esplenomegalia. Fue evaluada por equipo de HPB decidiendo control con ecodoppler portal y seguimiento con imágenes. **Comentarios:** Las malformaciones vasculares difusas a nivel del hígado albergan diferentes patrones desde pequeñas telangiectasias hasta grandes MAV que conducen a shunts intrahepáticos. Cuando el Síndrome ROW es sintomático, los pacientes se presentan con ICC de alto gasto, isquemia biliar o HTP. El diagnóstico se confirma mediante ecodoppler o TAC. Los

pacientes sintomáticos son tratados con un tratamiento médico intensivo dirigido a la presentación clínica predominante. Los pacientes que no responden al anterior y aquellos con necrosis hepática y/o biliar aguda deben ser considerados para trasplante de hígado.

APENDICITIS DEL MUÑÓN EN LA CURVA DE APRENDIZAJE DEL CIRUJANO

Hernán Ureta Díaz, Camilo Morales Álvarez, José Herrera Valdés, Josefa Quezada Morales, Felipe Castillo Henríquez*

Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel).
Servicio de Cirugía Equipo Cirugía General.

Introducción: La apendicitis del muñón es una complicación infrecuente de la apendicectomía, con incidencia estimada de 0,13%, más frecuente post-laparoscopia. Puede manifestarse de inmediato hasta años post-apendicectomía. Se presentan dos casos post-apendicectomía abierta y variabilidad en manifestación.

Objetivos: Presentar 2 casos clínicos de apendicitis del muñón y discutir sus características. **Descripción de caso clínico:** 1) Hombre de 26 años, apendicectomía abierta, 10 meses post-apendicectomía cursa dolor abdominal FID, náuseas y anorexia. TAC abdominopélvico evidencia signos inflamatorios del ciego con pequeño segmento del muñón apendicular. Abordaje laparoscópico exploratorio con hallazgos de muñón apendicular gangrenado, aplastramiento de epiplón mayor e íleon, exudado purulento en flanco e hipocondrio derecho. Biopsia: Apendicitis supurada de muñón con granulomas por material de sutura. 2) Hombre de 41 años, apendicectomizado por cirugía abierta, 5 días después cursa con dolor abdominal EVA 10, distensión abdominal y fiebre. Destaca parámetros inflamatorios elevados y TAC abdominopélvico con colección pericecal, obstrucción intestinal y segmento del apéndice en colección pericecal. Laparotomía exploratoria con hallazgos de peritonitis purulenta difusa, muñón apendicular gangrenado, colección intrabdominal y obstrucción intestinal. Biopsia: Apendicitis aguda supurada.

Comentarios: Nuestros casos difieren de la literatura internacional en apendicectomía inicial, siendo cirugía abierta realizada por residentes de cirugía. Respecto al período de aparición, concuerda con la variabilidad desde días a meses post-apendicectomía, con rango etario dentro de lo descrito. La sintomatología y signos presentes se asemejan a literatura, siendo dolor abdominal en FID, náuseas, vómitos, fiebre y tumoración en FID frecuente, siendo menor la distensión abdominal y shock séptico ocurrido en un paciente. La imagenología se describe como inespecífica, siendo la cirugía y biopsia confirmativa. La apendicitis del muñón es una complicación poco frecuente, con sospecha clínica e imagenológica, confirmándose en acto quirúrgico. Se

estima mayor incidencia post-apendicectomía por laparoscopia, no obstante, puede aumentar incidencia en cirugías abiertas por cirujanos con menor experiencia siendo parte de la curva de aprendizaje.

QUISTE MESENTÉRICO GIGANTE COMPLICADO

Juan Orlando Guaman Reimundo, Jorge Pavon Cáceres, Carlos Gabriel Massardo Delgado, Claudio Zamorano Young, José Luis Quezada González*
Hospital del Salvador (Santiago, Providencia).
Servicio de Cirugía.

Introducción: Los quistes mesentéricos son lesiones benignas, de baja incidencia (1/100.000 hab.). Pueden tener origen linfático, mesotelial, entérico o urogenital. Los más frecuentes son de origen linfático (60%) y se relacionan con antecedentes de trauma abdominal, malformaciones congénitas, o tejido linfático ectópico. Su clínica es de distensión, dolor abdominal y plenitud precoz. Las complicaciones incluyen obstrucción intestinal, uropatía obstructiva, sobreinfección y quiste hemorrágico. **Objetivos:** Presentar el manejo de un paciente con un quiste mesentérico complicado.

Descripción de caso clínico: Paciente masculino de 67 años, con antecedentes de laparotomía y reparación diafragmática por trauma abdominal hace 35 años, consulta por cuadro de dolor abdominal de 6 meses de evolución, de leve intensidad, acompañado de dispepsia y disnea relacionada con el decúbito. Las últimas 2 semanas presentó fiebre y aumento del dolor abdominal hasta volverse constante. Al examen físico presentó un abdomen distendido, con masa palpable de aproximadamente 20 cm de diámetro en el hemiabdomen izquierdo. En el laboratorio destacó un aumento de la PCR (228) y plaquetas (533.000). TC de Abdomen informó una lesión quística en hemiabdomen izquierdo adherida a grandes vasos y uréter izquierdo. Se inició analgesia y tratamiento antibiótico con Ceftriaxona y Metronidazol. Ingresó a pabellón, se colocó un catéter doble J al uréter izquierdo y se realizó una laparotomía exploratoria encontrándose quiste gigante de 40 x 30 cm, con contenido café y material disgregado en su interior. Se infundió solución salina hipertónica al interior del quiste y se realizó una quistectomía parcial, no pudiendo liberarlo de las estructuras vasculares y el uréter izquierdo. Biopsia informa quiste con infiltración leucocitaria y focos hemorrágicos en la pared, negativo para malignidad. Evolucionó favorablemente, sin complicaciones y es dado de alta. **Comentarios:** Los quistes mesentéricos son infrecuentes y muchas veces asintomáticos pero pueden causar complicaciones potencialmente graves por lo que es importante realizar un diagnóstico y tratamiento oportunos.

MEDIASTINOTOMÍA DE CHAMBERLAIN EN ABSCESO DE MEDIASTINO ANTERIOR

Juan Carlos Aguayo Romero, Víctor Salazar Pierotic, Karen Andrea Schönnfeldt Guilisasti, Daira Marco X., Francisco Carriel Albarracín, Marcelo Felipe Parra Novoa, José Ignacio Ortega Sepúlveda*
Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón).
Departamento Cirugía de Tórax. Universidad del Desarrollo.

Introducción: Los abscesos mediastínicos (AM) son una patología poco frecuente, con elevada morbimortalidad (14 a 42%). Entre su etiología destaca la perforación esofágica, infección post-esternotomía o cirugía torácica y patología odontogénica. Su drenaje quirúrgico debe ser precoz y agresivo. La mediastinotomía de Chamberlain (MC) es útil en aquellos AM sin compromiso pleural. **Objetivos:** Presentar y analizar las características clínicas, radiológicas y quirúrgicas de un paciente con AM drenado por MC. **Descripción de caso clínico:** Hombre de 58 años con antecedente de hipertensión arterial, artrosis y periodontitis severa que consulta por cuadro de una semana de evolución de fiebre, compromiso del estado general, aumento de volumen cervical y de hombro izquierdo. Al examen físico destaca enfisema subcutáneo a nivel torácico, adenopatía supraclavicular izquierda, rigidez cervical y torácica. Al laboratorio PCR 335 mg/dL y leucocitos 16.500/ul. Tomografía computada de tórax evidencia absceso en mediastino anterior con edema y enfisema que se extiende hacia región cervical y glenohumeral izquierda. Se realiza mediastinotomía de Chamberlain, además de cervicotomía izquierda. Evoluciona favorablemente hasta su alta. **Comentarios:** La patología presentada es de baja frecuencia en la literatura, al igual que el acceso para drenaje quirúrgico por MC, técnica mayormente utilizada para biopsias mediastinales. El manejo quirúrgico fue exitoso como primera experiencia en nuestro Centro.

RESOLUCIÓN DE HERNIA DE AMYAND MEDIANTE TÉCNICA TAPP: REPORTE DE UN CASO

Francisco Javier Valdés Nunez, José Manuel Vivanco Aguilar, Jorge Ignacio Pincheira San Martín, Soledad Ureta Fernández, Mauricio Madariaga Latorre*
Unidad de Emergencias, Hospital Clínico del Sur Concepción. Hospital Clínico del Sur de Concepción Universidad San Sebastián Sede Concepción Universidad de Concepción.

Introducción: La Hernia de Amyand es la presencia del apéndice cecal dentro del saco de una hernia inguinal, estando sano o inflamado. Su incidencia es de 0,28-1%. Se presenta caso de paciente de 51 años con resolución laparoscópica con técnica TAPP y

apendicectomía conjunta. **Objetivos:** 1.- Indicar características generales del cuadro clínico de la Hernia de Amyand. 2.- Describir la resolución quirúrgica por vía laparoscópica de un paciente con Hernia de Amyand. 3.- Presentar las distintas alternativas quirúrgicas de resolución de la hernia de Amyand, dependiendo del estado del apéndice cecal. 4.- Mostrar la Técnica TAPP como una alternativa realizable en este tipo de cuadros. **Descripción de caso clínico:** Hombre de 51 años sin antecedentes mórbidos, consultó en Servicio de Urgencia del Hospital Clínico del Sur el 14 de abril de 2016 por dolor intenso y aumento de volumen inguinoescrotal derecha de 10 días de evolución. Con masa es irreductible y sintomática al examen. Se solicitó ecografía inguinal, que mostró hernia inguinoescrotal derecha atascada. Se decide hernioplastia de urgencia, se optó por abordaje laparoscópico (TAPP). Como hallazgo intraoperatorio destaca epiplón estrangulado y punta del apéndice dentro del anillo herniario, con inflamación localizada. Se realizó reducción, omentectomía parcial, flap peritoneal e instalación de malla, junto con apendicectomía. Paciente evolucionó sin complicaciones, dado de alta al 4º día post-operatorio. **Comentarios:** La Hernia de Amyand es infrecuente, y su hallazgo es generalmente intraoperatorio. Es posible abordar una hernia de Amyand por vía laparoscópica, y realizar una apendicectomía en el mismo acto operatorio. La instalación de malla es controversial, dependerá del estado del apéndice. Hay pocos casos reportados y no hay un consenso. Según la clasificación de Losanoff y Basson este caso corresponde a una hernia de Amyand Tipo I, por lo que se justifica la realización de hernioplastia con malla.

PLASMOCITOMA SOLITARIO ÓSEO ESTERNAL. REPORTE DE UN CASO

Juan Pablo Andrés Cárdenas Larenas, Rodrigo Guaman Ortega, Valeska Vega Ruiz, Pablo Pérez Castro, Pedro Felipe Undurraga Machicao*
Hospital San Juan de Dios (Santiago). Servicio de Cirugía de Tórax, Servicio de Cirugía. Universidad de Chile.

Introducción: El Plasmocitoma Solitario es una proliferación clonal de células plasmáticas, de localización ósea o tejidos blandos, sin evidencia de lesiones adicionales y médula ósea con menos de 10% de plasmocitos. Corresponde al 3-5% de las Neoplasias de Células Plasmáticas (NCP), 1% de todos los cánceres y 13% de las neoplasias hematológicas. Los Tumores Malignos Esternales Primarios son alrededor del 0,6% del total, entre los cuales el 30% son NCP. **Objetivos:** Reportar el caso de un paciente con Plasmocitoma Solitario Óseo Esternal (PSOE). **Descripción de caso clínico:** Hombre de 66 años con antecedente de HTA. Historia de 3 meses de dolor torácico inespecífico

recurrente, progresivo, que aumenta con el esfuerzo y disminuye con el reposo. Además, aumento de volumen de manubrio esternal progresivo, de consistencia dura, sin cambios cutáneos. Sin fiebre o baja de peso. TC de Tórax muestra masa sólida, única y vascularizada en manubrio esternal de 4 x 5 x 6 cm, con compromiso cortical. RM de Tórax evidencia lesión lítica, expansiva y agresiva en manubrio esternal, sin compromiso de estructuras adyacentes. PET/CT 18F-FDG muestra lesión única hipermetabólica en manubrio esternal. Se decide realizar Biopsia Incisional de lesión que muestra neoplasia maligna de células redondas que invade tejido óseo y músculo estriado, con Inmunohistoquímica positiva para CD 138 y Lambda. Se completa estudio con Hematología: Hemograma normal, Mielograma con 4% de células plasmáticas (normal), LDH 138 (normal). **Comentarios:** El manejo del PSOE es esencialmente médico con buenos resultados. Es primordial la adecuada sospecha y óptima biopsia para evitar una resección de pared torácica excesiva.

NECROSIS DEL COLÉDOCO, MUY RARA COMPLICACIÓN DE LA COLECISTITIS AGUDA

Hernán Andrés Herrera Cortés, Andrés Troncoso Trujillo, Luis Acencia Barrientos, Héctor Losada Morales, Jorge Silva Abarca, Luis Burgos San Juan, Oriel Arias Rovira*

Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco).
Universidad de La Frontera. Facultad de Medicina.
Departamento de Cirugía, Traumatología y Anestesia.
Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco.

Introducción: La colecistitis aguda es una de las patologías más comunes en el mundo; se considera la segunda causa de abdomen agudo quirúrgico después de la apendicitis. Son múltiples las complicaciones descritas, estas pueden llegar a ser letales si el diagnóstico y el manejo no son oportunos y adecuados. **Objetivos:** Presentar el caso de un paciente adulto con una perforación del colédoco secundaria colecistitis aguda y que requirió manejo con un parche de ligamento redondo. **Descripción de caso clínico:** Paciente de 68 años masculino, hospitalizado por cuadro de 4 días de evolución de dolor abdominal en hipocondrio derecho asociado a fiebre. Eco tomografía abdominal demuestra vesícula sobre distendida con engrosamiento difuso. Dilatación patológica del hepatocolédoco de 17 mm con algunos ecos y finos tabiques en su interior. Evoluciona febril, Murphy, patrón colestásico, marcadores inflamatorios elevados. Se realiza laparotomía exploradora: identificándose colección subfrénica derecha, plastrón vesicular con vesícula necrótica y colédoco de 12 mm necrótico a nivel de la carina con zona que fluye bilis por la cara anterior con defecto de este de aproximadamente 2 x 5 cm. Se realiza colecistectomía abierta,

coledocotomía no se evidencia litiasis sólo detritus en interior colédoco, se realiza coledocorrafiya sobre sonda Kher; y se repara defecto de colédoco con parche de ligamento redondo. Paciente evoluciona favorablemente sin complicaciones post-operatorias, siendo dado de alta al 10° día post-operatoria. **Comentarios:** La necrosis del colédoco es una rara complicación de la evolución de las colecistitis agudas. En el tratamiento de los defectos del colédoco, la plastia con parche de ligamento redondo es una opción para el manejo quirúrgico de esta infrecuente complicación.

HERNIA DE AMYAND: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Luis Alberto Ojeda López, Rafael Moya Abuhadba, Karol González Romo, Jorge Pavon Cáceres*
Hospital Dr. Luis Tisné B. (Santiago, Peñalolén). UCI.

Introducción: La apendicitis aguda es una de las patologías más frecuentes a la que se enfrenta un cirujano, su diagnóstico es simple, pero no debemos olvidar las múltiples localizaciones donde podemos encontrar al apéndice, eso incluye dentro de una hernia inguinal, más conocida como hernia de Amyand, su incidencia es de 1% y 0,13% cuando está inflamado. Por lo inusual de esta patología hemos querido presentar este caso clínico junto con una pequeña revisión. **Objetivos:** El objetivo es exponer nuestro caso como aporte a la limitada información existente sobre esta hernia. **Descripción de caso clínico:** Paciente masculino de 84 años, postrado, con antecedentes de Hipertensión Arterial, Fibrilación Auricular en Terapia Anticoagulante e Insuficiencia Cardíaca, con hernia inguinal bilateral. Presenta cuadro clínico de 3 semanas de evolución, de compromiso del estado general y dolor abdominal en relación a hernia inguinal derecha, asociado a aumento de volumen progresivo de la misma; en los últimos días, herida escrotal con salida de contenido intestinal. Consulta en urgencias del Hospital Luis Tisné, donde se hospitaliza para monitorización y tratamiento quirúrgico, en el cual, por abordaje inguinal, se evidencia hernia inguinal derecha con contenido de ciego perforado y apéndice cecal necrótico y perforado. Se realiza apendicectomía, cecorrafiya y herniorrafiya derecha (dejando drenaje en escroto) y hernioplastia inguinal izquierda. Posteriormente se traslada a Unidad de Cuidados Intensivos para monitorización y extubación, completada sin incidentes a las 24 horas. Con escaso exudado por drenaje y régimen oral progresivo, se traslada al 3° día post-operatorio a sala de cirugía general donde evoluciona satisfactoriamente por lo que se da de alta al 6° día post-operatorio. **Comentarios:** Siempre es necesario tener presente las múltiples localizaciones donde podemos encontrar al apéndice, sobre todo si es un paciente con antecedentes de hernia inguinal y tiene sintomatología de hernia estrangulada, pues se podría estar tratando de una hernia de Amyand.

SARCOMA DE PARED TORÁCICA: RESECCIÓN Y RECONSTRUCCIÓN CON SISTEMA STRATOS

Michelle Marchesini Brest, Camila Cuevas Vergara, Raúl Hernán Oyarce López, Camilo Cavalla Castillo, Nicole Alejandra Carriel Peña*
Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar). Cirugía Torácica.

Introducción: Los tumores de pared torácica son infrecuentes, representando un 2-5% de todos los tumores de tórax. Los reportes de malignidad oscilan entre 50-80%. La recidiva ocurre hasta en el 50% de los pacientes, con una sobrevida a 5 años del 17%. De los sarcomas de partes blandas el 7% corresponde a sarcoma sinovial. Se decide presentar el siguiente caso, dada la escasa literatura acerca de sarcomas de pared torácica. **Objetivos:** Descripción de un caso clínico de sarcoma de pared torácica gigante y posterior reconstrucción con prótesis costales de titanio (sistema STRATOS). **Descripción de caso clínico:** Paciente de sexo masculino, 40 años con antecedente de tumor en pared torácica posterior derecha sin compromiso de tejido muscular. Es operado el año 2010, resección oncológica R0. Biopsia concluye sarcoma sinovial grado II. Sometido a radioterapia adyuvante 30 ciclos. En mayo de 2016 consulta por 3 semanas de evolución de disnea progresiva y dolor costal derecho. Se solicita TAC de tórax con contraste que evidencia masa de 12 cm en hemitórax derecho que rechaza LID, atelectasias y derrame pleural derecho, impresiona dependiente de pared posterior con compromiso osteolítico de la 6° costilla. Cintigrama óseo: compromiso osteoblástico en arco posterior de costillas 5 a 8 derechas compatible con proceso tumoral secundario. Se decide resección tumoral con reconstrucción de pared torácica con sistema STRATOS. **Comentarios:** Los sarcomas de pared torácica son infrecuentes. Las manifestaciones clínicas son el dolor y masa torácica, como en el caso presentado. En cuanto al manejo quirúrgico, y la técnica de reconstrucción las distintas series identifican factores importantes: el tamaño del tumor, estirpe histológica y localización. El objetivo siempre será la resección completa en bloque con márgenes amplios. Por otro lado, el sistema STRATOS permite un resultado estético y funcional que proporciona una mejor calidad de vida al paciente.

ABSCESO INGUINAL POR HERNIA DE LITRE

Carlos Patricio Ayala Pardo, Carla Belén Ayala Pardo, Isabel Margarita Schild Wenzel, Maeva Elisa Del Pozo Leiva, Cristian Zárate Bertoglio*
Hospital Clínico Regional (Valdivia). Servicio de Cirugía. Universidad Austral de Chile.

Introducción: Divertículo de Meckel corresponde a un remanente embriológico del conducto onfalome-

sentérico presente en el 2% de la población, ubicado habitualmente a 60 cm de la válvula ileocecal. Hasta un 4% puede complicarse como obstrucción intestinal, infección, sangrado o herniación. Hernia de Litre corresponde a la presencia de un divertículo de Meckel en cualquier hernia de pared abdominal, su incidencia es desconocida, siendo sus ubicaciones más frecuentes inguinal 50%, umbilical 20% y femoral 20%. Los pacientes pueden ser asintomáticos o presentar obstrucción intestinal secundaria a incarceration o estrangulación del divertículo en el saco herniario. Su tratamiento corresponde a resección quirúrgica del divertículo y reparación del defecto herniario. **Objetivos:** Reportar el caso de una paciente con diagnóstico intraoperatorio de hernia de Litre atendida en Hospital Base de Valdivia. **Descripción de caso clínico:** Paciente femenino, 83 años, consulta en urgencias por cuadro de 2 semanas de evolución, caracterizado por dolor y aumento de volumen fluctuante inguinal derecho, eritematoso y calor local, asociado a fiebre y compromiso del estado general. Se realiza ecografía y diagnóstica absceso inguinal derecho secundario a hernia crural atascada. La exploración quirúrgica evidencia hernia de Litre complicada, se realiza resección intestinal, enteroenteroanastomosis, aseó profuso y herniorrafia crural, dejando cierre de piel por segunda intención. Permanece hospitalizada siete días con tratamiento antibiótico de amplio espectro, evoluciona favorablemente, siendo dada de alta en buenas condiciones generales y manejo ambulatorio de la herida operatoria. **Comentarios:** Nuestro caso representa la evolución de una hernia de Litre estrangulada que consulta tardíamente al Servicio de Urgencias, cuya resolución quirúrgica se adecúa al manejo descrito en la literatura. Si bien hernia de Litre es una patología poco frecuente, debería ser considerada al momento de reparar cualquier hernia de la pared abdominal, con el objetivo de dar tratamiento quirúrgico adecuado al divertículo de Meckel.

MASA ABDOMINAL GIGANTE: GIST RETROPERITONEAL. REPORTE DE UN CASO

*Glyn Llewelyn Rubilar, Macarena Basso Moraga, Felipe Muñoz Barceló**

Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar). Servicio de Cirugía.

Introducción: Los tumores estromales del tracto gastrointestinal (GIST) son los tumores mesenquimales más frecuentes del tubo digestivo, suponen el 1% de todos los tumores malignos gastrointestinales. Son más frecuentes en el estómago (50-60%), intestino delgado (20-30%) y colon (10%). Son menos frecuentes en esófago (5%) y raros en mesenterio, omento y retroperitoneo (tumores estromales extragastrointestinales o EGIST). **Objetivos:** Presentamos un caso poco

frecuente de EGIST retroperitoneal. **Descripción de caso clínico:** Hombre de 58 años, operado en septiembre de 2013 de tumor retroperitoneal en otro hospital con biopsia que confirmó GIST. No recibió Imatinib. Es hospitalizado en Hospital de Quilpué en marzo de 2016 por dolor abdominal asociado a masa palpable abdominal. TC de abdomen y pelvis muestra gran masa retroperitoneal. Se realiza laparotomía exploradora y como hallazgo destaca gran masa tumoral con adherencias a intestino delgado, colección de 900 cc de pus y sangrado importante. Biopsia confirma GIST. Por persistencia del sangrado y complejidad del caso, se coordina traslado a Hospital Dr. Gustavo Fricke para programar cirugía electiva. Se realiza amplia resección que incluye pancreatocetomía corporocaudal, esplenectomía, gastrectomía vertical y colectomía parcial. En el post-operatorio presenta distrés respiratorio secundario a sepsis por catéter venoso central, por lo que requirió manejo en UCI. Resuelta la falla respiratoria, evoluciona favorablemente. Presenta colección intraabdominal post-operatoria, manejada con drenaje percutáneo bajo TC. Es dado de alta en junio de 2016. Biopsia de pieza operatoria confirma R0, con inmunohistoquímica que confirma GIST de alto riesgo. Actualmente paciente está en tratamiento adyuvante con Imatinib. **Comentarios:** El estudio y manejo de los tumores GIST ha sido meteórico en los últimos 15 años. La cirugía R0 es el tratamiento potencialmente curativo, pero aún así se observa un 50% de recidiva. Los inhibidores de la tirosin kinasa han demostrado gran efectividad en el tratamiento adyuvante de esta enfermedad.

COLESTASIA INDUCIDA POR DROGAS, A PROPÓSITO DE UN CASO

Marco Antonio Oate Vallejos, Javier Torres Martínez*
Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz (Los Ángeles).
Servicio de Cirugía. Universidad de Concepción.

Introducción: Colestasia inducida por drogas se puede presentar como un cuadro agudo, con o sin ictericia que cede progresivamente con el retiro del agente agresor. Puede tener diferentes presentaciones dentro de las que destaca colestasia intrahepática y colestasia extrahepática, con o sin hepatitis. El objetivo del presente es exponer un caso clínico en el que se plantea este diagnóstico, habiendo completado estudio imagenológico y serológico (-) para otras etiologías. **Objetivos:** Recordar, aumentar el índice de sospecha e invitar a la discusión respecto de drogas como causa de ictericia obstructiva. **Descripción de caso clínico:** Mujer de 17 años, patología dual, en tratamiento con sertralina, quetiapina y litio, consumo de cocaína, colecistectomizada hace 3 meses por colecistitis aguda litiasica, estudio histopatológico de pieza quirúrgica no encuentra lesiones neoplásicas. Es

referida desde periferia al Hospital Víctor Ríos Ruiz de los Ángeles por cuadro de dolor abdominal e Ictericia. Al ingreso destaca hiperbilirrubinemia de 8,03 mg/dl de predominio directo (5,91 mg/dl), FA: 219; GGT 647; GOT 153; GPT 424. Con TAC abdomen y pelvis sin informe en Servicio de Urgencias en el que impresiona vía biliar dilatada. En su contexto se completa estudio con ecotomografía abdominal que muestra dilatación de vía biliar intra y extrahepática, CRNM confirma dilatación sin encontrar imagen endoluminal patológica, serología viral (-) para virus hepatitis. Se mantiene hospitalizada con manejo expectante en nuestro Servicio. Durante hospitalización presenta favorable evolución clínica y de laboratorio, disminuyendo ictericia progresivamente. asintomática es dada de alta para continuar controles ambulatorios. **Comentarios:** Dentro de la patología biliar la ictericia obstructiva es un cuadro latente, el presente caso tiene la intención de recordar y aumentar el índice de sospecha de drogas como agente causal de patología biliar, existen diferentes tipos de presentación clínica que varían en cuanto a los hallazgos imagenológicos, de laboratorio e incluso histológico, en nuestro caso clínico tras completar estudio imagenológico y serológico (-), en contexto de consumo de sustancias, con evolución compatible, se plantea este diagnóstico para abrir la discusión de drogas como causa etiológica.

HALLAZGO INCIDENTAL DE UNA HERNIA DE GARENGEOT DURANTE CIRUGÍA DE HERNIA FEMORAL INCARCERADA: REPORTE DE UN CASO

Maura Olea Andreani, Belén Tamara Pedraza Jaque,*
Sebastián Olivares Medina, Rodrigo Domínguez Castillo
Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia).

Introducción: La Hernia de Garengot es una rara presentación de hernia femoral que contiene parte o todo el apéndice cecal. Fue descrita por primera vez por el cirujano francés Rene Jacques Croissant De Garengot en 1731. Se presenta en aproximadamente el 1% de las hernias femorales y la presencia de una apendicitis aguda es aún más rara. Se han descrito aproximadamente 100 casos en la literatura. Suele diagnosticarse de forma incidental durante la cirugía de una hernia femoral incarcerada y dada su baja frecuencia no existe un gold standard para su diagnóstico y tratamiento. **Objetivos:** Presentación de un caso clínico. **Descripción de caso clínico:** Mujer de 88 años con antecedentes de HTA, hipotiroidismo y depresión. Consulta en SUA el 11/04/16 por cuadro de 6 horas de evolución, caracterizado por aumento de volumen no reducible en región inguinocrural derecha, dolor intenso, eritema y calor local, sin signos de obstrucción intestinal. Hemodinámicamente estable, afebril, en exámenes

de laboratorio destaca: HTO/Hb 36,8%/11,5 gr/dl; Leucocitos de 15.200 y 20-50 leucocitos en sedimento urinario. Se realiza LMIU encontrando apéndice cecal y epiplón dentro de saco herniario, orificio herniario de 3 cm, el que se amplía para lograr reducir saco de 3 x 5 cm, dando salida a escaso líquido turbio y apéndice gangrenado en 1/3 distal con base sana. Se realiza apendicectomía, resección de saco herniario y reparación de defecto herniario por vía preperitoneal con 2 puntos de prolene 2/0 al cooper y cintilla iliopectinea. Post-operatorio con evolución favorable. **Comentarios:** La Hernia de Garengot es una entidad rara, pero debería ser considerada en todos los casos de hernia femoral incarcerada, pues el retraso en su tratamiento podría tener graves complicaciones. Sin embargo, no hay consenso en cuanto a la vía de abordaje ni en la técnica para su resolución quirúrgica.

ÚLCERA DE CAMERON PERFORADA. REPORTE DE CASO

Milena Fercovic López, Javier Moraga Concha, Russeth Mesa Montecinos, Juan Ignacio Werlinger Vásquez, Manuel Lizana Corvera, Pedro Felipe Undurraga Machicao*

Hospital San Juan de Dios (Santiago). Departamento de Cirugía. Universidad de Chile.

Introducción: La hernia hiatal (HH) se define como el prolapso del estómago hacia el mediastino a través del hiato esofágico. En 1986 Cameron y Higgins describieron la presencia de erosiones y ulceraciones en la mucosa gástrica contenida en una HH. Se estima que su prevalencia es de aproximadamente el 1% de las HH sometidas a estudio endoscópico. **Objetivos:** Describir el proceso diagnóstico y el manejo de una paciente con Úlcera de Cameron perforada. **Descripción de caso clínico:** Mujer de 55 años con antecedentes de reflujo gastroesofágico y esguince de tobillo en tratamiento con omeprazol y ketoprofeno, respectivamente. Consulta en Urgencias por dolor en hemitórax izquierdo de gran intensidad, que aumenta con la inspiración, asociado a sensación febril y disnea. Radiografía de tórax compatible con ocupación pleural izquierdo e imagen de nivel hidroaéreo. AngioTAC de tórax que evidenció hidroneumotórax izquierdo con nivel hidroaéreo en su interior y hernia hiatal. En el laboratorio del ingreso destacaban glóbulos blancos (GB) de 14.000 y PCR de 281. Se inició antibióticos empíricos y se instaló pleurostomía que da salida a débito hemático antiguo. Evolucionó en regulares condiciones con requerimientos de oxígeno y elevación de los parámetros inflamatorios (GB 15.160 y PCR 320). Se realizó EDA la cual evidencia úlcera gástrica contenida en HH, se instala azul de metileno observando salida de este por la pleurostomía. Es ingresada a pabellón donde se realizó

en un primer tiempo torácico toracotomía exploradora (postero-lateral), reducción HH, decorticación pleural, instalación de pleurostomías (2) y frenorrafia. En el segundo tiempo abdominal se realizó laparotomía exploradora, gastrorrafia, aseó y drenajes. Se traslada a UCI con ventilación mecánica invasiva, lográndose la extubación a las 36 horas de la cirugía. **Comentarios:** La úlcera de Cameron perforada corresponde a una rara entidad, que requiere de un alto índice de sospecha para su diagnóstico.

HERNIOPLASTÍA CON MALLA Y SEPARACIÓN DE COMPONENTES EN PACIENTE CON MÚLTIPLES FRACASOS PREVIOS DE MANEJO QUIRÚRGICO SIN MALLA

Mauricio Ignacio Contreras Bastías, Francisco Javier Valdés Nunez, José Manuel Vivanco Aguilar, Soledad Ureta Fernández, Mauricio Madariaga Latorre*
Unidad de Hernias, Hospital Clínico del Sur.
Hospital Clínico del Sur Universidad San Sebastián,
Sede Concepción Universidad de Concepción.

Introducción: Alrededor de un 10% de la población desarrolla algún tipo de hernia de pared abdominal durante su vida, representando un problema común en cirugía en cuanto a su resolución y recidiva. Sin embargo, la cirugía de reparación con malla y separación de componentes se presenta como una alternativa con baja tasa de recurrencia y excelentes resultados estéticos en hernias complejas. **Objetivos:** Presentar el caso de una paciente a quien se le realizó hernioplastia con malla y separación de componentes en recidiva herniaria tras 7 intervenciones previas de reparación de hernia sin malla. **Descripción de caso clínico:** Paciente sexo femenino de 45 años se presenta con sensación de bulto y dolor. Refiere recidiva después de 7 hernioplastias sin mallas en esfuerzo de tratar hernia ventral. Se confirma diagnóstico con clínica y ecografía abdominal. Se realiza hernioplastia con malla y separación de componentes, además de abdominoplastia. Paciente sufre complicación post-operatoria, que consiste en necrosis superficial de ombligo, la cual es tratada quirúrgicamente y con curaciones semanales. Actualmente a 2 meses post-cirugía, sin recidivas y ombligo en buenas condiciones. **Comentarios:** La técnica de separación de componentes posterior es una modificación y complemento de técnica de Rives-Stoppa, y consistente en relajación del músculo transversal abdominal. Se utiliza una gran extensión retromuscular para el posicionamiento de una gran malla, lo que permite una restauración de anatomía y funcionalidad de la pared. No deja flaps cutáneo-graso susceptible de complicaciones. Es una herramienta importante para el armamento quirúrgico en hernias complejas, tiene una baja morbilidad perioperatoria y baja recurrencia (4%).

INVAGINACIÓN INTESTINAL YEYUNO YEYUNAL POST-GASTRECTOMÍA TOTAL POR CÁNCER GÁSTRICO. UNA RARA CAUSA DE COMPLICACIÓN EN EL POST-OPERATORIO. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Marcelo Andrés Santelices Baeza*, María Camila Gutiérrez Vallejos, Guillermo Sepúlveda Díaz, César Muñoz Castro Hospital Dr. César Garavagno Burotto (Talca). Servicio de Cirugía Unidad de Cirugía Digestiva Alta.

Introducción: El 95% de las invaginaciones intestinales se producen en la edad infantil. El 5% restante se produce en el adulto y casi la mitad (45%) es secundario a tumores GIST. Menos de un 0,1% se da en el post-operatorio de cirugía gástrica, con reportes aislados a nivel mundial. Tiene una alta mortalidad (50%) cuando el diagnóstico se realiza después de 48 h de iniciado el cuadro por lo que requiere una alta sospecha para su pesquisa, siendo el TAC contrastado el método de elección en este subgrupo de pacientes. **Objetivos:** Presentar el caso de una invaginación intestinal en el post-operatorio de una gastrectomía total por cáncer gástrico. **Descripción de caso clínico:** Paciente de 48 años, sin antecedentes médicos de importancia. Consulta por cuadro de 3 meses de evolución de dolor abdominal epigástrico, baja de peso, adinamia y fatiga. Se realiza endoscopia que informa lesión de aspecto proliferativo que compromete 2/3 de la circunferencia de la línea Z, cardias y toda la curvatura menor. La biopsia informa adenocarcinoma pobremente diferenciado. El estudio de extensión informa probable compromiso gástrico transmural con adenopatías perigástricas patológicas, sin signos de enfermedad metastásica. Ingres a pabellón para gastrectomía total con reconstrucción en Y de Roux, evolucionando satisfactoriamente hasta el 6° día donde presenta dolor abdominal súbito difuso acompañado de compromiso hemodinámico. Se estabiliza y realiza TAC de abdomen y pelvis donde se aprecia imagen en target compatible con invaginación intestinal, confirmada en la reexploración. **Comentarios:** La invaginación intestinal post-operatoria es muy infrecuente, y sólo existen reportes aislados en la literatura. Menos de un 0,1% se da en el post-operatorio de cirugía gástrica. Se presenta el caso de un paciente con diagnóstico precoz y resolución quirúrgica inmediata.

CÁNCER DE ESÓFAGO AVANZADO: COMPLICACIÓN DE LA PALIACIÓN CON PRÓTESIS AUTO-EXPANDIBLE (PAE)

Cigny Albornoz Carrillo*, Fernando Rivera Molina, Salim Rave Cáceres Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Unidad Docente Asistencial Cirugía Endoscópica. Universidad de Concepción.

Introducción: Las prótesis auto-expandibles (PAE) metálicas son el método paliativo de elección en

pacientes con cáncer de esófago/cardias irresecable. Si bien es un procedimiento seguro, no está libre de complicaciones, las que, según diferentes autores, se han descrito entre un 6% y un 45% de los casos. **Objetivos:** Presentar un caso de complicación de la paliación con PAE en un paciente con cáncer de esófago avanzado. **Descripción de caso clínico:** Paciente masculino de 80 años, hipertenso, oxígeno dependiente por antecedente de fibrosis pulmonar, es derivado a la Unidad Docente Asistencial de Cirugía Endoscópica (UDACE) por presentar disfagia grado III, secundaria a cáncer de esófago avanzado irresecable estenosante. Posterior a dilatación con bujías de Savary hasta 38 Fr, se instala PAE tipo CHOOSTENT parcialmente cubierta. Durante el procedimiento queda retenido el introductor, por lo que se procede a dilatar intraprótesis con un balón, logrando su extracción. El control, radiológico y la evolución clínica inmediata es adecuada. El paciente evoluciona 48 horas más tarde, con dolor torácico, no obstante, el esofagograma de control descarta complicación. Ante la persistencia del mismo, el enfermo es derivado nuevamente a nuestra Unidad, por lo que se efectúan estudios, comprobándose la presencia de una fistula esófago-pleural. Se indica antibioticoterapia de amplio espectro y se instala nueva PAE, traslapada con la primera. El paciente evoluciona satisfactoriamente. **Comentarios:** La paliación de la disfagia neoplásica, si bien es un método seguro y efectivo, no está exenta de complicaciones. El reconocimiento temprano de las mismas y su corrección son imprescindibles para asegurar el adecuado manejo de este tipo de pacientes.

COLGAJOLIBRE QUIMÉRICO ANTEROLATERAL DE MUSLO. UNA OPCIÓN DE RECONSTRUCCIÓN TOTAL DE TENDÓN DE AQUILES. REPORTE DE CASO

Gunther Mangelsdorff Galeb, Nicolás Pereira Covarrubias, Javier Moraga Concha*, Pedro Cuevas Troncoso, Francisco García Pontigo, Patricio Zagal Alvarado Servicio de Cirugía Plástica y Quemados. Hospital del Trabajador de Santiago.

Introducción: Los traumatismos graves del tercio distal de extremidad inferior, pueden comprometer en forma parcial o total al Tendón Aquiliano (TA). Las lesiones segmentarias del TA asociadas a déficit de cobertura son difíciles de reparar, y pueden requerir varias etapas. El colgajo quimérico anterolateral de muslo (qALT) con fascia lata constituye una alternativa útil para la reconstrucción en un tiempo de estas lesiones. **Objetivos:** El objetivo de este estudio es comunicar el caso de un paciente con necrosis completa de TA y defecto de cobertura, resuelto con reconstrucción tendinosa y de cobertura mediante colgajo libre qALT. **Des-**

cripección de caso clínico: Hombre de 56 años, sufrió aplastamiento posterior de tobillo y pie izquierdo por grúa horquilla, con fractura conminuta con avulsión de calcáneo. Se realizó reducción y osteosíntesis más reinserción de TA. El paciente evolucionó con infección de sitio operatorio y necrosis total de TA. Al momento de la evaluación por el autor se constata defecto cutáneo posterior en tobillo de 5 x 10 cm y defecto completo tendinoso de 7 cm de longitud sin remanente distal. Se realizó cobertura del defecto y reconstrucción del TA utilizando un colgajo libre quimérico ALT con dos perforantes para transferir componente cutáneo (8 x 25 cm) y fascia lata (20 x 20 cm). Se efectuaron anastomosis microquirúrgicas a vasos tibiales posteriores. El neo-tendón se confeccionó mediante doble plegamiento del segmento de fascia lata, con anclaje al calcáneo y sutura a tendón proximal remanente. Evolucionó sin complicaciones, con cobertura completa y recuperación de flexo-extensión del tobillo. **Comentarios:** El colgajo quimérico ALT con fascia lata constituye una excelente alternativa para reconstrucciones de defectos complejos del tobillo con lesión de tendón de Aquiles, permitiendo la reconstrucción simultánea tendínea y cutánea, en un solo tiempo quirúrgico.

SALVATAJE DE EXTREMIDADES INFERIORES EN CASOS COMPLEJOS. CREATIVIDAD, TÉCNICA E INNOVACIÓN

Nicolás Pereira Covarrubias, Gunther Mangelsdorff Galeb, Ricardo Roa Gutiérrez*

Departamento de Cirugía Plástica y Quemados. Hospital del Trabajador.

Introducción: El salvataje de extremidades inferiores en casos de trauma complejo consiste en la aplicación de todos los recursos técnicos para evitar la amputación. Existen casos en los cuales la creatividad y la innovación juegan un rol fundamental para conseguir un resultado satisfactorio. **Objetivos:** Demostrar cómo tanto la capacidad técnica como la creatividad utilizando nuevas tecnologías pueden llevar al salvataje exitoso de una extremidad. **Descripción de caso clínico:** Paciente sexo masculino. Sufre trauma de ambas extremidades inferiores por aplastamiento, resultando la pierna derecha con defecto extenso de cobertura sin vasos receptores locales disponibles para anastomosis de colgajo libre. Se decidió el salvataje de la extremidad inferior mediante la aplicación de todos los recursos técnicos disponibles: - Colgajo libre anterolateral de muslo contralateral extenso, retardado, de manera de llegar a vasos receptores en muslo a expensas de la longitud del colgajo. Falla de colgajo. - Loop arterio-venoso de safena contralateral para elongar vasos receptores. Trombosis de loop. - Colgajo libre anterolateral compuesto (con músculo vasto lateral) con anastomosis en vasos

tibiales posteriores de pierna contralateral (Colgajo libre cruzado). Para decidir en qué momento seccionar el pedículo del colgajo libre, se utilizó termografía seriada (cámara termográfica) antes y después de comprimir el pedículo, determinando la diferencia de temperatura de ambos momentos a diferentes tiempos (ΔT°). Se decidió el momento para seccionar el pedículo cuando el ΔT° fuera menor a $2^\circ C$, lo cual sucedió a las 6 semanas. Luego de la sección del pedículo del colgajo libre cruzado, el paciente evolucionó satisfactoriamente con una cobertura estable y logrando el salvataje de la extremidad. **Comentarios:** Constituye el primer caso exitoso reportado en nuestro medio de una reconstrucción de extremidad inferior con un colgajo libre cruzado, en el cual se utilizó la termografía como herramienta adicional para la toma de decisión de la sección del pedículo, momento crítico para lograr el éxito.

TRAQUEOSTOMÍA DE URGENCIA EN ANGIOEDEMA HEREDITARIO

*Julio Antonio Jiménez Lillo, Rafael Moya Abuhadba, Karol González Romo**
Hospital Dr. Luis Tisné B. (Santiago, Peñalolén). UCI.

Introducción: El angioedema hereditario (AEH) es una enfermedad que se caracteriza por episodios recurrentes de angioedema, con mayor frecuencia en tracto respiratorio y gastrointestinal superior. Aunque generalmente es autolimitado, la inflamación de la laringe puede causar asfixia, llegando a requerir tratamiento quirúrgico para asegurar vía aérea, como una traqueostomía o cricotirotomía. A continuación presentaremos el manejo de un paciente con diagnóstico de AEH desconocido hasta el momento. **Objetivos:** Dar a conocer nuestra experiencia por la importancia del manejo oportuno temprano. **Descripción de caso clínico:** Paciente masculino de 25 años, con antecedente de tabaquismo y uso de cannabis ocasional, antecedentes familiares de AEH por déficit del inhibidor de C1 (abuela, madre y hermanas) e historia personal de 2 episodios de crisis obstructiva; a los 15 y 20 años de edad, que requirieron ácido tranexámico (AT), sin necesidad de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), ni Ventilación Mecánica Invasiva (VMI). Sin estudios posteriores. Consulta en urgencias del Hospital Luis Tisné por cuadro de horas de aumento de volumen cervical y disnea progresiva. Refiere haber tomado AT cuando comenzó sintomatología. Ingresa taquipneico, taquicárdico y con cianosis perioral. Se indica hidrocortisona en altas dosis y adrenalina sin respuesta, por lo que se decide intubación orotraqueal por anestesiista, sin embargo, videolarinoscopia evidencia tráquea severamente inflamada y no logra visualizar cuerdas vocales por lo que se realiza traqueostomía de urgencia. Se traslada a UCI donde se conecta a VMI y se administran 5 U de Plasma Fresco

Congelado. Evolucionara satisfactoriamente requiriendo VMI por 48 horas para posterior extubación (previa nasofibroscofia). Se decide alta luego de 5 días, con estudio ambulatorio. **Comentarios:** Es necesario tener presente siempre los antecedentes familiares y más cuando se trata de alguna patología genética como el AEH, además es de suma importancia dominar las técnicas de mantención de la vía aérea adecuadas que pueden ser vitales en casos como este.

NECROSIS GÁSTRICA ASOCIADA A CUADRO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN PACIENTE JOVEN, REPORTE DE UN CASO

Cindy Urra Fuenzalida, Enrica Ramírez Pittaluga, Francisca González Serrano, Katrina Lolas Tornquist, Juan Ignacio Werlinger Vásquez, Felipe Ruiz Landeros, Milena Fercovic López, José Manuel Palacios Junemann*
Hospital San Juan de Dios (Santiago). Departamento de Cirugía. Universidad de Chile.

Introducción: La necrosis gástrica es una entidad poco frecuente, con una alta mortalidad asociada. Presentamos el caso de una paciente que ingresa por cuadro de obstrucción intestinal por hernia umbilical atascada y que evoluciona grave, requiriendo exploración quirúrgica, evidenciándose entre otros hallazgos, necrosis gástrica. **Objetivos:** Descripción de caso clínico y revisión de literatura. **Descripción de caso clínico:** Mujer de 36 años, consulta por cuadro de dolor abdominal, vómitos y ausencia de deposiciones. Al examen físico se evidencian abdomen distendido, hernia umbilical atascada, débito fecaloideo 2.000 cc por sonda nasogástrica y aire subdiafragmático en radiografía. Evolucionara con shock séptico severo, ingresando a pabellón. Se realiza laparotomía exploradora, destacando hernia umbilical atascada con asas de yeyuno vitales que se reducen y necrosis gástrica perforada en cara anterior y posterior, realizándose gastrectomía vertical y laparostomía contenida. Evolucionara grave en UCI y se reexplora quirúrgicamente y con EDA intraoperatoria a las 48 horas, destacando líquido purulento en cavidad abdominal, sin filtración gástrica, realizándose laparorrafia. Continúa grave y presenta abundante líquido seroso por laparorrafia, ingresando a pabellón, donde se observa fasciitis de pared abdominal y evisceración, con perforación de yeyuno y peritonitis difusa. Se realiza resección segmentaria, anastomosis primaria y laparostomía, con laparorrafia posterior, evolucionando favorablemente hasta la actualidad. **Comentarios:** La necrosis gástrica es una patología rara y de alta mortalidad, en cuya patogenia, la distensión gástrica aguda (DAG) es lo más frecuente. Dentro de las causas de DAG, se encuentran la ingesta copiosa de alimentos como en casos de crisis de bulimia, la intubación esofágica y casos de obstrucción intestinal como el de nuestra paciente. La DAG

causa compromiso de la vascularización con potencial necrosis y perforación gástrica, por lo que el tratamiento consiste en la gastrectomía total o parcial, con un alto riesgo de morbimortalidad debido al contexto de shock séptico en que habitualmente se presentan estos pacientes.

INVAGINACIÓN INTESTINAL IDIOPÁTICA EN EL ADULTO: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Felipe Castillo Henríquez, Valentina Valenzuela Rebolledo, Margarita Araus Vejar, Nicolás Andrés Vicente Luchsinger*
Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel). Cirugía. Universidad de Chile.

Introducción: Intususcepción intestinal es la invaginación de un segmento intestinal dentro del segmento adyacente. Frecuente en niños, pero en adultos tiene una incidencia de 2-3/1.000.000 habitantes/año. La tríada clásica generalmente no está presente en adultos, en quienes la presentación es larvada con episodios transitorios de dolor abdominal inespecífico que pueden acompañarse de obstrucción intestinal. La etiología en niños es habitualmente idiopática, pero en adultos se asocia en un 80-90% de los casos a un proceso tumoral. **Objetivos:** Dar a conocer un caso de intususcepción intestinal en adulto en quien no se encontró una causa evidente y respondió exitosamente al tratamiento quirúrgico. **Descripción de caso clínico:** Hombre de 53 años con antecedente de ingesta de cáusticos que requirió esófago-gastrectomía total y yeyunostomía de alimentación tres años atrás. Consulta por dolor abdominal difuso de 3 días de evolución asociado a náuseas y contenido fecaloideo por yeyunostomía. Radiografía evidencia dilatación de asas con niveles hidroaéreos, iniciándose manejo con proctoclisia con buena respuesta inicial. Evolucionara con ausencia de deposiciones y posterior shock séptico con intenso dolor abdominal. TC muestra intususcepción intestinal y líquido libre. Se realiza laparotomía exploradora, encontrándose peritonitis fibrinopurulenta difusa, múltiples adherencias, invaginación de yeyuno a 30 cm de yeyunostomía con gangrena y perforación de asa distal. Se decide resección de yeyuno comprometido y anastomosis termino-terminal, aseó prolijo e instalación de drenajes. Manejo post-operatorio en UPC con antibioticoterapia y drogas vasoactivas. Evolucionara sin complicaciones y adecuada recuperación clínica. Es dado de alta al 19º post-operatorio en buenas condiciones. Biopsia no muestra lesiones que expliquen la intususcepción. **Comentarios:** La intususcepción intestinal en adultos es una entidad poco frecuente, pero grave que requiere resolución quirúrgica de urgencia. Es fundamental el diagnóstico precoz, que representa un reto para el cirujano. El tratamiento en la mayoría de los casos consiste en resección del segmento comprometido.

HEMORRAGIA DIGESTIVA MASIVA POSTERIOR A TRATAMIENTO QUIRÚRGICO NO RESECTIVO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR ADHERENCIAS

*Carmen Santander Ansaldo**

Clínica Las Lilas. Servicio de Cirugía.

Introducción: La frecuencia de hemorragia digestiva baja tras liberación de adherencias sin resección intestinal en el contexto de una obstrucción intestinal es muy baja y generalmente cede en forma espontánea. **Objetivos:** Presentar el caso clínico de un paciente que evoluciona con hemorragia digestiva baja masiva tras cirugía no resectiva por obstrucción intestinal por adherencias. **Descripción de caso clínico:** Hombre de 47 años, antecedente de resección intestinal por fibroma hace 10 años ingresa al Servicio de Urgencia con cuadro clínico compatible con obstrucción intestinal de 48 horas de evolución y TAC que informa cambio de calibre abrupto de íleon distal y engrosamiento parietal. Se realiza laparotomía exploradora donde se objetiva obstrucción de íleon distal por adherencias en la zona de resección intestinal previa sin sufrimiento de asas intestinales. Se liberan las adherencias comprobándose permeabilidad intestinal. El paciente evoluciona a las 8 horas con hemorragia digestiva baja masiva, con descompensación hemodinámica. Se realiza AngioTAC de abdomen y pelvis que evidencian dos focos de sangrado activo a nivel de íleon distal. Se reinterviene al paciente encontrando una ulceración en la mucosa en la zona de la cicatriz de la resección intestinal previa a nivel del íleon distal que presentaba adherencias. Esta ulceración mucosa presenta sangrado activo por lo que se realiza resección intestinal a este nivel. El paciente evoluciona favorablemente sin nuevos episodios de sangrado siendo dado de alta al cuarto día post-operatorio. La biopsia del segmento de íleon resecado revela una ausencia de la túnica muscular y ulceración de la mucosa en la zona de la cicatriz de la enteroenteroanastomosis antigua con enteritis aguda. **Comentarios:** La frecuencia de esta complicación es muy baja. Se requiere alto índice de sospecha clínica, búsqueda activa de sitio de sangrado y temprana decisión de reintervención para lograr el éxito clínico.

BLASTOMA PULMONAR, TUMOR MALIGNO ATÍPICO DE ORIGEN EMBRIONARIO EN ADULTOS

Fernando Velásquez Urbano, Óscar Ariscain Jiménez, Martina Albasini González, Consuelo Molina Pardo*
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica. Cirugía de Tórax.

Introducción: El blastoma pulmonar (BP) es un tumor primario maligno muy infrecuente en la adul-

tez, con prevalencia de 0,3-0,5%, a diferencia de la infancia donde es la primera causa de tumor maligno pulmonar. Se caracteriza por presencia de componente bifásico, mesenquimático y epitelial inmaduro que simulan tejido pulmonar fetal temprano. El 40% de los pacientes son asintomáticos. Los síntomas son causados por el gran tamaño tumoral, generando compresión, siendo inespecíficos como tos, hemoptisis, fiebre y dolor torácico. La edad promedio de diagnóstico es 40 años, más frecuente en hombres, el 80% tiene antecedente de tabaquismo. Es una neoplasia de mal pronóstico, rápidamente progresiva con una sobrevida a 5 años de un 15%. El tratamiento es principalmente quirúrgico, siendo radioterapia y quimioterapia utilizados en caso de irreseabilidad, con respuesta aun no concluyente. **Objetivos:** Describir el caso clínico de un hombre joven con masa pulmonar rápidamente progresiva. **Descripción de caso clínico:** Hombre de 34 años con antecedentes de tabaquismo ocasional, con cuadro de 3 meses de tos seca, disnea progresiva y dolor torácico izquierdo. Radiografía de tórax evidencia derrame pleural masivo izquierdo, estudio compatible con exudado mononuclear. TAC tórax: masa sólida de 6 cm paramediastínica en LSI, sin adenopatías. TAC Cerebro, Abdomen y pelvis sin alteraciones. Se toman biopsias por videotoroscopia resultando negativas. TAC control a los 12 días evidencia notable progresión de masa tumoral, extendiéndose a LII y pared. Se realiza toracotomía observándose gran masa tumoral sangrante de LSI con compromiso de aorta descendente. Biopsia definitiva informa neoplasia tubuloglandular, con estroma en parte primitivo en parte de células fusadas, con caracteres morfológicos de BP (Adenocarcinoma fetal). Estadío IIIA (cT4N0M0), irreseable quirúrgicamente. Se discute en comité oncológico decidiendo quimioterapia. **Comentarios:** El BP es un tumor maligno infrecuente, que debe ser sospechado en pacientes oligosintomáticos, jóvenes, especialmente hombres fumadores, que presentan grandes masas tumorales pulmonares de rápido crecimiento.

MIELOLIPOMA MEDIASTÍNICO, REPORTE DE UN CASO

Paulo César Calisto Gómez, Patricio Javier Fernández Almonacid, Maeva Elisa Del Pozo Leiva*
Hospital Clínico Regional (Valdivia). Subdepartamento de Cirugía Adulto. Universidad Austral de Chile.

Introducción: El mielolipoma es un tumor poco frecuente compuesto de tejido adiposo y elementos hematopoyéticos normales, comúnmente encontrado en la glándula suprarrenal, y con localización extra-adrenal inusual. Los casos reportados suelen presentarse de forma asintomática y encontrados inci-

dentalmente durante el examen físico o imagenológicamente, sin hallazgos característicos que lo definan. **Objetivos:** Reportar el caso de un paciente operado de un tumor mielolipoma mediastínico, en el Hospital Base de Valdivia. **Descripción de caso clínico:** Paciente de sexo masculino que tras caída a nivel, cursó con fractura de cadera y costal. Estudio radiográfico mostró masa paravertebral dorsal a derecha y TC mostró en región mediastínica posterior en contacto con los cuerpos vertebrales tejido de partes blandas de contornos nodulares con aspecto de adenopatías y fracturas costales en los arcos laterales 5 y 6. Evaluado por hematólogo por sospecha de linfoma, se decidió evaluación por cirujano para biopsia. Luego de tres meses se realizó VTC exploradora biopsia incisional, que evidenció en relación al ligamento pulmonar tumor subpleural de 3 cm aprox. de diámetro mayor, violáceo, blando y de aspecto vascularizado, friable al intentar su disección se desintegró, tomándose varias muestras que fueron informados en biopsia rápida como tejido de baja celularidad con células redondas y azules. De evolución favorable fue dado de alta al 5 post-quirúrgico. Biopsia definitiva estaba constituida por tejido adiposo maduro con acúmulos celulares de estirpe hematopoyética, compatible con mielolipoma. Paciente de evolución favorable, asintomático y con exámenes sanguíneos de control sin alteraciones luego de 2 meses de cirugía. **Comentarios:** Los hallazgos clínicos, imagenológicos e histopatológicos del caso se asemejan a lo reportado en los pocos casos reportados en la literatura. Pese al comportamiento benigno, es necesario el estudio inicial para determinar caracterización del tumor y luego la biopsia para obtener el diagnóstico certero, siendo la VTC un método seguro y eficaz.

MAL DE POTT O TUBERCULOSIS DE COLUMNA VERTEBRAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Camilo Morales Álvarez, Hernán Ureta Díaz,
José Herrera Valdés, Carlos Matus Floody,
Vicente Irrarázabal Elizalde*
Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel).
Servicio de Cirugía Equipo de Cirugía General.

Introducción: La tuberculosis continúa siendo un problema de salud pública en nuestro país, a pesar del gran avance del programa de erradicación de tuberculosis. Hace 5 años la incidencia de TBC se encuentra constante en 13 por 100.000 habitantes. Las formas extrapulmonares representan el 21,3% de los casos, siendo la ósea una de las más frecuentes. **Objetivos:** Reportar un caso de tuberculosis de columna lumbar diagnosticado en nuestro Servicio. **Descripción de caso clínico:** Paciente masculino de

48 años, antecedente de VIH en tratamiento consulta por cuadro de dolor lumbar progresivo de 5 meses de evolución, que evoluciona con dificultad de la marcha. Se realiza estudio de imágenes con TAC y RNM que informan "Gran espondilodiscitis entre T12 y L2, con fracturas secundarias en cuerpo L1, absceso subperióstico con compromiso intrarraquídeo y abscesos de ambos psoas. Se realiza cirugía de drenaje de ambos abscesos de psoas, encontrándose intraoperatorio sacos en relación a fascia de posas con contenido purulento y restos óseos. El paciente evolucionó en buenas condiciones en su post-operatorio. El resultado del cultivo de Koch dio positivo para Tuberculosis. **Comentarios:** El mal de Pott es una manifestación poco frecuente de la tuberculosis, y más aún en nuestro país donde la TBC se encuentra en vías de erradicación. Resulta imprescindible mantener un alto índice de sospecha ante casos de abscesos retroperitoneales de estas características.

LINFANGIOMA QUÍSTICO MEDIASTÍNICO EN ADULTO. A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

*Loreto Cecilia Fuschini Villarroel, Carlos Álvarez Zepeda, Francisco Moraga Vásquez**
Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel).
Cirugía, Cirugía de Tórax. Universidad de Chile,
Universidad de Santiago de Chile.

Introducción: El Linfangioma es un tumor benigno derivado de la malformación del sistema vascular linfático. Los linfangiomas mediastínicos son raros con una frecuencia que varía en la literatura de 0,7 a 4,5% de todos los tumores de mediastino. Su presentación generalmente es asintomática, sin embargo, puede cursar con síntomas como disnea, hemoptisis, dolor torácico y fiebre. Su resolución es quirúrgica. **Objetivos:** El objetivo es presentar un caso de Linfangioma de Mediastino tratado por nosotros por VTC y realizar una revisión actualizada del tema. **Descripción de caso clínico:** Mujer de 57 años con antecedentes de artritis reumatoide e hipertensión arterial. Refiere cuadro de 6 meses de tos seca persistente. En el examen físico destaca hipercifosis torácica, tórax en quilla y hernia inguinal izquierda. Se realiza tomografía computada de tórax que informa masa bilobulada paravertebral basal derecha de 4,2 x 4,4 cm de densidad líquida contornos lobulados y bien definidos la que no determina remodelación ni destrucción ósea, sugere tumor neurogénico. Se realiza una resección por videotoracoscopia, los hallazgos intraoperatorios muestran masa quística lobulada de mediastino posterior. La biopsia informa linfangioma quístico mediastínico. Evoluciona satisfactoriamente y se da de alta en buenas condiciones. En control a los 3 meses se

encuentra sin evidencias de recidiva o complicaciones.

Comentarios: Los Linfangiomas son generalmente detectados en niños y ocurren en el cuello y la cabeza (75%). En adultos son tumores raros y habitualmente intratorácicos. Los estudios imagenológicos no son capaces de definir la naturaleza de la lesión y la biopsia suele hacer el diagnóstico final. Los linfangiomas mediastínicos a pesar de ser infrecuentes, deben ser considerados en el diagnóstico diferencial de un quiste o masa de mediastino, la cirugía es el manejo de elección y su resección completa es un factor de pronóstico importante para evitar recidivas. La VTC es la técnica de elección.

OSIFICACIÓN PULMONAR DIFUSA, UNA IMAGEN QUE PREOCUPA UN PRONÓSTICO QUE TRANQUILIZA

Rodrigo Guaman Ortega, Verónica Pérez Hidalgo, Luis Pasten Carrasco, Pedro Felipe Undurraga Machicao, Pablo Pérez Castro, Álvaro Undurraga Pereira*
Hospital San Juan de Dios (Santiago). Cirugía de Tórax HSJD.

Introducción: La Osificación Pulmonar Difusa (OPD) es una entidad infrecuente, generalmente hallazgo incidental de biopsias o autopsias en pacientes asintomáticos. Asociada a patología crónica, pulmonar o cardíaca. Existen dos tipos: nodular y dendrítica. La forma nodular se relaciona a falla cardíaca congestiva, estenosis mitral y estenosis subaórtica hipertrófica. La dendriforme es menos frecuente, idiopática o secundaria a enfermedad pulmonar. Es un proceso crónico caracterizado por la presencia de hueso heterotópico en el intersticio y pared alveolar que se ramifica hacia las vías aéreas distales, generalmente en contexto de inflamación crónica con fibrosis intersticial asociada. **Objetivos:** Presentar un caso de OPD dendriforme en un paciente con antecedentes de exposición a químicos industriales y sintomatología respiratoria durante los últimos 12 meses. **Descripción de caso clínico:** Varón de 74 años, proveniente de Temuco, antecedentes de fumador mínimo en la juventud, hipertensión, gran roncador, apnea del sueño, RGE y malformación AV de arterias vertebral y carótida izquierda tratado quirúrgicamente, operado por cáncer de próstata sin otro tratamiento complementario. Consultó por tos progresiva en últimos meses. Destaca antecedente de vendedor de productos químicos, principalmente butoxietanol para industrias entre los 34 y 54 años. Manipulaba presentaciones en spray del producto para realizar demostraciones, sin uso de mascarilla, con evidente exposición e inhalación del mismo. Sin embargo, nunca presentó síntomas.

Se realizó Rx de tórax impresionando Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa (EPD). TC Tórax muestra EPD de patrón inespecífico, se decide biopsia quirúrgica demostrando OPD dendriforme en una Neumonía Intersticial Usual (UIP). **Comentarios:** OPD es una patología infrecuente asociada a enfermedades crónicas pulmonares como la Fibrosis Pulmonar Idiopática o cardíacas que generalmente cursa asintomática y requiere un alto grado de sospecha así como del conocimiento de las imágenes características en el TC tórax. Sus diagnósticos diferenciales incluyen EPID, granulomatosis con poliangeitis, sarcoidosis, tuberculosis, histoplasmosis, infarto, hemorragia, neoplasia, amiloidosis y pneumoconiosis.

ÍLEO BILIAR DEL SIGMOIDES SECUNDARIO A FÍSTULA COLECISTOCOLÓNICA

Catalina Valenzuela Vega, Camila Escauriaza Ruiz, Andrés Aguilera Benedetti, Nicolás Cuesta Vera*
Hospital Las Higueras (Talcahuano). Servicio de Cirugía. Universidad de Concepción.

Introducción: Las fistulas biliodigestivas (FBD) son una inusual complicación de la coledocistitis. El 75% son colecistoduodenales. La fistula colecistocolónica (FCC) corresponde al 8-27% de las FBDs, y habitualmente no presenta síntomas específicos, siendo un hallazgo en 0,06-0,14% de las colecistectomías. A veces produce diarrea crónica, rara vez colangitis, abscesos e íleo biliar (IB). El IB corresponde al 1-4% de las obstrucciones intestinales, y el cálculo migrado suele impactarse en el íleon distal. Es muy, muy raro que un cálculo obstruya el colon, salvo estenosis colónica preexistente. **Objetivos:** Presentar un inusual caso de íleo biliar del sigmoides por fistula colecistocolónica. **Descripción de caso clínico:** Mujer, 81 años, hipertensa. Consultó en urgencias por dolor en hipocondrio derecho, distensión, ausencia de deposiciones y vómitos. Presentaba leucocitosis, PCR elevada y anemia severa, siendo hospitalizada. Tomografía contrastada abdominal demostró coledocistitis, FCC y obstrucción por cálculo impactado en un segmento engrosado del sigmoides, posible tumor subyacente. Niega sintomatología biliar preexistente. Manejo inicial conservador con sonda nasogástrica, transfusión sanguínea, hidratación y antibióticos, con escasa respuesta. Fue operada dos días después, observando hemoperitoneo moderado, gran hematoma vecino a la FCC, dos cálculos grandes dentro de la vesícula y cálculo de 3 cm impactado en el sigmoides distal, sin estenosis. Se realizó operación de Hartmann, sin tratar la FCC. Evolución post-operatoria inicial favorable.

Al 7° día, hemorragia digestiva baja por migración de otro cálculo. Posteriormente, presentó diversas complicaciones no quirúrgicas (insuficiencia renal, isquemia crítica de extremidad, neumonía), falleciendo tres semanas más tarde. La biopsia descartó estenosis y neoplasia sigmoidea. **Comentarios:** Sólo 4% de los íleos biliares comprometen al colon. La cirugía busca resolver la obstrucción, el tratamiento de la fistula colecistocolónica puede diferirse. La sospecha de una neoplasia subyacente no debe retrasar la cirugía, ya que el íleo biliar posee alta morbimortalidad y retrasar el tratamiento puede empeorar el pronóstico.

TUMOR EN PARED ABDOMINAL POR RECIDIVA DE CÁNCER GÁSTRICO: REPORTE DE UN CASO

Macarena Basso Moraga*, Glyn Llewelyn Rubilar, Danka Osorio Carrasco

Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar). Servicio de Cirugía.

Introducción: Cáncer gástrico es la primera causa de muerte por cáncer en Chile. La tasa de mortalidad se ha mantenido en las últimas décadas en nuestro país. **Objetivos:** Presentación de caso de recidiva de cáncer gástrico en pared abdominal. **Descripción de caso clínico:** Hombre, 74 años, con historia de gastrectomía subtotal en septiembre de 2013 por cáncer gástrico antral, Bormann IV, adenocarcinoma tubular indiferenciado, con estudio de diseminación negativo. Fue una gastrectomía subtotal D2R0 con asa desfuncionalizada. La biopsia de la pieza informó adenocarcinoma moderadamente diferenciado; 9 ganglios positivos de 10 revisados; T4aN3M0, estadio IIIC. No se realizó adyuvancia por antecedente de enfermedad renal crónica etapa III. Asiste a controles periódicamente, asintomático. En mayo de 2016 destaca en examen físico masa palpable supraumbilical en relación a cicatriz incisional de laparotomía. Se complementó estudio con ecografía de partes blandas que es informada como “masa con tejidos de partes blandas de 6 x 8 cm ¿recidiva de cáncer gástrico?”. Biopsia percutánea confirma recidiva de adenocarcinoma gástrico. PET-CT informa imagen hipercaptante compatible con recidiva exclusiva a nivel de pared abdominal, que parece comprometer segmento de colon transversal. En julio de 2016 en la cirugía se objetiva infiltración tumoral en segmento de colon transversal y se realiza resección de tumor, colectora parcial, transversal anastomosis y plastia de la pared con malla. Evolucionan favorablemente. Biopsia de la pieza confirma adenocarcinoma moderadamente diferenciado, recidiva de cáncer gástrico. Paciente

se encuentra actualmente asintomático y en controles. Fue presentado en comité oncológico e iniciará quimioterapia paliativa. **Comentarios:** El cáncer gástrico, por su alta incidencia y mortalidad (sobre todo en Chile), ha sido por décadas foco de atención de distintas especialidades médicas y de ciencias básicas con el fin de progresar en los métodos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento. El caso descrito es una forma de presentación poco habitual de recidiva del cáncer gástrico.

MANEJO LAPAROSCÓPICO DEL QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO: EXPERIENCIA INICIAL EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Francisco Bencina Matus, Milena Fercovic López, Juan Ignacio Werlinger Vásquez, Sergio Vera Navarrete*, Marcelo Sierra Soto, Omar Orellana Espinoza
Hospital San Juan de Dios (Santiago). Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Introducción: La hidatidosis es una zoonosis de distribución mundial y endémica en nuestro país. Las localizaciones más frecuentes son hígado y pulmón. Existen numerosos reportes publicados internacionalmente respecto al manejo laparoscópico de la hidatidosis, el que sigue teniendo público escéptico en la comunidad quirúrgica por temor al shock anafiláctico por derrame del contenido quístico. Se presenta la experiencia inicial en el Hospital San Juan de Dios. **Objetivos:** Presentar la experiencia inicial (2 casos) del manejo laparoscópico de la hidatidosis hepática en nuestro Centro. **Descripción de caso clínico:** *Caso 1:* Sexo femenino, 25 años, sin antecedentes. Ingresar por cuadro de 6 meses de dolor abdominal e ictericia. Laboratorio: BT: 2.16, BD: 1.9, Serología Equinococcus positiva. TAC: Lesión quística con vesículas en su interior de 6,5 cm que reemplaza segmentos hepáticos II y III, comprimiendo la vía biliar. VLP: colecistectomía CIO (amputación del conducto hepático izquierdo intrahepático con fuga a estructura quística). Bisegmentectomía (II y III) hepática, extracción en bolsa por puerto umbilical (previa aspiración en bolsa) sin incidentes. Evolución satisfactoria y alta al cuarto día post-operatorio. *Caso 2:* Sexo femenino, 23 años, sin antecedentes. Ingresar al Servicio de Urgencia por dolor abdominal e ictericia. Laboratorio: BT: 3,9, BD: 2,9, PCR 89. Ecotomografía: quiste hidatídico en segmentos hepáticos II y III de 4,5 cm, comprime la vía biliar, la que está dilatada intra y extra hepática sin factor obstructivo evidente. TAC: hallazgos concordantes. Colecistectomía CIO (sin hallazgos) Bisegmentectomía (II y III) hepática laparoscópica, extracción por mini-Pfannenstiel en bolsa,

sin incidentes. Evolución satisfactoria, alta al tercer día post-operatorio. **Comentarios:** El manejo laparoscópico del quiste hidatídico hepático tiene las mismas ventajas que ofrece la cirugía laparoscópica en general. Sin embargo, los resultados son comparables en complicaciones respecto al abordaje por laparotomía en pacientes seleccionados. La elección de la técnica quirúrgica es aún controversial.

FIBROHISTIOSITOMA MALIGNO: PRESENTACIÓN DE CASO

Blas Aguilera Ibarra, Solange Marcela Farias Molina, Francisco Federico Zúñiga Reyes, Rafael Lisandro Castillo Machado*
Hospital San Juan de Dios (Curicó). Unidad de Cirugía. Universidad de Talca.

Introducción: El fibrohistiocitoma maligno corresponde a un sarcoma de partes blandas que constituye alrededor del 1% de todas las neoplasias del ser humano, siendo más frecuente en el género masculino, entre la cuarta y sexta década de vida, localizándose en la mitad de los casos en las extremidades. **Objetivos:** Conocer, mediante la búsqueda de artículos científicos utilizando los términos “fibrohistiocitoma maligno” y “sarcoma pleomórfico” en las bases de datos PubMed, Scielo y Cochrane Library, acerca de la epidemiología actual, evolución natural y opciones terapéuticas disponibles. **Descripción de caso clínico:** Paciente masculino, 62 años, con antecedentes de Hipertensión Arterial, con cuadro de aumento de volumen a nivel de pantorrilla derecha de 2 meses de evolución, sin otros síntomas asociados, con ecografía compatible con hematoma encapsulado. Se realiza drenaje quirúrgico que evidencia tumoración de aspecto maligno. Se ejecuta resección completa de lesión con bordes macroscópicos negativos, cuya biopsia informa fibrohistiocitoma maligno. Estudio de diseminación con TAC de tórax, abdomen y pelvis negativo, derivándose a radioterapia, con controles ambulatorios en el Servicio. Evolucionó con recidiva tumoral local en dos oportunidades, por lo que se realiza amputación supracondílea de la extremidad inferior derecha, presentando evolución favorable, con estabilidad de parámetros hemodinámicos. **Comentarios:** Clínicamente se presenta como un tumor asintomático de lento crecimiento. La metástasis más frecuente ocurre a nivel pulmonar detectándose entre 7-20 meses tras el diagnóstico de la neoplasia. El diagnóstico definitivo recae en los estudios histológicos, mientras que la inmunohistoquímica ayuda a establecer el diagnóstico diferencial con otras entidades con patrón morfológico similar. El tratamiento de elección

es la cirugía con márgenes de resección amplios de al menos dos centímetros, siendo la radioterapia y la quimioterapia, tratamientos complementarios a la cirugía. Su pronóstico, si se localizan en partes blandas, alcanza una supervivencia a 2 y 5 años de 92% y 86% respectivamente.

SÍNDROME DE PAGET-SCHROETTER A PROPÓSITO DE UN CASO

Salim Rave Cáceres, Cigny Albornoz Carrillo, Mauricio Ignacio Contreras Bastías, Juan Carlos Bravo Salazar*

Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Servicio de Cirugía, Servicio de Urgencias. Universidad de Concepción.

Introducción: La TVP de miembro superior constituye un cuadro infrecuente y el Síndrome del Opérculo Torácico su principal etiología primaria. Este corresponde al conjunto de síntomas y signos secundarios estenosis y compresión de estructuras del plexo braquial y del sistema arterio-venoso subclavio debido a la existencia de anomalías osteo-musculares. A su vez el Síndrome de Paget-Schroetter es definido como la trombosis primaria de la vena subclavia-axilar de esfuerzo que se presenta generalmente en el miembro dominante de personas que realizan esfuerzo físico no habitual. **Objetivos:** Presentar el caso clínico de TVP de miembro superior de esfuerzo. **Descripción de caso clínico:** Hombre de 22 años, sin antecedentes mórbidos, con cuadro de aumento de volumen y cambio de coloración de la extremidad superior derecha iniciado 48 horas después de realizar actividad laboral con carga de peso importante. Al momento de la evaluación clínica se evidencia aumento de volumen de partes blandas desde la zona deltoidea hacia distal asociado a eritema y congestión venosa. Se inicia estudio con ecografía de cuello y miembro superior que revela trombosis venosa subclavia a nivel de la salida de la rama vertebral. Realizado el diagnóstico se inicia anticoagulación y se solicita AngioTAC para determinar extensión y eventualmente etiología del cuadro. Evolucionó favorablemente y luego de 7 días de hospitalización, superado el cuadro agudo, habiendo descartado alteraciones óseas y trombofílicas; y realizado el traslape a anticoagulación oral es dado de alta en buenas condiciones generales. **Comentarios:** Consideramos la trombosis venosa profunda del miembro superior como una entidad poco frecuente, que debe ser considerada en pacientes con edema del miembro superior y cuya clave diagnóstica pasa por conocer los factores de riesgo y las distintas etiologías; siendo el Síndrome de Paget-Schroetter una causa probable

en pacientes jóvenes sin factores de riesgo agregados además de considerar la ecografía como el examen de elección para su estudio inicial.

ROTURA ESPLÉNICA TRAS COLONOSCOPIA. UNA COMPLICACIÓN INUSUAL

*Martín Alonso Alanis Álvarez**, *José Antonio Giordano Basualdo*, *Francisco Arraiza Mora*, *Romina Novoa Rebolledo*, *Paulina Urrutia Soto*
Universidad de La Frontera. Departamento de Cirugía y Traumatología.

Introducción: La colonoscopia es el estándar de oro en el diagnóstico de patología colorrectal. Dentro de las complicaciones reportadas en la literatura destaca perforación de intestino (0,34-2,14%) y sangrado (1,8-2,5%). Rotura esplénica tiene incidencia 0,00005 a 0,017%. El manejo en el paciente hemodinámicamente inestable es siempre quirúrgico. **Objetivos:** Describir la presentación clínica de una paciente que desarrolló una complicación de baja frecuencia posterior al procedimiento de colonoscopia. Su tratamiento, y la evolución posterior a este. **Descripción de caso clínico:** Paciente de género femenino, de 76 años, con antecedentes de colopatía funcional y gastritis. El día previo al ingreso se realiza endoscopia digestiva alta y colonoscopia. Encontrada en la mañana por familiares en el suelo al lado de su cama en regulares condiciones, en sopor superficial por lo que describen, sólo se objetivó diarrea no melénica en el domicilio. Ingresó al Servicio de Urgencia adulto directo al reanimador, en malas condiciones generales, pálida, PAS 100 mmHg, taquicárdica, frialdad distal, somnolienta, sin angina, sin disnea, saturando normal. Abdomen blando, leve distendido, sin dolor abdominal, tacto rectal negativo para melena. Pequeño hematoma ciliar derecho y erosión en codo derecho. Exámenes de laboratorio de ingreso: Hcto: 25%, Hb: 8,2, ácido láctico: 101, LDH: 216. angioTAC de abdomen: Hematoma subcapsular esplénico y periesplénico, asociado a extenso hemoperitoneo. TAC cerebro: sin alteraciones agudas. Evaluada por cirujano, se decide laparotomía exploradora que mostró hemoperitoneo (4 litros de sangre y coágulos) y lesión del pedículo esplénico que provoca gran hematoma subcapsular roto. Se realiza esplenectomía. Evoluciona en buenas condiciones, manejada en cama UTI, sin complicaciones. **Comentarios:** El diagnóstico diferencial del paciente de edad avanzada con compromiso de conciencia es un desafío en el Servicio de Urgencia. Es una complicación rara, necesita alta sospecha clínica por parte del Cirujano. Buscar dirigidamente el antecedente de colonoscopia reciente es fundamental. No hay otros casos descritos en Chile.

SCHWANNOMA GÁSTRICO, REPORTE DE UN CASO

*Kyrie Antezana Ray**, *Francisco Pacheco Bastidas*, *Héctor Molina Zapata*, *Oswaldo Torres Rodríguez*, *Ricardo Funke Aguilera*
Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Equipo Digestivo Alto Servicio de Cirugía. Universidad de Concepción.

Introducción: Los schwannomas son tumores usualmente benignos que derivan de la vaina neural, proliferando de las células de Schwann en los plexos de Auerbach. Pueden aparecer en cualquier parte del organismo y son muy infrecuentes en el tracto gastrointestinal representando menos del 0,2% de tumores gástricos. El principal diagnóstico diferencial son los tumores del estroma gastrointestinal (GIST). **Objetivos:** Presentar el caso de una paciente con un tumor gástrico tipo schwannoma tratado de forma exitosa por vía laparoscópica. **Descripción de caso clínico:** Paciente de género femenino de 77 años de edad sin antecedentes mórbidos, historia de dolor abdominal intermitente progresivo con baja de peso no cuantificada. Se realiza estudio con endoscopia digestiva alta que no mostró lesiones de mucosa gástrica, y TAC abdomen y pelvis con contraste que mostró una masa de 12 cm redondeada de bordes regulares ubicada en transcavidad de epiplones. Se decide realizar laparoscopia exploradora con diagnóstico diferencial de GIST vs linfoma, encontrándose tumor gástrico en curvatura mayor el cual se reseca mediante gastrectomía vertical laparoscópica sin incidentes. La paciente evoluciona favorablemente sin complicaciones hasta la fecha. El estudio histopatológico e inmunohistoquímico resultó positivo para S-100, negativo para CD117, desmina, ASM, CD34 concluyendo tumor de Schwannoma. **Comentarios:** El Schwannoma gástrico es un tumor benigno que se presenta de predominio en mujeres de 60 a 70 años. Generalmente son pequeños y asintomáticos. Nuestro caso difiere de otros presentados por su sintomatología y tamaño mayor. Los schwannomas son tumores poco frecuentes que pueden resolverse de forma segura y exitosa por vía laparoscópica.

BYPASS AXILO-BRAQUIAL EN TRAUMA VASCULAR PERIFÉRICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

*Gabriela Ochoa Suazo**, *Cristian Zárate Bertoglio*, *Alfonso Sánchez Hernández*, *Roberto Oettinger Willmen*, *Cristhian Ignacio Guerman González*
Hospital Clínico Regional (Valdivia). Servicio de Cirugía. Equipo Vascular. Universidad Austral de Chile.

Introducción: Actualmente 3% de las lesiones en trauma tienen un componente vascular, cuyo mecanismo principal son lesiones penetrantes. Los pseudoaneu-

rismas corresponden a una lesión vascular que no se comunica con el exterior formándose un hematoma pulsátil que se caracteriza por no tener paredes propias. **Objetivos:** Presentación de un caso de reparación con injerto venoso de pseudoaneurisma axilar. **Descripción de caso clínico:** Paciente de 18 años recibe disparo por arma de fuego en brazo izquierdo. Presenta hemo-neumotórax que se maneja con pleurostomía izquierda dando salida de 200 cc de sangre, se retira al 10 día de hospitalización y es dado de alta. Posteriormente, consulta en múltiples ocasiones en Servicio de Urgencia por dolor intenso de mano izquierda asociado a parestesias y paresia m³. Se estudia con ecodoppler arterial de extremidad superior izquierda que informa colección en región axilar izquierda con flujo arterial de aproximadamente 3,6 cm compatible con pseudoaneurisma de la arteria axilar. Se complementa estudio con Angio-tomografía que confirma el diagnóstico. Reingresa, y se resuelve a los 23 días post-lesión, realizándose *bypass* axilo-braquial con control vascular, drenaje de hematoma de pseudoaneurisma y reparación arteria axilar con injerto de safena sin inconvenientes. Evolucionan en forma favorable con funcionalidad conservada de extremidad superior izquierda, siendo dado de alta al 4° día post-operatorio en buenas condiciones generales, con movilidad conservada de la mano y disminución de las parestesias. **Comentarios:** Las lesiones vasculares periféricas tienen una incidencia en aumento y en el contexto del trauma requieren un alto grado de sospecha. Las opciones terapéuticas son múltiples, pero hay que considerar el contexto del paciente y la realidad local. El abordaje quirúrgico en la región subclavio-axilo-braquial es complejo, pero con buenos resultados en manos de un equipo especializado. A pesar del aumento del tratamiento endovascular, la cirugía abierta es una alternativa válida en casos puntuales.

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA DE ORIGEN INCIERTO: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

*Alfonso Jorge Navia Torelli**, *Juan Andrés Díaz Barbosa*, *Cristian Andrés Díaz Méndez*, *Fernando Pimentel Müller*, *Nicolás Quezada Sanhueza*
Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento Cirugía Digestiva.

Introducción: La hemorragia digestiva baja es aquella que se origina distal al ligamento de Treitz. Frecuentemente corresponde a patología colorrectal, sin embargo, son un desafío diagnóstico y terapéutico aquellas provenientes del intestino delgado. En el 85% de los casos, el manejo conservador es exitoso, siendo excepcional el manejo quirúrgico, el cual se asocia a alta morbilidad. **Objetivos:** Se presenta un caso y revisión de la literatura. **Descripción de caso clínico:** Paciente de 68 años hipertenso y con enfermedad renal crónica en hemodiálisis.

Consulta por melena, con hematocrito 13,7% por lo cual se transfunde y realiza Endoscopia Digestiva Alta (EDA) sin hallazgos. A las 48 horas presenta rectorragia con compromiso hemodinámico, realizándose manejo de soporte y AngioTAC sin sangrado activo. Se estabiliza y complementa con colonoscopia que evidencia diverticulosis y hemorroides internos, nueva EDA normal y cápsula endoscópica sugerente de sangrado en íleon proximal. Se realiza posteriormente enteroscopia de doble balón, la cual no evidencia lesiones hasta íleon medio-distal. Se repite ileocolonoscopia con hallazgo de úlcera a 30 cm de íleon distal, sin sangrado activo. Persiste rectorragia y descenso de hematocrito por lo que se realiza cintigrama de glóbulos rojos marcados con Tc99, que resulta positivo para sangrado en localización compatible con yeyuno proximal. Dado discordancia etiológica de estudios y persistencia de sangrado con compromiso hemodinámico, se decide laparotomía exploradora asistida por enteroscopia explorando todo el intestino delgado, teniendo como único hallazgo la misma úlcera en íleon distal sin sangrado activo. Se decide resección local de 10 cm de íleon y anastomosis latero lateral manual. Presenta evolución sin nuevos sangrados y biopsia definitiva muestra úlcera de origen isquémico. **Comentarios:** Es fundamental conocer las posibilidades diagnósticas y terapéuticas frente a una hemorragia digestiva baja de origen incierto y persistente, siendo por lo general la cirugía un último recurso según la etiología.

SHOCK HEMORRÁGICO SECUNDARIO A GIST ILEAL SANGRANTE. REPORTE DE UN CASO

*Alexander Mittersteiner Schauer**, *Cristian Zárate Bertoglio*, *Natalia Reyes Leiva*
Hospital Clínico Regional (Valdivia). Servicio de Cirugía.

Introducción: La hemorragia digestiva baja es aquella que se origina distal al ángulo de Treitz, con distinto grado de repercusión sistémica, requiriendo el uso escalonado de los distintos procedimientos diagnósticos y terapéuticos. La etiología depende de la edad, destacando en frecuencia la originada de divertículos, angiodisplasia, enfermedad inflamatoria intestinal y cáncer. Ante una hemorragia digestiva baja masiva se requiere estudio endoscópico alto y bajo. Si no se localiza el sitio, la cintigrafía con glóbulos rojos marcados, la arteriografía selectiva y el AngioTC son necesarios. El GIST de íleon es una infrecuente causa de sangrado masivo, su diagnóstico es difícil dada su localización. Si bien la hemorragia digestiva baja es su principal forma de presentación (70%), su forma masiva es excepcional. **Objetivos:** Reportar el caso de un paciente operado de urgencia por una hemorragia digestiva baja masiva secundaria a un GIST de íleon en Hospital Base Valdivia. **Descripción de caso clínico:** Paciente mascu-

lino, 41 años, sin antecedentes mórbidos. Consulta por cuadro dos días de evolución de hematoquezia asociado a dolor en hemiabdomen inferior. Ingresa inestable hemodinámicamente, respondiendo transitoriamente a la reanimación con volumen y transfusiones. Colonoscopia no localiza sitio de sangrado. AngioTC demuestra lesión mural de íleon, vascularizada con componente predominante exoentérico. Laparoscopia exploradora confirmando tumor ileal, se exterioriza segmento intestinal por minilaparotomía, realizando resección segmentaria y anastomosis manual. Paciente evoluciona favorablemente y sin complicaciones. Biopsia diferida informa tumor gastrointestinal estromal de 4,8 cm diámetro mayor, de bajo grado con recuento mitótico 5/50 HPF, sin compromiso márgenes. **Comentarios:** El manejo de la hemorragia digestiva baja, requiere el estudio endoscópico alto y bajo. Si no se localiza el sitio de sangrado, considerar etiologías fuera del alcance del estudio endoscópico clásico y complementar con estudios adicionales. El manejo no quirúrgico es de elección y si se requiere cirugía, ésta debe ser lo menos invasiva posible.

MEDIASTINITIS SECUNDARIA A PERFORACIÓN ESOFÁGICA MANEJADA POR VATS BILATERAL Y CERVICOTOMÍA

Felipe Ruiz Landeros, Rodrigo Guaman Ortega, Luis Pasten Carrasco, Pedro Felipe Undurraga Machicao, Cindy Urra Fuenzalida, Jaime Morán Tamayo, Emilio Decinti Weiss*

Hospital San Juan de Dios (Santiago). Servicio de Cirugía. Unidad de Cirugía Torácica. Departamento de Cirugía. Universidad de Chile.

Introducción: La Mediastinitis es una condición infecciosa de riesgo vital con alta morbimortalidad asociada. La perforación por cuerpo extraño es diagnóstico que debe ser sospechado precozmente en forma clínica y apoyado por imágenes. El tratamiento debe ser agresivo, combinándose la defecación quirúrgica, drenaje y antibioticoterapia. **Objetivos:** Exhibir un caso de Mediastinitis secundaria a perforación esofágica por cuerpo extraño manejada exitosamente por equipos de Cirugía del HSJD. **Descripción de caso clínico:** Paciente de 50 años refiere que tras consumir pescado presenta cuadro de odinofagia, disfagia y sialorrea. Consulta en el Servicio de Urgencias del HSJD, manejándose inicialmente con esofagoscopia rígida, logrando extraerse espina de pescado de faringe. Evoluciona con fiebre, dolor cervical, enfisema y parámetros inflamatorios elevados. Se inicia antibioticoterapia, realizándose TC de cuello y tórax que evidencia colecciones retrofaríngeas y mediastínicas bilaterales asociado a derrame pleural bilateral. Ingresa a pabellón realizándose VATS bilateral secuencial y cervicotomía transversa, debridando y drenando gran cantidad de

exudado purulento de mediastino y espacio retrofaríngeo. Se traslada a UCI, sin embargo, por persistencia de cuadro séptico se decide nuevo TC de cuello y tórax, evidenciándose colecciones retrofaríngeas remanentes, por lo que se decide reexploración por VATS derecha y cervicotomía. Favorable evolución sin nuevos episodios de fiebre, recuperando deglución y fonación progresivamente. **Comentarios:** Se presenta caso de mediastinitis secundaria a perforación esofágica por cuerpo extraño manejado por técnica mínimamente invasiva. El diagnóstico precoz y el manejo rápido y efectivo es crucial para lograr buenos resultados en esta patología de altísima mortalidad. Presentamos este caso de manejo torácico por cirugía mínimamente invasivo (VATS) donde se optimizó los tiempos de recuperación se disminuyendo la morbimortalidad de toracotomías bilaterales logrando óptimos resultados en el manejo del foco infeccioso mediastínico.

ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL 2.0: UN VIEJO CONOCIDO CON TRATAMIENTO CLÁSICO

Freddy Alejandro Ferreira Camacho, Germán Rodrigo Lobos González, Diego Contreras Briceño, Melissa Andrea Eede Martínez, Francisca González Moreno, Camila Sotomayor Ledezma, Sebastián Alejandro Álvarez Briones, Cristian Jara Durán, Juan Pablo Moreno Pérez, Alejandro Antonio Campos Gutiérrez*
Hospital Clínico Universidad de Chile. Equipo Cirugía Vascul.

Introducción: El AAA conforma el aneurisma arterial de mayor frecuencia, afectando cerca de un 5-9% de la población sobre 65 años. Alrededor de un 85-95% de estos aneurismas son de localización infrarrenal. Aquellos que producen síntomas, especialmente dolor a la palpación, son los que presentan mayor riesgo de ruptura, complicación más frecuentes y temidas, con un porcentaje de mortalidad global del 78%. **Objetivos:** Reportar el caso en la literatura médica. **Descripción de caso clínico:** Hombre de 63 años, con antecedentes de HTA, tabaquismo activo (IPA 12), inicia cuadro de 3 días de evolución, caracterizado por dolor en fosa renal izquierda, rápidamente progresivo, EVA10/10, es estudiado en forma particular, con angioTAC de extrasistema, que describe “disección aórtica tipo B” con disección de arteria renal izquierda, se hospitaliza por sintomatología congestiva. El angioTAC de tórax evidencia AAA, tronco celiaco con dilatación a 9 mm del ostium con flap de disección, sin extensión ni compromiso en la vascularización de sus ramas principales, ingresa a pabellón para endoaneurismorrafia con abordaje vía laparotomía media infraumbilical, apreciándose aneurisma aórtico e iliaco común bilateral. En el post-operatorio evoluciona de forma favorable, por lo que se decide alta.

Comentarios: El tratamiento clásico del AAA es la sustitución del segmento aneurismático con un injerto protésico aorto-aórtico o bifurcado, mediante cirugía abierta (CA). Sin embargo, a partir de los años 90, se dispuso de una nueva modalidad terapéutica: la cirugía endovascular (CE), los criterios de selección de una u otra cirugía, se basa en 4 aspectos: las características anatómicas del AAA, condiciones clínicas asociadas, esperanza de vida del paciente y la experiencia del equipo. Todos los pacientes deben ser considerados potenciales candidatos a cirugía abierta, dado que ante un eventual fracaso o complicación de la técnica endovascular, las únicas causales de rechazo para la realización de una intervención abierta, es la coexistencia de deterioro psico-orgánico avanzado, postración o una expectativa de vida menor a 1 año. Por ello, conceptualmente, hoy en día no existen pacientes con contraindicación para la cirugía convencional.

ABDOMEN AGUDO EN PACIENTES PERITONECTOMIZADOS: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

*Natalia Reyes Leiva**, *Francisco Hernández Guzmán*,
Alexander Mittersteiner Schauer
Hospital Regional (Coyhaique). Servicio de Cirugía.
Universidad Austral.

Introducción: Una de las condiciones clásicas y relevantes de la cirugía es el abdomen agudo. Esta condición es un síndrome caracterizado por dolor abdominal intenso, generalmente asociado a manifestaciones de compromiso peritoneal, que hace considerar la posibilidad de una acción terapéutica de emergencia. Constituye uno de los motivos más frecuentes de consulta en los Servicios de Urgencia y, aunque muchos pacientes tienen un proceso trivial, puede expresar una situación patológica grave que puede poner en peligro la vida del paciente si no se establece un diagnóstico precoz. En su evaluación, la irritación peritoneal es un signo clínico característico que orientará hacia el diagnóstico etiológico. **Objetivos:** Reportar el caso de una paciente con antecedente de peritonectomía, en contexto de cirugía citoreductora, que presentó abdomen agudo, sin dolor abdominal y sin repercusión sistémica. **Descripción de caso clínico:** Paciente de 57 años, con antecedente de tumor de ovario operado hace 3 semanas. Consultó en Servicio de Urgencia por cuadro de 5 días de ausencia de deposiciones, sin dolor abdominal ni vómitos, afebril. Al examen, paciente enflaquecida, con abdomen distendido, blando e indoloro. Se realizó estudio con radiografía de abdomen simple, que informó un gran nivel hidroaéreo con líquido libre. Tomografía de abdomen y pelvis informó líquido libre abundante, sin factor obstructivo evidente en asas intestinales. Se decidió realizar laparotomía exploradora, encontrándose 4 litros de contenido fecaloideo, vísceras encarceradas,

y perforación a nivel de colon descendente. Por lo que se realizó operación de Hartmann. Paciente evolucionó favorablemente, sin compromiso sistémico, manteniéndose afebril, sin parámetros inflamatorios elevados, con hemodinamia estable. Fue dada de alta al 10° día postoperatorio. **Comentarios:** El peritoneo es una estructura fundamental para la caracterización y localización del dolor abdominal y para la activación de la respuesta inflamatoria sistémica, que permite un acercamiento al diagnóstico etiológico de abdomen agudo.

DEBUT DE ENFERMEDAD DE CROHN EN PACIENTE OCTOGENARIO

*José Miguel Lizama Calvo**, *Natalia Moreno Baeza*,
Antonella Sanguinetti Montalva, *José Luis Llanos Bravo*
Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: La mayoría de las Enfermedades Inflamatorias Intestinales (EII) debuta entre los 15 y 40 años. Algunos estudios sugieren que existe otro peak de presentación entre los 50 y 80 años. El debut de Enfermedad de Crohn (EC) en mayores de 60 años es infrecuente, con una incidencia de 4/100.000, presentándose generalmente con baja de peso, hematoquezia, fiebre y constipación paroxística. **Objetivos:** Reporte de un raro debut, en edad y presentación, de Enfermedad de Crohn. **Descripción de caso clínico:** Paciente hombre de 82 años, hipertenso, presenta cuadro de 12 horas de dolor abdominal difuso de inicio brusco, rápidamente progresivo a intensidad máxima, con un episodio de vómito alimentario. Además, ausencia de deposiciones y distensión abdominal en los 3 días previos. Al examen destaca abdomen blando, doloroso en forma difusa, sin signos de irritación peritoneal. Laboratorio: GB 15970, PCR 18.2, sin otras alteraciones. AngioTC tórax, abdomen y pelvis evidencia ateromatosis aórtica difusa, sin signos de complicación aguda, y obstrucción intestinal con cambio de calibre importante a nivel de íleon terminal. Laparoscopia exploradora de urgencia evidencia cambio de calibre en íleon distal a 10 cm de la válvula ileocecal con paredes engrosadas, requiriendo resección de íleon distal y colon ascendente, con ileoascendoanastomosis. En pieza operatoria segmento de íleon distal con pared engrosada, mesenterio circundante aglutinado al asa intestinal, y en mucosa múltiples pólipos pediculados, con algunas áreas ulceradas y aplanamiento de pliegues. Biopsia diferida evidencia ileítis crónica segmentaria transmural, con hallazgos compatibles con EC. **Comentarios:** En este caso destaca la ausencia de síntomas típicos de EII: diarrea, baja de peso, hematoquezia, anemia, sino que debutó con un cuadro de obstrucción intestinal. El compromiso de íleon distal tampoco es lo más frecuente a esta edad. El diagnóstico tardío de esta enfermedad aumenta el riesgo de estenosis y la necesidad de cirugía, que a esta edad además tiene mayor mortalidad.

MANEJO ENDOVASCULAR DE ISQUEMIA MESENTÉRICA CRÓNICA, REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Ricardo Alejandro Olguín Leiva, Iván Paul Rozas*, Diego Andrés Montoya Moya, Juan Marín Peralta, Eitan David Schwartz Yuhaniak, María Ignacia Villablanca Riveros, Rolando Sepúlveda Dellepiane Hospital Militar de Santiago (Hosmil). Servicio de Cirugía Departamento de Enfermedades Cardiovasculares.

Introducción: La Isquemia Mesentérica Crónica corresponde a una entidad poco frecuente, caracterizada por disminución del flujo sanguíneo al territorio mesentérico. Tiene una clínica característica (tríada): dolor post-prandial, baja de peso y miedo por los alimentos. **Objetivos:** Presentación de caso clínico manejado vía endovascular y revisión de la literatura actual. **Descripción de caso clínico:** Mujer, 60 años, antecedentes de Insulinorresistencia, Dislipidemia y Esofagitis erosiva. Tabáquica de larga data (IPA 20). Historia de varios meses de dolor abdominal post-prandial, por lo que disminuye el número diario de comidas, presentando múltiples consultas en Urgencias. TAC-AP, destaca: múltiples calcificaciones parietales aorto-iliacas, estenosis severa ostial de arteria mesentérica superior (AMS) secundario a aterosclerosis aórtica. Derivada a equipo Vascular, se completa estudio con AngioTAC, destacando: severa estenosis de AMS a 5 mm de su origen, con diámetro de 1,5 mm. Signos sugerentes de circulación colateral. Se efectúa angiografía selectiva: estenosis > 80% en origen de AMS. Angioplastia con stent Palmaz-Cordis 5 x 24 mm. Control angiográfico: apertura completa de zona estenótica con buen flujo distal. Evolución favorable, alta a las 48 horas. Control 1 mes post-cirugía: asintomática, AngioTAC que muestra stent en buena posición, ampliamente permeable. Actualmente permanece asintomática 6 meses post-procedimiento. **Comentarios:** Esta entidad se presenta con mayor frecuencia en mujeres (60%) entre los 50-60 años. El AngioTAC se presenta como una herramienta segura y útil en el estudio preoperatorio, aunque la angiografía sigue representando el gold standard, siendo en la actualidad diagnóstica y terapéutica. Si bien la revascularización quirúrgica es el estándar, el manejo endovascular se ha visto incrementado por su considerable menor morbi/mortalidad, pero debido a que presenta peores resultados a largo plazo, su indicación debe ser evaluada caso a caso. Nuestra paciente, luego de explicados riesgos y beneficios, rechazó revascularización quirúrgica, siendo válida la alternativa empleada, ya que aunque presenta menor permeabilidad al largo plazo, no invalida a futuro la opción quirúrgica convencional.

GANGRENA DE DIVERTÍCULO DE MECKEL POR TORSIÓN AXIAL COMO CAUSA INFRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO

María Toro Vildósola*, Gabriela Toro Vildósola, Christian Aguilar Maldonado Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar). Servicio de Cirugía.

Introducción: El divertículo de Meckel es una anomalía congénita gastrointestinal, producida por la obliteración incompleta del conducto onfalomesentérico. Se presenta aproximadamente en un 2% de la población, siendo más común en hombres. Es el divertículo verdadero más frecuente, y sus complicaciones (inflamación, hemorragia, torsión, obstrucción intestinal), aunque son causas poco frecuentes de abdomen agudo, deben considerarse como diagnóstico diferencial. **Objetivos:** Descripción de un caso y revisión de literatura. **Descripción de caso clínico:** Paciente 25 años, sana. Consulta por dolor de inicio agudo en mesogastrio de 2 días de evolución, intenso, asociado a vómitos, sin otros síntomas. Al examen: dolor a la palpación de fosa iliaca derecha, sin signos de irritación peritoneal. Analítica: PCR 22.6 mg/dl, leucocitos 15.000/mm³. TC con contraste evidencia líquido libre, cambios inflamatorios en fosa iliaca derecha, con disminución de calibre en ileon y dilatación proximal de asas de intestino delgado. En laparoscopia exploradora, asa intestinal gangrenada, convirtiéndose a laparotomía media infra umbilical hallando dilatación de asas de intestino delgado y gangrena de Divertículo de Meckel gigante (10 cm). Presenta adherencia desde su extremo distal a pared posterior sobre la cual rota provocando extrangulación y gangrena del divertículo y 2/3 de circunferencia de ileon adyacente a la base. Se realiza resección del segmento intestinal y anastomosis tipo Barcelona. Evoluciona favorablemente, egresando al 7° día post-operatorio. **Comentarios:** Se define como divertículo de Meckel gigante cuando su longitud es mayor a 5 cm. La gangrena secundaria a torsión axial y asociada a obstrucción intestinal es una complicación rara con pocos casos descritos en la literatura. El diagnóstico preoperatorio es complejo, muchas veces indistinguible de apendicitis aguda o cuadros ginecológicos. El tratamiento de las complicaciones del divertículo de Meckel es quirúrgico, desde la diverticulectomía a la resección intestinal. El retraso en el diagnóstico aumenta la morbimortalidad, por lo que debe sospecharse en abdomen agudo atípico.

CONDROSARCOMA PARED TÓRACO-ABDOMINAL, REPORTE DE CASO

Juan Pablo Lasnibat Roldán, Tamara Daire Rojas, Diego Contreras Briceño, Nicolás Von Jentschky Rojas*, Luis Gutiérrez Contreras, Jorge Salguero Aparicio Hospital Clínico Universidad de Chile. Departamento de Cirugía.

Introducción: Condrosarcoma, segunda neoplasia ósea más frecuente de los tumores óseos primarios malignos,

de comportamiento variable, desde crecimiento lento con pocas posibilidades de metástasis a una forma agresiva sarcomatosa. Localización principal es pelvis o huesos largos, y poco frecuente pared costal. Su manejo es principalmente quirúrgico y la TC con contraste es el estudio radiológico estándar. **Objetivos:** Reporte caso clínico. **Descripción de caso clínico:** Mujer, 57 años, HTA, ERGE. Consulta por cuadro de 1 mes de aumento de volumen de consistencia pétreo sub-costal izquierdo, sin dolor, disnea ni otros síntomas asociados. Se inicia estudio con TC TAP que evidencia un tumor centrado en 10° arco costal anterior izquierdo, de 52 x 84 x 58 mm y que produce osteolisis e infiltra los músculos intercostales, transverso abdominal, oblicuo interno y el peritoneo parietal vecino, e invade la cavidad abdominal desplazando el colon izquierdo, sin evidente invasión, con aspecto sugerente de condrosarcoma. Se decide manejo quirúrgico: resección en block (márgenes quirúrgicos negativos) rafia diafragmática, pleurostomía izquierda y cierre de pared tóraco-abdominal con malla. Durante la cirugía se observa lesión gástrica sub-serosa de curvatura mayor y se realiza resección en cuña. La paciente evoluciona de forma favorable, siendo dada de alta sin complicaciones. La biopsia diferida de lesión costal informa condrosarcoma moderadamente diferenciado Grado II, con márgenes a 1 cm. Lesión gástrica compatible con GIST de muy bajo grado. El caso es presentado en comité oncológico, donde se decide radioterapia adyuvante. **Comentarios:** El condrosarcoma costal es un tumor maligno poco frecuente. Se presenta sobre los 50 años y predomina en sexo masculino. La TC es la imagen de elección y la escisión radical con márgenes amplios negativos es el tratamiento de elección siendo 96,4% la tasa de supervivencia a diez años después de la resección amplia, comparado a 65,4% para una escisión local.

LINFOMA COMO TUMOR SUBMANDIBULAR GIGANTE. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Francisco Moraga Vásquez, Ángel Ortiz Valenzuela, Jaime Bitrán Duenas, Olga Andrade Warnken*
Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago). Cirugía Oncológica. Universidad de Chile Campus Centro.

Introducción: Los tumores de las glándulas salivares son el 3% de los tumores de cabeza y cuello, dentro de ellos, los tumores de las submandibulares corresponden al 7-15% del total. La mayoría de las veces se presentan como una masa única a nivel submandibular. **Objetivos:** El objetivo es presentar un linfoma facial manejado por nosotros y realizar una revisión actualizada del tema. **Descripción de caso clínico:** Presentamos el caso de un hombre de 35 años, sin antecedentes mórbidos, que consulta por aumento de volumen en zona submandibular izquierda de 2 años de crecimiento progresivo. Al examen físico destaca masa submandibular izquierda

de 10 x 13 cm indurada, sin alteraciones en la piel. No se palpan adenopatías regionales. Sin otros hallazgos patológicos. La tomografía computada informa extenso tumor de márgenes bien definidos en el espacio submandibular izquierdo mide 8 por 8 cm que invade glándula submandibular izquierda con impregnación homogénea y nódulo quístico. Se realiza una punción de aguja fina que informa no concluyente. Nueva tomografía computada cabeza y cuello realizada 2 meses más tarde, muestra gran masa a nivel submaxilar izquierdo que protruye a la superficie aproximadamente 9,5 x 8,9 cm aparentemente dependiente de glándula submaxilar ipsilateral con componente predominante quístico. Sin adenopatías asociadas, vasculatura sin alteraciones y vía aérea conservada. Se realiza nueva PAAF: muestra no concluyente. Se realiza submandibulectomía izquierda ampliada con resección completa del tumor. La biopsia diferida concluye tumor que mide 11,5 x 8 x 5 cm y pesa 463 g, linfoma no Hodgking de células grandes B. Paciente se encuentra en control en su primer ciclo de quimioterapia con buena respuesta a la terapia. **Comentarios:** Los tumores submandibulares son una condición relativamente infrecuente dentro de los tumores de cabeza y cuello, con una variada histología, dentro de la cual debe considerarse a los tumores de estirpe linfoide.

EL PRECIO DE UNA VIDA: ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL REPARADO POR VÍA ENDOVASCULAR

Freddy Alejandro Ferreira Camacho, Viviana Carolina Saavedra Jana, Melissa Andrea Eede Matinez, Diego Contreras Briceño, Camila Sotomayor Ledezma, Sebastián Alejandro Álvarez Briones, Patricio Ignacio Álvarez Briones, Juan Pablo Moreno Pérez, Alejandro Antonio Campos Gutiérrez*
Hospital Clínico Universidad de Chile. Cirugía Vascular.

Introducción: Un aneurisma se define como una dilatación segmentaria de una arteria en todo su espesor, mayor al 50% del diámetro normal del vaso. Éstos pueden tener fugas o romperse, causando hemorragias graves e incluso la muerte. Aproximadamente 15.000 muertes son atribuidas al AAA anualmente en Estados Unidos. En Chile se desconoce la tasa de muerte por AAA roto. La mortalidad operatoria de la cirugía electiva del AAA es 0,73 a 5%, cifra dramáticamente inferior a la operación en condiciones de emergencia. **Objetivos:** Reportar el caso en la literatura médica. **Descripción de caso clínico:** Hombre de 72 años, con antecedentes de HTA y prostatectomía transvesical hace 5 años por HPB. Consulta en Servicio de Urgencias de HCUCH por dolor tipo cólico en fosa renal izquierda y flanco izquierdo, de inicio súbito, EVA 10/10, asociado a náuseas, sin fiebre, ni otros síntomas, con hemodinamia estable se estudia con TC que muestra pseudoaneurisma de aorta abdominal roto. Ingresar por Ley de Urgencia,

se realiza reparación endovascular sin incidentes. El paciente evoluciona favorablemente sin complicaciones por lo que se decide alta hospitalaria al 2° día postoperatorio. **Comentarios:** La cirugía endovascular como procedimiento quirúrgico consta de elementos para una adecuada aplicación de la endoprótesis, que definen un resultado exitoso. Entre ellos destacan: la existencia de un cuello (aorta proximal sana) largo 1,5-2,0 cm y de un diámetro 2,5 cm; arterias ilíacas comunes o externas que permitan la coaptación de las ramas protésicas y diámetro entre 7-15 mm, ausencia de tortuosidad de vasos que impidan el acceso del sistema de catéteres para el despliegue de la endoprótesis, o su fijación satisfactoria, los inconvenientes no sólo depende de los factores anatómicos, sino también de los costos globales del procedimiento. Exclusivamente el dispositivo, tiene un valor de referencia cercano a los US\$5.000, al que se debe agregar el costo de todas las guías, balones, catéteres, medio de contraste. En nuestro medio, la sumatoria de todos estos elementos supera con creces el costo de la cirugía convencional.

NEOPLASIA QUÍSTICA MUCINOSA DE PÁNCREAS DE PRESENTACIÓN CLÍNICA POCO HABITUAL

Carlos Patricio Ayala Pardo, Carla Belén Ayala Pardo, Isabel Margarita Schild Wenzel, Maeva Elisa Del Pozo Leiva, Aliro Bartolo Venturelli Leonelli*
Hospital Clínico Regional (Valdivia). Servicio de Cirugía, Servicio de Anatomía Patológica. Universidad Austral de Chile.

Introducción: Neoplasias quísticas mucinosas de páncreas (NQM) son tumores epiteliales formadores de quistes sin comunicación al sistema ductal, de baja incidencia, 10-45% de los tumores quísticos pancreáticos, únicos (99%), predominio mujeres (95%), páncreas distal (95%), con riesgo de malignidad de hasta 20%. Suelen ser asintomáticos, diagnosticándose como hallazgo imagenológico incidental u ocasionalmente manifestarse como masa abdominal palpable y síntomas secundarios a compresión. Imagenológicamente se observan lesiones quísticas bien delimitadas con loculaciones grandes y pared gruesa. Histológicamente están compuestos por epitelio columnar productor de mucina y estroma subepitelial de tipo ovárico con luteinización, hallazgos que son necesarios para confirmar el diagnóstico. **Objetivos:** Presentar el caso de una paciente operada en Hospital Base Valdivia por neoplasia quística mucinosa pancreática de presentación clínica poco habitual. **Descripción de caso clínico:** Paciente femenino, 27 años, consulta por cuadro de dolor epigástrico recurrente, intenso, limitante, asociado a baja de peso leve, con múltiples consultas a Servicio de Urgencias para manejo del dolor. Tomografía computada de abdomen demuestra lesión quística de cuerpo y cola de páncreas, realizándose exploración quirúrgica

que evidencia lesión tumoral de 9 x 9 cm, con extenso proceso inflamatorio crónico, fibroso, tabicado perilesional que compromete mesocolon transverso y ángulo de Treitz, debiendo realizarse pancreatoesplenectomía ampliada a colon y ángulo de Treitz en block, anastomosis duodeno-yeyunal y colo-colónica. En su postoperatorio evoluciona favorablemente, siendo dada de alta tras seis días de hospitalización. Biopsia diferida y estudio inmunohistoquímico concluyen tumor exocrino en cuerpo de páncreas, tipo NQM con displasia de bajo grado comprometiendo por contigüidad bazo, mesocolon y ángulo de treitz, sin infiltrarlos. **Comentarios:** Si bien nuestro caso posee la histología e inmunohistoquímica características de una NQM, su presentación clínica con dolor abdominal intenso asociado a extenso compromiso local es poco habitual. NQM debe considerarse en el diagnóstico diferencial de lesiones quísticas pancreáticas a fin de otorgar un manejo quirúrgico y seguimiento adecuado.

ENFERMEDAD DE CASTLEMAN COMO HEMOPERITONEO ESPONTÁNEO ASOCIADO A TRASFORMACIÓN ANGIOMATOSA ESCLEROSANTE DEL BAZO. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Francisco Moraga Vásquez, Carlos García Carrasco, Carlos Esperguel Galaz, Patricia Rebolledo Caro, Héctor Cid Botteselle, Cecilia Cortez López*
Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago). Cirugía Digestiva. Universidad de Chile Campus Centro.

Introducción: La enfermedad de Castleman (EC) es un desorden linfoproliferativo e infrecuente. La transformación angiomatoide esclerosante (TAE) del bazo es una lesión vascular benigna primaria del bazo muy infrecuente. **Objetivos:** Presentar una EC asociada a TAE del bazo que debutó con hemoperitoneo espontáneo, manejado por nosotros y realizar una revisión actualizada del tema. **Descripción de caso clínico:** Mujer de 16 años. Cuadro de 2 días de dolor hipogástrico asociado a metrorragia. A la exploración física: signos de anemia y esplenomegalia severa. Presenta trombocitopenia, anemia y falla renal. La tomografía computada de abdomen y pelvis (TCAP) muestra tumor pélvico de 20 cm, esplenomegalia de 19 cm y engrosamiento omental, adenopatías mesentéricas, retroperitoneales. Persiste con síntomas, la laparoscopia exploradora encuentra 2 litros de hemoperitoneo, masa retroperitoneal y sin identificar sitio de hemorragia. Evoluciona inestable, se realiza la primera laparotomía exploradora (LE), 2 litros de hemoperitoneo, masa retroperitoneal de 20 cm, adenopatías retroperitoneales y esplenomegalia. Las muestras de adenopatías y tumor, informadas: no concluyentes. La biopsia de médula ósea informa hiperplasia global. Presenta clínica abdomen agudo, la TCAP describe hematoma de pared abdominal con líquido libre intraabdominal; se realiza segunda LE con líquido libre, punto

sangrante en epiplón, se reseca, sangrado pélvico, sin identificar sitio. Se deja packing, que se retira al segundo día. Se toman nuevas muestras de adenopatías y de tumor informada como negativas para linfoma y tejido linfoide indeterminado. Presenta deterioro clínico, la tercera LE encuentra 4 litros líquido citrino. Presenta mejoría clínica, se realiza exéresis tumoral y esplenectomía. Se recibe resultado de biopsia tumor: EC tipo hialino vascular y en bazo TAE. Evoluciona favorablemente y se da de alta con control ambulatorio. **Comentarios:** La EC es infrecuente, tanto su presentación como un hemoperitoneo espontáneo, en conjunto con la TAE del bazo es muy infrecuente, no encontramos casos descritos en la literatura que asocien estas condiciones.

COMBINADOS SON MEJOR: MANEJO HÍBRIDO DEL ANEURISMA TORACOABDOMINAL

Freddy Alejandro Ferreira Camacho, Melissa Andrea Eede Martínez, Diego Contreras Briceño, Camila Sotomayor Ledezma, María De Los Ángeles Manríquez Salvatierra, Patricio Ignacio Álvarez Briones, Juan Pablo Moreno Pérez, Alejandro Antonio Campos Gutiérrez*
Hospital Clínico Universidad de Chile. Cirugía Vascular.

Introducción: El aneurisma aórtico-toraco-abdominal posee etiología claramente identificada: cerca de un 80% son de naturaleza degenerativa, 15% debido a una disección aórtica. El manejo Híbrido de este tipo de aneurismas se ha introducido como una alternativa menos invasiva a la reparación abierta convencional de aneurismas complejos, y en ausencia de una solución viable con tratamiento endovascular exclusivo cuando el aneurisma aórtico se encuentra comprometiendo arterias viscerales y renales. **Objetivos:** Reporte de caso para literatura médica. **Descripción de caso clínico:** Hombre de 65 años, antecedentes de HTA historia de 5 meses de evolución de dolor abdominal en flanco izquierdo, se estudia con AngioTC de Aorta completa que muestra dilatación de aorta torácica a distal, aorta abdominal proximal diámetro aproximado de 7 cm a nivel hiatal, con aumento de la densidad de la grasa periaórtica, sugiriendo ruptura inminente, se observa una obstrucción completa del segmento proximal al tronco celíaco, arteria mesentérica superior con recuperación del flujo por vías colaterales. Importante estenosis del origen de la arteria renal izquierda superior al 90%, se hospitaliza y se define intervención de urgencia en dos tiempos. En primera instancia se realiza el debranching abdominal con *bypass* iliaco izquierdo a arteria mesentérica inferior, renal derecha e izquierda, sin incidentes. Al sexto día post-operatorio se realiza reparación endovascular con instalación de endoprótesis de aorta-toracoabdominal (TEVAR), sin incidentes, con evolución clínica favorable, se progresa con alta y control ambulatorio. **Comentarios:** Dadas las numerosas ventajas del manejo híbrido de los AATA, este no

se encuentra exento de riesgos y complicaciones. Las principales complicaciones asociadas a esta técnica son: isquemia medular, insuficiencia renal e isquemia mesentérica, las cuales han sido reportadas alrededor del 9%, 15%, 8% respectivamente. Por esa razón, los candidatos para una reparación híbrida de AATA deben ser cuidadosamente seleccionados mediante una evaluación del riesgo clínico y planificación del manejo quirúrgico a través de imágenes.

FÍSTULA BRONCO-PLEURO-PERITONEO-DUODENAL. ¿PUEDE SER COMPLICACIÓN DE UNA ÚLCERA DUODENAL PERFORADA?

Juan Alejandro González Oyarzún, Cristian Gamboa Céspedes, Pablo Mena Sellan, José Gajardo Burgos*
Clínica Dávila. Servicio de Cirugía.

Introducción: Las comunicaciones fistulosas entre cavidad abdominal y torácica son poco comunes y tienen relación con infecciones pulmonares o intraabdominales graves. **Objetivos:** Descripción del cuadro clínico y tratamiento de paciente con neumonía necrotizante y úlcera duodenal perforada. **Descripción de caso clínico:** Paciente masculino de 47 años, con antecedentes de esquizofrenia y adicción a drogas. Historia de un mes de dolor epigástrico urente, compromiso del estado general progresivo y dificultad respiratoria. Ingres a Servicio de Urgencia de Hospital San José con compromiso de conciencia, dificultad respiratoria y sepsis. Se realiza intubación orotraqueal y sale pus por el tubo. Requiere manejo intensivo y por no disponibilidad de cama, es derivado a Clínica Dávila. Ingresa séptico y conectado a ventilación mecánica. Llama la atención fuga aérea del ventilador mecánico a través de sonda nasogástrica, lo que hacía sospechar comunicación entre vía aérea y tubo digestivo. Se realiza TC de tórax, abdomen y pelvis que informa neumonía necrotizante y absceso pulmonar de lóbulo inferior derecho, comunicación pleurodiafragmática, asociada a gran colección hidroaérea subfrénica derecha e imagen de fístula a duodeno. Esto se confirma por endoscopia, úlcera duodenal perforada y fistulizada. Se instala prótesis píloro-duodenal autoexpandible cubierta para sellar úlcera duodenal. Además, laparoscopia exploradora, aseo peritoneal, drenajes y yeyunostomía de alimentación. Luego de estabilización hemodinámica, en un segundo tiempo, se realizó lobectomía inferior derecha y cierre del defecto diafragmático. Luego de 43 días de hospitalización, evoluciona favorablemente, se controla el cuadro séptico, se retira prótesis píloro-duodenal logrando cicatrización y cierre de úlcera duodenal. **Comentarios:** No es posible saber si la úlcera duodenal perforada fue el origen de la comunicación entre el pulmón y el duodeno, o bien fue la concomitancia de ambos cuadros. Sin embargo, lo cierto es que fue un gran desafío terapéutico, que gracias al manejo multidisciplinario fue posible obtener resultados favorables.

TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES: REPORTE DE UN CASO

*Iván Alejandro Nunez Quiroz**, *Carlos Patricio Ayala Pardo*,
Rubén Miranda Torres, *Rodolfo Avendaño Hoffmann*
Hospital Clínico Regional (Valdivia). Cirugía.
Universidad Austral de Chile.

Introducción: El Tumor de Células Granulares (TCG) es una rara neoplasia descrita por Abrikossoff en 1926. Su localización más frecuente es piel, tejido celular subcutáneo y mucosa del tracto digestivo superior, siendo extremadamente raro en la región perianal, reportándose en aproximadamente un 6% del total de tumores de este tipo, habiéndose reportado en Journal of Coloproctology (2016) 48 casos entre 1945 y 2011. Los TCG en su mayoría tienen un comportamiento benigno, con tasas de recidiva de 2% y transformación maligna 1-2%, lo que hace indispensable un diagnóstico preciso mediante técnicas de inmunohistoquímica con el fin de realizar un tratamiento quirúrgico adecuado, generalmente curativo, y seguimiento clínico. **Objetivos:** Reportar caso de un TCG de la región perianal, atendido en Hospital Base Valdivia. Describir la presentación, evolución clínica e histopatología de la lesión, además de una revisión bibliográfica sobre casos similares en la región perianal. **Descripción de caso clínico:** Mujer, 65 años, con cuadro de 6 meses de evolución, caracterizado por lesión perianal nodular de 4 x 3 cm, móvil, indolora, de ubicación subcutánea, a las 10 horario. Se le realizó resección quirúrgica encontrándose un tumor sólido, blanquecino amarillento, de contornos espiculados de 1,3 cm, cuyo estudio histopatológico resultó un TCG con positividad para inmunomarcador de origen neural S100. La paciente evolucionó favorablemente, no reportándose recidivas hasta la fecha. **Comentarios:** La presentación clínica y los hallazgos histopatológicos e inmunohistoquímicos y su evolución benigna, concuerdan con lo descrito en la literatura de TCG. Si bien es una patología poco prevalente, y en nuestro caso con ubicación poco habitual, es importante considerarla dentro de los diagnósticos diferenciales de lesión nodular perianal, con el fin de otorgar tratamiento y seguimiento adecuado por su potencial transformación maligna y recidiva local.

CARCINOMA HEPATOCELULAR EN HÍGADO SANO ASOCIADO A MESOTELIOMA PAPILAR PERITONEAL. REPORTE DE UN CASO

*Camilo Bustos Ramírez**, *Marcelo Barra Muñoz*, *Ramón Díaz Jara*, *Víctor Cortes Fuentes*
Hospital San Pablo (Coquimbo). Servicio de Cirugía.
Universidad Católica del Norte.

Introducción: El carcinoma hepatocelular se asocia a cirrosis hepática hasta en un 95% de los casos. Es infrecuente sin que exista una enfermedad hepática crónica concomitante (10-15%) El mesotelioma peritoneal es

un tumor infrecuente (0,5-3% por millón de habitantes), a menudo rápidamente fatal. El mesotelioma papilar bien diferenciado es una variedad menos agresiva de curso indolente y buen pronóstico. **Objetivos:** Presentar un caso de coexistencia de hepatocarcinoma en hígado sano y mesotelioma papilar bien diferenciado en un mismo paciente. **Descripción de caso clínico:** Hombre de 39 años, Diabético insulino-requiere con antecedente de nefrolitiasis. Por cólico renal se realiza PielotAC que evidencia masa hepática dependiente de lóbulo hepático izquierdo. Resonancia muestra gran masa en lóbulo caudado de 12 x 9 x 11 cm, hipervascular con cicatriz central. Pruebas hepáticas y albúmina normales. Alfa-fetoproteína 2,39. VHB y VHC negativos. En intraoperatorio se evidencia lesión tumoral en lóbulo hepático izquierdo y múltiples lesiones pediculadas peritoneales. Se realiza hepatectomía izquierda ampliada y resección de lesiones peritoneales. Biopsia e inmunohistoquímica revelan hepatocarcinoma bien diferenciado, hígado no tumoral normal. Tejido peritoneal comprometido por mesotelioma papilar bien diferenciado. En post-operatorio mediato se inicia quimioterapia con Gemcitabina y Cisplatino. Actualmente, al décimo mes de seguimiento, no hay evidencias de recidiva tumoral hepática ni peritoneal. **Comentarios:** El hepatocarcinoma en hígado sano aparece en pacientes jóvenes (variante fibrolamelar), o en adultos (de novo, no fibrolamelar). 10% de los pacientes no presenta factor etiopatogénico, como en el caso presentado. La exéresis quirúrgica es de elección. El mesotelioma papilar bien diferenciado, es un tumor de bajo potencial maligno y muy baja frecuencia. No existe consenso en su tratamiento y se discute entre el seguimiento o la aplicación de quimioterapia adyuvante. No se encuentran casos reportados de coexistencia de estas dos entidades.

SALVATAJE MICROQUIRÚRGICO DE PRÓTESIS DE RODILLA INFECTADA CON COLGAJO ANTEROLATERAL DE MUSLO

Alejandro Ramírez Mendoza, *Rocío Jara Contreras**,
Omar Chávez Maichil
Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloisa Díaz Insunza.

Introducción: La infección de prótesis de rodilla es una complicación poco frecuente y grave, por las secuelas funcionales, económicas y emocionales que genera. Tradicionalmente el tratamiento se ha basado en la exéresis protésica, debridamiento, antibioticoterapia y, en casos más severos, la amputación de la extremidad. **Objetivos:** Presentar el caso de un paciente con infección de prótesis de rodilla, manejado sin retiro de la prótesis. **Descripción de caso clínico:** Paciente de 59 edad prótesis de rodilla por gonartrosis. Al mes post-operatorio evoluciona con dehiscencia de herida operatoria. A los 3 meses presenta infección de herida operatoria

con exposición de prótesis. Se realizó aseo quirúrgico agresivo sin remover la prótesis. Se identificó espacio muerto alrededor de la prótesis y se diseñó colgajo libre anterolateral de muslo músculo-cutáneo contralateral. Como vasos receptores se utilizó la rama descendente de los vasos circumflejos femorales lateral. El músculo vasto lateral del colgajo se utilizó para sellar el espacio muerto periprotésico y se dejó en contacto directo con la prótesis. El componente cutáneo del colgajo se utilizó para cerrar la herida y para monitorización clínica de este. El colgajo no tuvo complicaciones vasculares. Se logró control de la celulitis periprotésica y al envío del abstract el paciente presentó parámetros inflamatorios en descenso. **Comentarios:** El manejo microquirúrgico agresivo con colgajo ALT músculo-cutáneo, que permite sellar espacios muertos de buena forma, parece ser una opción a considerar en el tratamiento de infección de prótesis de rodilla.

PERFORACIÓN ESOFÁGICA IATROGÉNICA. REPORTE DE UN CASO

Gerardo Mordojovich Ruiz, Iván Paul Rozas, Javier Faúndez Silva, Luis Felipe Contreras Ninoles, Javier Ormazábal Berríos, Raúl Berríos Silva*
Hospital Clínico General Raúl Yazigi - Fach.

Introducción: La perforación esofágica es infrecuente pero de elevada mortalidad (10-40%). La causa más frecuente es iatrogénica (50%) en lugares de estrechez anatómica (cricofaringeo, botón aórtico, unión gastroesofágica, estenosis/tumores). **Objetivos:** Presentar el caso de una patología grave, poco frecuente, con resultado favorable dada la precocidad del diagnóstico y tratamiento instaurado. **Descripción de caso clínico:** Hombre, 82 años, antecedentes de HTA, hipotiroidismo, ACV izquierdo, endarterectomía carotídea. Por nuevo ACV, se realiza ecocardiograma transesofágico, presentando dolor retroesternal intenso post-procedimiento, derivado a SU. TAC Tórax destaca: Extenso neumomediastino secundario a perforación esofágica, filtración de contraste oral en esófago medio. Derivado SU HFACH para manejo endoscópico. Al ingreso, hemodinámicamente inestable, por lo que se reanima en box y se lleva a pabellón para cirugía: Cervical; cervicotomía transversa izquierda identificándose perforación esofágica de 1,5 cm de diámetro en pared posterior de esófago, esofagorrafia monoplano con pds 3.0, prueba neumática (-), drenaje de mediastino cervical y espacio retrofaringeo, instalación drenaje blake y SNG. Torácico; VTC apreciándose extenso hematoma en mediastino el que se drena mediante incisión amplia en pleura mediastínica e instalándose doble drenaje 28fr aspirativo. Post-operatorio favorable en UCI, antibioterapia según cultivos. Evolución posterior algo tórpida por cuadro de ACxFA que se trata con éxito. Paciente es dado de alta exitosamente 1 mes post-cirugía. **Comentarios:** Si bien el riesgo de perforación

esofágica durante una ecocardiografía transtorácica es bajo (0,02%), se debe tener en cuenta ante la aparición de dolor localizado cervical, torácico o abdominal, siendo éste el síntoma cardinal (70%). Otros síntomas pueden ser, disfagia, náusea/vómitos, hematemesis, fiebre y enfisema subcutáneo. En el diagnóstico precoz la TAC aparece como herramienta segura y altamente sensible. El tratamiento es quirúrgico en la gran mayoría de los casos (75%) reservándose el abordaje no-quirúrgico para pacientes estables y con pocas horas de evolución.

HERNIA OBTURATRIZ COMPLICADA. REPORTE DE UN CASO

Paulo César Calisto Gómez, Pablo Mariángel Pradenas*
Hospital Clínico Regional (Valdivia). Subdepartamento de Cirugía. Universidad Austral de Chile.

Introducción: La hernia obturatriz corresponde al 0,05-1,4% de todas las hernias y causan el 0,2-1,6% de las obstrucciones intestinales. Se producen en mujeres ancianas y delgadas, debido a una disminución del tejido graso y linfático preperitoneal que ocupa el canal obturador. Su diagnóstico es difícil y en la mayoría de las ocasiones se descubren por un episodio de obstrucción intestinal. La tomografía computarizada abdominopélvica es la técnica diagnóstica de elección en el manejo preoperatorio de la hernia obturatriz, para reducir la tasa de estrangulación y morbi-mortalidad. **Objetivos:** Reportar el caso de un paciente operado de una hernia obturatriz complicada, en el Hospital Base Valdivia. **Descripción de caso clínico:** Paciente de sexo femenino de 80 años de edad, evaluada por dolor abdominal, ausencia de deposiciones y vómitos de retención. Ingresó afebril, normocárdica e hipertensa. Al examen físico abdomen distendido, RHA aumentados, sin masa palpable. En exámenes destacaban leucocitos: 19.740 y PCR: 7,98. TC abdomen-pelvis evidenció dilatación de intestino delgado con brusco cambio de calibre en íleon, asa de yeyuno dilatada a través del agujero obturatriz izquierdo y escasa ascitis, realizándose laparotomía exploradora infraumbilical, hallándose líquido libre citrino, asas de intestino delgado dilatadas y a través de agujero obturatriz izquierdo asas de yeyuno, que tras liberarlas se apreció perforación y 10 cm isquémicos, efectuándose resección de segmento comprometido, anastomosis término-terminal y cierre de defecto con sutura. Paciente evolucionó favorablemente, presentando deposiciones al tercer día post-operatorio y siendo dada de alta al quinto día, clínicamente asintomática con buena tolerancia a la alimentación. **Comentarios:** Los hallazgos clínicos e imagenológicos de nuestro paciente se asemejan a lo reportado en literatura. Es importante la alta sospecha clínica que requiere de una tomografía computada que permita el diagnóstico preoperatorio y una cirugía oportuna, que en nuestro caso consistió en tratar la complicación más frecuente y reparar el defecto.

TROMBOSIS DE VENA CAVA INFERIOR ASOCIADO A DOBLE SISTEMA VENA CAVA. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Francisco Moraga Vásquez, Marcelo Mége Navarrete, Pablo Carreo Ortega, Sergio Valenzuela Roediger, Daniel Wallach Widder, Rolando Pina Sepúlveda*
Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago). Cirugía Vascul. Universidad de Chile Campus Centro.

Introducción: Las anomalías de la vena cava inferior (VCI) se presentan en la población general en un 0,5 a 1%, de estas el 60 al 80% presentan trombosis. Existen tres tipos de duplicación de la VCI, la infrarrenal, la suprarenal y la renal correspondiendo esta última a 10%. **Objetivos:** El objetivo es presentar un caso de doble sistema VCI asociado a trombosis VCI tratado por trombolisis y realizar una revisión actualizada del tema. **Descripción de caso clínico:** Hombre de 21 años con antecedentes de síndrome antifosfolípidos primario con abandono de terapia hace 1 año y trombosis venosa profunda (4). Presenta cuadro de 6 días de dolor epigástrico, tipo cólico que se irradiaba a hipocondrio derecho y región lumbar, compromiso del estado general, coluria y sensación febril. Al examen físico destaca piel ictericia leve, sensibilidad a la palpación en hipocondrio derecho y edema en extremidad inferior izquierda con hiperpigmentación. Con patrón colestásico Se realiza tomografía de abdomen y pelvis informando trombo al interior de la vena cava inferior desde el segmento hepático hasta el segmento infrarrenal. Presencia de doble vena cava inferior que se origina a partir de la vena renal izquierda; impresiona como trombosis de vena cava inferior y de las venas suprahepáticas derecha y media sugerentes de síndrome de Budd-Chiari. Se maneja con trombolisis por radiología intervencional con buenos resultados. Evolucionan en buenas condiciones por lo que se decide alta con tratamiento anticoagulante. **Comentarios:** La duplicidad de la VCI renal es muy infrecuente, pese a esto, cobra importancia para el manejo clínico de los pacientes en técnicas endovasculares como la colocación de filtros de prevención de embolias por trombosis venosas, cirugías renal, aneurisma aórtico y otras.

EMBARAZO Y CÁNCER DE COLON. REPORTE DE UN CASO

Oscar Ramírez Méndez, Marco Antonio Oate Vallejos, Gonzalo Inostroza Levy*
Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz (Los Ángeles). Servicio de Cirugía, Equipo de Coloproctología. Universidad de Concepción.

Introducción: Las pacientes embarazadas consultan frecuentemente por dolor abdominal, siendo habitual-

mente de causa benigna. Es raro que la causa del cuadro sea una patología con riesgo vital, siendo aún más rara la patología neoplásica maligna. Presentamos el caso de una mujer joven con obstrucción intestinal causada por cáncer de colon sigmoidees avanzado. **Objetivos:** Dar a conocer un caso con obstrucción intestinal como debut de un cáncer de colon sigmoidees en el contexto de un embarazo. **Descripción de caso clínico:** Mujer de 38 años, sin antecedentes mórbidos, quirúrgicos ni alergias. Múltipara de 2, cursando embarazo de 19 semanas es referida a HVRR Los Ángeles por cuadro de 10 días constipación, con mala respuesta a supositorios de glicerina, asociado a dolor, distensión abdominal y vómitos por lo que consulta, con mala respuesta a manejo en urgencias se decide hospitalización para estudio y manejo. Se mantiene hospitalizada con manejo médico inicialmente, sin respuesta, se decide exploración quirúrgica tras deterioro de cuadro con aumento de dolor, durante acto quirúrgico se encuentra lesión tumoral en colon sigmoidees, con múltiples lesiones parietales, sin adecuado soporte para cierre de serosa, se decide hemicolectomía derecha ileotransverso anastomosis, posteriormente es reintervenida para resección tumoral, biopsia con adenocarcinoma avanzado, pT3 N2b. Embarazo en curso inicia quimioterapia a las 28,3 semanas con oxaliplatino-fluorouracilo, parto por cesárea a las 32,2 semanas, sin inconvenientes. **Comentarios:** En general, dolor abdominal y constipación durante el embarazo son causados por fenómenos fisiológicos propios de la gestación y se manejan de manera conservadora. Frente a falla del manejo conservador o deterioro de la condición clínica, es necesario sospechar otras causas orgánicas, y planear estudio imagenológico o cirugía de ser necesario. De diagnosticarse neoplasia maligna como causa, es necesario el enfoque multidisciplinario para manejar a estos pacientes, intentando balancear el riesgo vital materno y el pronóstico de viabilidad de la gestación.

HEMORRAGIA DIGESTIVA COMO MANIFESTACIÓN DE METÁSTASIS INTESTINAL DE CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS: REPORTE DE DOS CASOS

Darío Eduardo Palominos Salas, Nicolás Fernando Besser Pimentel, José Felipe Fuenzalida Schwerter, Víctor Ignacio González Muñoz, Domingo Valentín Videla Troncoso*
Universidad de los Andes. Cirugía General. Hospital Militar (Hosmil).

Introducción: El cáncer de células renales es el tercer cáncer urológico más frecuente. Un 17,0% se presenta con metástasis a distancia al momento del diagnóstico, de éstas sólo un 0,14% compromete el intestino delgado, presentándose clínicamente como hemorragia digestiva, intususcepción o perforación intestinal. **Ob-**

jetivos: Reportar 2 casos clínicos con metástasis intestinales, de Carcinoma Renal de Células Claras (CaRCC) que se presentan como hemorragia digestiva. **Descripción de caso clínico:** *Caso 1:* Mujer de 76 años, con antecedente de trasplante renal por insuficiencia renal crónica. Se realiza nefrectomía unilateral laparoscópica por CaRCC en riñón nativo, con estudio de diseminación negativo. Cuatro años después, se hospitaliza por cuadro de hematoquecia (hematocrito de ingreso: 20%). El TAC evidencia lesión única de 4,3 cm en íleon. Se realiza resección intestinal, incluyendo el tumor, con anastomosis primaria. El informe de la biopsia confirma metástasis de CaRCC en intestino delgado, con bordes quirúrgicos negativos. *Caso 2:* Hombre de 86 años, con antecedentes de nefrectomía unilateral laparoscópica por CaRCC, con estudio de diseminación negativo. Tres años después es hospitalizado por cuadro de melena y hematoquecia (hematocrito de ingreso: 15%). La enterocolitis por TAC demuestra engrosamiento parietal en yeyuno. Se realiza resección intestinal del segmento comprometido y anastomosis primaria. El estudio de biopsia diferida confirma metástasis de CaRCC en intestino delgado, con bordes quirúrgicos negativos. **Comentarios:** Las metástasis de CaRCC son infrecuentes, excepcionalmente se han reportado casos de metástasis a nivel intestinal. Reportamos 2 casos de pacientes con antecedente de nefrectomía por CaRCC que en su seguimiento presentaron hemorragia digestiva secundaria a recidiva de CaRCC en intestino delgado, ambos tratados en forma exitosa con resección y anastomosis intestinal primaria. Debemos considerar la metástasis de CaRCC como diagnóstico diferencial de hemorragia digestiva, especialmente en pacientes con antecedente de CaRCC.

GANGLIONEUROMA RECTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Francisco Moraga Vásquez, Alejandro Bozzo Martínez, Jasna Radich Radich, Iván Ruiz Figueroa, Alonso Bolbarán Castillo, Ximena Ignacia Vargas Agurto*
Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel).
Cirugía. Universidad de Chile Universidad de Santiago de Chile.

Introducción: El cáncer colorrectal es una patología frecuente, de los tipos histológicos el adenocarcinoma representa el 95% de los casos. Los tumores neuroendocrinos colorrectales son raros representan entre el 0,1-3,9% y presentan agresividad en su comportamiento clínico. **Objetivos:** El objetivo es presentar un caso de tumor neuroendocrino rectal tratado por nosotros por resección anterior y realizar una revisión actualizada del tema. **Descripción de caso clínico:** Hombre de 50 años, con antecedente de anemia severa. Refiere hace 1 año cuadro de rectorragia intermitente asociado a astenia, adinamia y pérdida de peso significativa.

Sin hallazgos patológicos al examen físico. Se realiza colonoscopia, evidencia múltiples pólipos que se resecan y lesión de aspecto tumoral en recto medio que se biopsia, informa tumor neuroendocrino G1, bien diferenciado (carcinoide). Se realiza resonancia nuclear magnética de recto, evidencia extensa lesión neoplásica epitelial infiltrante transmural en tercio medio de recto con compromiso de la grasa mesorrectal sin adenopatías ni otros signos de invasión. Se estudia con tomografía por emisión de positrones/tomografía computada: sin evidencia de foco con sobreexpresión anormal de receptores de somatostatina sugiere tumor neuroendocrino bien diferenciado. Se realiza resección anterior descendiendo recto antastomosis término-terminal grapada e ileostomía en asa, tumor de 4 cm de diámetro a 6 cm del margen anal. La biopsia diferida informa ganglioneuroma intestinal que compromete todas las capas del colon ganglios linfáticos de arquitectura conservada (T3N0M0). A un año desde la resección sin evidencia de recidiva ni complicaciones. **Comentarios:** Los carcinomas neuroendocrinos del recto son infrecuentes, si bien la clínica no difiere mucho de los adenocarcinomas, al diagnóstico generalmente tiene enfermedad a distancia, relacionándose con un mal pronóstico, no fue el caso presentado y con el manejo quirúrgico ha tenido un buen control.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR TUMOR NEUROENDOCRINO GÁSTRICO. REPORTE DE UN CASO

Felipe Castillo Henríquez, Alejandro Bozzo Martínez, Jorge Isla Villanueva, Silvana Cabrera Cabello*
Universidad de Santiago de Chile. HBLT Servicio de Cirugía.

Introducción: La hemorragia digestiva alta es una consulta frecuente en los Servicios de Urgencia. Dentro de sus etiologías podemos clasificarlas en variceales y no variceales. Dentro de las causas no variceales destacan la enfermedad por úlcera péptica entre otras siendo los tumores gástricos los menos frecuentes y el NEM una causa anecdótica. **Objetivos:** Comunicar el caso de una hemorragia digestiva alta secundaria a un tumor neuroendocrino gástrico diagnosticado y resuelto en el Servicio de Urgencia del Hospital Barros Luco Trudeau (HBLT). **Descripción de caso clínico:** Información demográfica: Hombre 72 años, IAM, TBQ IPA 12 suspendido. Carcinoma neuroendocrino de células grandes CK AE1/AE3, de reciente diagnóstico. Motivo de consulta: Dolor epigástrico de inicio súbito asociado a hematemesis. Proceso diagnóstico: Anemia Moderada Hb 8,8 (27,6%). EDA: Lago mucoso con abundantes coágulos gastroesofágicos adosados al instrumento (Hill grado I). Fondo sin lesiones. En cuerpo desde proximal hasta cisura angular por toda la curvatura menor se evidencia extensa lesión elevada,

mamelonada, ulcerada, friable con sangrado escaso en napa. Ángulo y antro con mucosa de aspecto normal. Píloro central permeable. Lesión de aspecto infiltrativo corporal Borrmann III Intervención terapéutica: Gastrectomía total más esplenectomía, esofagoyeyuno anastomosis en Y de roux. Hallazgos "Tumor difuso a expensas de la pared gástrica que se encuentra adherido a páncreas, pedículo esplénico y tronco celiaco. En cara posterior se evidencia gangrena de pared gástrica perforada en contacto con mesocolon transverso. Cúpulas diafragmáticas, hígado, peritoneo parietal y fondo de saco libres de compromiso tumoral". Ingresó a UTI sin DVA, sin requerimientos de oxígeno, evolución favorable, traslado a sala. **Comentarios:** La hemorragia digestiva alta constituye un desafío terapéutico dada la amplia variedad de lesiones y severidad que involucra. Es inusual dentro las etiologías de HDA los tumores neuroendocrinos por lo que exponemos un manejo excepcional a esta patología.

SCHWANNOMA DE PARED GÁSTRICA. CASO CLÍNICO

Luis Alberto Pozo Ávila, Magdalena Reisenegger Barros, Milena Fercovic López, Omar Orellana Espinoza, Francisco Pérez Mujica*
Hospital San Juan de Dios (Santiago). Cirugía Digestivo Alto.

Introducción: Los schwannomas son tumores que derivan de las células de Schwann, siendo los más frecuentes entre los tumores de los nervios periféricos. Los schwannomas del tracto gastrointestinal se originan en la pared muscular a partir de las vainas periféricas de los nervios de los plexos de Meissner y Auerbach, localizándose habitualmente en el estómago. Estos son poco frecuentes, presentan escasa sintomatología y son mayoritariamente benignos. En el estómago, los schwannomas sólo representan el 0,2% de todos los tumores gástricos, y su edad de presentación está entre los 40 y 70 años. Dentro de los principales diagnósticos diferenciales, se encuentra el Tumor Estromal Gastrointestinal (GIST), donde el estudio mediante inmunohistoquímica es clave para poder establecer el diagnóstico. **Objetivos:** El objetivo es presentar un caso clínico de una paciente con diagnóstico de schwannoma de pared gástrica, destacando los escasos reportes de esta patología y la importancia del estudio con inmunohistoquímica para establecer diagnóstico diferencial entre otros tumores gastrointestinales. **Descripción de caso clínico:** Mujer chilena de 67 años, con antecedentes de HTA y diabetes mellitus tipo II y diagnóstico clínico sugerente por imagenología de GIST en el Servicio de Cirugía del Hospital San Juan de Dios (Santiago de Chile). Se realizó una gastrectomía parcial de 6,5 cm x 4 cm, enviándose la muestra al Servicio de Anatomía Patológica y estable-

ciendo el diagnóstico de schwannoma por hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos. **Comentarios:** El estudio anatomopatológico arrojó tumor fusiforme de pared gástrica de 6 x 5 x 4,5 cm, no encapsulado, con localización en la subserosa y con compromiso focal de la muscular propia, alejado macroscópicamente más de 1 cm de los bordes quirúrgicos. El estudio inmunohistoquímico evidenció CD 117, CD 34 y Desmina, negativos; S-100 y Vimentina, positivos en las células neoplásicas, proponiendo como diagnóstico definitivo schwannoma de la pared gástrica.

SÍNDROME DE MUIR TORRE, A PROPÓSITO DE UN CASO

Mauricio Chang Salazar, Fabio Valdés Gutiérrez, Marcelo Veloso Olivares, Felipe Bustos Muñoz, Luis Pizarro Garay, Rodrigo Montes Forno*
Instituto Nacional del Cáncer Dr. Caupolicán Pardo
Correa (Santiago, Recoleta). Cirugía de Cabeza y Cuello.

Introducción: El síndrome de Muir Torre es una gendodermatosis de herencia autonómica dominante. Corresponde a la asociación de múltiples tumores viscerales de bajo grado, usualmente carcinomas colorectales, con tumores sebáceos de la piel. Representa la expresión fenotípica del cáncer de colon familiar no asociado a poliposis. El cuadro clínico fue descrito por primera vez por Muir en 1963 y un año después por Torre. La presencia de una neoplasia sebácea de piel asociada a síntomas abdominales debe hacer sospechar el diagnóstico. **Objetivos:** Describir el caso de una paciente de 73 años derivada a nuestro Centro por un carcinoma sebáceo en pabellón auricular cuyo estudio revela ser portadora de este síndrome, lo que permitió el tratamiento oncológico tanto de las neoplasias digestivas como cutáneas en un estadio temprano. Revisar la literatura disponible sobre esta patología, proponer un plan de trabajo frente a estos casos. **Descripción de caso clínico:** Describir el caso de una paciente de 73 años derivada a nuestro Centro por un carcinoma sebáceo en pabellón auricular y que al ingreso se pesquiza, en la anamnesis, una rectorragia ocasional. Ante la sospecha, se solicita colonoscopia que evidencia tumor rectal y colónico compatibles con adenoma tubular y túbulo-veloso con displasia de alto grado. Se realiza hemicolectomía izquierda y posteriormente la resección del tumor cutáneo más biopsia de linfonodo centinela y reconstrucción con colgajo local. Paciente evoluciona favorablemente. **Comentarios:** El Síndrome de Muir Torre corresponde a la asociación de múltiples tumores viscerales de bajo grado, usualmente carcinomas colorectales, con tumores sebáceos de la piel. Por lo anterior, siempre debe sospecharse ante presencia de una neoplasia sebácea de piel asociada a síntomas abdominales. Esto puede permitir el diagnóstico temprano de neoplasias digestivas potencialmente curables.

SÍNDROME DE FORESTIER A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Mauricio Chang Salazar*, Fabio Valdés Gutiérrez, Felipe Bustos Muñoz, Marcelo Veloso Olivares, Rodrigo Montes Forno

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

Introducción: La hiperostosis esquelética idiopática difusa es una enfermedad degenerativa de etiología desconocida que ocurre con mayor frecuencia en pacientes varones mayores de 50 años. Se asocia con la obesidad, intolerancia a la glucosa y diabetes mellitus. Esta enfermedad fue reportada por primera vez en 1950 por Forestier y Rotes-Querol, descrita como “hipersostosis anquilosante senil de la columna vertebral”. Su principal característica es la osificación del ligamento vertebral longitudinal anterior con formación de osteofitos de la columna vertebral, produciendo una apariencia típica vela de cera. Puede afectar a cualquier parte del ligamento longitudinal anterior, pero los sitios más típicos involucrados son el cuello bajo y los segmentos vertebrales torácicos medio-bajo. **Objetivos:** Describir los casos de pacientes portadores de esta patología y cuyo diagnóstico fue hecho en forma incidental en el estudio de una enfermedad neoclásica del cuello. Además, se realiza una revisión de literatura dada la aparente rareza de estos casos. **Descripción de caso clínico:** *Caso 1:* Paciente de 73 años, con cáncer escamoso intraoral operado y con traqueostomía, que presenta dificultad respiratoria en el post-operatorio tardío. Estudio, luego de varios intentos de decanulación infructuoso, revelan la presencia de una osificación del ligamento longitudinal anterior. Se decide manejo conservador con buenos resultados. *Caso 2:* Paciente con estudio por disfagia, sin lograr un diagnóstico claro. Presenta displasia de alto grado en mucosa por lo que se sospecha lesión invasora. Evaluación con imágenes, estudio endoscópico y en equipo de cabeza y cuello determina qué caso corresponde a un síndrome de Forestier y se indica, en este caso manejo quirúrgico dado tamaño de osteofito cervical. **Comentarios:** La hiperostosis esquelética idiopática difusa o síndrome de Forestier es una patología que afecta mayoritariamente a hombres mayores y varios síntomas. Aunque la literatura no registra grandes casuísticas, este hecho podría estar dado por un desconocimiento del cuadro y, por lo tanto, un subdiagnóstico.

MANEJO DE PACIENTE CON ESTENOSIS TRAQUEOBRONQUIAL EN POLICONDritis RECIDIVANTE

Paulina Jalil Casarotto*, Xavier Chang Falconi, Patricio Leigh Gutiérrez, Carola Zapata Pais
Clínica Davila. Cirugía de Tórax.

Introducción: La policondritis recidivante es una enfermedad rara del tejido conectivo mediada inmu-

nológicamente. Se producen episodios recurrentes de inflamación que implican cartílago, siendo el árbol traqueobronquial la afectación que causa mayor morbimortalidad. El uso de stent traqueales ofrece una alternativa quirúrgica eficaz para el manejo de estos pacientes. **Objetivos:** Describir el manejo de las complicaciones traqueobronquial en la policondritis recidivante. Analizar las alternativas terapéuticas en el manejo de estenosis traqueobronquial. Revisar los beneficios y complicaciones del uso de Stent traqueobronquiales. **Descripción de caso clínico:** Paciente con antecedentes de policondritis recurrente en tratamiento inmunosupresor. Consulta por cuadro de 3 semanas de evolución de tos con expectoración mucopurulenta, tope inspiratorio en hemitórax izquierda y disnea. Se trata en forma ambulatoria sin respuesta a tratamiento. Persiste en similares condiciones por lo que consulta nuevamente. TC tórax destaca engrosamiento de cartílagos traqueales, bronquios principales, lobares y segmentarios proximales. Disminución del calibre de la carina y bronquios principales, acentuada en espiración. Se decide instalar Stent traqueobronquial en Y auto expandible de nitinol. Evoluciona en regulares condiciones generales, con atelectasia en lóbulo superior izquierdo, TAC muestra condensación en segmento basal del LSD. Por sospecha de sangramiento bronquial se realiza fibrobroncoscopia que muestra escasa sangre en árbol bronquial. Persiste con deterioro clínico, broncoscopia muestra estenosis en zona distal de bronquio principal izquierdo. Se instala prótesis autoexpandible de 10 mm de diámetro levemente a continuación de prótesis bronquial previa. Evoluciona favorablemente con mejoría importante de su función pulmonar. **Comentarios:** La afectación traqueobronquial en pacientes con policondritis recidivante es una de las principales causas de mortalidad. El uso de stent mejora la disnea, función pulmonar y calidad de vida. Sin embargo, se debe tener en cuenta las complicaciones como mucoestasis, migración, etc. Lo más importante para un buen resultado en el manejo de esta patología es un enfoque multidisciplinario.

HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO GIGANTE: UNA COMPLICACIÓN RARA DE UNA CIRUGÍA TAN COMÚN

Erick Magariños Eguez, Juan Alejandro González Oyarzún*, Sebastián Olivares Medina, Pablo Fabre Fabre, Lorenzo Nicolás González Palacios, Claudia Lemus Rivera, Guillermo Ortega Corcoba
Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia). Servicio de Cirugía.

Introducción: La Colectectomía Laparoscópica es una cirugía con tasas de complicación que rondan el 2 a 6%, siendo el sangrado menos del 1% de los casos. Las complicaciones de esta cirugía se evidencian

durante el perioperatorio o post-operatorio inmediato, siendo una de ellas el hematoma subcapsular hepático. **Objetivos:** Conocer una complicación rara de una cirugía tan prevalente, cuándo sospecharla, y conocer las causas y su manejo. **Descripción de caso clínico:** Paciente sexo femenino de 43 años, sin antecedentes mórbidos, se realizó una Colectomía Laparoscópica electiva por litiasis vesicular. Tras cirugía habitual sin incidentes, evolucionó con post-operatorio tórpido, con taquicardia persistente, disminución del hematocrito, sin compromiso hemodinámico. Ecografía abdominal evidenció un hematoma subcapsular hepático, que la Tomografía Axial computada (TAC) describió de 17,7 x 11,6 x 7,6 cm. Control seriado con TAC no mostró cambios significativos en su volumen durante hospitalización. Paciente fue monitorizada durante 18 días en Unidad de Paciente Crítico, y dado evolución estable, sin signos de sangrado en TAC, se decide alta. Paciente ha evolucionado favorablemente, asintomática, con controles periódicos, presentando TAC de control con signos de disminución de volumen de hematoma, mostrando a los 3 meses medidas de 9,9 x 5,5 cm. **Comentarios:** Actualmente el abordaje de preferencia de la litiasis vesicular es la Colectomía laparoscópica, sin embargo, esta técnica no está exenta de complicaciones, siendo una de ellas el hematoma subcapsular hepático, descrito en esporádicas ocasiones, como consecuencia del uso de fármacos antiinflamatorios, lesión capsular durante la manipulación quirúrgica de la vesícula, alteraciones anatómicas del sistema vascular hepático y hemangiomas hepáticos, entre otros. No es posible identificar la causa del hematoma subcapsular gigante que presentó nuestra paciente, sin embargo, es necesario tener la sospecha diagnóstica oportuna, para poder realizar el enfoque terapéutico adecuado. El manejo en estos pacientes debe ser conservador, a no ser que presenten signos de complicación.

MIXOMA AURICULAR INFECTADO: PRIMER CASO REPORTADO EN CHILE

Andrés Kursbaum Eliazer, Mario Elías Mercado Pizarro, Valentina Valenzuela Rebolledo, Cesar Paulsen Muñoz*
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica. Cardiocirugía. Universidad de Chile.

Introducción: Los mixomas son los tumores cardiacos primarios más frecuentes en adultos y su principal ubicación es la aurícula izquierda. La infección del mixoma es extremadamente infrecuente, existiendo menos de 80 casos descritos en la literatura. **Objetivos:** Dar a conocer el primer caso de mixoma auricular (MA) infectado reportado en Chile. **Descripción de caso clínico:** Mujer de 65 años con antecedente de DM2 mal controlada, hernioplastia laparoscópica por hernia inguinal atascada e implante dental recientes. Consulta

a Hospital de Arica por cuadro de 2 meses de síndrome consuntivo, asociado a hematuria, petequias y dolor abdominal. Se realiza TC que evidencia infarto esplénico y masa cardíaca sugerente de MA en ecocardiografía. En laboratorio destaca falla renal aguda, hematuria dismórfica, anemia moderada y estudio inmunológico negativo. Por sospecha de vasculitis ANCA (-) se inicia terapia corticoidal con buena respuesta y se traslada al Instituto Nacional del Tórax. Se obtienen hemocultivos positivos para estreptococo grupo viridans, por lo que se decide suspensión de corticoides e inicio de antibioticoterapia. En exploración quirúrgica se observa MA con múltiples vegetaciones comprometiendo toda la válvula mitral, por lo que se decide resección de la masa y reemplazo valvular con prótesis biológica. Biopsia confirma MA con signos inflamatorios y cultivos de tejido resultan negativos. Evoluciona favorablemente, sin complicaciones quirúrgicas. **Comentarios:** MA infectado es una entidad muy infrecuente. Los factores de riesgo son infecciones, procedimientos invasivos e inmunosupresión. La clínica es insidiosa, con fiebre y síntomas constitucionales. Para el diagnóstico se requiere confirmación anatomopatológica del mixoma, además de visualización del microorganismo en biopsia o hemocultivos positivos asociados a signos inflamatorios en biopsia. Los gérmenes más frecuentes son los estreptococos, principalmente grupo viridans. Entre las complicaciones se encuentran eventos embólicos y sepsis principalmente. El tratamiento es quirúrgico y asociado a antibioterapia prolongada con alta sobrevida. El caso presentado es concordante con las características descritas en la literatura.

SÍNDROME DE MIRIZZI TIPO V: ANÁLISIS CLÍNICO A PARTIR DE DOS CASOS

Magdalena Reisenegger Barros, Luis Alberto Pozo Ávila, Milena Fercovic López, Omar Orellana Espinoza, Francisco Pérez Mujica*

Hospital San Juan de Dios (Santiago). Cirugía Digestivo Alto.

Introducción: El síndrome de Mirizzi (SM) es una complicación inusual de la colecistolitiasis (1% de los pacientes). El SM tipo V se agregó a la clasificación de Csendes en 2007 para casos del I al IV con fistula colecistoentérica. Su tratamiento implica grandes dificultades técnicas debido a las alteraciones inflamatorias y anatómicas, que significan un alto riesgo de lesión de la vía biliar (VB), y a la necesidad de restablecer la continuidad biliar. **Objetivos:** Describir dos casos clínicos y las alternativas de tratamiento del SM tipo V. **Descripción de caso clínico: Caso 1:** Hombre de 73 años con antecedentes de hipertensión arterial y enfermedad renal crónica etapa IV. Presenta un cuadro de ictericia obstructiva. En estudio de imágenes se evidencia colelitiasis, coledocolitiasis, severa dilatación

de VB intrahepática y aerobilia. En la cirugía se evidencia una fístula Mirizzi IV y colecistogástrica, y se realiza una hepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux y gastrografía. *Caso 2:* Mujer de 50 años, ingresa por cuadro de colangitis que el estudio de imágenes sugiere un cáncer de vesícula, con dilatación de VB y abscesos hepáticos. La exploración quirúrgica demostró una fístula Mirizzi IV y colecistocolónica, y abscesos hepáticos. Se realiza una hepaticoyeyunoanastomosis y colografía. Ambos pacientes evolucionan favorablemente, sin fístula biliar ni estenosis de hepaticoyeyunoanastomosis. **Comentarios:** Dentro de las principales conclusiones destacan: 1. La mayoría de los casos de SM son diagnosticados en el intraoperatorio. 2. Las alternativas quirúrgicas son la derivación de VB según el tipo de SM y el manejo de la fístula colecistogástrica. 3. La cirugía requiere de un cirujano experimentado, por la necesidad de realizar una derivación biliodigestiva. 4. La colangiografía es una herramienta útil para detectar compromiso de la VB y permite el tratamiento en el mismo acto quirúrgico.

EXPERIENCIA EN PANCREATODUODENECTOMÍA CURATIVA EN TUMORES PERIAMPULARES DEL HOSPITAL DR. EDUARDO PEREIRA DE VALPARAÍSO

José Miguel Martínez González, Jaime Augusto Jerez Muñoz, Yocelyn Palta López, Susan Retamal Brendel*
Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez (Valparaíso).
Servicio de Cirugía.

Introducción: La cirugía de Whipple o pancreatoduodenectomía, es un procedimiento complejo y de alto riesgo indicado en aquellos casos clínicos de tumores periampulares con opción quirúrgica. Se conocen múltiples modificaciones de la técnica siendo las principales la técnica clásica abierta y laparoscópica. **Objetivos:** Dar a conocer la experiencia quirúrgica actual en pancreatoduodenectomía con técnica abierta en Hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso. **Materiales y Método:** Estudio descriptivo retrospectivo de la experiencia quirúrgica en Servicio de Cirugía Hospital Dr. Eduardo Pereira (HEP) durante los años 2014 al 2016 en pancreatoduodenectomía clásica curativa. Se describen variables demográficas generales, técnica quirúrgica utilizada, tiempo operatorio, complicaciones intraoperatorias, complicaciones precoces y mortalidad. Estadística realizada con Stata. **Resultados:** El total incluido fue de 12 pacientes, 75% del sexo femenino, edad promedio 56 años. La indicación de cirugía por tumor de cabeza del páncreas fue en 4 casos, al igual que 4 pacientes con tumor del colédoco distal. 1 caso de adenoma ampular, 1 caso de tumor de duodeno y 1 caso de tumor tipo insulinoma. El tiempo operatorio promedio fue de 220 min. Hubo un 8% de mortalidad post-operatoria. Un caso presentó compli-

caciones intraoperatorias de origen vascular. El 41,6% de los pacientes presentaron alguna complicación post-operatoria temprana, 4 filtraciones anastomóticas y un caso de pancreatitis. El promedio de estadía en Unidad Cuidados Intensivos fue de 12 días. La estadía hospitalaria total en promedio fue de 27 días. **Conclusiones:** La pancreatoduodenectomía es un procedimiento quirúrgico de alta complejidad; conforme ha avanzado la historia de la cirugía los resultados son mejores y las complicaciones se presentan en un porcentaje menor, sin embargo, éstas siguen siendo graves e impredecibles en directa relación con la casuística local y la experiencia del equipo quirúrgico.

CÁNCER DE MAMA EN HOMBRES: 5 AÑOS DE EXPERIENCIA EN HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

Douglas Arbulo Lagos, Nicolás Drollmann Muñoz, Augusto León Ramírez, Mauricio Camus Appunh, Francisco Domínguez Covarrubias, Francisco Acevedo Claros*

Pontificia Universidad Católica de Chile. Cirugía Oncológica en Cabeza y Cuello.

Introducción: El cáncer de mama (CM) en hombres representa menos del 1% del total de neoplasias en hombres y menos del 1% de todos los casos de CM. Los factores de riesgo, presentación clínica, tratamiento y pronóstico son similares al CM que afecta a las mujeres. **Objetivos:** Revisión bibliográfica y análisis clínico de los casos de CM en hombres diagnosticados y tratados en el HCPUC entre 2008 y 2013. **Materiales y Método:** Recopilación de datos de fichas clínicas. Descripción de antecedentes clínicos, histopatológicos, intervención quirúrgica y evolución. **Resultados:** 6 pacientes entre 62 y 72 años. Cinco presentaron tumor mamario indoloro y 1 por hallazgo imágenes. Estudiados mediante mamografía, ecotomografía y biopsia core percutánea. 5 adenocarcinoma ductal invasor (CDI) y 1 carcinoma papilar invasor. Mastectomía total y disección axilar en 5 pacientes por compromiso clínico y/o imagenológico axilar. Mastectomía parcial y biopsia de linfonodo centinela (BLNC) en un paciente. Tres sin compromiso axilar; uno con BLNC y dos con disección axilar negativa. Dos tuvieron compromiso entre 1 y 3 linfonodos y uno de 5 linfonodos. Ninguno presentó enfermedad a distancia. Todos expresaron receptores de estrógenos (RE) a la inmunohistoquímica, ninguno expresó c-erb-B2. Sólo uno sin radioterapia post-mastectomía (T1N0). Dos recibieron quimioterapia AC-T y todos continuaron con tamoxifeno. Uno recurrió a los 24 meses con metástasis al sistema nervioso central, se cambió a inhibidor aromatasa, regresión completa de la lesión, sin recurrencia a los 24 meses. Mediana de seguimiento fue 18 meses (rango 5 a 37 meses). **Conclusiones:** La baja frecuencia y la

forma de presentación clínica coinciden con lo descrito a nivel mundial. Un paciente presentó recurrencia, sin muertes reportadas. La histología compatible CDI en > 90%, el alto porcentaje de positividad RE y el estado clínico locorregionalmente avanzado, plantean un enfrentamiento más radical mediante la mastectomía total y disección axilar

CARCINOMA PAPILAR QUISTE TIROGLOSO

*Douglas Arbulo Lagos**

Pontificia Universidad Católica de Chile.

Cirugía Oncológica Cabeza y Cuello.

Introducción: Los quistes del conducto tirogloso (QCT) corresponden a un remanente epitelial del tracto tirogloso. Son las lesiones cervicales congénitas más frecuentes (hasta 17% prevalencia reportada) y 60% de los casos son detectados en la niñez y adolescencia. No existe predilección por sexo y clásicamente se presentan como una lesión redondeada, lisa, blanda, indolora, ubicada en la línea media y en relación al hueso hioides, aunque pueden estar a cualquier nivel del tracto tirogloso. Cerca de 60% de los QCT contiene tejido tiroideo, y la prevalencia de cáncer se estima entre 0,7% y 1%. **Objetivos:** Revisión bibliográfica y análisis de 3 casos de carcinoma papilar de quiste del conducto tirogloso diagnosticados y tratados en el HCPUC entre los años 2004 y 2014. **Material y Método:** Recopilación de fichas clínicas y base de datos. Descripción de antecedentes clínicos, histopatológicos, estudio preoperatorio, intervención quirúrgica y evolución. **Resultados:** En la tabla se describen 3 casos de pacientes adultos con CPT en QCT, tratados con operación de Sistrunk y tiroidectomía total. Caso 1 Caso 2 Caso 3 Género Hombre Mujer Mujer Edad al diagnóstico (años) 60 26 52 Diámetro QCT/Tumor (mm) 28/15 32/8 30/17 Variedad Usual Usual Usual, con metaplasia escamosa Invasión vascular No No Sí Bordes No No No Mitosis o Necrosis No No No CPT en tiroides No No Sí, multifocal Adenopatías 0/0 0/2 8/13 Radioyodo No 50 mCi 150 mCi TNM T1bN0Mx T1aN0Mx T1N1bM0 Riesgo Recurrencia Bajo Bajo Intermedio Tiempo seguimiento (meses) 9 1 56 Persistencia/Recidiva No No Adenopatías grupo VI (4/8). **Conclusiones:** El cáncer de tiroides en QCT es infrecuente y su diagnóstico suele ser incidental. 80% corresponde a CPT, encontrándose CPT sincrónico tiroideo en 50% de los pacientes y adenopatías cervicales en 80% de ellos. Siempre se debe considerar estudio con punción con aguja fina y, en caso que resulte positiva, estudio pre operatorio con ecografía /- TAC cervical. La cirugía recomendada en los CPT en QCT es la operación de Sistrunk, asociada a tiroidectomía total por la alta frecuencia de CPT tiroideo sincrónico. La resección ganglionar y de radioyodo, se determina de manera personalizada según el riesgo de recurrencia individual

ABSCESO ESPLÉNICO COMO COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE DIVERTICULITIS AGUDA

Rodrigo Martín Pérez, Manuela Sanz Chiniesta, Félix Calleja Truyol, Mario Santamarina Santamarina*
Hospital Naval Almirante Nef. Servicio de Cirugía.

Introducción: La diverticulitis es el resultado de la obstrucción, inflamación, perforación e infección del divertículo. La localización más habitual es el colon sigmoide. Los abscesos se visualizan hasta en un 17% de los pacientes y representan el 23% de los abscesos intra-abdominales. Los síntomas de un absceso diverticular son similares a una diverticulitis aguda. El presente caso es en relación a un absceso esplénico secundario a una complicación de enfermedad diverticular que se presentó a nivel del ángulo esplénico. Se debe recordar que los abscesos esplénicos (AE) son una patología poco frecuente, sin embargo, la incidencia ha aumentado debido a la proliferación de pacientes inmunocomprometidos. Tienen una mortalidad de aproximadamente un 100% (no tratados), por lo que la sospecha clínica es fundamental para lograr un oportuno diagnóstico y un tratamiento que permita reducirla a un 10% aproximadamente. **Objetivos:** Presentar un caso de AE por contigüidad ocasionado como complicación rara e infrecuente de una diverticulitis aguda del ángulo esplénico. **Material y Método:** Estudio de casos y control. **Resultados:** Evolucionó inicialmente de manera favorable para posteriormente requerir una nueva laparotomía exploradora más drenaje por quiebre en su evolución clínica. Se dio de alta con antibioterapia ambulatoria secundario a buenas condiciones generales, con actividad inflamatoria en franca disminución y una pequeña colección subcapsular esplénica. **Conclusiones:** El 10-35% de los pacientes que tienen divertículos tendrán algún episodio de diverticulitis y de estos hasta un 25% asociado a complicaciones: obstrucción, perforación, absceso, fístula y hemorragia. En este caso la formación del absceso esplénico por contigüidad sucedió secundario a la complicación del divertículo abscedado. La causa más frecuente de absceso esplénico son los émbolos sépticos, un 15% tras la infección de un hematoma esplénico post-traumático y un 10% resultarían de la propagación por continuidad de un foco séptico adyacente.

INTERVENCIONES ENDOVASCULARES PARA ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA: EXPERIENCIA EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Fabio Paoletto Paoletto, Matías José Valenzuela Larráin, Alonso Bulboa Fuentes*

Hospital San Juan de Dios (Santiago). Cirugía.

Introducción: En el Hospital San Juan de Dios contamos con una gama variada de pacientes que generalmente consultan tarde por EAP, por lo que habitual-

mente han sido considerados para cirugía abierta. Sin embargo, desde 2013 se están realizando tratamientos endovasculares en esta Institución. No se cuenta con ningún estudio que muestre la gravedad de las lesiones, el éxito inmediato ni las complicaciones con las que cuenta este Centro. Es por esto que se realiza este trabajo. **Objetivos:** Describir el número de pacientes totales, datos demográficos, el tipo de lesión, el tipo de intervención, el éxito de las intervenciones y las complicaciones asociadas a los procedimientos endovasculares para enfermedad arterial periférica en el Hospital San Juan de Dios. **Material y Método:** El presente estudio es un estudio descriptivo de una serie de casos. Se analiza el protocolo operatorio de todas las intervenciones endovasculares para enfermedad arterial periférica realizadas en el Hospital San Juan de Dios desde su implementación en 2013. Se utilizarán estadísticas descriptivas indicando el número total de intervenciones, y datos demográficos como edad, sexo y comorbilidades, el porcentaje de tipos de lesiones tratadas según la clasificación de TASC II, el porcentaje de tipos de intervenciones realizada ya sea angioplastia con o sin stent y de qué material y marca. También se describirá el porcentaje de éxito de la intervención considerando estenosis residual > 50% y finalmente el número y tipo de complicaciones inmediatas. **Resultados:** Se analizaron en total 96 pacientes. Se puede observar que la mayoría de las lesiones son tipo TASC B y que en su mayoría son distales. La tasa de éxito es de un 95% y las complicaciones asociadas son pocas, destacando la disección como la más frecuente. **Conclusiones:** El Hospital San Juan de Dios es un hospital que está implementando hace poco la cirugía endovascular con tasas de éxito y complicaciones por primera vez estudiadas.

PSAMMOMATOSIS GÁSTRICA POST-GASTRECTOMÍA TUBULAR

Ramón Díaz Jara*, Álvaro Bustos Binimelis,
Víctor Cortes Fuentes

Clínica Elqui. Centro de Tratamiento de la Obesidad (CENTO). Universidad Católica del Norte.

Introducción: Los cuerpos de psammoma son calcificaciones distróficas, bien circunscritas, redondeadas y que miden entre 5 a 100 um de diámetro. Están descritas en una serie de neoplasmas, como: carcinoma papilar de tiroides, meningiomas y tumores ováricos. También han sido descritas en casos de carcinoma gástrico, sin embargo, constituyen un hallazgo extremadamente poco frecuente en las piezas patológicas de gastrectomías. **Objetivos:** Presentar caso clínico de pieza patológica post-gastrectomía tubular, en la cual hay presencia de cuerpos de psammoma. No existen descripciones en la literatura de cuerpos de psammoma en la mucosa post-manga gástrica, siendo una paciente totalmente asintomática y sin antecedentes de cáncer en su familia. **Material y Método:** Se presenta caso

clínico del paciente de sexo femenino operada por obesidad en nuestra Institución. Se obtienen datos desde el registro del Centro de Obesidad de nuestra Institución. **Resultados:** Paciente de sexo femenino, 37 años de edad, con obesidad leve es sometida a gastrectomía tubular por obesidad, posterior a evaluación por equipo multidisciplinario. La biopsia post-operatoria informa la presencia de cuerpos de psammoma en la mucosa gástrica. La paciente ha tenido una evolución post-operatoria satisfactoria, con controles alejados sin complicaciones. **Conclusiones:** Los cuerpos de psammoma al parecer se originan por el depósito de hidroxiapatita en células en vías de degeneración. Los cuerpos de psammoma son extremadamente raros en casos de cáncer gástrico con escasas publicaciones en la literatura y no existen casos a nivel mundial de biopsias post-gastrectomía vertical que muestren estos hallazgos. Creemos que este caso único constituye un desafío para el seguimiento, especialmente desde el punto de vista endoscópico para adelantarnos a cualquier tipo de alteración que aparezca durante su evolución en la mucosa gástrica u otro órgano donde han sido descritos estos hallazgos.

PARCHE PLAQUETAS ACTIVADAS COMO ALTERNATIVA A MANEJO DE FUGA AÉREA PERSISTENTE: EXPERIENCIA INICIAL CON MIRAS A ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO

Luis Pasten Carrasco*, Rodrigo Guaman Ortega,
Evelyn San Martín Meza, Verónica Pérez Hidalgo,
Pablo Pérez Castro, Pedro Felipe Undurraga Machicao
Hospital San Juan de Dios (Santiago). Cirugía de Tórax.
Universidad de Chile, Departamento de Cirugía Sede Occidente.

Introducción: El parche de plaquetas activadas (PPA) es una mezcla de concentrado de plaquetas activadas, trombina y fibrinógeno. Su aplicación en cirugía torácica y en fuga aérea persistente (FAP) es escasa y con diversas técnicas. Procedimiento sencillo, óptima relación costo efectividad, pocos requerimientos técnicos. Importante alternativa para pacientes fuera del alcance quirúrgico. **Objetivos:** Presentar experiencia de 7 procedimientos realizados en 5 pacientes con distintas causas de FAP por el Equipo de Cirugía Torácica HSJD. Proyectar líneas de trabajo futuras, aumentar la experiencia y resultados para consolidar el procedimiento. **Material y Método:** Estudio descriptivo retrospectivo (7 casos) y revisión de literatura del tratamiento de FAP con procedimientos similares (gel de plaquetas autólogas, parche hemático) definiendo técnica y protocolo. Realización en medio aséptico (pabellón). Uso de trombina y fibrinógeno (evicel®), concentrado de plaquetas no autólogo y gluconato de calcio. Pleurostomías previamente instaladas calibre amplio (28-32 fr) con sistema de trampa aquaseal. Instilación de PPA a través de pleurostomía y posterior

posicionamiento de aquaseal sobre nivel de paciente (24 h) para evitar salida de PPA por pleurostomía. **Resultados:** El 100% son hombres, edad promedio 55 años, 1 paciente recibió 3 procedimientos (2 derechos, 1 izquierdo); principal comorbilidad tabaquismo y causas principales fueron 3 por neumotórax espontáneo secundario y 2 post-quirúrgicas de resecciones pulmonares mayores, volumen utilizados similar; plaquetas 150 cc, 30 cc gluconato de calcio, 1 ml de trombina y 1 ml de fibrinogeno; 2 pacientes presentaron peak febril post-procedimiento tratado con antibioticoterapia empírica sin otras complicaciones; la resolución post-PPA fue de 8,5 días. **Conclusiones:** Se presenta alternativa terapéutica a una patología de difícil manejo, como la FAP. En general malos candidatos quirúrgicos, con alto riesgo de morbimortalidad frente a procedimientos mayores que una pleurostomía. Es una serie inicial con miras a un ensayo clínico aleatorizado confirmando la técnica de PPA como alternativa segura a la FAP.

EXPERIENCIA EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE CÁNCER COLORRECTAL, HOSPITAL DR. EDUARDO PEREIRA

Genaro Arriagada Palma, Fernanda Castro Leiva, Rossana Armijo Bahamondes*
Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez (Valparaíso).
Servicio de Cirugía. Universidad de Valparaíso.

Introducción: En Chile el cáncer colorrectal (CCR) representa la tercera causa de muerte. En su tratamiento varios artículos han informado de las ventajas a corto plazo de la colectomía por vía laparoscópica (CVL) en comparación con la colectomía abierta (CA). **Objetivos:** Analizar la experiencia en colectomía laparoscópica por CCR, en el Servicio de Cirugía del Hospital Eduardo Pereira durante los años 2011-2013. **Material y Método:** Corte transversal con análisis descriptivo de las características clínicas y resultados a corto plazo de los pacientes sometidos colectomía laparoscópica, durante el periodo 2011-2013, en el Servicio de Cirugía del Hospital Eduardo Pereira, Valparaíso. **Resultados:** 25 pacientes fueron sometidos a resección laparoscópica de colon por patología maligna, 15 mujeres, 10 hombres. Edad promedio de 69 años. El motivo de consulta más frecuente fue hemorragia digestiva baja. Se pesquió cáncer de colon derecho en 10 pacientes y de colon izquierdo en 15. La biopsia pre-operatoria estaba disponible para 19 de los 25 pacientes; 17 adenocarcinomas, 1 carcinoma mucinoso y 1 en células en anillo de sello. En estudios preoperatorios, 17 de pacientes no presentaron signos de diseminación, 2 lesiones sugerentes de metástasis, 1 invasión retroperitoneal, 2 indeterminados. El CEA se realizó en todos los pacientes con una media de 22ng/ml. Se programaron 25 cirugías laparoscópicas: 6 rectosigmoidectomías, 8 sigmoidectomías, 1 hemicolectomía

izquierda y 10 hemicolectomías derechas; 8 de éstas debieron convertirse, debido a síndrome adherencial y extensión de tumor. Un caso de complicación intraoperatoria por lesión vascular. Sin casos de mortalidad. 6 Pacientes presentaron complicaciones post-operatorias. La estadía en UPC fue en promedio de 2,2 días, con un mínimo de 2 días y un máximo de 16 días. La media de estadía hospitalaria fue de 9 días; DS de 3,7 días. **Conclusiones:** La colectomía laparoscópica es una técnica segura y eficaz con mínima mortalidad y complicaciones post-operatorias.

CONVERSIÓN DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA ELECTIVA EN HOSPITAL BASE DE VALDIVIA

Gabriela Campos Klesse, Carlos Patricio Ayala Pardo, Tomás Junker Cárcamo, Carlos Enrique Cárcamo Ibaceta*
Hospital Clínico Regional (Valdivia). Servicio de Cirugía.
Universidad Austral de Chile.

Introducción: La conversión a cirugía abierta durante la colecistectomía laparoscópica es necesaria en alrededor de un 7% de los pacientes operados, describiéndose un 5,3% en colecistectomías electivas realizadas en nuestro Centro entre 1992 y 2002, situación que podría ocasionar mayor morbilidad al paciente y mayores costos para la Institución. **Objetivos:** Describir motivo de conversión y caracterizar los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica electiva convertida en Hospital Base de Valdivia. **Material y Método:** Serie de casos que incluye la totalidad de pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica electiva que requirió conversión a cirugía abierta periodo enero de 2010 a diciembre de 2015, describiéndose los hallazgos mediante estadística descriptiva, utilizando medidas de tendencia central, dispersión, frecuencias absolutas y relativas, según tipo y escala de las variables. **Resultados:** Durante el periodo en estudio, se realizó 3.265 colecistectomías electivas en nuestro Centro, donde la tasa de conversión fue 0,4% (13 pacientes, 69% mujeres). El promedio de edad fue 50 años [40-69]. Los diagnósticos ecográficos preoperatorios más frecuentes fueron: coledocistitis 46%, coledocistitis asociada a escleroatrofia 30,8%, síndrome de Mirizzi 7,7%, dilatación vía biliar 7,7%, tumor vesicular 7,7%. Los motivos de conversión más frecuentes fueron: 3 lesión de vía biliar, 3 síndrome adherencial, 3 fístulas, entre otros. Procedimientos asociados a la conversión: 4 colangiografía intraoperatoria, 1 coledocostomía, 1 reparación de lesión de vía biliar. Tiempo operatorio promedio 130 minutos [65-220], promedio días de hospitalización 6 [2-19]. No se reportaron complicaciones inmediatas en esta serie. **Conclusiones:** La tasa de conversión en colecistectomía laparoscópica electiva de nuestro centro hospitalario es menor a lo reportado en la literatura, siendo los motivos de conversión similares a lo publicado.

CONVERSIÓN DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA DE URGENCIAS EN HOSPITAL BASE DE VALDIVIA

Carlos Patricio Ayala Pardo, Gabriela Campos Klesse, Tomás Junker Cárcamo, Carlos Enrique Cárcamo Ibaceta*
Hospital Clínico Regional (Valdivia). Servicio de Cirugía. Universidad Austral de Chile.

Introducción: La tasa de conversión de colecistectomía laparoscópica a cirugía abierta en pacientes intervenidos de urgencia se describe hasta un 15% según algunas series, no existiendo información descriptiva sobre la tasa y motivo de conversión en Hospital Base de Valdivia. **Objetivos:** Describir y caracterizar los pacientes intervenidos de urgencia por colecistectomía laparoscópica convertida en Hospital Base de Valdivia. **Material y Método:** Serie de casos que incluye la totalidad de pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en Servicio de Urgencias que requirió conversión a cirugía abierta, período enero de 2010-diciembre de 2015, describiéndose los hallazgos mediante estadística descriptiva, utilizando medidas de tendencia central, dispersión, frecuencias absolutas y relativas, según tipo y escala de las variables. **Resultados:** Durante el período en estudio, se realizó 1.398 colecistectomías en Servicio de Urgencias de nuestro Centro, donde la tasa de conversión fue 4,2% (59 pacientes, 59% mujeres). El promedio de edad fue 57,2 años [26-88]. Los diagnósticos ecográficos preoperatorios fueron: Colecistitis aguda litiasica 91%, colecistitis aguda litiasica asociada a dilatación vía biliar 5%, colección perivesicular 1,7%. Los motivos de conversión más frecuentes fueron: adherencias perivesiculares 19 casos, no identificación triángulo de Calot 11, disección laboriosa 7, sangrado 6, tejido friable 5, falla instrumental 3, sospecha cáncer, entre otros. Procedimientos asociados a la conversión: 37 instalación de drenaje, 6 colangiografía intraoperatoria, 3 coledocostomía, entre otros. Tiempo operatorio promedio 107 minutos [50-190], promedio días de hospitalización 4,6 [2-10]. **Conclusiones:** En nuestra serie, la tasa de conversión de colecistectomía laparoscópica en pacientes operados en Servicio de Urgencias por colecistitis aguda litiasica es menor a la reportada en la literatura. Si bien la posibilidad de conversión es baja, su realización requiere adecuado juicio y habilidad técnica por parte del cirujano.

CARCINOMA LINFOEPITELIAL MAMARIO. REPORTE DE CASO

Carla Andrea Carvajal Rojas, Jorge Medrano Díaz, Rodrigo Zúñiga Costa, Vanessa Klaassen Henning, Pablo Osses Ortiz*
Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Unidad de Patología Mamaria.

Introducción: El Carcinoma linfoepitelial mamario fue descrito por primera vez en 1994. Se compone de

islas de células epiteliales indiferenciadas, intensamente infiltradas por linfocitos., y hasta la fecha, sólo se han documentado alrededor de 20 casos. Se presenta este caso por la baja frecuencia de esta patología. **Objetivos:** Descripción y análisis de caso clínico. **Material y Método:** Mujer de 57 años, ingresa a Unidad de Patología Mamaria por mamografía con distorsión de arquitectura retroareolar derecha, BIRADS 0 y ecografía mamaria que evidenció dos nódulos hipervascularizados de 14 y 27 mm en cuadrantes externos mama derecha asociado a dos adenopatías axilares sugerentes de malignidad, BIRADS-US 5. Biopsia core demostró un Carcinoma Ductal Invasor (CDI), Nottingham 2, con receptores de estrógeno positivos, progesterona y Cerb-2 negativos; además de un ganglio linfático intramamario extensamente infiltrado por CDI. Estudio de etapificación con TAC TAP y cintigrama óseo negativo. Se realizó mastectomía parcial central más cuadrante superior externo, incluyendo pezón y parte de areola, con SNOLL bifocal y ganglio centinela. Biopsia operatoria informó 2 lesiones compatibles con CDI de tipo linfoepitelial Nottingham II de 1 cm en CSE mama derecha y 23 mm en zona retroareolar, ambas lesiones con bordes libres, ganglios centinela (2) negativos. Comité oncológico decide tratamiento complementario con quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia. **Resultados:** Evolucionó favorablemente en el post-operatorio. Actualmente con terapia sistémica bien tolerada. **Conclusiones:** Los CLEM se describen en la literatura desde 1994. Corresponden a un grupo de tumores extremadamente raros, con pocos casos publicados a nivel mundial. Se le atribuyen ciertas características especiales en comparación con el carcinoma ductal invasor clásico, como su potencial metastásico, respuesta impredecible a quimio y hormonoterapia y en ocasiones difícil diagnóstico diferencial con tumores hematológicos. Gracias al uso de la inmunohistoquímica se ha logrado llegar al diagnóstico más preciso de estas lesiones y así orientar mejor el tratamiento.

RESULTADOS DEL PROGRAMA CIRUGÍA BARIÁTRICA HOSPITAL BASE DE VALDIVIA

Carlos Patricio Ayala Pardo, Manuel Andrés Kunstmann Camino, Carlos Enrique Cárcamo Ibaceta*
Hospital Clínico Regional (Valdivia). Servicio de Cirugía. Universidad Austral de Chile.

Introducción: La obesidad mórbida es una enfermedad crónica, metabólica, multifactorial, asociada a patologías como diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemia, artrosis, esteatosis hepática, entre otras; todos factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular precoz. La cirugía bariátrica constituye un procedimiento seguro y ha

demostrado ser la mejor opción terapéutica para una disminución efectiva del peso corporal, además de mejorar o disminuir la severidad de sus comorbilidades. **Objetivos:** Reportar los resultados quirúrgicos de pacientes intervenidos por el programa de cirugía bariátrica Hospital Base Valdivia. **Material y Método:** Serie de casos, basado en análisis de la base de datos prospectiva de la totalidad de pacientes sometidos a cirugía bariátrica en Hospital Base Valdivia período 2012 a 2014. Se recuperó información sobre características clínicas, comorbilidades preoperatorias, complicaciones quirúrgicas y seguimiento del IMC a 12 meses. La información obtenida se describe mediante estadística descriptiva, utilizando medidas de tendencia central, frecuencias absolutas y relativas, según tipo y escala de las variables. **Resultados:** Total 93 pacientes. Gastrectomía vertical laparoscópica 88, *bypass* gástrico laparoscópico 5. Mujeres 86%. Edad promedio 45,2 años [23-68]. Promedio IMC preoperatorio 44,8 kg/m². Comorbilidades presentadas: hipertensión arterial 61,3%, diabetes mellitus tipo 2 41,9%, insulinoresistencia 25,8%, dislipidemia 25,8%, esteatosis hepática 20,4%, colelitiasis 15%, artrosis 11,8%, entre otras. Seguimiento IMC promedio a 3; 6; 9 y 12 meses: 35,4; 32; 30,4 y 29,7 kg/m² respectivamente. Complicaciones intraoperatorias 0. Complicaciones inmediatas 3: 1 hemoperitoneo por sangrado línea de sutura, 2 filtraciones (9 y 12 días) manejadas con endoprótesis. Complicaciones tardías: 2 estenosis, manejadas mediante dilatación endoscópica. **Conclusiones:** En nuestra serie, los resultados operatorios logrados por el programa de cirugía bariátrica son efectivos y seguros, similares a lo reportado en la literatura.

PREVALENCIA Y ERRADICACIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI* EN PACIENTES SOMETIDOS A GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA

Carlos Patricio Ayala Pardo, Manuel Andrés Kunstmann Camino*, Carlos Enrique Cárcamo Ibaceta
Clínica Alemana Valdivia. Servicio de Cirugía.
Universidad Austral de Chile.

Introducción: En Chile la prevalencia de infección por *Helicobacter pylori* puede alcanzar el 79% y se relaciona al desarrollo de úlcera péptica y cáncer gástrico. Su participación en la fisiopatología de la obesidad es tema de discusión. Su prevalencia en pacientes sometidos a cirugía bariátrica se reporta entre 17 y 61% según series internacionales y 52,4% según reportes locales. Su respuesta al tratamiento de erradicación en pacientes sometidos a gastrectomía vertical no ha sido reportada. **Objetivos:** Describir prevalencia y porcentaje de erradicación de *Helicobacter pylori*

en pacientes sometidos a gastrectomía vertical laparoscópica en Clínica Alemana Valdivia. **Material y Método:** Serie de casos, basado en análisis de la base de datos prospectiva, de pacientes que han mantenido control tras gastrectomía vertical laparoscópica en Clínica Alemana Valdivia. Se recuperó información sobre características clínicas, resultado de endoscopias pre y post-operatorias realizadas y test de ureasa. A todos los pacientes con *H. pylori* se otorgó tratamiento médico con amoxicilina claritromicina y omeprazol. Información obtenida se describe mediante estadística descriptiva, utilizando medidas de tendencia central, dispersión, frecuencias absolutas y relativas, según tipo y escala de las variables. **Resultados:** Total 48 pacientes, mujeres 77,1%. Edad promedio 40,2 años [19-67]. IMC promedio 37,8 K/m² [rango 29,4-59,9]. Se realizó endoscopia digestiva alta preoperatoria y test de detección de *Helicobacter pylori* la totalidad de pacientes intervenidos. Prevalencia de *H. pylori* preoperatoria 58,3%. Efectividad del tratamiento de erradicación según hallazgos de endoscopia post-operatoria 85,7%. **Conclusiones:** La prevalencia de infección por *Helicobacter pylori* en nuestra serie es similar a la reportada en población general chilena, y el porcentaje de erradicación alcanzado en nuestro grupo de pacientes es cercano al 90% reportado en la literatura.

PERFORACIÓN ESOFÁGICA. SERIE DE CASOS

Javier Moraga Concha*, Ricardo Cartes Velásquez,
Manuel Lizana Corvera
Hospital San Juan de Dios (Santiago). Servicio de Cirugía.
Universidad de Chile.

Introducción: La perforación esofágica (PE) es una complicada condición clínica cuyo diagnóstico y tratamiento constituyen un reto para el cirujano. Esta patología se relaciona con una alta morbimortalidad y su manejo va desde el tratamiento conservador hasta la exclusión esofágica. **Objetivos:** Describir el manejo realizado a una serie de pacientes con diagnóstico de PE en el Hospital San Juan de Dios (HSJD) y analizar los posibles factores relacionados con su pronóstico. **Material y Método:** Serie de casos retrospectiva de pacientes con diagnóstico de PE tratados en el HSJD entre los años 2006 y 2016, ambos incluidos. La variable resultado fue mortalidad, la cual se asoció con variables clínicas, laboratorio al ingreso y de evolución. Los datos se obtuvieron desde la ficha clínica de los pacientes. El análisis estadístico incluyó imputación de datos perdidos, estadística descriptiva y test no paramétricos (Stata 13). **Resultados:** Durante el periodo en estudio se encontraron 25 pacientes con diagnóstico de perforación esofágica, seis de ellos

fueron excluidos ya que presentaban menos del 50% de los datos. La muestra final quedó constituida por 19 pacientes (10 eran masculinos), con un promedio de edad de 57,8 años (20-87 años). La mortalidad de la serie alcanzó el 21,1%. Se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,001$) de la mortalidad con presión arterial sistólica y diastólica, temperatura, saturación, leucocitos, PCR, presencia de comorbilidades, etiología iatrogénica. 13 pacientes fueron sometidos a manejo quirúrgico, 4 médico y 2 a una combinación de ambos. El promedio de cirugías por pacientes fue de 1,26 (0-5 cirugías). La ubicación más frecuente fue torácica (11 pacientes). La estadía hospitalaria promedio fue de 24,8 días. **Conclusiones:** La mortalidad por perforación esofágica de nuestra serie alcanzó el 21,1%. Los parámetros clínicos y laboratorio al ingreso se asocian significativamente con la mortalidad de esta patología.

TRAUMA RECTAL: EXPERIENCIA DE LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS EN HOSPITAL SAN JOSÉ

Patricio Leigh Gutiérrez, Carola Zapata Pais, Paulina Jalil Casarotto*

Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia). Cirugía de Urgencias.

Introducción: En este trabajo se describe el manejo quirúrgico de pacientes con trauma rectal por herida penetrante abdominal por arma blanca y fuego. Se revisaron lesiones asociadas, tipo de cirugía realizada y complicaciones post-quirúrgicas. **Objetivos:** Describir los tipos de cirugía realizados a los pacientes con trauma rectal, la presencia de lesiones asociadas y en forma retrospectiva evaluar complicaciones post-operatorias en el primer mes post-cirugía. **Materiales y Método:** Se revisó base de datos de todos los pacientes operados en Hospital San José por trauma Abdominal desde 01/2014 hasta 03/2016, analizando protocolos de 113 pacientes, determinando cuantos presentaban trauma rectal. Se solicitaron las fichas clínicas de estos pacientes para describir y tabular algunas características de este grupo, siendo éste un estudio de tipo descriptivo. **Resultados:** Se encontró que de 113 pacientes operados por trauma abdominal 5 presentaban Trauma Rectal. Se analizó el tipo de cirugía: 1 paciente se le realizó Operación de Hartmann y a los otros 4 Colostomía en asa, a 1 de estos últimos 4 pacientes se realizó rectorrafía Otro ítem descrito en este trabajo fueron las lesiones asociadas. Encontrándose 4 lesiones asociadas, 3 de las cuales las presentó 1 mismo paciente. Se revisaron las fichas no encontrando registro de complicaciones en ninguno de los 5 pacientes. **Conclusiones:** Podemos concluir que el trauma rectal es una lesión poco prevalente a el total de traumas abdominales se revisaron 3

aspectos: Tipo de cirugía: en el que se concluye que todos los cirujanos optaron por realizar algún tipo de cirugía derivativa para protección de la lesión rectal Lesiones asociadas: 2 pacientes presentaron lesiones asociadas, por lo que se concluye que un porcentaje no menor de pacientes con trauma rectal presentará 1 o más lesiones asociadas. Complicaciones primer mes post-operatorio: En nuestro estudio no hubo ninguna complicación en el primer mes post-operatorio.

INCIDENCIA Y MANEJO DE LA FÍSTULA LINFÁTICA (FL) CERVICAL: UNA COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE POST-DISECCIÓN LINFONODAL POR CÁNCER DE TIROIDES

Valeria Abiuso Baesler, Patricio Gac Espinoza, Patricio Cabané Toledo, Daniel Rappoport Wurgaft, Francisco Javier Rodríguez Moreno*

Hospital Clínico Universidad de Chile. Equipo de Cirugía Endocrino y Cabeza y Cuello.

Introducción: Las FL, a pesar de ser una complicación infrecuente en la cirugía de tiroides, puede llegar a ser grave y de difícil manejo. Se presentan en el 1-2,5% de las disecciones cervicales, pudiendo producir serias alteraciones nutricionales, hidroelectrolíticas e incluso la muerte. De pesquisarse en el intraoperatorio, su reparación inmediata es el mejor tratamiento. Por el contrario, de sospecharla en el post-operatorio, el manejo conservador ha demostrado ser la mejor alternativa en la mayoría de los casos. **Objetivos:** Reportar la incidencia y resultados del manejo post-operatorio de FL en pacientes sometidos a tiroidectomía total o ampliada por cáncer de tiroides. **Materiales y Método:** Mediante un estudio de cohorte retrospectivo, se analizaron 1.810 fichas de pacientes sometidos a tiroidectomías totales o ampliadas, durante el período 2004-2016 en el HCUCH. **Resultados:** De los 1.810 pacientes con tiroidectomía total en el período 2004-2016, 491 (27,1%) fueron sometidos a disecciones cervicales, existiendo 14 FL (0,77%). De estos, 9 de sexo femenino (64,2%), con promedio de edad de 41,9 (26-60) años. La histología fue carcinoma papilar en el 100% de los casos y la disección yugular izquierda se realizó en el 100% de los pacientes con un promedio de 26,3 (4-44) ganglios resecados y 4,63 (0-14) ganglios con metástasis. Hubo 1 paciente fallecido por alteraciones hidroelectrolíticas severas. El promedio de estadía hospitalaria fue de 7,38 días. El débito promedio disminuyó a < 500 cc a los 14 días de manejo nutricional con resolución total a los $7,3 \pm 5,2$ días. Dos requirieron cirugía. **Conclusiones:** Si bien las FL son una complicación poco frecuente dentro de la cirugía de cabeza y cuello, continúan siendo causa importante de morbilidad, mayor tiempo de hospitali-

zación, costos, desnutrición y mortalidad. Su manejo es esencialmente nutricional, siendo excepcional la resolución quirúrgica (en caso de persistir mayor a 2 semanas o FL de alto débito).

CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES EN QUISTE DE CONDUCTO TIROGLOSO: REPORTE DE TRES CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Douglas Arbulo Lagos, José Miguel Domínguez Ruiz-Tagle, Augusto León Ramírez, Ignacio Goni Espildora, Antonieta Alejandra Solar González, Francisco Domínguez Covarrubias*
Pontificia Universidad Católica de Chile. Cirugía Oncológica Cabeza y Cuello.

Introducción: Los quistes del conducto tirogloso (QCT) corresponden a un remanente embriológico secundario al desarrollo de la glándula tiroides. Constituyen las lesiones cervicales congénitas más frecuentes en los niños. Cerca de 60% de los QCT contiene tejido tiroideo y la malignización ocurre en el 1-1,5% de ellos, siendo en la mayoría de los casos reportados en adultos, la variante carcinoma papilar del tejido tiroideo es la más frecuente (82%). **Objetivos:** Revisión bibliográfica y análisis de 3 casos de carcinoma papilar de QCT diagnosticados y tratados en el HC-PUC entre los años 2004 y 2014. **Material y Método:** Recopilación de fichas clínicas y base de datos. Descripción de antecedentes clínicos, con intervención quirúrgica y evolución. **Resultados:** 3 pacientes con CPT en QCT tratados con operación de Sistrunk, tiroidectomía total y uno con disección cervical. Un hombre de 60 años y dos mujeres 52 y 26 años. Todos presentaron aumento de volumen cervical. Estudiados mediante ecotomografía cervical, PAAF confirmó diagnóstico de CPT quiste tirogloso y estudio de etapificación mediante TAC cervical. Diámetro promedio 30 mm, se informó variedad usual en todos los casos y uno asociado a metaplasia escamosa. Un paciente se asoció a carcinoma papilar multifocal de tiroides con 8 de 13 linfonodos positivo en cadena cervical lateral. Recurrencia cervical ipsilateral a los 36 meses tratado con disección cervical y radio yodo I-131. Mediana de seguimiento fue 22 meses (1 a 56 meses). Actualmente todos se encuentran en seguimiento clínico sin recurrencias. **Conclusiones:** Entidad infrecuente y su diagnóstico suele ser incidental. 80% son CPT, 50% son sincrónico tiroideo y adenopatías cervicales en 80% de ellos. Siempre estudio con PAAF, estudio pre operatorio con ecografía. La cirugía en los CPT en QCT es la operación de Sistrunk asociada a tiroidectomía total. La resección ganglionar y de radioyodo, se determina de manera personalizada según el riesgo de recurrencia individual.

COMPLICACIONES DEL IMPLANTE DE MARCAPASOS DEFINITIVO EN HOSPITAL BASE DE VALDIVIA

Carlos Patricio Ayala Pardo, Juan Carlos Maturana Arancibia, Isabel Margarita Schild Wenzel, Cristian Andrés Fierro Rivas, Iván Duhalde Schwarzenberg*
Hospital Clínico Regional (Valdivia). Servicio de Cirugía. Universidad Austral.

Introducción: La mayor expectativa de vida de la población ha aumentado la incidencia de patologías del sistema exitoconductor miocárdico, y con ello, la necesidad de implante de marcapasos. Este procedimiento invasivo no está exento de complicaciones, que alcanzan entre 6 y 9%, no existiendo un reporte local sobre las complicaciones presentadas en nuestros pacientes. **Objetivos:** Determinar las complicaciones relacionadas con el implante de marcapasos de pacientes atendidos en Hospital Base Valdivia. **Material y Método:** Serie de casos, basado en la revisión de fichas clínicas de la totalidad de pacientes sometidos a implante de marcapasos durante 2015. Se recuperó información sobre características clínicas generales, tipo de marcapasos utilizado y complicaciones registradas durante 6 meses posterior a la cirugía. La información obtenida se describe mediante estadística descriptiva, utilizando medidas de tendencia central, dispersión, frecuencias absolutas y relativas, según tipo y escala de las variables. **Resultados:** Total de marcapasos instalados 112. Tipos de marcapasos instalados: Bicameral DDD 64, Unicameral VVI 48. Hombres 51,8%, Edad promedio 76,7 años [rango 24-95]. Complicaciones posteriores a instalación implante: 9. Relacionadas a marcapasos unicameral: 3 (descompensación insuficiencia cardíaca 1, infección urinaria 1, neumonía 1). Relacionadas a marcapasos bicameral: 6 (dislocación electrodo 4, atelectasia 1, descompensación insuficiencia cardíaca 1). Todas las dislocaciones fueron reposicionadas y las complicaciones médicas tratadas previo a su alta. **Conclusiones:** En nuestra serie, la incidencia de complicaciones se correlaciona con lo descrito en la literatura, pero consideramos necesario realizar un más detallado sistema de registro, a fin de lograr caracterizar de mejor forma las complicaciones presentadas y poder extrapolar nuestros resultados.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES SOMETIDOS A IMPLANTE DE MARCAPASOS DEFINITIVO EN HOSPITAL BASE DE VALDIVIA

Carlos Patricio Ayala Pardo, Isabel Margarita Schild Wenzel, Cristian Andres Fierro Rivas, Vicente Enrique Schild Wenzel, Iván Duhalde Schwarzenberg*
Hospital Clínico Regional (Valdivia). Servicio de Cirugía. Universidad Austral de Chile.

Introducción: Los trastornos del sistema exitoconductor miocárdico pueden requerir la implantación

de un marcapasos permanente, como es el caso de la bradicardia sintomática secundaria a enfermedad del nodo sinusal, entre otras enfermedades. Esta situación ha sido evaluada en múltiples estudios aleatorizados que permiten un enfoque basado en la evidencia para el tratamiento de este grupo de patologías, no existiendo un reporte local sobre las características clínicas de los pacientes intervenidos para implante de marcapasos. **Objetivos:** Caracterizar los pacientes intervenidos para implante de marcapasos en Hospital Base Valdivia. **Material y Método:** Serie de casos, basado en la revisión de fichas clínicas de la totalidad de pacientes sometidos a implante de marcapasos durante 2015. Se recuperó información sobre características clínicas de los pacientes intervenidos y tipo de marcapasos utilizado. La información obtenida se describe mediante

estadística descriptiva, utilizando medidas de tendencia central, dispersión y frecuencias según tipo y escala de las variables. **Resultados:** Total de marcapasos instalados 112. Tipos de marcapasos instalados: Bicameral DDD 64, Unicameral VVI 48. Hombres 51,8%, Edad promedio 76,7 años [rango 24-95]. Pacientes sintomáticos 67,3%. Síntomatología: lipotimia 17,9%, síncope 28,6%, mareos 25%, disnea 30,4%, fatiga 17%. Comorbilidades presentadas: hipertensión arterial 78%, diabetes mellitus 33%, dislipidemia 22%, cardiopatía 38%, entre otras. Diagnósticos: trastorno de conducción atrioventricular 76%, fibrilación auricular 24%, enfermedad del nodo sinusal 19%. **Conclusiones:** Las características clínicas de los pacientes sometidos a implante de marcapasos en nuestra serie son similares a lo reportado en la literatura.

NECROSECTOMÍA VIDEOASISTIDA EN PANCREATITIS AGUDA GRAVE POST-COLANGIOGRAFÍA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA

Andrés Troncoso Trujillo, Hernán Andrés Herrera Cortés, Héctor Losada Morales, Jorge Silva Abarca, Luis Burgos San Juan, Luis Acencio Barrientos, Oriel Arias Rovira*
Universidad de La Frontera. Facultad de Medicina. Departamento de Cirugía, Traumatología y Anestesia. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco.

Introducción: La pancreatitis aguda grave puede evolucionar con tejido necrótico infectado lo que se asocia con alta tasa de morbimortalidad. El tratamiento ideal consiste en un abordaje mínimamente invasivo de las colecciones o de necrosis infectada ya sea vía laparoscópica, endoscópica o percutánea. **Objetivos:** Presentar el caso en video de una necrosectomía videoasistida en un paciente con pancreatitis aguda grave post-colangiografía endoscópica retrógrada. **Descripción de video:** Paciente masculino de 41 años, con antecedente de colecistectomía más coledocostomía por colangitis aguda y estudio posterior con colangiografía por sonda Kher demuestra coledocolitiasis residual. Colangiografía endoscópica retrógrada (CRE) con extracción de cálculo con canastillo de Dormia con revisión posterior negativa para litiasis. Post-procedimiento paciente evoluciona con pancreatitis aguda grave con colección retrogástrica y derrame pleural bilateral. Radiólogo intervencional instala drenaje en colección retrogástrica y 2 drenajes pleurales bilaterales con aspiración continua. Por persistencia de mala evolución clínica, paciente es llevado a pabellón para drenaje de nueva colección retroperitoneal. En el video se visualiza TAC de abdomen y pelvis con colección retroperitoneal. Se realiza planificación y marcación según TAC. Con apoyo ecográfico se identifica sitio de colección. Incisión de 7 cm en región dorsal izquierda y posterior drenaje de colección. Asistido con óptica de 0° se efectúa necrosectomía extensa dejando retroperitoneo con tejido vital. Drenaje con irrigación en cavidad. Al 10° día, nuevo aseo videoasistido hasta dejar cavidad limpia y drenaje *babcock* con irrigación. Evolución clínica favorable, siendo dado de alta con drenaje a caída libre con fístula pancreática tipo A de bajo débito. En controles posteriores con bolsa de colostomía en relación a trayecto fistuloso hasta disminución del débito y posterior cierre de ésta. **Comentarios:** El abordaje mínimamente invasivo comparado con la necrosectomía abierta reduce la tasa de complicaciones mayores o muerte en pacientes con pancreatitis necrotizante y tejido necrótico infectado.

COLGAJO SURAL FASCIO MÚSCULO CUTÁNEO A PEDÍCULO DISTAL

*Sergio Reyes Jaramillo, Macarena Fernanda Villarreal Varela**
Universidad de Talca. Hospital Regional de Talca. Hospital de Linares.

Introducción: El tratamiento de defectos cutáneos en áreas distales de la pierna es un problema de difícil solución para el cirujano reconstructivo, debido a la ausencia de grandes masas musculares y a la poca distensibilidad de la piel. El colgajo sural a pedículo distal descrito por Masquelet al año 1992 ofrece una solución, segura, estudios anatómicos posteriores, permitieron levantar este colgajo incluyendo porciones variables de músculo gastrocnemio, permitiendo resolver defectos tridimensionales de tamaño medio del tercio medio e inferior de la pierna, constituyendo una alternativa a los colgajos microquirúrgicos. **Objetivos:** El objetivo de este video es presentar un abordaje simple, rápido y seguro del colgajo sural fasciomusculocutáneo a pedículo distal en isla para la cobertura de defectos del tercio medio y distal de la pierna. **Descripción de video:** El video muestra un paciente con lesión del tercio distal de pierna con exposición ósea. La marcación y tallado del colgajo, su trasposición por túnel cutáneo y cobertura del defecto. **Comentarios:** El colgajo sural fascio músculo cutáneo a pedículo distal es una opción segura, de relativa fácil ejecución, para la cobertura de defectos medianos del tercio medio y distal de la pierna, que requieran volumen. Se convierte en una alternativa a los colgajos microquirúrgicos en la reconstrucción de extremidades.

CAUSAS, DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL HEMATOMA ESOFÁGICO

Héctor Valladares Hernández, Italo Braghetto Miranda*
Universidad de Chile. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: Los hematomas esofágicos obedecen a varios mecanismos: iatrogénico, los más frecuentes, espontáneos sin mediar instrumentación previa, secundarios a tratamiento anticoagulante o trombolisis y secundario a hiper-presión intraesofágica (náuseas, vómitos), la incidencia es rarísima. **Objetivos:** Presentar video en el cual se muestra los hallazgos endoscópicos, y radiológicos encontrados en el estudio de tres pacientes en los cuales se descartó la causa secundaria a instrumentación esofágica. **Descripción de video:** Estos tres casos obedecen a pacientes con antecedentes de tratamiento anticoagulante previo a presentación de cuadro clínico, consistente en vómitos con posterior dolor retro-esternal y disfagia severa. Su estudio incluyó tomografía computada de tórax, electrocardiograma y

endoscopia digestiva alta. Estudio radiológico describió gran masa de pared esofágica que estrechaba lumen, haciendo sospechar incluso la existencia de tumor esofágico. La endoscopia aclara diagnóstico descartando lesión tumoral de la mucosa, pero si abombamiento de mucosa con coloración violácea de ella, en dos pacientes se observó orificio en esófago cervical por donde fluye contenido hemático antiguo, y en tercer paciente una lesión erosiva cubierta de fibrina en tercio distal. En todos los pacientes el manejo fue conservador (Régimen cero, sonda naso yeyunal, modificación de terapia anticoagulante) con control endoscópico periódico observándose: a) Etapa aguda, se observa hematoma extenso de pared esofágica; b) Etapa intermedia, ulceración alargada de esófago secundaria a esfacelo de mucosa comprometida; c) Etapa reparativa con recuperación *ad integrum* de la mucosa. **Comentarios:** El manejo médico conservador con control endoscópico periódico es el tratamiento aconsejado en estos casos, en la literatura revisada hay acuerdo unánime al respecto y esto es lógico de plantear dado que el compromiso es sólo mucosa y submucosa de esófago con indemnidad de resto de planos de pared sin compromiso de mediastino.

ESÓFAGOGASTRO ANASTOMOSIS LAPAROSCÓPICA (ESOFAGOGASTROPLASTÍA) EN EL MANEJO DE LA ESTENOSIS ESOFÁGICA DISTAL

Manuel Figueroa Giralt, Italo Braghetto Miranda, Camila Sotomayor Ledezma, Belén Sanhueza Pozarski, Héctor Valladares Hernández*
Universidad de Chile. Facultad de Medicina, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Introducción: Las esófagogastro anastomosis en el manejo de la estenosis de la unión gastroesofágica, son procedimientos descritos a principios del siglo XX para el manejo principalmente de la achalasia. En los últimos años existen reportes de dicho procedimiento por vía mini invasiva para el manejo de rescate en achalasia recidivada. **Objetivos:** Presentar la técnica quirúrgica y el caso clínico de una estenosis de unión gastroesofágica secundaria a esofagitis eosinofílica tratada con una esófagogastro anastomosis totalmente laparoscópica mediante sutura mecánica. **Descripción de video:** Endoscopia digestiva alta confirma estenosis benigna fibrótica de la unión gastroesofágica, manometría sugerente de achalasia que se descarta luego de hallazgos laparoscópicos. Biopsia contemporánea confirma esofagitis eosinofílica. Iniciándose corticoterapia y dilataciones periódicas sin respuesta. Se plantea como tratamiento definitivo una esófagogastroplastía totalmente mini invasiva con antrectomía con gastroyeyunostomía en Y de Roux. El video muestra los detalles de la técnica empleada. Endoscopia y radiografía de control sin evi-

dencia de complicación. **Comentarios:** Las estenosis benignas del esófago representan un desafío diagnóstico y terapéutico. Sus causas son variadas y el manejo conservador presenta una alta tasa de fallas. Dentro de las causas están las estenosis fibróticas por achalasia recidivada, estenosis benigna péptica y últimamente en forma creciente por esofagitis eosinofílica. La técnica descrita representa una alternativa más en el manejo de estenosis esofágicas distales de causa benigna.

FARINGO-ÍLEO-COLO ANASTOMOSIS CON SUPLEMENTO VASCULAR MICRO-QUIRÚRGICO EN RECONSTRUCCIÓN DEL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR

Italo Braghetto Miranda, Sergio Sepúlveda Pereira, Manuel Figueroa Giralt, Enrique Lanzarini S., Belén Sanhueza Pozarski, Cristian Erazo Cortés, Rolando González Ciriano*
Universidad de Chile. Facultad de Medicina, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Introducción: En algunas situaciones clínicas excepcionales en las cuales no existe tránsito faríngeo hacia el tracto digestivo distal con imposibilidad de deglución de saliva y alimentos y constituyen un desafío quirúrgico el restablecer dicho tránsito. **Objetivos:** Presentar un video de reconstrucción del tránsito esofágico por medio de una anastomosis faringo-íleo-cólica con suplemento vascular micro-quirúrgico para mostrar los detalles de la técnica quirúrgica empleada. **Descripción de video:** Paciente con antecedentes de ingesta cáustica con necrosis esofágica completa por lo cual debió ser sometido a una desconexión faríngea con estenosis total a nivel de los senos piriforme. Se plantea como única alternativa de tratamiento el efectuar una interposición de colon con faringo-íleo-colo anastomosis y suplemento vascular micro-quirúrgico para asegurar la irrigación sanguínea. Se prepara el colon derecho preservando cólica media y derecha seccionando el tronco íleo-ceco-apéndice-cólico, con preservación de un segmento de íleon distal con sus tres últimas arcadas vasculares. El ascenso ileocólico se realiza por vía retroesternal. Y las anastomosis faringo ileal se efectúa al seno piriforme izquierdo, suplementando la irrigación vascular con micro-cirugía arterial y venosa al tronco de la tiroidea superior y vena yugular respectivamente. Posteriormente se efectúa duodeno coloanastomosis e ileotransverso anastomosis. Reconstituyendo de esta manera el tránsito digestivo en forma completa. Evolución post-operatoria sin complicaciones quirúrgicas precoces y se reinicia rehabilitación de la motilidad faríngea para manejo de la disfagia post-operatoria inicial que presentó el paciente. **Comentarios:** La planificación quirúrgica con participación multidisciplinaria de distintos especialistas es fundamental para el manejo exitoso de estos pacientes.

HERNIA HIATAL Y TUMOR NEUROENDOCRINO DUODENAL: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO POR VÍA LAPAROSCÓPICA CON CONTROL ENDOSCÓPICO INTRA-OPERATORIO

Italo Braghetto Miranda, Gustavo Martínez Riveros, Jaime Antonio Vásquez Yáñez, Enrique Lanzarini S.*
Universidad de Chile. Facultad de Medicina, Hospital Clínico Dr. José Joaquín Aguirre. Departamento de Cirugía.

Introducción: Actualmente el abordaje laparoscópico es el tratamiento quirúrgico de elección para las hernias hiatales independiente de su tipo o tamaño. Así mismo, para tumores neuroendocrinos del tubo digestivo alto las opciones de su extirpación depende del número (a veces multicéntricos) tamaño y su localización, siendo las opciones la resección endoscópica, laparoscópica o incluso abierta. **Objetivos:** Presentar un video de un paciente en que durante el estudio de su hernia hiatal como hallazgo se encuentra un tumor del vértice el bulbo duodenal cuya biopsia confirma un tumor neuroendocrino. **Descripción de video:** 1) Evaluación preoperatoria y sus hallazgos; 2) Descripción de la técnica quirúrgica empleada para tratamiento de la hernia hiatal; 3) Disección del antro gástrico, región pilórica y del duodeno hasta la segunda porción del duodeno; 4) Extirpación del tumor duodenal bajo control endoscópico intraoperatorio para asegurar límite de resección; 5) Antrectomía y gastroyeyunostomía en Y de Roux **Comentario:** El video destaca la elección de la técnica quirúrgica, los detalles técnicos y el aporte de la endoscopia intraoperatoria. **Comentarios:** El video destaca la elección de la técnica quirúrgica, los detalles técnicos y el aporte de la endoscopia intraoperatoria.

PERFORACIÓN TARDÍA DE BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO

*Ramón Díaz Jara, Álvaro Bustos Binimelis, Francisco Jesús Rodríguez Vega**
Clínica Elqui. Centro de Tratamiento de la Obesidad (Centro La Serena). Universidad Católica del Norte.

Introducción: La obesidad es un problema de salud pública a nivel mundial. La cirugía bariátrica ha demostrado ser el tratamiento de elección en estos pacientes. El *bypass* gástrico laparoscópico uno de los procedimientos bariátricos mayormente realizados a nivel mundial. Las complicaciones de este procedimiento son bajas en el post-operatorio. Se han descrito perforaciones tardías, pero sólo casos excepcionales. **Objetivos:** Se presenta el caso de un paciente operado por obesidad mórbida con perforación tardía de un *bypass* gástrico realizado vía laparoscópica. **Descripción de video:** Se presenta resolución laparoscópica de un paciente operado el año 2014 por obesidad mórbida, se realizó

en ese entonces un *bypass* gástrico laparoscópico. En el video se detalla un abdomen con signos de peritonitis, principalmente a nivel superior. Se revisa detalladamente sitios de eventual perforación, principalmente las anastomosis gastroyeyunal y yeyuno yeyunal, las cuales están indemnes. Al revisar un segmento de asa ciega a nivel del pie de la Y de Roy se encuentra micro perforación por la cual sale escaso contenido intestinal. Se repara con sutura de mono filamento reabsorbible y se realiza aseo de la cavidad abdominal. Además, se revisa la presencia de hernias internas. **Comentarios:** Existe escasa literatura de perforaciones tardías en *bypass* gástrico laparoscópico. Nuestro paciente refiere que el dolor comenzó dos meses antes de la consulta, exacerbándose las últimas horas previo a acudir a la unidad de urgencia. La evidencia existente hace más referencia a perforaciones en la yeyuno yeyuno anastomosis, pero ésta estaba en un asa ciega, fuera del contacto con alimento y eventuales cuerpos extraños. Se realizó reparación laparoscópica con excelente resultado en controles posteriores.

CIRUGÍA REVISIONAL DE GASTRECTOMÍA TUBULAR POR REFLUJO GASTRO ESOFÁGICO

Ramón Díaz Jara, Francisco Jesús Rodríguez Vega, Álvaro Bustos Binimelis*
Clínica Elqui. Centro de Tratamiento de la Obesidad (Centro). Universidad Católica del Norte.

Introducción: La gastrectomía tubular (manga gástrica) es una cirugía bariátrica que ha ido creciendo en frecuencia en los últimos años, convirtiéndose en un porcentaje importante de los procedimientos en centros de tratamiento para la obesidad. Así también, las cirugías revisionales de la manga gástrica han ido en aumento, tanto como por reganancia de peso como por reflujo gastro esofágico. Se presenta el caso de un paciente operado por obesidad con técnica de gastrectomía tubular que desarrolló reflujo gastro esofágico en el post-operatorio sin respuesta al tratamiento médico. **Objetivos:** Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino 56 años, operado por obesidad el año 2013. Se realizó Gastrectomía tubular que evolucionó con estenosis posterior que requirió dilataciones endoscópicas. Paciente consulta por episodios de regurgitación que le impiden dormir en 180°. Se realiza estudio funcional que demuestra reflujo gastro esofágico. Se presenta video de cirugía revisional para conversión a *bypass* gástrico vía laparoscópica. **Descripción de video:** Se presenta resolución de reflujo gastro esofágico post-manga gástrica. En el video se aprecia el remanente gástrico con adherencias de cirugía previa. El diseño del *pouch* gástrico según técnica convencional ocupada por el equipo, con disección cuidadosa de adherencias. Anastomosis gastro-yeyuno y yeyuno-yeyunal sin in-

convenientes. Prueba de azul de metileno sin filtración y con paso del contenido a las 4 asas de intestino delgado. Debido a la mayor tasa de filtración que presenta la cirugía revisional se procede a posicionar drenaje en relación a la gastro yeyuno anastomosis como testigo y eventual tratamiento de probable filtración. **Comentarios:** La cirugía revisional de manga gástrica es técnicamente demandante, debido a la presencia de adherencias por la cirugía previa. El reflujo gastro esofágico es una complicación importante y a veces invalidante. Nuestro paciente tuvo una evolución satisfactoria, con buen resultado funcional y sin complicaciones en el post-operatorio inmediato.

RECONSTRUCCIÓN DE PARED ABDOMINAL CON LA TÉCNICA DE SEPARACIÓN DE COMPONENTES

*Sergio Reyes Jaramillo, Macarena Fernanda Villarreal Varela**

Universidad de Talca. Departamento de Cirugía. Hospital Regional de Talca.

Introducción: La reconstrucción de grandes defectos de la pared abdominal es un gran desafío para el cirujano, la mayoría de las técnicas utilizan materiales aloplásticos no funcionales, esta técnica descrita por Ramírez el año 1990, permite una reconstrucción funcional de la pared abdominal. **Objetivos:** El objetivo de este video es mostrar la fluidez, rapidez, seguridad y facilidad de la técnica de separación de componentes para la reconstrucción de un gran defecto adquirido de la pared abdominal. **Descripción de video:** Se presenta un paciente con una hernia incisional de aprox 20 por 25 cm, los pasos críticos de la separación de componentes, el cierre del defecto y los resultados funcionales de la misma. **Comentarios:** La técnica de separación de componentes, debe ser conocida y manejada por todo cirujano general, es de fácil realización, segura, y que permite reconstruir grandes defectos de la pared abdominal de una manera funcional y con una baja tasa de recidiva.

MANEJO DE ESTENOSIS DE BYPASS ANILLADO, CON OBSTRUCCIÓN GÁSTRICA Y DILATACIÓN SECUNDARIA DEL POUCH. FÍSTULA GASTRO GÁSTRICA SECUNDARIA

*Alberto Pérez Castilla**

Clínica Indisa. Servicio de Cirugía y Cirugía Mínimamente Invasiva.

Introducción: Se presenta caso que ingresa por Urgencia con vómitos alimentarios en pacientes con *bypass* gástrico post 4 años de operado. Estudio y tratamiento. **Objetivos:** Visualización de imágenes y manejo quirúrgico mínimamente invasivo. **Descripción de**

video: Describir los pasos de la solución al manejo completo de su enfermedad, estenosis y fístula gastro gástrica. **Comentarios:** Evolución satisfactoria. Alta 48 hrs.

CISTOGASTROANASTOMOSIS LAPAROSCÓPICA. EN NECROSIS PANCREÁTICA AMURALLADA

Marcelo Zamorano Díaz, Paulo Cesar Pereira Barrera, Iván Alcota A., Carlos Olivares Mardones,*

Javier Labbe Zúñiga, Romielly Blanco R, Karina Díaz D. Universidad de Antofagasta. Unidad de Cirugía. Facultad de Medicina. Hospital Regional de Antofagasta. Servicio de Cirugía.

Introducción: La necrosis pancreática amurallada representa los estadios tardíos de una colección aguda post-necrótica, la cual contiene tanto líquido como material necrótico. Se presenta en 19% de los casos de pancreatitis aguda 4 a 6 semanas después del episodio inicial. Siendo la cirugía una opción quirúrgica válida. **Objetivos:** Describir una Técnica Mini Invasiva como es la cisto gastro anastomosis laparoscópica. **Descripción de video:** Cisto gastro anastomosis laparoscópica en paciente femenina con antecedentes de pancreatitis aguda grave. Se realiza cirugía con paciente en posición de Grassi. Apertura gástrica. Anastomosis mecánica y manual. Cierre de gastrotomía. Se realiza control endoscópico evidenciando buen resultado quirúrgico. Sin complicaciones. **Comentarios:** La cisto gastro anastomosis laparoscópica es una técnica segura y factible. Siendo una opción válida en pacientes con necrosis pancreática amurallada.

PERFORACIONES AGUDAS POST-CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA ESOFAGOGÁSTRICAS. (VIDEO)

Owen Korn Bruzzone, Italo Braghetto Miranda, Héctor Valladares Hernández, Gustavo Czwiklitzer Sumar*

Universidad de Chile. Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Dr. José Joaquín Aguirre. Clínica Avansalud.

Introducción: Las perforaciones agudas del esófago o del estómago en el post-operatorio inmediato de cirugía laparoscópica sobre dichos órganos y que no guardan relación con líneas de sutura o corchetes, son raras y su causa es incierta, pero complican y amenazan gravemente la vida del paciente demandando un diagnóstico y tratamiento oportuno. **Objetivos:** Presentar dos casos de perforaciones agudas esofagogástricas en el post-operatorio inmediato, su diagnóstico y manejo. **Descripción de video:** El video muestra los hallazgos del estudio de imágenes preoperatorias y los hallazgos en la exploración laparoscópica en un caso de perforación gástrica post-cirugía bariátrica y otro en cara

posterior de esófago tras cirugía por hernia hiatal. Se muestran las reparaciones. **Comentarios:** La etiología de esta complicación no está aclarada sospechándose áreas localizadas de isquemia o lesiones térmicas transmurales inadvertidas.

HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA EN EL ADULTO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Erick Magariños Eguez, Cristian Gallegos Caro, José Miguel Lopez Valladares, Natalia Aldana Landeros, Claudia Lemus Rivera, Lorenzo Nicolás González Palacios, Marco Bustamante Beltran, Maura Olea Andreani*

Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia). Equipo de Cirugía Digestiva y Laparoscópica Avanzada. Universidad de Santiago.

Introducción: Las hernias diafragmáticas corresponden a una malformación congénita presente en 1-5 por cada 1.000 recién nacidos vivos. Este defecto es causado por la alteración en la fusión del *septum* transverso del diafragma con los arcos costales, lo que forma un espacio débil y parcialmente susceptible de ser sobrepasado por el aumento de la presión abdominal. En algunos casos el defecto puede mantenerse asintomático por años, siendo diagnosticado de manera incidental. Existen escasas publicaciones sobre la presentación y reparación de este tipo de hernias en adultos, por lo que parece relevante una revisión a partir de un caso clínico atendido en el Hospital San José. **Objetivos:** Describir un caso clínico de hernia diafragmática congénita en un adulto y la revisión bibliográfica a propósito del mismo. **Descripción de video:** Paciente 78 años cursando pancreatitis aguda se solicita tomografía de abdomen informando hernia diafragmática derecha con ascenso de colon y tejido omental a cavidad torácica, signos de colecistitis crónica y páncreas sin alteraciones. A un mes del ingreso se planifica resolución quirúrgica; colecistectomía y hernioplastia diafragmática laparoscópica. Exploración intraoperatoria identifica hernia diafragmática paraesternal derecha con anillo de 6 cm asociado a colelitiasis. Se realiza hernioplastia diafragmática con malla y colecistectomía laparoscópica sin incidentes. Evoluciona en buenas condiciones generales siendo dado de alta a los 5 días. **Comentarios:** La hernia de Morgagni sigue siendo una patología infrecuente de presentar en edad adulta, siendo diagnosticado muchas veces como hallazgo. El abordaje laparoscópico sigue siendo el de elección, por los conocidos beneficios en la reducción del dolor post-operatorio, estancia hospitalaria y trauma post-operatorio, sumado a una mejor visualización a la cavidad abdominal, el defecto herniario y el saco. El manejo laparoscópico de la hernia de Morgagni en adultos ha demostrado ser un tratamiento seguro, y que sumado a la utilización de malla logra una probabilidad de recidiva prácticamente despreciable.

FÍSTULA BILIOPLEURAL TRAUMÁTICA RESUELTA POR VATS

Fernando Cózar Bernal, José Ignacio Ortega Sepúlveda, Marcelo Felipe Parra Novoa*

Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón). Cirugía Tórax.

Introducción: La fistula biliopleural es una complicación rara, y asociada a una elevada morbimortalidad, del trauma hepático. La presencia de bilis en la cavidad pleural es un signo patognomónico. Clínicamente puede evolucionar a un empiema bilioso loculado y llegar hasta una bronquitis necrotizante. Su tratamiento debe ser precoz de manera conservadora o requiriendo cirugía si la fistula es grande y/o es necesario desbridar la cavidad pleural o reparar órganos lesionados. **Objetivos:** Mostrar la aplicación de la VATS en el tratamiento de esta infrecuente patología. **Descripción de video:** Varón de 34 años que ingresa hemodinámicamente estable en nuestro centro tras sufrir un traumatismo torácico por arma blanca en hemitórax derecho. Tras inserción de drenaje pleural derecho con salida de líquido serohemático en torno a los 400 cc diarios, a las 72 h el paciente debuta con fiebre, el contenido pleural comienza a adquirir coloración biliosa y en la Rx de control se aprecia nivel hidroaéreo con neumoperitoneo, motivo por el cual se decide videotoracoscopia exploradora de la cavidad pleural. En ella se identifica bilitórax en fase fibrino-organizativa y lesión diafragmática, motivo por el cual se realiza una minitoracotomía de asistencia para sutura del defecto y conseguir un adecuado desbridamiento de la cavidad pleural. El post-operatorio evolucionó de manera favorable, añadiendo antibioterapia y somatostatina al tratamiento, consiguiéndose la retirada del drenaje pleural y alta hospitalaria al 7º día de la intervención quirúrgica sin incidentes. **Comentarios:** La presencia de bilis en cavidad pleural es un signo patognomónico que nos debe hacer pensar en la existencia de fistula biliopleural. El tratamiento quirúrgico mediante VATS puede ser una opción terapéutica en pacientes con fistula biliopleural de bajo gasto que presente complicaciones pleuropulmonares asociadas.

NOVEDOSO MODELO ANIMAL EX VIVO PERFUNDIDO PARA ENTRENAMIENTO EN CIRUGÍA TORÁCICA ABIERTA Y POR VIDEO-TORACOSCOPIA (VTC)

*Rubén Darío Ávila Sepúlveda, Pablo Achurra Tirado, Julián Varas Cohen, Rodrigo Tejos Sufan, Guillermo Julián Rossini Rossini, María Eliana Solovera Rozas, Felipe Alfonso Bannura Yazigi, Patricio Salas Villarroel**

Simulación UC y Centro de Cirugía Experimental, División de Cirugía Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: En la literatura existen modelos validados para la adquisición de habilidades en cirugía

torácica, como el entrenamiento en modelo porcino vivo. Sin embargo, trabajar en modelos vivos tiene implicancias y limitaciones éticas como también de costo y efectividad. A la fecha no se han descrito sistemas de perfusión de órganos torácicos para modelos *ex vivo* que permitan reemplazar el modelo porcino vivo. **Objetivos:** Desarrollar un modelo costo-efectivo de cirugía torácica abierta y por VTC de alta fidelidad utilizando bloque de corazón-pulmón *ex vivo* perfundido con sangre simulada que permita la adquisición de habilidades en cirugía torácica. Mostrar la capacidad del modelo de transferir habilidades de disección de estructuras vasculares al estar perfundido y la identificación y disección de estructuras bronquiales. **Descripción de video:** Cirugía abierta: Inicialmente se muestran pasos de dos lobectomías por toracotomía, destacando la disección vascular y bronquial. También se muestra el cierre de un muñón bronquial con sutura manual. VTC: Se demuestra la disección de la vena pulmonar superior izquierda y sección con endograpadora. Luego se muestra la disección de la arteria para el lóbulo inferior derecho y una lesión vascular asociada a sangrado simulado que se controla con endograpadora. Posteriormente, vemos la disección del bronquio al lóbulo inferior derecho comprobando la correcta insuflación del lóbulo superior previo a la sección con endograpadora. **Comentarios:** El modelo perfundido, de bajo costo y alta fidelidad constituye una prometedora herramienta para el desarrollo de programas de entrenamiento de habilidades en cirugía torácica. La principal característica es reproducir la elasticidad, tensión y flujo de vasos facilitando la disección y detección de lesiones vasculares durante el ejercicio.

ESÓFAGOYEUANO ANASTOMOSIS LAPAROSCÓPICA CON STAPLER CIRCULAR STANDARD

*Francisco Venturelli Muñoz**, *Marcelo Millán Alvarado*,
Ricardo Guarda Contardo
Hospital Base San José de Osorno. Servicio de Cirugía.
Universidad Austral de Chile.

Introducción: A pesar de que en la gastrectomía total abierta nadie en Chile discute que la anastomosis esófagoeyunal se hace con sutura mecánica circular, cuando esta se realiza por vía laparoscópica no hay consenso de como llevarla a cabo se han adoptado variadas formas de realizarla, ya sea manual, sutura lineal, etc, modificando el standard de la Cirugía abierta. **Objetivos:** Mostrar la factibilidad de realizar la anastomosis esófagoeyunal con sutura mecánica circular en la gastrectomía total por cáncer gástrico. **Descripción de video:** En el video se ve como hacer una anastomosis esófagoeyunal por vía laparoscópica

utilizando sutura mecánica circular. Se secciona el esófago, se realiza la jareta, luego se introduce la sutura mecánica y se termina con la anastomosis enteroenteral. **Comentarios:** Queda en evidencia la factibilidad de poder realizar esta anastomosis con sutura mecánica circular, respetando los principios de lo normado en la Cirugía abierta.

DECORTICACIÓN PLEUROPULMONAR VI-DEOTORACOSCÓPICA POR EMPIEMA TRAS GASTRECTOMÍA TOTAL

*José Ignacio Ortega Sepúlveda**, *Fernando Cózar Bernal*, *Fernando Antonio Olguín Herrera*
Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloisa Díaz Insunza. Cirugía Tórax.

Introducción: El cáncer gástrico aún representa la primera causa de mortalidad por tumores malignos en Chile. El único tratamiento efectivo es la gastrectomía subtotal o total, la cual no está exenta de complicaciones. Una de ellas es el empiema pleural (por dehiscencias anastomóticas) que en algunas series nacionales representa el 30% de los casos, requiriendo de la cirugía para su resolución. **Objetivos:** Mostrar como la videotoracosopia puede ser una herramienta útil para la resolución de este tipo de complicaciones. **Descripción de video:** Paciente que tras ser sometida a gastrectomía total por cáncer gástrico en el post-operatorio en UTI comienza con cuadro séptico y derrame pleural que no mejora con pleurostomía. En endoscopia de control se objetiva dehiscencia anastomótica y en TAC torácico se objetiva derrame pleural bilateral y paquipleuritis derecha, decidiéndose en primera instancia videotoracosopia derecha de limpieza y decorticación, seguida de colocación de endoprotesis esofágica y pleurostomía izquierda. Se realiza videotoracosopia objetivándose empiema pleural en fase organizativa, y se procede a liberar el pulmón en su totalidad, realizando una decorticación pleuropulmonar que afecta principalmente a lóbulo inferior derecho. Tras comprobar una adecuada reexpansión pulmonar se dejan dos drenajes pleurales que son retirados al 5° y 9° día sin incidentes. Tras una evolución tórpida del empiema izquierdo la paciente fue sometida a una videotoracosopia izquierda (a los 8 días de la VT derecha) teniéndose que convertir a toracotomía por la existencia de una paquipleuritis importante. **Comentarios:** - El empiema pleural post-gastrectomía es una complicación a tener en cuenta que requiere de un tratamiento precoz. - La videotoracosopia puede ser considerada una herramienta segura y eficaz para el tratamiento de esta patología, minimizando la agresión quirúrgica en pacientes con alto riesgo quirúrgico que no están exentos de requerir nuevas cirugías.

ANASTOMOSIS GASTROYEYUNAL CON PARTICIÓN GÁSTRICA LAPAROSCÓPICA, UNA ALTERNATIVA PARA PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO CON OBSTRUCCIÓN DEL PÍLORO EN ETAPA IV, CON DUODENO DIFÍCIL: TÉCNICA QUIRÚRGICA

Marco Ceroni Villanelo*, Enrique Norero Muñoz, Rodrigo Muñoz Claro, Cristian Martínez Belmar, Ricardo Mejía Martínez, Alfonso Díaz Fernández
Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto). Equipo de Cirugía Digestiva Esófago Gástrico. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La gastrectomía subtotal (GST) es el tratamiento de elección de los pacientes con obstrucción del píloro. La derivación gastroyeyunal es un tratamiento paliativo, para los pacientes con cáncer gástrico (CG) con obstrucción del píloro con invasión de la cabeza del páncreas, en etapa IV. La anastomosis gastroyeyunal con partición gástrica tiene mejores resultados en el vaciamiento gástrico. Existen beneficios para realizar esta técnica por vía laparoscópica. **Objetivos:** Mostrar la técnica quirúrgica de anastomosis gastroyeyunal con partición gástrica por vía laparoscópica. **Descripción de video:** Se detalla la técnica quirúrgica de la anastomosis gastroyeyunal en Y de Roux con partición gástrica parcial por vía laparoscópica. 1) Posición de los puertos de trabajo; 2) Pasos quirúrgicos: Disección de curvatura mayor cercana al polo inferior del Bazo, introducción de sondón de calibración, sección gástrica horizontal y alternativas de anastomosis gastroyeyunal; 3) Resultados quirúrgicos. **Comentarios:** La anastomosis gastroyeyunal en Y de Roux con partición gástrica, es una alternativa para pacientes con cáncer gástrico con obstrucción del píloro en etapa IV, con duodeno difícil, en plan de tratamiento paliativo o como primera etapa, en pacientes candidatos a quimioterapia paliativa y cirugía de conversión. Técnica quirúrgica que tiene todas las ventajas de la vía laparoscópica.

PERITONITIS SECUNDARIA A PERFORACIÓN DE ÚLCERA MARGINAL POST-BYPASS GÁSTRICO: TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO. REPORTE DE UN CASO

Alfonso Jorge Navia Torelli*, Eduardo Briceño Valenzuela, Nicolás Quezada Sanhueza, Mauricio Gabrielli Nervi, Fernando Crovari Eulufi
Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: Las úlceras marginales post-bypass gástrico tienen una incidencia de 0,6 a 25%. Su incidencia real es desconocida ya que la mayoría son asintomáticas. Generalmente se producen en relación a

la gastro-yeyuno anastomosis y los factores de riesgo asociados a su desarrollo son el tabaquismo y el uso AINEs, entre otros. Pueden asociarse a dolor abdominal, náuseas, vómitos, incluso hemorragia digestiva y disfagia. La perforación es infrecuente, manifestándose como dolor abdominal súbito. **Objetivos:** Describir el caso de un paciente con peritonitis secundaria a perforación de úlcera marginal post-bypass gástrico y su manejo Laparoscópico. **Descripción de video:** Paciente de 53 años con antecedentes de bypass gástrico laparoscópico 6 meses previo al día de la consulta. Asiste al Servicio de Urgencia por 4 horas de evolución de dolor abdominal difuso mayor en epigastrio de inicio súbito y asociado a omalgia izquierda. Afebril, sin náuseas ni vómitos y con antecedente de uso de AINEs en los últimos 5 días por un lumbago. Ingresa estable y con parámetros inflamatorios normales. Se realiza TAC de abdomen y pelvis que evidencia neoperitoneo, líquido libre y signos sugerentes de úlcera perforada a nivel de gastro-yeyuno anastomosis. **Comentarios:** Se decide tratamiento laparoscópico. Se utilizan 4 trócares en hemiabdomen superior. Se evidencia abundante líquido libre purulento y una solución de continuidad de aproximadamente 6 mm en cara anterior de la anastomosis gastroyeyunal con test de azul de metileno positivo. Se realiza sutura del defecto con 3 puntos separados de Seda 3-0. Se confirma indemnidad de la sutura con nuevo test y se refuerza sutura con parche de epiplón. Se realiza además aseo de la cavidad y se dejan dos drenajes. Evolución post-operatoria sin morbilidad. Se realimenta en forma progresiva al segundo día, se retiran drenajes al tercer y cuarto día y es dado de alta al sexto día post-operatorio sin incidentes.

VIDEOTORACOSCOPIA PRECOZ EN EL HEMOTÓRAX ORGANIZADO

Daniel Castellón García*, Fernando Cózar Bernal, Ana Isabel Trivino García, Elías Veas Cortés
Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia). Cirugía Tórax. Hospital Puerta Del Mar (Cádiz, España).

Introducción: El traumatismo torácico penetrante (TTP) desgraciadamente es una patología frecuente en nuestro centro sanitario. Si bien en la mayoría de los casos la pleurostomía constituye el tratamiento más frecuente e incluso único de los pacientes que presentan TTP, en ocasiones no es suficiente y se desarrollan complicaciones. La más frecuente en este tipo de patologías es el hemotórax organizado. **Objetivos:** Mostrar como la realización de una videotoracoscopia precoz en el TTP es segura y eficaz evitando en muchas ocasiones una toracotomía. **Descripción de video:** Varón de 28 años con antecedentes personales de tabaquismo y consumidor de diferentes tóxicos que

acude a Urgencias tras sufrir una apuñalada en hemitórax derecho. A su llegada el paciente se encuentra estable hemodinámicamente, disneico y con dolor pleurítico en hemitórax derecho. Tras inserción de drenaje pleural derecho con salida de 420 cc hemático el paciente pasa a observación y tras buena evolución hemodinámica se traslada a la sección de cirugía torácica. Tras 5 días de evolución favorable desde el punto de vista clínico, con débitos serohemáticos inferiores a 300 cc diarios, comienza con febrícula y en la radiografía de control presenta un nivel hidroaéreo basal derecho, motivo por el cual se decide someterlo a una videotoracoscopía exploradora. Se realiza videotoracoscopía de dos puertos, identificando un hemotórax en fase organizativa, el cual se evacua. Se identifica una pequeña zona inciso-contusa en parénquima pulmonar la cual se electrocoagula. Tras comprobar la adecuada reexpansión pulmonar se deja un drenaje pleural posterosuperior. La evolución post-operatoria es muy favorable con retirada del drenaje pleural y alta hospitalaria a las 48 h sin complicaciones pleuropulmonares. **Comentarios:** El hemotórax retenido u organizado es una patología a tener en cuenta en la evolución de los TTP. La videotoracoscopía precoz es una herramienta mínimamente invasiva con resultados eficaces y seguros que puede aplicarse en los TTP.

DERIVACIÓN BILIODIGESTIVA EN Y DE ROUX LAPAROSCOPIA EN EL MANEJO DE LESIONES COMPLEJAS DE LA VÍA BILIAR

Gerardo Pinto Astudillo, Pablo Penailillo Bonacich, Francisco San Miguel Mardones, José Ignacio Fernández Fernández, Adrián Pinto Cisternas*
Hospital El Pino (Santiago, San Bernardo). Cirugía Digestiva Alto. Universidad Andrés Bello (UNAB). Universidad Pedro de Valdivia (UPV).

Introducción: La lesión de la vía biliar es una complicación en la cirugía biliar de manejo complejo, generalmente posterior a colecistectomía laparoscópica con tasas que varían entre 0,1% y 0,3% dependiendo del centro y las condiciones locales de la vesícula biliar. La técnica de elección es la anastomosis término lateral al duodeno o al yeyuno. **Objetivos:** El objetivo de este trabajo es exponer mediante un video, la experiencia y resultado del equipo de cirugía digestiva alta del Hospital el Pino en la reparación laparoscópica de la lesión de vía biliar compleja. **Descripción de video:** Paciente sexo masculino de 63 años, consultó al Servicio de Urgencia por cuadro compatible con colecistitis aguda litiásica. Ingresó a pabellón el xx/06/2016, se realizó colecistectomía laparoscópica y drenaje, procedimiento se describe como complejo. A las 48 horas del post-operatorio, débito de drenaje es de 500 a 700 cc de bilis. Colangiografía muestra posible lesión de vía

biliar. ERCP identifica una estenosis completa del tercio distal del colédoco. Se realiza laparoscopia exploradora, identificando un importante proceso inflamatorio con adherencias intestinales a nivel hepático, una vez liberado, se identifica sección completa de hepático común a nivel de la confluencia de los hepáticos derecho e izquierdo, se confirma con colangiografía intraoperatoria viabilidad de dichos conductos. Se confecciona hepático yeyuno anastomosis en Y de Roux utilizando material de sutura vicryl 4-0. El paciente evoluciona sin complicaciones. Débito de drenaje diario de 10 a 15 cc bilioso. Inicia realimentación al día siguiente de la cirugía y es dado de alta al séptimo día post-operatorio. Se controla al paciente al séptimo y treceavo día, en excelentes condiciones, donde se retira el drenaje. **Comentarios:** Este video demuestra que el abordaje laparoscópico en lesiones complejas de la vía biliar es una alternativa segura y eficaz, con baja morbilidad a corto plazo.

RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA DE HERNIA DE AMYAND

Marco Albán García, Jaime Carrasco Toledo, Cristhian Ignacio Guerman González, Jessica Toledo Echeverría*
Clínica Tabancura. Herniacenter.

Introducción: La hernia de Amyand se define como la presencia del apéndice sano o patológico, dentro de una hernia inguinal. La incidencia es cercana al 1% del total de hernias inguinales y al 0,1% de las apendicitis. Se puede presentar en cirugía electiva o de urgencia. **Objetivos:** Se presenta un video de 1 caso de Hernioplastia inguinal derecha laparoscópica por técnica TAPP con malla autoadherente, con hallazgo de hernia de Amyand con apéndice sano, en el Hernia Center de la Clínica Tabancura de Santiago. **Descripción de video:** 55 años, masculino, sin comorbilidades, hernioplastia inguinal bilateral hace 3 años, con recidiva herniaria a derecha sintomática, de 3 x 4 cm blanda, parcialmente reductible, sin episodios de atascamiento, exámenes normales con informe ecográfico que describe contenido intestinal no complicado. Se resuelve por técnica TAPP, se objetiva hernia de Amyand con apéndice sano. Se invagina contenido de ciego y apéndice sin manipular directamente el apéndice, sin resecarlo y se resuelve la recidiva con malla autoadherente, sin complicaciones perioperatorias. Alta a las 24 horas, reinicio de actividades laborales y deportivas a los 7 días. **Comentarios:** De acuerdo a publicaciones internacionales la morbi-mortalidad en una hernioplastia electiva puede aumentar con la presencia del apéndice (sano o patológico) en el saco herniario dependiendo de la correcta toma de decisiones en su tratamiento. En hernia Amyand con apéndice sano no es necesario su resección.

TÉCNICA PARA LA INSTALACIÓN DE ESFÍNTER ANAL ARTIFICIAL EN PACIENTE CON TRAUMA PERINEAL GRAVE PARA EL MANEJO DE INCONTINENCIA FECAL SEVERA

José Manuel Vivanco Aguilar*, Gabriela Walker González, Misael Ocares Urzúa, Claudio Benavides Yáñez, Felipe Martín Quijada, Gino Caselli Morgado
Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción). Coloproctología. Universidad San Sebastián. Universidad De Concepción.

Introducción: En la continencia defecatoria están involucrados diversos mecanismos y estructuras anatómicas tanto anales como extra-anales. Cuando existen lesiones del aparato esfinteriano que no son susceptibles de reparación quirúrgica o de neuro-estimulación, es cuando tendría su indicación la colocación de un esfínter anal artificial. Este dispositivo fue diseñado para restaurar una zona de alta presión en el canal anal de manera estática, sin necesidad de contribución voluntaria para aumentar la presión. **Objetivos:** Describir técnica quirúrgica de instalación de esfínter anal artificial A.M.I (*Soft anal band system, Agency for Medical innovations, Fledkirch, Austria*). **Descripción de video:** Paciente adulto con antecedentes de trauma perineal por accidente laboral e incontinencia fecal severa, que por ausencia de criterios para realización de una esfinteroplastía muscular se decide la instalación de un esfínter anal artificial. Se lleva a cabo intervención con la utilización de esfínter anal artificial A.M.I (*Soft anal band system, Agency for Medical innovations, Fledkirch, Austria*). La técnica quirúrgica constó de dos tiempos. El primero, perineal con la instalación del *cuff* perianal y un segundo tiempo abdominal con la instalación de la válvula de presión y el balón de control. Paciente evoluciona bien del punto de vista quirúrgico, programándose cierre de colostomía y activación del dispositivo dentro de 6 semanas, lo cual se realiza sin incidentes. **Comentarios:** La instalación de esfínter anal artificial es una estrategia válida y segura para mejorar la continencia defecatoria en pacientes con incontinencia anal severa y daño esfinteriano irreparable quirúrgicamente.

RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA DE RECIDIVA HERNIARIA INGUINAL CON ANTECEDENTE DE MALLA PREPERITONEAL POR VÍA LAPAROSCÓPICA

Cristhian Ignacio Guerman González*, Marco Albán García, Jaime Carrasco Toledo, Jessica Toledo Echeverría, Gabriela Ochoa Suazo, Galo Esteban Cardenas Santacruz
Clínica Tabancura. Herniacenter.

Introducción: La recurrencia herniaria actualmente es cada vez más infrecuente, pero puede llegar hasta un

1% según diferentes series. La técnica laparoscópica no presenta diferencias estadísticamente significativas en cuanto a recurrencia con la técnica abierta y actualmente se recomienda como técnica ideal para el manejo de las recurrencias. **Objetivos:** Se presenta un video de un caso de resolución laparoscópica de recidiva herniaria inguinal izquierda con antecedente de cirugía previa con técnica TAPP y uso de malla preperitoneal Progrid, en el Herniacenter de la Clínica Tabancura de Santiago. **Descripción de video:** Paciente masculino de 44 años, con antecedente de hernioplastia inguinal laparoscópica con técnica TAPP y uso de malla preperitoneal Progrid sin incidentes intraoperatorios descritos. Evoluciona con aumento de volumen progresivo en zona inguinal, parcialmente reducible y sin episodios de atascamiento. Se realiza estudio imagenológico con ecografía abdominal que describe recidiva herniaria con contenido intestinal no complicado. Se efectúa cirugía laparoscópica con técnica TAPP, objetivando recidiva inguinal izquierda, con malla *in situ*, la cual forma parte del saco. Se invagina contenido, resolviendo la recidiva con otra malla Symbotex, logrando además cierre de flan peritoneo. Paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta a las 24 horas. **Comentarios:** La cirugía de la hernia inguinal recidivada por vía laparoscópica presenta ventajas sobre la técnica abierta y es actualmente la vía de abordaje recomendado, pero presenta un desafío técnico importante. El uso de mallas doble capa es una alternativa que permite una resolución segura y eficaz, en especial en recidivas con mallas retroperitoneales, donde la disección del peritoneo con fibrosis hacia la malla, puede dejar brechas peritoneales con exposición de malla hacia asas.

ENTRENAMIENTO SIMULADO PARA LA ADQUISICIÓN DE HABILIDADES EN CIRUGÍA ANTIREFLUJO Y BARIÁTRICA LAPAROSCÓPICA

Rubén Darío Ávila Sepúlveda, Pablo Achurra Tirado*, Rodrigo Tejos Sufan, Sergio Pacheco Santibáñez, Guillermo Julián Rossini Rossini, Mauricio Gabrielli Nervi, Fernando Crovari Eulufi, Nicolás Quezada Sanhueza, Julián Varas Cohen
Simulación UC y Centro de Cirugía Experimental, División de Cirugía, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La cirugía laparoscópica se ha convertido en la vía de abordaje de elección para un gran número de procedimientos. En el caso de la cirugía bariátrica y la cirugía de anti-reflujo es indispensable el desarrollo y fortalecimiento de habilidades y técnicas quirúrgicas. Los métodos de entrenamiento, a través de la simulación, permiten crear un ambiente

seguro y confiable para el aprendizaje, donde los errores se corrigen sin riesgos para los pacientes. Se presenta un video resumen de un novedoso entrenamiento simulado en caja de cirugía laparoscópica esofágica gástrica y bariátrica. **Objetivos:** Mostrar un modelo costo-efectivo para el entrenamiento de cirugía antireflujo y bariátrica laparoscópica. **Descripción de video:** Metodología del programa de entrenamiento y Descripción del video El entrenamiento combina componentes teóricos y prácticos. El componente teórico esta dado por videos y lectura seleccionada. El componente práctico se realiza en un modelo de alta fidelidad y bajo costo. Se utilizan materiales sintéticos combinados con tejidos *ex vivo* de porcino y bovino dentro de un simulador de alta definición de laparoscopia. El alumno es supervisado por tutores expertos que realizan *feedback* efectivo, corrigiendo los errores y entregando “tips” para realizar correctamente cada uno de los procedimientos. En el video se muestra los hitos más relevantes en la realización de una: Hernioplastia hiatal con funduplicatura de Nissen con malla, mostrando el cierre laparoscópico de los pilares del diafragma y la posterior plicatura del fondo gástrico. Entero-entero anastomosis con endograpadora, incluyendo la realización de las enterotomías y el cierre manual laparoscópico del defecto resultante de estas. Gastro-yeyuno anastomosis manual laparoscópico en dos planos. Gastro-yeyuno anastomosis con endograpadora con cierre manual laparoscópico de la enterotomía y gastrotomía. **Comentarios:** El video presentado muestra un modelo de entrenamiento simulado, costo-efectivo y de alta fidelidad para la adquisición de habilidades en cirugía antireflujo y bariátrica laparoscópica.

PERIQUISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA DE SEGMENTOS POSTERIORES EN POSICIÓN SEMI-PRONO

*Cesar Muñoz Castro, Carlo Marino Coloma**
Universidad Católica del Maule. Cirugía Digestiva.
Hospital Regional de Talca.

Introducción: La periquistectomía total o casi total por vía laparoscópica es una técnica mínimamente invasiva para el tratamiento de la hidatidosis hepática ha permitido que los paciente obtengan los beneficios de esta técnica sin perder los principios de la cirugía radical, sin embargo, la ubicación posterior o retrohepática de algunas lesiones las hacen poco favorables para esta técnica. El objetivo de este video es demostrar la técnica de periquistectomía casi total de un quiste hidatídico ubicado en los segmentos posteriores del hígado en posición semiprono. **Objetivos:** Describir la técnica quirúrgica utilizada en la realización de periquistectomía laparoscópica

de segmentos posteriores del hígado. **Descripción de video:** Paciente de 18 años con antecedentes de cirugía pulmonar bilateral por hidatidosis, durante el seguimiento se pesquisa lesión quística de aspecto hidatídico en segmentos posteriores del hígado que se encuentra en íntimo contacto con la vena cava retrohepática. Se decide realizar cirugía laparoscópica previo tratamiento con Albendazol. En posición semiprona, se realiza instalación de trocates. Movilización del hígado derecho seccionando sus ligamentos. Posteriormente se realiza el aislamiento del campo operatorio con gasas embebidas en solución hipersónica. Se realiza punción y aspiración del quiste. Se extrae la membrana prolígera. Se procede a realizar periquistectomía casi total, dejando sólo un fragmento de periquística adherido a la vena cava. El paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta al 2 día de post-operatorio. **Comentarios:** La posición semiprono, permite facilitar técnicamente la resolución de quistes hidatídicos de los segmentos posteriores del hígado, al realizar una visión directa de las lesiones y utilizar la gravedad como medio de separación hepática.

PANCREATODUODENECTOMÍA TOTALMENTE LAPAROSCÓPICA CON RECONSTRUCCIÓN MEDIANTE PANCREATOYEUANOANASTOMOSIS SEGÚN TÉCNICA DE BLUMGART

Sergio Pacheco Santibáñez, Rubén Darío Ávila Sepúlveda, Erick Castillo Franz, Pablo Achurra Tirado, Julián Varas Cohen, Marcel Paolo Sanhueza García, Eduardo Briceño Valenzuela, Juan Francisco Guerra Castro, Jorge Martínez Castillo, Nicolás Jarufe Cassis*

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

Introducción: La resección pancreática es una técnica desafiante debido a factores anatómicos como localización retroperitoneal e íntimo contacto con duodeno y estructuras vasculares. Además requiere complejas reconstrucciones al páncreas, vía biliar y estómago/duodeno. Debido a esto la utilización de la laparoscopia en la pancreatoduodenectomía ha sido lenta en comparación con otros tipos de cirugías abdominales. **Objetivos:** Describir la técnica quirúrgica de la pancreatoduodenectomía totalmente laparoscópica con reconstrucción mediante pancreatoyeyunoanastomosis según técnica de Blumgart. **Descripción de video:** Paciente de sexo femenino de 75 años de edad sin antecedentes mórbidos. Presentó cuadro de tres semanas de evolución de compromiso del estado general, baja de peso e ictericia progresiva

de piel y escleras más coluria. Se realizó RNM que evidenció tumor en la cabeza del páncreas de 4 cm de diámetro asociado a dilatación de la vía biliar y el conducto pancreático, sin signos de irreseccabilidad. Estudio de diseminación negativo para metástasis. Se efectuó pancreatoduodenectomía totalmente laparoscópica. Se realizó reconstrucción mediante pancreatoyeyunoanastomosis termino-lateral en dos planos con anastomosis ducto-mucosa con seda 5/0 puntos separados y luego segundo plano según técnica de Blumgart con puntos separados de seda 3/0, hepaticoyeyunoanastomosis en un plano con Vycril 4/0 continuo y gastroyeyunoanastomosis antecólica con *stapler* 45 mm carga azul. Paciente evoluciona favorablemente sin complicaciones, fue dada de alta al séptimo día post-operatorio. **Comentarios:** Con el aumento de la experiencia en cirugía laparoscópica, existe evidencia creciente que la pancreatoduodenectomía es una técnica segura, con las ventajas tradicionales de la cirugía laparoscópica y resultados oncológicos equivalentes.

HEPATECTOMÍA LAPAROSCÓPICA DE DONANTE VIVO HEPÁTICO. DETALLES TÉCNICOS DE LA CIRUGÍA

Sergio Pacheco Santibáñez, Rubén Darío Ávila Sepúlveda, Erick Castillo Franz, Juan Carlos Patillo Silva, Marcel Paolo Sanhueza García, Eduardo Briceño Valenzuela, Juan Francisco Guerra Castro, Jorge Martínez Castillo, Nicolás Jarufe Cassis*

Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamentos de Cirugía Digestiva y Cirugía Pediátrica. Facultad de Medicina. Escuela de Medicina.

Introducción: La segmentectomía lateral con pedículo hepático izquierdo, es un procedimiento estandarizado para la donación de hígado de adulto a paciente pediátrico. **Objetivos:** Describir la técnica quirúrgica de donante vivo adulto-niño por laparoscopia en un paciente con variantes anatómicas de la arteria hepática izquierda (AHI) y presencia de una vena de Tanaka (VT). **Descripción de video:** Donante femenino de 31 años para su hija de 3 años con cirrosis hepática secundaria a atresia biliar. El video describe la técnica quirúrgica paso a paso de la resección hepática izquierda para receptor pediátrico con especial énfasis en la disección de la AHI dado que presentaba un trayecto de menos de 1 cm tras lo cual se trifurcaba, ésta se seccionó a ras de la emergencia de la arteria hepática derecha preservando las tres ramas arteriales que se dirigen al injerto. Se identificó

vena suprahepática izquierda (VSI) y media, además de una VT con la ayuda de ecografía laparoscópica intraoperatoria. Se disecó vena porta izquierda (VPI), se seccionaron ramas dirigidas al segmento I lo que facilitó el aislamiento de la rama portal izquierda. Se produjo delimitación isquémica al realizar clampeo transitorio de la AHI y VPI. Se realizó transección hepática en segmento IV, dos centímetros a la derecha del ligamento falciforme con bisturí ultrasónico y bipolar. Se seccionó el CHI previa comprobación con colangiografía intraoperatoria. Se realizó disección de la VT seccionándola para lograr mejor acceso a VSI. Extracción de pieza operatoria en bolsa mediante laparotomía de Pfannenstiel. El post-operatorio fue satisfactorio sin complicaciones. El injerto tuvo un muy buen funcionamiento favoreciendo la rápida recuperación de la receptora. **Comentarios:** En la hepatectomía laparoscópica para donante vivo, se debe estar atento a las variantes anatómicas y preservarlas para mantener buena función del injerto, al mismo tiempo de evitar daños en el donante.

TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DEL SÍNDROME DE MIRIZZI TIPO II (COLEDOCOPLASTÍA Y EXPLORACIÓN DE VÍA BILIAR CON SONDA KEHR)

*Cesar Muñoz Castro, Franz González Arboleda**
Hospital Dr. César Garavagno Burotto (Talca).
Cirugía Digestiva. Universidad Católica del Maule.

Introducción: El tratamiento de la litiasis de la vía biliar es frecuente y se de variadas alternativas. Las fistulas colescistocoledocianas (Síndrome de Mirizzi) pueden complicar el tratamiento más aún en casos de pacientes con patología aguda y obesidad mórbida. **Objetivos:** Describir el tratamiento de una paciente portadora de ictericia obstructiva asociado a colelitiasis que por su obesidad y fracaso endoscópico (CPRE) se completó por vía laparoscópica. **Descripción de video:** Paciente femenina de 70 años, con antecedentes de obesidad (IMC 45 kg/m²), diabetes mellitus e HTA, consulta por ictericia obstructiva. En el estudio se realiza ecografía abdominal que evidencia colelitiasis con vesícula atrofica y dilatación de la vía biliar extrahepática, siendo este examen limitado por la obesidad de la paciente. Se solicita colangiografía para complementar el estudio, sin embargo, el perímetro abdominal no permite realizar el examen. Se realiza CPRE con hallazgos de litiasis múltiple en vía biliar con cálculo mayor de 2,5 cm y fistula a vesícula biliar. Se decide realizar cirugía laparoscópica. En la exploración de evidencia vesícula atrofica, y que tras disección presenta un fistula inmediatamente por debajo de

la confluencia biliar. Se completa la colecistectomía y se realiza rafia del defecto con un parche de vesícula. Se realiza coledocotomía supraduodenal extrayendo la prótesis biliar y los cálculos. Se realiza instalación de sonda kehr N° 14 y coledocorrafia. La paciente evoluciona favorablemente en el post-operatorio y es dada de alta al 4 día de post-operatorio. La biopsia de la vesícula demostró colecistitis crónica xantogranulomatosa. **Comentarios:** La Cirugía laparoscópica en el tratamiento del Síndrome de Mirizzi y la litiasis de vía biliar es una alternativa que puede ser utilizada en casos de fracaso a resolución endoscópica y pacientes seleccionados.

MODELO DE ENTRENAMIENTO *EX VIVO* CON SISTEMA DE PERFUSIÓN PARA LA ADQUISICIÓN DE HABILIDADES EN HEPATECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

*Rodrigo Tejos Sufan**, *Pablo Achurra Tirado*,
Rubén Darío Ávila Sepúlveda, *Sergio Pacheco*
Santibáñez, *Rolando Rebolledo Acevedo*,
Marcel Paolo Sanhueza García,
Nicolás Jarufe Cassis, *Julián Varas Cohen*
Simulación UC y Centro de Cirugía Experimental,
División de Cirugía, Pontificia Universidad Católica
de Chile.

Introducción: En los últimos años el abordaje laparoscópico de la cirugía hepática es cada vez más frecuente. Sin embargo, las curvas de aprendizaje son largas dado el relativo bajo volumen de pacientes sometidos a esta intervención y la dificultad técnica producida principalmente por la anatomía hepática. A la fecha se han propuesto programas de entrenamiento basados en modelos animales vivos anestesiados. Estos programas tienen importantes limitaciones éticas y de costos asociados (personal, anestesia y pabellón quirúrgico). Por ahora no es posible entrenar cirugía hepática en cajas de entrenamiento (simuladores) de laparoscopia. **Objetivos:** Desarrollar un modelo de alta fidelidad y bajo costo para la adquisición de habilidades en cirugía hepática laparoscópica en una caja de entrenamiento. **Descripción de video:** Se creó un modelo *ex vivo* de hígado hepático ovino con vasos irrigados por sangre artificial por medio de una bomba de perfusión. Expertos y residentes realizaron un control vascular y luego transección del parénquima tal y como está descrito en un paciente. El procedimiento comienza con la disección y control del pedículo hepático, donde el paso crítico es la identificación de la vena porta izquierda ya que tiene un trayecto intrahepático. Además se controla la vía biliar y arteria hepática izquierda. El modelo

permite delinear el límite a reseca con monopolar y luego la transección hepática se realiza con bisturí armónico, kelly-clasia y control con ligadura y/o clips de las estructuras vasculares. Finalmente la vena hepática izquierda se secciona con *stapler* completando la transección. En el video se seccionan intencionalmente algunas estructuras vasculares para demostrar el sangrado simulado. **Comentarios:** El modelo de entrenamiento propuesto es de bajo costo, alta fidelidad y fácil implementación en comparación al entrenamiento en animal vivo. Su difusión e implementación en distintos centros de simulación podría ser una prometedora herramienta para el entrenamiento de Cirujanos a lo largo del país.

MIOTOMÍA ENDOSCÓPICA POR VÍA ORAL (POEM) PARA EL TRATAMIENTO DE LA ACALASIA ESOFÁGICA

Ricardo Mejía Martínez, *Josefina Saez Binelli**,
Andrés Donoso Durante, *Fernando Pimentel Müller*,
Fernando Crovari Euhufi, *Mauricio Gabrielli Nervi*,
Allan Sharp Pittet
Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento
de Cirugía Digestiva.

Introducción: La acalasia es el trastorno motor primario esofágico más frecuente. Existen varias alternativas de tratamiento; el *gold standard* actual es la miotomía de Heller laparoscópica. Con el auge de la endoscopia avanzada y la cirugía por orificios naturales (NOTES), se desarrolló la miotomía endoscópica (POEM), que ha abierto nuevas posibilidades para el manejo de esta condición. **Objetivos:** Describir la técnica de miotomía esofágica endoscópica en un paciente con diagnóstico de acalasia. **Descripción de video:** Se presenta el caso de un hombre de 70 años, portador de fibrosis pulmonar, con historia de disfagia de dos años de evolución y desnutrición secundaria. Estudio endoscópico y manométrico confirmaron una acalasia esofágica tipo II. Se manejó inicialmente con inyección de toxina botulínica para mejoría nutricional previa al tratamiento definitivo. Tres meses luego de esto, se realizó un POEM. En pabellón, bajo anestesia general y en decúbito dorsal, se realiza endoscopia y se localiza unión gastroesofágica. Se eleva mucosa esofágica mediante inyección de coloide, luego mucotomía y creación de túnel submucoso, desde los 30 a los 48 cm. Se procede a la miotomía de las fibras circulares internas desde los 35 a los 48 cm, cerrando posteriormente la mucosa con clips. A las veinticuatro horas se controla con radiografía esófago-estómago-duodeno, descartando filtraciones y asegurando buen paso de contraste a distal. Es dado de alta al tercer día

tolerando líquidos. En el seguimiento a 4 meses se objetiva paciente sin disfagia y Score de Eckardt de cero puntos. **Comentarios:** El POEM es una alternativa segura y eficaz en el tratamiento de la acalasia. Los resultados a corto y mediano plazo han demostrado ser comparables a la miotomía de Heller. El seguimiento a largo plazo determinará si logra transformarse en el nuevo *gold-standard*.

ENDOMETRIOSIS INFILTRANTE RECTAL, VAGINAL Y URETERAL. RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA

Rodrigo Migueles Cocco, Jorge Branes Yunusic, Javier Domínguez Cruzat, Felipe Andrés Imigo Gueregat, Gustavo Javier Montesinos Abujatum*
Pontificia Universidad Católica de Chile.
Unidad de Coloproctología, Departamento de Cirugía Digestiva, Facultad de Medicina. Departamento de Gineco-Obstetricia, Facultad de Medicina. Departamento de Urología, Facultad de Medicina.

Introducción: El compromiso endometriósico del colon y recto esta presente en el 5% a 10% de los casos y se manifiesta por dolor pélvico, constipación o masa. El diagnóstico es clínico e imagenológico por resonancia magnética, sólo siendo confirmado mediante visualización directa y estudio histológico. **Objetivos:** Presentar la técnica quirúrgica laparoscópica resectiva rectal, vaginal y ureteral y restauración anatómica mediante la misma vía. **Descripción de video:** Mujer de 55 años, portadora de endometriosis de larga data (18 años) operada el 2005 y 2008 por vía laparoscópica, primero de un nódulo recto-vaginal y luego de histerectomía más salpingectomía bilateral. Consulta por dolor pélvico intenso de 6 meses y disquecia. Resonancia magnética muestra nódulos endometriósicos de 3,8 cm en cúpula vaginal y 3 cm infiltrante en pared anterior de recto superior con posible compromiso ureteral bilateral. Colonoscopia sin lesiones intraluminales. Cirugía electiva. Catecterización ureteral bilateral. Acceso laparoscópico. Exploración confirma hallazgos imagenológicos. Se realiza resección anterior baja de recto nódulo de cúpula vaginal. Identificación y disección ureteral bilateral seccionando uréter derecho debido a infiltración deformante de la posición anatómica. Se completa cirugía restituyendo continuidad intestinal y reimplante ureteral mediante técnica de vejiga psicoica, todo por vía laparoscópica. Post-operatorio con íleo adinámico e infección del tracto urinario resueltos con manejo médico. Alta al día 16 sin Foley. Retiro del catéter ureteral al mes post-operada. **Comentarios:** La cirugía de la endometriosis colorrectal es compleja debido a la distorsión de los planos anatómicos, sin embargo es factible de realizar por vía laparoscópica, aún cuando

exista compromiso vaginal y de las vías urinarias. Además es posible resolver las complicaciones intraoperatorias por esta misma vía.

RESECCIÓN ENDOSCÓPICA A TRAVÉS DE TÚNEL SUBMUCOSO DE UN LEIOMIOMA DE UNIÓN GASTRO-ESOFÁGICA

Ricardo Mejía Martínez, Josefina Sáez Binelli, Andrés Donoso Durante, Fernando Pimentel Müller, Fernando Crovari Eulufi, Mauricio Gabrielli Nervi, Allan Sharp Pittet*

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

Introducción: Los tumores benignos esofágicos son infrecuentes y su histología depende del componente de la pared que los origina. Hasta 60% corresponden a leiomiomas, representando 0,005-5,1% de los tumores esofágicos. Predominan en hombres, entre cuarenta y cincuenta años. La mayoría se ubica en los dos tercios distales del esófago y no suelen dar manifestaciones clínicas cuando son pequeños. Un porcentaje menor genera disfagia al aumentar de tamaño. Lesiones pequeñas y asintomáticas pudieran observarse. La resección está indicada ante duda diagnóstica, aparición de síntomas o crecimiento. Dada su ubicación el abordaje es complejo; las alternativas terapéuticas comprenden desde enucleación por laparo o toracoscopia, hasta esofagectomía. Derivado del POEM, se desarrolló una nueva técnica para resección de tumores submucosos mediante tunelización. **Objetivos:** Comunicar un caso de resección endoscópica por túnel submucoso de un leiomioma de unión gastro-esofágica. **Descripción de video:** Hombre de 47 años, portador de síndrome metabólico. En estudio preoperatorio para cirugía bariátrica se pesquisa en endoscopia digestiva alta una lesión sub-epitelial en UGE de dos centímetros, asintomática. Endosonografía digestiva alta describe lesión de 1,86 x 0,65 cm, originada en la muscular de la mucosa esofágica. TAC de tórax-abdomen-pelvis no identifica el tumor ni signos de diseminación. Se decide resección endoscópica. En pabellón se realiza endoscopia en decúbito dorsal, identificándose lesión submucosa en UGE. Inyectando coloide se eleva la mucosa, cinco centímetros proximales a la lesión. Creación de túnel submucoso y disección hasta aislar y reseca nódulo redondeado de dos centímetros de diámetro, dependiente de la muscular de la mucosa. Se extrae por el túnel, se comprueba hemostasia y cierra la mucosa con clips. A las veinticuatro horas, control con radiografía esófago-estómago-duodeno descarta filtraciones. Biopsia diferida informa leiomioma esofágico. **Comentarios:** La resección endoscópica por tunelización submucosa es una técnica efectiva y segura para tratar lesiones subepiteliales de UGE, especialmente las originadas en la capa muscular de la mucosa.

MANEJO MÍNIMAMENTE INVASIVO DE UNA FILTRACIÓN ANASTOMÓTICA Y PELVIPERITONITIS SECUNDARIA TRAS RESECCIÓN ANTERIOR ULTRABAJA DE RECTO Y RECONSTRUCCIÓN DE TRÁNSITO VÍA LAPAROSCÓPICA EN SEGUNDO TIEMPO

*Gino Caselli Morgado**, *Misael Ocares Urzúa*,
Gabriela Walker González, *José Manuel Vivanco Aguilar*
Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente
(Concepción). Coloproctología. Universidad de Concepción.
Clínica Universitaria Concepción.

Introducción: Los beneficios de la cirugía laparoscópica respecto a cirugía abierta en pacientes con patología colorrectal han sido bien establecidos. La re-laparoscopia en pacientes que han presentado complicaciones después de una intervención laparoscópica reciente han sido reportadas en algunos grupos seleccionados de pacientes. **Objetivos:** Demostrar que relaparoscopia pudiera ser un abordaje óptimo para el manejo de complicaciones en cirugía colorrectal, manteniendo todos los beneficios del este abordaje y evitando una laparotomía. **Descripción de video:** Paciente adolescente intervenido por un cuadro de rectorragia severa por úlcera rectal solitaria y pólipo inflamatorio cloacogénico de recto inferior, realizándose resección anterior ultrabaja vía laparoscópica con ileostomía en asa de protección. Al tercer día post-operatorio clínicamente se evidencia dehiscencia anastomótica confirmada por tomografía axial con contraste endoanal y rectoscopia flexible, motivo por el cual se decide realizar una relaparoscopia con aseó peritoneal y drenajes, asociado al desmantelamiento de la anastomosis colorrectal, exteriorización transanal de esta y una fistula mucosa. Seis meses posterior a cirugía inicial se programa descenso de colon y reconstrucción de tránsito vía laparoscópica con ileostomía de protección. Paciente evoluciona bien del punto de vista clínico y alta al cuarto día post-operatorio. **Comentarios:** La relaparoscopia para el manejo de complicaciones posterior a cirugía colorrectal laparoscópica es posible, apareciendo como una alternativa segura y efectiva en pacientes seleccionados y en manos expertas.

TUMORECTOMÍA LAPAROSCÓPICA PARA RESOLUCIÓN DE GIST GÁSTRICO. PRESENTACIÓN DE 2 ABORDAJES

Rodrigo Abularach Cuellar, *Felipe Castillo Henríquez*,
Javier Reyes Illanes, *Gonzalo Masia Lopez**
Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel).
Servicio de Cirugía - Equipo de Cirugía Digestiva.

Introducción: Los tumores de origen mesenquimático constituyen el 3% de las neoplasias gástricas, siendo los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) los

más frecuentes. El abordaje laparoscópico ha demostrado ser una alternativa eficaz para el tratamiento de estos tumores. **Objetivos:** Dar a conocer dos casos de pacientes con tumores de origen mesenquimático, diagnosticados y resueltos quirúrgicamente con abordaje laparoscópico en el Servicio de Cirugía del Hospital Barros Luco Trudeau. **Descripción de video:** *Caso 1:* Paciente de 76 años, sexo femenino, sin antecedentes mórbidos. Cuadro de tres meses de malestar general, deposiciones melénicas y baja de peso. Estudio reveló lesión polipoidea corporal grande pediculada. Se realizó tumorectomía laparoscópica transgástrica. Biopsia e inmunohistoquímica compatible con GIST de bajo grado *Caso 2:* Paciente de 70 años, sexo femenino, hipertensa arterial. Cuadro de un año de epigastralgia y náuseas. Estudio reveló lesión polipoidea corporal dependiente de la muscular propia sin compromiso locorregional ni metastásico. Se realizó tumorectomía laparoscópica. Biopsia e inmunohistoquímica compatible GIST de bajo riesgo de malignidad. **Comentarios:** 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, siendo el abordaje laparoscópico, una alternativa eficaz y con baja morbilidad en casos seleccionados.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL PRECOZ POR HEMOBEZOAR TRAS BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO

*Carmen Santander Ansaldo**
Clínica Las Lilas. Centro Integral de la Obesidad.

Introducción: La obstrucción intestinal es una de las complicaciones más frecuentes tras un *bypass* gástrico. El momento de su presentación depende de la etiología. **Objetivos:** Presentar el caso clínico de una paciente que evoluciona precozmente con obstrucción intestinal por hemo bezoar tras *bypass* gástrico. **Descripción de video:** Mujer de 29 años, portadora de obesidad mórbida (IMC 42,8) y comorbilidades asociadas. Se realiza de forma programada *bypass* gástrico anillado antecólico con gastroyeyunostomía manual y enteroenteroanastomosis mecánica, cerrando los posibles defectos herniarios y revisando la línea de sutura mecánica sin objetivar sangrado. Evoluciona a las 24 horas con dolor abdominal intenso y taquicardia. Se realiza TAC de abdomen con contraste que informa engrosamiento parietal a nivel de la enteroenteroanastomosis y elementos densos en su lumen con sospecha de coágulo obstructivo además de significativa dilatación del asa biliar hacia proximal como también del estómago excluido. Frente a estos hallazgos se decide una laparoscopia exploradora encontrándose

la obstrucción descrita. No se objetivan otros hallazgos patológicos. Se realiza enterotomía a nivel de anastomosis yeyunoyeyunal para extracción de coágulos y hemostasia de la línea de grapado, comprobación de viabilidad intestinal y cierre de enterotomía con sutura mecánica. La paciente evoluciona favorablemente iniciando realimentación a las 24 horas de la reintervención con buena tolerancia oral y alta a las 48 horas sin presentar otra complicación. **Comentarios:** Las complicaciones obstructivas precoces post-*bypass* gástrico son poco frecuentes por lo que la sospecha clínica y la exploración quirúrgica precoz son claves en el resultado exitoso de su manejo.

RE-NECROSECTOMÍA PANCREÁTICA TRANSMESOCÓLICA POR VÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE CON NECROSECTOMÍA RETROGÁSTRICA PREVIA

Erick Castillo Franz, Cristian Andrés Díaz Méndez, Sergio Pacheco Santibáñez, Eduardo Briceño Valenzuela, Juan Francisco Guerra Castro, Jorge Martínez Castillo, Nicolás Jarufe Cassis*
Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento de Cirugía Digestiva. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La pancreatitis aguda grave, asociada a necrosis pancreática infectada presenta elevada morbimortalidad. La mayoría de las veces, el tratamiento es quirúrgico, el cual puede asociarse a alta morbilidad local y sistémica. La cirugía mínimamente invasiva ha permitido incorporar la técnica laparoscópica al tratamiento de esta enfermedad, sin embargo, existe poca experiencia en reintervenciones por esta misma vía. **Objetivos:** Describir la técnica necrosectomía pancreática laparoscópica por vía transmesocólica en paciente operado previamente por vía retrogástrica. **Descripción de video:** Presentamos el caso de una paciente de 40 años, con antecedentes de obesidad y RGE. Ingresó por cuadro de pancreatitis aguda grave con tomografía computada que evidenció necrosis de cuerpo y cola de aproximadamente 50%, múltiples colecciones peripancreáticas y burbujas de gas en su interior. Se realizó necrosectomía pancreática laparoscópica por vía transgástrica con evolución favorable. A las 2 semanas reingresa por cuadro de dolor abdominal y aumento de parámetros inflamatorios. Imágenes evidencian áreas de ausencia de impregnación a nivel de cuerpo y cola, cambios inflamatorios a nivel de la cabeza y de tejido adiposo peripancreático. Se realiza nueva necrosectomía por vía transmesocólica laparoscópica, cursando con fístula pancreática en post-operatorio. Evoluciona favorablemente con buena tolerancia oral y resolución completa de fístula. **Comentarios:** El tratamiento laparoscópico de

la pancreatitis grave es una opción factible y segura, pudiendo repetirse procedimientos por esta vía con buenos resultados en términos de morbilidad y con los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva.

ESTENOSIS DE LA CONFLUENCIA BILIAR POR SÍNDROME DE MIRIZZI: RESECCIÓN Y ANASTOMOSIS BILIODIGESTIVA A 4 CONDUCTOS POR LAPAROSCOPIA

Pablo Achurra Tirado, Erwin Buckel Schaffner, Eduardo Viñuela Fawaz, Julián Varas Cohen, Marcel Paolo Sanhueza García*
Pontificia Universidad Católica de Chile. Laboratorio de Simulación y Cirugía Experimental. División de Cirugía Digestiva.

Introducción: El síndrome de Mirizzi es una complicación poco frecuente de la colelitiasis que resulta en la compresión y estenosis inflamatoria de la vía biliar. En algunos casos puede producir gran daño por compromiso inflamatorio representando un gran desafío para el cirujano. El rol de la laparoscopia es controversial y considerado de alta dificultad técnica con altas tasas de conversión a cirugía abierta. **Objetivos:** Presentar un interesante caso de síndrome de Mirizzi de alta complejidad, cuidadosa disección y posterior reconstrucción por vía laparoscópica. **Descripción de video:** Se presenta un caso clínico de una mujer de 60 años que se presentó con ictericia. El estudio de imágenes fue compatible con colelitiasis y síndrome de Mirizzi tipo 4, con compromiso inflamatorio y estenosis de la confluencia biliar hasta la bifurcación de los conductos intrahepáticos con litiasis intrahepática secundaria y gran dilatación biliar. Se realizó una exploración por laparoscopia, disección del hilio hepático y colecistectomía anterógrada. Se identifica bacinete destruido y cálculo impactado en la confluencia biliar. Se envía vesícula biliar a biopsia rápida negativa para tumor. Sección y clip de la vía biliar supra duodenal, se identifica la porta y se sigue el plano posterior resecaando toda la vía biliar respetando la porta, la arteria hepática y sus respectivas ramas. Se identifica la confluencia biliar estenótica y se seccionan los conductos biliares en tejido sano dejando 4 conductos seccionados. Ecografía intraoperatoria identifica litiasis intrahepática de los conductos derechos por lo que se realiza aseó con coledocoscopia fino extrayendo litiasis residuales. Finalmente, se realiza una anastomosis biliodigestiva en Y de Roux a los 4 conductos en 2 planos de vicryl 4-0. La paciente evolucionó en buenas condiciones con alta al 4 día post-operatorio. **Comentarios:** Se presenta una de las complicaciones benignas más complejas de la colelitiasis con una anastomosis biliodigestiva en Y de Roux de alta complejidad a 4 conductos en la placa hepática.

ESOFAGECTOMÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN PACIENTE CON CÁNCER ESCAMOSO TERCIO MEDIO. EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA

Marcelo Zamorano Díaz*, Carlos Olivares Mardones, Paulo Cesar Pereira Barrera, Iván Alcota A., Jorge Cifuentes C., Karina Díaz D.
Hospital Dr. Leonardo Guzmán (Antofagasta).
Servicio de Cirugía. Equipo de Cirugía Digestiva.
Universidad de Antofagasta. Unidad de Cirugía.

Introducción: La cirugía de esófago por cáncer es una cirugía poco frecuente, teniendo absolutamente una relación directamente proporcional según el volumen quirúrgico. En nuestro centro se inició la cirugía esofágica mini invasiva en el año 2016, presentamos nuestro primer caso. **Objetivos:** Describir la esofagectomía mínimamente invasiva con tubulización gástrica en paciente con cáncer de esófago escamoso en el Hospital Regional de Antofagasta. **Descripción de video:** Se realizó en el primer tiempo por video toracoscopia derecha la esofagectomía más linfadenectomía en campo torácico. En segundo tiempo se realizó la tubulización gástrica con sutura mecánica la realización de linfadenectomía vía laparoscópica y en un tercer tiempo a través de cervicotomía izquierda se realizó la linfadenectomía, la extracción de la pieza quirúrgica y la anastomosis esófago gástrica mediante sutura mecánica circular. La paciente evolucionó favorablemente. **Comentarios:** La esofagectomía mínimamente invasiva es una cirugía compleja, en directa relación con el volumen quirúrgico. Se presenta el primer caso realizado en el Hospital Regional de Antofagasta con buenos resultados, sentando un precedente para realizar protocolos y realizar en forma sistemática y continua este tipo de cirugías, y así dependiente de los resultados validar el equipo quirúrgico para este tipo de intervenciones.

LA MEJOR ESTRATEGIA PARA EL MANEJO DE PACIENTES PORTADORES DE HERNIAS CON PÉRDIDA DE DERECHO A DOMICILIO

Jaime Carrasco Toledo, Marco Albán García, Cristhian Ignacio Guerman González*, Carolina Camp Moya, Josefina Moreno Yates, Gisela Fernanda Meza Márquez, Valentina Castillo Warnken, Barbara Carreño Márquez
Clínica Tabancura. Herniacenter.

Introducción: Hay un número no determinado de pacientes portadores de hernias con “pérdida de derecho a domicilio”, donde el intento de cirugía reparadora puede desencadenar una importante morbilidad en el paciente, con riesgo de letalidad, no logrando ser abordados por el sistema público. **Objetivos:** Dar a conocer, lo que a nuestro parecer, es la mejor estrategia para la

reparación quirúrgica de pacientes con hernias gigantes disminuyendo el riesgo de complicaciones graves, a través de la infiltración con Toxina Botulínica Tipo A (TBA) en músculos de la pared abdominal y Neumoperitoneo Preoperatorio Abreviado (NPA) asociado a la Separación de Componentes (SC), disminuyendo costos de hospitalización y favoreciendo el manejo en Hospitales Públicos. **Descripción de video:** Como ejemplo: Paciente masculino de 62 años, con hernia incisional gigante por laparotomía media supra e infraumbilical, que recidiva a los seis meses de operado, ingresa a nuestro programa de manejo de hernias gigantes, realizándose infiltración de toxina botulínica en pared abdominal más neumoperitoneo abreviado ambulatorio. En el intraoperatorio se realiza separación anterior de componentes modificada, evolucionando en forma satisfactoria, tanto en el post-operatorio inmediato como tardío, sin recidiva a los 6 meses. **Comentarios:** La mejor estrategia para la reparación de las hernias con pérdida de derecho a domicilio es la combinación de la preparación preoperatoria de TBA más NPA asociado a la separación de componentes con refuerzo protésico. Se evitan complicaciones agudas como el Síndrome Compartimental y evolucionan con buena funcionalidad muscular a mediano y largo plazo. Reduciendo estadía hospitalaria y conteniendo costos para poder proyectar esta terapia a los hospitales públicos.

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO SIMULADO DE HABILIDADES LAPAROSCÓPICAS EN CIRUGÍA DE VÍA BILIAR Y PÁNCREAS

Rodrigo Tejos Sufan*, Rubén Darío Ávila Sepúlveda, Pablo Achurra Tirado, Rolando Rebolledo Acevedo, Sergio Pacheco Santibáñez, Marcel Paolo Sanhueza García, Nicolás Jarufe Cassis, Julián Varas Cohen
Simulación UC y Centro de Cirugía Experimental, División de Cirugía Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: Debido al aumento exponencial de la cirugía mínimamente invasiva, es indispensable la preparación de los cirujanos para mejorar sus habilidades y destrezas laparoscópicas. El entrenamiento simulado permite crear un ambiente seguro y confiable para el aprendizaje, donde los errores se minimizan sin riesgos para los pacientes. Las curvas de entrenamiento del abordaje laparoscópico en reconstrucción de vía biliar y páncreas son largas debido a la complejidad de las técnicas y por el relativo bajo volumen de pacientes operados. La simulación es una alternativa efectiva y segura para la adquisición de habilidades técnicas en laparoscopia. **Objetivos:** Presentar un programa de entrenamiento de dificultad progresiva para la adquisición de habilidades en cirugía laparoscópica hepatobiliar basado en un modelo *ex vivo* de vía biliar, páncreas e intestino. **Descripción de video:** En la primera parte se presenta un experto realizando una sutura intra corpórea

en un modelo de colédoco *ex vivo*. Posteriormente, se presenta un experto entrenando la técnica de colédoco yeyuno anastomosis para la reconstrucción de vía biliar con dificultad progresiva (tejido de esófago de pollo, ureter de bovino y vena de porcino). Finalmente se observa a un experto realizando una pancreato yeyuno anastomosis para la fase reconstructiva de la duodeno pancreatectomía en un modelo simulado. **Comentarios:** El sistema de entrenamiento simulado propuesto constituye una poderosa herramienta para la adquisición de habilidades complejas de cirugía laparoscópica hepatobiliar, dado las importantes complicaciones asociadas a una mala técnica.

GASTRECTOMÍA TOTAL POR CÁNCER GÁSTRICO. DEMOSTRACIÓN DE PASOS CRÍTICOS

Enrique Norero Muñoz, Marco Ceroni Villanelo, Ricardo Mejía Martínez, Cristian Martínez Belmar, Alfonso Díaz Fernández*

Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto). Hospital Sótero del Río, Servicio de Cirugía, Equipo de Cirugía Digestiva Alta. Pontificia Universidad Católica de Chile, Hospital Universidad Católica, Departamento de Cirugía Digestiva.

Introducción: La gastrectomía total laparoscópica es un procedimiento que combina la necesidad de una linfadenectomía extraperigástrica y una reconstrucción con una anastomosis esófago-yeyunal. **Objetivos:** Demostrar en casos realizados, los principales puntos críticos de la gastrectomía total laparoscópica. **Descripción de video:** Disección alrededor del duodeno y cabeza del páncreas, linfadenectomía de grupos 6 y 5. Sección del duodeno, Disección extraperigástrica de grupos 12a, 8, 7, 9, 11p y 11d. Disección del esófago y de grupos ganglionares 1 y 2. Sección del esófago. Reconstrucción con asa en Y de Rioux y anastomosis esófago-yeyunal manual. **Comentarios:** La experiencia en nuestro Centro alcanza 46 gastrectomías totales laparoscópicas. Un 19% de los pacientes han presentado complicaciones post-operatorias y la mediana de estadía ha sido de 7 días.

EXPLORACIÓN LAPAROSCÓPICA DE LA VÍA BILIAR EN UNA PACIENTE EN EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO

Erwin Buckel Schaffner, Pablo Achurra Tirado, Eduardo Viñuela Fawaz, Juan Pablo Ramos Perkis, Marcel Paolo Sanhueza García*

Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto). Cirugía Hepatobiliar. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: El manejo de la patología biliar sintomática en la mujer embarazada siempre ha sido un

tema difícil, en el cual se debe sopesar los riesgos de operar a una paciente con los riesgos que estoy significativa, incluyendo el de parto prematuro y los riesgos de mantener una condición que podría llevar a riesgos mayores si no se soluciona en el momento. **Objetivos:** Presentamos el video del caso de una paciente de 30 años de edad con un embarazo de 37 semanas, con coledocolitiasis. **Descripción de video:** Paciente de 30 años de edad con un embarazo de 37 semanas, consulta con dolor abdominal. Estudio clínico arroja hallazgo de coledocolitiasis. Paciente permanece sintomática durante hospitalización, con intolerancia alimenticia severa respecto a los dolores, por lo que se decide efectuar colecistectomía exploración laparoscópica de la vía biliar. Procedimiento se efectúa en posición francesa con trocares modificados en cuadrante superior derecho. Se efectúa colecistectomía y se efectúa diagnóstico de coledocolitiasis con ecografía intraoperatoria. Exploración con coledocoscopia se lleva a cabo a través del cístico con retiro de múltiples cálculos coledocianos bajo visión directa con dormias. El resto de la cirugía no tuvo incidentes, control de parámetros fetales normales. Paciente es dada de alta sin problemas tendiendo su parto de forma natural 8 días después de su post-operatorio sin incidentes. **Comentarios:** La exploración laparoscópica de la vía biliar es una alternativa segura en pacientes embarazadas sintomáticas en la cual el manejo conservador no ha sido exitoso. Tiene la ventaja de evitar la exposición a radiación gracias al apoyo con coledocoscopia.

OPERACIÓN DE WHIPPLE POR LAPAROSCOPÍA EN PACIENTE CON VARIACIÓN ANATÓMICA ARTERIAL COMPLEJA

Marcel Paolo Sanhueza García, Eduardo Viñuela Fawaz, Erwin Buckel Schaffner, Pablo Achurra Tirado, Julián Varas Cohen, Alfonso Díaz Fernández*
Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto). Equipo de Cirugía HPB, Servicio de Cirugía. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La pancreaticoduodenectomía por laparoscopia es una opción segura y con buenos resultados en centros de alto volumen. Las variaciones anatómicas están presentes en cerca del 20% de los pacientes lo que aumenta la dificultad técnica del procedimiento. **Objetivos:** Presentar una cirugía laparoscópica con disección y reconstrucción de alta complejidad. **Descripción de video:** Mujer de 58 años, se presenta por ictericia progresiva. Imágenes compatibles con una obstrucción biliar distal. Una endosonografía evidencia una lesión tumoral ampular y la biopsia es compatible con un adenocarcinoma. En

el TAC se identifica arteria hepática izquierda reemplazada, arteria hepática común pequeña y una arteria hepática derecha accesoria rama de la mesentérica. La laparoscopia comenzó, por un abordaje abierto periumbilical. Se instalaron un total de 6 trocares. El cirujano se localizó entre las piernas y fue ayudado por dos cirujanos. La cirugía comienza por la exploración de la cavidad abdominal, luego se accede a la transcavidad, identificando el páncreas, la arteria hepática izquierda reemplazada y la arteria hepática común. Se identifica la vena mesentérica inferior y libera completamente del cuello pancreático, liberación del ángulo de Treitz. Disección del pedículo hepático y sección de la vía biliar. Se completa la resección de la pieza con la sección pancreática y la liberación del proceso uncinado respetando arteria hepática derecha accesoria. La reconstrucción se realiza con una anastomosis pancreatoyeyunal ducto mucosa tipo Blumgart. Luego se realiza la reconstrucción biliar y finalmente la anastomosis gastroyeyunal manual. La evolución post-operatoria fue satisfactoria, sólo se presentó un retardo del vaciamiento gástrico que cedió espontáneamente. **Comentarios:** En un grupo de pacientes seleccionados y con un equipo de cirujanos con experiencia y entrenamiento específico en modelos de simulación permite realizar la operación de Whipple en forma segura.

ESOFAGECTOMÍA IVOR-LEWIS MÍNIMAMENTE INVASIVA, LAPAROSCÓPICA Y VIDEOTORACOSCÓPICA CON ANASTOMOSIS ESOFAGOGÁSTRICA INTRATORÁCICA

Enrique Norero Muñoz, Marco Ceroni Villanelo, Ricardo Mejía Martínez, Cristian Martínez Belmar, Alfonso Díaz Fernández*

Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto). Hospital Sótero del Río, Servicio de Cirugía, Equipo de Cirugía Digestiva Alta. Pontificia Universidad Católica de Chile, Hospital Universidad Católica, Departamento de Cirugía Digestiva.

Introducción: La esofagectomía mínimamente invasiva ha demostrado disminuir las complicaciones post-operatorias. La esofagectomía Ivor-Lewis con anastomosis torácica es una opción en tumores de esófago distal y de unión gastroesofágica. **Objetivos:** Demostrar el abordaje laparoscópico y toracoscópico en una esofagectomía con anastomosis intratorácica. **Descripción de video:** Por laparoscopia se realiza disección de los pilares del diafragma y de la unión gastroesofágica. Disección del tronco celiaco. La liberación del estómago. Se prepara tubo gástrico con

disparos sucesivos de sutura mecánica. Fijación de yeyunostomía. Por videotoracoscopia se demuestra la liberación del esófago de la aorta, columna, pericardio y vía aérea. Linfadenectomía del mediastino posterior. Anastomosis esófago-gástrica con sutura mecánica circular. **Comentarios:** La experiencia inicial en nuestro centro es de 8 casos de esofagectomía Ivor-Lewis mínimamente invasiva por tumores de esófago distal o de unión gastroesofágica, todos realizados durante el último año. En la evolución post-operatoria destaca 1 caso de filtración de la anastomosis y no existieron casos de mortalidad post-operatoria.

SEGMENTECTOMÍA POSTERIOR DERECHA CON ABORDAJE EXTRAGLISSONIANO EN METÁSTASIS HEPÁTICAS DE CÁNCER COLORRECTAL

*Cesar Muñoz Castro, Roberto Cabrera Valenzuela, Alvaro Tapia Vergara, Jean Phillipe Bachler González**
Hospital Dr. César Garavagno Burotto (Talca). Cirugía Digestiva. Universidad Católica del Maule.

Introducción: La resección de metástasis hepáticas de cáncer colorrectal (MHCCR) es una alternativa de tratamiento curativa para los pacientes con cáncer colorectal metastásico. La resección laparoscópica anatómica ha demostrado tener los mismos beneficios de la cirugía abierta, sin embargo, la disección del pedículo puede representar un desafío técnico mayor. **Objetivos:** El objetivo de este video es mostrar la técnica de hepatectomía laparoscópica de segmentos posteriores con abordaje extraglissoniano del pedículo hepático. **Descripción de video:** Paciente femenino y 50 años de edad, con antecedentes de obesidad (IMC: 38 kg/m²), colecistectomía y colectomía derecha abierta por adenocarcinoma de colon derecho (pT4aN1M0) en adyuvancia con Capecitabina (6 ciclos) es evaluada por lesión focal hepática en segmento VI que en la RNM con gadolinio impresiona corresponder a MHCCR. Se realiza hepatectomía de segmentos posteriores laparoscópica con abordaje extraglissoniano del pedículo posterior derecho realizando la transección hepática con bipolar y Ligasure®. La paciente evoluciona favorablemente con deambulacion y realimentación al 1° día post-operatorio. Se decide alta al 4° día post-operatorio. La RNM con gadolinio a los 12 meses de post-operatorio no evidencian signos de recurrencia hepática ni abdominal. **Comentarios:** El abordaje extraglissoniano del pedículo hepático permite facilitar la realización de hepatectomías anatómicas por vía laparoscópica sin necesidad de disección pedicular, en particular para el segmento posterior.

HERNIA HIATAL GIGANTE: LO QUE NO DEBIERA OCURRIR DURANTE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO LAPAROSCÓPICO

*Italo Braghetto Miranda, Gustavo Martínez Riveros, Owen Korn Bruzzone, Héctor Valladares Hernández, Tamara Peters Álvarez**
Hospital Clínico Universidad de Chile. Cirugía Esófago Gástrica.

Introducción: Actualmente el tratamiento de elección de hernias hiales verdaderas gigantes es el abordaje laparoscópico, que incluye los siguientes pasos: reducción de la hernia a la cavidad abdominal, disección y reducción del saco herniario, hiatoplastia, funduplicatura y gastropexia. Este procedimiento, involucra eventuales dificultades o complicaciones intraoperatorias. **Objetivos:** El objetivo del presente video es mostrar algunas dificultades y riesgos de complicaciones intraoperatorias, las cuales se deben idealmente prevenir y de ocurrir, solucionar de inmediato en el mismo tiempo operatorio. **Descripción de video:** En este video se muestran algunas dificultades intraoperatorias tales como: apertura de la pleura, manejo de hemorragia del polo superior del bazo, sección de nervio vago en su rama anterior, apertura de lumen gástrico y región cardial. Se muestran los detalles de su manejo intraoperatorio y su solución inmediata. **Comentarios:** Este video destaca el diagnóstico de las situaciones de riesgo de las complicaciones descritas y su solución inmediata en el mismo tiempo operatorio con el fin de prevenir complicaciones post-operatorias.

MANEJO DE LOS NERVIOS VAGOS Y SACO HERNIARIO DURANTE LA CIRUGÍA DE HERNIA HIATAL LAPAROSCÓPICA

*Italo Braghetto Miranda, Gustavo Martínez Riveros, Owen Korn Bruzzone, Héctor Valladares Hernández, Daniel Revello Pedemonte**
Hospital Clínico Universidad de Chile. Cirugía Esófago Gástrica.

Introducción: Durante la cirugía laparoscópica de la hernia hiatal hay dos componentes que ponen en riesgo los buenos resultados del procedimiento como son el riesgo de vagotomía y de migración protésica hacia el lumen esófago gástrico. **Objetivos:** Presentar la técnica para respetar los troncos vagales anterior y posterior y el manejo del saco herniario como prevención de migración protésica al lumen esófago gástrico. **Descripción de video:** 1) Disección de la porción anterior del saco herniario desde izquierda a derecha con identificación clara de los pilares; 2) Identificación del tronco vagal anterior; 3) Disección de la porción posterior del saco herniario con identificación del tronco vagal posterior; 4) Cierre de los pilares; 5) Instalación de la malla; 6) Funduplicatura; 7) Uso del remanente del saco herniario para cobertura de la malla. **Comentarios:** Se destaca la necesidad de respetar los troncos vagales y la cobertura de la prótesis con el remanente del saco herniario para prevenir complicaciones post-operatorias.

TEXTO PUBLICADO DIRECTAMENTE DE LOS RESÚMENES ENVIADOS POR LOS AUTORES PARA SU PRESENTACIÓN, LUEGO DE SU REVISIÓN Y APROBACIÓN POR EL COMITÉ ORGANIZADOR DEL CONGRESO.