

90

TOMO DE RESUMENES CONGRESO - 2017



XLIV JORNADAS CHILENAS DE COLOPROCTOLOGÍA
XV JORNADAS CHILENAS DE CIRUGÍA PLÁSTICA
IV JORNADAS DE CIRUGÍA VASCULAR Y ENDOVASCULAR
PRIMER ENCUENTRO MÉDICO-QUIRÚRGICO DE ENFERMEDADES METABÓLICAS
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 CIRUGÍA BARIÁTRICA Y METABÓLICA
SOCIEDAD CHILENA DE QUEMADURAS
SOCIEDAD CHILENA DE CIRUGÍA VASCULAR Y ENDOVASCULAR

TEMA CENTRAL "EDUCACIÓN EN CIRUGÍA"
PUCÓN – CHILE 1 AL 4 DE NOVIEMBRE DE 2017
SEDE GRAN HOTEL PUCÓN

Medtronic
Juntos. Más lejos

ETHICON
parte de los Johnson & Johnson como un concepto

CAISSA

CENCOMEX

ConvaTec

DROGUERIA HOFMANN

FRESENIUS
KABI
caring for life

GALENICA
Centros y Equipos

ibici
Italy
CASA BIANCA

Promedon
People + Innovation

REICH
SANOFI

SERVIER

stryker

SURMEDICAL

tecnigen
va adelante

MediLand
UNA DE LAS EMPRESAS LÍDERAS

zepeda
TRADICIÓN EN SERVICIO

Andover®
Altares Médica





SOCIEDAD DE CIRUJANOS DE CHILE

90 CONGRESO CHILENO E INTERNACIONAL DE CIRUGIA

XLIV JORNADAS CHILENAS DE COLOPROCTOLOGIA

XV JORNADAS CHILENAS DE CIRUGIA PLASTICA

IV JORNADAS DE CIRUGIA VASCULAR Y ENDOVASCULAR

II JORNADAS MULTIDISCIPLINARIA DE CIRUGIA

BARIATRICA Y METABOLICA

SOCIEDAD DE CIRUJANOS DE CHILE

SOCIEDAD CHILENA DE COLOPROCTOLOGIA

SOCIEDAD CHILENA DE CIRUGIA DE CABEZA-CUELLO

Y PLASTICA MAXILO-FACIAL

SOCIEDAD CHILENA DE CIRUGIA PLASTICA

RECONSTRUCTIVA Y ESTETICA

SOCIEDAD CHILENA DE CIRUGIA BARIATRICA Y METABOLICA

SOCIEDAD CHILENA DE QUEMADURAS

SOCIEDAD CHILENA DE CIRUGIA VASCULAR Y ENDOVASCULAR

TEMA CENTRAL: “EDUCACIÓN EN CIRUGÍA”

PUCON – CHILE: 1 AL 4 DE NOVIEMBRE DE 2017

SEDE: GRAN HOTEL PUCON

CON EL PATROCINIO DE

- SUPREMO GOBIERNO
- MINISTERIO DE SALUD
- COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.
- UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL NORTE
- UNIVERSIDAD DE CHILE
- UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
- PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE
- UNIVERSIDAD AUSTRAL DEL CHILE
- UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
- UNIVERSIDAD DE VALPARAÍO
- UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA
- UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO
- UNIVERSIDAD ANDRES BELLO

DIRECTORIO DE LA SOCIEDAD DE CIRUJANOS DE CHILE

Presidente:

Dr. Nicolás Jarufe C.

Vice-Presidente:

Dr. Marcelo Barra M.

Secretario General:

Dr. Rodrigo Torres –Quevedo Q.

Tesorera:

Dra. Marcia Valenzuela D.

Past-President:

Dr. Juan Carlos Díaz J.

DIRECTORES:

Dr. Alejandro Barrera E.

Dr. Günther Bocic A.

Dr. Alejandro Campos G.

Dr. Carlos Cárcamo I.

Dr. Carlos García C.

Dr. Luis Gutiérrez C.

Dr. Francisco López K.

Dr. Jorge Martínez C.

Secretarias Sociedad de Cirujanos de Chile:

Srta. Margarita Ferrer S.

Sra. Yohana Velásquez A.

COMITE PLANIFICADOR DEL CONGRESO

Presidente

Dr. Nicolás Jarufe C.

Director Congreso

Dr. Marcelo Barra M.

Coordinador Learning Center

Dr. Julian Varas C.

Dr. Jorge Muñoz S.

Presidente del Departamento de Cirugía Endoscópica

Dr. Enrique Lanzarini S.

Presidente del Departamento de Cirugía Gastroesofágica

Dr. Jaime Carrasco T.

Presidente Departamento de Hernias

Dr. Rodrigo Torres –Quevedo Q.

Presidente Departamento de Hígado, Vías Biliares y Páncreas.

Dra. Ana María Donoso R.

Presidenta Departamento de Mama

Dr. Jorge Martínez C.

Presidente 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. Mario Abedrapo M.

Presidente 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 Sociedad Chilena de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética

Sra. María Isabel Meneses

Presidente de la Sociedad Chilena de Quemaduras

Dr. Felipe Corvalán Z.

Presidente Sociedad Chilena de Cirugía Vasculare y Endovascular

COMITE CIENTIFICO

Presidente

Dr. Mario Uribe M.

Dr. Víctor Bianchi Sch.

Dr. Raúl Berrios S.

Dr. Carlos Manterola D.

Dr. Jorge Pierart P.

PRESIDENTES CAPITULOS REGIONALES

Dr. Domingo Montalvo V.

Presidente Capítulo I Región

Dr. Roberto Ortuño M.

Presidente Capítulo II Región

Dr. Marco Rojas G.

Presidente Capítulo IV Región

Dr. Juan Bombin F.

Presidente Capítulo V Región.

Dr. Héctor Molina Z.

Presidente Capítulo VIII Región

Dr. Luis Burgos San Juan

Presidente Capítulo IX Región

Dr. Mauricio Cáceres P.

Presidente Capítulos X , XI y XIV Regiones

Comparación de gastrectomía vertical con bypass yeyunal versus bypass gástrico para el manejo de la diabetes mellitus tipo 2

MATIAS SEPULVEDA HALES* , MUNIR ALAMO ALAMO, Yudith Preiss Contreras, HERNAN GUZMAN MARTIN, Manuel Leal Saenz.

Hospital DIPRECA Cirugía.

Introducción: La Gastrectomía Vertical con Bypass Yeyunal (GVBY) ha sido realizada desde el año 2004 en nuestra institución y, junto con el Bypass Gástrico en Y de Roux (RYGB), han mostrado buenos resultados en el control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2). El objetivo de este estudio es presentar los resultados de ambas técnicas en pacientes diabéticos para el manejo de la DM2 y baja de peso.

Objetivos: El objetivo de este estudio es presentar los resultados de ambas técnicas en pacientes diabéticos para el manejo de la DM2 y baja de peso.

Material y Método: Estudio retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de DM2 e IMC ≥ 30 kg/m² que fueron sometidos a GVBY ó RYGB entre noviembre de 2011 y marzo de 2015. Se excluyeron pacientes de cirugía revisional y los que no tuvieran seguimiento completo al menos 12 meses. Variables de resultado del estudio: remisión completa de DM2 (definida como glicemia <100 mg/dL y HbA1c $<6.0\%$, sin medicamentos), % pérdida de exceso de peso y perfil lipídico. A través de prueba de Chi-cuadrado de Pearson, se evaluaron diferencias en la proporción de pacientes que lograron resolución de Diabetes Mellitus, entre ambas técnicas quirúrgicas en cada control. Para las variables cuantitativas se utilizó T de student.

Resultados: Se incluyeron 106 pacientes, 53 en el grupo de GVBY (1) y 56 en el grupo de RYGB. No hubo diferencias preoperatorias en ninguna de las variables excepto un mayor nivel de HDL en GVBY (P=0,035) y una mayor proporción de pacientes con insulina en el mismo grupo (17% versus 3,8%; P=0,026). No hubo diferencia significativa a los 12 y 36 meses en: remisión completa de DM2, HbA1c, glicemia, %PEP, cambio en IMC y en cambio de LDL.

Conclusión: En los pacientes diabéticos sometidos a diferentes técnicas, no hubo diferencias significativas en remisión de diabetes y baja de peso, hasta los 3 años en ambos grupos.

Bypass gástrico laparoscópico con resección del estómago distal, una alternativa quirúrgica para casos seleccionados.

Francisco Pacheco Bastidas* , Enrique Biel Walker, Hector Molina Zapata, Fabrizio Moisan Paravic, Rimsky Alvarez Uslar.

Centro de Obesidad Concepcion.Facultad de Medicina. Universidad de Concepción. Cirugía Dig.

Introducción: El bypass gástrico es el gold standard para el tratamiento quirúrgico de la obesidad. Una variante es el bypass gástrico con resección del estómago distal (BGR) en casos que exista antecedente de patologías gástricas premalignas o antecedentes familiares de cáncer gástrico. Esta alternativa soluciona el problema de dejar el estómago excluido fuera del alcance de la endoscopia.

Objetivos: Describir las indicaciones y los resultados peroperatorios del bypass gástrico con resección del estómago distal como tratamiento de la obesidad, además de comentar los hallazgos histológicos del remanente gástrico resecado.

Material y Método: Serie de casos, que incluye pacientes intervenidos de bypass gástrico con resección del estómago distal, por el autor entre 2007 y 2017. No hubo exclusión. Las variables resultado: morbilidad y mortalidad postoperatoria a los 30 día y los hallazgos histopatológicos. Se aplicó estadística descriptiva, media como medida de tendencia central y rango como medida de dispersión para variables continuas. Las variables categóricas se comentan directamente.

Resultados: De un universo de 450 bypass gástricos en un total de 1034 pacientes intervenidos de cirugía bariátrica, 29 fueron intervenidos de bypass gástrico con resección del estómago distal (2,8% del total de cirugías bariátricas y 6,4% de los bypass gástricos). 21 hombre y 8 mujeres, con una media de edad de 47 años y un índice de masa corporal (IMC) promedio de 42,8 kg/m² al momento de la cirugía. La indicación más frecuente fue el antecedente de cáncer gástrico en familiares de primer grado, seguida por el antecedente de lesiones tales como metaplasia extensa, páncreas ectópico antral, pólipos gástricos y tumor GIST en el estudio preoperatorio. Respecto a la morbilidad postoperatoria, 1 paciente tuvo complicación menor, Clavien I. No hubo mortalidad en la serie. El IMC al año de la intervención fue de 27,5 kg/m² como media.

Conclusión: El estudio endoscópico preoperatorio en cirugía bariátrica es fundamental al momento de detectar condiciones que determinarían una decisión de bypass gástrico con resección del estómago distal, al no poder realizar seguimiento endoscópico a un eventual estómago excluido. El BGR se asocia a un tiempo operatorio levemente mayor, con una morbimortalidad comparable a la del bypass no resectivo.

¿Tiene mayor morbilidad quirúrgica postoperatoria el bypass gástrico que la gastrectomía en manga?

Diego Valenzuela Silva , Guillermo Andres Martinez Salinas, Vicente Andrés Silva Salazar, Augusto Antonio Barrera Zamorano, Vicente Salvador Ernesto Araya Halpern, Ivonne Zárate Geiss, Sebastian Rojas Saffie, Gary Reyes Sepulveda, Enrique Lanzarini Sobrevia.*

*Hospital Clínico de la Universidad de Chile.
Departamento de Cirugía.*

Introducción: El bypass gástrico (BPG) sigue siendo el gold standard en cirugía bariátrica, sin embargo, la gastrectomía en manga (GM) cada vez se realiza con mayor frecuencia en el mundo y es la más realizada en Chile. Esto se debería a que es una cirugía menos demandante técnicamente y a que tendría menos morbilidad quirúrgica postoperatoria que el bypass gástrico.

Objetivos: Comparar la incidencia y gravedad de las complicaciones quirúrgicas postoperatorias del BPG versus la GM de todos los pacientes operados por el mismo equipo quirúrgico en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre los años 2008 y 2016.

Material y Método: Estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes sometidos a BPG y GM por el mismo equipo quirúrgico entre abril del 2008 y diciembre del 2016 en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, mediante revisión de ficha clínica. Se compararon las características clínicas de ambos grupos (BPG versus GM), la incidencia de complicaciones quirúrgicas a 30 días y su gravedad expresada según la clasificación de Clavien-Dindo y su INDEX, y la mortalidad a 90 días. Se utilizó estadística descriptiva: promedio \pm DS, medianas (intervalo) para variables continuas, porcentaje para variables categóricas, y estadística analítica: t Test y chi-cuadrado. Como medida de asociación se utilizó RR con intervalo de confianza. El programa estadístico ocupado fue STATA v14.1

Resultados: Se operaron 624 pacientes, de los que 484 fueron mujeres (78%). Cuatrocientos fueron sometidos a BPG (64%) y 224 a GM (36%) con edad promedio de $41.3 \pm 11,6$ años y $34.6 \pm 10,6$ años ($p < 0.0001$) respectivamente. El IMC preoperatorio promedio fue $40.8 \pm 5,6$ Kg/m² en BPG y $36.1 \pm 3,3$ kg/m² en GM ($p < 0.0001$). Por comorbilidades hubo diferencia estadísticamente significativa en diabetes tipo 2: BPG 84 pacientes (21%) y GM 18 (8%) ($p = 0,008$), hipertensión arterial BPG 148 pacientes (37%) y GM 31 pacientes (14%) ($p < 0.0001$) y reflujo gastroesofágico BPG 89 pacientes (22%), GM 10 pacientes (4.5%) ($p < 0.0001$). No hubo diferencia estadística en resistencia a la insulina, dislipidemia ni síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño. El grupo de BPG presentó 1.25% ($n = 5$) de complicaciones quirúrgicas a 30 días y el grupo de GM 2.23% ($n = 5$) ($p = 0.343$ RR: 0.56 IC: 0.17 - 1.88). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar por Clavien-Dindo, ni por filtraciones, hemoperitoneo, hemorragia digestiva, obstrucción intestinal, colección intrabdominal, infección de herida operatoria o estenosis. En reoperaciones, hubo 1 en el grupo BPG (0.25%) y 3 en GM 3 (1.3%) ($p = 0.1$ RR: 0.186 IC 0,019-1,76). El grupo BPG tuvo una mediana de hospitalización de 3 días (R:2-10) y la GM 3 días (R:2-39) ($p = 0.165$). Al sumar los días de re-hospitalización, el BPG tuvo una mediana de 3 (R: 2-13) y la GM una mediana de 3 (R: 2-74) $p = 0.137$. En nuestra serie no se registró mortalidad a 90 días.

Conclusión: En nuestro estudio la incidencia de complicaciones quirúrgicas post-operatorias entre los pacientes sometidos a BPG y GM fueron similares y no se diferenciaron en cuanto a gravedad, a pesar de que los pacientes sometidos a BPG tenían un IMC más alto, una mayor prevalencia de diabetes tipo 2, hipertensión arterial y reflujo gastro-esofágico.

COMPLICACIONES QUIRURGICAS EN BYPASS GASTRICO EN Y DE ROUX, EN PACIENTES CON IMC MENOR A 35 K/m2.

Gabriel Enrique Astete Arriagada , Martin Astete Bufadel, Ignacia Astete San Martin, Carlos Saiz Troncoso.*

Hospital Regional de Concepción, Centro Privado ETO-CONCEPCION

Introducción: Las indicaciones del National Institutes of Health (1998) determinaron realizar la cirugía Bariátrica en pacientes con un índice de masa corporal (IMC) de 35 k/m² o más. A partir del 2011, la mejoría

paralela de otras condiciones determinó cambios en esta indicación. Hoy en día, se admite esta opción quirúrgica en pacientes con menores rangos de IMC.

Objetivos: Evaluación de las complicaciones quirúrgicas de pacientes con IMC menor a 35 K/m², y Comorbilidades, sometidos a Bypass Gástrico en Y de Roux Laparoscópico.

Material y Método: Criterios de Inclusión: con exceso de Cintura Abdominal y/o Masa Grasa Corporal, y una o más alteraciones metabólicas, e IMC menor a 35. Criterios de exclusión: los estándares para cirugía Bariátrica. Total de casos: 140. Mujeres: 131. Edad promedio: 36,8 años (10,2 ds). IMC preoperatorio: 32,1 K/m² (2,0 ds). Comorbilidades: Síndrome Metabólico: 55,7% Diabetes: 7,1%. Resistencia a la Insulina: 87,1%; Dislipidemia: 54,3%; Hígado Graso: 66,4%. Reflujo Gastro-Esofágico: 25%, y Gastritis con H. Pylori(+): 43,6%. Técnica Quirúrgica: Cirugía Laparoscópica, bolsa gástrica de 30-40 ml, gastro-yeyuno anastomosis 10mm de diámetro, sutura manual. Asa Biliar 50 cm y asa alimentaria de 150 cm. Biopsia del borde hepático izquierdo, en cuña.

Resultados: Seguimiento de la serie: 100%. Complicaciones Quirúrgicas: 7 casos (5%). Tipos de complicaciones: Hernia Interna (2), Úlcera Marginal (1), Intususcepción Intestinal (1), Estenosis Gastroyeyunal (1), Estallido Pouch-Gástrico (1), Revisión Laparoscópica en Post-operatorio Inmediato (1).

Conclusión: La técnica utilizada, en pacientes con afecciones asociadas a Síndrome Metabólico e IMC menor a 35 K/m², constituye una herramienta terapéutica segura, comparable a los resultados quirúrgicos exigidos de manera tradicional en Cirugía Bariátrica.

Mediastinitis secundaria a úlcera marginal. Reporte de un caso

Felipe Castillo Henríquez , Cristián Cavalla Castillo, Daira Marco , Elisabeth Reichmann Valdivia.*

Clínica Alemana. Cirugía.

Introducción: El bypass gástrico es el tratamiento de elección para la obesidad mórbida. La úlcera marginal es una de sus complicaciones reportada (0.6-16%). No se ha encontrado reportes de mediastinitis secundarias estas úlceras. La mediastinitis es habitualmente secundaria a perforaciones, cirugías torácicas o infecciones. Se presenta un caso de mediastinitis secundaria a perforación de úlcera marginal.

Objetivos: Presentar un caso clínico de mediastinitis secundaria a perforación de úlcera marginal

Material y Método: Se revisan registros clínicos del paciente y se realiza una revisión bibliográfica. Para la revisión bibliográfica se realizó una búsqueda a través del Catálogo Bello, LILACS, PubMed y SciELO sin restricción de tiempo o idioma.

Resultados: Presentación del caso Se presenta el caso de una paciente de 55 años con antecedente de un bypass gástrico, que consulta a servicio de urgencias por cuadro clínico compatible con abdomen agudo. Estudio imagenológico muestra perforación de víscera hueca y mediastinitis. Se realiza intervención quirúrgica laparoscópica de abordaje abdominal y tratamiento conservador de mediastinitis, requiriendo posteriormente tratamiento quirúrgico que se realiza con VTC bilateral y drenaje mediastínico.

Conclusión: La mediastinitis secundaria a la perforación de una úlcera marginal es una complicación no descrita en la literatura. Debemos considerarla en pacientes con mala respuesta al tratamiento inicial

Conversión de Gastrectomía Vertical a By Pass Gástrico por Reflujo Gastroesofágico

*Sebastián Andres Saavedra Fernández * , MATIAS SEPULVEDA HALES, Manuel Leal Saenz, Isadora Bonhomme Manriquez.*

Hospital DIPRECA Centro de Cirugía de la Obesidad.

Introducción: La Gastrectomía Vertical (GV) es una opción para el tratamiento de la obesidad que en los últimos años se ha hecho cada vez más popular debido a su buen perfil de seguridad y buenos resultados en la baja de peso. Sin embargo, el reflujo Gastroesofágico (RGE) posterior a este procedimiento es cada vez más común y puede llevar a la necesidad de realizar conversión a By Pass Gástrico (BPG).

Objetivos: El objetivo de este estudio es presentar y describir la prevalencia y características de los pacientes sometidos a GV en los últimos 10 años en nuestro centro que requirieron someterse a una cirugía revisional con conversión a By Pass Gástrico por aparición de reflujo gastroesofágico refractario posterior a la GV.

Material y Método: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo tipo serie de casos mediante la revisión de pacientes que requirieron conversión a BPG por RGE refractario post GV, en

donde se incluyeron todos los pacientes sometidos a este procedimiento durante los últimos 10 años en nuestro centro. Se hizo un análisis mediante estadística descriptiva de los datos antropométricos, demográficos, endoscopías previas y posteriores a la GV para determinar las características de la población estudiada.

Resultados: Entre enero de 2006 y diciembre de 2016 se han realizado 2637 cirugías bariátricas, dentro de las cuales 1471 (55,8%) corresponden a, o involucran, una Gastrectomía vertical. Se requirió conversión a By pass Gástrico en 22 pacientes (1,5%). De los pacientes sometidos a la cirugía revisional el 77,3% de los pacientes era de sexo femenino, la edad y peso promedio fueron de 38,3 años y 101,9 kilos respectivamente. Las comorbilidades más comunes previo a la GV correspondieron a resistencia a la insulina (63,3%), hipertensión arterial (36,4%) y dislipidemia (36,4%). Previo a la conversión el promedio de peso, IMC y porcentaje de pérdida de exceso de peso (%PEP) fueron de 82,3 kg, 29,9 kg/m² y 64,9% respectivamente. En el estudio endoscópico previo a la cirugía solo 4 pacientes (18%) tenía algún grado de esofagitis a la Endoscopia digestiva alta (EDA) sin que fueran mayores al tipo B de Los Angeles (LA) vs un 68,2% de los pacientes pre conversión con alteraciones en la EDA con un 63,8% con grado B de LA o mayor.

Conclusión: Actualmente la principal causa de conversión de GV a BPG en nuestro centro corresponde a la aparición de RGE refractario posterior a la GV. Se obtuvieron buenos resultados con remisión clínica posterior a la conversión.

Manejo laparoscópico de obstrucción intestinal alta por banda gástrica ajustable migrada a yeyuno. Reporte de un caso

Felipe Castillo Henriquez , Cristián Cavalla Castillo, Julian Hernandez Castillo, Elisabeth Reichmann Valdivia.*

Clínica Alemana. Cirugía.

Introducción: La banda gástrica laparoscópica ajustable (BGLA) ha experimentado importantes cambios a lo largo del tiempo, tanto en diseño como en técnica de inserción. Las complicaciones han sido bien documentadas y pueden incluir la migración, erosión, fracaso, infección, dilatación del pouch y perforación gástrica. Describimos el caso de obstrucción intestinal alta por BGLA resuelta por vía laparoscópica.

Objetivos: Presentamos el caso de un paciente con obstrucción intestinal por BGLA migrada, resuelto por vía laparoscópica.

Descripción y contenido del vídeo: Mujer, de 45 años operada hace 10 años de una BGLA más colecistectomía por videolaparoscopia (VLP) por obesidad mórbida y coleditiasis, ingresa al servicio de urgencia de Clínica Alemana Santiago (CAS), por obstrucción intestinal secundaria a migración DE BGLA a yeyuno en hallazgos radiológicos. Se realiza laparoscopia exploradora evidenciando dilatación patológica de asas de intestino delgado secundaria a BGLA migrada en yeyuno. Se realiza enterotomía y extracción de cuerpo extraño, y enterorrafia por vía laparoscópica. Evoluciona favorablemente en el post operatorio por lo que se decide alta al 5 día sin complicaciones

Obstrucción intestinal por balón intragástrico desplazado y enteritis mecánica posterior. Resolución laparoscópica

JORGE BRAVO LOPEZ , DAVID BRAVO LOPEZ, ISMAEL COURT RODRIGUEZ, LUIS FELIPE SEPULVEDA JAQUI, EDUARDO JOSE BRAVO LOPEZ, JUAN CONTRERAS PARRAGUEZ.*

Clínica Santa María. Unidad de Cirugía Bariátrica y Metabólica..

Introducción: El Balón intragástrico (BIG) es un método endoluminal temporal utilizado para la reducción del peso. Este dispositivo no está exento de complicaciones, tales como perforación y desplazamiento que en la mayoría de las veces son resueltos por la misma vía endoscópica. Sin embargo en algunos casos inusuales con desplazamientos mas distales la resolución es quirúrgica, como la mostrada en este caso

Objetivos: Mostrar la extracción laparoscópica de BIG perforado y desplazado a Ileon medio y posterior enteritis mecánica en su evolución postoperatoria.

Descripción y contenido del vídeo: Paciente 46 años, BIG hace 2 meses. Con 20 horas de dolor abdominal y vómitos. Al examen: deshidratación leve, abdomen distendido, doloroso, sin signos de irritación peritoneal. TAC: Obstrucción intestinal mecánica de alto grado por migración endoluminal de BIG en íleon medio. Laparoscopia exploradora objetiva cuerpo extraño a 300cms de ángulo de Treitz y dilatación importante de asas proximales. Enterotomía longitudinal distal a balón, logrando extracción completa. Cierre transversal de

enterotomía con Vloc absorbible 3/0 en 2 planos, asegurando buen paso a distal. BIG extraído evidencia clara perforación. Paciente evoluciona con dolor abdominal, deposiciones líquidas abundantes, taquicardia y febril. TAC muestra enteritis mecánica en zona de trayecto del BIG. Cuadro cede al 4to día.

Incidencia de Hígado Graso Confirmado por Biopsia en Pacientes con IMC menor a 35 y Síndrome Metabólico.

Gabriel Enrique Astete Arriagada, Ignacia Astete San Martín, Martín Astete Bufadel, Carlos Saiz Troncoso.*

Hospital Regional de Concepción, Centro Privado ETO-CONCEPCION

Introducción: La obesidad es la enfermedad más frecuentemente asociada al Hígado Graso No Alcohólico (HGNA). A su vez, el HGNA es una comorbilidad frecuente, y resuelta, en los pacientes que tradicionalmente se operan de Cirugía Bariátrica, con indicación tradicional de índice de Masa Corporal (IMC) igual o superior a 35 K/m². La incidencia de HGNA en pacientes con IMC menor al señalado está en observación.

Objetivos: Detección de HGNA en una población de pacientes con IMC menor a 35 K/m², con diagnóstico de Síndrome Metabólico (SM), sometidos a cirugía bariátrica, mediante Biopsia Hepática reglada.

Material y Método: Criterios de Inclusión: IMC menor a 35 K/m², con exceso de Cintura Abdominal y/o Masa Grasa Corporal, y una o más alteraciones metabólicas. Criterios de exclusión: estándares para cirugía Bariátrica, patología hepática conocida, ingesta alcohol sobre 200gr semana, serología Hepatitis Viral Negativa. Total: 127. Mujeres: 123. Edad promedio: 36,8 años (10,2 ds). IMC preoperatorio: 32,2 K/m² (1,8 ds). Síndrome Metabólico: 59,1 % Diabetes: 7,9 %. Resistencia a la Insulina: 90,6%; Intolerancia a la Glucosa 12,6%. Dislipidemia: 56,7 %. Técnica Quirúrgica: Cirugía Laparoscópica, con bolsa gástrica de 30-40 ml, gastro-yeyuno anastomosis calibrada a 10mm de diámetro con sutura manual. Asa Biliar 50 cm y asa alimentaria de 150 cm. Biopsia del borde hepático izquierdo, en cuña de 10x10x10 mm.

Resultados: La sospecha de HG por Ultrasonografía Abdominal (US) preoperatoria fue de 66,1%. La elevación de una o más enzimas hepáticas: gammaglutamiltranspeptidasa (GGT), glutamicoxaloaceticotransaminasa (GOT), o la

glutamicopiruvicotransaminasa (GPT), se presentó en un 26,8%. La combinación de US más Enzimas alteradas en un 26,0%. La Biopsia resultó negativa para HGNA en 4 casos (3,1%). Fue positiva en los siguientes grados de HGNA. Grado 1: 84 casos (66,1%); Grado 2: 13 casos (10,2%) y Grado 3: 26 casos (20,5%). En suma, el HGNA se presentó como diagnóstico por biopsia en 96,9% de la serie.

Conclusión: La incidencia de HGNA, demostrada por biopsia, en esta serie de pacientes, sin Obesidad (IMC menor a 35 K/m²) es alta, en especial en grados Moderado y Severo, sin relación con los criterios habituales de sospecha o no invasivos (US y estudio funcional hepático).

Laparoscopia diagnóstica y terapéutica en dolor abdominal agudo a pacientes post cirugía bariátrica

Alberto Perez -Castilla M., Ruben Suarez Albino.*

Clínica Indisa. Servicio de Cirugía Minimamente invasiva.

Introducción: Las complicaciones de cirugía by pass gástrico muchas veces no lo logran visualizar con las imágenes, por lo que es necesario la exploración laparoscópica

Objetivos: Se presentan 2 casos en que no eran demostrable a través de imágenes, pero por la intensidad del dolor amerita la exploración.

Descripción y contenido del vídeo: Primer caso. a la exploración se encuentra asa yeyuno de by pass yeyunal traccionada y doblada por un corchete de grapadora. Retiro y mejoría. Segundo caso: brida de epiplon que en asa proximal de yeyuno. Sección y mejoría.

Diferencias clínicas y epidemiológicas entre pacientes obesos candidatos a cirugía bariátrica versus pacientes obesos con hiperglicemia candidatos a cirugía metabólica.

Manuel Leal Saenz, Yudith Preiss Contreras, MATIAS SEPULVEDA HALES, HERNAN GUZMAN MARTIN, sebastian saavedra fernandez, Stefano Verdi Mandiola.*

HOSPITAL DIPRECA SERVICIO DE CIRUGÍA-CENTRO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA Y METABÓLICA.

Introducción: La cirugía bariátrica y metabólica busca tanto la pérdida del exceso de peso como el control de las comorbilidades asociadas. La hiperglicemia corresponde a una de las patologías con mayor evidencia en cuanto a costo efectividad y con mayor seguimiento a largo plazo, posterior a la cirugía. En nuestro centro se practican tres técnicas; manga gástrica, manga con bypass yeyunal y bypass gástrico.

Objetivos: Describir las diferencias clínicas y epidemiológicas entre dos grupos de pacientes: Obesos candidatos a cirugía bariátrica (OBS) en quienes el objetivo es la pérdida del exceso de peso, versus pacientes obesos con diagnóstico de diabetes mellitus 2 ó prediabetes, en quienes se busca la remisión de la disglucemia, y en cuyo caso se considera la cirugía como una intervención metabólica (MET).

Material y Método: Estudio retrospectivo. Se revisaron fichas clínicas de pacientes sometidos tanto a cirugía bariátrica y/o metabólica (manga gástrica (GV), manga con bypass yeyunal (GVBY) y bypass gástrico (BG)), en el Hospital DIPRECA, entre enero del 2007 y abril de 2017. Se evaluaron variables epidemiológicas y antropométricas, presencia de comorbilidades metabólicas (DM2, HTA, DLP, Esteatosis Hepática, entre otras), SAHOS, presencia de reflujo gastroesofágico. Se registraron valores preoperatorios de glicemia e insulinemia basal, hemoglobina glicosilada, colesterol total, C-LDL, triglicéridos, hematocrito y hemoglobina. El análisis fue realizado con estadística descriptiva.

Resultados: 1531 pacientes fueron sometidos a cirugía entre las fechas mencionadas. El 58,4% corresponden a GV, 22,9% a GVBY y 18,6% a BG. En el grupo de OBS el 65,4% correspondía a mujeres mientras que en el grupo MET era de 55,7% ($p < 0,001$). El IMC preoperatorio para el grupo OBS y MET fue $37,2 \pm 4,1$ años y $37,1 \pm 4,4$ años respectivamente ($p = 0,614$). En relación al uso de hipoglicemiantes orales para el grupo OBS era de un 29% y el grupo MET de 83,3% ($p < 0,001$). La mediana del número de comorbilidades fue la presencia de dos patologías por paciente. En el grupo OBS con 26,9% y en el grupo MET 33,5% respectivamente ($p < 0,001$). De éstas, predomina la HTA en el grupo MET (47,5%) versus 26,6% del grupo OBS ($p < 0,001$). La presencia de dislipidemia también es mayor en el grupo MET con 54,2% vs el grupo OBS con 37,7% ($p < 0,001$). La presencia de esteatosis hepática es menor en el grupo OBS 49% versus el grupo MET con 57%, ($p < 0,003$). Los exámenes de laboratorio mostraron mayores niveles de glicemia de ayunas, nivel de insulina, HbA1c y triglicéridos en el grupo MET, todos mostrando diferencia significativa.

Conclusión: La población que busca cirugía bariátrica en nuestro centro, similar a lo que se ha publicado en otras series, es principalmente de sexo femenino, a diferencia de lo que ocurre en los pacientes candidatos a cirugía metabólica. El grupo de pacientes con diabetes, glicemia alterada en ayunas y/o intolerancia a la glucosa, presentan un número significativamente mayor de comorbilidades.

Perforación gástrica de silastic en By pass Gástrico anillado con fistula gastro - gástrica

Alberto Perez -Castilla M.* ,

Clínica Indisa. Cirugía Mínimamente Invasiva.

Introducción: La obstrucción de la gastroyeyuno anastomosis es una complicación del By pass gástrico . El uso de anillo de silastic poco frecuente en Chile. Se reporta caso de transfixión con obstrucción y fistula gastro gástrica

Objetivos: Complicación muy rara , que logra su resección por laparoscopia de estomago con yeyuno .Anastomosis termino lateral Evolución satisfactoria

Descripción y contenido del vídeo: Disección de yeyuno, sección , liberación de pouch de hígado , sección de fistula, sección de estomago Anastomosis esofago yeyunal

Fistula gastro-gástrica post bypass gástrico, estudio y tratamiento laparoscópico de un caso

Pablo Achurra Tirado* , Juan andres Diaz Barbosa, Nicolás Quezada Sanhueza, Enrique Norero Muñoz, Rodrigo Muñoz Claro, Ricardo Mejia Martínez, Gustavo Perez Blanco, Allan Sharp Pittet, Vanessa Ahumada Farías , Fernando Crovari Eulufi.

Clínica Universidad Católica.

Introducción: La fistula gastro-gástrica es una comunicación entre la bolsa gástrica y el remanente gástrico. Es una complicación poco frecuente del bypass gástrico laparoscópico pero puede llevar a re-ganancia de peso, dolor abdominal y úlcera marginal.

Objetivos: El objetivo de este video es presentar el estudio y tratamiento de un caso de fistula gástrico-gástrica manejado por vía laparoscópica.

Descripción y contenido del vídeo: Se presenta el caso de una paciente de 71 años que consultó por re-ganancia de peso y dolor abdominal 3 años tras un bypass gástrico laparoscópico. Se estudió con un trago contrastado que mostró una comunicación entre el pouch y el remanente gástrico. La endoscopia digestiva alta mostró hallazgos similares. Se presenta un video con las características demográficas del caso clínico, se presenta el estudio preoperatorio (imágenes y endoscopia) y finalmente se presenta la resolución por vía laparoscópica identificando la fistula y seccionándola con una endograpadora lineal. La paciente evolucionó de forma satisfactoria.

Perforación gástrica como complicación de balón intragástrico. Reporte de caso.

Katherine Sofía Dziejarski Dziejarski , Ignacio Robles Guic.*

Clínica Indisa.

Introducción: El balón intragástrico (BIG) es un dispositivo utilizado en el tratamiento de la obesidad. Algunas complicaciones graves, infrecuentes, incluyen la migración de balón parcialmente desinflado, provocando obstrucción intestinal, y perforación gástrica. El examen de elección para confirmar la sospecha es la tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis, con lo cual se define la conducta terapéutica.

Objetivos: El objetivo del trabajo es reportar el caso de una perforación gástrica y hacer una revisión bibliográfica sobre esta complicación.

Material y Método: Mujer de 40 años con IMC de 28 kg/cm², usuaria de balón intragástrico con controles irregulares post intervención. A 10 meses de su colocación, consulta por dolor intenso epigástrico asociado a náuseas y vómitos. Al ingreso destaca taquicárdica, sin clínica sugerente de abdomen agudo. Se solicita TC de abdomen y pelvis donde describen BIG impactado en cuerpo gástrico sugiriendo posible perforación gástrica, por lo que realiza extracción endoscópica, visualizando lesión. En laparoscopia se encuentra perforación de 6 mm en pared posterior de estómago y líquido libre en pelvis. Se realiza gastrografía y aseo, se indica antibioterapia endovenosa y alimentación por sonda nasoyeyunal con buena respuesta, siendo dada de alta 2 semanas después.

Resultados: El BIG es un dispositivo ampliamente utilizado en el tratamiento de sobrepeso y obesidad desde la década de los 80, sufriendo modificaciones

como una superficie lisa, capacidad de ajustar su tamaño y ser llenado con líquido marcador para disminuir su potencial ulcerogénico y obstructivo. Este dispositivo es indicado en pacientes con IMC entre 28 y 32 kg/cm² o previo a cirugía bariátrica en pacientes súper obesos, con un período máximo de postura sugerido de 6 meses, ya que aumenta el riesgo de complicaciones. Se ha descrito mayor riesgo de éstas en pacientes con cirugías gástricas previas o gastropatías concomitantes. Dentro de las complicaciones graves se encuentra la perforación gástrica, con pocos casos reportados en la literatura científica hasta la fecha. A pesar de que no debiese ocurrir por la capacidad del BIG de movilizarse de un compartimento a otro, mantener más de 6 meses el BIG (como en el caso de esta paciente) aumenta los riesgos de eventos adversos sustancialmente. La teoría más aceptada describe que se produce impactación de restos de comida entre la pared gástrica y la superficie rígida de la válvula de llenado del balón, lo que genera un aumento constante de la presión de la pared, favoreciendo la ulceración pudiendo, eventualmente, evolucionar hasta la perforación. Si esto ocurre, el manejo debe incluir la extracción del BIG vía endoscópica así como la resolución quirúrgica de la perforación gástrica lo antes posible, independiente de la vía de abordaje.

Conclusión: Se debe educar al paciente sobre las posibles complicaciones, los signos de alarma y la necesidad de retiro oportuno. A pesar de ser una complicación muy infrecuente, la perforación gástrica debe estar presente como diagnóstico diferencial. Frente a la sospecha, el TC de abdomen y pelvis con contraste es un buen examen y el manejo debe ir dirigido en la extracción del balón y la sutura quirúrgica.

Bypass tipo SADI-S: Una alternativa para la Super-obesidad

Domingo Diego Montalvo Vasquez , guillermo castro guerra.*

Hospital de Arica. Cirugía.

Introducción: En cirugía bariátrica, los pacientes con súper-obesidad son cada vez más frecuentes. Éstos representan un gran reto para los cirujanos y todo el equipo multidisciplinario.

Objetivos: Mostrar la técnica del bypass duodeno-ileal con una sola anastomosis más gastrectomía vertical en manga, SADI-S por sus siglas en inglés, en un paciente con súper-obesidad.

Descripción y contenido del vídeo: Paciente masculino de 44 años, con un peso inicial de 168 kg y de 1,62 mts (IMC 64 kg/mt²); asociado a diabetes y dislipidemia. Luego del manejo multidisciplinario el paciente llega a la cirugía con un IMC de 61,7 kg/mt². Se realiza una gastrectomía vertical calibrada con sonda 38 fr, disecando toda la región antro-pilórica, incluyendo la primera porción duodenal. Se respeta la curvatura menor gástrica. Con endograpadora lineal se secciona el duodeno 2 cm distales al píloro. Luego se realiza una duodeno-íleo anastomosis manual en dos planos termino lateral a 300 cm de la válvula íleo-cecal. El paciente se realimentó a las 48 horas y se dio de alta al cuarto día post operatorio. A los 30 días tuvo una pérdida del 17,7% del exceso de peso y mejoría de las glicemias. No hubo complicaciones.

Manejo laparoscópico de ulcera marginal perforada posterior a bypass gástrico laparoscópico antiguo.

JORGE BRAVO LOPEZ , ISMAEL COURT RODRIGUEZ, JUAN CONTRERAS PARRAGUEZ, DAVID BRAVO LOPEZ, EDUARDO JOSE BRAVO LOPEZ, LUIS FELIPE SEPULVEDA JAQUI.*

Clínica Santa María. Departamento de Cirugía/Unidad de Cirugía Bariátrica y Metab.

Introducción: El Bypass Gástrico Laparoscópico (BGL) es el gold estándar para el manejo de la obesidad y sus comorbilidades, con buenos resultados a corto y largo plazo. Una de las complicaciones del BGL a largo plazo son las úlceras marginales que se presentan en el 0,6-25% y su perforación es un complicación grave que suele requerir reoperación y se asocia a elevación de la morbimortalidad.

Objetivos: Mostrar el manejo laparoscópico de un paciente con ulcera marginal perforada posterior a BGL

Descripción y contenido del vídeo: Paciente de 48 años, BGL hace 9 años, consulta por dolor abdominal difuso, brusco e intenso. Al examen: taquicárdica, pálida, abdomen tenso, doloroso, en tabla, Blumberg +. Leucocitos 19000, PCR 43. TAC: Neumoperitoneo y burbujas de aire en anastomosis gastroyeyunal (GY). Se realiza laparoscopia exploradora que muestra liquido turbio y contenido gástrico, plastrón de epiplón en zona de anastomosis GY que se debrida evidenciando orificio de perforación de 7mm en asa alimentaria, reparación con tres puntos separados de monocryl 3/0 y confección de colgajo de epiplón que se fija con hilos remanentes de sutura (epioplastia). EDA intraoperatoria muestra indemnidad de reparación, sin tras lesiones, se instala

SNY efectiva sin incidentes. Paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta

¿Cuánto cuesta una Cirugía Bariátrica en un Hospital Público? Experiencia inicial del Hospital Base de Puerto Montt

José Salinas Acevedo , Cheryl Bodin Peña y Lillo, Gustavo Martínez Riveros, Claudia Torres Saavedra, Ximena Soto De Giorgis, Benjamin Rocha Duran, Carmen Gloria Rivera Pérez.*

Hospital de Puerto Montt. Cirugía Bariátrica.

Introducción: En Chile la Cirugía Bariátrica se realiza principalmente en clínicas privadas, debido a que es una cirugía de alto costo. A la fecha no existen estudios de costos de la cirugía bariátrica en un hospital público.

Objetivos: El objetivo primario es analizar y desglosar los costos de una cirugía bariátrica en el Hospital Base de Puerto Montt. Los objetivos secundarios son describir en términos clínicos los primeros 15 pacientes bariátricos del Hospital Base de Puerto Montt.

Material y Método: Durante diciembre de 2015 y agosto de 2017 se operaron 15 pacientes (Cohorte retrospectiva). Los criterios de inclusión fueron índice de masa corporal (IMC) mayor a 40 o IMC >35 con comorbilidad, evaluación multidisciplinaria (cirujano bariátrico, nutricionista, nutriólogo, salud mental, asistente social y kinesiólogo) y adherencia a controles. Los criterios de exclusión fueron patología mental incompatible. Para el objetivo primario se consideraron variables cuantitativas: recursos humanos (cirujanos, anestesistas, pabelloneras) de acuerdo al minuto de prestación, insumos quirúrgicos y el instrumental de considerando su depreciación en pesos chilenos. Para el objetivo secundario se utilizan analítica descriptiva usando estadística promedio y mediana según distribución.

Resultados: Se operaron 14 bypass gástrico y 1 gastrectomía en manga laparoscópica. La edad fue de 42.0±13.03 años, 11 mujeres y 4 hombres. Hubo 7 pacientes superobesos (IMC>50). El IMC de ingreso y preoperatorio fue de 50.0±8,9 y 43,9±5.0 respectivamente. La patología más frecuente fue la diabetes mellitus tipo 2 insulino requiriente en 9 casos. La estadía hospitalaria fue de 3 días y no hubo complicaciones. La mediana de seguimiento fue de 4(1 – 21) meses. Hubo 6 pacientes con más de un año de seguimiento con un IMC promedio de 30±4 y un PEP de 77.1% ± 16%. El tiempo promedio total de pabellón se

calculó en 240 minutos, El costo por minuto por cirugía considerando dos cirujanos, anestesiista, arsenalera, pabellonera y auxiliar de anestesia de fue \$51.075 pesos por cirugía. El costo de insumos y materiales quirúrgicos fue de \$1.769.710 por cirugía. El costo de inmueble considerando su depreciación fue de \$790.180 por cirugía. El costo total por cirugía bariátrica fue de un promedio de \$2.894.552.

Conclusión: El costo promedio de una cirugía bariátrica en el Hospital de Puerto Montt fue de \$2.894.552. Cabe destacar que los primeros 15 pacientes fueron pacientes complejos con un IMC preoperatorio promedio de 50, nueve de ellos diabéticos insulino requerientes y no hubo complicaciones postoperatorias.

Resultados en pacientes sometidos a bypass gástrico metabólico Hospital Base Valdivia.

Carlos Ayala Pardo , Manuel Kunstmann Camino, Carlos Cárcamo Ibaceta.*

Hospital Clínico de Valdivia, Universidad Austral de Chile Servicio de Cirugía.

Introducción: La obesidad constituye un problema de salud pública en aumento y está asociada a múltiples comorbilidades que aumentan el riesgo cardiovascular, tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, entre otras. La cirugía metabólica ha demostrado ser una opción efectiva en la disminución del exceso de peso y control de las comorbilidades asociadas en este grupo de pacientes.

Objetivos: Reportar los resultados médicos y quirúrgicos de pacientes sometidos a bypass gástrico metabólico por el programa de cirugía bariátrica de Hospital Base Valdivia periodo 2012-2016.

Material y Método: Serie de casos, basado en análisis de base de datos prospectiva de la totalidad de pacientes sometidos a bypass gástrico metabólico en Hospital Base Valdivia. Se incluyó a la totalidad de pacientes intervenidos durante los años 2012-2016. Se recuperó información sobre características clínicas y comorbilidades preoperatorias, con seguimiento a 12 meses del porcentaje de pérdida del exceso de peso (%PEP) y requerimientos farmacológicos para el manejo de comorbilidades. Definiciones: Exceso de peso: (Peso - Peso ideal para IMC 25); %PEP: (pérdida peso x 100)/(peso inicial - peso ideal). La información se presenta mediante estadística descriptiva, utilizando medidas de tendencia central, frecuencias absolutas y relativas, según tipo y escala de variables.

Resultados: Total 13 pacientes operados. Técnica, bypass gástrico. Mujeres 53.9%. Edad promedio 52.1 años [28-67]. Promedio IMC preoperatorio 39 k/m², promedio de exceso de peso preoperatorio 38,2 k. Comorbilidades presentadas: Diabetes Mellitus tipo 2 requerientes de insulina más hipoglicemiantes orales 13 pacientes, hipertensión arterial 13 pacientes, dislipidemia 8, hipotiroidismo 2, entre otras. Seguimiento de %PEP a 1, 3, 6, 9, 12 meses: 37.3%, 56.2%, 63.3%, 68.2%, 71.1% respectivamente. A 1 año de seguimiento, 2/13 pacientes diabéticos disminuyeron requerimientos farmacológicos a sólo dosis bajas de insulina lenta, 2/13 pacientes diabéticos disminuyeron a sólo 1 fármaco hipoglicemiante oral y 9/13 pacientes diabéticos no requirieron continuar manejo farmacológico. 3/13 pacientes hipertensos disminuyeron requerimientos a sólo 1 fármaco antihipertensivo, 10/13 no requirieron continuar manejo farmacológico. 8/8 pacientes con dislipidemia no requirieron continuar manejo farmacológico.

Conclusión: En nuestra serie, los resultados médicos y operatorios logrados por la realización de bypass gástrico metabólico demuestran que la cirugía es una opción efectiva para el manejo de comorbilidades en este grupo de pacientes, siendo similar a lo reportado en la literatura.

Resultados del programa cirugía bariátrica en pacientes súper obesos Hospital Base Valdivia.

Carlos Ayala Pardo , Manuel Kunstmann Camino, Carlos Cárcamo Ibaceta.*

Hospital Clínico de Valdivia, Universidad Austral de Chile Servicio de Cirugía.

Introducción: Súper obesidad corresponde a pacientes con IMC mayor o igual a 50 k/m², grupo con mayor morbilidad y complejidad quirúrgica, donde la cirugía bariátrica también aparece como la mejor opción terapéutica, existiendo pocos reportes nacionales sobre sus resultados este grupo de pacientes.

Objetivos: Reportar los resultados quirúrgicos de pacientes súper obesos intervenidos por el programa de cirugía bariátrica Hospital Base Valdivia periodo 2012-2016.

Material y Método: Serie de casos, basado en análisis de base de datos prospectiva de la totalidad de pacientes súper obesos sometidos a cirugía bariátrica en Hospital Base Valdivia. Se incluyó a la totalidad de pacientes súper obesos operados durante el periodo 2012-2016. Se

recuperó información sobre características clínicas y comorbilidades preoperatorias, con seguimiento del porcentaje de pérdida del exceso de peso (%PEP) a 12 meses. Definiciones: Súper obeso: Todo paciente con IMC mayor o igual a 50 k/m²; Exceso de peso: (Peso - Peso ideal para IMC 25); %PEP: (pérdida peso x 100)/(peso inicial - peso ideal). La información se presenta mediante estadística descriptiva, utilizando medidas de tendencia central, frecuencias absolutas y relativas, según tipo y escala de variables.

Resultados: Total 22 pacientes. Técnica quirúrgica, gastrectomía vertical laparoscópica. Tiempo operatorio promedio 106 minutos [45-185]. Sin complicaciones intraoperatorias ni post operatorias inmediatas. Días de hospitalización promedio 4,7 [3-9]. Mujeres 77.3%. Edad promedio 42.6 años [27-67]. Promedios IMC preoperatorio 55.1k/m² [50,1-65,3], exceso de peso 76k [60,4-103,6]. Comorbilidades presentadas: hipertensión arterial 15, diabetes mellitus tipo2 12, dislipidemia 6, artrosis 6, hipotiroidismo 4, insulinoresistencia 3, entre otras. Seguimiento %PEP a 1, 3, 6, 9, 12 meses: 19.9%, 37.9%, 53.6%, 65.9%, 68.3% respectivamente.

Conclusión: En nuestra serie, los resultados operatorios logrados por el programa de cirugía bariátrica en pacientes súper obesos son efectivos y con mínima morbilidad, similar a lo reportado en la literatura.

Cirugía revisional robótica por reflujo gastroesofágico severo (RGE) y hernia hiatal posterior a gastrectomía vertical tubular (GVT). Manejo con hiatoplastia y conversión a bypass gástrico (BG)

JORGE BRAVO LOPEZ* , JUAN CONTRERAS PARRAGUEZ, ISMAEL COURT RODRIGUEZ, LUIS FELIPE SEPULVEDA JAQUI, DAVID BRAVO LOPEZ, EDUARDO JOSE BRAVO LOPEZ.

Clínica Santa María. Departamento de Cirugía/Unidad de Cirugía Robótica y minimam.

Introducción: La GVT se ha popularizado como un procedimiento efectivo para el manejo de la obesidad. Sin embargo en seguimientos a largo plazo se ha asociado con RGE, mas aún en presencia de defectos hiales. La reparación de dicha hernia y la conversión a BG es el procedimiento de elección en estos casos. El abordaje Robótico ofrece ventajas en las cirugías revisionales debidas a varias bondades del DaVinci

Objetivos: Mostrar la efectividad y tips del abordaje robótico en la cirugía revisional de GVT y hernia hiatal asociada.

Descripción y contenido del vídeo: Mujer 55años, GVT hace 9 años con RGE severo, refractario a manejo médico bien llevado con altas dosis de IBP. EDA: esofagitis. Phmetria: Demester 95. Manometría: HH. RX EED: RGE severo y HH. Abordaje Robótico con Sistema DaVinci Si. Gran HH con ascenso de mas del 1/3 proximal de GVT. Sección de borde libre gástrico y pars flácida hasta pilares. Apertura de menbrana frenoesofágica, resección de gran lipoma preherniario adherido a fascia preaórtica. Disección laboriosa y completa de saco, rescatando estomago y esófago abdominal sin tensión. Hiatorrafia con Vloc irreabsorbible 2/0 continuo. Sección gástrica mecánica. Sección de asa biliar a 100cm para ascenso antecólico y G-Y anastomosis manual con doble plano de Quill 3/0. E-E anastomosis mecánica a 120cc. Paciente con buena evolución

Prevención de la Hemorragia Digestiva post operatoria en Bypass Gástrico en Y de Roux Laparoscópico

Jorge Eduardo Saba Samur , Magdalena Bravo Hurtado, Beatriz Reeves Varela, Ernesto Chambe Álvarez, Colett Dubé Mundaca.*

Hospital DiprecaCirugía.

Introducción: La complicación post operatoria precoz más frecuente en el bypass gástrico laparoscópico (BGL) es la hemorragia digestiva (HD). El sangrado tiene diferentes potenciales orígenes, entre ellos destacan: sangrado de la línea de sutura mecánica, lesión visceral, úlcera péptica, entre otros. La HD post BGL generalmente es autolimitada, pero puede ser grave y motivo de reintervención o muerte.

Objetivos: Nuestro objetivo es medir el impacto del refuerzo de la sutura mecánica a nivel de la entero-entero anastomosis en la incidencia de HD durante el post operatorio precoz del BGL.

Material y Método: Estudio de cohorte retrospectiva. Se analizaron 914 pacientes sometidos a BGL entre Enero del 2008 y Diciembre 2015. En el primer grupo (n: 394) se realizó el refuerzo de toda la extensión de la línea de corchetes de la entero-entero anastomosis, con sutura continua transfixiante con poliglecaprone 25 3-0 (Monocryl, Ethicon). En el segundo grupo (n: 520), no se efectuó refuerzo de la entero-entero anastomosis. Las cirugías fueron realizadas por dos cirujanos, utilizando la

misma técnica quirúrgica: BGL ante cólico, pouch de 30 ml, asa biliar de 60 cm., asa alimentaria entre 100-150 cm. y ambas anastomosis mecánicas. Se registró la incidencia de HD (en la hospitalización) y transfusiones. Para el análisis de los datos se utilizaron indicadores estadísticos descriptivos y de asociación.

Resultados: Los grupos son comparables en cuanto a los datos demográficos (género, peso, estatura, índice de masa corporal), uso de aspirina y anticoagulantes. La HD se manifestó por frecuentes deposiciones sanguinolentas, taquicardia y caída del hematocrito. El tiempo operatorio promedio fue de 94,8 +- 12,4 y 119,3 +- 16,4 minutos del grupo 1 y 2 respectivamente. En el primer grupo (con refuerzo), la incidencia de HD fue de 0,76% (3 pacientes). En el segundo grupo, la incidencia de HD fue de 5,58% (29 pacientes). El análisis estadístico demuestra una disminución en la incidencia de HD en el grupo 1, cuya magnitud se expresa con un Odds ratio de 0,13 (CI 95% 0,04 - 0,43) y una reducción absoluta del riesgo de 0,048 (CI 95% 0,03 - 0,07). El número de pacientes necesario de tratar (NNT) fue de 21 (CI 95% 14 - 38), es decir, por cada 21 pacientes con refuerzo, se previene un evento de HD. Nueve de los 29 pacientes del grupo 2 que presentaron HD, requirieron transfusión de glóbulos rojos (31%) versus ninguno de los 3 paciente del grupo 1, con una reducción absoluta del riesgo a ser transfundido de 0,017 (CI95% 0 - 0,03) y NNT de 58 (CI 95% 31 - 215). La estadía postoperatoria se prolongó hasta 3 días en aquellos pacientes que tuvieron HD. No hubo reoperaciones ni mortalidad en esta serie.

Conclusión: El refuerzo con sutura manual de la línea de corchetes a nivel de la entero-entero anastomosis redujo en un 87% la incidencia de HD en el BGL y no se tradujo en un aumento del tiempo operatorio; también redujo la cuantía de sangrado y evitó la transfusión de glóbulos rojos. Finalmente, se puede inferir que la entero-entero anastomosis fue la principal fuente de HD en nuestra serie.

CIRUGIA BARIATRICA REVISIONAL POSTERIOR A GASTRECTOMIA VERTICAL TUBULAR

rodrigo jimenez yuri , sebastian cruz marti, Italo Francisco Braghetto Miranda, Manuel Figueroa Giralt, gonzalo martinez lizama, pablo rodriguez alpaca.*

Hospital Clínico de la Universidad de Chile. CIRUGIA ESOFAGO GASTRICA.

Introducción: La evolución posterior a una gastrectomía vertical tubular puede ser desfavorable a largo plazo,

requiriendo como tratamiento una cirugía revisional. El bypass gástrico suele ser la alternativa de elección.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es estudiar las indicaciones quirúrgicas, morbilidad y variación ponderal post operatoria en pacientes sometidos a cirugía bariátrica revisional, operados primariamente de gastrectomía vertical tubular.

Material y Método: Estudio de serie de casos descriptivo retrospectivo, de pacientes operados en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre enero de 2013 hasta Mayo 2017. Se incluyeron pacientes operados primariamente de gastrectomía vertical tubular que posteriormente requirieron cirugía bariátrica revisional. Las indicaciones quirúrgicas revisionales fueron: reganancia de peso, reflujo gastroesofágico patológico, esófago de Barrett y estenosis. Análisis estadístico analítico se empleó el programa Stata14MR

Resultados: Se incluyeron 19 pacientes que cumplieron criterios de inclusión. Quince fueron mujeres (78,94%). La edad promedio fue 43.8 años (+- 8.9 DS) Las indicaciones de conversión fueron: -Reflujo gastroesofágico (RGE) 78.94% (15 pacientes), de los cuales un 27% presentó esófago de Barrett, un 7% presento esofagitis grado A, un 27% grado B y un 13% grado C de los Angeles y un 27% presento hernia hiatal. -Reganancia de peso (RP) 42%, RGE + RP 26.3%, estenosis 5.2%. El índice de masa corporal (IMC) promedio previo a gastrectomía vertical tubular (GVT) fue 41.3 kg/mt2 (+- 9.6 DS). El promedio de reganancia de peso post GVT fue de 19.8 kg (+- 15.7 DS). El IMC promedio previo a la cirugía revisional fue 32.6 kg/mt2 (+- 7.9 DS). El tiempo entre GVT y bypass fue en promedio 5 años (+- 2.7DS). Las morbilidad quirúrgica global fue de 31.6% (6 pacientes), 4 con complicaciones precoces (sangrado entero entero anastomosis, absceso de pared, pancreatitis leve, obstrucción intestinal por hernia trocar) y 2 con complicaciones tardías (Síndrome Dumping, hernia interna). El IMC promedio 1 año post bypass fue de 28.18 kg/mt2 (+- 5.15 DS). No hubo mortalidad en la serie estudiada.

Conclusión: El RGE y la RP son las indicaciones más frecuentes de conversión de GVT a Bypass gástrico La morbilidad (31.6%) es mayor a la reportada en series de bypass electivo como primera cirugía. La baja de peso post bypass es significativa

Hemorragia digestiva masiva de remanente gástrico post Cirugía

Bariátrica. Manejo laparoscópico-endoscópico.

LUIS FELIPE SEPULVEDA JAQUI* , JUAN CONTRERAS PARRAGUEZ, DAVID BRAVO LOPEZ, JORGE BRAVO LOPEZ, ISMAEL COURT RODRIGUEZ.

Clínica Santa María. Unidad de Cirugía de Bariátrica y Metabólica.

Introducción: La hemorragia digestiva es una complicación que puede presentarse hasta en el 4% de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica. Dentro de las etiologías posibles, la hemorragia digestiva proveniente del remanente gástrico post bypass, es la menos frecuente, presentando un gran desafío diagnóstico y terapéutico.

Objetivos: Exponer caso clínico de paciente que presentó hemorragia digestiva proveniente del remanente post bypass gástrico y su respectivo manejo laparoscópico- endoscópico . Además, revisar la literatura disponible con respecto esta poco frecuente complicación.

Material y Método: Descripción de caso clínico manejado en nuestra institución y revisión de bibliografía disponible en PubMed con terminos de búsqueda, "gastric remnant bleeding" "gastric remnant complication". Artículos encontrados The Gastric Remnant in Roux-en-Y Gastric Bypass, Challenges and Possibilities Tom Mala, MD, PhD, J Clin Gastroenterology 2016; 50(7):527-531 Endoscopia urgente por hemorragia digestiva tras cirugía bariátrica. Algoritmo terapéutico, García Ma et al, Cir Esp 2015, 93 (2) ; 97-104 Management of Acute Bleeding after Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass, Amir Mehran et al, Obesity Surgery 2003, 13, 842-847

Resultados: Paciente masculino de 32 años, con antecedentes de Obesidad Mórbida, Síndrome de resistencia a la insulina y SAOS. Es sometido a bypass gástrico laparoscópico no resectivo, cirugía sin incidentes en el intraoperatorio (se utilizó SEAMGUARD® durante la confección del pouch gástrico) Durante el primer día postoperatorio presenta un episodio de hematemesis +/- 100cc . Se objetiva caída de 20 puntos en el hematocrito por lo que se solicita EDA, que informa úlcera traumática del muñón gástrico sangrado en napa escaso (inyectoterapia). Durante segundo día post operatorio paciente presenta nuevo episodio de hematemesis oscura +/- 800cc y caída de tres puntos más en el hematocrito (16%), permanece HDNE. Se realiza nueva EDA de urgencia, esta vez en pabellón.

Líneas de sección y anastomosis sin sangrado, úlcera previa sin sangrado, se visualiza sangre oscura en todo el trayecto hasta entero-entero anastomosis en donde se aprecia gran coágulo firme obstruyendo el lumen en llegada de asa biliar a anastomosis, imposible de franquear por endoscopia. Se procede a realizar laparoscopia exploradora más EDA laparoasistida por gastrotomía que evidencia duodeno sano, sin poder determinar sitio de sangrado en remanente por gran cantidad de coágulos por lo que se realiza resección de remanente gástrico. Paciente evoluciona favorablemente, sin nuevos episodios de sangrado.

Conclusión: La hemorragia digestiva post bypass gástrico proveniente del remanente, es una complicación poco frecuente y representa un desafío diagnóstico-terapéutico por la dificultad técnica que implica lograr la visualización endoluminal del remanente. La resección del remanente por vía laparoscópica es segura y eficaz como manejo definitivo cuando la EDA no es efectiva.

Tips técnico quirúrgicos del Bypass Gástrico (BG) Robótico, con sistema DaVinci Si

JORGE BRAVO LOPEZ* , JUAN CONTRERAS PARRAGUEZ, ISMAEL COURT RODRIGUEZ, LUIS FELIPE SEPULVEDA JAQUI, DAVID BRAVO LOPEZ, EDUARDO JOSE BRAVO LOPEZ.

Clínica Santa María. Departamento de Cirugía/Unidad de Cirugía Robótica y minimam.

Introducción: El BG es la técnica más conocida y con rendimientos óptimos para el tratamiento de la obesidad. La laparoscopia permitió difundir ampliamente la técnica sin embargo en los últimos años el abordaje robótico se ha popularizado por sus ventajas de visión y maniobrabilidad. En Chile hay una experiencia inicial que va en aumento y requiere una curva de aprendizaje para obtener los beneficios propuestos

Objetivos: Mostrar la técnica quirúrgica paso a paso y los tips del abordaje robótico en el BG con sistema DaVinci Si

Descripción y contenido del video: Video editado con tips paso a paso de la técnica del BP por vía robótica: - Check list del sistema DaVinci y aparataje anexo - Posición del paciente y mesa quirúrgica - Neumoperitoneo y colocación de trocacos -Montaje de los brazos robóticos -Inserción de cámara e instrumentos -Dissección de Hiss -Confección de Pouch Gástrico con stapler lineal -Identificación de Treitz - Sección de asa biliar a 100cm -Sección de epiplón -Ascenso antecólico,

antegástrico –GY anastomosis manual –E-E anastomosis mecánica –Cierre de brecha –Prueba de azul de metileno –Retiro de instrumental y brazos

BY PASS GASTRICO LAPAROSCOPICO CON RESECCION DEL ESTOMAGO DISTAL, UNA ALTERNATIVA QUIRURGICA PARA CASOS SELECCIONADOS

Francisco Pacheco Bastidas , Enrique Biel Walker,
Hector Molina Zapata, Fabrizio Moisan Paravic,
Rimsky Alvarez Uslar.*

*Centro de Obesidad Concepcion.Facultad de Medicina.
Universidad de Concepción. Cirugía Dig.*

Introducción: El bypass gástrico es el gold standard para el tratamiento quirúrgico de la obesidad. Una variante es el bypass gástrico con resección del remanente gástrico distal (BGR) en casos que exista antecedente de patologías gástricas con potencial de malignización o antecedentes familiares de cáncer gástrico. Esta técnica soluciona el problema de dejar el estómago excluido sin acceso a la endoscopia.

Objetivos: Describir las indicaciones y los resultados peroperatorios del bypass gástrico con resección del estómago distal como tratamiento de la obesidad, además de comentar los hallazgos histológicos del remanente gástrico resecado.

Material y Método: Serie de casos, que incluye pacientes intervenidos de bypass gástrico con resección del estómago distal, por el autor entre 2007 y 2017. No hubo exclusión. Las variables resultado: morbilidad y mortalidad postoperatoria a los 30 día y los hallazgos histopatológicos. Se aplicó estadística descriptiva, media como medida de tendencia central y rango como medida de dispersión para variables continuas. Las variables categóricas se comentan directamente.

Resultados: De un universo de 450 bypass gástricos en un total de 1034 pacientes intervenidos de cirugía bariátrica, 29 fueron intervenidos de bypass gástrico con resección del estómago distal (2,8% del total de cirugías bariátricas y 6,4% de los bypass gástricos). 21 hombre y 8 mujeres, con una media de edad de 47 años y un índice de masa corporal (IMC) promedio de 42,8 kg/m² al momento de la cirugía. 4 pacientes tenían histología preoperatoria con condiciones premalignas y 6 pacientes tenían antecedentes familiares de cáncer gástrico en padres o abuelos. Respecto a la morbilidad postoperatoria, 1 paciente tuvo complicación menor,

Clavien I. No hubo mortalidad en la serie. El IMC al año de la intervención fue de 27,5 kg/m² como media.

Conclusión: El estudio preoperatorio en cirugía bariátrica es fundamental al momento de detectar condiciones que determinarían una decisión de bypass gástrico con resección del estómago distal, al no poder realizar seguimiento endoscópico a un eventual estómago excluido. La cirugía de BGR se asocia a un tiempo operatorio levemente mayor, con una morbimortalidad comparable al bypass no resectivo.

Conversión de manga a bypass gástrico: resultados peroperatorios en cirugía revisional.

Francisco Pacheco Bastidas , Enrique Biel Walker,
Hector Molina Zapata, Fabrizio Moisan Paravic,
Rimsky Alvarez Uslar.*

*Centro de Obesidad Concepcion.Facultad de Medicina.
Universidad de Concepción. Cirugía Dig.*

Introducción: La cirugía revisional en cirugía bariátrica es una intervención que ha ido en aumento en los últimos años y busca solucionar un problema derivado de la misma. En el caso de la gastrectomía en manga, la conversión a bypass gástrico está indicada cuando hay pérdida insuficiente de peso o recidiva del síndrome metabólico, también en complicaciones quirúrgicas, como reflujo, estenosis o fístula.

Objetivos: Describir los resultados peroperatorios, así como las indicaciones de conversión de gastrectomía en manga a by pass gástrico, en pacientes intervenidos de cirugía revisional de cirugía bariátrica.

Material y Método: Serie de casos, que incluye pacientes intervenidos de cirugía revisional de cirugía bariátrica, específicamente de gastrectomía en manga a bypass gástrico, por el autor entre 2007 y 2017. No hubo exclusión. Las variables resultado: morbilidad y mortalidad postoperatoria a los 30 días y pérdida de peso. Se aplicó estadística descriptiva, media como medida de tendencia central y rango como medida de dispersión para variables continuas. Las variables categóricas fueron descritas individualmente.

Resultados: De un universo de 1034 pacientes intervenidos de cirugía bariátrica, 39 fueron intervenidos de cirugía revisional (3,8%), entre los cuales la cirugía revisional más frecuente fue la conversión de gastrectomía en manga a bypass gástrico, con 21 pacientes que representan la muestra de este trabajo. 17 pacientes de sexo femenino, con una media de edad de

42 años (rango 26 a 54 años). El índice de masa corporal al momento de la cirugía revisional fue en promedio 36,1. En cuanto a las causas del fracaso de la cirugía primaria, 9 conversiones fueron por re ganancia de peso, 8 por reflujo gastroesofágico y 4 por ambas causas. La media de estada hospitalaria fue de 3,3 días, con un rango de 2 a 8 días. En cuanto a la morbilidad postoperatoria, 2 pacientes tuvieron obstrucción transitoria de la entero-entero anastomosis del pie de asa en Y de Roux y 1 paciente cursó con estenosis de la gastroyeyunoanastomosis, tratado con dilatación endoscópica. No hubo mortalidad postoperatoria en esta serie.

Conclusión: Las causas más frecuentes de conversión de manga gástrica a bypass son la inadecuada pérdida de peso y el reflujo gastroesofágico. Este último representa una complicación no infrecuente de la gastrectomía en manga.

Úlcera marginal perforada post Bypass Gástrico (BG). Manejo con laparotomía exploradora para control de daños y reversión de BG posterior.

DAVID BRAVO LOPEZ* , DIVA VILLAO MARIDUEÑA, rafael moya abuhadba, EDUARDO JOSE BRAVO LOPEZ, MARCO BUSTAMANTE ZAMORANO.

Hospital del Salvador, Universidad de Chile Servicio de Cirugía/Equipo digestivo alto. .

Introducción: La úlcera marginal perforada es una de las complicaciones tardías mas frecuentes y graves en el Bypass Gástrico en Y Roux, esta asociado a factores de riesgo en su etiopatogenia y suele requerir de una nueva reintervención quirúrgica de manera oportuna. El manejo mínimamente invasivo no siempre es posible y depende de la gravedad del cuadro séptico.

Objetivos: Dar a conocer el caso clínico de una úlcera marginal perforada compleja posterior a bypass gástrico antiguo. El manejo inicial para control de daños y posterior reversión del BG.

Material y Método: Reporte de caso clínico en modalidad poster de un paciente con Úlcera marginal perforada post Bypass Gástrico en Y Roux.

Resultados: Paciente femenino de 56 años, con antecedentes de depresión, tabaquismo (2 cajetillas/día), y bypass gástrico laparoscópico en 2014 con conservación de remanente gástrico. Consulta en la urgencia por cuadro de una semana de evolución de

dolor abdominal epigastrio que se generaliza en las ultimas 24 horas, asociado a compromiso del estado general, nausea y vómitos. Al examen: caquéctica, deshidratada, hipotensa, taquicárdica, taquipneica, abdomen tenso-doloroso y Blumberg positivo. TAC-TAP: neumoperitoneo y liquido libre intra-abdominal en moderada cantidad. Laparotomía exploradora que muestra peritonitis difusa de cuatro cuadrantes y úlcera perforada en gastro-yeyuno anastomosis, con dehiscencia del 80%. Se realiza adherenciólisis laboriosa, se deshace anastomosis dejando gastrostomía con sonda pezzet de pouch gástrico y asa alimentaria de yeyuno se exterioriza a manera de yeyunostomía. Se deja laparostomía contenida que se revisa en 48 horas encontrando colección subfrénica purulenta de 300cc, aseó y cierre. Paciente grave, evoluciona en UCI con sepsis por S. Aereus, desnutrición calórico-proteica severa (IMC 14). Se maneja con antibióticos (vancomicina-impipenem), rescate nutricional con NPTC y NE por yeyunostomía. Evolución favorable, se realiza reconstitución del tránsito 4 meses después con anastomosis gastro – gástrica (entre pouch y remanente gástrico) y sección de yeyunostomía. Paciente es dado de alta en buenas condiciones.

Conclusión: La úlcera marginal perforada es un cuadro clínico grave por lo cual es necesario conocer los factores de riesgo involucrados en el origen del mismo, saberla diagnosticar a tiempo y realizar un manejo oportuno y adecuado.

EXPERIENCIA DE 54 CASOS DE CIRUGIA REVISIONAL POR PROCEDIMIENTOS BARIATRICOS RESTRICTIVOS

Felipe Castillo Henriquez* , Iván Turu Kobayashi, Gonzalo Wiedmaier Teare, Juan León Ramírez.

Clínica Alemana. Cirugía.

Introducción: La prevalencia de la obesidad ha ido en aumento. La cirugía bariátrica es la vía mas efectiva para mejorar las comorbilidades relacionadas con la obesidad. Los procedimientos son variados y han ido mejorando con el transcurso del tiempo; sin embargo la tasa de fracaso va en aumento. Entre un 4 a un 20% de los pacientes requerirán cirugía revisional(CR).

Objetivos: Comunicar la experiencia de nuestra institución en CR, describiendo las características demográficas, procedimientos realizados y las causas de revisión y el tratamiento realizado con sus resultados

Material y Método: Serie de casos retrospectiva de pacientes sometidos a cirugía revisional, entre el año 2013 y 2016. Se estudiaron variables como edad, sexo, cirugía bariátrica realizada inicialmente, las causas de revisión, y procedimiento y abordaje realizados. Se utilizó estadística descriptiva.

Resultados: En el periodo en estudio, se realizaron 54 procedimientos revisionales, con un promedio de edad de 49,3 años, de los cuales el 64,8% era de sexo femenino. 28 pacientes de los sometidos a (CR) eran portadores de una banda gástrica ajustable y la causa en 17 casos fue por reganancia de peso. El procedimiento revisional más realizado fue el bypass gástrico en 53,7% de los casos, de los cuales el 27,5% fueron robóticos.

Conclusión: La cirugía revisional debe ser considerada el manejo de los pacientes con fracaso de procedimientos bariátricos restrictivos.

COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS DE LA GASTRECTOMÍA VERTICAL. DESCRIPCIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA.

Felipe Castillo Henriquez , Gonzalo Wiedmaier Teare, Cristián Cavalla Castillo, Juan León Ramírez, Iván Turu Kobayashi, Daira Marco , Elisabeth Reichmann Valdivia.*

Clínica Alemana. Cirugía.

Introducción: La obesidad severa es uno de los problemas de salud más importantes en el mundo moderno, la cirugía ha demostrado ser efectiva no solo en su manejo, sino también de las comorbilidades asociadas. Existen diferentes opciones quirúrgicas, siendo la gastrectomía vertical una de ellas. La complicación más frecuente asociada a ésta es el sangrado (0,4-8%).

Objetivos: Describir las complicaciones hemorrágicas post gastrectomía vertical laparoscópica en nuestro centro entre los años 2007 y 2013.

Material y Método: Trabajo descriptivo retrospectivo. Se revisan las complicaciones posteriores a gastrectomía en manga entre los años 2007 y 2013 seleccionando aquellas que involucran hemorragia diagnosticada ya sea en el intra o post operatorio. Se describen los hallazgos y su manejo. No se realiza análisis estadístico.

Resultados: Se reportan 23 casos de hemorragia post gastrectomía vertical. Del total de casos, 12 (52,2%) presentaron sangrado diagnosticado en el intraoperatorio

de los cuales 8 (66%) corresponden a desgarro esplénico, 2 (17%) a desgarro hepático y 2 (17%) a sangrado de vasos gástricos cortos. Por otra parte se describen 10 casos (43,5%) de sangrado diagnosticado en el post operatorio de los cuales 1 caso (10% se manifiesta como hemorragia digestiva alta, y 9 (90%) con hemoperitoneo. Finalmente, 1 caso (4,3%) de sangrado diagnosticado y controlado en el intraoperatorio que presenta resangrado en el post operatorio.

Conclusión: La hemorragia es una complicación frecuente de la gastrectomía vertical, que se puede presentar tanto en el intra como en el post operatorio, pudiendo llegar a requerir una reintervención quirúrgica. En esta muestra de pacientes se observó similar cantidad de casos de hemorragia en ambas instancias.

Absceso pulmonar y empiema pleural izquierdo 7 años post gastrectomía subtotal vertical

Alberto Perez -Castilla M. , Ruben Suarez Albino, JUAN CARLOS AYALA BOHORQUEZ.*

Clínica Indisa, Universidad Andres Bello Servicio de Cirugía Minimamente Invasiva.

Introducción: La gastrectomía subtotal vertical es una operación muy frecuente hoy en día nuestro país, La complicación fistula pleural en general se presenta dentro 30 - 60 días post cirugía .

Objetivos: Presentar caso que ingresa muy grave, sepsis , empiema pleural y absceso pulmonar y como antecedente una gastrectomía subtotal vertical hace 7 años atrás . Se presenta el manejo inicial y reparación

Descripción y contenido del vídeo: Caso clínico , estudio y diagnóstico de fistula gastro-pleural-pulmonar , manejo con prótesis esofagogastrica inicial ,estabilización y resección gástrica laparoscopica con anastomosis por minilaparotomía

Trombosis portomesenterica post gastrectomía vertical laparoscopica

Manuel Leal Saenz , MATIAS SEPULVEDA HALES, HERNAN GUZMAN MARTIN, Maria Jose Mena Escobar, Joel Grajeda Ruiz, Hernan Guzman Céspedes.*

Hospital DIPRECA Servicio de Cirugía.

Introducción: La trombosis porto-mesentérica (TPM) es una complicación infrecuente post cirugía bariátrica

laparoscópica, con consecuencias potencialmente letales debido al riesgo de isquemia mesentérica.

Objetivos: Describir las características demográficas, presentación clínica y tratamiento de pacientes con TPM post gastrectomía vertical laparoscópica.

Material y Método: Estudio retrospectivo de fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de TPM sometidos previamente a cirugía bariátrica en Hospital DIPRECA, entre Enero de 2006 y Diciembre de 2016. Se analizaron las siguientes variables: sexo, edad, IMC, síntomas, dosis y duración de tromboprofilaxis, uso de anticonceptivo, estudio de trombofilia y complicaciones. El análisis fue realizado con estadística descriptiva.

Resultados: 2637 pacientes estaban registrados en base de datos; 1471 corresponden a gastrectomía vertical (55,7%). Sólo 5 desarrollaron TPM (0,3%). El 100% eran mujeres. Edad promedio 39,8 años. IMC promedio 37,2 kg/m². Todos los pacientes recibieron heparina de bajo peso molecular profiláctica: enoxaparina en dosis de 0,8-1 mg/kg a las 6 horas post cirugía más compresión neumática por 24 horas, asociado a medias anti-embólicas en el post operatorio. El síntoma más prevalente fue el dolor epigástrico irradiado a hipocondrio derecho (100%), vómitos (2 pctes) y fiebre (1 pcte). En todos los pacientes se utilizó TAC como herramienta diagnóstica por imagen. Todas las pacientes fueron tratadas con terapia anticoagulante por al menos 6 meses, y permanente a las pacientes con trombofilia (2 pacientes). Usuarías de dispositivos intrauterino 2 pacientes. 2 pacientes tenían historia de tabaquismo. 1 paciente con antecedente familiar de trombofilia (déficit de proteína C). 1 paciente requirió reoperación asociado a resección intestinal, con buena evolución posterior.

Conclusión: En nuestra serie, la TPM es una complicación muy infrecuente post gastrectomía vertical laparoscópica, pero que requiere un diagnóstico y tratamiento oportuno para evitar potenciales complicaciones.

Resultados en el corto plazo de la reparación endovascular en el trauma arterial

Juan Bombin Franco* , Alejandro Kotlik Aguilera, Constanza Teresa Gomez Muñoz, Daniel Alejandro García Oneto, Iver Zegarra Imaña.

Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez, Universidad de Valparaíso Servicio Cirugía.

Introducción: La reparación endovascular del trauma arterial es una alternativa mínimamente invasiva a la cirugía abierta clásica en pacientes hemodinámicamente estables, con mayores beneficios en lesiones ubicadas en zonas de difícil acceso quirúrgico. Estas técnicas han permitido controlar los daños arteriales, evitar el riesgo de amputaciones de extremidades, con menor agresión quirúrgica y morbimortalidad.

Objetivos: Mostrar los resultados inmediatos del tratamiento endovascular en pacientes con lesiones traumáticas arteriales. Describir las características demográficas, mecanismos de injuria, tipos de lesiones y tratamiento endovascular efectuado y sus complicaciones.

Material y Método: Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes con trauma arterial sometidos a reparación endovascular en los últimos 10 años en el Hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso, mediante la revisión de sus antecedentes clínicos e imagenológicos recopilados en una base de datos Microsoft Excel 2010® y analizados en el programa estadístico Stata 13®.

Resultados: Durante el período observado, se realizó reparación endovascular en 22 pacientes, de los cuales 19 fueron hombres (Edad promedio 37 años, rango 19-83 años). El mecanismo de injuria fue mayoritariamente la agresión, en 16 pacientes (7 arma blanca, 9 arma de fuego), contusiones en 2, y iatrogenia en 4 pacientes. La localización anatómica más frecuente fue en las extremidades inferiores (14 pacientes). Las arterias más comúnmente comprometidas fueron: femoral profunda (5), femoral superficial (4), axilar (3), ilíaca común (2), poplítea (2), tibial anterior (2), subclavia (1), aorta torácica (1), mesentérica superior (1) y tibial posterior (1). Los hallazgos patológicos fueron 12 Pseudoaneurismas, 9 Fístulas arteriovenosas y 1 Oclusión. La técnica usada fue, a través del método de Seldinger, la colocación de una endoprótesis cubierta en 15 pacientes y embolización con coils en 7. Hubo éxito técnico inicial en todos los pacientes, aunque un paciente fue precozmente convertido. No hubo pérdida de extremidades. Cuatro pacientes fueron tratados por otras

lesiones asociadas. Una paciente anciana falleció a causa de una neumonía intrahospitalaria.

Conclusión: La reparación endovascular constituye actualmente una buena alternativa en el tratamiento del trauma arterial y es la primera opción terapéutica para los traumatismos arteriales ubicados en lugares de difícil acceso quirúrgico, por lo que debiera ser incluida en los algoritmos en los cuidados de los pacientes traumatizados.

Experiencia en manejo endovascular de la enfermedad arterial periférica de extremidades inferiores

Michelle Laura Marchesini Brest* , Ignacio Escobar Sbarbaro, Carlo Zuñiga González.

Hospital de Viña del Mar, Hospital Dr. Gustavo Fricke Servicio de cirugía - Departamento de cirugía vascular.

Introducción: La enfermedad arterial periférica de extremidades inferiores es una entidad frecuente. La prevalencia aumenta con la edad y se dobla o triplica en pacientes con diabetes. Hasta recientemente, el tratamiento quirúrgico abierto era la única alternativa de tratamiento. Actualmente los avances en la intervención percutánea la han convertido en la modalidad terapéutica de elección.

Objetivos: Describir la experiencia en el manejo endovascular de la enfermedad arterial periférica de miembros inferiores durante el año 2016 y 2017 en un hospital público. Se eligió particularmente este período de tiempo, ya que el departamento de cirugía endovascular ha alcanzado una mayor madurez respecto al enfrentamiento en estos últimos 2 años.

Material y Método: Estudio descriptivo, en el cual se realiza revisión retrospectiva de fichas clínicas, imágenes diagnósticas y terapéuticas y protocolos operatorios de 81 pacientes sometidos a angioplastia de miembros inferiores. Se incluyeron todos los pacientes portadores de enfermedad arterial periférica sometidos a angioplastia en el pabellón de hemodinamia del Hospital Dr. Gustavo Fricke durante enero 2016 y julio 2017. En cuanto a variables demográficas se analizó el sexo y edad. En variables técnicas se evaluó el territorio vascular afectado confirmado por la angiografía diagnóstica inicial. Los resultados evaluados fueron complicaciones inmediatas del procedimiento, sobrevida libre de amputación mayor, mortalidad operatoria y mortalidad a corto plazo.

Resultados: Un 81,5% de los pacientes corresponde al sexo masculino. La edad promedio de presentación fue de 68 años, con un rango entre 41 y 87. El territorio afectado en orden de frecuencia fue: femoropoplíteo 53%, infrapoplíteo 20%, aortoiliaco 6% y mixto 14,8% (aortoiliaco más femoropoplíteo 6,2% y femoropoplíteo asociado a infrapoplíteo 8,6%). En cuanto a complicaciones del procedimiento, se produjeron en 5 casos (6,3%), entre las cuales se reportan 3 extravasaciones de medio de contraste, una disección de arteria femoral superficial y un pseudoaneurisma de arteria peronea, todos de manejo conservador y sin complicaciones mayores. En relación a la sobrevida libre de amputación mayor, ésta se produjo en un 90,1% hasta el momento del estudio. Se registró mortalidad en 7 pacientes (8,6%), con una media de 68,7 años, las cuales estuvieron en su mayoría asociadas a sus factores de riesgo cardiovascular (infarto al miocardio, accidente cerebrovascular y complicaciones secundarias a este último, complicaciones respiratorias secundarias al tabaquismo), y otras asociadas a factores de la esfera extra cardiovascular (un paciente fallecido por cáncer de colon).

Conclusión: El objetivo del tratamiento quirúrgico reside en la posibilidad de disminuir el nivel de amputación, evitando la amputación mayor y disminuyendo la mortalidad. El rol de la intervención endovascular radica en su menor invasividad, la posibilidad de ser usado como puente a un tratamiento quirúrgico y que permite realizar by pass más cortos, lo que contribuye a disminuir la morbimortalidad.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE TRANSECCIONES AGUDAS DE LA AORTA DESCENDENTE: RESULTADOS A CORTO Y LARGO PLAZO

Sebastian Hugo von Mühlenbrock , Renato Mertens Martin, Leopoldo Ario Mariné Massa, Michel Bergoeing Reid, José Francisco Vargas Serrano, José Francisco Valdés Echeñique, Albrecht Krämer Schumacher.*

Clínica Universidad Católica. Departamento de Cirugía Vascul y Endovascular, División de.

Introducción: Los accidentes por desaceleración súbita se asocian a transección de la aorta torácica, falleciendo 85-90% en el sitio del suceso. Los que sobreviven presentan politraumatismo asociado grave, teniendo la reparación quirúrgica convencional de la aorta un alto

riesgo. La reparación endovascular es una alternativa menos invasiva y de menor morbi-mortalidad.

Objetivos: Reportar nuestra experiencia en los últimos 15 años y metodología utilizada en el tratamiento de esta grave condición.

Material y Método: Estudio retrospectivo, se revisaron los antecedentes clínicos e imagenológicos de todos los pacientes tratados consecutivamente entre agosto de 2002 y diciembre 2016.

Resultados: Tratamos 26 pacientes (22 hombres, 40,5 ± 15,7 años, rango 19-74) con transección traumática aguda de aorta torácica descendente. Veinte y cinco presentaban lesiones asociadas: traumatismo encéfalo-craneano (10), fractura de huesos largos (14), laceración esplénica (4), hepática (3), renal (4). La causa del accidente fue vehicular en 22 casos y caída de altura (4). El diagnóstico fue realizado mediante tomografía axial computada. El tratamiento consistió en la cobertura de la zona de transección mediante implante de una endoprótesis, siendo necesario cubrir el origen de la arteria subclavia izquierda en 18 casos, sin requerir revascularización de la extremidad en ninguno. El éxito técnico fue 100%. No hubo paraplejia. Un paciente (3,8%) de 60 años fallece al 5to día por lesiones asociadas graves. No hubo mortalidad relacionada al procedimiento. En el seguimiento alejado a 94 meses (6-177), hubo solo una reintervención por presentar una coartación con gradiente de más de 60 mmHg y sospecha de infección con resolución endovascular.

Conclusión: Nuestros resultados inmediatos y a largo plazo con esta intervención, asociado a los excelentes resultados reportados en la literatura, permite mantener a la cirugía endovascular como una alternativa eficaz y con baja morbimortalidad para el tratamiento de transecciones de la aorta torácica.

Tecnica de salvataje en extremidad severamente lesionada ,producto de electrocución .

Wladimir Correa Guia , Rubén Naveda , Julio Pastor Arrieché, Francisco Diron Muniz, Sergio Muñoz , Eduardo Ortiz , Paulina Ramos , Carolina Agurto , Roberto Hernan Rodriguez Ramirez.*

Hospital de Curicó.

Introducción: La reconstrucción y el salvamento de una extremidad severamente traumatizada. Crea en el cirujano el dilema de salvar o amputar, pérdidas importantes de tejido, reparación vascular expuesta

,puede significar infecciones de la misma ,que conlleva a fugas arteriales que ponen en riesgo la vida del Paciente y la viabilidad de la extremidad ,la cobertura con tejidos cercanos puede hacer la diferencia

Objetivos: El objetivo del presente vídeo es reporte de un caso y técnica quirúrgica compleja y reportada escasamente en la literatura, por la poca incidencia de la etiología de la misma, manejo y evolución .

Descripción y contenido del vídeo: Pac. masculino 16 años quien ingresa a la emergencia posterior a recibir descarga eléctrica de alto voltaje con lesiones severas del paquete vasculo-nervioso y tejidos blandos , músculos , tendones , con exposición ósea en articulación de extremidad derecha y lesiones similares en extremidad superior izquierda sin componente vascular, extremidad severamente lesionada, quien fue llevado a Quirofano con mal pronóstico de la extremidad . Se practico exploración vascular con reparación de arteria humeral mediante interposición de injerto de vena Safena invertida de extremidad inferior izquierda , reparación venosa , extirpación quirúrgica de tejidos carbonizados hasta obtener tejido viable y cobertura en colgajo de injerto miocutaneo , dorsal ancho ,en pared torácica postero-lateral,películado

Experiencia en Chile con Endoprótesis Fenestrada ANACONDA en Aneurismas Aórticos Abdominales Yuxtarenales y tipo IV de Crawford

JOSEFINA EGAÑA DURAN , Manuel Andres Espindola Silva, phoebe ramos yanine.*

Clinica Las CondesCardiovascular.

Introducción: El manejo del aneurisma aórtico abdominal (AAA) yuxtarenal constituye un gran desafío, con morbilidad en cirugía abierta descrita hasta tres veces mayor en comparación con aneurismas infrarrenales. Recientemente la estrategia endovascular se ha desarrollado para expandir la indicación de reparación endovascular a AAA yuxtarenales. Esto ha mejorado la evolución postoperatoria y pronóstico de

Objetivos: Mostrar la experiencia en Chile con el uso de endoprótesis fenestrada ANACONDA en la reparación de AAA yuxtarenales y tipo IV de Crawford.

Material y Método: Serie de casos prospectivos en pacientes con diagnóstico de AAA yuxtarenal y tipo IV de Crawford, tratados con endoprótesis fenestrada ANACONDA. La decisión de tratamiento con este dispositivo se basó en criterios internacionales para este

tipo de aneurismas. Indicaciones para el uso de este dispositivo incluían AAA con cuello corto o dilatado, inadecuado para tratamiento EVAR. Se realizó seguimiento clínico e imagenológico con AngioTAC al mes, 3, 6 meses y al año. Se evaluó el éxito clínico y técnico del procedimiento, y la aparición de endoleak en el seguimiento, al igual que la permeabilidad de las fenestras.

Resultados: Entre junio 2015 y junio 2017, 14 pacientes fueron tratados en Clínica las Condes y Hospital Dipreca con diagnóstico de aneurisma aorta abdominal (AAA) yuxtarenal. El promedio del diámetro de los AAA fue de 62 mm (49 - 80mm). Se utilizaron un total de 38 fenestras, todas canuladas de forma apropiada. Un paciente presentó un endoleak tipo I en el control del mes, que fue tratado con éxito. Durante el seguimiento no se observó complicaciones relacionadas al dispositivo, durante su instalación y en el seguimiento. No hubo mortalidad en el grupo tratado con este dispositivo.

Conclusión: La endoprótesis fenestrada de ANACONDA ha demostrado muy buenos resultados a corto y mediano plazo, en lo relacionado a éxito técnico y clínico, permeabilidad de ramas viscerales y endoleak. El seguimiento a corto y mediano plazo es promisorio sobre todo en aneurismas aórticos con anatomía compleja.

Experiencia en Chile con Endoprótesis Fenestrada ANACONDA en Aneurismas Aórticos Abdominales Yuxtarenales y tipo IV de Crawford

Manuel Espindola Silva , JOSEFINA EGAÑA DURAN, phoebe ramos yanine, GUSTAVO ADOLFO SEPULVEDA MONSALVE, mauricio maureira leiva, jonathan rivero armijo, sebastian saavedra fernandez.*

Clinica Las Condes. Cirugía Vascul.

Introducción: El manejo del aneurisma aórtico abdominal (AAA) yuxtarenal es un gran desafío, con tres veces más morbilidad que la cirugía abierta, comparado con aneurismas infrarrenales. Recientemente la estrategia endovascular se ha desarrollado para expandir la indicación de reparación endovascular a AAA yuxtarenales. Esto ha mejorado la evolución postoperatoria y pronóstico de este tipo de aneurismas

Objetivos: Mostrar la experiencia en Chile con el uso de endoprótesis fenestrada ANACONDA en la reparación de AAA yuxtarenales y tipo IV de Crawford

Material y Método: Serie de casos prospectivos en pacientes con diagnóstico de AAA yuxtarenal y tipo IV de Crawford, tratados con endoprótesis fenestrada ANACONDA. La decisión de tratamiento con este dispositivo se basó en criterios internacionales para este tipo de aneurismas. Indicaciones para el uso de este dispositivo incluían AAA con cuello corto o dilatado, inadecuado para tratamiento EVAR. Se realizó seguimiento clínico e imagenológico con AngioTAC al mes, 3, 6 meses y al año. Se evaluó el éxito clínico y técnico del procedimiento, y la aparición de endoleak en el seguimiento, al igual que la permeabilidad de las fenestras

Resultados: Entre junio 2015 y junio 2017, 14 pacientes fueron tratados en Clínica las Condes y Hospital Dipreca con diagnóstico de aneurisma aorta abdominal (AAA) yuxtarenal. El promedio del diámetro de los AAA fue de 62 mm (49 - 80mm). Se utilizaron un total de 38 fenestras, todas canuladas de forma apropiada. Un paciente presentó un endoleak tipo I en el control del mes, que fue tratado posteriormente con éxito. Durante el seguimiento no se observó complicaciones relacionadas al dispositivo, durante su instalación y en el seguimiento. No hubo mortalidad en esta serie.

Conclusión: La endoprótesis fenestrada de ANACONDA demostró muy buenos resultados a corto y mediano plazo, en lo relacionado a éxito técnico y clínico, permeabilidad de ramas viscerales y endoleak. El seguimiento a corto y mediano plazo es promisorio sobre todo en aneurismas aórticos con anatomía compleja

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS MICOTICOS DE AORTA: REPORTE DE TRES CASOS

Juan Osvaldo Marin Peralta , Cristian Marin Heise, Ricardo Olguin Leiva, Eitan Schwartz Yuhaniak.*

HOSPITAL MILITARCIRUGIA.

Introducción: Los aneurismas micóticos de la aorta son extremadamente raros con una frecuencia de 1 a 1,8% . Se trata de una enfermedad potencialmente letal. El diagnóstico temprano y el tratamiento quirúrgico más un prolongado tratamiento antibiótico son esenciales para su supervivencia, sin embargo con mortalidades que fluctúan entre 16 a 44%, debido a la recurrencia de la infección, sepsis fulminante.

Objetivos: Reporte tres casos de aneurismas micóticos de aorta tratados por vía Endovascular

Material y Método: Tres pacientes con importantes comorbilidades de gran riesgo quirúrgico. Dos aneurismas de aorta abdominal y uno del arco aórtico. En aorta abdominal en uno se efectúa técnica híbrida y el otro se implanta endoprótesis. En el aneurisma de arco aórtico se efectúa técnica híbrida. Los cultivos fueron *Streptococo viridans*, *Salmonella enteritidis* y *estafilococo áureo* respectivamente.

Resultados: Buena evolución postoperatoria de los primeros dos casos y fallecimiento del tercer caso a los 46 días de postoperatorio por sus comorbilidades. El seguimiento del primer caso ha sido 6 años y el segundo un año.

Conclusión: Como conclusión en base a la revisión de la literatura extranjera y nacional creemos que el tratamiento endovascular es una alternativa aceptable para tratar esta grave patología en determinados casos, especialmente en pacientes de alto riesgo quirúrgico o como puente para cirugía definitiva.

Aterectomía en Enfermedad arterial oclusiva periférica de novo e intra stent: resultados a corto plazo

Manuel Espindola Silva , GUSTAVO ADOLFO SEPULVEDA MONSALVE, mauricio maureira leiva, jonathan rivero armijo, sebastian saavedra fernandez, JOSEFINA EGAÑA DURAN.*

Hospital DIPRECA Cirugía Vascul.

Introducción: Los pacientes con enfermedad arterial oclusiva (EAO) sometidos a terapia endovascular y que en su evolución presentan restenosis intra stent son un desafío en cuanto al tratamiento de elección para estas lesiones. A pesar de que en el dispositivo de aterectomía usado se contraindica el uso en restenosis intra stent, podría existir una ventaja teórica reduciendo la hiperplasia intimal.

Objetivos: Presentar los resultados obtenidos con el uso de un dispositivo de aterectomía (TurboHawk, Medtronic) en EAO en lesiones de novo y en estenosis intra stent.

Material y Método: Realizamos un estudio observacional, retrospectivo, tipo serie de casos, en el que se incluyeron todos los pacientes con EAO clasificación Rutherford 2 a 5 que fueron tratados con dispositivo de aterectomía en el Hospital DIPRECA desde julio de 2016 hasta la fecha. Mediante el uso de estadística descriptiva se evaluaron los resultados. Los *outcome* primarios fueron mejoría clínica entendida

como ausencia/mejoría de la claudicación, mejoría/curación de herida, y en el estudio imagenológico la ausencia de estenosis significativa/oclusión. Adicionalmente, se establecieron las características demográficas, clínicas y del procedimiento y sus complicaciones.

Resultados: Se incluyó un total de 15 pacientes de manera consecutiva ($65,9 \pm 9,2$ años, 80% hombres) que tenían como principales antecedentes la hipertensión arterial (86,67%), tabaquismo crónico (86,67%), diabetes (73,33%), dislipidemia (80%) y cardiopatía coronaria (26,67%). Del total, 10 pacientes (66,6%) fueron sometidos a aterectomía intra stent y el 80% tenía alguna intervención endovascular previa. Las siguientes complicaciones fueron reportadas: Rotura arterial (13%), Pseudoaneurisma del sitio de punción (6%), Nefropatía por contraste (6%). De los pacientes sometidos a aterectomía un 60% presento mejoría clínica, un 20% clínica similar y un 20% necesidad de reintervención, y un 40% presentó estenosis crítica al estudio doppler entre los 3 y 6 meses. En los pacientes sometidos a aterectomía intra stent un 80% presento mejoría clínica, un 10% mantuvo clínica similar, un 10% tuvo necesidad de reintervención y al estudio doppler un 10% evidenció estenosis crítica entre los 3 y 6 meses.

Conclusión: La aterectomía mostró ser un procedimiento seguro y con resultados prometedores en restenosis de stent a corto plazo. Aún es necesario incrementar el número de pacientes y el seguimiento para poder extrapolar los resultados, sin embargo la experiencia inicial de esta serie tuvo una baja tasa de complicaciones y podría eventualmente ser considerado en este grupo de pacientes.

Resultados de angioplastia de extremidad inferior por enfermedad arterial oclusiva en Hospital Guillermo Grant Benavente durante los años 2015-2016.

Willy Yankovic Barcelo , Javier Alejandro Vásquez Pedrero, Juan Ramón Farías Marambio, Juan Carlos Bravo Salazar, Alexis Bustos Valenzuela, Pablo Ignacio Gonzalez Sanhueza, Bárbara Constanza González Oyarzún, Cristóbal Eduardo Pinto Rubio, Edgardo Roberto Vera Contreras.*

Hospital Regional de Concepción. Cirugía.

Introducción: La enfermedad arterial periférica es una afección prevalente y es habitual su coexistencia con enfermedad vascular en otras localizaciones. El

tratamiento endovascular es la primera opción terapéutica en la mayoría de los pacientes a nivel mundial como en nuestro hospital.

Objetivos: Describir y analizar la morbilidad, tasa de amputación, de permeabilidad y la mortalidad en pacientes sometidos a angioplastias de extremidad inferior en Hospital Guillermo Grant Benavente.

Material y Método: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo realizado en pacientes sometidos a angioplastia de extremidad inferior en el hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción entre enero de 2015 y diciembre de 2016. Se revisaron fichas clínicas y certificados de defunción del Registro Civil, obteniendo información sobre variables sociodemográficas y del procedimiento, tales como, comorbilidad, complicaciones, reingresos hospitalarios, permeabilidad, sobrevida. La supervivencia y la permeabilidad se evaluó mediante el análisis de supervivencia de Kaplan-Meier, con la prueba log-rank.

Resultados: Muestra compuesta por 140 pacientes, en los cuales se realizaron 159 intervenciones. El 62,9% de los pacientes era de sexo masculino. La edad promedio fue de 68,8 años (DE $\pm 10,2$). De los procedimientos realizados la mayoría correspondió a angioplastias del territorio femoropopliteo 51,2 %, seguido por angioplastias distales 32,2% y del territorio aorto-iliaco 10,7%. La tasa de angioplastias frustradas fue de 0,6%. La tasa de complicaciones fue de 1,6%, siendo la mayor complicación falla renal aguda en un 1,0%. El promedio de seguimiento fue de 14,6 meses (DE ± 7). Del total de la serie 50,7% de los pacientes fueron amputados, en el 29,9% se realizaron amputaciones mayores y en el 70,1% amputaciones menores. La tasa de permeabilidad a los seis meses fue de 65,6% y al año de 53,6%. La mortalidad acumulada a los seis meses fue de 9,3% y al año de seguimiento la mortalidad acumulada es de 21,4%.

Conclusión: En nuestro centro la angioplastia es un procedimiento seguro, con bajas tasas de complicaciones. La mortalidad post procedimiento es elevada, falta seguimiento a largo plazo para comparar con las tasas publicadas en la literatura.

Reparación endovascular de Aneurisma Aórtico Abdominal Roto con técnica de Snorkel y Chimenea: a propósito de un caso, revisión de la bibliografía.

Gabriel Elias Sandoval Silva , Augusto Antonio Barrera Zamorano, NICOLE CUNEO BARBOSA, Diego Valenzuela Silva, José Matias Robles Maldonado, Alejandro Campos Gutierrez, Juan Pablo Moreno Pérez.*

Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Departamento de Cirugía..

Introducción: La ruptura de un aneurisma aórtico abdominal (rAAA) es una enfermedad con alta mortalidad cercana al 80%. Estudios recientes han demostrado una disminución de la mortalidad perioperatorio con la reparación endovascular del aneurisma aórtico abdominal (EVAR).

Objetivos: Describir la utilización de la técnica de Chimenea y Snorkel, en la preservación de la irrigación de los territorios de la AMS y las Arterias Renales, en la reparación endovascular del rAAA.

Descripción y contenido del vídeo: Paciente masculino de 64 años con antecedentes de HTA y tabaquismo. Consulta por cuadro de 1 semana de evolución de dolor abdominal en fosa renal y flanco izquierdo, que aumenta de intensidad durante las últimas horas. Destacando al examen físico, taquicárdico con puño percusión izquierda positiva. Se realiza AngioTC de AyP que evidencia AAA de 7 cms con signos de rotura, sin sangrado activo. Se decide resolver por vía endovascular en 3 tiempos, por prótesis axilar se instalan 3 stent en la AMS y ambas renales; y por vía femoral se instala la prótesis aórtica. Paciente egresa a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), donde evoluciona con falla renal, colitis isquémica y pancreatitis aguda que se resuelven de forma médica. Paciente egresa a los 2 meses, manteniéndose sin complicaciones.

Pseudoaneurisma arco aórtico: reparación con técnica en dos tiempos. Caso clínico y revisión de la literatura

Sebastián Sepulveda Palamara , Gabriel Cassorla Jaime, Gabriel Seguel Seguel, Camila Hevia Stevens, Moshe Pincu Lechner.*

Hospital Dr. Sótero del Río. Cirugía vascular.

Introducción: El pseudoaneurisma del arco aórtico es una condición poco frecuente, con un alto riesgo de ruptura. La reparación abierta del arco aórtico sigue siendo el gold standard, sin embargo, en pacientes ancianos con comorbilidades existe cada vez más evidencia de buenos resultados con reparaciones híbridas o totalmente endovasculares

Objetivos: Describir un caso clínico de reparación de un pseudoaneurisma del arco aórtico; y realización de revisión de la literatura.

Material y Método:

Resultados: Hombre de 71 años, antecedente de hipertensión arterial, aneurisma aortoiliaco con endoprótesis, infarto agudo del miocardio en 2011 tratado con stents coronarios. En seguimiento por pseudoaneurisma del arco aórtico en zona 2 donde en angio tac sucesivos destaca crecimiento de este, llegando a 2 cm. Se realiza cirugía en dos tiempos: Primer tiempo se realiza una derivación carótido-carotídea con prótesis anillada de 8 mm y un puente carótido-subclavio izquierdo. En segundo tiempo se realiza cirugía endovascular con abordaje por arteria braquial derecha. Aortografía confirma oclusión de carótida común izquierda proximal y mediciones del arco aórtico y aorta descendente; por arteria femoral común derecha se inserta endoprótesis y se posiciona directamente distal a la emergencia del tronco braquiocefálico; aortografía confirma ausencia de endofugas y de flujo por pseudoaneurisma. Luego por arteria braquial izquierda se realiza embolización de arteria subclavia izquierda proximal a origen de arteria vertebral. Paciente evoluciona sin déficit neurológico con pulsos distales de extremidades superiores e inferiores presentes. Al control 2 años después se encuentra en buenas condiciones generales, asintomático. Controles clínicos e imagenológicos normales.

Conclusión: Con el avance de la tecnología el tratamiento totalmente endovascular de lesiones del arco aórtico en centros nacionales puede ser una realidad, disminuyendo la morbimortalidad que implica la reparación abierta y con resultados similares a los presentados en la literatura.

ESTENOSIS VENOSA CENTRAL INDUCIDA POR ACCESOS VASCULARES (ARTERIOVENOSO O CATETER VENOSO CENTRAL) Y MANEJO ENDOVASCULAR. EXPERIENCIA INICIAL DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE.

Jose Matias Robles Maldonado , NICOLE CUNEO BARBOSA, Juan Pablo Moreno Pérez, Alejandro Campos Gutierrez, Fernando Navarro Jorquera, Maria Eugenia Sanhueza Villanueva, Ruben Torres Diaz, Augusto Antonio Barrera Zamorano.*

Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Departamento de Cirugía. Equipo de Cirugía Vascul y Endova.

Introducción: Una complicación frecuente a largo plazo de los accesos vasculares es la estenosis u oclusión de venas centrales o Síndrome de Vena Cava Superior (SVCS) de causa benigna. Los accesos vasculares son la base del manejo en pacientes en hemodiálisis y la principal causa para el desarrollo de SVCS. El tratamiento primario del SVCS es la reparación endovascular (angioplastia y/o colocación de stent).

Objetivos: Dar a conocer la experiencia inicial en el manejo endovascular de la estenosis venosa central en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis o pacientes con otros catéteres venosos centrales, y sus resultados a corto y mediano plazo.

Material y Método: Revisión retrospectiva con estadística descriptiva de serie clínica consecutiva de pacientes con estenosis venosa central operados por vía endovascular entre enero de 2016 y agosto de 2017. Los criterios de inclusión son pacientes con diagnóstico de estenosis venosa central de etiología benigna secundario a catéteres venosos centrales para hemodiálisis u otros fines y pacientes con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis por fistula arteriovenosa autóloga o protésica. Se considera criterio de exclusión un seguimiento menor a 1 mes. Se analizan variables demográficas y clínicas, efectividad del procedimiento, mortalidad del procedimiento, y seguimiento entre 1 y 20 meses.

Resultados: Durante el período se intervinieron 8 pacientes (4 hombres y 4 mujeres), con re-intervención a una paciente por re-estenosis precoz a los 2 meses. La edad promedio es: 66,6 + 13,1 años. 7 pacientes (87,5%) tienen enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis, de los cuales 2 (28,6%) son de origen diabético. 1 paciente (22,5%) tiene estenosis por catéter de quimioterapia. De las 9 reparaciones por vía endovascular, en 7 (77,8%) se realiza angioplastia y en 1 (11,1%) se realiza angioplastia más stent. El manejo endovascular fue exitoso en 8 intervenciones (88,9%). Un paciente presenta una complicación Clavien-Dindo I (hemomediastino leve). La mortalidad a 30 días es 0%. La media del seguimiento fue de 3,1 meses (rango de 1 a 15,5 meses), con regresión de síntomas en 87,5% de los casos.

Conclusión: La primera línea de manejo de la estenosis venosa central es la reparación endovascular. En nuestra serie es un método efectivo y seguro a corto y mediano plazo. Es necesario el seguimiento a largo plazo pues el

SVCS recurre frecuentemente con alta incidencia de intervenciones secundarias. Como ningún tratamiento es curativo, el objetivo debe ser preventivo minimizando accesos venosos centrales.

Trauma vascular periférico: experiencia local

Michelle Laura Marchesini Brest , Carlo Zuñiga González.*

Hospital de Viña del Mar, Hospital Dr. Gustavo Fricke Servicio de cirugía - Departamento de cirugía vascular.

Introducción: El trauma vascular constituye una patología de relevancia en las unidades de emergencia, debido a las graves consecuencias, ocasionando muchas veces la amputación de la extremidad o la muerte. Los traumatismos de extremidades representan el 80% de todos los traumas vasculares, localizándose la mayoría en las extremidades superiores. La principal etiología es el trauma penetrante.

Objetivos: Estudio descriptivo, que pretende evaluar el perfil demográfico de los pacientes que sufren un trauma vascular de extremidades, las principales etiologías y territorios afectados, la experiencia local de manejo quirúrgico y la morbimortalidad asociada.

Material y Método: Revisión de fichas clínicas, protocolos operatorios e imágenes tomográficas. Se incluyeron todos los pacientes que sufrieron trauma vascular de extremidades durante enero 2016 y julio 2017, tratados en forma quirúrgica en el Hospital Dr. Gustavo Fricke, incluyendo un total de 28 pacientes. Las características a evaluar fueron el perfil demográfico, el mecanismo de trauma, la ubicación y territorio vascular afectado, la presencia de lesión nerviosa u osteotendínea asociada, el tipo de reparación quirúrgica realizada y las complicaciones operatorias, a corto y a mediano plazo.

Resultados: El 93% fueron hombres, con una media de edad de 38 años. La etiología más frecuente fue el trauma penetrante en 27 pacientes, dentro de éstas, en primer lugar el trauma por elementos cortopunzantes (63%), seguido de arma de fuego (30%) y laceración por fragmentos óseos de fracturas (7%). En menor frecuencia siguen las causas iatrogénicas, en un caso de esta serie, producido por una instalación de catéter venoso central en arteria femoral. En cuanto a la ubicación, la frecuencia es mayor en extremidades superiores (61%) versus inferiores (39%). Los territorios vasculares afectados en orden de frecuencia fueron: humeral 32,1%, femoral 28,6%, radio-cubital

25%, poplíteo 7,1% e infrapoplíteo 7,1%. Hubo lesiones asociadas en 57% de los pacientes, 7 de ellos tuvieron lesiones de tipo nervioso y 9 osteotendíneas. Respecto al tipo de resolución quirúrgica, en 9 pacientes se realizó ligadura del vaso afectado (vasos ligados: 2 arterias radiales, 2 cubitales, 1 arteria tibial anterior, 1 rama de arteria femoral profunda, 1 arteria tibial anterior, 1 vena tibial anterior y 1 vena humeral). 12 by pass con vena (11 safena, 1 vena humeral), 7 rafiás primarias y 1 reparación con parche de vena safena. Se asoció fasciotomía en 3 pacientes. No hubo mortalidad y la sobrevida libre de amputación fue de 89,2%. Hubo 2 amputaciones supracondíleas; ambos pacientes sufrieron fractura expuesta de pierna con daño severo de partes blandas, y 1 amputación sobre codo (secundaria a Sd compartimental).

Conclusión: El trauma vascular periférico es una patología propia del hombre joven, generalmente producida por trauma cortopunzante, seguido del arma de fuego. De mediar un diagnóstico precoz y un tratamiento especializado oportuno, tiene una excelente sobrevida y evolución. La complicación más importante de prevenir, y tratar en forma precoz una vez instalada, es el síndrome compartimental.

LA CIRUGÍA MEJORA LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A SALUD EN PACIENTES CON VARICES DE EXTREMIDADES INFERIORES

CARLO ZUÑIGA GONZALEZ , Michelle Laura Marchesini Brest, Tamara López Araos, Christian aguilar maldonado.*

Hospital de Viña del Mar, HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKECIRUGÍA ADULTOS.

Introducción: Las várices de extremidades inferiores afectan a cerca del 30 % de la población general y se asocia a deterioro de la percepción de calidad de vida relacionada a salud (CVRS).

Objetivos: Determinar si la cirugía mejora la percepción de CVRS medida con un instrumento genérico.

Material y Método: Pacientes operados de várices de extremidades inferiores por el mismo cirujano en forma consecutiva. A todos se les aplicó encuesta genérica de CVRS EuroQol 5D antes y 6 semanas después de la operación.

Resultados: 57 pacientes fueron incluidos. No hubo mortalidad operatoria. 15 pacientes (26,3 %) tuvieron morbilidad post operatoria menor. Todos mejoraron

desde una perspectiva clínica. En todas las dimensiones de la encuesta se observó un aumento del porcentaje de pacientes que se consideraron "Sin Problemas", pero esta alza fue significativa para Movilidad (42,1 % vs 63,2% $p=0.0241$), Autocuidado (38.6 % vs 70.2 %, $p=0.0007$), Dolor y Malestar (12.3 % vs 45.6 %, $p=0.0001$) y Angustia y Depresión (38.6 % vs 70.2 %, $p=0.0007$). La Escala Visual Análoga de la encuesta registró un aumento de la "percepción del estado de salud" desde un promedio de 66,3 puntos a 79,6 puntos ($p<0.0001$).

Conclusión: La inclusión de métodos de valoración de CVRS permite orientar los esfuerzos en la resolución de problemas de salud prevalentes, y debiera considerarse en los planes estratégicos enfocados en satisfacción usuaria. En nuestra experiencia, la cirugía mejora en forma significativa la percepción de CVRS en pacientes varicosos operados, medida con un instrumento genérico.

Endarterectomía bajo anestesia loco-regional: Experiencia inicial en Hospital Regional

Hugo Enrique Yáñez Moya , Benigno Luis Valda Careaga, Jorge Mauricio Cifuentes Carrasco, Enrique José Águila Reyes.*

Hospital de Antofagasta. Servicio de Cirugía.

Introducción: La Estenosis Carotídea es una patología prevalente, especialmente en adultos mayores, con una elevada morbimortalidad. Sumado a esto, los factores de riesgo cardiovascular fuertemente asociados a la presencia de esta patología condicionan, en ocasiones, un elevado riesgo anestésico. Por este motivo se plantea la Endarterectomía carotídea bajo anestesia locoregional como una alternativa segura.

Objetivos: Evaluar nuestra experiencia inicial con la Endarterectomía carotídea bajo anestesia loco-regional, evaluando los resultados a corto y mediano plazo.

Material y Método: Serie de 6 casos de pacientes sometidos a Endarterectomía carotídea bajo anestesia loco-regional con técnica estándar. Se hizo revisión de datos según registros personales y fichas clínicas, tabulando los datos en Plantilla Microsoft Excel. Se consideraron como resultados a evaluar: Mortalidad hospitalaria, Tiempo de permanencia hospitalaria, Necesidad de cama crítica, Requerimiento de transfusiones y Eventos Cardíacos y No Cardíacos críticos mayores.

Resultados: La técnica fue estandarizada en los 6 casos: Endarterectomía carotídea convencional con shunt, y cierre de arteriotomía con material protésico. Se realizó un bloqueo de plexo cervical guiada por reparos anatómicos más infiltración de la túnica carotídea. Tres de los pacientes tenían clínica de isquemia cerebral, mientras los otros 3 fueron pesquisados asintomáticos. Ninguno de los pacientes requirió estadía en Unidad de Cuidados Intensivos en el postoperatorio. No se pesquisaron eventos críticos mayores en la estadía hospitalaria. Todos los pacientes tuvieron una estadía hospitalaria de 72 horas. No hubo requerimiento de transfusiones en el intraoperatorio. No hubo re hospitalizaciones en el postoperatorio mediato (30 días).

Conclusión: Si bien, por las limitaciones en el diseño metodológico del estudio, existen sesgos que podrían explicar los aparentes buenos resultados, esta primera aproximación a la técnica con anestesia locorregional en nuestro Hospital parece demostrar que es una alternativa segura para los pacientes de riesgo anestésico alto, agregándola a nuestro arsenal de prestaciones en casos seleccionados.

Experiencia con stent bajo la rodilla posterior a angioplastia con balón-droga en pacientes con Isquemia Crítica

GUSTAVO ADOLFO SEPULVEDA MONSALVE* , Manuel Andres Espindola Silva, mauricio maureira leiva, JOSEFINA EGAÑA DURAN, jonathan rivero armijo.

Hospital DIPRECA Cirugía Vascul.

Introducción: La isquemia crítica (IC) de extremidades está cada vez más presente en la práctica diaria. La angioplastia transluminal percutánea (ATP) y el uso de stent primario son usados habitualmente para el tratamiento de los pacientes con IC, sin embargo no existen reportes a mediano plazo que muestren los resultados del uso de stent posterior a ATP con balón-droga en pacientes seleccionados.

Objetivos: El objetivo fue presentar nuestra experiencia en el tratamiento de la IC con el uso de stent no cubierto bajo la rodilla, posterior a una ATP con balón-droga en pacientes seleccionados

Material y Método: Serie de casos prospectiva observacional. Se incluyeron pacientes tratados por IC con lesiones bajo la rodilla post ATP con balón-droga y que se evidenció una disección que comprometía el flujo o estenosis residual > 30%, entre Enero de 2014 y

Diciembre de 2016 en el Hospital DIPRECA. Se consignaron variables biodemográficas, clínicas, porcentaje de curación de herida, permeabilidad del vaso tratado con eco doppler y amputación de la extremidad. Se utilizó estadística descriptiva y analítica.

Resultados: 34 sujetos con un promedio de edad de 73,1 ± 10,5 años (85,3% hombres). El 91,2% y 25,5% eran diabéticos e insuficientes renales en hemodiálisis respectivamente. El promedio de seguimiento fue de 11,3 ± 8,6 meses. 7 fallecidos. Permeabilidad del 62,1% y 78,8% de curación. Curva libre de amputación fue de 91,3%.

Conclusión: El uso de stent bajo la rodilla post ATP con balón droga en pacientes con IC seleccionados, presenta buenos resultados a mediano plazo en cuanto a permeabilidad del vaso tratado, porcentaje de amputación y curación de la herida.

Bypass carótido subclavio, resultados precoces de una serie retrospectiva.

Patricio Germán Olivares Pardo* , Marcelo Mege Navarrete, Sergio Valenzuela Roediger, Francisco Moraga Vasquez, Manuel Arturo Quiroz Flores, Juan Pablo Uribe Larach, Constanza Elgueta Gonzalez, Carolina Tapia Reyes, Pablo Carreño Ortega, Daniel Wallach Widder, Rolando Piña Sepúlveda.

Hospital Clínico San Borja-Arriarán. Cirugía Vascul.

Introducción: El bypass carótido subclavio es una cirugía que tiene excelentes resultados y baja morbimortalidad. Sus indicaciones generales incluyen el accidente cerebrovascular, la insuficiencia vertebrobasilar o en cobertura de arteria subclavia izquierda para mejorar la zona de anclaje de las reparaciones endovasculares. No hay reportes en la literatura nacional acerca del éxito y seguimiento de esta cirugía

Objetivos: Presentar los resultados entre 1 y 3 años del bypass carótido subclavio realizados por el equipo de cirugía vascular.

Material y Método: Se presenta una serie de casos, en donde analizamos el éxito técnico y la permeabilidad del bypass carótido-subclavio en cada paciente mediante clínica y/o imagenología, su indicación, la epidemiología, las complicaciones intraoperatorias, postoperatorias precoces (dentro de las primeras 2 semanas desde el procedimiento) y postoperatorias tardías (2 semanas a 6 meses) y el seguimiento a la fecha (programado a 3,6 y 12 meses desde el procedimiento)

según la disponibilidad de la programación), utilizando estadística descriptiva. Se incluyeron los pacientes en los que se realizó un bypass carótido-subclavio entre 2013 y 2016, que suman 18 pacientes. Se excluyeron aquellos en los cuales el equipo de cirugía vascular no estuvo involucrado en su realización, dando un total de 13 de pacientes.

Resultados: Del total de 13 pacientes, 69,2% son de sexo masculino, con una mediana de 60 años (30-75 años), la mayoría con antecedentes de hipertensión arterial (92,3%) y tabaquismo (46,2%). Con síntomas de dolor torácico en un 53,9% de los casos, con diagnóstico de disección aórtica en un 76,9% de los pacientes. La indicación fue en un 100% la cobertura de la arteria subclavia izquierda al realizar la reparación endovascular con prótesis de la aorta torácica. El éxito técnico se logró en cada paciente comprobado con angiografía intraoperatoria. La mortalidad operatoria y al seguimiento fue de 0%, la permeabilidad entre 1 y 3 años ha sido del 100%. Con mínimas complicaciones intra y postoperatorias.

Conclusión: El bypass carótido subclavio presentó en nuestra serie baja morbilidad y ninguna mortalidad; y es posible realizarlo de manera segura en el mismo momento de la instalación de la endoprótesis aórtica.

Descripción de la reparación en pacientes con úlceras crónicas refractarias de extremidad inferior (EII) con injerto autólogo de fibrina enriquecida en plaquetas y factores de crecimiento, en policlinico de vascular del Hospital Regional de Concepción.

A

Jorge Rafael Medrano Díaz, Javier Alejandro Vásquez Pedrero, María Daniela Merino Fuentes, Edgardo Roberto Vera Contreras.*

Hospital Regional de Concepción.

Introducción: El manejo de úlceras de extremidad inferior es un reto clínico mayor. La fibrina enriquecida en plaquetas y leucocitos (L-PRF) pertenece a una nueva generación de concentrados plaquetarios, desarrollados para simplificar la preparación, sin aditivos bioquímicos.

Objetivos: Evaluar resultados en tratamientos de curaciones avanzadas con L-PRF y factores de crecimiento en pacientes con úlceras crónicas de extremidad inferior refractarias a tratamientos convencionales.

Material y Método: Serie de casos. La población estudiada corresponde a pacientes derivados del policlínico de vascular con úlceras de extremidad inferior refractarias a tratamiento convencional. Se realizó curación avanzada con plasma rico en fibrina y leucocitos, durante el año 2015. Se analizaron variables dimensionales y tiempos de reparación con software SPSS® versión 22. Se incluyeron pacientes con úlceras sin mejoría en los tres meses previos a la derivación, deseo de colaboración de parte del paciente. Se excluyeron pacientes sin red de apoyo, con infección activa, anemia severa sin tratamiento, sin control de patologías crónicas y con diagnóstico de cáncer en zona ulcerada.

Resultados: Se incluyeron en el estudio un total de quince pacientes, de los cuales nueve eran de sexo masculino, ocho eran diabéticos y uno fumador. El tamaño promedio de úlcera al ingreso fue 5,56 cm, la profundidad de úlcera por clasificación wagner tipo 4 en la mayoría de los casos. La mediana de tiempo de evolución de úlcera previo ingreso a tratamiento con L-PRF fue de 4.5 meses, las localizaciones más frecuentes fueron en ортеjo (4 pacientes), supramaleolar (4 pacientes) y tercio proximal de pierna (4 pacientes). El tratamiento fue exitoso en 10 pacientes, un paciente dejó los controles, dos pacientes fallecieron durante el tratamiento, y dos pacientes debieron ser amputados. De los 10 pacientes en los que el tratamiento fue exitoso, requirieron en promedio 3,4 sesiones, con intervalos semanales.

Conclusión: Este estudio no permite sacar conclusiones del verdadero rol del L-PRF en úlceras crónicas, pero nos da una idea que el tratamiento con L-PRF pudiese tener beneficios en la curación de úlceras y así evitar complicaciones mayores en nuestros pacientes.

Isquemia arterial aguda secundaria a ergotismo por interacción con terapia antiretroviral. Reporte de un caso.

Francisco Xavier Báez Rojas, Michelle Laura Marchesini Brest, Carlo Zuñiga González.*

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

Introducción: El ergotismo es una complicación de la intoxicación aguda o del abuso crónico de derivados ergotamínicos. Puede ocasionar vasoespasmo arterial, frecuentemente a nivel de las extremidades. La vasculopatía ergotamínica se presenta en pacientes que ingieren ergotamina en altas dosis, o en bajas dosis

asociado a fármacos que inhiben su metabolismo hepático, entre ellos algunos antiretrovirales.

Objetivos: Descripción de caso excepcional de vasoespasm

Material y Método: Reporte de caso clínico de paciente consultante en servicio de urgencias de Hospital Dr. Gustavo Fricke. Datos obtenidos a través de ficha clínica e imágenes, previa autorización de paciente.

Resultados: Paciente de sexo masculino, 27 años, VIH positivo en tratamiento con Kaletra (lopinavir/ritonavir)-Kivexa (abacavir/lamivudina). Consulta en servicio de urgencias de Hospital Gustavo Fricke tras presentar cuadro de al menos 3 días de evolución de dolor de ambas extremidades inferiores, de intensidad progresiva, siendo máxima el día de consulta, asociado a frialdad y coloración violácea de estas. A la anamnesis dirigida, paciente refiere automedicación con ergotamínicos secundario a cefalea concomitante. Al ingreso con hemodinamia estable, afebril. Dentro del examen cardiovascular destaca ritmo cardíaco normal; extremidades con pulso débil a nivel poplíteo y ausente a nivel tibio-peroneo y distal, con coloración violácea en piel que compromete territorio infrapoplíteo, la cual desaparece a la digitopresión. Dentro de estudio complementario, destaca Doppler arterial de extremidades, el cual presenta flujo sistodiastólico débil en territorio tibial posterior. AngioTC de Abdomen y pelvis normal. Eco doppler de EEII, con signos sugerentes de vasoespasm

Conclusión: La intoxicación por ergotamínicos debe sospecharse ante manifestaciones clínicas de vasoespasm y el antecedente de la ingesta de ergotamina, junto a un fármaco que inhiba su metabolismo. Su diagnóstico es de exclusión y se confirma mediante el Doppler arterial. El tratamiento se basa en suspender los fármacos, administración de vasodilatadores arteriales y el uso de anticoagulación profiláctica.

Resultados en el tratamiento endovascular de síndrome aórtico Stanford B

Luis Eduardo Burgos de Cea , Diego Ardiles López, Miguel Angel Icarte Opazo, Carlos Jarpa Figueroa, Rodrigo Godoy Barrientos.*

Hospital Hospital de Temuco, Clínica Alemana Temuco Cirugía Vascul

Introducción: El Síndrome aórtico Stanford B es un evento aórtico catastrófico y ante una complicación se establece una morbimortalidad elevada. En los últimos años se hace referencia a la importancia de reconocer variables predictoras de progresión y complicación y de esta forma establecer una terapia endovascular (TEVAR) en forma directa, ante casos complicados o con criterios de mal pronóstico

Objetivos: Presentar los resultados obtenidos por nuestro centro, en el tratamiento mediante TEVAR en caso de síndrome aórtico Stanford B complicado y no complicado con criterios de mal pronóstico, en una serie consecutiva de pacientes que presentan esta patología

Material y Método: Estudio observacional descriptivo y que corresponde a revisión retrospectiva de una serie de casos consecutiva. Todos los casos corresponden a síndrome aórtico Stanford B y fueron tratados mediante uso de dispositivo endovascular en aorta torácica. Los procedimientos fueron realizados en Clínica Alemana Temuco y Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco. El periodo de estudio es desde Agosto 2009 a Abril 2017. Se utilizó estadística descriptiva con cálculo de medidas de tendencia central y dispersión. Para el análisis de supervivencia se utiliza estimador no paramétrico de Kaplan-Meier

Resultados: La serie corresponde a 33 pacientes tratados mediante TEVAR por indicación de Síndrome Aórtico Stanford B complicado y no complicado. La edad presenta un rango de 37 a 85 años (media 60.6 años, mediana 61.0 años). 63.6% corresponde a género masculino. El tiempo promedio de la intervención fue de 153 minutos (rango 65 – 285 minutos). Complicaciones intraprocedimiento en 2 casos (6.1%). Mortalidad a 30 días 3%.

Conclusión: En contexto de un síndrome aórtico Stanford B se pueden obtener resultados satisfactorios mediante tratamiento endovascular y ante ausencia de complicación en casos seleccionados, el propósito de tratar estos pacientes es prevenir progresión de la enfermedad

Insuficiencia venosa pelviana. Resultados del tratamiento endovascular de las várices genitales

Obren Danilo Drazic Beni , José Francisco Vargas Serrano, José Francisco Valdés Echeñique, Michel Bergoeing Reid, Renato Mertens Martin, Leopoldo Ario Mariné Massa, Albrecht Krämer Schumacher, Cristian Zárate Bertoglio.*

Clínica Universidad Católica. Cirugía Vascul y Endovascular.

Introducción: El síndrome de congestión venosa pelviana se manifiesta desde dolores pelvianos inespecíficos hasta várices sintomáticas provenientes del territorio pelviano y ubicadas en la región vulvar (VVV). Además, es causa frecuente de recidiva posterior a cirugía de insuficiencia venosa de extremidades inferiores. Si bien es una patología frecuente, muchas veces no es sospechada o tratada adecuadamente.

Objetivos: Evaluar el tratamiento de las VVV mediante embolización selectiva de las venas ováricas y su impacto en la calidad de vida de estas pacientes

Material y Método: Se realizó una cohorte retrospectiva, incluyendo todas las pacientes operadas por insuficiencia venosa pelviana entre septiembre de 2007 y abril de 2017 en nuestro servicio. Se obtuvieron los datos de las fichas clínicas y los registros ambulatorios, evaluando aspectos demográficos, variables preoperatorias, detalles intraoperatorios y resultados a 30 días y a largo plazo. Los resultados primarios a evaluar fueron morbilidad perioperatoria y resolución de síntomas. Se realiza análisis en base a estadística descriptiva.

Resultados: Desde junio de 2007 tratamos 17 pacientes con VVV. El promedio de edad al momento de consulta fue de 41 años (rango 32-53). Todas ellas habían tenido al menos un embarazo (mediana 3, rango 1 a 8). El estudio preoperatorio incluyó ecografía dúplex venosa en todas las pacientes y angiotac de abdomen y pelvis en fase venosa en siete casos. Una paciente, previamente histerectomizada, fue estudiada además con ecografía transvaginal que confirmó la presencia de várices pelvianas. Se clasificó a las pacientes según CEAP, siendo quince pacientes C2EpAsPr (88%) y dos C2EpApPr (12%). Todas fueron tratadas mediante embolización selectiva de una o más venas ováricas y/o pelvianas con coils. El acceso fue a través de la vena yugular interna en 14 casos y a través de periférica en 3. El éxito técnico fue 100%. No se registró morbilidad ni mortalidad postoperatoria. Cinco pacientes acusaron dolor tipo pesadez en la región pelviana por aproximadamente 5 días luego de la embolización, el que fue tratado satisfactoriamente con analgesia habitual. Ninguna ha presentado recidiva varicosa vulvar ni han

presentado síntomas sugerentes de insuficiencia venosa pelviana. Una de las pacientes cursó un nuevo embarazo sin recurrencia de várices ni síntomas. Ninguna paciente ha requerido reintervención.

Conclusión: La embolización de venas ováricas es un procedimiento seguro que permite el tratamiento de la insuficiencia venosa pelviana y de las várices vulvares logrando excelentes resultados a largo plazo.

Tratamiento endovascular de aneurismas micóticos de aorta: Reporte de tres casos.

Juan Osvaldo Marin Peralta , Cristian Marin Heise, Ricardo Olguin Leiva, Eitan Schwartz Yuhaniak.*

Hospital Militar de Santiago Servicio de Cirugía.

Introducción: Si bien los aneurismas micóticos o infecciosos de la aorta son raros, representan un gran desafío para el cirujano en su diagnóstico precoz y su tratamiento quirúrgico mediante cirugía abierta, se asocia a una alta morbimortalidad. En los últimos años la terapia endovascular ha surgido como alternativa para tratar esta grave patología, con resultados precoces aceptables.

Objetivos: Reporte tres casos de aneurismas micóticos de aorta.

Material y Método: Tres pacientes con importantes comorbilidades de gran riesgo quirúrgico. Dos aneurismas de aorta abdominal y uno del arco aórtico. En aorta abdominal en uno se efectúa técnica híbrida y el otro se implanta endoprotesis. En el aneurisma de arco aórtico se efectúa técnica híbrida. Los cultivos fueron *Streptococo viridans*, *Salmonella enteritidis* y *estafilococo áureos* respectivamente.

Resultados: Buena evolución postoperatoria de los primeros dos casos y fallecimiento del tercer caso a los 46 días de postoperado por sus comorbilidades. El seguimiento del primer caso ha sido 6 años y el segundo un año, hasta el momento sin signos de nueva infección.

Conclusión: Como conclusión en base a la revisión de la literatura extranjera y nacional creemos que el tratamiento endovascular es una alternativa aceptable para tratar esta grave patología en determinados casos, ya sea como tratamiento definitivo o como puente transitorio para su tratamiento final.

Aterectomía en Enfermedad arterial oclusiva periférica de novo e intra stent: resultados a corto plazo

*Sebastián Andres Saavedra Fernández * , Manuel Andres Espindola Silva, jonathan rivero armijo, mauricio maureira leiva, JOSEFINA EGAÑA DURAN.*

Hospital DIPRECA Cirugía Vascul.

Introducción: Los pacientes con enfermedad arterial oclusiva (EAO) sometidos a terapia endovascular y que posteriormente presentan restenosis intra stent son un desafío en cuanto al tratamiento de elección para estas lesiones. A pesar de que en el dispositivo de aterectomía usado se contraindica el uso en restenosis intra stent, podría existir una ventaja teórica reduciendo la hiperplasia intimal.

Objetivos: Presentar los resultados obtenidos con el uso de un dispositivo de aterectomía (TurboHawk, Medtronic) en EAO en lesiones de novo y en estenosis intra stent.

Material y Método: Realizamos un estudio observacional, retrospectivo, tipo serie de casos, en el que se incluyeron todos los pacientes con EAO clasificación Rutherford 2 a 5, que fueron tratados con dispositivo de aterectomía en el Hospital DIPRECA desde julio de 2016 hasta la fecha. Mediante el uso de estadística descriptiva se evaluaron los resultados. Los outcome primarios fueron mejoría clínica entendida como ausencia/mejoría de la claudicación, mejoría/curación de herida, y en el estudio imagenológico la ausencia de estenosis significativa/oclusión. Por otra parte, se establecieron las características demográficas, clínicas y del procedimiento y sus complicaciones.

Resultados: Se incluyó un total de 15 pacientes de manera consecutiva ($65,9 \pm 9,2$ años, 80% hombres) que tenían como principales antecedentes la hipertensión arterial (86,67%), tabaquismo crónico (86,67%), diabetes (73,33%), dislipidemia (80%) y cardiopatía coronaria (26,67%). Del total, 10 pacientes (66,6%) fueron sometidos a aterectomía intra stent y el 80% tenía alguna intervención endovascular previa. Las siguientes complicaciones fueron reportadas: Rotura arterial (13%), Pseudoaneurisma del sitio de punción (6%), Nefropatía por contraste (6%). De los pacientes sometidos a aterectomía un 60% presentó mejoría clínica, un 20% clínica similar y un 20% necesidad de reintervención, y un 40% presentó estenosis crítica al estudio doppler entre los 3 y 6 meses. En los pacientes sometidos a aterectomía intra stent un 80% presentó mejoría clínica,

un 10% mantuvo clínica similar, un 10% tuvo necesidad de reintervención y al estudio doppler un 10% evidenció estenosis crítica.

Conclusión: La aterectomía mostró ser un procedimiento seguro y con resultados prometedores en restenosis de stent. Aún es necesario incrementar el número de pacientes y el seguimiento para poder extrapolar los resultados, sin embargo en esta serie mostró ser un procedimiento seguro con baja tasa de complicaciones, y que debe ser considerado en este grupo de paciente.

Cirugía de salvataje en Arteriopatía Isquémica crítica , experiencia inicial , hospital Provincial San Juan de Dios, Curico

Wladimir Correa Guia , Carolina Agurto , Paulina Ramos , Eduardo Ortiz , Francisco Diron Muniz, Sergio Muñoz , Roberto Hernan Rodriguez Ramirez, Julio Pastor Arrieche, Rubén Naveda .*

Hospital de Curicó. Cirugía .

Introducción: La isquemia crítica de los miembros inferiores ,es un proceso crónico con pronóstico muy desfavorable que conlleva una alta tasa de pérdidas de extremidades, necrosis distal de dedos , úlceras isquémicas y dolor en reposo representan un reto para la cirugía vascular , los intentos de preservación de extremidades y el mejor resultado funcional , es el objetivo de la cirugía de revascularización.

Objetivos: Analizar la cirugía derivativa .En experiencia inicial de pacientes con Isquemia crítica de la extremidad, necrosis distales y úlceras isquémicas, resultados quirúrgicos ,vasos revascularizados morbilidad y epidemiología, resultados funcionales y complicaciones .

Material y Método: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron 6 pacientes intervenidos entre noviembre 2016 a julio 2017 para el análisis de resultados. En pacientes de revascularización de extremidades inferiores con Isquemia crítica , se revisaron historias clínicas , protocolos operatorios y morbimortalidad de los mismos

Resultados: Promedio de edad 60 años, el 83% sexo masculino , 66% se practico bypass femoro popliteo proximal, el 50% se practico amputación de antepie por necrosis de ortijos , 33% se practico bypass con injerto protesico de PTFE, no hubo mortalidad operatoria, un paciente presentó trombosis aguda del injerto protesico ,

que fue reintervenido favorablemente, el injerto para revascularización mayormente usado fue vena Safena interna invertida ipsilateral, en el 83% de los casos el método imagenológico utilizado para decisión quirúrgica fue la angiogramía.

Conclusión: En nuestra experiencia inicial, si bien es una muestra pequeña de pacientes los resultados nos afirman que es una técnica útil para salvamento de extremidad frente a la alternativa de amputación mayor. No obstante, en ocasiones, la amputación mayor de entrada es preferible a revascularizaciones límites que nos van a llevar a un fracaso precoz.

Manejo endovascular de síndrome de robo subclavio, reporte de un caso

Katrina Lolas Tornquist, Matias Valenzuela Larraín, CINDY URRRA FUENZALIDA, Viviana Angélica Sarmiento Arancibia, Camila Castillo Guajardo.*

Hospital San Juan de Dios de Santiago, Universidad de Chile Servicio de Cirugía, Departamento de Vascular.

Introducción: El robo subclavio consiste en reducción o ausencia de flujo en la arteria subclavia, lo cual revierte la dirección del flujo en la arteria vertebral ipsilateral. La causa más frecuente es aterosclerosis y puede provocar angor refractario en pacientes con bypass con arteria mamaria interna izquierda. En pacientes refractarios al tratamiento médico, el endovascular es considerado de primera línea.

Objetivos: Comunicar el caso de un paciente con síndrome de robo subclavio, diagnosticado y tratado de forma endovascular en el Hospital San Juan de Dios. Revisión de la literatura con la experiencia reportada en este tópico.

Material y Método:

Resultados: Hombre 78 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia, tabaquismo, cardiopatía coronaria con cirugía de revascularización miocárdica con doble bypass, arteria mamaria interna izquierda (LIMA) a descendente anterior (ADA) y circunfleja (ACX) con arteria radial izquierda, y posteriormente angioplastia. En contexto de evaluación en policlínico de cardiología por angina de esfuerzo con capacidad funcional II, se realiza coronariografía que muestra enfermedad severa de ADA y ACX, stent de arteria coronaria derecha permeable, LIMA a DA sin lesiones y estenosis severa de arteria subclavia izquierda, sin paso a distal. Se realiza aortografía que muestra estenosis proximal del 95%, no lográndose contrastar

LIMA. Ingresó a cirugía vascular por síndrome de robo subclavio izquierdo. Se realiza angioplastia subclavia izquierda con stent. Aortografía intraoperatoria demuestra estenosis crítica de ostium de esta arteria, no pudiendo canularse vía femoral, por lo que se aborda vía extremidad superior izquierda, logrando el traspaso de la lesión con guía, dilatación con balón y la instalación del stent. El control angiográfico demostró permeabilización de arteria subclavia izquierda, al igual que de LIMA. Durante el postoperatorio el paciente presenta hematoma en sitio de punción femoral tras su autoretiro, evolucionando favorablemente, egresando sin complicaciones. Acude a control en policlínico dos semanas posteriores a la cirugía, encontrándose sin signos de complicación.

Conclusión: El síndrome de robo subclavio es frecuentemente asintomático, hallado de forma incidental mediante estudios de imágenes en pacientes con factores de riesgo cardiovasculares. El tratamiento de elección para casos sintomáticos en la actualidad es endovascular, mediante angioplastia percutánea transluminal con stent. La literatura muestra un éxito del enfrentamiento percutáneo en más de un 90%.

Manejo endovascular de disección aórtica tipo B, reporte de un caso

Katrina Lolas Tornquist, Matias Valenzuela Larraín, CINDY URRRA FUENZALIDA, Viviana Angélica Sarmiento Arancibia, Camila Castillo Guajardo, Josefa Venegas Navarrete.*

Hospital San Juan de Dios de Santiago, Universidad de Chile Servicio de Cirugía, Departamento de Vascular.

Introducción: La disección aórtica alcanza una mortalidad del 90%. Es fundamental el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. En relación al tratamiento quirúrgico, el endovascular presenta menor morbimortalidad. Una de las dificultades es contar con condiciones anatómicas apropiadas. Dentro de las alternativas se encuentra la prótesis híbrida THORAFLEX, que combina manejo de cirugía abierta y endovascular.

Objetivos: Comunicar un caso de disección aórtica Stanford B y síndrome de Marfán manejada en el Hospital San Juan de Dios, en el cual se empleó una técnica mixta de reparación con cirugía abierta y endovascular, utilizando la prótesis híbrida THORAFLEX (Vascutek-Terumo) y Endoprótesis Zenith TX2 (Cook Medical) siendo el caso número 17 reportado en Latinoamérica. Revisión de la literatura relacionada.

Material y Método:

Resultados: Paciente de 30 años con antecedentes de síndrome de marfan y asma. Es diagnosticado de aneurisma aorta abdominal por medio de ecografía abdominal, como hallazgo incidental secundario a estudio de cólico biliar. AngioTC describe disección aórtica tipo Stanford B, con Flap de disección aórtico de inicio distal al ligamento arterioso, comprometiendo aorta abdominal hasta bifurcación e insinuación hacia arteria ilíaca común derecha. Considerando la edad de la paciente y la presencia colágenopatía se decide tratar desde aorta ascendente, considerando la historia natural de la enfermedad. Se realiza Reemplazo de aorta ascendente desde la unión sinotubular, reemplazo de arco aórtico, reimplante de vasos supra aórticos y endoprótesis en aorta descendente con prótesis híbrida THORAFLEX HYBRID (Vascutek-Terumo). Es reintervenida a fin de reparar aneurisma de aorta torácica y disección aórtica extensa hasta arteria iliaca derecha. Se realiza reparación endovascular de aneurisma de aorta torácica (TEVAR) con endoprótesis Zenith TX2 (Cook Medical) y posterior tratamiento de disección de aorta abdominal mediante uso de Stent de Disección tipo PETTICOAT. Aortografía de control demuestra adecuado resultado, con llene tardío de falso lumen y permeabilidad de troncos y arterias ilíacas. Paciente con evolución favorable postquirúrgica.

Conclusión: Presentamos el caso de una paciente tratada con técnica híbrida con buenos resultados y ausencia de morbilidad con seguimiento a 6 meses. En casos en que sea necesario el reemplazo de aorta ascendente o no se disponga de sitio de anclaje proximal apropiado, resulta interesante el uso de dispositivos como la prótesis Híbrida Thoraflex, que proporciona una interfase óptima para realización de TEVAR.

Angioplastia renal por hipertensión severa durante el embarazo, reporte de un caso

Obren Danilo Drazic Beni , Cristian Zárate Bertoglio, Renato Mertens Martin, Michel Bergoeing Reid, José Francisco Vargas Serrano.*

Clínica Universidad Católica. Cirugía Vascul y Endovascular.

Introducción: La displasia fibromuscular (DFM) es una causa relevante de hipertensión renovascular, especialmente en pacientes jóvenes en edad fértil. Cuando se presenta durante el embarazo se relaciona a complicaciones maternas y/o fetales. Estos casos deben ser sospechados a tiempo y diagnosticados

adecuadamente, siendo el tratamiento de elección la plastía percutánea con balón de la arteria renal.

Objetivos: Presentar un caso ilustrativo, de tal manera de persuadir a la comunidad médica de sospechar y tratar a tiempo los casos de hipertensión renovascular en pacientes jóvenes y, así mismo, los asociados a síndrome hipertensivo del embarazo. Además, mostrar la factibilidad de realizar procedimientos endovasculares con bajo riesgo para el feto.

Material y Método: Reportamos el caso de una paciente con hipertensión renovascular tratada satisfactoriamente durante el embarazo, mediante plastía percutánea de la arteria renal. Se obtuvo los datos de imágenes, ficha clínica y registros ambulatorios.

Resultados: Presentamos un paciente femenino de 34 años; previamente sana, que desarrolla hipertensión severa refractaria a tratamiento. Mediante AngioCT se diagnostica estenosis de arteria renal derecha, manteniéndose con tratamiento médico. Durante la evolución se diagnostica embarazo de 8 semanas, debiendo cambiar antihipertensivos por Metildopa. Pese a las dosis máximas del fármaco y el reposo estricto paciente continúa con crisis hipertensivas, por lo que se realiza angioplastia renal derecha con balón durante la semana 13 de embarazo, con posterior normalización de cifras tensionales. A las 34 semanas y debido a preeclampsia tardía nace mediante cesárea RN masculino pequeño para la edad gestacional, sano.

Conclusión: La Hipertensión por enfermedad renovascular por DFM debe ser sospechada en pacientes jóvenes con crisis hipertensivas persistentes pese a un tratamiento farmacológico adecuado. El tratamiento de elección en la DFM es la angioplastia percutánea con balón, lo cual puede ser realizado en pacientes embarazadas si se toman en cuenta las medidas para disminuir la exposición del feto a la radiación.

Aneurisma Aórtico Abdominal Yuxtarenal: resultados de la cirugía convencional de 107 casos en 25 años

Obren Danilo Drazic Beni , Cristian Zárate Bertoglio, Renato Mertens Martin, José Francisco Valdés Echeñique, Albrecht Krämer Schumacher, Michel Bergoeing Reid, Leopoldo Ario Mariné Massa, José Francisco Vargas Serrano.*

Clínica Universidad Católica. Cirugía Vascul y Endovascular.

Introducción: Los aneurismas aórticos abdominales (AAA) constituyen una importante causa de mortalidad en la población mayor. Con la introducción de técnicas endovasculares ha disminuido la cantidad de cirugías abiertas en aneurismas infrarenales, sin embargo, la reparación convencional de aneurismas aórticos abdominales yuxtarenales (AAAy) sigue siendo un desafío frecuente.

Objetivos: Este estudio presenta un análisis retrospectivo de los resultados en la cirugía convencional electiva de los AAA yuxtarenales de los últimos 25 años en nuestro centro, teniendo como objetivo evaluar morbilidad general, renal y mortalidad asociada y ser referencia para comparar con endoprótesis fenestrada.

Material y Método: Se configuró una cohorte retrospectiva que incluyó todos los pacientes con AAAy operados electivamente en forma convencional con clampeo suprarrenal, entre enero de 1992 y enero de 2017. Se excluyeron los pacientes operados de urgencia, los aneurismas toracoabdominales y los pacientes tratados con cirugía endovascular o variaciones anatómicas mayores, como riñón en herradura. Se obtuvo información de fichas clínicas y registros ambulatorios, evaluando datos demográficos, variables pre y postoperatorias, resultados a 30 días y a largo plazo. Los objetivos primarios a evaluar fueron mortalidad y falla renal a 30 días o intrahospitalaria. Los objetivos secundarios fueron otras complicaciones y necesidad de diálisis permanente postoperatoria. Se utilizó estadística descriptiva.

Resultados: Se trataron 107 pacientes, 81% hombres, con un promedio de edad de 71 años; 82% hipertensos y 41% fumadores activos. Cuarenta y nueve (45,8%) presentaban enfermedad renal crónica (ERC) previa etapa III o superior. El tamaño promedio del aneurisma fue de 59,5 mm. En 71 pacientes (66,4%) se requirió clampeo suprarrenal bilateral. El promedio de tiempo de clampeo fue de 34,9 minutos. La falla renal aguda se consideró como una disminución del 50% de la tasa de filtración glomerular (TFG). Esta, ocurrió en 9 pacientes (8,4%). Ningún paciente con TFG preoperatoria mayor a 90 ml/min presentó falla renal post-operatoria. Dos pacientes (1,9%) requirieron diálisis postoperatoria, uno de ellos a permanencia y que presentaba como antecedente ERC etapa IV. El promedio de hospitalización postoperatoria fue 9 días. Treinta y tres pacientes (30,8%) presentaron al menos una complicación. La mortalidad a 30 días fue de 3 casos (2,8%), de los cuales 2 habían presentado falla renal aguda.

Conclusión: La reparación convencional de los AAAy puede ser realizada con una morbilidad y mortalidad asociada baja en nuestro medio, superando reportes internacionales. Si bien la disfunción renal aguda puede ser relativamente frecuente, la necesidad de diálisis fue rara. Nuestro estudio es un punto de referencia útil para comparar con la reparación endovascular con estos complejos casos de AAA.

REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS BILATERALES DE ARTERÍA MAMARIA INTERNA EN UN PACIENTE CON SÍNDROME DE MARFAN

Sebastian Hugo von Mühlenbrock , Renato Mertens Martin, Leopoldo Ario Mariné Massa, Michel Bergoeing Reid, José Francisco Vargas Serrano, José Francisco Valdés Echeñique, Albrecht Krämer Schumacher.*

Clínica Universidad Católica. Departamento de Cirugía Vascul y Endovascular, División de.

Introducción: El síndrome de Marfan (SMF) es uno de los trastornos genéticos del tejido conjuntivo más comunes que afectan al menos a 1 de cada 20.000 personas en los Estados Unidos. Los aneurismas de las arterias carótida, subclavia e ilíaca se han asociado con SMF con menor frecuencia y los aneurismas de arterias más pequeñas son raros.

Objetivos: Presentar un caso de aneurisma bilateral de arteria mamaria interna (AMI) en un paciente con SMF que se sometió a un tratamiento endovascular exitoso.

Material y Método: Revisión de ficha clínica y protocolos quirúrgicos. Paciente varón se presentó inicialmente a la edad de 28 años con una historia familiar de SMF. Se sometió a una evaluación médica que concluyó que era portador de SMF, evidente en el examen físico. Se obtuvo una tomografía computarizada (TC) de tórax, abdomen y pelvis sin hallazgos arteriales significativos. A los 39 años de edad, se presentó con historia reciente aparición de dolor lumbar. Una TC de contraste en fase arterial demostró aneurisma de arteria mamaria interna bilateral asintomática con trombo mural, 28 mm de diámetro en el lado derecho y 23 mm en la izquierda, el resto de sus arterias eran normales. La escoliosis lumbar fue el único hallazgo relacionado con su dolor de espalda.

Resultados: Se programó un tratamiento mínimamente invasivo. A Derecha, se realizó embolización con coils

de 0,018'' (Cook Medical, Bloomington, IN) que se desplegaron distalmente y proximalmente al área aneurismática y varias coils de 8 mm se desplegaron dentro del aneurisma, se obtuvo la exclusión angiográfica completa de la lesión. A izquierda se realizó embolización con coils distalmente y en el interior del aneurisma, el cuello de la AMI en la arteria subclavia era ancho y corto por lo que fue excluido mediante un stent cubierto de 10 mm x 60 mm Fluency (Bard, Murray Hill, NJ, EE.UU.) previa angiografía para comprobar permeabilidad de ambas arterias vertebrales. Con éxito técnico inmediato. A los 5 años de seguimiento en el lado derecho el aneurisma se había recanalizado proximalmente y había aumentado su diámetro a 4,1cm. Se decidió una nueva embolización con coils y un amplatzer en el ostium, logrando exclusión completa. A 7 años de seguimiento se encuentra asintomático de sus aneurismas pero presentó una disección tipo A, que fue operada exitosamente.

Conclusión: A pesar de que son muy raros, los aneurismas AMI pueden diagnosticarse fácilmente mediante tomografía computada en una población en riesgo y pueden tratarse eficazmente con técnicas endovasculares con buenos resultados a largo plazo. El seguimiento es importante ya que otras arterias pueden estar involucradas en el tiempo y el fracaso del procedimiento puede ser diagnosticado y tratado a tiempo.

OSTEOCONDROMA COSTAL CON LESIÓN VASCULAR ANEURISMÁTICA CAVERNOSA

Roberto González Lagos , Alejandra Ester Riquelme Urrutia, Enrique Seguel Soto, Aleck Stockins Larenas, Andrés Jadue Tobar, Loreto Spencer León, Jorge Canales Zambrano, Ignacio Neira Sanhueza, Emilio Alarcón Cabrera.*

Hospital Regional de Concepción, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Equipo de Cirugía General.

Introducción: Los tumores costales son infrecuentes y representan el 5-10% de los tumores óseos. El osteocondroma constituye el 50% de los tumores costales benignos. Pueden presentarse como masa palpable o encontrarse de manera incidental en estudios imagenológicos en pacientes asintomáticos.

Objetivos: El objetivo es presentar un caso clínico osteocondroma costal, por lo infrecuente de su presentación, ubicación, enfrentamiento quirúrgico y lesiones asociadas.

Material y Método: Reporte de caso. Revisión de protocolo quirúrgico y ficha clínica. Descripción de características clínicas, exámenes practicados, cirugía realizada, estudio anatomopatológico y evolución postoperatoria.

Resultados: Hombre de 40 años, sin antecedentes mórbidos, asintomático. En examen imagenológico de screening cardiaco se detectó incidentalmente tumor costal izquierdo. Se complementó estudio con radiografía de tórax y parrilla costal izquierda, además de tomografía computada que mostró lesión exofítica heterogénea, originada en sexta costilla izquierda a nivel del arco medio, en contacto con séptima costilla, pulmón y diafragma de aproximadamente 6 x 5 x 4 centímetros. Cintigrafía ósea mostró hipercaptación en lesión costal. Examen físico no reveló signos de tumoración. Por características de la lesión se decidió resección quirúrgica. Se exploró por videotoracoscopia encontrándose tumor costal firmemente adherido al lóbulo inferior izquierdo, en contacto con diafragma, asociada a lesión irregular de aspecto fibrótico, sin poder descartar diseminación secundaria. Mediante toracotomía se resecó área en relación al tumor correspondiente a sexta y séptima costilla, quedando defecto de pared que fue recubierto con malla de polipropileno, tomándose además muestra de lesión diafragmática. Evolucionó sin complicaciones, con alta hospitalaria al quinto día postoperatorio. Estudio

histopatológico informó osteocondroma con lesión vascular aneurismática cavernosa y fibrosis diafragmática.

Conclusión: La ubicación costal representa el 1% de los osteocondromas histopatológicamente se describen como tejido óseo esponjoso revestido parcialmente por cartílago hialino. La presencia de formación aneurismática cavernosa es excepcional.

Neumomediastino espontáneo: a propósito de 5 casos.

Raul Berrios Silva , David Daroch Medina, Juan Pérez Novoa, Raimundo Santolaya Cohen, José Ortega Sepulveda, Manfred Zink Rocuant.*

Clínica Alemana. Cirugía de Tórax.

Introducción: Neumomediastino espontáneo se define como aire libre en el mediastino en ausencia de enfermedad pulmonar subyacente. Es una patología de baja frecuencia con una incidencia de 0,01-0,001%, más frecuente en hombre que mujeres, 8:1, y pacientes jóvenes. Conocer esta patología es radical para evitar el uso innecesario de exámenes y para evitar realizar un manejo no conservador de estos pacientes.

Objetivos: Presentación y análisis de 5 casos de neumomediastino espontáneo.

Material y Método: Trabajo descriptivo de 5 casos de neumomediastino espontáneo ocurridos entre el julio de 2016 y julio de 2017 en Clínica Alemana de Santiago.

Resultados: Caso 1 Mujer 23 años, con nefropatía por cambios mínimos. Consulta por dolor torácico izquierdo agudo de 6 horas de evolución sin otro síntoma asociado. No refiere factores gatillantes. Radiografía de Tórax (RXt) neumomediastino, Tomografía axial computarizada de Tórax (TACt) solo neumomediastino. Se hospitaliza para observación y manejo del dolor. Dada de alta al día 1. Caso 2 Hombre 19 años, con antecedentes de neumomediastino espontáneo (2015). Consulta por dolor torácico izquierdo agudo de horas de evolución y tope inspiratorio. No refiere factores gatillantes. RXt normal, TACt solo neumomediastino, esofagograma normal. Se hospitaliza para observación y manejo del dolor. Dado de alta al día 2. Caso 3 Mujer 17 años, sana. Consulta por cervicalgia intensa de 24 horas de evolución sin otro síntoma asociado. No refiere factores gatillantes. RXt neumomediastino, TACt solo neumomediastino, esofagograma normal. Se hospitaliza para observación y manejo del dolor. Dado de alta al día 1. Caso 4 Mujer 23 años, sana. Consulta por disnea post

valsalva (natación) sin otro otro síntoma asociado. RXt neumomediastino, TACT solo neumomediastino Se hospitaliza para observación y manejo del dolor. Dado de alta al día 1. Caso 5 Hombre 16 años, sano. Consulta por dolor toracico izquierdo y enfisema subcutáneo. No refiere factores gatillantes. RXt neumomediastino, TACT solo neumomediastino, hospitaliza para observación y manejo del dolor. Dado de alta al día 1.

Conclusión: Neumomediastino espontáneo es una patología de baja frecuencia con una incidencia de 0,01-0,001%, Más frecuente pacientes jóvenes y sanos. Neumomediastino en un pacientes <40 años, sano, hemodinamicamente estable, afebril, con parámetros inflamatorios bajos y sin vómitos, sensibilidad abdominal, derrame pleural, neumopericardio ni neumoperitoneo no requieren mayor estudio que un TACT.

Cirugía en cáncer pulmonar etapa IV para definir estrategias terapéuticas. Reporte de un caso.

Emily Osse Mejias , Lorena Gárate Gallardo, Gonzalo Fernández Ruiz, NICOLE CUNEO BARBOSA, FERNANDO OLGUIN HERRERA.*

Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Departamento de Cirugía..

Introducción: El manejo del cáncer pulmonar en etapa IV, ha tenido grandes cambios en los últimos años, específicamente en el sub-grupo de pacientes con mutaciones del gen EGFR. Estos pacientes presentan respuesta clínica a las drogas inhibitoras de la actividad tirosina-kinasa. Sin embargo, estudios recientes han demostrado que aquellos con mutaciones como la Thr790Met no presentan respuesta clínica.

Objetivos: Discutir la utilidad de la biopsia quirúrgica en la elección del tratamiento adyuvante en un paciente con cáncer pulmonar etapa IV.

Material y Método: Se presenta el caso de un paciente con cáncer de pulmón en tratamiento con Afatinib, que fue sometida a resección de lesión pulmonar, en la que se evidencio mutación Thr790Met del gen EGFR

Resultados: Paciente sexo femenino 71 años, con cáncer de pulmón en etapa IV (EGFR mutado) en tratamiento con Afatinib, en la que en controles imagenológicos se confirma progresión de enfermedad localizada. Se realiza biopsia por videotoroscopia de nódulo con marcación de la lesión con lipiodol. Evoluciono de forma favorable, dándose de alta al 4° día postoperatorio. En

los controles ambulatorios, paciente evoluciona con cefaleas constantes con focalidad neurológica por lo que se solicita estudio imagenológico que evidencia múltiples lesiones cerebrales. Se rescata estudio molecular de biopsia diferida que demuestra adenocarcinoma pulmonar infiltrante de 1,5 x 1 cm, con márgenes sin lesión y con mutación Thr790Met del gen EGFR. Se decide suspender tratamiento con inhibidores de tirosina-kinasa, iniciar manejo con corticoides y se evalúa inicio quimioterapia. Paciente evoluciona de forma favorable, con remisión de síntomas neurológicos, sin embargo, ante caída del performance status (PS) no se inicia quimioterapia hasta el día de hoy.

Conclusión: La cirugía mínimamente invasiva en pacientes con cáncer pulmonar etapa IV puede ser una herramienta apropiada para tomar mejores decisiones con respecto a la mejor estrategia terapéutica.

Simpatectomía videotoroscópica para la hiperhidrosis primaria.

Raul Berrios Silva , Raimundo Santolaya Cohen, david daroch medina, Juan Perez Novoa, Jose Ortega Sepulveda, Manfred Zink Rocuant.*

Clínica Alemana. Cirugía de tórax.

Introducción: La hiperhidrosis primaria se caracteriza por sudoración excesiva sin una patología secundaria que la cause. Se produce principalmente en manos, axilas, pies y zona craneofacial. Es de baja frecuencia, 0,6-2,8% de la población, sin diferencia entre sexos. Es gatillada por estrés emocional, físico o térmicos. El tratamiento quirúrgico ha demostrado superioridad frente al tratamiento médico.

Objetivos: Evaluar los resultados de los pacientes con hiperhidrosis primaria sometidos a simpatectomía videotoroscópica.

Material y Método: Trabajo retrospectivo descriptivo que incluyo a todos los pacientes sometidos a simpatectomía videotoroscópica por hiperhidrosis primaria en Clínica Alemana de Santiago entre enero de 2008 y Abril de 2017. La datos se obtuvieron a través de la revisión de la ficha electrónica de los pacientes. Se realizo vía email una encuesta a todos los pacientes acerca del grado de hiperhidrosis primaria pre y y postoperatoria (Hyperhidrosis Disease Severity Scale (HDSS) Measures) y sobre el grado y ubicación de sudoración compensatoria actual. No se realizo análisis estadístico. La técnica quirúrgica fue la misma para todos los pacientes: videotoroscopia biportal con

trocars de 5 mm, sección con tijera en un solo nivel de la cadena simpática: T2, T3 o T4. No se dejó drenaje.

Resultados: Entre enero de 2008 y abril de 2017 se realizaron 368 simpatectomía videotoroscópica por hiperhidrosis primaria. 168 pacientes fueron hombres (46%) y 200 fueron mujeres (54%). El promedio de seguimiento fue 51,5 meses. La severidad de la hiperhidrosis de los pacientes en el preoperatorio fue 3% grado I (mi transpiración nunca se notaba y nunca interfería con mis actividades diarias), 21% grado II (mi transpiración era tolerable, pero a veces interfería con mis actividades diarias), 38% grado III (mi transpiración era apenas tolerable y frecuentemente interfería con mis actividades diarias) y 37% grado IV (mi transpiración era intolerable y siempre interfería con mis actividades diarias). La severidad de la hiperhidrosis en el postoperatorio fue 46% grado I, 32% grado II, 18% grado III y 3% grado IV. 97% pacientes desarrollo sudoración compensatoria, los sitios anatómicos más frecuentes fueron espalda (86%), tórax (75%) y abdomen (66%). 49% y 78% de los pacientes refiere sudación compensatoria severa o moderada respectivamente en algún sitio anatómico.

Conclusión: La hiperhidrosis primaria afecta de manera significativa las actividades diarias de los pacientes que la padecen. El tratamiento quirúrgico mediante la simpatectomía videotoroscópica ofrece excelentes, sin embargo, la sudoración compensatoria es un problema frecuente en el postoperatorio, alcanzando en algunas series hasta el 90%.

Manejo por Videotoroscopia Asistida de Mediastinitis Aguda

Carlos Alberto Smith Gahona , Ruben Alejandro Valenzuela Matamala, PABLO PEREZ CASTRO, FELIPE UNDURRAGA MACHICAO, CAMILA CARVAJAL POZO, MACARENA ORTEGA MORALES, Eliseo Fuentes Fonca, HUGO ALVAREZ MARTINEZ, MISAEEL CARMONA DROGUETT, JORGE VILLABLANCA SALDIAS.*

Hospital San Juan de Dios de Santiago. Cirugía Tórax.

Introducción: La mediastinitis aguda (MA), se caracteriza por ser una complicación grave, poco frecuente, de rápida progresión. Su etiología puede ser por contigüidad, descendente y/o ascendente. Presenta una alta mortalidad, alcanzando hasta el 47%, en algunas series, siendo imperante el diagnóstico y tratamiento precoz.

Objetivos: Describir experiencia en el Hospital San Juan de Dios (HSJD) con pacientes tratados de MA por técnica de videotoroscopia asistida (VATS).

Material y Método: Serie de casos. Revisión retrospectiva de pacientes con MA sometidos a tratamiento quirúrgico mínimamente invasivo durante Marzo 2015 a Junio 2017 en HSJD. Todos los pacientes fueron manejados por el mismo equipo quirúrgico con el mismo instrumental. Se analizaron las variables demográficas, además de etiología, tipo de cirugía (urgencia v/s electivo), tiempos para resolución quirúrgica, operatorios, de hospitalización, y complicaciones. El Análisis estadístico se realizó por GraphPadPrism 5.

Resultados: Total de 4 pacientes, 2 (50%) de sexo masculino, con mediana de edad de 46 años (45-74). Se presentan 2 pacientes con etiología infecciosa y 2 casos de perforación esofágica (50%). Los patógenos aislados fueron *Streptococcus pyogenes* (25%), *Staphylococcus aureus* meticilino sensible (25%), *Streptococcus anginosus* (25%) y *Enterococcus* spp (25%). Todos los pacientes fueron sometidos a VATS de 2 puertos mas incisión accesoria de 3 cm. Todas las cirugías fueron de urgencia, con una mediana de 3 (1-7) días para su resolución quirúrgica. El tiempo operatorio tuvo una mediana de 90 (50-220) minutos. En el postoperatorio 15 (9-23) días de drenaje mediastínico, 23 (17-36) días de tratamiento ATB, 11 (6-25) días de estadía en la unidad cuidados intensivos quirúrgicos (UCIQ) y 22 (20-40) días de estadía hospitalaria. Durante el postoperatorio 2 pacientes presentaron complicaciones, un empiema y un paro cardiorrespiratorio, siendo tratados oportunamente; sin fallecimiento hasta la fecha.

Conclusión: Según la literatura, la MA, sin importar su etiología, presenta una elevada morbimortalidad, con estadías hospitalarias prolongadas. En la serie presentada, se sugiere el abordaje mínimamente invasivo en urgencias como una técnica segura y reproducible, que no mostró mortalidad y mejoraría los tiempos de recuperación.

Atlas Quirúrgico del Torax por Videotoroscopia

Pedro Undurraga Machicao , David Lazo Perez , PABLO PEREZ CASTRO.*

Hospital San Juan de Dios de Santiago, Clinica Las Condes Cirugia Toracica .

Introducción: La videotoroscopia (VTC) es una excepción en los servicios de cirugía en nuestro país. Múltiples cirugías torácicas, que pudieran realizarse por VTC, se siguen realizando por técnica abierta, con las desventajas que esto conlleva. El Atlas Quirúrgico del Torax es el primer paso a un programa de formación interactivo que apoye la formación en VTC y entendimiento de la anatomía torácica

Objetivos: Mostrar las técnicas básicas de Videotoroscopia y de anatomía del tórax, con foco en becados y cirujanos generales. Es el primer paso de un proyecto educativo a mayor escala.

Descripción y contenido del vídeo: Atlas de Anatomía Quirúrgica del Torax es el primer paso de un proyecto educacional para becados y cirujanos generales enfocado a incrementar el uso de VTC como herramienta quirúrgica en patología torácica básica. Se presenta desde el posicionamiento del paciente, ubicación de trocates hasta elementos básicos de anatomía quirúrgica del tórax. Se exponen separadamente tórax derecho y tórax izquierdo.

Implementación de un sistema de Registro Prospectivo de la Patología Torácica en Hospital San Juan de Dios.

Camila Constanza Carvajal Pozo , Ruben Alejandro Valenzuela Matamala, HUGO ALVAREZ MARTINEZ, FELIPE UNDURRAGA MACHICAO, PABLO PEREZ CASTRO, Eliseo Fuentes Fonca, CARLOS SMITH GAHONA, MACARENA ORTEGA MORALES, MISAEL CARMONA DROGUETT, JORGE VILLABLANCA SALDIAS, CINDY URRA FUENZALIDA, CAMILO SANCHEZ GONZALEZ.*

Hospital San Juan de Dios de Santiago. Cirugía de tórax.

Introducción: La patología torácica incluye varias entidades clínicas. El cáncer de pulmón es la primera causa de muerte por cáncer en el mundo y la segunda en Chile. El trauma torácico es la causa del 25% de la mortalidad por trauma, y la patología infecciosa es una causa de alta morbilidad respiratoria. Los registros adecuados permiten conocer la realidad de nuestros pacientes y diseñar políticas de atención

Objetivos: Dar a conocer la creación de un sistema local de registro clínico, epidemiológico y de seguimiento del universo total de los pacientes atendidos por el equipo de cirugía torácica, de un hospital de nivel terciario, y mostrar la realidad local en cuanto al tipo de pacientes tratados por nuestro equipo.

Material y Método: Se trabajó en conjunto con un equipo estable de alumnos de medicina de la Universidad de Chile, entrenados en patología torácica, para establecer un sistema de registro prospectivo de los pacientes atendidos por el equipo de cirugía de tórax del Hospital San Juan de Dios (HSJD). En forma diaria se entrevistaron directamente a cada uno de los pacientes durante su hospitalización, registrando todos los datos epidemiológicos, clínicos, quirúrgicos y de seguimiento a corto plazo (30 días post alta) de todos estos pacientes. Se presenta el análisis descriptivo de los pacientes atendidos durante los primeros 6 meses del registro clínico, mostrando su distribución por sexo, edad, diagnóstico y estadía hospitalaria post quirúrgica.

Resultados: Desde marzo a agosto 2017 de registraron en el sistema 182 pacientes, 129 (74,1%) hombres, con una mediana de edad de 51 años (15-91). La distribución por origen es bastante homogénea. El 35,16% (64 pacientes) de las atenciones correspondieron a trauma torácico, 18,13% (33 pacientes) a cáncer, 17,58% (32 pacientes) a derrame pleural, 15,38% (28 pacientes) a procesos infecciosos y 13,74% (25) pacientes con patología benigna. El 78% de la patología traumática solo requirió pleurostomía. En el grupo de pacientes que requirieron cirugía, la mediana de estadía fue de 5 días (1-99), siendo mucho menor en las patologías benignas 3 días (0-85), y mayor en las infecciosas 12 días (1-99).

Conclusión: El equipo de cirugía torácica del HSJD recibe un alto volumen de pacientes. El registro prospectivo nos ha permitido caracterizar adecuadamente nuestra población, y nos ayudará a definir mejores políticas de desarrollo. Esto nos permite tener contacto permanente con nuestros pacientes, haciéndolos partícipes de su atención de salud, y fidelizándolos para poder realizar seguimientos efectivos.

Experiencia de los últimos 5 años del Instituto Nacional del Tórax (INT) en Tumores Desmoides de Pared Torácica

Andrés Ignacio Stevenson Silva , Jacqueline Lopez Riveros.*

Hospital Instituto Nacional de Enf. Resp.y Cir Torá. Cirugía de Tórax.

Introducción: Neoplasias benignas músculo aponeuróticas, 0,03% de todas las neoplasias, aún más raras en tórax siendo sólo el 20% de tumores fibrosos extra-abdominales. Sin potencial metastásico, pero agresivos localmente y con alta recidiva que varía entre 24 a 85% a 10 años. El tratamiento es la resección con

bordes negativos pudiendo implicar defectos de cobertura y necesidad de cirugía reconstructiva.

Objetivos: Describir la experiencia del INT respecto al manejo de tumores desmoides de pared torácica.

Material y Método: Búsqueda de tumores desmoides de pared torácica en base de datos de biopsias y protocolos quirúrgicos del INT, entre año 2012 al 2017 y revisión de sus fichas.

Resultados: Se obtuvieron 7 pacientes. El tamaño preoperatorio fue variable entre 5 a 18 cms. En todos los casos se realizó resección. 2 casos resultaron con biopsia definitiva con márgenes (+) y 1 cercano. 2 pacientes requirieron reconstrucción con colgajo y malla. 4 pacientes recibieron radioterapia adyuvante. Hubo 3 recidivas confirmadas con tomografía computarizada y además resonancia magnética, con un tiempo promedio de 29 meses, siendo en todos los casos reintervenidos.

Conclusión: Patología infrecuente de manejo quirúrgico. Alta recidiva por lo que debe manejarse agresivamente en cuanto a su resección. Considerar posible reconstrucción hace necesario un manejo multidisciplinario. El seguimiento debe ser estricto ante la alta tasa de recidiva. La RM surge como posibilidad de seguimiento en contexto de diagnóstico más precoz y manejo más eficiente de recidivas.

: Tumor Mediastínico, manejo con embolización de arteria mamaria interna izquierda previo a su exéresis.

*Marco Rojas Guzman**,

Hospital de Coquimbo. Servicio de Cirugía.

Introducción: Introducción: Los tumores mediastinales representan un 5% de la patología torácica, siendo su abordaje complejo según su ubicación e irrigación que en casos puede llegar a ser importante y aumentar la morbilidad peri-operatoria por sangrado. Se ha descrito el uso de embolización pre-operatoria en tumores de la cavidad torácica con el fin de disminuir hemorragias intra-operatorias.

Objetivos: Objetivo: Comunicar la experiencia en tratamiento de tumor mediastínico con embolización de mamaria interna izquierda previo a su exéresis, para minimizar el sangramiento perioperatorio facilitando su extirpación. En la literatura chilena no se ha descrito dicha técnica

Material y Método: Material y Metodo: Se trata de un varón de 65 años con una historia de baja de peso de 6 meses de evolución, dolor en base de hemitorax izquierdo permanente, sin tope inspiratorio, disnea moderada, cuyo estudio muestra una ocupación de la cavidad pleural izquierda por 2 lesiones de 25 y 20 cm cada una. Al Tac de torax, presenta una generosa irrigación dependiente principalmente de la arteria mamaria izquierda y de arterias cardiofrénicas, con colaterales al tumor hipertrofiadas. Se decide realizar una embolización preoperatoria de la arteria MI con coil Azur Pushable 0.035" de 4mm x 4 cm y 2 de 6 x 10cm a través de un acceso de arteria humeral izquierda.

Resultados: Se opera a las 48 horas realizando la extirpación de los tumores por toracotomía posterolateral del 6 eic izquierdo, constatándose dos tumores de 25 y 20 cm cada uno, estando el mas grande duro, congestivo, y el segundo de consistencia blanda, aspecto quístico, grisáceo y con sangraniento fácil al manipularlo. Se resecaron ligando por parcialidades sus pedículo, el sangrado operatorio se midió en menos de 400cc, no requirió uso de drogas vasoactivas intra-op ni requirió salida a UTI en el post-operatorio inmediato.

Conclusión: Conclusión. Se concluye que la embolización preoperatoria de la arteria mamaria interna es una alternativa eficaz para el manejo intra-operatorio de tumores torácicos muy irrigados dependientes de la arteria MI, para prevenir sangramientos profusos y facilitar su exéresis.

TRATAMIENTO EN QUISTE HIDATIDICO PULMONAR COMPLICADO EN HOSPITAL HERNAN HENRIQUEZ ARAVENA ENTRE LOS AÑOS 2012-2015.

Fernando Enrique Jelvez Echeverria , IVAN LAGOS SEPULVEDA, MARIA FRANCISCA ROZAS VASQUEZ, Walterio Muñoz Castillo, Fernando Barrientos Cantín , Verónica Marcela Fonseca Salamanca.*

Hospital Hospital de Temuco. Equipo Cirugia de torax.

Introducción: En Chile, el quiste hidatídico es una enfermedad endémica, con una mayor prevalencia en la región de la Araucanía, los Lagos y Aysén. Se presenta revisión retrospectiva de fichas clínicas de pacientes con diagnóstico post operatorio de quiste hidatídico pulmonar complicado intervenidos en hospital HHA Temuco, con distintas opciones terapéuticas.

Objetivos: Evaluar resultados de la técnica quirúrgica en base a las complicaciones presentadas en pacientes con diagnóstico post operatorio de quiste hidatídico complicado entre los años 2012-2015.

Material y Método: El estudio fue una serie de casos llevado a cabo en el Servicio de cirugía tórax en el Hospital Regional HHA Temuco, donde se revisaron registros clínicos de pacientes con diagnóstico post operatorio de quiste hidatídico pulmonar complicado, excluyéndose aquellos que presentaban quiste en tránsito, entre los años 2012-2016, resultando una muestra final de 41 pacientes. Se utilizaron variables de tasa de complicaciones tempranas y a largo plazo, bajo un análisis estadístico descriptivo.

Resultados: Dentro de los años 2012-2015 hubo 41 pacientes que se presentaron como quistes hidatídicos pulmonares complicados, excluyéndose los quistes en tránsito. Un 26,8% se presentó con criterios de sepsis moderada y no hubo necesidad de cirugías de emergencia. En el 85% se ocupó tratamiento antibiótico siendo ceftriaxona y metronidazol el esquema más utilizado (49%). La intervención quirúrgica se realizó en promedio a los 18 días desde el ingreso. La técnica más utilizada fue toracotomía, aislamiento con compresas secas (100%), aspiración de contenido, sutura de comunicaciones bronquiales con material reabsorbible y capitonaje. El mayor hallazgo de complicación en el intraoperatorio fue rotura a vía aérea (44%) seguido de sobreinfección (22%). En un 87,8% se dejaron 2 tubos pleurales a trampa de agua. El promedio de días de tubo fue 4 días, con un débito promedio al retiro de 45 cc. Un 68,3% uso tratamiento antibiótico postquirúrgico con un promedio de 6,61 días. En 12,2% de los pacientes se indicó tratamiento con albendazol. Un 4,9% cursó con infección de sitio operatorio superficial. El alta fue en promedio a los 7,9 días desde la cirugía. El promedio de seguimiento de los pacientes fue de 250,9 días con un porcentaje de complicaciones a mediano plazo de 9,8% (derrame, falta de expansión y cavidad residual). El porcentaje de recidiva fue de 7,3%.

Conclusión: El quiste hidatídico pulmonar complicado es una realidad frecuente en nuestra región y el tratamiento quirúrgico descrito diferido ha mostrado buenos resultados.

Hamartoma gigante pulmonar: reporte de 1 caso.

Raul Berrios Silva , david daroch medina, Sebastián Sepulveda Palamara, Daira Marco .*

Clínica Alemana. Cirugía de tórax.

Introducción: Los hamartomas son los tumores benignos más frecuentes del pulmón. Son encontrados en el 0.25% de las autopsias en la población general, afecta a pacientes entre los 20 y 60 años con una prevalencia mayor en hombres de 2-3:1. Generalmente, se presentan de forma solitaria. La mayoría son asintomáticos pesquisándose incidentalmente en las imágenes. Su tamaño habitual es 1-2 cm.

Objetivos: Presentación y análisis de 1 caso de hamartoma gigante pulmonar.

Material y Método: Trabajo descriptivo de 1 caso de hamartoma gigante pulmonar. No se realizó análisis estadístico.

Resultados: Paciente mujer de 58 años, con antecedentes de tabaquismo de 30 paquetes años por 40 años, diabética e hipertensa en tratamiento. Consulta por cuadro respiratorio alto de aproximadamente 1 año de evolución, se solicita estudio con radiografía de tórax que muestra una lesión de 11x8 cms de contornos lisos en el segmento posterior del lóbulo superior del pulmón derecho. Se realiza tomografía axial computada de tórax que informa tumor pulmonar en el lóbulo inferior derecho hacia el segmento apical y compromiso parcial del segmento posterior del lóbulo superior derecho. No se evidencian otros hallazgos. Se realiza broncoscopia que evidencia compresión extrínseca del bronquio fuente derecho. Se toman biopsias las cuales son informadas como tejido pulmonar sano. Tomografía de emisión de positrones que descarta compromiso a distancia. Se realiza resección por toracotomía derecha con biopsia intraoperatoria que informa hamartoma condroide versus teratoma. La paciente evoluciona satisfactoriamente y es dada de alta al séptimo día post operatorio. La biopsia definitiva es informada como hamartoma condroide de 11.5 x 8 x 6.9 cms. de 623.7 gr. de peso.

Conclusión: Los hamartomas son los tumores benignos más frecuentes en las series de resecciones pulmonares , con nulo potencial maligno y de crecimiento lento de aproximadamente 2.6±3.2 mm por año. Las publicaciones de tumores gigantes incluyen habitualmente tumores fibrosos pleurales y patología maligna, sin embargo, los reportes de hamartomas gigantes son poco frecuentes. El tratamiento es quirúrgico.

Paraganglioma. Un raro caso de tumor de mediastino posterior en paciente joven.

Sebastián Andrés Oyanedel Pérez , Andres Mella Alborno, Daira Marco , Marcelo Felipe Parra Novoa, Jose Ortega Sepulveda.*

Hospital Padre Alberto Hurtado, Universidad del Desarrollo

Introducción: Actualmente los tumores de mediastino posterior habitualmente se diagnostican como hallazgos en estudios de imágenes. Los más frecuentes son de origen nervioso. Los paragangliomas son tumores neuroendocrinos raros, habitualmente asociados al sistema nervioso autónomo. Pueden asociarse a neurofibromatosis o a neoplasias endocrinas múltiples.

Objetivos: Presentar un caso y revisar la literatura de una paciente que fue operada de tumor de mediastino posterior cuya histología evidenció paraganglioma.

Material y Método: En relación a un caso del Hospital Padre Hurtado, se realiza estudio con imágenes que muestra tumor de mediastino posterior sugerente de origen neuronal, sin comprometer agujero intervertebral. Se revisan datos clínicos y técnica quirúrgica de abordaje, realizando una búsqueda bibliográfica del hallazgo histológico.

Resultados: Paciente de sexo femenino de 16 años que consulta y es tratada por dolor lumbar progresivo de 1 año de evolución, irradiado a hemitorax derecho. El estudio evidencia un tumor de mediastino posterior que se resecta por videotoracoscopia derecha sin incidentes. La evolución es satisfactoria y sin complicaciones, siendo dada de alta a los 4 días. La histología muestra un paraganglioma con 1% de ganglioneuroblastoma en nidos, encapsulado, por lo que se deriva a oncología pediátrica en Hospital Base para definir manejo posterior. Se realiza revisión de la literatura encontrándose descrito menos de 50 casos de paragangliomas en mediastino posterior. Alrededor del 50% de ellos son funcionales (síntomas neuroendocrinos como palpitaciones, sudoración o hipertensión) y un 10% malignos asociado a metástasis.

Conclusión: El diagnóstico diferencial de los tumores de mediastino posterior, debe considerarse el paraganglioma, cuya principal complicación incluye compromiso del agujero intervertebral (ausente en nuestro caso) y el ganglioneuroblastoma. El abordaje por videotoracoscopia permite un manejo de tumores de mediastino posterior que no comprometen el agujero intervertebral y sin invasión a otras estructuras.

Un gran tumor de mediastino anterior de etiología insospechada

Sebastián Andrés Oyanedel Pérez , Daira Marco , Andres Mella Alborno, Marcelo Felipe Parra Novoa, Jose Ortega Sepulveda.*

Hospital Padre Alberto Hurtado, Universidad del Desarrollo

Introducción: En el diagnóstico diferencial de los tumores del mediastino anterosuperior incluye los de origen tiroideo, tímico, linfomas y tumores de células germinales. Estos últimos pueden ser primarios del mediastino u originarse en las gónadas. Las características imagenológicas pueden orientar en la etiología, así como algunos marcadores tumorales. En algunos casos pueden estar asociado a genopatía.

Objetivos: Presentar un caso y revisar la literatura de un paciente operado de un tumor de mediastino anterior, cuya histología mostró teratoma maduro con coriocarcinoma, con fenotipo de hipogonadismo.

Material y Método: Se revisa un caso del Hospital Padre Hurtado, sometido a resección de gran tumor de mediastino por esternotomía, de características tomográficas de teratoma maduro. Se revisan datos clínicos y técnica quirúrgica de abordaje, así como el seguimiento postoperatorio dadas las características fenotípicas del paciente, encontrándose una etiología genética. Se realiza una revisión de la literatura.

Resultados: Se trata de un paciente hombre de 18 años que consulta por síntomas respiratorios inespecíficos. El estudio imagenológico muestra gran tumor de mediastino anterior que comprime estructuras vecinas, asociado a derrame pleural y pericárdico, por lo que se decide resecar por esternotomía media, sin incidentes. Buena evolución postoperatoria. La histología muestra tumor germinal no seminomatoso, teratoma maduro en 70% y coriocarcinoma 30%. Los marcadores tumorales postoperatorios han permanecido siempre normales. Recibió quimioterapia. Por presentar atrofia testicular, se solicita estudio endocrinológico, demostrándose hipogonadismo hipogonadotrófico, asociado a azoospermia. El análisis del caso permite plantear síndrome de Klinefelter, por lo que se solicita cariotipo que confirma genotipo XXY.

Conclusión: Los tumores de células germinales en mediastino pueden asociarse a otras manifestaciones que deben ser estudiadas en conjunto. En ocasiones pueden ser manifestación de un cuadro que representa un origen común. El abordaje por esternotomía sigue siendo de elección en tumores de gran tamaño para lograr un adecuado control vascular y una resección completa.

Tumor de vena ácigos como etiología de síndrome de vena cava superior

Sebastián Andrés Oyanedel Pérez , Andres Mella Albornoz, Daira Marco , Marcelo Felipe Parra Novoa, Jose Ortega Sepulveda.*

Hospital Padre Alberto Hurtado, Universidad del Desarrollo Cirugía.

Introducción: El síndrome de vena cava superior (VCS) puede tener múltiples etiologías. Es considerada una urgencia oncológica, por su relación con la vía aérea, estando indicada radioterapia aún sin histología. Los tumores de vena ácigos son poco frecuentes, siendo carcinomas escamosos de origen esofágico los más frecuentes, sin embargo es posible que ésta desarrolle neoplasias primarias.

Objetivos: Presentar el caso y revisar la literatura en relación a un paciente que se presenta como síndrome de vena cava superior y el estudio preoperatorio plantea un angiosarcoma de vena ácigos.

Material y Método: Se revisa el caso de un paciente al que se diagnostica un síndrome de VCS por un tumor de vena ácigos. El estudio preoperatorio con PET-CT plantea un angiosarcoma dado que no se encuentra otro primario, por lo que se resecta mediante toracotomía derecha extendida a izquierda por esternotomía transversal. Se revisa la literatura en relación al caso.

Resultados: Se trata de un paciente hombre de 77 años, con EPOC tabáquico y EAO operada el 2012, que se manifiesta con edema en esclavina, cefalea y cianosis facial. El estudio con TAC de torax muestra tumor de vena ácigos que se complementa con PET-CT que informa un tumor endoluminal hipermetabólico que se insinúa en la VCS, compatible con angiosarcoma de vena ácigos, además de adenopatías sospechosas. Dado la imposibilidad de obtener biopsia y el diagnóstico planteado (además del síndrome de VCS) se decide operar mediante toracotomía derecha extendida a izquierda, resecando el tumor clampeando la llegada de la VCS al atrio derecho por abordaje intrapericardico. La evolución postoperatoria es satisfactoria. La biopsia con inmunohistoquímica apoyan diagnóstico de carcinoma escamoso de origen pulmonar. Se complementa estudio con EDA, sin hallazgos. No completo quimioterapia por neutropenia febril. Actualmente el paciente lleva 2 años libre de enfermedad, sin primario identificado. Se realiza revisión de la bibliografía de casos similares.

Conclusión: Una de las causas poco frecuente del síndrome de VCS es intraluminal. No están descritos casos de angiosarcomas de vena ácigos, sí de carcinomas escamosos, los que habitualmente van asociados a la identificación de un tumor primario. El abordaje permitió una disección de estructuras mediastínicas y una amplia exposición y control vascular de la vena cava superior.

Extirpación de quiste broncogénico por VATS

Javiera Andrea San Martín Hernández , Raul Berrios Silva, Gerardo Mordojovich Ruiz, Juan Perez Novoa.*

Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile "Gral. Dr. Raúl

Introducción: Los quistes broncogénicos son anomalías congénitas del árbol traqueobronquial. El 15 -20% ocurre en el parénquima pulmonar, mientras que 65 a 86% se localizan en mediastino (medio y posterior); y estos pueden ser adyacentes al tercio distal de la tráquea o cercanos al bronquio principal, subdividiéndose en pericarinales (52%), paratraqueales (19%), paraesofágicos (14%) y retrocardiacos (9%).

Objetivos: Exponer con material visual la técnica quirúrgica utilizada en la extirpación de un quiste broncogénico en un paciente adulto.

Descripción y contenido del vídeo: Paciente 55 años, sexo femenino, antecedentes de HTA y esófago de Barret, no fumadora. Acude a servicio de urgencia por sensación de lipotimia. Se realiza AngioTAC que describe en mediastino posterior masa redondeada, subcarinal, en relación estrecha a esófago y grandes vasos, sin comprometer calibre. Radiografía de tránsito y EDA ambulatorias no muestran comunicación. Se realiza VATS con paciente en decúbito lateral izquierdo, instalación de 4 trocares, hallazgo tumor mediastino posterior subcarinal de contenido mucoso, en íntimo contacto con bronquio fuente derecho, pericardio, vena pulmonar inferior, esófago y vena ácigos. Evolución favorable en post operatorio inmediato. Radiografía sin derrame ni signos de neumotórax. Biopsia diferida confirma diagnóstico de quiste broncogénico.

Asociación de Quiste de Duplicación Esofágico y Secuestro Pulmonar Intralobar. Manejo quirúrgico mínimamente invasivo y en un solo tiempo.

JOSE LUIS LOBOS GALILEA* , DANIELA INOSTROZA FERRARI, FRANCISCO SUAREZ VASQUEZ, RODRIGO APARICIO RAMIREZ, RODRIGO VILLARROEL FARIAS, MAURICIO FICA DELGADO, VIRGINIA LINACRE SANDOVAL, CLAUDIO SUAREZ CRUZAT, CLAUDIO NAVARRETE GARCIA, HUGO RICHTER ROCA.

Clínica Santa María, Universidad de los Andes Cirugía de Tórax / Cirugía Endoscópica.

Introducción: El secuestro pulmonar y el quiste de duplicación esofágica son consideradas lesiones congénitas. Para comprender estas patologías es fundamental conocer el origen embriológico común en el intestino primitivo anterior. La asociación de ambas patologías es extremadamente infrecuente. No existen casos reportados en los cuales se haya realizado un enfrentamiento simultáneo mínimamente invasivo.

Objetivos: Presentar la técnica quirúrgica realizada: Resección endoscópica/videotorascópica del quiste de duplicación esofágico seguido de lobectomía inferior derecha videotorascópica del secuestro pulmonar

Descripción y contenido del vídeo: Se presenta el video editado del manejo combinado de ambas lesiones. Resección endoscópica/videotorascópica del quiste de duplicación esofágica seguido de lobectomía inferior derecha videotorascópica para tratar el secuestro pulmonar intralobar. Paciente mujer de 28 años, previamente sana, la cual por cuadro respiratorio se realiza imagen torácica que evidencia la presencia de ambas lesiones. Evolución postoperatoria sin complicaciones. Estadía hospitalaria 6 días. Sin morbilidad a 30 días de seguimiento.

ABORDAJE TRANSAURICULAR EN UNA COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR POST INFARTO

Roberto González Lagos , Aleck Stockins Larenas, Alejandra Ester Riquelme Urrutia, Enrique Seguel Soto, Andrés Jadue Tobar, Rodrigo Reyes Melo, Matías Ávalos Troncoso, Jorge Pincheira San Martín, Emilio Alarcón Cabrera.*

Hospital Regional de Concepción, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Equipo de Cirugía Cardiorácica.

Introducción: La comunicación interventricular (CIV) es una lesión infrecuente y grave del infarto agudo al miocardio (IAM), su tratamiento quirúrgico habitual es

el abordaje transventricular con cierre directo del defecto y/o mediante exclusión del infarto con parche.

Objetivos: El objetivo es presentar una complicación infrecuente del IAM, con abordaje quirúrgico excepcional dados los antecedentes de la paciente.

Material y Método: Reporte de caso. Revisión de protocolo quirúrgico y ficha clínica. Descripción de características clínicas, exámenes practicados, cirugía realizada y evolución postoperatoria.

Resultados: Mujer de 78 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes, obesidad y tabaquismo, presentó cuadro compatible con pielonefritis y falla renal aguda. Durante su tratamiento evolucionó con IAM asociado a soplo holosistólico y edema pulmonar agudo. El electrocardiograma: complejo QS en pared anterior y supradesnivel del segmento-ST en pared inferior, ecocardiograma: CIV post IAM alta y coronariografía: oclusión de arteria coronaria derecha (ACD). Dado los antecedentes se planificó tratamiento quirúrgico con abordaje transauricular y transtricuspidal (ATAT) derecho. En el intraoperatorio se encontró una CIV alta en pared posterior a 1cm del plano valvular tricuspídeo (VT); se abordó por aurícula derecha con desinserción del velo septal VT, se cerró defecto con puntos prolene-pledgets, además de plastia VT (reinserción de velo septal y anuloplastia con anillo EDWARDS® #32) y puente aorto-coronario a la ACD. En postoperatorio, la paciente evolucionó con derrame pleural bilateral tratándose con pleurotomía. La paciente fue dada de alta y se encuentra a los 18 meses en buenas condiciones con controles regulares en cardiología.

Conclusión: La CIV post IAM se observa en 0.2-0.3% de los casos. El ATAT se describe en CIV congénitas, siendo un abordaje en CIV post IAM excepcional. Entre sus potenciales ventajas esta la disminución del sagrado y deterioro de la función ventricular por la ventriculotomía.

CIRUGIA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA

Roberto González Lagos , Rodrigo Reyes Melo, Alejandra Ester Riquelme Urrutia, Enrique Seguel Soto, Aleck Stockins Larenas, Andrés Jadue Tobar, Alberto Fuentes Espinoza, Ignacio Neira Sanhueza, Emilio Alarcón Cabrera.*

Hospital Regional de Concepción, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Equipo de Cirugía Cardiorádica.

Introducción: La cirugía de revascularización miocárdica (CRM) es el tratamiento de elección para algunos pacientes con enfermedad coronaria. Los pacientes con disfunción ventricular izquierda (VI) presentan una mayor morbimortalidad inmediata y una menor supervivencia a largo plazo.

Objetivos: Describir mortalidad inmediata y seguimiento a largo plazo a 1, 3 y 5 años en pacientes con enfermedad coronaria y disfunción VI tratados con CRM.

Material y Método: Estudio descriptivo transversal. Operados entre enero-2006 y diciembre-2008. Revisión de protocolos quirúrgicos, fichas y seguimiento telefónico, aprobación comité ética Universidad de Concepción. Se utilizó programa SPSS 21® con función chi cuadrado y Kaplan-meier. Se consideró significativo $p < 0,05$. Se evaluó VI según fracción de eyección (FE). Se registró para seguimiento alejado Mayor adverse cardiac and cerebrovascular events (MACCE) y datos del registró civil. Se incluyeron pacientes con disfunción VI moderada (FE VI 30-50%) y grave (FE VI $< 30\%$). Total 658 CRM, 198 (30,1%) con disfunción VI, moderada en 176 (88,9%) y grave en 22 (11,1%). Edad promedio 62,2 años. Mediana estadía hospitalaria 6. Mortalidad: global 1,98%, VI con FE $> 50\%$ 1,1% y buen ventrículo con angina crónica 0,66%.

Resultados: Mortalidad a 30 días fue del 4% en pacientes con disfunción ventricular, 7 (4,0%) pacientes con disfunción VI moderada y 1 (4,5%) con disfunción VI grave ($p=0,89$). Seguimiento promedio 56,8 meses, supervivencia a 1, 3 y 5 años 92,0%, 86,9% y 83% respectivamente en disfunción moderada y 81,8%, 68,2% y 63,6% respectivamente en disfunción severa VI ($p=0,03$). MACCE a 1, 3 y 5 años 12%, 17,6% y 22,2% respectivamente en disfunción moderada y 18,2%, 31,2% y 36,4% respectivamente en disfunción grave VI ($p=0,2$).

Conclusión: Resultados comparables a series internacionales. La disfunción ventricular se asoció a peor supervivencia.

ENDOCARDITIS FÚNGICA, UNA CAUSA INFRECUENTE DE LESIÓN EN VÁLVULA CARDIACA NATIVA

Roberto González Lagos, Alejandra Ester Riquelme Urrutia, Enrique Seguel Soto, Aleck Stockins Larenas,*

Andrés Jadue Tobar, Rodrigo Reyes Melo, Claudio Toloza Ampuero, Christian Köning Petit-Laurent, Emilio Alarcón Cabrera.

Hospital Regional de Concepción, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Equipo de Cirugía Cardiorádica.

Introducción: La endocarditis fúngica (EF) es una forma grave de endocarditis infecciosa (EI), asociada a una alta morbimortalidad. Su incidencia es baja y se puede relacionar con cirugía cardíaca, uso de válvula cardíaca protésica, catéteres endovenosos (CVC), etc.

Objetivos: El objetivo es presentar una forma grave e infrecuente de EI, su evolución clínica y tratamiento.

Material y Método: Reporte de caso. Revisión de protocolo quirúrgico y ficha clínica. Descripción de características clínicas, exámenes practicados, tratamiento médico, cirugía realizada y evolución post alta.

Resultados: Hombre de 17 años con antecedente de enfermedad renal crónica en hemodiálisis y múltiples hospitalizaciones por septicemia asociada a CVC. Presentó cuadro febril, el cual fue tratado con antibióticos y cambio de CVC. Estudio con hemocultivos fue positivo para *Candida parapsilosis*. Se decidió hospitalización domiciliaria y tratamiento con Fluconazol. Persistió febril por lo que se decidió hospitalización por sepsis fúngica persistente y continuar tratamiento antimicótico. Estudio con ecocardiograma mostró endocarditis mitral con vegetación móvil en velo anterior e insuficiencia moderada. Se decidió tratamiento quirúrgico. Se realizó cirugía de reemplazo valvular mitral con prótesis cardíaca biológica Medtronic MOSAIC® #25. En el intraoperatorio se observó vegetación verrugosa y móvil. Cultivos y estudio histopatológico confirmó EF. Evolucionó con candidemia persistente, pero sin hallazgos ecográficos de endocarditis. Control con tomografía computada demostró hallazgos sugerentes de candidiasis crónica diseminada (CCD) o hepatoesplénica, modificándose el tratamiento con Caspofungina y Voriconazol. Al 4to mes postoperatorio fue dado de alta con tratamiento antifúngico crónico.

Conclusión: La EF es un tipo infrecuente de EI que constituye el 6% de los casos. Se asocia a una alta mortalidad a pesar de tratamiento médico y quirúrgico combinado. La CCD es una forma infrecuente de candidemia, casi exclusiva de pacientes oncohematológicos. El antecedente de factores de riesgo obliga a sospecharlo.

Uso de Resonancia Magnética Dinámica de Tórax en el estudio preoperatorio de pacientes con Timoma, experiencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

JORGE ISAIAS LAVANDEROS FERNANDEZ ,
MATIAS PRUZZO GARATE, GONZALO FERNANDEZ
RUIZ, JOSE MIGUEL CLAVERO RIBES.*

*Hospital Clínico de la Universidad de Chile. CIRUGIA
TORAX.*

Introducción: El timoma es el tumor más frecuente del mediastino anterosuperior, la Tomografía Computada es la herramienta diagnóstica de elección. En ocasiones la TC no es concluyente en definir el compromiso cardíaco de la masa tumoral para lo cual la resonancia magnética dinámica de tórax es solicitada para lograr una mejor caracterización y correlación anatómica con los hallazgos del intraoperatorio.

Objetivos: Comunicar la experiencia de 2 casos de pacientes con timoma que fueron estudiados con resonancia magnética dinámica de tórax y una breve revisión de la literatura.

Descripción y contenido del vídeo: Se presentan 2 casos (videos de estudio dinámico y cirugía) de pacientes con diagnóstico de timoma por tomografía computada de tórax, en cuyo informe no se logra precisar el compromiso cardíaco del tumor; motivo por el cual se complementa estudio con resonancia magnética dinámica de tórax en la cual en sus secuencias de CINE se aprecia movimiento independiente del tumor con respecto al corazón. Los casos fueron operados por videotoracoscopia derecha. La histología se informo como timoma (B2, Masaoka III y B3 Masaoka II), ambos pacientes presentados en comité oncológico se le indicó radioterapia adyuvante.

QUILOPERICARDIO SECUNDARIO A CIRUGÍA CARDÍACA

Roberto González Lagos , Alejandra Ester Riquelme
Urrutia, Enrique Seguel Soto, Aleck Stockins Larenas,
Andrés Jadue Tobar, Rodrigo Reyes Melo, Jorge
Canales Zambrano, Jorge Pincheira San Martín, Emilio
Alarcón Cabrera.*

*Hospital Regional de Concepción, Facultad de
Medicina, Universidad de Concepción,
Concepción, Equipo de Cirugía Cardiorácica.*

Introducción: El quilopericardio post cirugía cardíaca es extremadamente infrecuente en adultos. Su aspecto lechoso característico y análisis bioquímico permiten el diagnóstico.

Objetivos: El objetivo es presentar una complicación excepcional de la cirugía cardíaca, su fisiopatología y tratamiento médico.

Material y Método: Reporte de caso. Revisión de protocolo quirúrgico y ficha clínica. Descripción de características clínicas, exámenes practicados, tratamiento realizado y evolución post alta.

Resultados: Mujer de 61 años, con historia de disnea progresiva, ortopnea y disnea paroxística nocturna de 12 años de evolución. Se pesquisó en ecocardiograma comunicación interauricular (CIA) tipo ostium secundum con shunt izquierda-derecha, disfunción ventricular, dilatación de cavidades derechas, insuficiencia tricuspídea masiva e hipertensión pulmonar grave. Se discutió caso y se decidió resolución quirúrgica. Se abordó por esternotomía media, y en circulación extracorpórea, se realizó, tras auriculotomía, cierre de CIA con parche de poliéster y plastía tricuspídea. Al tercer día postoperatorio presentó aumento de débito pericárdico con líquido de aspecto lechoso. Análisis bioquímico permitió realizar el diagnóstico de quilopericardio. Se indicó tratamiento conservador con nutrición parenteral total y posterior uso de octreotida a lo largo de aproximadamente un mes. La paciente respondió a la terapia y fue dada de alta, no requiriendo de reintervención. A los 24 meses de seguimiento la paciente se encuentra asintomática en capacidad funcional I, ecocardiograma muestra disminución del tamaño de las cavidades cardíacas y ausencia de derrame pericárdico.

Conclusión: La cirugía cardíaca es la causa del 9% de los casos de quilopericardio en adultos. Se han descrito diversas etiologías que van desde la lesión directa del conducto torácico hasta la asociación con hipertensión pulmonar. En el caso presentado, el tratamiento con medidas nutricionales y octreotida fue efectivo evitando una nueva exploración quirúrgica.

Fijación Costal: Experiencia clínica en Clínica Dávila entre los años 2012-2017.

Elias Andres Veas Cortes , Pablo Mena Sellan, Belen
Pedraza Jaque, Daniel Gutierrez Veliz.*

Clínica DavilaCirugía.

Introducción: El tratamiento de las FC se basa la mayoría de las veces en reposo y analgésicos. Gran parte de esta son consecuencia de Trauma aunque también pueden estar en contexto de lesiones neoplásicas o procedimientos médicos. Las fracturas costales son la lesión más frecuente tras un Trauma Torácico. Reflejan alta energía involucrada las cuales se pueden manejar con Fijación Costal (FC)

Objetivos: Descripción de pacientes sometidos a Fijación costal; perfil clínico, causa, Numero de Costillas involucradas, Sistemas de fijación Utilizados, días de hospitalización y complicaciones asociadas en casos realizados en el Servicio de Cirugía de Clínica Dávila en un periodo de 6 años.

Material y Método: Revisión retrospectiva de casos clínicos de pacientes ingresados vivos y operados para Fijación Costal en la Unidad de Cirugía de Clínica Davila entre Enero de 2012 y Junio 2017. Se realizó análisis descriptivo del perfil clínico, causa, Numero de Costillas involucradas, Sistemas de fijación Utilizados, días de hospitalización y complicaciones asociadas.

Resultados: 31 pacientes fueron sometidos a fijación costal, 19 Corresponden a pacientes hombres. La edad promedio fue 55 años (91-23). 28 lesiones por trauma y 3 de origen tumoral, y dentro del trauma un 46,4 fue por accidente de tránsito. El Promedio de Costillas comprometidas fue 4,22 (1-11). Se fijaron en promedio 3,2 costillas por paciente. El sistema mas utilizado para la Fijación fue Matrix Rib con un 90.3% de los casos. 77,4% requirió algún tipo de drenaje de la cavidad Pleural. Solo un 16,1% presento alguna complicación en contexto de su hospitalización. Previo a la Cirugía un 32,2% usaba 4 o mas analgésicos y solo un 9,6% post Cirugía. El Tiempo promedio de Hospitalización fue de 13,8. A los 10 días el 30,2 pacientes ya había suspendido todo tipo de analgésicos.

Conclusión: La causa más frecuente de FC es el trauma, hallazgos compatibles con la literatura. Un alto número de casos requirió drenaje de la cavidad pleural debido al mayor contexto de trauma de alta energía en el que se realiza este procedimiento. Disminución del uso de analgésicos gracias a la FC. Las complicaciones asociadas estarían dadas más por el mismo trauma que por el procedimiento en si.

REEMPLAZO VALVULAR TRICUSPÍDEO POR ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN PACIENTES JÓVENES.

Roberto González Lagos , Alejandra Ester Riquelme Urrutia, Enrique Seguel Soto, Aleck Stockins Larenas, Andrés Jadue Tobar, Rodrigo Reyes Melo, Felipe Alarcón Oviedo, Ignacio Neira Sanhueza, Emilio Alarcón Cabrera.*

Hospital Regional de Concepción, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Equipo de Cirugía Cardiotorácica.

Introducción: La endocarditis tricuspídea (ET) es infrecuente y se observa en sólo el 3-5% de las endocarditis, se asocia a pacientes con consumo de drogas endovenosas o inmunosupresión.

Objetivos: El objetivo es presentar dos casos clínicos de ET por su excepcional e infrecuente presentación, así como su evolución clínica y tratamiento quirúrgico.

Material y Método: Estudio de Serie de Casos. Revisión de fichas clínicas y protocolos quirúrgicos. Descripción de características clínicas, exámenes practicados, cirugía realizada y evolución postoperatoria.

Resultados: Caso 1: Puérpera de 20 años, consultó por infección de episiotomía y hematuria. Tomografía Computada demostró focos de condensación pulmonar sugerentes de embolias sépticas. Ecocardiograma: vegetación móvil en válvula tricúspide (VT) e insuficiencia tricuspídea masiva. Evolucionó rápidamente con shock séptico por lo que se decidió cirugía de urgencia, realizándose reemplazo con prótesis biológica MOSAIC ® # 31; en intraoperatorio se observó los 3 velos destruidos, con múltiples vegetaciones, asociado a zona compatible con endocarditis mural en septum interventricular. Cultivos sin crecimiento bacteriano, estudio histopatológico confirmó ET. Es dada de alta al 20° día postoperada. Actualmente a 30 meses de seguimiento está asintomática. Caso 2: Hombre de 18 años con antecedentes de comunicación interventricular (CIV) perimembranosa, cursa con síndrome febril e insuficiencia cardíaca. Ecocardiograma: VT con vegetación móvil de 2 cm, válvula aórtica bicúspide y CIV de alto flujo. Se decidió cirugía, realizándose reemplazo con prótesis biológica St. Jude ® # 27 y cierre de CIV con parche poliéster; en intraoperatorio se observó VT friable, con múltiples vegetaciones. Cultivos positivos para Staphylococcus aureus meticilina-resistente, completando tratamiento antibiótico, es dado de alta al 39° día postoperado. Actualmente a 5 años de seguimiento está asintomático.

Conclusión: La ET es una patología infrecuente en pacientes sin factores de riesgo clásico, pero observa en

pacientes con consumo de drogas endovenosas o inmunosupresión. Se puede presentar con un cuadro clínico agresivo, siendo el tratamiento quirúrgico el de elección.

Quistes de duplicación mediastínicos. Reporte de 3 casos.

Raul Berrios Silva , Juan Perez Novoa, David Daroch Medina, Raimundo Santolaya Cohen, Manfred Zink Rocuant, Jose Ortega Sepulveda, Gina Squella Bianchi.*

Clínica Alemana. Cirugía de tórax.

Introducción: Los quistes de duplicación entéricos, broncogénicos y neuroentéricos son alteraciones congénitas del intestino proximal que ocurren entre la 4ta y 8va semana de gestación. Los quistes de duplicación broncogénicos y esofágicos son de baja frecuencia, en adultos el diagnóstico es principalmente incidental por imágenes y el manejo es quirúrgico, para el diagnóstico y tratamiento definitivo.

Objetivos: Presentación y análisis de 3 casos de quiste de duplicación mediastínico.

Material y Método: Trabajo descriptivo de una serie de 3 casos de quiste de duplicación mediastínico.

Resultados: CASO 1 Mujer de 14 años, sin antecedentes. Asintomática, consulta por masa mediastínica como hallazgo en tomografía axial computarizada (TAC) de tórax solicitado por resfriado persistente. Se realiza esofagograma y nuevo TAC compatibles con quiste broncogénico. Se solicita endosonografía (EUS) que no muestra compromiso endoluminal. Se realiza videotorascopía (VTC) derecha y resección de lesión quística mediastínica posterior paraesofágica de 3 cms de diámetro. Retiro de drenaje a las 48 horas, alta al 3er día. CASO 2 Hombre de 23 años, sin antecedentes. Consulta por dolor intenso precordial asociado a disfagia. Se estudia con TAC y resonancia (RNM) de mediastino que muestra hallazgos compatibles con quiste de duplicación esofágico de tercio medio. El estudio con radiografía esófago-estómago-duodeno muestra compresión extrínseca de tercio medio sin comunicación al lumen. Se realiza EUS que muestra masa paraesofágica derecha concordante con quiste de duplicación esofágico. Se realiza VTC derecha y resección de lesión paraesofágica. Retiro de drenaje a las 48 horas, alta al 4to día. CASO 3 Hombre de 33 años, sin antecedentes. Asintomático, en estudio por lumbago se realizó RNM de columna toracolumbar donde como hallazgo se evidencia quiste mediastínico. Se solicita TAC de tórax con contraste que demuestra

lesión quística izquierda paraesofágica. Se realiza VTC izquierda y resección de lesión. Retiro de drenaje a las 48 horas, alta al 4to día.

Conclusión: Los quistes de duplicación broncogénicos y esofágicos son de baja frecuencia. En adultos el diagnóstico es principalmente incidental por imágenes y el manejo es quirúrgico debido a que el diagnóstico definitivo es la biopsia de la pieza quirúrgica y debido al riesgo de síntomas, complicación y cáncer del quiste de duplicación.

Tratamiento quirúrgico de recidiva de neumotórax espontáneo primario operado

JOSE LUIS LOBOS GALILEA , RODRIGO VILLARROEL FARIAS, DANIELA INOSTROZA FERRARI, RODRIGO APARICIO RAMIREZ, FRANCISCO SUAREZ VASQUEZ, CLAUDIO SUAREZ CRUZAT, MAURICIO FICA DELGADO, VIRGINIA LINACRE SANDOVAL.*

Clínica Santa María, Clínica Santa María / Universidad de los Andes Cirugía de Tórax Clínica Santa María.

Introducción: La cirugía en un primer episodio de neumotórax espontáneo primario (resección de blebs y pleurodesis mecánica o química) ha demostrado reducir el riesgo de recidiva de 30% a 3-5%. Nuestro centro presenta 3,2% de recidiva en pacientes operados al primer episodio. En estos casos realizamos nueva resección de blebs o cicatrices más pleurectomía parietal apical (4ª costilla hacia el ápice).

Objetivos: Presentar la técnica quirúrgica realizada: Apicectomía asociada a pleurectomía parietal apical y aplicación de talco estéril (Steritalc®) por VTC de 3 puertos.

Descripción y contenido del video: Se presenta el video editado del tratamiento de recidiva de neumotórax espontáneo primario derecho. Técnica quirúrgica realizada: apicectomía asociada a pleurectomía parietal apical y aplicación de talco estéril (Steritalc®) por VTC de 3 puertos. Paciente masculino de 16 años, operado en junio de este año. Previamente sometido a resección apical y pleurodesis con Steritalc® por VTC en enero de 2017. Reingresó por dolor torácico derecho. Evolución postoperatoria favorable, con estadía hospitalaria de 3 días. Sin morbilidad a los 30 días postoperatorios.

Síndrome de Boerhaave: reporte 2 de casos.

Marisela Del Carmen Esparza Aedo , Consuelo Moya Ruiz, Constanza Segura Yañez, Jose Miguel Barrientos Verdugo, Carlos Ayala Pardo.*

Hospital de Curicó, Universidad de Talca Servicio Cirugía.

Introducción: El Síndrome de Boerhaave es una entidad poco frecuente, de diagnóstico habitualmente tardío y alta mortalidad. Posee el peor pronóstico dentro de las roturas esofágicas, constituyendo un desafío diagnóstico y terapéutico. Su manejo es variable en cada caso, debido a que involucra una gran gama de modalidades terapéuticas que van desde un manejo conservador hasta el tratamiento quirúrgico radical.

Objetivos: Reportar 2 casos de pacientes con diagnóstico de Síndrome de Boerhaave operados en el hospital de Curicó.

Material y Método: Reporte de casos. Se incluyó la totalidad de pacientes con diagnóstico Síndrome de Boerhaave operados en Hospital de Curicó, periodo 2012-2017. Se excluyeron pacientes intervenidos por rotura esofágica de otras etiologías. Características clínicas como sexo, edad, sintomatología, intervención quirúrgica realizada, evolución y seguimiento de cada caso, se presenta de manera descriptiva.

Resultados: Caso 1: Varón de 63 años, consulta en 2014 por epigastralgia intensa de 2 días de evolución asociada a vómitos, náuseas y disnea. Ante sospecha clínica e imagenológica de perforación esofágica se realiza toracotomía izquierda, evidenciando lesión del tercio distal del esófago irreparable, pus y restos de alimentos en cavidad pleural. Se realiza ligadura esofágica distal, esofagectomía, esofagostomía cervical terminal y gastrostomía. Evolucionó satisfactoriamente, dado de alta tras 21 días. Luego de 5 meses se realiza ascenso gástrico pero se detecta adenocarcinoma gástrico in situ por lo que se realiza gastrectomía radical más ascenso de colon. Actualmente mantiene controles y ha requerido diez dilataciones debido a estenosis de la anastomosis esofagocolónica. Caso 2: Mujer de 71 años, consulta en 2016 por vómitos de 3 días de evolución asociado a intenso dolor dorsal y fiebre. Por sospecha clínica e imagenológica de perforación esofágica y se explora mediante toracotomía, evidenciando lesión esofágica distal izquierda que se repara. Se excluye esófago cervical y cardial mediante ligadura de vicryl y se realiza gastrostomía. Requiere esplenectomía de necesidad. Evolucionó con evisceración y fístula enterocutánea de bajo débito, con respuesta favorable al manejo conservador. Actualmente mantiene controles, se alimenta por boca, con buen performance status.

Conclusión: La presentación clínica de nuestros casos es similar a lo reportado en la literatura, siendo el manejo quirúrgico la principal opción de tratamiento, permitiendo una evolución favorable en ambos casos

Cirugía torácica vigíl por videotoracoscopia, experiencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

JORGE ISAIAS LAVANDEROS FERNANDEZ , FERNANDO OLGUIN HERRERA, GONZALO FERNANDEZ RUIZ, KAREN VENEGAS LANDAIDA, CRISTOBAL ORELLANA GAJARDO, GONZALO CARDEMIL HERRERA.*

Hospital Clínico de la Universidad de Chile. CIRUGIA TORAX.

Introducción: La cirugía torácica por videotoracoscopia se realiza habitualmente bajo anestesia general e intubación orotraqueal. Hay reciente experiencia de cirugía torácica con paciente vigíl, combinando sedación más anestesia regional, en pacientes de alto riesgo quirúrgico con buenos resultados.

Objetivos: Comunicar nuestra experiencia de 4 pacientes operados de patología torácica sin uso de anestesia general.

Material y Método: Se operaron 4 pacientes de alto riesgo anestésico, por edad y comorbilidades; en evaluación conjunta por equipo de cirugía torácica y anestesia. Las cirugías realizadas fueron: 1 biopsia pulmonar, 1 ventana pericárdica y 2 biopsias pleurales; bajo sedación y analgesia peridural, manteniendo al paciente despierto, en ventilación espontánea con apoyo de oxígeno suplementario. Un paciente cursó con neumotórax en el postoperatorio. No hubo mortalidad relacionada al procedimiento.

Resultados: En pacientes con importantes comorbilidades y riesgo anestésico alto, creemos que la cirugía torácica vigíl es una opción quirúrgica que se debiera considerar, ya que puede garantizar un buen nivel de analgesia y una correcta oxigenación durante el procedimiento quirúrgico.

Conclusión:

SCHWANNOMA DE PARED TORÁCICA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE VON RECKLINGHAUSEN

Roberto González Lagos , Alejandra Ester Riquelme Urrutia, Enrique Seguel Soto, Aleck Stockins Larenas, Andrés Jadue Tobar, Loreto Spencer León, Matías Ávalos Troncoso, Christian Köning Petit-Laurent, Emilio Alarcón Cabrera.*

Hospital Regional de Concepción, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Equipo de Cirugía Cardiorádica.

Introducción: El schwannoma es un tumor neurogénico, originado en las células de Schwann de los nervios periféricos. La mayoría de los tumores neurogénicos intratorácicos se ubican en el mediastino posterior, siendo su localización en pared torácica infrecuente (5,4%).

Objetivos: El objetivo es presentar un caso clínico de tumor neurogénico de ubicación anatómica excepcional, su tratamiento quirúrgico-oncológico y evolución.

Material y Método: Reporte de caso. Revisión de protocolo quirúrgico y ficha clínica. Descripción de características clínicas, exámenes practicados, cirugía realizada, estudio anatomopatológico y evolución postoperatoria.

Resultados: Hombre 37 años, con antecedente de enfermedad de von Recklinghausen (neurofibromatosis-1) desde los 15 años, con múltiples neurofibromas cutáneos y lesiones hiperpigmentadas. Presentó cuadro de dorsalgia, realizándose estudio en hospital de origen. La Tomografía Computada (TC) evidenció tumor heterogéneo paravertebral de 10cm de diámetro. Se realizó extirpación con resultado histopatológico concordante con neurofibrosarcoma. Por resultado de biopsia se derivó a nuestro hospital para control oncológico. La TC de tórax concluyó tumor intercostal con protrusión intratorácica de 3cm de diámetro, en relación con la 6°-7° costilla izquierda y probable neurofibroma sacrocóxigeo. Se decidió resección de la lesión de pared torácica. Se abordó por Videotoracoscopia y se observó tumor blando encapsulado cubierto por pleura parietal. Se resecó por completo (R0), sin incidentes. Evolucionó favorablemente, dado de alta al cuarto día postoperatorio. Estudio histopatológico informó schwannoma pleural con resección completa. A 6 meses postoperatorios, se encuentra asintomático respiratorio y en control oncológico con dolor neuropático en extremidades inferiores invalidante y tratamiento con radioterapia por múltiples lesiones intravertebrales, observadas en último TC de control.

Conclusión: La enfermedad de Von Recklinghausen se asocia infrecuentemente a schwannoma (5%). Los schwannomas se localizan principalmente en extremidades, cabeza-cuello y mediastino posterior, siendo su ubicación de pared torácica poco común.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ÚLCERA PENETRANTE DE AORTA ASCENDENTE

Roberto González Lagos , Alejandra Ester Riquelme Urrutia, Enrique Seguel Soto, Aleck Stockins Larenas, Andrés Jadue Tobar, Rodrigo Reyes Melo, Claudio Toloza Ampuero, Christian Köning Petit-Laurent, Emilio Alarcón Cabrera.*

Hospital Regional de Concepción, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Equipo de Cirugía Cardiorádica.

Introducción: La úlcera penetrante de aorta (UPA) es la ulceración de una placa aterosclerótica que afecta la lámina elástica interna de la aorta. La UPA ascendente (UPAA) es infrecuente pudiendo evolucionar hacia un hematoma intramural (HI), disección aórtica y/o rotura.

Objetivos: El objetivo es presentar dos casos clínicos de UPA de ubicación infrecuente y excepcional en aorta ascendente, su presentación clínica, tratamiento quirúrgico y evolución.

Material y Método: Estudio de Serie de Casos. Revisión de fichas clínicas y protocolos quirúrgicos. Descripción de características clínicas, exámenes practicados, cirugía realizada, evolución postoperatoria y estudio histopatológico.

Resultados: Caso 1: Mujer de 73 años con antecedente de hipertensión arterial (HTA), presentó dolor torácico agudo de 3 días de evolución con emergencia hipertensiva. Electrocardiograma con supradesnivel-ST y enzimas cardíacas elevadas. La tomografía computada (TC) evidenció hematoma mural agudo de aorta ascendente (AA) secundario a UPAA y hemopericardio. Se catalogó como síndrome aórtico agudo (SAA). Se realizó reemplazo de AA con prótesis vascular bajo circulación extracorpórea (CEC). Estudio histopatológico confirmó las lesiones. Caso 2: Mujer de 62 años con antecedentes de HTA, diabetes y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Consultó por dolor abdominal de 2 días de evolución. La TC tóraco-abdominal visualizó UPAA no complicada y aneurisma de aorta abdominal. Por dolor abdominal y signos de irritación peritoneal, se realizó laparotomía exploradora encontrándose tiflitis. Se realizó resección intestinal e

íleo-ascendo-anastomosis. Nueva TC demostró UPAA con riesgo de rotura, sin clínica de SAA. Por alto riesgo se decidió cirugía. Se reemplazó AA con prótesis vascular en CEC y se encontró en su interior tres UPAA. Estudio histopatológico confirmó diagnóstico. Ambas pacientes evolucionaron sin complicaciones postoperatorias.

Conclusión: La UPA es infrecuente, localizándose sólo 1,8% de las veces en la AA. Se puede manifestar de forma aguda con SAA o crónica asintomática. El reemplazo aórtico es el tratamiento de elección en UPAA.

VÁLVULA AÓRTICA CUADRICÚSPIDE: PRESENTACIÓN DE 2 CASOS.

Roberto González Lagos , Alejandra Ester Riquelme Urrutia, Enrique Seguel Soto, Aleck Stockins Larenas, Andrés Jadue Tobar, Rodrigo Reyes Melo, Matías Ávalos Troncoso, Ignacio Neira Sanhueza, Emilio Alarcón Cabrera.*

Hospital Regional de Concepción, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Equipo de Cirugía Cardiorácica.

Introducción: La válvula aórtica cuatricúspide (VAC) es un defecto congénito cardíaco muy infrecuente, con incidencia de 0.013% a 0.043%. Representa entre 0,55% a 1,46% de la totalidad de cirugías de válvula aórtica. Tiende a evolucionar a insuficiencia valvular, siendo la estenosis muy inusual.

Objetivos: El objetivo es presentar dos casos clínicos de VAC como hallazgo intraoperatorio en pacientes tratados con reemplazo valvular aórtico, por su excepcional presentación.

Material y Método: Estudio de Serie de Casos. Revisión de fichas clínicas y protocolos quirúrgicos. Descripción de características clínicas, exámenes practicados, cirugía realizada y evolución postoperatoria.

Resultados: Caso 1: Hombre de 67 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus 2 y daño renal crónico. Presenta cuadro de disnea progresiva, asociado a ortopnea. Fue tratado como neumonía con antibióticos, sin embargo su sintomatología no cedió. Ecocardiograma: Insuficiencia aórtica masiva, dilatación e hipertrofia ventricular izquierda y dilatación aurícula izquierda. La coronariografía no demostró lesiones coronarias. Se decidió resolución quirúrgica con válvula aórtica biológica Medtronic MOSAIC ® # 23, se observó en el

intraoperatorio válvula aórtica cuatricúspide, evolucionó sin incidentes. Caso 2: Mujer de 50 años, con antecedentes de hipertensión arterial e insuficiencia cardíaca con episodio de síncope hace años, diagnosticándose insuficiencia aórtica de origen reumático. Se mantuvo asintomática por unos años, hasta que comenzó con disnea progresiva. Ecocardiograma: Insuficiencia aórtica masiva, raíz aórtica de 30 mm, con dilatación de cavidades izquierdas, y leve insuficiencia mitral. La coronariografía no demostró lesiones coronarias. Se decidió reemplazo valvular aórtico mecánico St. Jude ® # 21, se observó en el intraoperatorio válvula aórtica cuatricúspide.

Conclusión: La VAC es una malformación cardíaca infrecuente. El diagnóstico es principalmente un hallazgo intraoperatorio y se puede manifestar con una valvulopatía como la insuficiencia aórtica. Se describen casos de tricúspidación, sin embargo el tratamiento definitivo es el reemplazo valvular.

TRATAMIENTO QUIRURGICO EN VASOESPASMO CORONARIO REFRACTARIO A TRATAMIENTO MEDICO

Roberto González Lagos , Alejandra Ester Riquelme Urrutia, Enrique Seguel Soto, Aleck Stockins Larenas, Andrés Jadue Tobar, Rodrigo Reyes Melo, Claudio Toloza Ampuero, Jorge Pincheira San Martín, Emilio Alarcón Cabrera.*

Hospital Regional de Concepción, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Equipo de Cirugía Cardiorácica.

Introducción: El vasoespasmismo coronario (VC) se define como una contracción coronaria súbita, que se caracteriza clínicamente por la asociación de angina inestable y cambios del segmento-ST. Su tratamiento es principalmente médico. El VC refractario a tratamiento médico (VCRTM) es infrecuente y con alta letalidad.

Objetivos: El objetivo es presentar un caso clínico de VCRTM, por lo infrecuente de su presentación, evolución clínica y enfrentamiento médico-quirúrgico.

Material y Método: Reporte de caso. Revisión de protocolo quirúrgico y ficha clínica. Descripción de características clínicas, exámenes practicados, cirugía realizada y evolución postoperatoria.

Resultados: Mujer de 45 años con antecedentes de hipertensión arterial y tabaquismo presentó cuadro de angina inestable de 6 meses de evolución. Se estudió con

test de esfuerzo, que resultó sugerente de isquemia miocárdica, el cintigrama de perfusión miocárdica informó: isquemia ínfero-basal, ecocardiograma: sin deterioro de la función ventricular, coronariografía: anatomía normal, sin lesiones coronarias que expliquen el cuadro. Evolucionó con episodio de angina y elevación de enzimas miocárdicas; nueva coronariografía demostró grave espasmo del tronco común izquierdo, por lo que se decidió tratamiento médico agresivo. A las 2 semanas se debió rehospitalizar por recurrencia sintomática con dos nuevos episodios de angina, alza enzimática y cambios electrocardiográficos, por lo que se indicó cirugía de revascularización miocárdica de urgencia. En el intraoperatorio se encontró tejido tímico hiperplásico. Se realizó cirugía de revascularización miocárdica con 3 puentes venosos, denervación parcial miocárdica (plexectomía parcial) y timectomía. Evolucionó favorablemente siendo dada de alta al 10mo día postoperatorio. A 5 años de evolución, la paciente se encuentra en controles regulares en cardiología con tratamiento médico, sin recurrencia de angina.

Conclusión: El VCRTM se observa en el 7,5% de los casos de VC. Se puede manifestar como infarto agudo al miocardio, arritmias y muerte súbita. El tratamiento quirúrgico es excepcional y controvertido.

Timectomía por Videotoracoscopia derecha usando tecnología 3D

Andres Mella Alborno , Daira Marco , Elisabeth Reichmann Valdivia, Marcelo Felipe Parra Novoa, Jose Ortega Sepulveda.*

Hospital Padre Alberto Hurtado, Universidad del Desarrollo Cirugía .

Introducción: La timectomía es parte en el tratamiento de la miastenia gravis que ha cobrado relevancia dado últimos estudios que han demostrado una mayor remisión. Es en este contexto las técnicas para realizar una timectomía han cobrado mayor relevancia dentro de las cuales esta la trans esternal, trans cervical, combinada y mínimamente invasiva de las cuales ninguna ha demostrado ser superior.

Objetivos: Exponer una timectomía por videotoracoscopia lateral derecha utilizando tecnología 3D como una alternativa segura para el tratamiento quirúrgico de la miastenia gravis.

Descripción y contenido del vídeo: Argumento: La timectomía por VTC está siendo cada vez mas utilizada en nuestro medio dado el aumento en la indicación quirúrgica de la miastenia gravis, así como también para

la resección de timomas. Dado lo anterior es relevante que el cirujano torácico maneje esta técnica para lograr un resultado adecuado. En países de mayor desarrollo la tendencia es hacia la cirugía robótica dado en parte por la ventaja que brinda la visión 3D en este tipo de técnica. Descripción: Video de una timectomía por VTC derecha utilizando 3 puertos y torre EinsteinVision 3.0 de aesculap donde se logra una extracción completa en bloque del timo de una paciente de 15 años portadora de miastenia gravis

ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE TUMOR DE VÁLVULA MITRAL

Roberto González Lagos , Alejandra Ester Riquelme Urrutia, Enrique Seguel Soto, Aleck Stockins Larenas, Andrés Jadue Tobar, Rodrigo Reyes Melo, Jorge Canales Zambrano, Jorge Pincheira San Martín, Emilio Alarcón Cabrera.*

Hospital Regional de Concepción, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Equipo de Cirugía Cardiotorácica.

Introducción: Los Accidentes Vasculares Encefálicos (AVE) embólicos tienen como causa infrecuente los tumores cardíacos (TC). Sin embargo, los TC entre un 25 a 30% pueden presentar embolías periféricas.

Objetivos: El objetivo es presentar un caso clínico de fibroelastoma papilar, por lo infrecuente de su presentación, evolución clínica y enfrentamiento médico-quirúrgico.

Material y Método: Reporte de caso. Revisión de protocolo quirúrgico y ficha clínica. Descripción de características clínicas, exámenes practicados, cirugía realizada y evolución postoperatoria.

Resultados: Paciente hombre, de 29 años de edad, sin antecedentes mórbidos conocidos. Consultó por episodio súbito de afasia y hemiparesia derecha, compatible con AVE del territorio de la arteria cerebral media izquierda. Durante estudio etiológico, se pesquió en ecocardiograma transtorácico un tumor ovoide de 7 x 7 x 8 mm en relación al aparato subvalvular de la zona A2 de la válvula mitral. Dado el contexto clínico y una vez estabilizado desde el punto neurológico, se decidió tratamiento quirúrgico. Se abordó por esternotomía media, en circulación extracorpórea se exploró la válvula mitral y se encontró un tumor macroscópicamente compatible con un Fibroelastoma Papilar ovillado en las cuerdas tendíneas del aparato subvalvular. Se desplegó el tumor y se reseco desde su base, se preservó indemne el

velo mitral anterior. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico macroscópico intraoperatorio. El paciente evolucionó sin incidentes postoperatorios y fue dado de alta hospitalaria al quinto día post cirugía. Actualmente se encuentra en capacidad funcional I y sin síntomas cardiovasculares a 48 meses de seguimiento.

Conclusión: Los tumores cardíacos son infrecuentes, su incidencia va del 0.0017 al 0.28%. De estos, los Fibroelastomas Papilares corresponden al 1 a 2 %. La literatura describe las embolías periféricas como manifestación clínica de los tumores cardíacos.

Quiste hidatídico de la pared torácica: Recidiva tardía post quirúrgica

Marcelo Santelices Baeza , Lorena Perez Sotomayor, maria camila gutierrez vallejos, Arletthe Lagos Diaz, Maite Azocar San Cristobal, Jesus Rojas Lizana, Solange Farias Molina.*

Hospital Regional de Talca. Servicio de Cirugía.

Introducción: La hidatidosis, o equinocosis, es una zoonosis de distribución mundial. El hombre es un huésped intermediario en el ciclo de vida del parásito. Puede afectarse virtualmente cualquier órgano de la economía, pero principalmente se presenta en hígado y pulmón. Su tratamiento esencialmente es quirúrgico, y su erradicación es difícil, lo que le ha valido el apodo de cáncer blanco.

Objetivos: Presentar el caso de un paciente operado de hidatidosis pulmonar, que se presenta a la consulta con la sospecha de tumor maligno en relación a abordaje de cirugía previa.

Material y Método: Reporte de caso clínico y revisión de la literatura

Resultados: Paciente de 35 años, antecedente de ruralidad y operado de hidatidosis pulmonar derecha hace 10 años, comienza con dolor torácico en relación a la cicatriz de toracotomía previa asociado a aumento de volumen progresivo. Se realizó estudio con TAC de tórax que informó lesión tumoral con osteolisis del 5° arco costal derecho, sin otras lesiones. Por el antecedente de cirugía en la zona y posibilidad de recidiva, ingresa a pabellón para exploración encontrando lesión quística que atraviesa la quinta costilla. Se realiza biopsia rápida intraoperatoria que descarta neoplasia y se realiza resección simple. La biopsia diferida confirma el hallazgo de quiste hidatídico. El paciente evoluciona de forma favorable en su post operatorio y es dado de alta al 4° día.

Conclusión: El tratamiento de la hidatidosis, sobre todo pulmonar, es quirúrgico. Pese a tomar precauciones para evitar recidivas, siempre existe el riesgo. La presentación osteolítica se explica por la incapacidad del hueso para formar periostia. Existen reportes de diseminación costal por vía hematogena. En este caso parece más lógico una recidiva por estar en relación a la toracotomía previa.

ROTURA DE MÚSCULO PAPILAR: UNA COMPLICACIÓN MECÁNICA DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Roberto González Lagos , Alejandra Ester Riquelme Urrutia, Enrique Seguel Soto, Aleck Stockins Larenas, Andrés Jadue Tobar, Rodrigo Reyes Melo, Jorge Canales Zambrano, Ignacio Neira Sanhueza, Emilio Alarcón Cabrera.*

Hospital Regional de Concepción, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Equipo de Cirugía Cardiotorácica.

Introducción: La rotura de músculo papilar (RMP) es una complicación mecánica infrecuente del infarto agudo de miocardio (IAM). Se manifiesta en el contexto de un paciente infartado, como una insuficiencia mitral aguda, con descompensación hemodinámica grave y edema pulmonar agudo, con el consiguiente shock cardiogénico.

Objetivos: El objetivo es presentar un caso clínico de RMP, por lo infrecuente de su presentación como complicación de IAM, evolución clínica y enfrentamiento médico- quirúrgico.

Material y Método: Reporte de caso. Revisión de protocolo quirúrgico y ficha clínica. Descripción de características clínicas, exámenes practicados, cirugía realizada y evolución postoperatoria.

Resultados: Paciente de género masculino, de 71 años de edad, sordomudo, sin antecedentes mórbidos cardiovasculares conocidos, que consultó por cuadro súbito de disnea. El examen físico de ingreso mostró palidez, sudoración y tiraje, con un soplo holosistólico IV/VI en el foco mitral. La radiografía de tórax mostró infiltrados pulmonares difusos compatibles con edema agudo pulmonar. Ecocardiograma informó insuficiencia mitral masiva, con prolapso del velo anterior asociada a posible RMP. Coronariografía evidenció lesiones significativas en arterias descendente anterior y coronaria derecha. Debido a la gravedad del cuadro clínico, se decidió tratamiento quirúrgico de urgencia con Reemplazo de Válvula Mitral con prótesis biológica

Hancock II ® # 31 y Cirugía de Revascularización Miocárdica. Evolucionó sin complicaciones, dado de alta al sexto día postoperatorio. A 24 meses de seguimiento, el paciente se mantiene en controles periódicos en policlínico de cardiología.

Conclusión: La RMP es la complicación mecánica más infrecuente (1-5%) y la más grave, llegando a presentar una mortalidad del 75% en las primeras 24 horas. El tratamiento de elección es quirúrgico, aunque tiene una alta mortalidad (50%), es mejor opción que el tratamiento médico, cuya mortalidad puede alcanzar cifras superiores al 90%.

REPORTE PRELIMINAR. TRATAMIENTO QUIRURGICO INMEDIATO DEL NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO PRIMARIO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Ruben Alejandro Valenzuela Matamala , HUGO ALVAREZ MARTINEZ, CINDY URRRA FUENZALIDA, CAMILA CARVAJAL POZO, Eliseo Fuentes Foncea, CAMILO SANCHEZ GONZALEZ, CARLOS SMITH GAHONA, MACARENA ORTEGA MORALES, MISAEL CARMONA DROGUETT, JORGE VILLABLANCA SALDIAS, PABLO PEREZ CASTRO, FELIPE UNDURRAGA MACHICAO.*

Hospital San Juan de Dios de Santiago, Universidad de Chile Cirugía de Tórax.

Introducción: El Neumotórax Espontáneo Primario (NEP) se presenta principalmente en hombres jóvenes, longilíneos y fumadores, mientras su incidencia es 7.4-18/100.000 personas. La recurrencia en NEP tratado de forma conservadora alcanza entre 30% y 70%. La cirugía puede reducir este riesgo a menos de un 5%

Objetivos: Evaluación de resultados quirúrgicos a corto y largo plazo del tratamiento quirúrgico inmediato del NEP en el Hospital San Juan de Dios (HSJD)

Material y Método: Se registraron en forma retrospectiva los datos epidemiológicos y clínicos de todos los pacientes atendidos por NEP en el HSJD entre Agosto 2006 y Agosto 2017. Además se realizó seguimiento telefónico de los primeros 55 pacientes de la cohorte y se presentan como reporte preliminar. Se muestra la distribución por edad y sexo, la necesidad de drenaje al ingreso al servicio de urgencias, el tiempo medio de uso del drenaje y la morbimortalidad perioperatoria. Se diseñan curvas de Kaplan-Meier para

registrar la recurrencia del NEP ipsilateral y nuevos eventos contralaterales utilizando STATA 15.0

Resultados: Se revisaron los archivos del HSJD y se encontraron registros de 106 pacientes tratados por NEP, siendo intervenidos quirúrgicamente en forma inmediata el 99,1% de ellos independiente del episodio en que se presentara. Solo 1 paciente rechazó la cirugía por motivos personales. Se presenta el seguimiento de los primeros 55 pacientes, 49 (89%) hombres, con una mediana de edad de 26 años (15-67) y antecedente tabáquico en 57%. En 48 pacientes (87%) correspondió a un primer episodio, en 6 (11%) a segundo y en 1 (2%) al tercero. El motivo de consulta principal fue dolor en 30 pacientes (55%) y disnea en 21 (38%), otros motivos fueron tos, enfisema subcutáneo y un paciente con compromiso de conciencia. en el 100% de los casos se instaló drenaje pleural en el servicio de urgencias y fueron sometidos a Apicectomía y Pleurodesis por Videotoracoscopia dentro de los días siguientes. La mediana de tiempo de drenaje pleural fue 2 días (1-13), siendo dados de alta al día siguiente del retiro en 100% de los casos. La morbilidad a 30 días alcanzó el 13% (7 pacientes), siendo severa en 5% (3 pacientes) secundario a Fuga Aérea Persistente en todos ellos. No hubo mortalidad en la serie. La mediana de seguimiento fue 52,47 meses (0-119) sin pérdida de pacientes. Hubo recurrencia en 1 paciente (3%) a los 50 meses y se presentaron 2 (4,5%) eventos contralaterales antes de los 24 meses. Todos los nuevos eventos fueron tratados de forma quirúrgica en nuestro centro sin recurrencia a la fecha

Conclusión: En esta cohorte el tratamiento quirúrgico inmediato del NEP se presenta como un tratamiento eficaz para reducir su recurrencia, con bajo riesgo perioperatorio y sin mortalidad. La incidencia de NEP contralateral es baja, y no parece justificar una cirugía profiláctica. Se requiere un análisis mayor para obtener datos más concluyentes respecto al tratamiento en un primer episodio.

EXPERIENCIA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS EN TRAUMATISMOS TORÁCICOS PENETRANTES. REGISTRO PROSPECTIVO SEGUNDO TRIMESTRE 2017

Ruben Alejandro Valenzuela Matamala , Eliseo Fuentes Foncea, PABLO PEREZ CASTRO, CAMILA CARVAJAL POZO, MACARENA ORTEGA MORALES, MISAEL CARMONA DROGUETT, JORGE VILLABLANCA SALDIAS, CARLOS SMITH GAHONA, FELIPE UNDURRAGA MACHICAO.*

Hospital San Juan de Dios de Santiago, HOSPITAL SAN JUAN DE DIOSCIRUGIA DE TORAX.

Introducción: El Trauma Torácico corresponde a una patología muy frecuente particularmente en nuestro medio, y potencialmente grave, causando el 25% de las muertes por trauma. En particular el Trauma Torácico Penetrante (TTP) es un desafío diagnóstico y terapéutico para todo cirujano. Su tratamiento con drenaje pleural se reporta como terapia exclusiva, efectiva hasta en el 70-80% de los casos.

Objetivos: Caracterizar epidemiológica y terapéuticamente el TTP en el Hospital San Juan de Dios (HSJD), con el fin de diseñar planes de contingencia adecuados para el manejo de este tipo de pacientes.

Material y Método: Se realizó un registro prospectivo de todos los pacientes atendidos por el equipo de cirugía torácica en el HSJD en el período Abril - Junio 2017, y se presentan en esta serie todos aquellos con diagnóstico de TTP. El registro contempla datos epidemiológicos (sexo, edad) y clínicos (mecanismo de lesión, lesiones asociadas, estadía hospitalaria, tipo de tratamiento, morbilidad y mortalidad).

Resultados: Durante este período se trataron 32 pacientes con diagnóstico de TTP. 28 (88%) fueron hombres, con una mediana de 38 (19-82) años. El mecanismo de lesión más frecuente fue el arma blanca, presentándose en 22 (69%) casos, seguido por arma de fuego en 6 (19%) y casos iatrogénico en 4 (12%), todos en relación a instalación de catéter venoso central. En los casos de arma blanca 15 (68%) presentaron neumotórax y 16 (72%) hemotórax. En los por arma de fuego 5 (83%) neumotórax y 4 (67%) hemotórax. El 100% de los iatrogénicos cursaron solo con neumotórax. El 22% (7 pacientes) presentaron además otras lesiones extratorácicas. Se realizaron 2 (6.2%) toracotomías de emergencia en relación a pacientes con hemotórax masivo, ambos presentando lesiones cardíacas. El 78% (25 pacientes) de los casos se manejó solo con Pleurostomía, siendo dados de alta sin otro procedimiento, con una mediana de estadía de 6 (1-26) días, mientras en 5 casos (16%) se requirió cirugía en diferido por evolución no satisfactoria (4 casos de hemotórax retenido y 1 caso de lesión diafragmática), en una mediana de 7 (3-15) días post trauma y tratadas por videotoracoscopia (VTC) en el 100% de los casos. La mediana de estadía postquirúrgica fue 4 (2-6) días y no hubo mortalidad perioperatoria.

Conclusión: La mayoría de los pacientes pueden ser tratados solo con drenaje en forma efectiva. Hemotórax Retenido es la principal indicación quirúrgica, y un

diagnóstico precoz permite realizar cirugía por VTC. Tanto la distribución epidemiológica como de requerimientos quirúrgicos es similar a lo publicado. Un muestreo de mayor duración, nos permitirá mejorar las políticas de atención de estos pacientes.

OSTEOSÍNTESIS COSTAL EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Eliseo Fuentes Fonca , MACARENA ORTEGA MORALES, FELIPE UNDURRAGA MACHICAO, Ruben Alejandro Valenzuela Matamala, HUGO ALVAREZ MARTINEZ, PABLO PEREZ CASTRO, CAMILA CARVAJAL POZO, CARLOS SMITH GAHONA.*

Hospital San Juan de Dios de Santiago. Servicio de cirugía torácica.

Introducción: El trauma torácico con fractura costal (FC) se asocia a accidentes de alta energía, gran dolor, morbilidad respiratoria y ausentismo laboral que alcanza un 45% a los 6 meses. Actualmente el tratamiento quirúrgico presenta indicaciones ampliamente aceptadas, como tórax volante y fracturas múltiples desplazadas, sin embargo esta opción terapéutica es una excepción en el sistema público nacional.

Objetivos: Describir la experiencia con fracturas costales tratadas con osteosíntesis en el Hospital San Juan de Dios. Secundariamente, describir la gestión administrativa necesaria para llevar a cabo dicho procedimiento en el Servicio Público Nacional.

Material y Método: Serie de casos. Revisión retrospectiva de pacientes con FC sometidos fijación costal con sistema StraCos en el Servicio de Cirugía de Tórax del HSJD, en el periodo entre Enero y Julio del 2017. Análisis de variables según su naturaleza, en tendencia central y porcentajes. Análisis estadístico por GraphPad Prism 5.

Resultados: Total de 4 pacientes de sexo masculino, con mediana de edad de 49 años (rango 30-65). Los mecanismos de lesión fueron por accidente de tránsito en 2 (50%) pacientes (50%) y caída de altura en 2 (50%). La osteosíntesis fueron aprobadas administrativamente e indicadas por falla respiratoria en 3 (75%) casos y por tórax volante en 1 (25%) caso, la mayoría (75%) evolucionando con extubación precoz (antes de 48 hrs) y en el caso más grave con una estadía en UCI por 5 días, Se requirió manejo con analgesia endovenosa con un promedio de 7 días, requiriendo opioides en una mediana de 3 (1-8) días. Actualmente, el 25% de los pacientes ha evolucionado sin dolor ambulatorio y con

mediana de dolor de EVA 3(3-6) en 3 (75%) casos; 3 (75%) pacientes se reintegraron laboralmente a los 2 - 3 meses sin modificaciones en las actividades laborales previas.

Conclusión: Esta serie de casos presentó una evolución comparable a los reportes internacionales, con adecuada analgesia opiácea y reinserción laboral; reduciendo el resultado de la evolución natural del tórax volante y fracturas múltiples desplazadas. Planteamos la realización de fijación costales con StraCos en el sistema público, para expandir la muestra estudiada, para mayor significancia estadística.

MIXOMA CARDIACO, CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, RESULTADOS INMEDIATOS Y ALEJADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Roberto González Lagos , Alejandra Ester Riquelme Urrutia, Rodrigo Reyes Melo, Enrique Seguel Soto, Aleck Stockins Larenas, Andrés Jadue Tobar, Loreto Spencer León, Alberto Fuentes Espinoza, Christian Köning Petit-Laurent, Emilio Alarcón Cabrera.*

Hospital Regional de Concepción, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Equipo de Cirugía Cardiorotáica.

Introducción: Los tumores cardiacos primarios son infrecuentes, con una incidencia del 0,0017-0,05%, sin embargo, en las últimas décadas su diagnóstico ha aumentado gracias a los avances y disponibilidad de la ecocardiografía.

Objetivos: Caracterizar los mixomas cardiacos (MC) operados en nuestro centro y sus resultados inmediatos y alejados.

Material y Método: Estudio descriptivo transversal, período enero 1984-diciembre 2016. Revisión base de datos prospectiva de tumores cardiacos, protocolos quirúrgicos y fichas clínicas, previa aprobación comité de ética Universidad de Concepción. Se utilizó planilla Excel® y programa SPSS® 21 con función Kaplan-Meier, para determinar supervivencia. Se describe características, resultados inmediatos, alejados y supervivencia a 1, 5 y 10 años de los MC operados.

Resultados: Total 39 pacientes operados por MC, mujeres 22 (56,4%), edad promedio 55,4±16,0, con una mediana de 57 años. Fueron sintomáticos 28 (71,8%). El 100% de los casos se diagnóstico tras ecocardiograma. Localización: aurícula izquierda 36 (92,3%), aurícula

derecha 3 (7,7%), ventrículo izquierdo 2 (5,1%), siendo 1 (2,6%) multicámara. En los dos casos ventriculares sólo se realizó resección, de los casos auriculares se realizó resección tumoral con cierre directo de tabique en 24 (61,5%), resección más cierre con parche en 14 (35,9%). Estadía postoperatoria 9,1+6,4 y mediana de 6 días, Morbilidad 4 (10,3%), no se registro mortalidad postoperatoria a los 30 días. Al seguimiento se constató 1 (2,6%) recidiva que se reoperó y una supervivencia del 97,1%, 92,9% y 85,8% al 1, 5 y 10 años respectivamente.

Conclusión: La mayoría de las pacientes presentó un cuadro sintomático asociado al MC. Se localiza principalmente en la aurícula izquierda, requiriendo resección tumoral más cierre del tabique. Se observaron buenos resultados inmediatos y supervivencia a largo plazo.

Hernia Diafragmatica. Serie de casos 11 años, Instituto nacional del tórax.

Hugo Andrés González Erices , Carlos Ayala Pardo, Pedro Donetch Ulloa, Jose Miguel Barrientos Verdugo, Jacqueline Lopez Riveros, Guillermo Cacciuttolo Peralta.*

Hospital Instituto Nacional de Enf. Resp.y Cir Torá. Servicio de Cirugía de Tórax.

Introducción: La hernia diafragmática es una patología poco frecuente en adultos, consistiendo en una debilidad que evolucionan hacia un defecto localizado, cuyas estructuras abdominales protruyen. Generalmente es asintomática, siendo un hallazgo en exámenes. Divididas en 2 grandes categorías: congénitas y adquiridas (trauma penetrantes o contusos). A la fecha no existen grandes series nacionales publicadas.

Objetivos: Reportar una serie de casos de pacientes operados de hernia diafragmática en el Instituto Nacional del Tórax en periodo de 11 años.

Material y Método: Serie de casos retrospectiva de la totalidad de pacientes intervenidos con diagnóstico de hernia diafragmática en el instituto nacional del tórax, periodo 2006-2017. Se creó una base de datos anónima con las características clínicas, anatómicas y quirúrgicas. La información obtenida se presenta de manera descriptiva.

Resultados: En el periodo de estudio se operó un total de 44 pacientes; 49% mujeres, 51% hombres. Promedio de edad 52±16 años. Antecedentes y presentación clínica: HTA: 10%, reflujo gastroesofágico 3%,

tabaquismo: 1%, diabetes mellitus 2: 1%, hallazgo 20%, derrame pleural: 20%. Lateralidad: 70% izquierdas. Clasificación: Congénita 51% (Bochladek 66%), adquirida 49% (55% contuso). Mediana del defecto 5 cm RIQ [4-11]. Tipo de resolución quirúrgica: toracotomía: 100% (acceso adicional: laparotomía:15%), reparación con malla: 80%. Recidiva de 10% en un período de 11 años. Complicaciones post operatorias 5% (perforación esofágica, empiema, quilotórax, hernia incisional laparotómica, AKI post renal).

Conclusión: Las características clínicas, anatómicas y quirúrgicas de nuestros casos son similares a lo reportado en la literatura, siendo la toracotomía posterolateral un procedimiento efectivo y seguro en nuestra serie, siendo esta, una de las primeras series nacionales publicadas.

ASFIXIA TRAUMÁTICA, EXPERIENCIA HOSPITAL DEL COBRE

*Alejandro Torres Alvarez**,

HOSPITAL DEL COBRE , DR SALVADOR ALLENDE G.SERVICIO CIRUGÍA , UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA.

Introducción: La asfixia traumática es una rara condición que se caracteriza por la triada de hemorragia subconjuntival, cianosis y petequias a nivel cervicofacial, extremidades superiores y parte superior del tórax, como resultado de un trauma compresivo toracoabdominal severo súbito. El mecanismo y la magnitud de energía involucrada es relevante dado las diversas presentaciones clínicas.?

Objetivos: Mostrar nuestra experiencia y actualizar el manejo de esta patología .

Material y Método: Reporte de 4 Casos Atendidos en Hospital del Cobre, Calama.

Resultados: 1. Hombre de 22 años, caída de caballo con aplastamiento por tiempo indeterminado. Ingresó inconsciente con lesiones faciales , edema ocular, fracturas costales múltiples y hemotórax bilateral. Se sometió a reanimación avanzada y se maneja en UCI con VM por cinco días. Cursa con secuela neurológica. 2. Hombre 45 años, sufre aplastamiento en máquina despegadora de cátodos (energía equivalente a 10 toneladas), poli traumatizado con neumotórax a tensión. Ingresó con edema en esclavina, exoftalmos, petequias faciales, fracturas costales múltiples, fracturas de columna dorsal, tórax volante, hemoneumotórax bilateral y trauma raquímedular. Ingresó a pabellón de urgencia

cursando con arritmias ventriculares irrecuperables , falleciendo. 3. Hombre de 60 años DM II, EPOC y obeso. Sufre aplastamiento por auto , con trauma craneo cervicotorácico grave. Ingresó en paro cardiorrespiratorio, cricotiroidotomía quirúrgica, por fractura maciza facial compleja, con hemorragia activa, fracturas costales múltiples con contusión pulmonar grave. VM por 5 semanas. Osteosíntesis de hueso malar y maxilar inferior, drenajes torácico bilaterales y traqueostomía. Recuperación completa. . Hombre 51 años , sin antecedente, aplastamiento por tambores zona toraco abdominal , apremio respiratorio, Rx muestra velamiento 1/2 inferior ambos hemitórax , lesión pancreatoduodenal , mesentérica, intestinal y fractura de pelvis compleja , shock hipovolémico y coagulopatía . cirugía contención daños.

Conclusión: La asfixia traumática (conocida como Síndrome de Perthe) entidad poco frecuente, el tratamiento y pronóstico, es variable determinado por la energía y cinemática del trauma, como también por las lesiones asociadas. Mortalidad alta, requerimiento de manejo multidisciplinario y en centros con experiencia para obtener buenos resultados . Existen escaso reportes nacionales .

Masa pulmonar y pnoneumotórax causado por Streptococcus intermedius en un paciente inmunocompetente. Reporte de un caso

jasna Radich Radich , Carlos Alvarez Zepeda, Loreto Cecilia Fuschini Villarroel, Ana Valentina Valenzuela Rebolledo, Rodrigo Marcelo Monsalve Becerra, Daniela Andrea Huinca Orellana, Camila Soledad López López.*

Hospital Barros Luco-Trudeau. Cirugía de tórax.

Introducción: El Streptococcus intermedius es una cocócea Gram-positiva, que se encuentra en la cavidad oral y el tracto gastrointestinal. Aunque hay reporte de abscesos e infecciones sistémicas, los casos de neumonía y empiema son raros en la literatura. Reportamos un caso de un paciente estudiado por una masa pulmonar asociada a pnoneumotórax tratado por nosotros con éxito, con desaparición de la masa.

Objetivos: Dar a conocer un caso de un paciente estudiado por una masa pulmonar de 4 meses de evolución que se complicó de un pnoneumotórax y fue tratada por nosotros con éxito, con desaparición además de la masa

Material y Método: Se solicitó el consentimiento informado del paciente para la publicación del caso. Se obtuvo la información a través de revisión de ficha, imágenes y cultivos. El seguimiento se hizo en controles ambulatorios seriados. La revisión de la literatura se realizó a través de una búsqueda en Catálogo Bello, LILACS, PubMed y SciELO sin restricción de tiempo o idioma.

Resultados: Paciente masculino de 48 años inmunocompetente con antecedentes de tabaquismo activo (IPA 22), con cuadro de 4 meses de compromiso del estado general, fiebre, baja de peso, diaforesis nocturna, tos con expectoración purulenta y disnea progresiva. Consulta en atención primaria de salud donde se solicita TC de tórax que informa: "Masa sólida subpleural derecha de 37 mm hiperdensa con bordes espiculados e irregulares e intersticio circundante con patrón de vidrio esmerilado. Derrame pleural derecho. Adenopatías hiliares derechas y supraclaviculares". Se deriva a atención por broncopulmonar indicándose hospitalización. Se realiza radiografía de tórax que evidencia hidroneumotórax, por lo que se decide instalación de pleurostomía que da salida a líquido purulento. Se inicia antibioterapia empírica con ceftriaxona y clindamicina. El estudio citológico del líquido pleural fue impracticable, el aspecto es purulento franco y el cultivo informó *Streptococcus intermedius* (MALDI TOF). Se realizó TC de tórax que mostró persistencia de neumotórax y organización del derrame, por lo que se decide realizar toracotomía con aseo y decorticación. Biopsia extraída en cirugía informa "pleuritis crónica fibrosa y aguda supurada. No se observa neoplasia". Evoluciona hemodinámicamente estable, afebril y con normalización de los parámetros inflamatorios. Tras el alta se encuentra asintomático sin evidencia de enfermedad y en la TC desaparición de la lesión masiforme subpleural derecha.

Conclusión: *S. intermedius* es un agente etiológico importante de infecciones pulmonares graves habiendo pocos casos de neumonía y empiema reportados, la mayoría en pacientes fumadores que bordean los 50 años. Otros factores asociados son el alcoholismo, enfermedad periodontal, cirugías torácicas y cáncer. El cuadro es de duración variable y debe sospecharse frente a un nódulo o masa pulmonar asociado a fiebre.

Manejo Quirúrgico de Hernias Diafragmáticas en el Hospital San Juan de Dios

Hugo Álvarez Martínez* , MISAEEL CARMONA DROGUETT, JORGE VILLABLANCA SALDIAS,

FELIPE UNDURRAGA MACHICAO, Ruben Alejandro Valenzuela Matamala, PABLO PEREZ CASTRO, Eliseo Fuentes Fonca, CARLOS SMITH GAHONA, MACARENA ORTEGA MORALES, CAMILA CARVAJAL POZO.

Hospital San Juan de Dios de Santiago. Cirugía de Tórax.

Introducción: Las lesiones diafragmáticas ocurren en el 1,1-3,9% de los traumas toracoabdominales y el 50% desarrollan precozmente hernias diafragmáticas traumáticas (HDT) con un aumento de la morbilidad. Existe una relación directa entre la sospecha y el diagnóstico de lesiones diafragmáticas, siendo asintomáticas en el 53% de los traumas contusos, 44% de traumas penetrantes y en 33% de casos con radiografías.

Objetivos: Caracterizar los pacientes con HDT tratados quirúrgicamente por toracotomías (TCT) o videotoracoscopía (VTC) y su evolución en el Hospital San Juan de Dios (HSJD).

Material y Método: Serie de casos con análisis descriptivo. Revisión del registro hospitalario de pacientes con HDT y tratamiento quirúrgico entre 2009 y 2017. Fueron evaluadas características demográficas, etiología, presencia de signos imagenológicos en radiografía de tórax (Rx-tórax) y tomografía computarizada (TC) de tórax, técnica quirúrgica, tiempo con requerimiento de ventilación mecánica (VM), estadía en unidad de cuidados intensivos quirúrgicos (UCIQ), hospitalaria y drenaje pleural, morbilidad y mortalidad. Análisis estadístico por GraphPad Prism 5.

Resultados: Un total de 8 pacientes hombres con 34 (23-53) años de mediana fueron diagnosticados con HDT durante el periodo analizado. Las causas de HDT fueron: 1 (13%) por trauma contuso y 7 (87%) por trauma penetrante. Todos fueron evaluados con Rx-tórax donde no hubo signos de HDT, mientras que en el TC de tórax presentaron signos de HDT. Se realizaron 6 TCT y 2 VTC, hallándose herniación de epiplón en 38%, estómago en 38%, bazo en 13% y colon en 13% de los casos. Además, el 38% de los pacientes presentó lesiones en otro órgano. Todos fueron tratados con frenorrafia y en 1 caso además se requirió malla. La mediana del diámetro de las hernias fue de 3 cm (1-8 cm), VM 0 días (0-1 días), UCIQ 1 día (0-9 días), hospitalización total 5 días (3-12 días) y 4 días (2-9 días) con drenaje pleural. Ninguno de los pacientes tratados presentó morbilidad postquirúrgica, ni hay fallecimientos hasta la fecha.

Conclusión: En nuestro centro la HDT corresponde a una lesión poco frecuente, con cortas estadías hospitalarias, sin morbilidad ni muertes. La radiografía de tórax no es un buen método diagnóstico a diferencia de la TC. Es importante tener un alto grado de sospecha de la presencia de esta lesión.

Experiencia de 10 años en tumores mediastínicos

Raul Berrios Silva , Raimundo Santolaya Cohen, david daroch medina, Jose Merino Tapia, Juan Perez Novoa, gina squella bianchi, Yumay Pires Nuñez.*

Clínica Alemana. Cirugía de tórax.

Introducción: Los tumores de mediastino implica un desafío diagnóstico debido a la amplia diversidad de estructuras anatómicas que pueden dar origen a estos. Son más frecuentes en niños y adultos <50 años y la mayoría son tumores benignos. Las imágenes juegan un rol crucial en la sospecha y diagnóstico. EL manejo es quirúrgico y ha evolucionado en lo últimos años hacia la cirugía mínimamente invasiva.

Objetivos: Presentación y análisis descriptivo de una serie de 10 años de tumores de mediastino de Clínica Alemana de Santiago.

Material y Método: Trabajo retrospectivo descriptivo de tumores de mediastino en Clínica Alemana de Santiago entre julio de 2007 y julio de 2017. La datos se obtuvieron a través de la revisión de la ficha electrónica de los pacientes. Fueron incluidos todos los pacientes operados con el diagnóstico de tumor mediastínico. No se realizo análisis estadísticos. El diagnóstico definitivo fue realizado con la biopsia diferida de la pieza quirúrgica.

Resultados: Entre julio de 2007 y julio de 2017 en Clínica Alemana de Santiago 61 pacientes fueron diagnosticado con un tumor mediastínico. 35 (57%) son hombres y 26 (43%) son mujeres, la edad promedio es de 53 años. La distribución son compartimiento anterosuperior 44 (72%), posterior 15(24%), medio 2(3%), Los histología más frecuente fue el timo con 34 casos (56%) de los cuales 23 fueron timomas (38%). La segunda histología más frecuente fue origen linfoide 6 casos (10%) de los cuales 3 fueron linfoma de Hodgkin (5%) y 2 linfoma no Hodgkin (3%). La tercera histología más frecuente fue origen neurogénico 6 casos (10%) de los cuales 3 fueron Schwuanoma (5%). Entre el 2007-2009 63% de los abordajes fueron abiertos (esternotomía o toracotomía), entre el 2010-2013 50% de los abordajes fueron abiertos, y entre el 2014 y 2017 61% de los

abordajes fueron mínimamente invasivos (Videotoroscopia o cirugía toracoscópica asistida por video).

Conclusión: Se presento una serie de casos de tumor mediastino. Los Tumores de mediastino son más frecuentes en varones adultos, y la mayoría son timomas. La cirugía por videotoroscopia es el abordaje más frecuente en los 5 últimos años debido a sus beneficios sobre la cirugía abierta: menor dolor post operatorio, deambulacion precoz y menor estadía hospitalaria.

Trauma de vena cava en Paciente politraumatizados. Experiencia del Hospital Dr. Sótero del río.

Juan Pablo Ramos Perkis , Maria Fernanda Rojas Diaz, Huascar Rodriguez Galban, Jose Esteban Ruiz Cabrera, Lazaro Guillermo Calderon Ramirez, Carolina Andrea Muñoz Alarcon, Alfonso Díaz Fernández.*

Hospital Dr. Sótero del Río. Cirugía.

Introducción: Por su ubicación retroperitoneal, las lesiones de vena cava (LVC) son infrecuentes, presentándose en el contexto de un paciente con múltiples lesiones intraabdominales, en estado crítico. Por esto representa un desafío permanente para el cirujano de urgencias.

Objetivos: Presentar resultados obtenidos en pacientes politraumatizados con LVC sometidos a laparotomía exploratoria en Hospital Dr. Sotero del Río.

Material y Método: Análisis retrospectivo de 32 pacientes politraumatizados que dentro de la laparotomía exploradora se objetivo LVC entre los años 2005 y 2011.

Resultados: La serie estuvo compuesta por 32 pacientes, (mediana 27,5 años) con LVC. El 87,1% son hombres, en el 93,7% el mecanismo de trauma es penetrante. En el 87,5% de los casos el tiempo preoperatorio fue menor a una hora. Dentro de los niveles anatómicos vasculares mas frecuentemente lesionados están vena cava suprarrenal (31,2%), infrarrenal (25%) y pararrenal (25%). Las estructuras lesionadas asociadas con mayor frecuencia son intestino delgado 37,5%, otros vasos de gran calibre 37,5% y riñón (31,2%). A 5 pacientes (15,6%) se realizo ligadura de vena cava y al 85% reparación con sutura simple. En el 43,7% fue necesario toracotomía para control vascular o resucitación. La mortalidad fue de 34,3% (11 pacientes) en los cuales 7 pacientes sucedió intraoperatorio. La mediana de tiempo operatorio en sobrevivientes fue de 175 min.

Conclusión: De acuerdo a los datos presentados, la mortalidad de LVC se asocia al nivel anatómico, teniendo mayor mortalidad las lesiones suprarrenales (66,6%) y asociadas a vasos de gran calibre (83,3%). El tiempo pre-operatorio menor a 60 minutos, no se relacionó a mayor mortalidad. Al 80% (n=5) de los pacientes que se les ligó la vena cava falleció, esto en contexto de un paciente crítico.

Transfusión selectiva en el paciente politraumatizado. Implementación de

90° Congreso Chileno e Internacional de Cirugía

un protocolo de transfusión y terapia guiada por metas usando tromboelastometría.

Juan Pablo Ramos Perkis , Huascar Rodriguez Galban, Jose Esteban Ruiz Cabrera, Lazaro Guillermo Calderon Ramirez, Carolina Andrea Muñoz Alarcon, Alfonso Díaz Fernández.*

Hospital Dr. Sótero del Río. Cirugía.

Introducción: El trauma tiene alta mortalidad a nivel mundial y un 40% recae en el shock hemorrágico. La mayoría de estos pacientes requiere una gran movilización de recursos hospitalarios. La implementación de protocolos de transfusión masiva ha mostrado reducir la mortalidad en estos pacientes y la tromboelastometría a evitar la coagulopatía asociada al trauma(CAT) ademas de optimizar recursos en su manejo

Objetivos: El objetivo principal de este trabajo es implementar un protocolo de transfusión selectiva(PTS) en pacientes politraumatizados guiando su terapia por tromboelastometría (ROTEM) en el Complejo asistencial Dr. Sótero del Río (CASR). Como objetivo secundario, evaluar la incidencia y manejo de la CAT al ingreso y durante la hospitalización del paciente politraumatizado.

Material y Método: Estudio descriptivo prospectivo realizado entre el 1 de enero y el 31 de Julio del 2017. Se incluyen al PTS pacientes que ingresen al servicio de urgencia víctima de trauma que cumplan con dos o mas de los siguientes criterios : Mecanismo de trauma penetrante, Focused Abdominal Sonography Trauma (FAST) positivo, Presión arterial sistólica (PAS) menor a 90 mmHg. o Frecuencia cardiaca mayor a 120 lat/min. Como criterios de exclusión tenemos, menores de 15 años, trauma encéfalo craneano (TEC) y anticoagulación previa. A todo paciente se le realiza un ROTEM de ingreso y un segundo una vez controlada la fuente de hemorragia. Con los resultados, la reanimación hemostática es en forma dirigida. Se realiza un análisis descriptivo sobre distintas variables del manejo intrahospitalario.

Resultados: Dentro de la serie se incluyen 22 pacientes, estos representan el 2,2% de los ingresos hospitalarios por trauma en el mismo periodo. El 81, 8% es hombre. El 68,1% tiene como mecanismo trauma penetrante, grupo en el cual destaca 11 pacientes con herida por arma de fuego. El 54,5% ingresa hipotenso, un paciente ingresa en Paro cardiorespiratorio (PCR). El 31,8% ingresa taquicardico. El FAST es positivo en el 63,6% de los pacientes. En el 90% el ISS es mayor a 15. En la

totalidad de la serie el primer ROTEM fue realizado en menos de 30 minutos posterior al evento traumático. En ningún paciente se detectó hiperfibrinólisis al ingreso o dentro de la hospitalización. 18% ingresó al SU con INR alterado, destacando un ROTEM con CAT en el 31,8% al ingreso. El 95,5% requiere cirugía de urgencia la cual se realiza en todos los pacientes en menos de 60 minutos del ingreso (rango 10 - 55 min). 36,3% requiere DVA durante la cirugía. Dentro de los hallazgos quirúrgicos destacan, 3 miocardiografías, 5 traumas hepáticos, 1 trauma esplénico, 2 traumas de pelvis, 3 lesiones renales, 4 intestinales, una duodenal, una lesión de grandes vasos, 2 fracturas expuestas de extremidad inferior. El sangrado estimado intraoperatorio fue más de 1000 cc en el 85,7%. El 27,2% requiere una segunda cirugía. Con respecto al uso de hemoderivados, el 100% requirió GR, el 72,7% PFC, el 45,4% Crio y el 22,7% Plqt a las 6 horas del ingreso. La mortalidad de la serie es de 9% a causa de sepsis.

Conclusión: La implementación de un PTS dirigido por ROTEM, en politraumatizados, nos permite identificar CAT en un 31,8% de los que ingresan al SU. Dentro de la muestra no se presentaron pacientes con hiperfibrinólisis, por lo cual, no tienen beneficio en la administración de ácido tranexámico. Es imperativo, realizar estudios comparativos para demostrar un impacto en la mortalidad de este grupo de pacientes

Lesión oculta de diafragma. Exploración mínimamente invasiva en heridas toracoabdominales izquierdas.

Juan Pablo Ramos Perkis , Huascar Rodriguez Galban, Jose Esteban Ruiz Cabrera, Lazaro Guillermo Calderon Ramirez, Carolina Andrea Muñoz Alarcon, Alfonso Díaz Fernández.*

Hospital Dr. Sótero del Río. Cirugía.

Introducción: La lesión oculta de diafragma (LOD), tiene alta incidencia en pacientes con heridas toracoabdominales izquierdas. Estas pueden ser asintomáticas y tener radiología normal. Si esta lesión no se trata, existe el riesgo de desarrollar una hernia a futuro, teniendo una alta mortalidad para el paciente. La cirugía mínimamente invasiva, es el método de elección para diagnóstico y tratamiento.

Objetivos: El objetivo principal de este estudio es determinar la incidencia de LOD en pacientes con heridas penetrantes toracoabdominales izquierdas y estabilidad hemodinámica. Como objetivo secundario evaluar el rol de la cirugía mínimamente invasiva en el diagnóstico y tratamiento en este grupo de pacientes.

Material y Método: Estudio prospectivo en el cual se implementa un protocolo de diagnóstico y tratamiento mediante cirugía mínimamente invasiva, de LOD en el hospital Dr. Sótero del Río. Los criterios de inclusión son: 1.- Todo paciente con herida en región toracoabdominal izquierda que ingrese al servicio de urgencia. 2.- Estabilidad hemodinámica. 3.- Sin signos de irritación peritoneal. Se realiza un análisis estadístico descriptivo sobre variables demográficas, sintomatología, hallazgos radiológicos, incidencia de lesión, zona lesionada, lesiones asociadas, tipo de cirugía, tipo de reparación, complicaciones y tiempo de hospitalización.

Resultados: Se presenta una serie de 16 pacientes que cumplen criterios de inclusión y fueron sometidos a cirugía mínimamente invasiva. Esta corresponde al 1,7% de los pacientes ingresados en el registro de trauma del hospital Dr. Sótero Del Río en el mismo periodo. El 93% son hombres. La mediana de edad es 27 años. El mecanismo de trauma es por arma blanca en 15 pacientes y en uno por arma de fuego. Al 100% de la muestra se le realizó tomografía de tórax, abdomen y pelvis. Dentro de esta, 7 pacientes tienen un examen radiológico normal. 4 neumotórax, 4 hemotórax, en 1 se visualiza lesión de diafragma. Al 75% se le realizó abordaje laparoscópico y al 25% mediante videotoroscopia. La incidencia de lesión de diafragma es de 37,5% (6 pacientes). 2 pacientes presentaron lesiones asociadas en bazo e hígado. El máximo tamaño de lesión diafragmática fue de 2 cm y en el 100% la reparación fue realizada con polipropileno 2-0, sin conversión a cirugía abierta. El 56,2% se instaló un drenaje torácico en el post operatorio. Un paciente presentó hemotórax que se resolvió por videotoroscopia y otro derrame pleural que se realizó toracocentesis. La mediana del tiempo de hospitalización fue de 2 días (rango 2-8 días). No existió mortalidad en la serie.

Conclusión: En nuestra serie la LOD tiene incidencia de un 37,5% en pacientes que presentan una herida toracoabdominal izquierda. El 43,7% de las tomografías fueron informadas como normales y dentro de este grupo de pacientes 3 presentaron LOD. Sólo una tomografía demostró la lesión. La implementación de un protocolo de LOD mostró claros beneficios en el diagnóstico y tratamiento de este tipo de pacientes.

Sitio de punción óptimo para la descompresión con catéter del neumotórax a tensión. Realidad de la población chilena

Huascar Rodriguez Galban , Juan Pablo Ramos Perkis, Jose Esteban Ruiz Cabrera, Lazaro Guillermo Calderon Ramirez, Carolina Andrea Muñoz Alarcon, Alfonso Díaz Fernández.*

Hospital Dr. Sótero del Río. Cirugía.

Introducción: A pesar de que las guías del ATLS postulan que el manejo pre hospitalario del neumotórax a tensión consiste en la descompresión del tórax con un trocar de 5cms en el 2do espacio intercostal (EIC) con línea medio clavicular (LMC), estudios recientes demuestran un alto porcentaje de fracaso en el tratamiento debido a que el grosor del tórax en ese punto sería mayor de 5cms.

Objetivos: Medir y comparar el grosor de la pared torácica en el 2do EIC con LMC y el 5to EIC con línea axilar anterior (LAA) en la población chilena de 20 – 40 años, para la efectividad del tratamiento con un catéter de 5cms en la descompresión del neumotórax a tensión.

Material y Método: Estudio retrospectivo, descriptivo realizado entre Noviembre 2016 hasta Abril 2017 en el Hospital Sotero del Río (CASR). En este estudio, se incluyeron 144 pacientes de 20 a 40 años que consultaron al servicio de urgencias y requirieron un CT tórax como parte de su estudio diagnóstico. Se midió el grosor de la pared torácica en el CT tórax de los 2do ESI con LMC y 5to ESI con LAA en ambos lados.

Resultados: En la muestra, el 77% y 23% correspondieron a hombres y mujeres respectivamente. La distancia media fue de 41,05 y 30,4 mm en el 2do EIC con LMC y en el 5to EIC con LAA, con una diferencia media de 10,65mm. En el 20,8% de los pacientes, el grosor del tórax en el 2do EIC con LMC sobrepasa los 5cms de longitud. De la misma forma, habría una falla en la descompresión del tórax del 10,41% de los casos si se utilizara el 5to EIC con LAA. Es importante destacar que de estos pacientes el 60% y el 83,3 % respectivamente son mujeres. De todas maneras, salvo en el 8,3% de toda la muestra el 5to EIC con LAA es mejor que 2do EIC con LMC para resolver el neumotórax a tensión.

Conclusión: En la población estudiada la descompresión con catéter de 5cms para el tratamiento del neumotórax a tensión tendría más éxito si se puncionara el 5to EIC con LAA.

Resolución quirúrgica en dos tiempos de trauma hepático grado IV. A propósito de un caso.

JORGE BRAVO LOPEZ , JAVIER CHAPOCHNICK FRIEDMANN, CARLOS DEROSAS ARRIAGADA, DAVID BRAVO LOPEZ, EDUARDO JOSE BRAVO LOPEZ, CLAUDIO NAVARRETE GARCIA.*

Clínica Santa María. Departamento de Cirugía/Servicio de Urgencia.

Introducción: El politraumatizado es un complejo problema para el cirujano de urgencia. El trauma de abdomen se presenta en el 11 - 20 %, el hígado es el segundo órgano más afectado en traumas abdominales y torácicos cerrados y el más comprometido en penetrantes o abiertos. El manejo depende del grado de afectación. La resolución quirúrgica inicial permite el control de daños y posterior reparación definitiva

Objetivos: Presentar un caso clínico de manejo quirúrgico en dos tiempos de un paciente con trauma hepático grado IV y shock hipovolémico secundario. Mostrar la utilidad de la cirugía de control de daños como manejo inicial y posterior resolución definitiva.

Material y Método: Reporte en modalidad de Poster de caso clínico de un paciente politraumatizado sometido a laparotomía exploradora en dos tiempos en el servicio de urgencia de la Clínica Santa María.

Resultados: Paciente masculino de 25 años sin antecedentes mórbidos, ingresa al servicio de urgencia de la clínica Santa María por accidente en moto, consciente, orientado, con gran dolor. Al examen físico TA 80/50 FC: 120 Sat O₂: 98%, pálido, abdomen distendido, sensible y muy doloroso. ECO Fast: líquido libre en 3 cuadrantes, TAC: hemoperitoneo abundante, trauma hepático con sangrado activo. Reanimación, estabilización y monitorización inicial. Laparotomía exploradora que muestra hemoperitoneo en 4 cuadrantes, volumen 2,5lts, hematoma perihepático derecho. Empaquetamiento inicial de cavidad y maniobra de Pringle. Se evidencia disrupción severa de lóbulo derecho que compromete segmentos 6,7,8 y penetración del 5 con sangrado activo de vena suprahepática derecha que se liga y porta derecha que se repara con puntos de prolene 5/0. Segmentectomía posterior derecha, packing y laparostomía contenida con bolsa de Bogotá. Second look en 48 horas que no evidencia sangrado activo. Se completa hepatectomía reglada + colecistectomía, aseo y cierre. Paciente estable evoluciona con débito biliar por drenaje <500cc por lo que se realiza ERCP + papilotomía + instalación de prótesis con cese de fuga biliar. Alta en buenas condiciones.

Conclusión: El compromiso hepático en los traumas toráco-abdominales es grave y está asociado a

mortalidad importante. El control de daños en la cirugía inicial permite estabilizar y sacar de la condición de peligro vital para posteriormente en un “second look” realizar la reparación definitiva. La fuga biliar en hepatectomías es la complicación mas frecuente (4–7%) y generalmente se manejan por endoscopia.

FACTORES ASOCIADOS A MORBIMORTALIDAD EN PACIENTE HOSPITALIZADOS POR FRACTURAS COSTALES

Roberto González Lagos , Alejandra Ester Riquelme Urrutia, Enrique Seguel Soto, Aleck Stockins Larenas, Andrés Jadue Tobar, René Saldías Freyhoffer, Sebastián Barra Méndez, Ignacio Neira Sanhueza, Emilio Alarcón Cabrera.*

Hospital Regional de Concepción, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Equipo de Cirugía Cardiorácica.

Introducción: El traumatismo torácico (TT) es responsable del 25-35% de las muertes por traumatismo, la presencia de fractura costales (FC) puede alcanzar hasta el 50% de los pacientes hospitalizados por TT, contribuyendo de manera importante en la morbilidad secundaria lesiones potencialmente graves tanto torácicas como extratorácicas asociadas.

Objetivos: Correlacionar las características clínicas de pacientes hospitalizados por FC con su morbilidad.

Material y Método: Estudio descriptivo transversal. Período enero-1981 a diciembre-2016 en Hospital Clínico Regional de Concepción “Dr. Guillermo Grant Benavente”. Revisión base de datos, protocolos de TT y fichas clínicas del total de TT con FC, previo consentimiento informado y aprobación de comité de ética. Se utilizó programa SPSS21 con análisis univariado con prueba χ^2 y multivariado con regresión logística binario (backward stepwise). Se consideró significativo $p < 0,05$.

Resultados: Total 1316 FC. Género masculino 992 (75,4%), edad promedio 48,8+18,2 años. Se observó morbilidad en 240 (18,2%) pacientes y mortalidad en 48 (3,7%). Al realizar análisis en Morbilidad se encontró significativo: Univariado: >65 años, género masculino, atropello, >4 FC, FC altas, FC complicadas, tórax volante, lesiones asociadas, politraumatismo, necesidad de pleurotomía y cirugía. Multivariado: Atropello, >4 FC, tórax volante, politraumatismo, necesidad de pleurotomía y cirugía. Mortalidad se encontró significativo: Univariado: Atropello, >4 costillas, tórax

volante, FC complicadas, lesiones asociadas, politraumatismo, necesidad de pleurotomía y cirugía. Multivariado: >65 años, politraumatismo y morbilidad.

Conclusión: Diferentes características clínicas de las FC, entre ellas edad >65 años, mecanismo atropello, >4 costillas, tórax volante, politraumatismo se relacionan directamente con su morbilidad.

CARACTERÍSTICAS, INDICES DE GRAVEDAD Y MORBIMORTALIDAD EN TRAUMATISMO TORÁCICO PENETRANTE VERSUS CONTUSO

Roberto González Lagos , Alejandra Ester Riquelme Urrutia, Enrique Seguel Soto, Aleck Stockins Larenas, Andrés Jadue Tobar, René Saldías Freyhoffer, Felipe Alarcón Oviedo, Christian Köning Petit-Laurent, Emilio Alarcón Cabrera.*

Hospital Regional de Concepción, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Equipo de Cirugía Cardiorácica.

Introducción: El traumatismo torácico (TT) se clasifica según su mecanismo en contuso (TTC) o penetrante (TTP). El TTC es más frecuente en la literatura internacional, representando el 60-85% de los TT. Los diferentes scores de traumatismo consideran al TTC más grave que TTP.

Objetivos: Comparar las características, índices de gravedad del traumatismo (IGT), morbilidad entre TTC y TTP en pacientes hospitalizados con TT.

Material y Método: Estudio descriptivo trasversal. Período enero-1981 a diciembre-2016, Hospital Regional de Concepción. Revisión base de datos de TT, previa aprobación de comité de ética de la Universidad de Concepción. Se utilizó planilla Excel® y programa SPSS® 21, utilizándose método χ^2 y t de student. Se calculó IGT: Injury Severity Score (ISS), Revised Trauma Score, Trauma Injury Severity Score (TRISS). Se consideró significativo $p < 0,05$.

Resultados: Total 4015 TT, 2353 (58,6%) TTP y 1662 (41,4%) TTC. Se observó $p < 0,05$ respectivamente en: edad 28,0+11,2/ 46,2+19,1, género femenino 108 (4,6%)/ 332 (20,0%), politraumatizado 168 (7,1%)/ 463 (27,9%), tratamiento: cirugía torácica 604 (25,7%)/ 137 (8,2%). ISS 11,8+7,8/ 13,6+10,7, TRISS 4,1+13,4/ 5,6+14,0. Mortalidad 46 (2,0%)/ 62 (3,7%). Al comparar los IGT y morbilidad según tipo de TT en TTP y TTC se observó $p < 0,05$ respectivamente: 1) No politraumatizado: TRISS 3,4+11,8/ 1,8+3,8. Morbilidad

302 (13,8%) / 130 (10,8%), sin diferencia significativa en mortalidad 2) Politraumatizado: Mortalidad 13 (7,7%) / 53 (11,5%), sin diferencia significativa en TRISS y morbilidad.

Conclusión: En los pacientes hospitalizados por TT, el TTP es el más frecuente. Se observó una mayor edad, género femenino, politraumatismo, tratamiento no invasivo y mortalidad en TTC. El TTP es más grave en el no politraumatizado, siendo el TTC más grave en el politraumatizado.

TRAUMATISMO TORÁCICO EN EL ADOLESCENTE

Roberto González Lagos , Alejandra Ester Riquelme Urrutia, Enrique Seguel Soto, Aleck Stockins Larenas, Andrés Jadue Tobar, René Saldías Freyhoffer, Felipe Alarcón Oviedo, Jorge Pincheira San Martín, Emilio Alarcón Cabrera.*

Hospital Regional de Concepción, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Equipo de Cirugía Cardior torácica.

Introducción: El traumatismo es la tercera causa de muerte en la población y la primera en adolescentes (AD). El traumatismo torácico (TT) es responsable del 25-35% de las muertes por traumatismo.

Objetivos: Describir características, índices de gravedad del traumatismo (IGT), morbimortalidad en adolescentes hospitalizados por TT.

Material y Método: Estudio descriptivo transversal. Período enero-1981 a diciembre-2016, Hospital Regional de Concepción. Revisión base de datos de TT, protocolos quirúrgicos, fichas clínicas de los adolescentes tratados por nuestro equipo, previa aprobación de comité de ética de la Universidad de Concepción. Se utilizó planilla Excel®. Se calculó IGT: Injury Severity Score (ISS), Revised Trauma Score (RTS-T), Trauma Injury Severity Score (TRISS). Se definió adolescente según OMS, como individuos de 10 a 19 años.

Resultados: Total TT: 4015. AD 594 (14,8%). Hombres 544 (91,6%), edad promedio $17,3 \pm 1,6$ años, TT aislado 486 (81,8%), asociado a lesiones extratorácicas 106 (17,8%), de éstos, 65 (10,9%) fueron politraumatismos. Traumatismo penetrante 491 (82,7%). Agente: Arma blanca 474 (79,8%). Mecanismo: Agresión 507 (85,4%). Lesiones y hallazgos torácicos más frecuentes: neumotórax 412 (69,4%), hemotórax 309 (52%) y contusión pulmonar 57 (9,6%). Tratamiento definitivo:

pleurotomía exclusiva 343 (57,7%), cirugía torácica 114 (19,2%), médico exclusivo 107 (18%), cirugía extratorácica 45 (7,6%). Hospitalización promedio $6,5 \pm 6,9$ días, mediana 4,5. Según IGT: ISS promedio $11,8 \pm 7,6$, RTS-T promedio $11,6 \pm 1,4$, TRISS promedio $3,7 \pm 12,7$. Morbilidad 74 (12,5%). Mortalidad 10 (1,7%).

Conclusión: En nuestro medio, el TT se presentó mayormente en AD masculinos y se debió principalmente a agresiones por arma blanca. Las lesiones y/o hallazgos más frecuentes fueron neumotórax y hemotórax. La mayoría se trató con pleurotomía exclusiva. La mortalidad observada fue menor a la esperada según IGT.

Cuáles son las lesiones traumáticas más frecuentes que se producen en las cárceles en Santiago.

bayron kevin valenzuela cecchi , Cristian pedro Valenzuela Hofstetter, Anamaría Pacheco Frez, monica belen martinez mardones.*

Hospital de Urgencia Asistencia Pública. cirugía.

Introducción: En la actualidad, existe escasa literatura sobre la violencia por trauma producida en la población privada de libertad, por lo que han sido poco analizadas desde las unidades de epidemiología, a nivel internacional y nacional. Es debido a esto, que consideramos útil e importante conocer las principales características y diagnósticos de esta población en nuestro país.

Objetivos: Objetivo principal: cuantificar en nuestra institución, la demanda hospitalaria de carácter traumático secundario a distintas armas, en pacientes de origen penitenciario y caracterizar sus principales diagnósticos y tratamientos efectuados. Objetivos secundarios: analizar epidemiología, reingresos y mortalidad entre otras variables.

Material y Método: Estudio de corte transversal, realizado en HUAP entre agosto 2009- dic 2016. Criterios de inclusión: Todo paciente que se registre al ingreso como reo. Criterios de exclusión: patologías de resolución médica no traumática o quirúrgicas no traumáticas Se analizaron los datos epidemiológicos, diagnóstico de ingreso, sitio de lesión y de arma ocupada, signos vitales de ingreso junto con laboratorio, protocolo quirúrgico, estadía hospitalaria, días de necesidad UPC, tasa de reingresos y la mortalidad.

Resultados: Obtuvimos un total de 83 consultas de pacientes provenientes desde las distintas penitenciarias

de Santiago en un periodo de 7 años, donde se obtuvo una muestra de 48 pacientes que cumplían los criterios de inclusión para la realización del análisis descriptivo. Todos los pacientes fueron de sexo masculino, con un promedio de edad 28.0 años (19 y 4). Como antecedentes mórbidos, 6 pacientes refirieron poli consumo de drogas, 1 paciente VHC, 1 esquizofrenia y 1 HTA -DM. El 100% requirió hospitalización y todas las lesiones fueron con arma blanca salvo 1 que fue con vidrio. El sitio de lesión más frecuente fue el tórax y el abdomen, ambos con 19 pacientes cada uno (39.5%) y el resto otros sitios corporales(lumbar, articular, cervical, inguinal y ocular). El 95.8% ingresó en Glasgow 15 (2 pacientes Glasgow 12 y 14). La frecuencia cardíaca promedio fue de 83 lpm con un rango de 53-130 lpm y mediana de 81 lpm. 7 pacientes se catalogaron con inestabilidad HDN. Por otro lado, la patología torácica más frecuente fue el neumotórax seguido del empiema pleural. La intervención abdominal fue la más frecuente con un 33%, seguida de pleurostomía en un 29% de los pacientes. El 10.4% de los pacientes requirió UPC al ingreso. El promedio de estadía hospitalaria fue de 3 días con una mediana de 1 día. Tuvimos un reingreso del 8.3% y una mortalidad de un 2,08% del total de pacientes.

Conclusión: Si bien es cierto las lesiones más frecuentes fueron las abdominales complicadas y neumotórax, ambas patologías de alto riesgo, resulta interesante observar una tasa de uso de UPC relativamente baja y en especial una baja tasa de mortalidad. Por primera vez logramos objetivar las lesiones de nuestros reos en nuestro país y el manejo que estamos realizando.

TRAUMATISMO TORÁCICO POR ARMA BLANCA

Roberto González Lagos , Alejandra Ester Riquelme Urrutia, Enrique Seguel Soto, Aleck Stockins Larenas, Andrés Jadue Tobar, René Saldías Freyhoffer, Sebastián Barra Méndez, Christian Köning Petit-Laurent, Emilio Alarcón Cabrera.*

Hospital Regional de Concepción, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Equipo de Cirugía Cardiotorácica.

Introducción: Los traumatismos torácicos (TT) por arma blanca (TTAB) son un motivo de consulta frecuente en nuestro medio, siendo una causa potencialmente letal en pacientes jóvenes.

Objetivos: Describir y correlacionar las características clínicas, índices de gravedad del traumatismo (IGT) y morbimortalidad en pacientes hospitalizados por TTAB.

Material y Método: Estudio descriptivo transversal. Período enero-1981 a diciembre-2016 en Hospital Regional de Concepción. Revisión base de datos, protocolos de TT y fichas clínicas del total de TT con TTAB, previa presentación y aprobación de comité de ética de la Universidad de Concepción. Se utilizó planilla Excel®. Se describen características de los TTAB hospitalizados.

Resultados: Total 4015 pacientes hospitalizados por TT, 2247 (56,0%) hospitalizados por TTAB. Hombres: 2095 (93,2%), edad promedio 27,7±10,7 años, TTAB aislado 2000 (89,0%), asociado a lesiones extratorácicas 247 (11,0%) y de éstos 122 (5,4%) se consideraron politraumatismos. Mecanismos del traumatismo: Agresión 2210 (98,4%), autoagresión 22 (1,0%) e iatrogénico 12 (0,5%). Lesiones y hallazgos torácicos más frecuentes: Neumotórax 1444 (64,3%), hemotórax 1384 (61,6%), enfisema subcutáneo 474 (21,1%). Tratamiento definitivo: Pleurotomía 1354 (60,3%), cirugía torácica 528 (23,5%), y tratamiento médico 365 (16,2%). Indicación de cirugía: Penetrante cardíaca 190 (36,0%), hemotórax no masivo complicado 89 (16,9%), hemotórax masivo 80 (15,2%). Hospitalización promedio 6,2±6,6 días. IGT: ISS promedio 10,9, RTS-T promedio 11,6, TRISS promedio 3,4. Morbilidad: 315 (14,0%). Mortalidad: 32 (1,4%).

Conclusión: Los TTAB son frecuentes en nuestro medio a diferencia de las series internacionales. Ocurren frecuentemente en pacientes masculinos jóvenes por agresión. La mayoría requiere tratamiento invasivo, principalmente pleurotomía.

Mortalidad de paciente politraumatizado. Análisis crítico de los casos ingresados en el Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río.

Juan Pablo Ramos Perkis , Felipe Moraga Torres, Carolina Andrea Muñoz Alarcon, Huascar Rodriguez Galban, Jose Esteban Ruiz Cabrera, Lazaro Guillermo Calderon Ramirez, Alfonso Díaz Fernández.*

Hospital Dr. Sótero del Río. Cirugía.

Introducción: La mortalidad por trauma (MT), que incluye accidentes vehiculares y agresiones, constituye la tercera causa de mortalidad en las Américas y la primera entre adolescentes y adultos jóvenes. En Chile, las causas externas representaron durante 2012 la cuarta causa de mortalidad global, sólo superadas por el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y las respiratorias.

Objetivos: Describir las características demográficas de los pacientes ingresados al Servicio de Urgencia (SU) del Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río (CASR) fallecidos por causa traumática, sus variables clínicas, los mecanismos del trauma, procedimientos realizados en SU, requerimiento de drogas vasoactivas (DVA) y hemoderivados (HD), lugar de fallecimiento y diagnóstico presuntivo de muerte.

Material y Método: Estudio descriptivo prospectivo de pacientes ingresados al SU del CASR por causa traumática, durante el 1 de enero del 2017 hasta el 31 de Julio del 2017 que fallecieron durante su hospitalización. Los datos fueron extraídos del registro de trauma del CASR. Los criterios de ingreso son: 1.- Todo paciente fallecido víctima de trauma de alta energía. 2.- Todo paciente fallecido víctima de trauma penetrante o contuso. 3.- Todo paciente fallecido gran quemado. 4.- Todo paciente fallecido con Trauma encéfalo craneano (TEC). Se realiza análisis estadístico descriptivo de variables clínicas, mecanismos del trauma, procedimientos realizados en SU, requerimiento de drogas vasoactivas (DVA), hemoderivados (HD), hallazgos quirúrgicos, lugar de fallecimiento y diagnóstico presuntivo de muerte.

Resultados: En el período estudiado se registraron 1000 pacientes ingresados al SU del CASR por causa traumática. Fallecieron 35 pacientes (mortalidad 3.5%), 31 hombres (88.6%), la mediana de edad fue 43.4 años (\pm 19.3). El estado hemodinámico al ingreso fue: 13 (37.1%) en PCR, 8 (22.9%) hipotensos y 14 (40%) normo/hipertensos. Los mecanismos de trauma fueron: 21 (60%) contusos y 12 (34.3%) penetrantes por arma de fuego y 2 (5.7%) por arma blanca. En SU se realizaron 8 toracotomías de resucitación, 8 pleurostomías, 6 denudaciones venosas, 1 cricotiroidectomía y 1 cesárea de resucitación. Seis pacientes requirieron DVA y 13 aporte de HD (rango de 2-6U de glóbulos rojos). En 18 pacientes se realizó cirugía: 8 (44.4%) a cargo de Neurocirugía, 7 (38.9%) de Cirugía y 3 (16.7%) de Traumatología. Los lugares de fallecimiento fueron: 18 (51.4%) en UPC, 9 en SU (25.7%), 5 (14.3%) en pabellón y 3 (8.6%) en la Unidad de Recuperación. Los diagnósticos presuntivos de muerte fueron: 18 (51.4%) TEC grave, 12 (34.3%) shock hemorrágico, 1 (2.9%) sepsis, 1 (2.9%) falla orgánica múltiple, 1 (2.9%) taponamiento cardiaco. En 2 (5.7%) pacientes no fue posible precisar la causa de muerte.

Conclusión: El trauma es una entidad clínica frecuente en el SU. Nuestra serie presenta una mortalidad similar a la encontrada en la literatura. Los desencadenantes más frecuentes son el TEC y el Shock hemorrágico. Si bien la mayoría de los pacientes ingresaron en un estado crítico,

es necesario establecer protocolos de transfusión masiva y de manejo oportuno de este grupo de pacientes.

Registro de trauma del hospital Dr. Sótero del Río: Primeros 1000 pacientes.

Juan Pablo Ramos Perkis , Huascar Rodriguez Galban, Jose Esteban Ruiz Cabrera, Carolina Andrea Muñoz Alarcon, Pablo Achurra Tirado, Lazaro Guillermo Calderon Ramirez, Alfonso Díaz Fernández.*

Hospital Dr. Sótero del Río. Cirugía.

Introducción: El paciente víctima de trauma representan un verdadero reto para los sistemas sanitarios por ser un gran problema de salud pública. Los servicios de urgencia (SU) de hospitales de referencia en Chile no cuentan con un registro clínico ni epidemiológico de los pacientes politraumatizados, existiendo un gran vacío sobre su incidencia, costos para el sistema de salud y forma de manejo.

Objetivos: El objetivo principal de este trabajo es implementar un registro de trauma (RT) prospectivo en el Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río (CASR). Como objetivo secundario, realizar un análisis descriptivo de las características demográficas, primera atención en urgencias, manejo quirúrgico e intrahospitalario, hasta el momento del alta o fallecimiento de los pacientes ingresados al registro.

Material y Método: Estudio descriptivo prospectivo. Se implementa un RT en línea, diseñado por los autores, que comprende 51 variables, desde características demográficas, reanimación, procedimientos, manejo intraoperatorio, intrahospitalario y calculo de Injury Severity Score (ISS). Este se encuentra a cargo de una enfermera de investigación la cual realiza seguimiento de los pacientes hasta el momento de su alta o fallecimiento. Los criterios de ingreso al RT son todo paciente hospitalizado por: 1.- Trauma de alta energía. 2.- Trauma penetrante o contuso. 3.- Trauma encéfalo craneano (TEC) .- Mano gravemente lesionada o quemadura. Se realiza un análisis estadístico descriptivo de las variables mencionadas anteriormente.

Resultados: Entre el 10 de diciembre del 2016 y el 31 de Julio del 2017, se registran 1000 ingresos de pacientes víctima de trauma. Entre estos, el 79,2% son hombres. En el 60,5% el mecanismo de trauma es cerrado y en el 27,8% penetrante. De estos, 162 lesiones son por arma de fuego y 116 por arma blanca. En la primera atención, el 17,2% es categorizado con C1, el 23,7% como C2, 53,1% como C3. 17 pacientes ingresan en paro

cardiorrespiratorio (PCR) y 10,2% lo hace hipotenso. Se realizan 487 tomografía al ingreso en el SU. A 8 pacientes se le realiza toracotomía de resucitación, a una paciente cesárea de resucitación. 9 pacientes fallecen en el SU en su primera atención. Del total del registro, 54,8% requiere algún tipo de cirugía. Dentro de las lesiones presentadas, estas se distribuyen como 346 torácicas, 83 cervicales, 327 abdominales, 508 de extremidades, 246 craneo, 148 faciales, 39 quemados y 56 con trauma raquímedular o columna. Dentro del 54,8% que requirió cirugía, encontramos las siguientes lesiones, 8 heridas penetrantes cardíacas, 9 de grandes vasos, 56 pulmonares, 21 hepáticas, 20 fracturas de pelvis y 45 con trauma vascular periférico, 38 lesiones de colon, 42 de intestino delgado, entre otros. Se realizan 270 cirugías traumatológicas 133 de partes blandas y 98 neurocirugías. El 15,2% recibió al menos 1 unidad de hemoderivado (rango entre 1 - 76). El 20,4% requiere al menos una segunda cirugía. 11,3 % requiere manejo en UPC. La mortalidad de la serie es del 3,5%.

Conclusión: Nuestro Hospital tiene una alta incidencia de trauma. La implementación de un RT permite conocer la dimensión y evaluar el proceso asistencial en torno al paciente víctima de trauma que requiere hospitalización. Es preciso continuar trabajando en la consolidación, mejora y extensión de esta herramienta como estrategia de monitorización multicéntrica del proceso asistencial y análisis de resultados

Fijación Costal y Trauma: Experiencia de 6 años en Clínica Dávila

Elias Andres Veas Cortes , Belen Pedraza Jaque, Pablo Mena Sellan.*

Clínica Dávila. Cirugía .

Introducción: Diagnóstico por antecedentes, examen físico y radiología. Están presentes en el 40% de los traumatismos torácicos. Las fracturas costales son la lesión más frecuente tras un Traumatismo Torácico y se consideran un indicador importante de la severidad del mismo, ya que reflejan una gran cantidad de energía absorbida por la pared torácica.

Objetivos: Descripción de pacientes con traumatismo torácico sometidos a Fijación costal; perfil clínico, causa, Numero de Costillas involucradas, lesiones asociadas y complicaciones asociadas en casos realizados en el Servicio de Cirugía de Clínica Dávila en un periodo de 6 años.

Material y Método: Revisión retrospectiva de casos clínicos de pacientes ingresados vivos y operados para

Fijación Costal a Causa de Traumatismo Torácico en la Unidad de Cirugía de Clínica Dávila entre Enero de 2012 y Junio 2017. Se realizó análisis descriptivo del perfil clínico, causa, mecanismo del trauma y lesiones asociadas, además de Sistemas de fijación Utilizados.

Resultados: 28 pacientes fueron sometidos a fijación costal, 2 se excluyen por no tener antecedentes clínicos completos. 17 Corresponden a pacientes hombres. La edad promedio fue 55,8 años (91-26). 50% de los casos fue por accidente de tránsito, y de estos el conductor representa el 54,5 de los casos estando el 50% bajo los efectos del Alcohol. El 96,1% de los casos presento lesiones asociadas. La indicación mas frecuente de fijación fue por dolor agudo severo con un 92,3% de las veces, estando un 77% de los paciente con 3 analgésicos y de estos un 60% con opiáceos o derivados de estos. y en el 38% de los casos esta se pudo realizar dentro de las primeras 96hrs desde ocurrido el evento traumático. La lateralidad mas comprometida fue la derecha en un 53,8% de las veces. El Promedio de Costillas comprometidas fue 4,5. Se fijaron en promedio 3,3 costillas por paciente. El sistema mas utilizado para la Fijación fue Matrix Rib con un 96,1% de los casos. 73% requirió algún tipo de drenaje de la cavidad Pleural. Solo un paciente presento una complicación por el uso excesivo de analgésicos.

Conclusión: El sexo masculino es el mayor involucrado en el trauma torácico. Los accidente de tránsito y en contexto de presencia de alcohol representan el mayor número de casos, hallazgos compatibles con la literatura. Manejo del dolor sigue siendo la gran indicación de Fijación Costal con alto uso de analgésicos. Trauma de alta energía explica gran numero de casos con lesiones asociadas.

Esplenopancreatectomía distal por traumatismo cerrado grave

JORGE BRAVO LOPEZ , SEBASTIAN HOEFLER STEFFEN, CLAUDIO NAVARRETE GARCIA, DAVID BRAVO LOPEZ, EDUARDO JOSE BRAVO LOPEZ.*

Clínica Santa María. Departamento de Cirugía/Servicio de Urgencia.

Introducción: El abdomen es el mas comúnmente afectado en los politraumatismos, siendo el bazo el órgano mas lesionado (26% en trauma cerrado). La esplenectomía es una opción ante un estallido esplénico o falla de una cirugía conservadora. La lesión pancreática es infrecuente en el trauma cerrado (1-12 %), con una mortalidad del 30% y morbilidad del 45%. La cirugía es considerada a partir del grado III

Objetivos: Mostrar un caso clínico de una trauma abdominal cerrado de alta energía, con traumatismo severo espleno-pancreático y shock hipovolémico secundario y su resolución quirúrgica con esplenopancreatectomía corporo-caudal.

Material y Método: Reporte en modalidad de Poster de caso clínico de un paciente del servicio de urgencia de la Clínica Santa María, politraumatizado sometido a laparotomía exploradora.

Resultados: Paciente masculino de 27 años sin antecedentes. Ingres a urgencia de Clínica Santa María por accidente en moto de alta energía, presenta trauma contuso en región toraco-abdominal izquierda con gran dolor, sin compromiso de conciencia. Al examen físico pálido, sudoroso, taquicárdico e hipotenso y sin lesiones visibles. Se realiza TAC: hemoperitoneo, laceración esplénica severa con sangrado activo (estallido esplénico), contusión pulmonar izquierda, fracturas costales y de apófisis transversas izquierdas. Se realiza reanimación con volemicización agresiva y monitorización en urgencias y es llevado a pabellón. Laparotomía exploradora muestra hemoperitoneo de 2,5 lts, aspirado y packing de cavidad, trauma esplénico grado IV con sangrado activo, se realiza esplenectomía controlando hilio con stapler lineal vascular. Además se encuentra hematoma expansivo y disrupción severa de cuerpo y cola de páncreas, se realiza pancreatectomía corporo-caudal con stapler lineal recubierto con seamguard. Paciente evoluciona en UCI sin necesidad de DVA, ni ventilación, al 5to día ingresa a pabellón para fijación de fracturas costales. Evoluciona con fístula pancreática de bajo grado (tipo Ia) que se maneja con drenaje y que remite a la tercera semana sin secuelas.

Conclusión: El compromiso esplénico en el trauma abdominal es grave y esta asociado a mortalidad importante. Su asociación con trauma pancreático, que es infrecuente por su localización retroperitoneal, pone en evidencia la existencia de un mecanismo de muy alta energía. Se hace imperativo el conocimiento del manejo acorde a los grados de lesión y protocolos de reanimación y estabilización inicial.

Análisis del efecto del volumen de hígado resecado durante la cirugía oncológica del cáncer de vesícula biliar incidental

Juan Pablo Henríquez Rissios, Eduardo Vega Pizarro, Marcel Sanhueza Garcia, Rose Marie Mege Rivas, Cristián Díaz Méndez, Mario Caracci Lagos, Alfonso Díaz Fernández, Eduardo Viñuela Fawaz.*

Hospital Dr. Sótero del Río. Departamento Cirugía HPB.

Introducción: La realización de una cuña hepática constituye el pilar de tratamiento del cáncer vesicular mayor o igual a T1b. El volumen de hígado a resecar durante la reintervención (posterior a colecistectomía) de un cáncer de vesícula biliar incidental (CVBI) es objeto de debate. En cuanto a la directriz general se espera un espesor de volumen hepático resecado de 2cm.

Objetivos: Determinar si el volumen de hígado resecado durante la reintervención de CVBI tiene relación con la sobrevida.

Material y Método: Estudio transversal, con análisis retrospectivo. Se obtuvieron los datos de base de datos del HSR entre 1999-2016, registrando todos los pacientes intervenidos por CVBI. Se realizó análisis estadístico con χ^2 y riesgos proporcionales de Cox. Se calculó el volumen teórico de una cuña hepática como el volumen de medio cono, estimando el radio como la suma de 2cm (directriz general) + 1,5cm (radio vesicular, estimado a partir del perímetro promedio de 5,6cm+2 DE) y el largo promedio de vesícula con cáncer (10,85cm+2 DE) como altura, obteniendo estos valores del estudio de Roa et al, AJCP 2014. Se calculó la sobrevida específica para cáncer con Kaplan-Meier y se realizó análisis multivariado de factores pronósticos. Se clasificó morbilidad con Clavien. Se consideró $p < 0.05$ como significativo.

Resultados: 80 pacientes de la base de datos tenían información suficiente para calcular el volumen de la resección hepática. El volumen calculado de cuña hepática teórica fue 105 cm³ y en 27 casos (34%) el volumen real fue mayor. En el estudio univariado el volumen de la resección hepática no se asoció a diferencias en sobrevida ($p=0,83$). El volumen de la resección hepática no fue factor independiente de sobrevida al incluirlo en el análisis multivariado de factores pronósticos. En el subgrupo de pacientes pT3 (post cuña) un volumen resecado >105 cm³ se asoció a mejor sobrevida (mediana 40 versus 15 meses, $p=0,02$)

aunque no hubo diferencias por estadío. La resección >105 cm³ se asoció a mayor morbilidad postoperatoria (48% versus 12%, $p < 0,001$).

Conclusión: El volumen de resección hepática en CVBI no se asocia a diferencias pronósticas significativas en términos de sobrevida. Existe una correlación significativa entre el volumen hepático resecado y la morbilidad postoperatoria.

Lesión intraoperatoria de vía biliar tipo D de Strasberg, manejo laparoscópico y endoscópico.

JORGE BRAVO LOPEZ, LUIS MONTERO SILVA, DAVID BRAVO LOPEZ, EDUARDO JOSE BRAVO LOPEZ, LUIS FELIPE SEPULVEDA JAQUI, JUAN CONTRERAS PARRAGUEZ.*

Clínica Santa María. Departamento de Cirugía/Unidad de Cirugía digestiva..

Introducción: Las lesiones iatrogénicas de la vía biliar son producidas de manera inadvertida en un 0,2 - 0,8%, con mortalidad del 5- 10%, siendo 1,5 a 2 veces mayor con el acceso laparoscópico; esta incidencia aumenta en los casos de cirugías de urgencia. Adicionalmente las lesiones por vía laparoscópica son mas complejas y graves que requiere un abordaje multidisciplinario.

Objetivos: Mostrar un caso clínico de lesión intraoperatoria de la VB tipo D de Strasberg en el contexto de una colecistectomía laparoscópica por colecistitis aguda y la factibilidad del manejo laparoscópico y endoscópico en el mismo acto quirúrgico.

Material y Método: Reporte de caso clínico en modalidad de poster de un paciente sometido a colecistectomía laparoscópica en el servicio de urgencia de la Clínica Santa María, con lesión de la VB y resolución efectiva en el mismo acto operatorio

Resultados: Paciente de 37 años con antecedentes de VIH en tratamiento y cólicos biliares hace 2 años. Consulta en el servicio de urgencias por cuadro de 20 horas de cólico biliar intenso, sin náusea, ni vómitos ni fiebre. Al examen: SV estables, abdomen tenso-doloroso y Murphy positivo, no ictericia. Ecotomografía: vesícula biliar sobredistendida (9,5 cm), paredes engrosadas (4 mm) y con cálculo de 7 mm impactado en el bacinete, VB fina. Se realiza colecistectomía laparoscópica que muestra epiplón firmemente adherido, gran inflamación local mas gangrena vesicular, liquido perivesicular, cístico corto, bacinete firmemente adherido. Durante

dissección de Calot se evidencia salida de bilis de lecho vesicular, proveniente de un conducto lesionado. Se realiza ERCP + CIO que muestra fuga de contraste de conducto hepático derecho. se realiza papilotomía amplia e instalación de prótesis hacia lesión y colocación de un punto intracorpóreo de monocryl 5/0 con aguja pequeña, bajo tutoría de la prótesis. CIO de salida sin fuga. Se deja drenaje tipo Blake a lecho. Evolución favorable bajo profilaxis ATB, con buena tolerancia a régimen, función hepática conservada y debito de drenaje escaso y seroso por lo que se retira y se da de alta a su quinto día post operatorio.

Conclusión: Las lesiones iatrogénicas de la VB requieren de la identificación de la lesión y una categorización minuciosa de la misma para implementar un abordaje que en la mayoría de los casos requerirá ser multidisciplinaria. La ERCP juega un rol importante para el diagnóstico y reparación junto a un adecuado manejo quirúrgico que puede ser realizado por la misma vía laparoscópica, como en este caso.

Resultados perioperatorios y sobrevida del colangiocarcinoma intrahepático. Impacto de las resecciones hepáticas.

Andrés Ignacio Troncoso Trujillo , Nicolás Jarufe Cassis, Juan Francisco Guerra Castro, Eduardo Briceño Valenzuela, Jorge Martínez Castillo, José Luis Quezada González, Martín Inzunza Aguero, Sergio Pacheco Santibañez.*

Clínica Universidad Católica, Hospital Clínico PUC Cirugía Digestiva.

Introducción: El colangiocarcinoma intrahepático (CCIH) es una patología infrecuente y corresponde al segundo tumor maligno primario del hígado, representando alrededor del 10% de éstos. El tratamiento quirúrgico es hasta ahora el único que ha demostrado utilidad y potencial de curación en casos seleccionados.

Objetivos: El objetivo del presente trabajo es presentar los resultados quirúrgicos de los pacientes sometidos a hepatectomía con diagnóstico pre-operatorio de CCIH.

Material y Método: Estudio de cohorte no concurrente de pacientes con diagnóstico preoperatorio de CCIH operados en el Hospital Clínico de la Universidad Católica entre los años 2005 a 2016. Se utilizó registro especialmente diseñado de intervenciones de cirugía hepato-biliar del Centro. Se registraron datos biodemográficos, clínicos y morbimortalidad. Se realizó

estadística analítica con análisis de mortalidad y sobrevida con el programa SPSS 22.0®.

Resultados: Se estudiaron 25 pacientes, promedio de edad 62 años (41-84). Dieciséis pacientes (64%) género masculino. Quince pacientes (60%) sintomáticos al momento de la sospecha diagnóstica, siendo el dolor abdominal el síntoma más frecuente. Cuatro pacientes fueron considerados irreseccables en intraoperatorio (16%). De los 21 reseccados (84%), 9 con biopsia preoperatoria confirmatoria; en 3 de ellos (33%) se realizó neoadyuvancia por ser considerados de alto riesgo de resecciones incompletas R1-R2. Dieciséis (76,1%) con biopsia diferida compatible con colangiocarcinoma intrahepático. Los restantes 5 casos la biopsia diferida fue compatible con colangitis esclerosante (2 casos), hepatocarcinoma, linfoma y hemangioma esclerosante. En 17 pacientes (81%) se realizaron hepatectomías mayores (? 3 segmentos). Se reseccaron por laparoscopia 7 pacientes (33%), con 1 conversión. Tiempo operatorio promedio 253 ± 104 minutos. Se observó morbilidad en 7 pacientes (33%), 2 Clavien-Dindo ? a III. Estadía hospitalaria promedio de 10 ± 8 días. No hubo mortalidad. Con un seguimiento promedio de 13 meses (2-29), 12 pacientes fallecidos. Sobrevida global en pacientes reseccados con biopsia compatible con colangiocarcinoma intrahepático de 13 meses.

Conclusión: El CCIH es un tumor en general de mal pronóstico que frecuentemente requiere resecciones hepáticas mayores. Los resultados obtenidos en esta serie son comparables a la literatura nacional e internacional en cuanto a morbimortalidad y sobrevida.

PLASTIA DE LA VÍA BILIAR CON LIGAMENTO REDONDO: REPORTE DE CASO

Juan Alvarado Irigoyen , hernán andrés herrera cortes , Andrés Ignacio Troncoso Trujillo, Héctor Losada Morales, Jorge Silva Abarca, Luis Acencio Barrientos, Oriel Arias Rovira.*

Hospital Hospital de Temuco, UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

Introducción: Las lesiones de vía biliar poseen múltiples etiologías. Para su reparación existen diversas técnicas quirúrgicas ajustadas a la situación clínica de cada paciente. En algunas lesiones de vía biliar principal se ha planteado la reparación con colgajo de ligamento redondo como alternativa a una eventual derivación biliodigestiva. Sin embargo, la evidencia respecto a su uso generalizado es limitado.

Objetivos: Describir el caso de un paciente operado de colecistitis aguda con lesión de vía biliar reparada con parche de ligamento redondo.

Material y Método: Paciente masculino de 68 años, con cuadro de 4 días de evolución de dolor abdominal en hipocondrio derecho y fiebre. Ecotomografía abdominal informó vesícula sobredistendida con engrosamiento difuso. Hepatocolédoco de 17 mm con algunos ecos y finos tabiques en su interior. Paciente evolucionó febril, Murphy positivo, patrón colestásico, marcadores inflamatorios elevados.

Resultados: Se realizó laparotomía exploradora: identificándose colección subfrénica derecha, plastrón vesicular con vesícula necrótica y colédoco de 12 mm, necrótico a nivel de la carina se encuentra necrosis de la cara anterior del colédoco. Se realizó colecistectomía abierta, coledocotomía no evidenció litiasis solo detritus vía biliar. Se completó cirugía con coledocorrafia sobre sonda Kher 14; se reparó defecto de colédoco con parche de ligamento redondo a los bordes de la lesión. Paciente evolucionó favorablemente sin complicaciones postoperatorias. Alta al décimo día postoperatorio. Control anual con colangiografía informó sin dilatación significativa de la vía biliar intrahepática, vía biliar extrahepática con calibre proximal conservado y leve dilatación de 6mm.

Conclusión: Existen pocos reportes de casos en la literatura sobre el uso de esta técnica para la reparación de vía biliar principal, la cual impresiona ser una técnica segura y factible de realizar en un grupo seleccionado de pacientes.

Resultados peri operatorios de la resección hepática mayor en la Fundación Arturo López Pérez (FALP): Análisis prospectivo.

Nicolas Andrés Devaud Jaureguiberry , Jorge Gajardo Jofre, Pedro Sornoza Viteri, SEBASTIAN HOEFLER STEFFEN, Roberto Charles Carrasco, Jean Michel Butte Barrios.*

Fundacion Arturo Lopez Perez. Cirugia Digestiva Oncologica.

Introducción: La resección hepática mayor es un procedimiento quirúrgico complejo, utilizado principalmente en el tratamiento curativo de tumores hepáticos primarios y secundarios. Su morbilidad y mortalidad están asociados al sangrado intra operatorio y el volumen y funcionalidad del hígado remanente.

Objetivos: Realizar una evaluación de los resultados quirúrgicos de la resección hepática mayor en la Fundación Arturo López Pérez a partir de Agosto 2013.

Material y Método: Evaluación descriptiva a partir de una base de datos prospectiva de todos los pacientes operados desde Agosto 2013 en los que se realizó resecciones hepáticas mayores según criterio de Brisbane (igual o mayor a 4 segmentos). Los resultados peri operatorios fueron evaluados a 90 días incluyendo tiempo operatorio, sangrado, días de hospitalización, morbilidad y mortalidad según Clavien-Dindo. Los resultados fueron analizados utilizando STATA 14.

Resultados: Desde Agosto 2013 se han realizado 208 resecciones hepáticas. El 24% (n=50) corresponde a resecciones mayores (mayor o igual a 4 segmentos), de los cuales el 15% correspondió a una resección extendida. La mediana de edad de estos pacientes fue de 60 años(16-80), el 60% (n= 30) sexo masculino. Las indicaciones de resección fueron Metástasis Colorectal (28/50), HCC (7/50), Cáncer Vesicular (3/50), tumor neuroendocrino (2/50) y otros (6/50). La mediana del tiempo operatorio fue 250min(100-460), con una mediana de sangrado de 500ml(100-1800). La estadía hospitalaria fue de 8 días (4-49). La morbilidad general fue del 26% (n=13), con sólo 14%(n=7) con morbilidad Clavien >3. En 4/50 (8%) pacientes se observó fístula biliar y en 3/50 (6%) insuficiencia hepática post operatoria. La mortalidad a 90 días fue del 4% (n=2), correspondiente a 2 pacientes con HCC > 10cm.

Conclusión: La resección hepática mayor es un procedimiento seguro en nuestra institución, con estándares y resultados peri operatorios adecuados y comparables a centros de alto volumen.

COMPLICACIÓN DE SONDA KEHR: ABSCESO HEPÁTICO RECURRENTE SECUNDARIO A CUERPO EXTRAÑO EN LA VÍA BILIAR. REPORTE DE CASO

Juan Alvarado Irigoyen , hernan andres herrera cortes , Andres Ignacio Troncoso Trujillo, Héctor Losada Morales, Jorge Silva Abarca, Luis Acencio Barrientos, Oriel Arias Rovira.*

Hospital Hospital de Temuco, UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

Introducción: Las complicaciones por instalación de sonda Kehr son poco frecuentes, entre ellas se describen la fístula biliar externa, bilioma y la peritonitis biliar. Los abscesos hepáticos secundarios a un cuerpo extraño intrabiliar, por su parte, son muy raros.

Objetivos: Describir el caso de un paciente con abscesos hepáticos recurrentes secundarios a un fragmento de sonda T en la vía biliar.

Material y Método: Paciente femenino de 79 años. Antecedentes de colecistectomía el año 2000, coledocostomía el 2007 por coledocolitiasis y drenaje biliar endoscópico de coledocolitiasis residual. En el año 2016, cursó con cuadro compatible con absceso hepático. Resonancia magnética que impresionó enfermedad de Caroli de segmentos II, III y IV con múltiples abscesos y engrosamiento de vía biliar.

Resultados: Paciente ingresó a cirugía para hepatectomía izquierda. Durante laparotomía, por engrosamiento de vía biliar y sospecha de colangiocarcinoma intrahepático, se exploró vía biliar, identificando cuerpo extraño compatible con fragmento antiguo de sonda T. Se extrae cuerpo extraño y se instaló coledocostomía. Evolucionó sin complicaciones. Alta al 5 día postoperatorio. Biopsia informó: Litiasis intrahepática y hepatitis crónica, compatible con cirrosis biliar secundaria. Hepatitis aguda y crónica con exudado leucocitario supurado y elementos bacterianos de tipo actinomicótico. Paciente bien, asintomática. Se retira sonda Kehr a las 6 semanas sin incidentes.

Conclusión: Los abscesos hepáticos secundarios a cuerpo extraños son raros, más aún por un fragmento de sonda Kehr. No se lograron encontrar casos similares en la literatura disponible.

Colecistectomía laparoscópica precoz en pancreatitis aguda biliar leve: ensayo clínico aleatorizado. Resultados preliminares

Francisco Riquelme Marín, Marco Salazar Campos, Waldo Martínez Muñoz, Boris Marinkovic Gómez, Felipe Catan Gouhaneh, Sebastian Uribe-Echevarría Aránguiz, Felipe Puelma Calvo, Cristian Astudillo Díaz, Gabriel Díaz Flores, Andrea Canals Cifuentes, Mario Uribe Maturana.*

Hospital del Salvador, Departamento Cirugía Oriente, Universidad de Chile Servicio de Cirugía, Equipo de Cirugía Hepatobiliopancreatic.

Introducción: El manejo actual de la pancreatitis aguda biliar leve (PABL) establece la realización de la colecistectomía laparoscópica durante la misma hospitalización. Sin embargo, aún es controvertido el momento preciso de su realización, existiendo dos estrategias: cirugía diferida (remisión de los síntomas,

tolerancia oral y/o normalización de pruebas pancreáticas) y cirugía precoz (primeras 48-72 horas).

Objetivos: Demostrar que en pacientes con PABL es seguro realizar una colecistectomía laparoscópica precoz (CL-P), disminuyendo la estadía hospitalaria. Presentamos nuestros resultados preliminares con los primeros 40 pacientes reclutados.

Material y Método: Estudio prospectivo, aleatorizado. Reclutamiento: enero 2015 a junio 2017. Criterios inclusión: 18-70 años, PABL según criterios de Atlanta-2012, colelitiasis en ecografía abdominal y TAC abdominal sin complicación local. Exclusión: colangitis aguda, by-pass gástrico, cirugía abierta supraumbilical, consumo agudo de alcohol, enfermedad hepática/pancreática crónica, comorbilidad que contraindicara cirugía de urgencia, condición mental que inhabilitara consentimiento. Ramas: CL-P (hasta 72 horas desde ingreso) o CL diferida (CL-D). Objetivo primario; estadía hospitalaria. Objetivo secundario; complicaciones a 30 días, CPRE por coledocolitiasis, conversión y re admisión. Tamaño muestra; por STATA para comparación de 2 medias de estadía, nivel de confianza 95%, potencia 80%: 96 pacientes.

Resultados: Fueron evaluados 107 pacientes. 42 pacientes cumplieron criterios de elegibilidad y 40 fueron aleatorizados 40 (1 rechazo y 1 sin disponibilidad de CPRE llamada). 22 fueron asignados a una CL-P y 18 a una CL-D. No hubo diferencias significativas entre ambos grupos en las variables demográficas, comorbilidades, laboratorio preoperatorio y diámetro de la vía biliar. Todos los pacientes reclutados recibieron el manejo según protocolo, realizándose la CL-P a las 37 horas promedio desde el ingreso y a las 153 horas en el grupo CL-D. La estadía hospitalaria fue menor en el grupo CL-P ($2,5 \pm 1,1$ días, rango 1– 5) que en el grupo CL-D ($7,5 \pm 2,3$ días, rango 5– 15) ($P < 0,001$). A siete pacientes del grupo CL-P (7/22, 31,8%) se les realizó un procedimiento Laparo-endoscópico (Rendez-Vous) por coledocolitiasis detectada en la colangiografía intraoperatoria, comparado con 3 del grupo CL-D (3/18, 16,7%) ($p=0,233$). El grupo CL-P no presentó complicaciones intra hospitalarias comparado con dos casos de complicaciones Clavien-Dindo II ocurridas en el grupo CL-D (una retención aguda de orina en paciente de 67 años y un rash alérgico severo a ketoprofeno en una mujer de 65 años). Un paciente del grupo CL-P fue re-hospitalizado a los 4 días del alta por un cuadro diarreico resuelto a los 2 días. No hubo conversión a cirugía abierta en ningún grupo.

Conclusión: En pacientes con PABL la realización de una CL-P reduce la estadía hospitalaria sin un impacto

en las complicaciones perioperatorias. El grupo sometido a una CL-P presentó una mayor tasa de coledocolitiasis al momento de la cirugía y necesidad de CPRE (31,8% versus 16,7%), sin una significancia estadística.

Uso de cisticostomía y ERCP como manejo de coledocolitiasis incidental post colecistectomía laparoscópica

Pablo Andrés Saldías Echeverría , Héctor Cid Botteselle, Carlos García Carrasco, Carlos Benavides Castillo, Carlos Esperguel Galaz, Patricia Rebolledo Caro, Patricio Rubilar Ottone, Jose Vallejos Hernández, Alejandro Cancino viveros.*

Hospital Clínico San Borja-Arriarán, Universidad de Chile Servicio de Cirugía/Cirugía digestiva alta.

Introducción: Dentro del manejo de la coledocolitiasis intraoperatoria se incluye la conversión a cirugía abierta, ERCP intraoperatoria o postoperatoria. Para este último caso, proponemos el uso de la cisticostomía, consistente en un catéter transcístico, cuyo extremo distal queda en duodeno funcionando como drenaje biliar interno. Así, permite facilitar la papilotomía, tomando como referencia el mismo catéter.

Objetivos: Conocer los resultados de eficacia y complicaciones mediante este modo de abordaje terapéutico en nuestro centro.

Material y Método: Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron pacientes tratados con cisticostomía más ERCP como manejo de la coledocolitiasis diagnosticada en el intraoperatorio post colecistectomía laparoscópica electiva en un hospital público-docente entre los años 2015 y 2017. Se utilizó estadística descriptiva: porcentajes y medidas de frecuencia para describir los resultados.

Resultados: La serie son 26 pacientes, promedio de edad 51 años, 81% mujeres. El intervalo entre la cirugía y ERCP fue de 7 días promedio, sin morbilidad informada. Sobre la ERCP, se describe la guía transcística visualizada en duodeno en 24 pacientes (92%), se utilizó papilotomía y extracción con dormia en todos los casos y en 1 paciente se requirió balón de oclusión, todos sin incidentes, el wirsung no se canuló en 24 pacientes (92%), en ninguno se contrastó. Sólo 1 caso resultó frustrado requiriendo nueva ERCP a los 5 días que resultó exitosa, caso correspondiente a 1 de los 2 pacientes donde no se visualizó la guía transcística en duodeno. La morbilidad asociada fue del 12% (3 pacientes), hubo 1 paciente con fiebre que se manejó de forma conservadora con antibióticos intravenosos y no requirió

revisión endoscópica. Otro paciente sólo presentó elevación transitoria de transaminasas y otro evolucionó con dolor abdominal difuso y vómitos alimentarios autolimitados. El alta hospitalaria post ERCP fue en promedio a los 2 días. La media de seguimiento fueron 1,5 meses, se retiró la sonda a los 22 días promedio, sin morbilidad asociada. No hubo mortalidad reportada.

Conclusión: El uso de cisticostomía y ERCP diferida en el manejo de la coledocolitiasis incidental durante la colecistectomía laparoscópica es un procedimiento seguro, con un éxito terapéutico alto, y bajas complicaciones. Por lo anterior, recomendamos esta alternativa de manejo para estos escenarios clínicos.

Calidad de Vida en Cáncer de Vesícula Biliar, comparación según subgrupos. Resultados preliminares.

German Lobos González , NICOLE CUNEO BARBOSA, Gabriel Sandoval Silva, Tomás González Arestizábal, Manuel Figueroa Giralt, Hanns Lembach Jahnsen, Alexandre Saure Maritano, Jaime Andrés Castillo Koch, Juan Carlos Díaz Jeraldo , Julio Yarmuch Gutierrez.*

Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Departamento de Cirugía..

Introducción: Chile es uno de los países con mayor incidencia de cáncer de vesícula biliar (CVB). Existen escasos estudios en nuestro país, que evalúan la calidad de vida (CV) en pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico por CVB.

Objetivos: El objetivo primario es evaluar la CV en pacientes sometidos a resección quirúrgica por CVB con intención curativa. El objetivo secundario busca evaluar, si existen diferencias en la CV según estadio oncológico y el impacto de la terapia adyuvante en la CV.

Material y Método: Estudio observacional descriptivo. Se realizó la encuesta EORT QLQ-BIL21 validada al español chileno de forma telefónica. Esta encuesta evalúa 6 ítems: alimentación, ictericia, fatiga, dolor, ansiedad y factores individuales. La puntuación es de 0 a 100 puntos, considerándose a mayor puntaje mejor calidad de vida. El estadio tumoral se utilizó según la definición de AJCC 2010. Los criterios de inclusión fueron pacientes con cáncer vesícula biliar sometidos a cirugía con intención curativa entre 2004 y 2016. Se consideraron como criterios de exclusión aquellos que rechazaron el consentimiento informado y pacientes sometidos a procedimientos paliativos. El programa estadístico utilizado fue STATA® V.14.

Resultados: De un total de 80 pacientes, respondieron la encuesta 23 pacientes. La media de edad fue de 64,0 años. Dieciocho pacientes fueron mujeres (78,3%). El tipo histológico más frecuente fue adenocarcinoma en 22 pacientes (95,7%). Ocho pacientes fueron estadio I (34,8%). Dos pacientes necesitaron colecistectomía extendida con resección de vía biliar (8,7%). Ocho pacientes recibieron adyuvancia (34,8%). La funcionalidad global estimada por EORT QLQ-BIL21 fue de una mediana de 83,3 (p25 de 66,7 – p75 de 91,7). No se encontraron diferencias significativas según estadio oncológico ($p = 0,76$). No existen diferencias estadísticas según la utilización de quimioterapia postoperatoria ($p = 0,19$). La supervivencia promedio fue de 66,3 meses.

Conclusión: La calidad de vida a largo plazo es buena, no existiendo diferencias en la calidad de vida de los pacientes sometidos a resección quirúrgica por CVB entre estadio y necesidad de adyuvancia. Sin embargo, se hace indispensable, aumentar el seguimiento y definir el periodo de realización de la encuesta.

Caso clínico: Hepatocarcinoma Fibrolamelar gigante en mujer joven

Juan Pablo Lasnibat Roldan , Marcelino Suazo R., Samuel Andrés Zúñiga Rivillo, Constanza Ocampo L.*

Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Departamento de Cirugía.

Introducción: El hepatocarcinoma (HCC) en su variante fibrolamelar es un entidad poco frecuente en la población de menos del 1% de todos los HCC. Se presenta como una masa tumoral hepática única, generalmente en gente joven y adulta, sin distinción de sexo, no asociada a cirrosis y rodeada de una cápsula fibrosa.

Objetivos: A continuación presentamos un caso clínico de un paciente de 16 años con diagnóstico de HCC variedad fibrolamelar no diseminado con resolución quirúrgica.

Material y Método: Caso Clínico: Paciente sexo femenino de 17 años de edad, sin antecedentes, que consulta por un cuadro de dolor en el hipocondrio derecho, de aparición insidiosa, tipo fluctuante, de intensidad EVA 10/10, asociado a náuseas y vómitos biliosos, sin coluria, ictericia ni cambios en tránsito intestinal. Al examen físico destaca Rha +, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda de hipocondrio derecho. Se palpa hígado 2 dedos bajo el reborde costal, doloroso a la palpación. Blumberg

negativo. Se le realiza RNM que evidenció masa sólida de 11x9x11 cm que reemplaza el segmento VIII, hipointensa en T2, con realce en fase arterial (compatible con hepatocarcinoma fibrolamelar), desplazando vena hepática derecha hacia posterior y hepática media hacia medial.

Resultados: Se hospitaliza para manejo quirúrgico de lesión hepática mediante trisegmentectomía hepática derecha. Evoluciona en buenas condiciones generales, por lo que se decide dar de alta a los 3 días post-cirugía. El hepatocarcinoma fibrolamelar (HFL) es una entidad rara constituyendo entre el 1% y el 9% de los tumores primarios del hígado. El primer caso descrito fue en 1956 por Edmonson, con una prevalencia de 0.02 casos por 100.000 habitantes en EE.UU. Suele presentarse en adultos jóvenes entre 20 y 40 años, sin preferencia según sexo y sin antecedentes cirróticos. Suelen ser tumores malignos únicos y grandes al momento del diagnóstico, siendo el síntoma principal el dolor abdominal inespecífico. El diagnóstico se realiza con TC o RNM que muestra características típicas del HFL con una masa sólida grande de bordes bien definidos, habitualmente lobulado, con realce heterogéneo en la fase arterial y con cicatriz central calcificada (68%) hipointensa en T2. Este hallazgo es típico del HFL cuyos diagnósticos diferenciales de otras lesiones hepáticas focales en este grupo de edad son la hiperplasia nodular focal y adenoma. Ambas lesiones muestran realce hipervascular en la fase arterial, sin embargo, es homogéneo. El adenoma raramente se calcifica y puede contener grasa focal (no descrito para HFL). Además, la cicatriz central de la hiperplasia nodular focal es más pequeña y rara vez se calcifica, siendo hiperintensa en T2.

Conclusión: Respecto al tratamiento, el HFL tiene poca respuesta a la quimioterapia, siendo la mejor opción la alternativa quirúrgica. Tras la resección completa de la lesión, se ha visto una supervivencia de 58-82% a 5 años, aunque también se ha reportado una tasa de recaída elevada del 33 al 100% variando según las series de casos, que hacen necesario investigar nuevas estrategias de tratamiento.

Reporte de Caso: Transposición de arteria esplénica para reparación de pseudoaneurisma micótico de arteria hepática posterior a Trasplante Hepático

Eduardo Fernando Pimentel González , Eduardo Briceño Valenzuela, José Francisco Vargas Serrano, Jorge Martínez Castillo, Nicolás Jarufe Cassis, Rolando Rebolledo Acevedo, Juan Francisco Guerra Castro.*

Clínica Universidad Católica.

Introducción: El pseudoaneurisma micótico de la arteria hepática (PAMH) es una complicación rara y grave del trasplante hepático (THO). Suele ser oligosintomático hasta presentarse como una ruptura de este con riesgo vital. Se presenta el caso de un PAMH, que tras intento frustrado de manejo endovascular se realiza resección y revascularización hepática a través de la transposición de la arteria esplénica (AE).

Objetivos: Reportar el caso de un PAMH como complicación de THO, con falla de manejo endovascular, que requirió manejo quirúrgico usando una técnica novedosa para la revascularización hepática logrando finalmente el rescate del injerto.

Material y Método: Reporte de caso y revisión de literatura. Se reporta caso clínico de paciente trasplantado que desarrolló un PAMH diagnosticado y tratado en nuestro centro. Se realiza una revisión de la literatura en torno a esta complicación del trasplante hepático y su tratamiento.

Resultados: Paciente de 35 años con antecedente de anemia hemolítica autoinmune y cirrosis biliar primaria con prurito intratable, que fue sometida a THO cuatro meses previos a este cuadro. Posteriormente en inmunosupresión bien tolerada, pero con diabetes esteroideal insulino requirente. Por sospecha de rechazo agudo debido a alteración de pruebas hepáticas se hospitaliza para biopsia hepática, que no evidencia signos de rechazo, sino que áreas de necrosis centrolobulillar sugerentes de isquemia. Se realiza una resonancia magnética de abdomen que evidencia un pseudoaneurisma de la arteria hepática de 5 cm de diámetro que se confirma con AngioTAC. Se intenta resolución endovascular que resulta frustra. Se decide laparotomía exploratoria en la que se abre y reseca el pseudoaneurisma evidenciando coágulos sin mal olor que se envían a cultivo. Se realiza revascularización hepática exitosa a través de la transposición de la AE (mediante un túnel retrogástrico suprapancreático) la que se anastomosa a la arteria hepática distal a nivel del hilio hepático. El cultivo del pseudoaneurisma y de los coágulos son positivo para candida tropicalis, confirmando la sospecha preoperatoria de pseudoaneurisma micótico, por lo que se inician antifúngicos precozmente. Evoluciona favorablemente, con ecografía doppler y AngioTAC que demuestran anastomosis permeable y normalización progresiva de pruebas hepáticas. Su evolución posterior fue también satisfactoria.

Conclusión: El PAMH es una complicación rara y grave del trasplante hepático que puede determinar un retrasplante. La aproximación endovascular es la opción terapéutica de elección, relegando el manejo quirúrgico a casos refractarios. La resección y revascularización hepática mediante transposición de la AE es una alternativa técnica de reconstrucción que debe ser considerada para rescate de injerto hepático.

Hepatectomía derecha extendida por vía tradicional por Sarcoma Hepático Indiferenciado, presentación de un caso.

Blas Aguilera Ibarra , Eduardo Figueroa Rivera, Rodrigo Torres-Quevedo Quevedo, JAVIERA FERNANDA DIAZ ESPINOSA, Juan Marcos Grajeda Balderrama, Fabrizio Moisan Paravic, Valentina Duran Espinoza.*

Hospital Regional de Concepción, Universidad de Concepción Servicio de Cirugía/Departamento Cirugía Hepatobiliopancreat.

Introducción: El sarcoma hepático representa el 2% de los tumores hepáticos malignos, es habitualmente de mal pronóstico. El tratamiento quirúrgico es el único tratamiento curativo demostrado.

Objetivos: Mostrar la técnica quirúrgica paso a paso de la hepatectomía derecha extendida en paciente con diagnóstico de Sarcoma hepático.

Descripción y contenido del vídeo: Paciente femenina de 16 años, que consulta por masa palpable en hipocondrio derecho. TAC y RNM evidencia formación solido-quística de 24 cm en LHD. Se accede por incisión subcostal bilateral. Liberación de elementos de fijación. Sección de vena porta derecha, arterias hepática derecha y de segmento IV. Transección hepática con maniobra de Pringle intermitentemente, la pieza operatoria evidencia un tumor de 20x15x10 cm con margen R0, biopsia compatible con sarcoma indiferenciado. Paciente evoluciona favorablemente y sin complicaciones por lo que es dada de alta al 5 día post operatorio. Realiza Quimioterapia Postoperatoria con doxorubicina e Ifosfamida por 6 ciclos y se encuentra libre de enfermedad a los 39 meses de seguimiento.

ES EL PRECORTE UN FACTOR DE RIESGO PARA PANCREATITIS POSTERCP? COHORTE RETROSPECTIVA

*francisco venturelli muñoz** , *Elías Ricardo Arroyo Alarcón, Pablo Sebastián González Bobadilla, Daniel Eduardo Acevedo Pereira.*

Hospital Base de Osorno. cirugía.

Introducción: La pancreatitis es la complicación mas frecuente de la ERCP, para poder prevenirla es ideal conocer los factores de riesgo modificables.

Objetivos: Objetivo: principal: Determinar los factores de riesgo para pancreatitis pos colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (ERCP) en pacientes intervenidos entre los años 2014 y 2017 en el hospital base Osorno (HBO). secundario: determinar si el precorte es un factor de riesgo para pancreatitis aguda post ERCP

Material y Método: Cohorte retrospectivo. Se recolectó las variables de interés de todos los pacientes que se les realizó una ERCP entre los años 2014-2017 en el HBO, independiente del diagnóstico preoperatorio, del registro prospectivo de pacientes diseñado para esta cirugía. No se excluyeron pacientes. Las variables de interés fueron: edad, sexo, canulación del wirsung, contraste del wirsung, papilotomía previa, precorte, procedimiento y pancreatitis postERCP. Análisis estadístico : se realizó un análisis bivariado y luego multivariado con las variables con significancia estadística para los cual se utilizó el test de chi cuadrado y regresión logística. Medida de riesgo OR intervalo de confianza 95%

Resultados: Total 271 pacientes, edad media de 58,19 años (+- 21,1), 86 fueron hombres (31,73%) y 185 mujeres (68,27%). 11 presentaron pancreatitis (4,06%). A 50 pacientes se les realizó precorte. De los factores de riesgo evaluados, solo el número de intentos de canulación >3 presenta un OR=3,93 (IC 95% 1,09 – 14,16) con un p=0,025.

Conclusión: El número de intentos de canulación >3 es un factor de riesgo para pancreatitis PostERCP. El precorte no es un factor de riesgo para pancreatitis PostERCP

Ampulectomía quirúrgica

*Mario Uribe Maturana** , *Jose Luis Quezada Gonzalez, Felipe Catan Gouhaneh, Francisco Riquelme Marín, Sebastian Uribe-Echevarría Aránguiz, Waldo Martinez Muñoz, Marco Salazar Campos.*

Hospital del Salvador, Departamento Cirugía Oriente, Universidad de Chile Servicio de Cirugía, Equipo de Cirugía Hepatobiliopancreatic.

Introducción: El tratamiento de los tumores benignos de la Ampolla de Vater, incluye desde la resección endoscópica hasta la pancreatoduodenectomía, dependiendo de su tamaño. Esta última está asociada a elevada morbilidad y una mortalidad no despreciable. Una técnica poco difundida para el tratamiento de dichos tumores, es la resección quirúrgica.

Objetivos: Presentar y difundir la técnica de la ampulectomía quirúrgica, señalando sus detalles técnicos más relevantes.

Descripción y contenido del vídeo: Se presenta un caso de un paciente portador de adenoma de ampolla de Vater que, debido a su gran tamaño, tenía contraindicación de resección endoscópica. El video muestra la duodenotomía, infiltración con solución de adrenalina en la base de la lesión, resección tumoral y de la porción distal del colédoco y Winsung y el posterior reimplante de ambos conductos al duodeno. Dado lo poco frecuente de la utilización de esta técnica, el adecuado conocimiento de sus pasos críticos es fundamental para una cirugía exitosa.

Factores asociados a la sobrevida de los pacientes trasplantados hepáticos por carcinoma hepatocelular

*Sergio Esteban Pacheco Santibañez** , *Javier Rodríguez Gutiérrez, Eduardo Briceño Valenzuela, Jorge Martínez Castillo, Juan Francisco Guerra Castro, Nicolas Jarufe Cassis.*

Clínica Universidad Católica. Departamento de Cirugía Digestiva.

Introducción: El trasplante hepático (TH) es la única opción terapéutica que permite tratar el carcinoma hepatocelular (CHC) y la cirrosis hepática al mismo tiempo. En nuestro país no existen publicaciones recientes sobre esta patología, ni información de cómo ha variado la sobrevida de los pacientes sometidos a TH por CHC.

Objetivos: El objetivo del presente estudio es determinar la sobrevida global de los pacientes sometidos a TH por CHC y analizar los factores asociados a ésta en nuestro centro.

Material y Método: Estudio de cohorte no concurrente. Se analizaron la totalidad de pacientes sometidos a TH por CHC en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile entre los años 2000 y 2015. Se incluyeron tanto los pacientes con diagnóstico preoperatorio de CHC como aquellos en que se realizó el

TH por otra hepatopatía, pero que en la biopsia del explante se diagnosticó el CHC. Estadística analítica mediante programa SPSS 22.0. Análisis univariable de los factores asociados a la sobrevida mediante Kaplan Meier y test de Log-rank. Análisis multivariable mediante regresión de Cox. Se consideró significativo un valor de p menor a 0,05.

Resultados: Se estudiaron 50 pacientes. El promedio de edad fue de $60,8 \pm 6,1$ años; 38 pacientes (76%) fueron de sexo masculino. La mediana del puntaje MELD al momento del TH fue de 12 (9-15). Fallecieron dos pacientes (4%) en el período postoperatorio. En la biopsia del explante, 44 pacientes (88%) cumplieron los criterios de Milán. La sobrevida de los pacientes al año y a los cinco años fue de 93,9% y 76,5% respectivamente. En el análisis multivariable los factores asociados a una mayor sobrevida fueron el cumplimiento de los criterios de Milán (Hazard ratio 0,104 IC95% 0,017-0,637; $p=0,01$) y la ausencia de invasión vascular (Hazard ratio 0,050 IC95% 0,008-0,306; $p<0,01$) en la biopsia del explante.

Conclusión: La sobrevida de los pacientes sometidos a TH por CHC en nuestro centro es similar a lo reportado en la literatura internacional y se encuentra determinada por el cumplimiento de los criterios de Milán y la ausencia de invasión vascular en la biopsia de explante.

Exactitud del índice de Balance de Riesgos (BAR) en la predicción de la sobrevida después del trasplante hepático

Sergio Pacheco Santibañez , Jean Phillippe Bachler González, Nicolas Jarufe Cassis, Eduardo Briceño Valenzuela, Juan Francisco Guerra Castro, Jorge Martinez Castillo.*

Clínica Universidad Católica. Departamento de Cirugía Digestiva.

Introducción: Recientemente un estudio multicéntrico validado en los Estados Unidos y Europa presentó un puntaje que combina seis variables independientes del donante y receptor, el índice de Balance de Riesgos (BAR).

Objetivos: El objetivo de este estudio es evaluar la exactitud del índice BAR para predecir la sobrevida después del trasplante hepático (TH) y determinar los factores asociados con la supervivencia en el corto y largo plazo.

Material y Método: Estudio de cohorte no concurrente de pacientes sometidos a TH entre los años 2003 y 2015 en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica. Se incluyeron los pacientes adultos (≥ 18 años) sometidos a TH por hepatopatía aguda o crónica mediante donantes en muerte encefálica. Los criterios de exclusión fueron TH parciales, combinados y registros incompletos. Estadística analítica mediante programa SPSS 22.0. El índice BAR se analizó a través de curvas de características de receptor-operador (ROC), calculando las áreas bajo la curva (AUC) para determinar su capacidad diagnóstica en la predicción de la sobrevida del receptor a 3 meses, 1 y 5 años. Se calculó el índice de Youden para determinar el mejor punto de corte.

Resultados: El estudio incluyó 202 trasplante hepáticos en 194 pacientes; 112 (55,4%) eran varones; la edad promedio fue de 52 ± 14 años. Las AUC del índice BAR en la predicción de la sobrevida a 3 meses, 1 y 5 años fueron de 0,755 (IC95% 0,689-0,812), 0,702 (IC95% 0,634-0,764) y 0,610 (IC95% 0,539-0,678) respectivamente. El mejor punto de corte fue un índice BAR de 15 puntos. En el análisis multivariable, el índice BAR < 15 puntos se asoció con una mayor sobrevida a los 3 meses, 1 y 5 años.

Conclusión: El índice BAR < 15 puntos es un factor independiente asociado con mayor sobrevida en el corto y largo plazo. El índice BAR tiene una adecuada capacidad diagnóstica en la predicción de la sobrevida a 3 meses y 1 año.

Reporte de Caso: Hepatectomía no anatómica para el tratamiento de absceso hepático asociado a trombosis de la vena suprahepática media.

Eduardo Fernando Pimentel González , Rolando Rebolledo Acevedo, Nicolás Besser Pimentel, Nicolas Jarufe Cassis, Eduardo Briceño Valenzuela, Juan Francisco Guerra Castro, Jorge Martinez Castillo.*

Clínica Universidad Católica. Departamento de Cirugía Digestiva.

Introducción: El absceso hepático (AH) es una patología poco frecuente pero potencialmente letal. Su tratamiento ha cambiado con el tiempo, siendo actualmente basado en el uso de tratamiento antibiótico y drenaje percutáneo. Reportamos el caso de una paciente con un gran AH asociado a trombosis de la vena

suprahepática media, que requirió una hepatectomía no anatómica como tratamiento definitivo.

Objetivos: Reportar el caso de una paciente con diagnóstico de AH con fracaso de tratamiento mínimamente invasivo, que requirió tratamiento quirúrgico radical mediante una hepatectomía para su resolución definitiva.

Material y Método: Reporte de caso y revisión de literatura. Se reporta caso clínico poco frecuente de una paciente con un gran absceso hepático asociado a trombosis de una vena hepática. Se realiza una revisión de la literatura en torno al tratamiento del absceso hepático asociado a estas características.

Resultados: Paciente de 64 años, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 no insulino requirente, ingresa por sepsis severa de foco abdominal. Se realiza TAC de abdomen y pelvis evidenciando un AH de 15 x 9 cm, trombosis de vena suprahepática media y vesícula escleroatrófica. Se realiza drenaje percutáneo bajo imágenes sin éxito. Debido a esto, se realiza posteriormente laparoscopia exploradora, donde se destecha, debrida y drena absceso de segmentos III, IV, V y VI instalando drenajes tubulares al lecho. Por evolución estacionaria y persistencia de compromiso infeccioso del parénquima hepático de los segmentos descritos, se somete a laparotomía exploratoria realizando hepatectomía no anatómica y colecistectomía abierta, con evolución posterior satisfactoria y resolución del cuadro séptico.

Conclusión: El manejo médico y mínimamente invasivo, percutáneo o laparoscópico, es el tratamiento de elección para los abscesos hepáticos, pero, para los casos en que hay importante compromiso infeccioso del parénquima hepático, está indicada la resolución quirúrgica radical mediante una hepatectomía (anatómica o no) como tratamiento definitivo.

Resección hepática extendida con vena cava inferior por colangiocarcinoma intrahepático. Presentación de 2 casos

Felipe Castillo Henríquez, Guillermo Rencoret Palma, Marcelo Vivanco Lacalle.*

Clínica Alemana. Cirugía.

Introducción: El colangiocarcinoma intrahepático (CIH) es infrecuente, corresponde al segundo tumor maligno primario de hígado y sólo al 5-15% de los cánceres de la vía biliar. Su único tratamiento curativo es

la resección hepática (RH). En casos de enfermedad localmente avanzada puede haber compromiso vascular de la vena cava inferior (VCI), la resolución quirúrgica debería ser considerada, representando un de

Objetivos: Presentamos 2 casos de pacientes con diagnóstico de colangiocarcinoma intrahepático con compromiso de vena cava inferior que fueron ingresados, estudiados y resueltos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía de Clínica Alemana Santiago. Describimos el enfrentamiento terapéutico, la resolución quirúrgica y su técnica, y los resultados perioperatorios.

Material y Método: Revisión de registros clínicos de los pacientes, con selección de datos clínicos e imágenes de exámenes. recopilación de imágenes intraoperatorias

Resultados: CASO 1 Mujer de 47 años, con antecedentes de hipotiroidismo, resistencia a la insulina y dislipidemia en tratamiento, consulta a CAS por 2 meses de epigastralgia. Se realiza ecotomografía abdominal que evidencia lesión focal hepática de 6,5 cms, se complementa estudio con resonancia nuclear magnética (RNM) de abdomen que evidencia masa hepática que compromete los segmentos I, IV y VIII, con Se realiza biopsia hepática por punción evidenciando adenocarcinoma. Se realiza quimioterapia intra-arterial (QIA) con 5-fluoracilo de acción rápida a través de reservorio intrahepático, con 3 ciclos. Se realiza hepatectomía izquierda ampliada al segmento I con resección de VCI y reparación con parche de pericardio bovino. Evoluciona con fístula biliar. Sin recidiva a los 9 meses de seguimiento CASO 2 Mujer de 39 años, sin antecedentes mórbidos relevantes, consulta a extrasistema por hallazgo incidental de tumor hepático en EA que compromete el lóbulo hepático izquierdo. Se realiza biopsia incisional que confirma colangiocarcinoma intrahepático. Se recibe en CAS donde se completa estudio con RNM de hígado que evidencia tumor hepático que compromete segmentos I, II, III y IV. Mala respuesta a neoadyuvancia, se realiza embolización portal izquierda, sin incidentes y posterior tri-seccionectomía izquierda ampliada al segmento I con resección de VCI y reparación con rafia primaria. Evoluciona sin complicaciones. Sin evidencia de recidiva actual

Conclusión: Consideramos que la resolución quirúrgica de pacientes con CIH con compromiso de VCI es una alternativa válida y segura de ejecutar, en centros con experiencia en cirugía hepática.

¿Es la colecistectomía extendida mejor que la colecistectomía simple en los

tumores de vesícula biliar T1b? Estudio de cohorte.

Luis Arratia Torres* , Héctor Losada Morales, SONIA CURITOL SANCHEZ, Andres Ignacio Troncoso Trujillo, Jorge Silva Abarca, María Belén Colinas Grilli, Pilar Abello Baeza, ALLAN VERA KORTMANN, Alejandro Verdugo Fernández, Maite Lopez Zugarramurdi.

Hospital Hospital de Temuco, Universidad de La Frontera Departamento de Cirugía .

Introducción: El cáncer de vesícula biliar (CVB) es una patología frecuente en Chile y con alta letalidad. Aún existe controversia entre grupos de expertos acerca del mejor tratamiento en estadio T1b (colecistectomía simple versus colecistectomía extendida).

Objetivos: Comparar la sobrevida en los pacientes con CVB T1b en los que se les realizó colecistectomía simple (CS) en comparación con colecistectomía extendida (CE).

Material y Método: Estudio de cohorte retrospectiva. Se incluyeron pacientes con cáncer de vesícula biliar estadio T1b operados entre los años 2011 - 2015 en el Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco. Se analizaron variables biodemográficas, quirúrgicas y de evolución clínica entre quienes fueron a CS y CE. Se usó estadística descriptiva, con medidas de tendencia central y dispersión, y estadística analítica con prueba de Mantel Cox para comparación de sobrevida. Los datos fueron analizados con el programa SPSS ® versión 24.

Resultados: De un total de 28 pacientes, 24 (85.7%) fueron a CS y 4 (14.3%) a CE por vía abierta. En el grupo de CS 15 (62.5%) fueron a cirugía por vía abierta y 9 (37.5%) por vía laparoscópica. 25 pacientes (89%) fueron de género femenino, con un promedio de edad de 67 ± 11 años. Se documentó coledocistitis en 25 pacientes (89%). La histopatología mostró adenocarcinoma en 27 pacientes (96.4%). La sobrevida general a 5 años fue de 71,4%; siendo de 100% en CE y de 66,7% en el grupo de CS ($p= 0.148$). No se encontraron diferencias en la sobrevida a 5 años según género ($p= 0.12$), vía de abordaje de la CS (cirugía abierta versus laparoscópica) ($p= 0.107$), e invasión de senos de Rokitansky-Aschoff ($p=0.676$).

Conclusión: No encontramos diferencias estadísticamente significativas al comparar CE y CS. Sin embargo, al analizar las curvas de sobrevida existe una tendencia a mayor sobrevida en CE; del mismo modo que en el abordaje laparoscópico en CS.

Manejo laparoscópico de un quiste epidérmico ciliado hepático. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Felipe Castillo Henríquez* , Guillermo Rencoret Palma, Marcelo Vivanco Lacalle, Daira Marco .

Clínica Alemana. Cirugía.

Introducción: El quiste epidérmico ciliado hepático (QECH) es una lesión congénita muy infrecuente, derivada del intestino anterior en el desarrollo embrionario. Habitualmente son asintomáticos y su diagnóstico incidental. La resección quirúrgica es su tratamiento, debido a su riesgo de transformación a carcinoma escamoso. Presentamos el caso de un paciente con un QECH resuelto laparoscópicamente

Objetivos: Presentar el caso de un paciente con un QECH resuelto laparoscópicamente en Clínica Alemana Santiago

Descripción y contenido del vídeo: Hombre de 43 años, sin antecedentes médicos relevantes, en estudio de dolor abdominal se pesquiza quiste complejo de lóbulo hepático izquierdo. Se sigue durante 1 año evidenciando crecimiento y persistencia de dolor sin otra causa aparente. Se realiza abordaje laparoscópico, con trocar de 12 mms umbilical, se explora cavidad con óptica de 30° evidenciando quiste hepático adherido al ligamento falciforme. Se instalan 2 puertos de trabajo en ambos flancos. Se disecciona la lesión del ligamento falciforme hasta liberarla, quedando en contacto con parénquima de segmento II, apertura de cápsula de Glisson con tijera Harmonic y se reseca lesión del hígado. Se extrae pieza por puerto umbilical. La biopsia demuestra ser compatible con QECH

DUODENOPANCREATECTOMIA CEFALICA CON TECNICA DE BLUMGART, EXPERIENCIA EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

María José Higuera Inostroza* , Jose Manuel Palacios Junemann, Omar Orellana Espinoza, Marcelo Sierra Soto, Francisca Diaz Hormazábal, Katrina Lolás Tornquist, Gustavo Czwiklitzer Sumar, Francisco Perez Mujica, Diego Ignacio Soto Miranda.

Hospital San Juan de Dios de Santiago. Servicio de Cirugía, Equipo Digestivo Alto.

Introducción: La operación de Whipple en sus años de evolución ha disminuido la mortalidad, pero sin embargo

la morbilidad sigue alta, siendo la filtración de la anastomosis pancreáto-enteral una de las más complejas. En este estudio nos avocaremos en la descripción de casos donde se realizó pancreatoyeyuno anastomosis ducto-mucosa con técnica de Blumgart en el equipo digestivo del Hospital San Juan de Dios.

Objetivos: Caracterizar morbimortalidad de grupo de pacientes en la cual se realizó duodenopancreatectomía cefálica con reconstrucción pancreato yeyunal con la técnica de Blumgart en equipo digestivo alto del Hospital San Juan de Dios.

Material y Método: El diseño del estudio es descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo. Los criterios de inclusión fueron: pacientes sometidos a duodenopancreatectomía cefálica, con anastomosis transmesocólica pancreatoyeyunal ducto mucosa con técnica de Blumgart; en el periodo comprendido entre enero 2014 y junio 2017, operados por el equipo de cirugía digestiva, del Hospital San Juan de Dios. Los criterios de exclusión fueron; pacientes operados con otras técnicas de reconstrucción de remanente pancreático y pacientes operados por otros equipos quirúrgicos del Hospital San Juan de Dios. Se analizaron datos de 23 pacientes, recopilando el tipo de remanente pancreático, tamaño del ducto pancreático, tiempo op y morbilidad en el periodo mencionado, incluyendo la tasa de fistulas según la ISGPF.

Resultados: Un total de 23 pacientes fueron analizados en este estudio. De estos, 14 fueron mujeres (60,9%). La edad promedio al momento de la cirugía fue 66,39 años (52-74 años). El promedio de días de hospitalización fue 36,7 (9-122 días). El tiempo operatorio promedio fueron 297,5 minutos (240-510). El ASA de los pacientes de la muestra se distribuyó de la siguiente forma; ASA 1 (26%), ASA 2 (61%), ASA 3 (13%), ASA 4 y 5 (0%). De las características intraoperatorias destaca; un 47,8% de los pacientes presentaron ducto pancreático < 3 mm y un 56,5% presentaba un páncreas de consistencia blanda.

Dentro de la morbimortalidad, las complicaciones severas según Clavien Dindo (IV-V) fue de 21,7 %, y la complicación más frecuente fue la infección de herida operatoria (Clavien Dindo II), con un 26,1%. Dentro de los pacientes que presentaron fístula pancreática , que corresponde a un 47,8%, se incluyen a los pacientes que presentaron fuga bioquímica (54,5%), y en menor porcentaje fistulas tipo B y C en un 27,3 y 18,2% respectivamente.

Conclusión: Los resultados de este estudio sugieren que esta técnica, en cuanto a morbilidad, se encuentra dentro de rangos descritos, coincidiendo la infección de herida operatoria como principal causa de esta. En cuanto a la

incidencia de fístula pancreática clínicamente significativas, la totalidad de ellas se desarrolló en tejido pancreático de consistencia blanda, de acuerdo con lo publicado.

Resolución de coledocolitiasis de neo en paciente con by pass gástrico y trasplante hepático

Alberto Perez -Castilla M. , JUAN CARLOS AYALA BOHORQUEZ.*

Clínica Indisa. Servicio de Cirugía Minimamente Invasivo .

Introducción: La coledocolitiasis en paciente trasplantado hepático se resuelve generalmente por vía endoscópica oral. Se presenta caso que se resuelve por vía laparoscópica y endoscópica en paciente que además porta un by- pass gástrico por obesidad mórbida

Objetivos: Mostrar la técnica, revisión de ex , alta precoz por cirugía mínimamente invasiva.

Descripción y contenido del vídeo: TECNICA DE EXPLORACION DISECCION DE CONTENIDO ABDOMINAL Y LOCALIZACION DE ESTOMAGO RESIDUAL PARA PODER REALIZAR GASTROTOMIA , ENDOSCOPIA, PAPILOTOMIA Y EXTRACCION DE LITIASIS COLEDOCIANA .COLANGIOGRAFIA DE SALIDA .GASTRORRAFIA.

Experiencia clínica local en cirugía pancreática en Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar entre años 2013 – 2017

Francisco Xavier Báez Rojas , Milenko Slako Martínez, Alvaro Rojas Luca, Ignacio Torrejón Armijo, Cristobal Ulloa Astargo.*

Hospital de Viña del Mar, Hospital Dr. Gustavo Fricke Unidad Cirugía Hepato-Pancreato- Biliar. Servicio Cirugía A.

Introducción: La PD es el procedimiento estándar para la resección de lesiones a nivel de cabeza y proceso uncinado de páncreas. Numerosos cambios ha sufrido desde su implementación por Kausch (1909) y posterior popularización por Dr. Whipple al día de hoy, modificándose sustancialmente la mortalidad asociada a la cirugía, hoy en día cercana al 5%, sin embargo con cifras de morbilidad elevadas, rondando el 40%.

Objetivos: Analizar casuística local de los pacientes intervenidos por patología pancreática – periampular durante el período 2013 - 2017 en el Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar.

Material y Método: Estudio descriptivo del total de pacientes intervenidos por patología periampular/pancreática durante el período 2013-2017 por el equipo de cirugía digestiva del Hospital Dr. Gustavo Fricke. Se incluyeron la totalidad de pancreatoduodenectomías, pancreatectomías corporocaudales y totales realizadas ya sea vía abierta o laparoscópica. Se excluyeron pacientes con registro clínico incompleto o pacientes intervenidos en otros centros. Análisis descriptivo en relación a características demográficas de pacientes, estudio preoperatorio, uso de drenaje preoperatorio (CPRE); tipo de cirugía empleada y anastomosis utilizadas, tiempo operatorio, estadía hospitalaria, principales complicaciones (utilización de escala Clavien- Dindo) y estudio histopatológico.

Resultados: En total se han intervenido 64 pacientes, el 54% (35) de ellos varones. Sobre un 59% de los casos fueron estudiados por Sd. Ictérico, seguido por baja de peso y dolor abdominal (50 y 39% respectivamente). La totalidad fue estudiado con TC de abdomen y pelvis contrastado y un 65% con RNM abdomen. A un 25% (13) se le realizó CPRE preoperatoria, efectuándose drenaje biliar en un 50% de estos. Un 50% (32) de las intervenciones fue por patología de cabeza de páncreas, seguido en un 20% ampular y un 17,8% en cuerpo y cola. Un 75% (48) de las intervenciones fueron pancreatoduodenectomías (PD), 1 pancreatectomía total y 20% (13) P-corporocaudales, siendo 6 de estas laparoscópicas, con conversión en 2. El promedio de tiempo operatorio fue de 319 min. 4 casos se reportan con grandes sangrados intraoperatorio, sin repercusión letal. En relación a las PD, se realizó en un 55% (27) pancreatoyeyuno anastomosis ducto-mucosa y en un 45% pancreatogastroanastomosis, sin uso de tutor. Siendo un 75% (45) de estas en contexto de adenocarcinoma. Un 88% de los pacientes intervenidos con resección tumoral R0; 7% (5) R1 y 3% R2 (2). El promedio de estadía postoperatoria fue de 23 días, con 5,6 días en UCI. Dentro de la clasificación Clavien-Dindo, un 32% (21) de complicaciones en EII; 9,3% (6) EIII y 3% (2) EIV, con 5 muertes (7,6%) 37% (22) de fistulas pancreáticas, siendo en un 45%(10) tipo A y 36% tipo B.

Conclusión: La alta repercusión clínica asociada a la cirugía pancreática obliga a crear equipos quirúrgicos altamente capacitados para mejorar sus outcomes clínicos. Pese tener en el registro tasas de morbimortalidad sobre el promedio internacional, se

reconoce un esfuerzo local en concentrar un mayor número de pacientes y especializar la labor quirúrgica en nuestro centro.

HEPATECTOMIA BISEGMENTARIA + LINFADENECTOMIA INTERCAVOAORTICA EN PACIENTE CON CANCER DE VESICULA

Marcelo Alejandro Zamorano Díaz , Nelson Aros Mendoza, Sikiu Bustamante Acosta, Raúl Valenzuela ..*

Hospital de Antofagasta, Universidad de Antofagasta Cirugía.

Introducción: El manejo del Cáncer de Vesícula T2 posterior a colecistectomía aún es motivo de controversia. Desde los objetivos de la cirugía siendo estos diagnósticos y terapéuticos, hasta como realizar la resección hepática de forma anatómica incluyendo los segmentos 4b y 5, o sólo realizar la resección del lecho vesicular. Y si esta cirugía se puede realizar vía laparoscópica o no.

Objetivos: Describir el detalle de la técnica quirúrgica de una hepatectomía bisegmentaria vía laparoscópica en una paciente con Adenocarcinoma de fondo vesicular T2 posterior a Colecistectomía Laparoscópica

Descripción y contenido del vídeo: Paciente sexo femenino, 60 años. Se realiza laparoscopia exploradora no se evidencian metástasis en cavidad peritoneal ni en parénquima hepático. Se continúa vía laparoscópica linfadenectomía IntercavoAórtica Estudio Histopatológico contemporáneo negativo para neoplasia. Disección de pedículo hepático, resección de grupo XIIa y VIII. Control de pedículo del segmento 4b delimitación del mismo, transección hepática incluyendo segmentos 4b y 5. Extracción de pieza a través de incisión supra púlica, sobre anillo de protección. Paciente evoluciona en forma favorable. Es dada de alta al 6to día postoperatorio. El Estudio Histopatológico Diferido no evidenció compromiso neoplásico.

Poliglobulia secundaria a un hepatocarcinoma: a propósito de un caso

Ana María Hudson Correa , Jorge Martínez Castillo, Isidro Álvaro Huete Garín, Carlos Misad Saide, Paula Javiere Torres Montes.*

Clínica Universidad Católica. Cirugía Digestiva.

Introducción: El carcinoma hepatocelular (CHC) es el quinto cáncer más frecuente en el mundo y la tercera causa de muerte por cáncer. Está asociado a cirrosis en 85 a 90% de los casos. Puede presentarse en hígado sano, aunque debe descartarse una infección latente por virus de hepatitis B o C. Dentro de las poliglobulias secundarias, las derivadas de cánceres constituyen un síndrome paraneoplásico.

Objetivos: El objetivo de esta comunicación, es presentar un caso clínico de CHC, diagnosticado tras el estudio de una poliglobulia.

Material y Método: Reporte de un caso de carcinoma hepatocelular asociado a poliglobulia como síndrome paraneoplásico y revisión de la literatura en torno al tema.

Resultados: Varón de 59 años, sin antecedentes mórbidos, no fumador, que consultó por cianosis peribucal. En sus exámenes, destacó una poliglobulia con hematocrito de 62% y eritropoyetina sérica elevada. Una ecografía abdominal mostró una masa hepática de 12 x 6,4 cm. Se complementó su estudio con niveles de alfa-feto proteína (36.210 ng/mL (valor normal < 7)) e imágenes (RNM y PET-CT). Se identificó un tumor de 10,2 x 15,6 x 6,2 cm en el lóbulo hepático derecho, en un hígado morfológicamente sano. Serología virales de hepatitis B y C negativas. Se propuso tratamiento resectivo, luego de 4 flebotomías. Se realizó una hepatectomía derecha extendida, sin incidentes, sin transfusiones. El estudio anatómo-patológico confirmó un CHC moderadamente diferenciado, unifocal con extensa necrosis, confinado al hígado, con bordes negativos. Evolucionó sin complicaciones postquirúrgicas. En controles postoperatorios se constató corrección total de la poliglobulia y se objetivó un descenso a niveles normales de AFP y eritropoyetina. A 8 meses de seguimiento, sin evidencias de recurrencia clínica ni imagenológica.

Conclusión: Hasta un 28% de los CHC se presentan con un síndrome paraneoplásico; los más descritos son: hipercolesterolemia, hipercalcemia, hipoglicemia y poliglobulia. Como en el caso reportado, un 15% presenta eritrocitosis. Aun cuando la poliglobulia es un fenómeno reconocido en CHC, existen poco reportes de CHC en hígados no cirróticos y en Chile no encontramos ninguna comunicación al respecto.

Uso de radiofrecuencia en el tratamiento de hepatocarcinoma en pacientes cirróticos.

FELIPE ALEJANDRO CATAN GOUHANEH , Mario Uribe Maturana, Cristian Astudillo Díaz, Francisco Riquelme Marín, Italo Tapia Tenorio, Sebastian Uribe-Echevarría Aránguiz, Waldo Martínez Muñoz, Marco Salazar Campos, Sergio Hott Armando, Marta Palma Leroux, Boris Marinkovic Gómez.*

Hospital del Salvador y Universidad de Chile Cirugía .

Introducción: La radiofrecuencia (RF) se ha transformado en una alternativa de manejo del hepatocarcinoma (HCC) en casos en que la resección no es posible o como puente a trasplante ya que permite la destrucción local del tejido tumoral en forma poco agresiva, en pacientes con daño hepático. Hemos utilizado esta técnica por más de 15 años, pero hace 7 años con un mismo equipo y una técnica estandarizada

Objetivos: Evaluar los resultados y sobrevida de los pacientes con HCC tratados con radiofrecuencia en el servicio de Cirugía del Hospital Salvador desde el inicio de esta técnica en forma protocolizada buscando si existen diferencias significativas entre grupos de edad, sexo, Child,, tamaño o número de tumores

Material y Método: Materiales y métodos: Todos los pacientes con HCC tratados con RF entre 2010 y junio de 2017 fueron evaluados en forma retrospectiva. Se revisó la ficha clínica registrando edad, sexo, Child, fecha de procedimiento, vía de aplicación, evolución, complicaciones, días de estada, resultado del tratamiento, recidivas y sobrevida. Se incluyen pacientes Child A y B que no podían resecarse, de menos de 4,5cm y menos de 4 tumores. Se excluyó Child C y metastasis. Se realizó análisis de datos con EpiInfo 7 y la sobrevida y comparación de curvas con Kaplan Meier y Long Rank. La fecha de muerte se corroboró Registro Civil. Todos los tratamientos se realizaron con sistema de radiofrecuencia Cool tip ®, luego del alta se realizó control con tomografía computada (TAC) al mes y luego cada 6 meses .

Resultados: Un total de 49 pacientes (69 lesiones) , 27 mujeres(55.2%) y 22 hombres(44,8%) con una edad promedio de 65,7±7,8 años(rango 50-84 años) fueron sometidos a RF por HCC. El 100 % fue evaluado por el Comité de Tumores Hepáticos del hospital. Tenían en promedio 1,4±0,6 tumores, con un tamaño promedio de 2,9±0,9 cm. 80,5% eran Child A y el 93,8% presentaba hipertensión portal. En cada paciente se realizó un promedio de 2,9±1,2 aplicaciones por sesión. 85,7 % de los procedimientos se realizó por vía laparoscópica , 12,2% percutáneos y 2% con técnica abierta. El promedio de estada fue de 1,2±0,2 días. No hubo rehospitalizaciones dentro de los 30 días del alta, solo se

detecto como complicación un hematoma en un sitio de trocar. En la primera sesión se logró destrucción completa de la lesión en 86,9% de las lesiones y necrosis mayor a 75% en 8,7%. En 7 (14,2 %)pacientes se requirió una segunda sesión para lograr la destrucción completa de la lesión. Durante el seguimiento 18,9% de los pacientes presentó recidiva local en el segmento afectado, un 13,5% en otros segmentos del hígado o a distancia y un 67,5% no ha presentado recidivas. La supervivencia a 36 meses es de un 50% y a 5 años de 28% sin diferencias significativas entre grupos de edad, sexo, Child., tamaño o número de tumores.

Conclusión: La radiofrecuencia permite el control local satisfactorio en tumores de hasta 4 cm, pero requiriendo varias aplicaciones en la misma sesión y en algunos casos en sesiones adicionales. Esta técnica realizada en forma segura por vía laparoscópica o percutánea con períodos hospitalización breve. La supervivencia a largo plazo es similar a lo reportado por otras series con promedios de edad similares.

Síndrome Fitz Hugh Curtis como hallazgo durante Colectomía.

ANA MARIA BURGOS LI* , Attila Csendes Juhasz, NICOLE CUNEO BARBOSA.

Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Departamento de Cirugía.

Introducción: El síndrome de Fitz Hugh Curtis (SFHC), es una perihepatitis producida por peritonitis secundaria al ascenso de bacterias, resultado de una enfermedad pélvica inflamatoria, siendo el agente etiológico más frecuente Chlamydia trachomatis; clínicamente con dolor en cuadrante superior derecho (1). El SFHC presenta una incidencia de 4,7 % en laparoscopias por patología ginecológica benigna (2).

Objetivos: Describir un caso clínico de Síndrome de Fitz Hugh Curtis.

Material y Método: Se incluye a una paciente sometida a colectomía laparoscópica electiva y que se diagnosticó el Síndrome de Fitz Hugh Curtis como hallazgo intraoperatorio. Se presenta el caso clínico y se grafican las características anatómicas de este síndrome con 2 fotos tomadas durante la cirugía (Figuras 1 y 2).

Resultados: Descripción de caso clínico: Paciente mujer, de 65 años, con historia de distensión abdominal esporádica, sin dolor abdominal y sin antecedente de infecciones en órganos ginecológicos. Los exámenes sanguíneos y de orina fueron normales, no se realizó

tomografía computarizada (TC) y la ecotomografía abdominal mostró colelitiasis, por lo que se realiza colecistectomía laparoscópica encontrándose como hallazgo intraoperatorio adherencias múltiples de hígado a pared abdominal características del Síndrome de Fitz Hugh Curtis (Figuras 1 y 2). La literatura menciona que para el diagnóstico durante la fase crónica se evidencian adherencias entre superficie hepática y pared abdominal, caracterizadas por la semejanza a “cuerdas de violín”, siendo esta imagen considerada como criterio diagnóstico. Igualmente se reporta que en relación al diagnóstico imagenológico del SFHC, la TC muestra realce capsular hepático en la fase arterial que refleja flujo sanguíneo en la cápsula hepática inflamada y una fase retardada en estadio crónica que puede reflejar una fibrosis capsular (3). (1) Curtis AH. JAMA. 1930;94:1221-2 (2) Tulandi T, Falcone T. J Am Assoc Gynecol Laparosc 1998; 5:403-6 (3) Cho HJ et al. Emerg Radiol 2008; 15:43-6

Conclusión: El síndrome de Fitz Hugh Curtis en etapa crónica puede ser asintomático y presentarse como un hallazgo operatorio incidental en cirugía abdominal.

Operación de Whipple con Pancreatogastroanastomosis: resultados perioperatorios y supervivencia a largo plazo.

Francisco Riquelme Marín* , Waldo Martínez Muñoz, Felipe Catan Gouhaneh, Sebastian Uribe-Echevarría Aránguiz, Boris Marinkovic Gómez, Jorge Muñoz Salvo, Felipe Puelma Calvo, Marco Salazar Campos, María Soledad Fernández Oto, Italo Tapia Tenorio, Mario Uribe Maturana.

Hospital del Salvador, Departamento Cirugía Oriente, Universidad de Chile Servicio de Cirugía, Equipo de Cirugía Hepatobiliopancreática.

Introducción: La Pancreatoduodenectomía (PD) es la única alternativa curativa en pacientes con lesiones periampulares. Han sido descritas distintas alternativas de reconstrucción pancreática y sólo en los últimos años la pancreatogastroanastomosis (PGA) ha demostrado una disminución de la tasa de fístula pancreática (FP) en estudios prospectivos. En nuestro equipo hemos utilizado esta técnica desde 1999.

Objetivos: Describir las características, morbimortalidad perioperatoria y supervivencia alejada de nuestra serie de pacientes sometidos PD con PGA en nuestro centro desde el año 2009 a la fecha.

Material y Método: Revisión retrospectiva de pacientes sometidos a una PD entre 2009-2017 por patología periampular maligna y benigna. Fueron registradas las variables demográficas, estudio preoperatorio y morbimortalidad perioperatoria. Se utilizó la clasificación de Clavien-Dindo para complicaciones postoperatorias y la clasificación del ISGPS para FP. En todos los casos se realizó una PD con PGA (termino-lateral, telescopada), gastroyeyunoanastomosis y hepaticoyeyunoanastomosis en asa simple de yeyuno, según técnica estandarizada en nuestro equipo desde 1999. De rutina se dejó una sonda nasogástrica y otra nasoyeyunal para alimentación enteral, más dos drenajes (izquierdo y derecho) a cada anastomosis. Cálculo de sobrevida alejada y comparación de curvas con método Kaplan-Meier y Long Rank, con SPSS.

Resultados: Entre 2009-2017, 95 pacientes fueron sometidos a una PD, edad promedio de 59,9 años (rango 34 a 77 años). 59 (62,1%) casos de sexo femenino. En 36 (37,8%) casos se instaló una endoprótesis biliar previo a la PD. Correspondieron a tumores malignos 80 (84,2%) casos: tumor de ampolla 32 (40%), tumor de páncreas 26 (32,5%), tumor de vía biliar distal 10 (8%), tumor de duodeno 3 (3,75%) y malignos de otro origen 9 (11,2%). Fue necesaria una resección vascular en 4 pacientes (vena porta). La estadía hospitalaria fue de 18,3 días en promedio. En 25 (26,4%) pacientes se registró una complicación Clavien-Dindo >II. 17 (17,8%) pacientes presentaron una FP. La tipo A fue la más frecuente (12/17, 70,5%), luego la tipo C (3/17, 17,6%) y la tipo B (2/17, 11,7%). Hubo 16 (16,8%) casos con gastroparesia y 10 (10,5%) con hemorragia digestiva alta en relación al muñón pancreático. La fístula biliar se presentó en 3 casos (3,2%). La mortalidad a 30 días fue de un 6,3%. La sobrevida global fue de 84%, 44% y 31% al 1°, 3° y 5° años, respectivamente. Los tumores de duodeno, ampolla de Vater, vía biliar distal y páncreas (ductal) presentaron una media de sobrevida de 75, 50, 33 y 17 meses respectivamente siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$). La media de sobrevida según márgenes quirúrgicos, R0 y R1 fue de 47 y 11,6 meses, respectivamente ($p < 0,001$); en aquellos N0 y N1, fue de 54 y 24 meses respectivamente ($p < 0,008$).

Conclusión: La PD es un desafío quirúrgico por su elevada morbimortalidad aún en centros de alto volumen. Nuestra serie de 95 casos consecutivos, tiene la particularidad de haber utilizado la misma técnica (PGA) en todos los casos, con una tasa de morbi-mortalidad propia de centros con volumen intermedio (10-20 casos/año) como el nuestro.

Perfil de ácidos grasos en injertos hepáticos y renales en un modelo murino de muerte encefálica

Carla Morelli Lobos , Rolando Rebolledo Acevedo, Pablo Achurra Tirado, Flavia Cristina Zacconi, Aline Carvalho Da Silva, Maria Jesus Santander Barria, Leyla Alegría Vargas, Alejandro Bruhn Cruz, Jorge Martinez Castillo, Nicolas Jarufe Cassis, Juan Francisco Guerra Castro.*

Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile Departamento de Cirugía Digestiva.

Introducción: El trasplante de órganos es el tratamiento de elección en las etapas terminales de diferentes fallas orgánicas. La mayoría de los órganos provienen de donantes en muerte encefálica (ME) lo que deteriora la calidad de éstos. Algunos autores han atribuido este deterioro a cambios en el metabolismo energético propios de la ME.

Objetivos: Describir la composición de ácidos grasos en tejido hepático y renal en un modelo murino de ME.

Material y Método: Ratas Sprague-Dawley (RSD) fueron anestesiadas y ventiladas mecánicamente (VM) , con monitorización invasiva de presión arterial (PAM) e intracraneana (PIC). Se indujo la ME mediante un catéter Fogarty insuflado controladamente en el espacio epidural. Se confirmó la ME por ausencia reflejos corneales y test de apnea. Al finalizar la anestesia, los cuerpos de los animales continuaron viables con soporte de volumen y VM. El grupo control se constituyó por RSD sometidas al mismo procedimiento, sin la introducción ni insuflación del catéter. Se obtuvo tejido hepático y renal de los animales. Dichas muestras fueron tratadas mediante el método de derivatización de ácidos carboxílicos a metil-ésteres y posterior cuantificación por cromatografía gaseosa (CG). Estadística analítica con SPSS 22.0.

Resultados: Durante la inducción, el perfil hemodinámico fue similar en todos los animales. 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. El análisis preliminar realizado por CG no evidenció diferencias significativas en la composición de ácidos grasos presentes en los tejidos ($p=0,6$), existiendo una moderada variación en la presencia de ácido esteárico, linoleico y araquidónico entre los grupos estudiados.

Conclusión: Nuestro estudio muestra que no habría variaciones en los niveles de ácidos grasos presentes en los tejidos estudiados y sugiere que el metabolismo de estas fuentes energéticas se mantiene sin variaciones. Estos resultados constituyen un aporte al estudio de los cambios metabólicos durante la ME y podrían llegar a ayudar en la terapia futura de los donantes en ME.

COLANGIOPANCREATOCARCINOMA ONCE AÑOS POST RESECCIÓN DE UN QUISTE COLEDOCIANO: REPORTE DE UN CASO

Paola Velazquez Maturana* , Andrea José Alvayay Ramírez, ANA MUÑOZ CORNEJO, Francisco Javier Ruiz Guridi.

Hospital de Curicó.

Introducción: Los quistes biliares (QB) en general son diagnosticados en población pediátrica. Su incidencia es baja, siendo más frecuentes en mujeres y poblaciones orientales. Se utiliza la clasificación de Todani modificada para su manejo y pronóstico. El colangiocarcinoma es una complicación rara de los QB, siendo inusual el desarrollo más de 10 años después de la resección.

Objetivos: Debido a que esta patología es infrecuente, de difícil diagnóstico precoz, y no presenta claras directrices en relación a su seguimiento. Se realiza la revisión del tema a propósito de un caso, con énfasis en la caracterización de aquellos QB que presentan elevado potencial de malignización y al seguimiento post resección.

Material y Método: Revisión sistemática de la literatura sin meta-análisis.

Resultados: Caso Clínico: Paciente femenino, ingresa hace 12 años con QB tipo IB. Se realiza hepatoyeyuno anastomosis en Y de Roux y colecistectomía. Durante seguimiento se observa imagen quística en cabeza pancreática, sin signos de malignización. Ocho años post resección presenta cuadro de ictericia por lo que se realiza enterotomía de asa de yeyuno extrayendo cálculo. Once años post resección consulta por dolor abdominal asociado a baja de peso, imágenes evidencian masa tumoral hipermetabólica en cabeza pancreática extendiéndose hacia hilio hepático. Se realiza Pancreatoduodenectomía de aseó resultando R2. Actualmente en quimioterapia paliativa.

Conclusión: La resección de los QB tiene un excelente pronóstico, sin embargo, el riesgo de malignización

permanece elevado incluso más de 15 años post resección, relacionándose con resultados desfavorables. Se sugiere estudio bianual en pacientes de alto riesgo y anual en pacientes de bajo riesgo. En cuanto a la detección de más de 10 años después de la resección, la forma de seguimiento óptimo es incierto.

Rendimiento diagnóstico del PET/CT en etapificación de adenocarcinoma de páncreas.

mario ferrario barriga* , david ladron de guevara antezana, erwin buckel gonzalez, Felipe Puelma Calvo, guillermo castro guerra.

Clínica Las Condes, Universidad de Chile Hepatobiliar y Trasplante.

Introducción: El PET/CT es utilizado ampliamente en población oncológica, sin embargo su utilidad en cáncer de páncreas no ha sido claramente establecida.

Objetivos: Estimar el rendimiento diagnóstico del PET/CT con F18-FDG en etapificación de cáncer de páncreas.

Material y Método: Se revisó la base de datos de PET/CT de la institución desde diciembre de 2008 a marzo de 2017, seleccionando aquellos estudios realizados a pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma de páncreas en etapificación. En los 69 pacientes con PET/CT seleccionados, se registró positividad del examen en lesión primaria pancreática, compromiso ganglionar y metástasis a distancia. Los resultados del PET/CT fueron comparados con los hallazgos quirúrgicos y anatomía patológica en los casos con cirugía curativa y/o diagnóstica, y con los PET/CT de seguimiento en los casos de terapia paliativa.

Resultados: Durante los 9 años desde el inicio del estudio con PET, el 100% de los tumores pancreáticos (69/69) fueron visibles con PET FDG (SUVmax promedio $8,3 \pm 4,5$, rango: 1,7-25,1). Un 18,8% (13/69) tuvo cirugía con intención curativa, incluyendo resección de 120 ganglios. En este grupo, la Sensibilidad y Especificidad del PET/CT en compromiso ganglionar fue 58,3% y 92,5%, respectivamente (Eficiencia: 89,4%). Considerando los 50 pacientes con estudio y seguimiento completo, el PET/CT presentó una Sensibilidad y Especificidad de 96,7% y 90,0% en detección de metástasis a distancia, respectivamente (Eficiencia: 94,0%).

Conclusión: El PET/CT con F18-FDG presenta alto rendimiento en etapificación de cáncer de páncreas,

especialmente en la detección del tumor primario y de metástasis a distancia.

Donante Vivo Relacionado laparoscópico para trasplante hepático.

mario ferrario barriga , erwin buckel gonzalez, Felipe Puelma Calvo, guillermo castro guerra.*

Clínica Las Condes, Universidad de ChileHepatobiliar y Trasplante.

Introducción: Comentamos el caso de un paciente receptor de 8 meses con hepatoblastoma tratado con quimioterapia y trasplante hepático de donante vivo relacionado (DVR), se realiza hepatectomía laparoscópica a DVR, estudiado el donante con AngioTC de abdomen y pelvis, con volumetría hepática, con peso estimado global del hígado de 1156 gramos y de los segmentos 2 y 3 de 241 gramos.

Objetivos: Mostrar la técnica quirúrgica utilizada en nuestro equipo de trasplantes.

Descripción y contenido del vídeo: Abordaje con 5 trocares, disección del pedículo vascular, identificación de rama izquierda y derecha, uso de Harmonic ® para disección hepática y stappler para control vascular. 1h:30 minutos de cirugía. La estadía fue de 4 días, realimentación al 2 día, retiro de drenaje al 3 día. No hubo complicación quirúrgica ni mortalidad a 30 días. La estandarización de la técnica quirúrgica para la utilización de los segmentos II y III de adultos que en la serie de pacientes que llevamos presentó nula mortalidad y una morbilidad muy baja, comparable a las mejores series internacionales.

Pancreatoduodenectomía laparoscópica por tumor neuroendocrino asociado a Sd NEM1

mario ferrario barriga , erwin buckel gonzalez, Felipe Puelma Calvo, guillermo castro guerra.*

Clínica Las Condes, Universidad de ChileHepatobiliar y Trasplante.

Introducción: Comentamos el caso de un paciente masculino de 31 años con síndrome NEM1, se estudia electivamente con ecografía de abdomen, encontrándose múltiples quistes pancreáticos, se toma RM abdomen con contraste compatible con tumores neuroendocrinos pancreáticos múltiples no funcionantes , el mas grande

de ellos de 23 x 22 mm en proceso uncinado, sólido quística, con leve realce periférico.

Objetivos: PetCT con Dotate, demostrando quistes hipercaptantes en cabeza de 22 mm. Se decide en comité, cirugía de whipple, preservando el cuerpo y cola por función endocrina.

Descripción y contenido del vídeo: Se realiza pancreatoduodenectomía laparoscópica, con 5 trocares en posición francesa habitual, 3 trocares de 12 mm y 2 trocares de 5 mm, realizando whipple con preservación pilórica, con anastomosis pancreato yeyunal y coledocoyeyunal secuencial. Siendo la pancreato-yeyuno una anastomosis de alto riesgo con un wirsung de 3 mm. Extracción de pieza por puerto umbilical ampliado. Cirugía de 4 horas de duración, sin incidentes. El paciente evoluciona favorablemente, iniciando realimentación al 3er día, siendo dado de alta al 6to día. Biopsia definitiva informa Tumor neuroendocrino de grado intermedio G2 con microadenomas múltiples menor a 2 mm con 17 ganglios negativos. No hubo complicaciones ni mortalidad a 30 días.

Tumor sólido pseudopapilar o tumor de Frantz. Experiencia en 10 años.

erwin buckel gonzalez , Mario Ferrario Barriga, Felipe Puelma Calvo, guillermo castro guerra.*

Clínica Las Condes.

Introducción: El tumor sólido pseudopapilar de páncreas o tumor de frantz es una neoplasia pancreática poco frecuente que afecta principalmente a mujeres jóvenes.

Objetivos: Dar a conocer un tipo infrecuente de tumor y revisar sus resultados en nuestra institución.

Material y Método: Se realizó un estudio retrospectivo entre enero de 2007 y junio de 2017 donde se tabularon todas las pancreatomectomías que se realizaron en el equipo de hepatobiliopancreático de Clínica las Condes. Se tabuló un subgrupo específico con histología de tumor pseudopapilar, incluyendo características quirúrgicas, histológicas, demográficas, imageneológicas, tiempos operatorios, estadía, complicaciones postoperatorias según clasificación clavian dando y mortalidad a 30 días. Se identificaron 107 pancreatomectomías, 47 de ellas distales laparoscópicas, 10 pacientes de sexo femenino (100%), edad promedio 24,6 años, 8 presentaron tumores pancreáticos distales imageneológicamente caracterizables como Tumor sólido pseudopapilar y 2 pacientes con tumores de cabeza de páncreas.

Resultados: Se realizó pancreatometomía corporocaudal laparoscópica en 8 casos, 4 de ellas fueron con esplenectomía asociada, no hubo conversión. 1 pancreatoduodenectomía abierta en un tumor de 15 cm y una enucleación laparoscópica en cabeza de páncreas. El tiempo quirúrgico fue 120 a 200 minutos, promedio 145 minutos. El sangrado fue 50 a 100 cc, promedio de 75 cc, no requiriendo transfusiones. Hubo 4 fistulas pancreáticas tipo A, Clavien Dindo I que no requirieron manejo quirúrgico. La estadía fue 7 días a 16 días con hospitalización promedio de 9 días. La histología en el 100% fue tumor sólido seudopapilar. Tamaño tumoral 2 a 15 cm, linfonodos negativos con bordes quirúrgicos libres. Se utilizó en todos los casos sección pancreática con stappler, excepto el whipple y la enucleación.

Conclusión: El tumor sólido seudopapilar, corresponde a una neoplasia pancreática de bajo frecuencia pero característicamente de mujeres jóvenes, en nuestro centro tenemos una tasa de 8% del global de las pancreatometomías, mayor a lo reportado en la literatura internacional, no tuvimos recurrencia, casos de malignidad ni mortalidad.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS METASTASIS HEPATICAS EN PACIENTES CON CANCER COLO RECTAL

Marcelo Alejandro Zamorano Díaz , Lorenzo Ramirez D, Sikiu Bustamante Acosta, Nelson Aros Mendoza, Raúl Valenzuela ., Javier Labbe Zuñiga.*

Hospital de Antofagasta, Universidad de AntofagastaCirugía.

Introducción: El desarrollo de la cirugía hepática se ha presentado principalmente en las últimas dos décadas. Dentro de esta evolución se incorpora el tratamiento de las metástasis hepáticas, principalmente como origen del Cáncer Colorectal. Siendo este manejo necesariamente multidisciplinario. Dada esta complejidad el cuestionamiento es si se puede realizar en el centro de referencia de la macro zona norte.

Objetivos: Describir y Analizar los resultados del manejo quirúrgico de pacientes con metástasis hepáticas de origen Colorectal en la ciudad de Antofagasta

Material y Método: Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo. Incluyendo a todos los pacientes mayores de 15 años discutidos en el Comité oncológico de Antofagasta. Desde el 1 de marzo del 2016 al 1 de julio del 2017. Se registraron datos demográficos, técnica

quirúrgica y complicaciones (Clavien Dindo). Se utilizó estadística descriptiva mediante el software Stata v.11.

Resultados: Se realizó manejo quirúrgico en 21 pacientes, 13 hombres y 8 mujeres. Promedio de edad 55,7 años. El 42,9% de los pacientes recibió terapia biológica neoadyuvante. Al 38,1% de los pacientes se realizó Hepatectomía mayor (3 o más segmentos). En 3 pacientes se realizó Hepatectomía en dos tiempos. En 28,6% se indicó Radiofrecuencia asociada. La morbilidad fue de 14,3% principalmente Clavien Dindo II y IIIa. La Mortalidad fue de 4,8%.

Conclusión: En Antofagasta se realiza manejo multidisciplinario, el 100% de los pacientes se presentó en comité oncológico. La posibilidad de terapia biológica es tangible lo que lleva a una programación no solo del punto de vista médico sino también quirúrgico. Se requiere de hepatectomía mayor para intentar un R0, en un alto porcentaje . La morbimortalidad está acorde a estudios internacionales.

Serie de casos de pancreatometomías distales por vía abierta y laparoscópica en el Hospital Padre Hurtado desde el año 2000 al 2017.

Oliver Daniel Maida Medina , GALO ESTEBAN CARDENAS SANTACRUZ, Joaquín Jensen Montt, Guillermo Rencoret Palma, Marcelo Vivanco Lacalle, Juan Francisco Tabilo Ahumada.*

Hospital Padre Alberto Hurtado. Cirugía.

Introducción: La pancreatometomía como parte del tratamiento quirúrgico para lesiones del cuerpo y cola del páncreas continua siendo una cirugía de alta complejidad. La misma que consiste en la resección a la izquierda del eje mesentérico portal y que no incluya duodeno ni la vía biliar. La mortalidad y morbilidad se asocia a la presencia de esplenectomía y/o fistula pancreática.

Objetivos: - Determinar las variables perioperatorias de las pancreatometomías distales realizadas en el Hospital Padre Hurtado entre los años 2000 al 2017. - Describir los resultados a perioperatorios de márgenes en las pancreatometomías distales.

Material y Método: Este es un estudio descriptivo en base a una revisión retrospectiva de los registros clínicos de los pacientes sometidos a pancreatometomía distal por un tumor pancreático desde enero del 2000 hasta mayo del 2017, realizadas en el departamento de Cirugía, del

Hospital Padre Hurtado, Santiago de Chile. Se excluyeron los pacientes con procesos inflamatorios agudos. Las variables perioperatorias analizadas fueron las características clínicas y quirúrgicas, la morbilidad post operatoria y las características anatomopatológicas. Las mismas que se analizaron en STATA 14, los datos se expresaron como promedios, desviaciones standart, mediana y rango.

Resultados: Un total de 20 Pacientes se sometieron a pancreatectomía distal durante el periodo de estudio. Fueron 17 Procedimientos abiertos y 4 laparoscópicos. La edad media fue de 52 años (25 – 78), la razón Hombre/Mujer fue 2:18. El tamaño promedio de tumor fue de 3,75 cm (1,5 – 8 cm). El tiempo operatorio promedio fue de 180 Minutos y el tiempos de hospitalización de 8 días. El porcentaje de preservación esplénica fue del 30% (6/20). El promedio de estadía hospitalaria fue de 9 días (rango 6-81). La morbilidad según Clavien – Dindo fue: Tipo I-II n= 4 (20%), Tipo IIIa n= 2(10%), IIIb n= 1(5%), IV n= 1(5%). La fistula pancreática se observó en 3/20 siendo en su mayoría tipo A (2 pacientes). En nuestra serie no se registro mortalidad a 30 días. Patología El tumor más frecuente fue cistoadenoma seroso en un 20% (4/20); lesión quística del páncreas 25% (5/20), tumor mucinoso 10% (2/20) , tumor solido pseudo-papiliar 15% (3/20,) y otros 20% (tejido esplénico ectopico intrapancreatico 1/20, insulinooma 1/20, tumor desmoides 1/20, infiltracion tumor retroperitoneal 1/20). El porcentaje de resección R0 en patología maligna fue del 50% en la patología definitiva. El promedio de tiempo operatorio fue de 231 minutos.

Conclusión: La resección pancreática es un procedimiento complejo que en nuestra serie se asocio a una morbilidad comparable con series publicadas por otros centros demostrando ser un procedimiento que se puede realizar en nuestro centro.

RESULTADOS EN ADENOCARCINOMA CORPOROCAUDAL DE PANCREAS CON ABORDAJE MINIMAMENTE INVASIVO.

erwin buckel gonzalez , Mario Ferrario Barriga, Felipe Puelma Calvo, guillermo castro guerra.*

Clínica Las Condes. Hepatobiliar y Trasplante.

Introducción: El cáncer de páncreas tiene una alta mortalidad, por posición anatómica el adenocarcinoma de cuerpo y cola de páncreas presenta una sobrevida

libre de enfermedad muy baja dado su diagnóstico tardío por no presentar mayor sintomatología.

Objetivos: Dar a conocer resultados y mortalidad en nuestra serie.

Material y Método: Se realizó un estudio retrospectivo entre 2011 a enero de 2017 donde se tabularon las pancreatectomías corporo caudales mínimamente invasiva que se realizaron en el equipo de hepatobiliar de Clínica las Condes. Se tabuló por tipo de cirugía, histología y se seleccionó el subgrupo con adenocarcinomas, incluyendo características demográficas, imageneológicas, quirúrgicas, estadía, complicaciones postoperatorias según clasificación claven dindo, tratamiento adyuvante postquirúrgico, sobrevida y mortalidad general.

Resultados: Se registraron 3 hombres 3 mujeres, 58-88 años, promedio 70 años, 6 laparoscópicos, 1 de ellos convertido por adherencias, todos con esplenectomía asociada. 5 a 21 días de estadía, promedio 8 días, no hubo complicaciones ni mortalidad a 30 días. El 100% de los pacientes consulto por dolor abdominal por otra causa, fueron diagnosticados como hallazgo imageneológico con eco en 1 caso y TAC en los 5 restantes. El estudio se completó con resonancia en 4 pacientes. 5 pacientes fueron T3 y 1 fue T2, 2 N1, 4 N0, 1 a 8 ganglios etapificados, promedio 3, siendo el 100% etapa II según clasificación AJCC 7th, 5 pacientes recibieron quimioterapia, la paciente de 88 años no recibió adyuvancia. Seguimiento promedio fue 21 meses, mínimo 4 máximo 40, 3 pacientes fallecieron en el seguimiento, 1 paciente de 88 años al 4 mes, 1 paciente al año con antecedente de DHC mas hepatocarcinoma y la tercera paciente tuvo 40 meses de sobrevida. CA 19-9 fue 5 a 229, promedio 60, siendo el más alto el con mortalidad al 4 mes.

Conclusión: En nuestra serie el diagnóstico fue hallazgo imageneológico en el 100%, la sobrevida es la que se describe en la literatura a 2 años, necesitando más seguimiento para lograr establecer sobrevida a 5 años.

Segmentectomía lateral izquierda laparoscópica en donante vivo para trasplante hepático pediátrico. Serie de 12 casos en Chile.

Mario Uribe Maturana , Felipe Catan Gouhaneh, Francisco Riquelme Marín, Sebastian Uribe-Echevarría Aránguiz, Waldo Martinez Muñoz, Cristian Astudillo Díaz, Boris Marinkovic Gómez, Gloria González García.*

Hospital del Salvador, Departamento Cirugía Oriente, Universidad de Chile Servicio de Cirugía, Equipo de Cirugía Hepatobiliopancreatic.

Introducción: El trasplante hepático pediátrico (TH-P) con donante vivo es una alternativa segura y efectiva en pacientes con enfermedad hepática en estadio final y falla hepática fulminante. En 1999 iniciamos el programa de donante vivo para TH-P. Considerando esta experiencia y nuestra experiencia en resecciones hepáticas laparoscópicas, incorporamos en 2015 la laparoscopia en la cirugía del donante vivo.

Objetivos: Describir los resultados de nuestra serie con los primeros 12 casos de segmentectomía lateral izquierda laparoscópica en donante vivo para TH-P.

Material y Método: Entre 2015-2017, 12 adultos sin comorbilidades fueron seleccionados para una segmentectomía lateral izquierda laparoscópica (SLI-L) para TH-P de sus hijos. Todos los pacientes fueron estudiados con AngioTAC de abdomen y volumetría. Se registraron prospectivamente los detalles del procedimiento y las complicaciones según Clavien-Dindo. Técnica: Posición francesa, uso de 4-5 trocares de 10/11 mm.. Comenzamos identificado el pedículo hepático izquierdo y con la transección hepática 1 cm. a la derecha del ligamento falciforme con Harmonico y/o Herbejet, controlando vasos de mayor calibre con clip/hemolock. Controlamos la arteria y vena porta izquierdas con hemolock, para luego terminar la transección con stapler a nivel de la vena suprahepática izquierda.

Resultados: 12 adultos fueron sometidos a una SLI-L, edad promedio (X) 30,5 años. El tiempo operatorio fue X=367 min. Un caso requirió conversión a técnica mano-asistida por sangrado de la vena suprahepática izquierda. La estadía fue de X=4,7 días (rango 3-12 días). Tuvimos una complicación ClavienDindo>II, en una paciente de 24 años con fuga biliar. Requirió una colangiografía endoscópica retrograda + instalación de prótesis biliar. No hubo otras complicaciones a 90 días. Los receptores tenían entre 6 meses y 5 años de edad, mediana 9 meses. Las indicaciones de TH-P: atresia de vías biliares (AVB)(n=8), falla hepática fulminante (n=2), etiología desconocida y hepatoblastoma. El tiempo operatorio fue X=360 min, isquemia fría y caliente de 150 y 33 min. respectivamente. 4 casos necesitaron una anastomosis arterial por microcirugía. En todos se realizó anastomosis biliodigestiva en YRoux (ABYR). Una receptora debió ser reoperada a las 36 horas por dehiscencia de la ABYR. No hubo trombosis arterial ni otras complicaciones inmediatas. Dos pacientes presentaron un bilioma, manejados con drenaje

percutáneo. Tuvimos 2 rechazos agudos moderados, manejados con metilprednisolona. Una de estas pacientes evolucionó con mucormicosis de la pared torácica requiriendo 5 aseos quirúrgicos y falleciendo a los 35 días. Un paciente requirió una nueva ABYR por estenosis a los 5 meses del TH-P. La supervivencia de injerto y pacientes, 91,7% a 1 y 2 años, con una mediana de seguimiento de 272 días (35 a 749 días).

Conclusión: La SLI-L del donante vivo para TH-P es un procedimiento seguro que permite minimizar el impacto de la cirugía del donante y aumentar el pool de órganos con excelentes resultados.

El Trasplante de Hígado Cura la Hemofilia A. Primer caso en Chile

Eduardo Fernando Pimentel González, Jorge Martínez Castillo, Pamela Zuñiga Contreras, Ximena Valladares Ticona, Carlos Benítez Gajardo, Patricio Rojas Reyes, Eduardo Briceño Valenzuela, Juan Francisco Guerra Castro, Nicolas Jarufe Cassis.*

Clínica Universidad Católica. Departamento de Cirugía Digestiva.

Introducción: La hemofilia es una enfermedad hemorrágica hereditaria recesiva ligada al cromosoma X, que afecta 1/10000 varones. La variante A es el tipo más frecuente. Una complicación de su terapia transfusional es la cirrosis por hepatitis viral crónica. Presentamos un paciente hemofílico grave trasplantado por Daño Hepático Crónico (DHC) por Virus C con resultado de curación de su Hemofilia A.

Objetivos: Presentar el primer caso en Chile de curación de una Hemofilia A grave mediante un trasplante hepático (TH) indicado por una Cirrosis por virus hepatitis C (VHC) complicada con un síndrome hepatopulmonar (SHP). Se presenta además el protocolo de manejo de coagulación intra y postoperatorio, y evolución postoperatoria con mejoría de niveles de factor VIII (FVIII).

Material y Método: Presentación del caso y revisión de la literatura. Comunicamos el protocolo transfusional empleado y se analiza la literatura pertinente y de los casos previamente publicados.

Resultados: Paciente varón de 46 años, hemofílico tipo A grave, politrasfundido durante su infancia con crioprecipitado y liofilizado, artropatía hemofílica avanzada que requirió prótesis de rodilla bilateral. Con diagnóstico de hepatitis C en el año 2007 y tratamiento con interferón y ribavirina suspendido por mala

tolerancia y desarrollo de diabetes mellitus, evolucionando a DHC con hipertensión portal, ascitis, varices esofágicas con episodios de sangrado grave indicándose profilaxis con FVIII liofilizado y escleroterapia. Realiza nueva terapia para Hepatitis C con ledipasvir/sofosbuvir y ribavirina que resulta exitosa. Presenta SHP progresiva de evolución rápida por lo que se evalúa y enlista para trasplante con score MELD 17. Se planifica manejo perioperatorio de coagulación por hematólogo tratante de hospital de base y hemostasia del programa de hemofilia de nuestro centro. Se discute protocolo con equipo de trasplante y se coordina con laboratorio. Se solicita cuantificación de inhibidores que resultan negativos. Se realizó un TH con injerto de donante fallecido bajo protocolo de remplazo de FVIII en infusión continua con meta de nivel de FVIII de 80-100%. Sólo requirió transfusión de 3 Unidades de glóbulos rojos de banco, con escaso sangrado intraoperatorio. Al 4º día postoperatorio debido a FVIII >70% se suspende aporte de liofilizado. En seguimiento a 11 meses de TH, paciente no requiere terapia de remplazo de FVIII ni suplementación de oxígeno con una Capacidad Funcional I.

Conclusión: Los resultados del TH y de las terapias antivirales actuales, permiten extender las indicaciones del trasplante de hígado. Los pacientes hemofílicos, frecuentemente se complican con cirrosis virales y su morbilidad. Este caso, confirma la poca literatura al respecto. El resultado de curación de la hemofilia, debe hacernos reflexionar en proponer el TH en hemofilias graves con DHC conocido.

Carcinosarcoma vesicular. Reporte de un caso

Maria Fernanda Toro Vildosola , Gerson Pérez Flores, Milenko Slako Martínez, Ignacio Torrejón Armijo, Alvaro Rojas Luca, Cristobal Ulloa Astargo.*

Hospital de Viña del Mar. Cirugía hepatopancreatobiliar.

Introducción: El carcinosarcoma vesicular representa menos del 1% de las neoplasias malignas de vesícula. Se caracteriza por tener componentes malignos epiteliales y mesenquimatosos de forma simultánea. Existe escasa evidencia en cuanto al comportamiento clínico y el tratamiento óptimo para este tipo de tumores. Su pronóstico es desfavorable, reportándose sobrevida de solo 16% a 5 años.

Objetivos: Dar a conocer una histología poco común de cáncer vesicular (carcinosarcoma), cuya incidencia es muy baja y su pronóstico desfavorable. Mostrar el

manejo de un paciente con buena evolución y ausencia de recidiva a 3 años.

Material y Método: Estudio retrospectivo de un caso. Mujer de 69 años con ictericia silente, coluria, acolia y baja de peso de 5kg en 1 mes. Estudio con TAC y RNM evidenció vesícula en porcelana, colelitiasis, signos de barro biliar en vía biliar extrahepática y conducto cístico. CPRE: coágulos y fibrina en colédoco distal, vía biliar dilatada, sin cálculos. Se instaló prótesis biliar. Estudio de diseminación para cáncer negativo. Se realizó colecistectomía abierta con biopsia rápida positiva para neoplasia vesicular. Se completa cirugía con linfadenectomía, resección de cuña hepática y vía biliar. Biopsia diferida informa carcinosarcoma vesicular. Vía biliar extrahepática con componente tumoral endoluminal. Lecho hepático y 21 ganglios sin tumor. Presentada a comité oncológico decidiendo radioquimioterapia.

Resultados: Buena evolución postoperatoria, sin dolor, coluria, acolia, ni ictericia. Controles al tercer año sin evidencia de recidiva, paciente asintomática.

Conclusión: El carcinosarcoma vesicular es una patología de baja incidencia con escasa supervivencia a los 5 años. La evidencia en cuanto al tratamiento es aún más escasa no teniendo claro las líneas terapéuticas óptimas a seguir. La cirugía más radioquimioterapia adyuvante podría ser un tratamiento efectivo para el carcinosarcoma vesicular con extensión a vía biliar como el del presente caso.

Hemorragia post-pancreatoduodenectomía. Experiencia local en un centro regional.

Carla Magdalena Guianatti Mancilla , Javier López Sebastián, Marcelo Barra Muñoz, Karen Rojas Rossel, Mauricio Zambra Rojas.*

Hospital de Coquimbo, Universidad Católica del NorteServicio de Cirugía.

Introducción: Las pancreatoduodenectomías son procedimiento quirúrgico complejos, con una alta tasa de complicaciones. La hemorragia post-pancreatoduodenectomía (HPP) corresponde a una complicación que se presenta entre un 2.5 y 20% y está asociada a una mortalidad de un 11 a 56%.

Objetivos: El objetivo de este estudio es describir la presentación, manejo y evolución de los pacientes que presentaron HPP.

Material y Método: Estudio de corte transversal, descriptivo; que incluye las 58 pancreatoduodenectomías realizadas en el Servicio de Cirugía del Hospital de Coquimbo, entre los años 2010 y 2017. Se excluyen aquellas resecciones que se les realiza pancreatectomía total o distal. Se realiza revisión de fichas clínicas y se seleccionan aquellos pacientes que presentaron una HPP. Se incluyen variables demográficas, patológicas y quirúrgicas; y se clasifican de acuerdo a la definición descrita por la "International Study Group of Pancreatic Surgery" (Surgery 2007;142:20-5). El análisis estadístico descriptivo se realiza mediante el programa de Excel.

Resultados: HPP presentaron 8 pacientes (13%), 4 fueron hombres y la edad media fue de 63,6 años (33-84). A todos se les realizó pancreatoyeyuno anastomosis ducto-mucosa. Siete (88%) presentaron sangrado tardío y en 5 (63%) el sangrado fue severo. Siete (88%) presentaron sangrado extraluminal y en 6 de éstos se pudo objetivar un sangrado centinela. 4 (50%) fueron clasificados como sangrado tipo B y 4 (50%) tipo C. Se manejaron 2 (25%) en forma conservadora, 1 (13%) endoscópicamente y 5 (63%) fueron reintervenidos quirúrgicamente. Los sitios de sangrado en los pacientes reintervenidos fueron: dos en el muñón de arteria gastroduodenal, 1 esplénico, 1 en el sitio de inserción del drenaje y 1 del eje mesentérico-portal. En 4 (50%) se asoció una fístula pancreática. Hubo un (13%) paciente con mortalidad.

Conclusión: Ante el riesgo de una HPP, se requiere de una vigilancia estricta, en especial las primeras 24 horas post cirugía y en los que desarrollan una fístula pancreática. No tenemos experiencia con el tratamiento endovascular. En pacientes de la misma categoría evidenciamos diferencias en el pronóstico y su manejo. Al igual que otros grupos, planteamos que la clasificación actual debiera ser revisada.

Nutrición vía oral precoz en pancreatitis aguda. Estudio de Cohorte

mauricio onofre coronado cofre , Héctor Losada Morales, SONIA CURITOL SANCHEZ, Jorge Silva Abarca, Andres Ignacio Troncoso Trujillo.*

Hospital Hospital de Temuco, UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA CIRUGÍA TRAUMATOLOGÍA Y ANESTESIA .

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) es una patología frecuente, asociado en gran parte a la prevalencia de coledolitiasis. El tratamiento se basa en terapia de soporte, donde la alimentación juega un rol

importante, es por esto que es clave determinar la vía de administración y el momento de iniciarla.

Objetivos: Determinar si la nutrición vía oral precoz (NVOP) disminuye la estancia hospitalaria y no se asocia a mayor reactivación de PA, ni a deterioro del pronóstico.

Material y Método: Cohorte prospectiva de pacientes con PA, a quienes se aplicó un protocolo de NVOP, se evaluó tolerancia, tiempo de realimentación, estancia hospitalaria, reactivación, presencia de complicaciones locales y necesidad de cama en unidad crítica. Criterios de exclusión: requirieron ventilación mecánica, presencia íleo gástrico o sospecha de obstrucción intestinal. Cálculo del tamaño de la muestra: se definió como variable desenlace la estancia hospitalaria en base a un reporte nuestro, se proyectó que se podía disminuir a 9 días (nivel de significancia de 95% y un poder de 80%). Se obtuvo un tamaño de la muestra de 64 pacientes. Se utilizó herramientas de estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión. La base de datos confeccionada en excel y análisis stata 12.0.

Resultados: n=65 pacientes, 69,2% de género femenino. El 49,3% presentó PA grave (PAG), el 90,8 % toleró el protocolo de NVOP, con un promedio de estancia hospitalaria de 13,3 ± 5 días vs 19 ± 8,2 días en quienes no toleraron (p=0,0177). Hubo reactivación de PA en 1 (1,5%) paciente sin tener relación con el protocolo. No hubo necesidad de cama en unidad crítica, ni mortalidad.

Conclusión: La NVOP como parte del tratamiento de PA es viable y segura, se asocia a menor estancia hospitalaria, y no se relaciona con una mayor tasa de reactivación de PA, complicaciones locales, ni aumento de mortalidad.

Obstrucción intestinal secundaria a Evicel® utilizado en hepatectomía: reporte de caso

Waldo Martínez Muñoz , Pamela Alejandra Marin Villalon, Marianne Matty Rojas Arellano, Oscar Schatloff Bitran, Alberto Perez -Castilla M..*

Clínica Indisa. Servicio de Cirugía.

Introducción: Las complicaciones postoperatorias de la hepatectomía laparoscópica, se reportan hasta en 10,5% de los casos. Generalmente, estas corresponden a sangrados que, en los últimos años, gracias al uso de nuevas técnicas de hemostasia como el Evicel®, disminuye el tiempo necesario para controlar la

hemorragia. En la literatura, se registran pocas complicaciones asociadas al uso de estos sellantes.

Objetivos: El objetivo de este trabajo, es realizar una revisión bibliográfica sobre obstrucción intestinal secundaria al uso de sellantes de fibrina en relación a un caso de obstrucción intestinal post hepatectomía, secundaria al uso de Evicel®

Material y Método: Mujer de 67 años, derivada con diagnóstico de neoplasia renal derecha que se extiende al hígado. Se realiza nefrectomía radical derecha y segmentectomía hepática del segmento VI vía laparoscópica. Se aplica Evicel® a lecho hepático. Evolución postoperatoria tórpida, con mala tolerancia oral y dolor abdominal. Scanner de abdomen y pelvis con importante dilatación de asas de intestino delgado con niveles hidroaéreos que persiste hasta el ángulo hepático donde se identifica cambio de calibre a partir del cual las asas tienen calibre normal. Se realiza laparoscopia exploradora evidenciando obstrucción intestinal con clara diferencia de calibre de asas en relación a sitio quirúrgico, con área intestinal adherida al lecho con Evicel®. Sin compromiso vital de asas. Se practica adherenciólisis.

Resultados: Luego de una revisión de la literatura sobre las causas de OI en pacientes postoperados de hepatectomía, no existe ningún reporte de caso hasta la fecha que asocie la OI al uso de sellantes de fibrina. Sólo existe un reporte de dos casos de pacientes postoperados de bypass gástrico en el Harlem Hospital Center de Nueva York, en que se utilizó este sellante en ambas anastomosis de la Y de Roux. Las dos pacientes evolucionaron con una OI en relación al lecho de aplicación del sellante y requirieron de cirugía para su resolución. Este grupo, recomienda un correcto posicionamiento de las asas intestinales durante y posterior a la aplicación de Evicel®, para prevenir el acodamiento del intestino.

Conclusión: Recabando la experiencia de este reporte de caso más el encontrado en la literatura, es necesario tener en cuenta esta posible complicación al utilizar este material de hemostasia, y así establecer las medidas necesarias de prevención y a la vez, mantener una estrecha vigilancia de los síntomas en la evolución postoperatoria de estos pacientes para detectar y tratar el cuadro de forma precoz.

Resección Hepática por Hepatocarcinoma. Experiencia Clínica Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción.

Blas Aguilera Ibarra , Rodrigo Torres-Quevedo Quevedo, Eduardo Figueroa Rivera, Juan Marcos Grajeda Balderrama, Fabrizio Moisan Paravic, JAVIERA FERNANDA DIAZ ESPINOSA, Valentina Duran Espinoza, Giovanni Enrique Concha Murua.*

Hospital Regional de Concepción, Universidad de Concepción Servicio de Cirugía.

Introducción: El carcinoma hepatocelular (HCC) corresponde a la neoplasia hepática primaria maligna más frecuente, constituyendo la tercera causa de muerte por cáncer a nivel mundial. Dentro de las opciones terapéuticas, se encuentra la resección hepática (RH) que surge como una alternativa terapéutica eficaz al trasplante hepático, especialmente en pacientes con función hepática conservada sin hipertensión por

Objetivos: Describir las características clínicas, resultados postoperatorio y sobrevida de los pacientes con HCC sometidos a RH.

Material y Método: Serie de casos, constituida por pacientes con diagnóstico de HCC sometidos a RH entre Julio de 2011 y Julio de 2017 en Hospital Guillermo Grant Benavente. Se analizó variables demográficas, estadio funcional hepático, tipo RH, morbilidad y mortalidad postoperatoria, supervivencia global a 1 y 3 años.

Resultados: Se intervienen 19 pacientes, logrando efectuar RH en 14 de ellos. La edad media fue 66.6 + 10,3 años y el 79% corresponde al género masculino (11 hombres). Todos los pacientes se encuentran en estadio Child A con mediana de puntaje MELD 7 [6-12]. En 10 pacientes se asoció daño hepático crónico (7 NASH, 2 Alcohol, 1 Virus C). Se realizan 6 RH mayores, la media del tiempo operatorio fue 218,4 + 101,2 min, 9 pacientes requirieron estadía UCI (64.3%), con una mediana de 3 [1-7] días, 3 requieren transfusión de glóbulos rojos. La mediana de estadía postoperatoria fue 8 [3-27] días. 2 pacientes presentan morbilidad (Clavien IIIA y IVA) y un paciente fallece al tercer día por insuficiencia hepática posoperatoria. Cuatro pacientes presentaron recurrencia de enfermedad (28,6%) y la sobrevida global a 1 y 3 años fue de 85% y 77%, respectivamente.

Conclusión: En pacientes sin de criterios de trasplante hepático, la RH surge como opción terapéutica segura en pacientes sin hipertensión portal y permite una supervivencia global a 1 y 3 años comparable a la obtenida con el trasplante.

Resolución Laparoscópica de un quiste de colédoco en adulto: reporte de un caso

Waldo Martínez Muñoz* , Rocío Begoña Durán González, Pamela Alejandra Marin Villalon, Francisco Riquelme Marín, Cristian Astudillo Díaz.

Hospital del Salvador. Servicio de Cirugía.

Introducción: Los quistes de colédoco son una dilatación que compromete la vía biliar tanto intra como extrahepática. Se presentan con mayor frecuencia en niños, siendo diagnosticados en un 80% durante la primera década de vida. Se asocian a estasis, litiasis y colangiocarcinoma con un riesgo 20-30 veces mayor que la población general, por lo que una vez diagnosticados, se deben resear de forma completa

Objetivos: El objetivo de este estudio, es realizar una revisión bibliográfica sobre los quistes de colédoco y su tratamiento quirúrgico a partir de un caso. Se presenta la factibilidad de la resección completa del quiste y su derivación biliodigestiva en forma laparoscópica.

Material y Método: Mujer de 50 años, sin antecedentes mórbidos, con historia de 2 años de dolor abdominal en hipocondrio derecho, con múltiples consultas a urgencias, acude por vómitos postprandiales, dolor abdominal e ictericia. Al examen físico dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho y epigastrio. Scanner de abdomen muestra quiste de colédoco. Colangiorensonancia informa colédoco quístico Todani I con barro biliar. Se realiza laparoscopia en que se observa quiste de colédoco de 5 cm de diámetro, que compromete desde el hepático común hasta la porción supraduodenal de la vía biliar. Se realiza resección del quiste, hepatico-yeyuno anastomosis y colecistectomía laparoscópica sin incidentes. Evolución post operatoria favorable. Biopsia diferida de vesícula y quiste, sin atipías.

Resultados: Los quistes de colédoco en adulto son poco frecuentes, la mayoría se diagnostica antes de los 10 años de edad. Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal e ictericia con masa abdominal al examen físico. Esta triada está presente en 20% de los casos y >65% cursa con 1 año de evolución del cuadro. Su importancia radica en la asociación con colangiocarcinoma que llega a ser 20-30 veces mayor que la población general. El estudio inicial contempla la ecografía abdominal, en donde se observa una vía biliar dilatada sin obstrucción categórica. Sin embargo, el goldstandard es la colangiorensonancia que permite clasificar los quistes según Todani, en 5 tipos (por

ubicación y forma de la dilatación). El manejo quirúrgico, varía según las opciones disponibles tanto en la técnica quirúrgica a realizar como del abordaje. El uso de laparoscopia tiene la ventaja de menor morbimortalidad, pese al mayor tiempo operatorio. Sin embargo, cabe destacar que por su complejidad es limitado su uso en reconstrucción de vía biliar. En general se realiza una resección completa del quiste, asociada a una hepato-yeyuno anastomosis y colecistectomía. Si no es posible, se debe realizar una cistoenterostomía, con seguimiento de por vida del paciente por el riesgo de malignización. El tiempo promedio de aparición del colangiocarcinoma va de 6 a 15 años después, por lo que el seguimiento debe extenderse por todo este periodo.

Conclusión: El quiste de colédoco , cuando es identificado en adultos, es de manejo es quirúrgico principalmente por riesgo de desarrollar malignidad. Para su tratamiento, la cirugía de elección es la resección completa del quiste, idealmente por vía laparoscópica con seguimiento posterior ya que el riesgo de cáncer dura hasta 15 años.

Reporte de Metástasis de Colangiocarcinoma Intrahepático en sitio de punción de biopsia percutánea

Juan Pablo Henríquez Rissios* , Rolando Rebolledo Acevedo, Cristián Jarry Trujillo, Vanessa Ahumada Farías , María Eliana Solovera Rozas, Eduardo Briceño Valenzuela, Jorge Martínez Castillo, Nicolas Jarufe Cassis.

Hospital Clínico de la Universidad Católica División de Cirugía. Departamento Cirugía Digestiva.

Introducción: La biopsia percutánea de neoplasias constituye una herramienta diagnóstica útil para orientar tratamientos y eventual necesidad de quimioterapia (QT) . Uno de los efectos adversos descritos consiste en la metástasis de sitio de punción. Esto se ha reportado en casos de hepatocarcinoma y tumores pancreáticos, entre otros. Se describe el primer reporte de un colangiocarcinoma intrahepático (CI).

Objetivos: Describir el primer reporte de metástasis en sitio de punción como complicación tras biopsia percutánea de un CI. Reportar la conducta quirúrgica realizada frente a esta infrecuente complicación y la evolución postoperatoria del paciente.

Material y Método: Este estudio constituye un reporte de caso clínico único, constituyendo un estudio observacional descriptivo. Se realizó una búsqueda en

PubMed y Epistemonikos sin encontrar reporte alguno a la fecha de siembra de sitio de punción de Colangiocarcinoma, sin embargo existen extensos reportes para el caso de Hepatocarcinoma. La información fue obtenida, previo consentimiento informado, de las fichas clínicas y sistemas informáticos de exámenes de laboratorio e imágenes del Hospital Clínico de la Universidad Católica.

Resultados: Hombre de 63 años, con antecedente de colecistectomía. Consulta por baja de peso de 10 kg en 3 meses, asociado a dolor en hipocondrio derecho. En laboratorio destaca patrón colestásico en pruebas hepáticas. Se complementa estudio con TAC TAP y PET-CT destacando tumor hepático de 9,5 cm que compromete segmentos IV, V y VIII, con extensa necrosis central y SUV de 11. Sin evidencia de otras lesiones. Marcadores tumorales: CA19-9 >10000; CEA 1491 y AFP normal. Se discute caso en comité y se decide embolización portal y biopsia percutánea. Muestra compatible con CI. Se realizan 3 ciclos de QT neoadyuvante y hepatectomía derecha extendida + resección de 5 cm de diafragma. Biopsia confirma diagnóstico de CI. Al 3er mes cursa con aumento de volumen costal derecho. Se estudia con TAC-TAP que descarta recidiva abdominal, describiendo nódulo de 28x10 mm en 7mo arco costal derecho. Se realiza resección de lesión en relación a trayecto de biopsia percutánea, distante a sitio de embolización portal. Biopsia rápida compatible con colangiocarcinoma con borde profundo positivo realizándose resección parcial de 7mo arco costal. Biopsia definitiva informa tejido muscular compatible con metástasis de CI. PET-CT postoperatorio descarta foco metabólico costal, pero describe nódulo hepático hipermetabólico de 19 mm. Se realiza resección hepática no anatómica + 7 cm de diafragma. Paciente cursa con evolución postoperatoria favorable. Actualmente en plan de quimioterapia adyuvante.

Conclusión: La biopsia percutánea de CI presenta el potencial efecto adverso de metástasis en sitio de punción, sumándose a otras neoplasias previamente descritas. El aumento de volumen y/o la aparición de nódulos en estudios imagenológicos en sitios de trayecto de biopsia percutánea son signos de potenciales recidivas a tener en consideración.

Colgajo posterior de vía biliar principal en hepaticoyeyunoanastomosis

*Mario Uribe Maturana**, *Francisco Riquelme Marín*, *Felipe Catan Gouhaneh*, *Boris Marinkovic Gómez*, *Sebastian Uribe-Echevarría Aránguiz*, *Waldo Martínez*

Muñoz, Gloria González García, Cristian Astudillo Díaz.

Hospital del Salvador, Departamento Cirugía Oriente, Universidad de Chile Servicio de Cirugía, Equipo de Cirugía Hepatobiliopancreatic.

Introducción: La hepaticoyeyunoanastomosis es un procedimiento frecuente en la cirugía hepatobiliopancreática y trasplante hepático, cuya complejidad aumenta en vías biliares de menor calibre por una inadecuada exposición de la pared posterior de ésta. Presentamos una nueva técnica para facilitar la realización de este tipo de derivación biliodigestiva.

Objetivos: Presentar una nueva técnica creada por los autores para la realización de una hepaticoyeyunoanastomosis dejando un colgajo posterior de vía biliar, describiendo los aspectos técnicos más relevantes.

Descripción y contenido del vídeo: Paciente sometido a cirugía abierta con indicación de hepaticoyeyunoanastomosis. Se muestra: preparación del asa de yeyuno que será ascendida. Resección de 2 mm. distales de la mitad anterior de la pared de la vía biliar respetando la irrigación de ésta. Se realiza anastomosis con sutura corrida monofilamento 5-0 o 6-0, comenzando desde el ángulo interno hacia el externo volviendo por cara anterior con la otra sutura. De esta forma no sólo se facilita la visualización de la pared posterior del hepático sino que la sutura anterior y posterior quedan en distinto plano, lo que pudiera disminuir el porcentaje de estenosis.

Experiencia del Servicio de Cirugía del Hospital Barros Luco-Trudeau en el tratamiento laparoscópico de la coledocolitiasis ante falla del tratamiento endoscópico.

*Javier Eduardo Reyes Illanes**, *Rodrigo Abularach Cuellar*, *Felipe Castillo Henriquez*, *Ana Valentina Valenzuela Rebolledo*, *Hernán Eduardo Ureta Díaz*, *Ricardo Andrés Cáceres Villar*, *Pablo Meneses Rojo.*

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

Introducción: El tratamiento de la coledocolitiasis ha variado con el desarrollo de tecnologías diagnósticas y terapéuticas. La elección de tratamiento depende del momento diagnóstico, contexto clínico y recursos disponibles. Cuando el diagnóstico es preoperatorio, la extracción por ERCP es de elección. Cuando ésta falla o

no está disponible, la coledocolitotomía laparoscópica es una alternativa segura y eficaz

Objetivos: El objetivo del presente estudio fue caracterizar los casos de coledocolitiasis tratados con coledocolitotomía laparoscópica y coledocorrafia primaria sobre endoprótesis en el Hospital Barros Luco-Trudeau entre los años 2014 y 2017.

Material y Método: Estudio retrospectivo descriptivo. Se realizó una búsqueda de los casos tratados en nuestro hospital entre los años 2014 y 2017 en los registros de pabellones. Posteriormente se realizó una revisión de las fichas clínicas correspondientes, recopilando información demográfica, diagnóstica y terapéutica de cada caso. Se analizaron los datos con STATA 12.

Resultados: Se identificaron 21 casos con un promedio de edad de 60,9 años (23-85), de los cuales 4 fueron de sexo masculino (19%) y 17 femenino (81%). Respecto a los antecedentes, 12 pacientes (57%) presentaba alguna comorbilidad, siendo la más frecuente la HTA, 6 (29%) tenían cirugías abdominales previas y un 29% era tabáquico. La indicación quirúrgica en todos los casos fue la extracción frustra a través de ERCP. En un 86% de los casos la extracción fue exitosa por vía laparoscópica. De los 3 casos en que no fue posible la extracción completa, se decidió conversión a cirugía abierta en dos, logrando la extracción, y en otro se decidió una nueva ERCP en forma diferida. La tasa de conversión fue de 19%, en un 50% debido a la imposibilidad de la extracción, 25% por proceso inflamatorio agudo que impidió adecuada exposición de la vía biliar y 25% por dudas en la colangiografía intraoperatoria. En todos los casos se realizó rafia primaria de la coledocotomía sobre endoprótesis. Hubo 4 complicaciones quirúrgicas (19%) y 1 coledocolitiasis residual.

Conclusión: La coledocolitotomía con rafia primaria sobre endoprótesis por vía laparoscópica constituye una alternativa segura y eficaz en la resolución de la coledocolitiasis ante el fracaso de la ERCP, evita la morbilidad de la laparotomía y de la sonda Kehr. Nuestra experiencia local es comparable a lo reportado en la literatura.

PANCREATITIS AGUDA SEVERA EN UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO, EXPERIENCIA HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU AÑOS 2009-2017

Chu Long Yuan Lu , Javier Reyes Illanes, Felipe Castillo Henríquez, Josefá Quezada Morales, Silvana*

Cabrera Cabello, Rodrigo Abularach Cuellar, Iván Andrés Santana Larraquibel.

Hospital Barros Luco-Trudeau. Servicio Cirugía. Equipo Digestivo Alto.

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) es un proceso inflamatorio del páncreas, con una incidencia anual de 4.9 -35 por 100,000 personas, siendo de estas 15-25% severas. Dentro de la etiologías más prevalentes se encuentra de etiología biliar (35-40%). El manejo es principalmente de soporte hemodinámico, sin embargo, un grupo de pacientes tienen indicación quirúrgica.

Objetivos: Describir epidemiología, criterios de severidad al ingreso, evolución a las 48 horas, tratamiento y mortalidad de pacientes hospitalizados por pancreatitis aguda severa en unidad de paciente crítico (UPC) del Hospital Barros Luco Trudeau (HBLT)

Material y Método: Estudio retrospectivo y descriptivo en que se analizaron datos de ingreso de 54 pacientes hospitalizados en UPC con diagnóstico de Pancreatitis aguda severa entre los años 2009 y 2017, donde se consideraron variables demográficas, criterios de severidad, tratamiento inicial, indicación quirúrgica, evolución en primeras 48 hrs y mortalidad.

Resultados: Dentro de la muestra total de 54 pacientes el 62,2% eran hombres y un 37,8% con un promedio de edad 56 +/- 18,3 años. El 18,5% estaba colecistectomizado y un 75% tenía factores de riesgo para PA. El 44,4% fue de etiología biliar. Al ingreso el 78,8% presentó hiperamilasemia, el 80,9% tuvo valor de PCR mayor a 150 y un 71,15% presentaba leucocitosis mayor a 16.000gb/microlitro con alteraciones en función renal en un 46,2%. Sólo un 10% presentó GOT mayor a 250, un 48% presento LDH sobre 350. El 79,6% fue manejado con tratamiento antibiótico y un 31,4% tuvo indicación quirúrgica. Un 63% presentó hipocalcemia que aumentó a un 70,6% a las 48 horas del ingreso. La media de requerimiento de cama UTI fue de 4 días y 22,2% de los pacientes requirió cama UCI. Se reporta un fallecido del total de pacientes (1,8%)

Conclusión: Pancreatitis aguda severa es un cuadro con mortalidad hasta 17% descrita en la literatura. En nuestro estudio tuvo una mortalidad de 1,8%, el manejo médico de la patología destaca por sobre el 31,4% de indicación quirúrgica. El tratamiento de este cuadro en la Unidad de Pacientes Críticos es fundamental para mejorar la resolución de la falla orgánica.

Resección laparoscópica de metástasis hepática de ubicación difícil

Alejandro Ignacio Brañes García , Juan Francisco Guerra Castro, Eduardo Briceño Valenzuela, Jorge Martínez Castillo, Nicolas Jarufe Cassis.*

Hospital Clínico Universidad Católica Cirugía Digestiva.

Introducción: Se presenta el caso de un paciente con antecedentes de un carcinoma de células renales resecaado, en cuyas imágenes de control se diagnostica una metástasis hepática subcapsular en el segmento VII, de ubicación apical y posterior. Se realiza una resección satisfactoria de la lesión por vía laparoscópica, siendo el paciente dado de alta al segundo día postoperatorio.

Objetivos: Presentar el caso de un abordaje laparoscópico para la resección de una lesión metastásica hepática de ubicación difícil,

Descripción y contenido del vídeo: Se posiciona el paciente en decúbito lateral izquierdo y se instalan cuatro trócares de trabajo. Se pueden observar múltiples adherencias en la región inframesocólica por las cirugías previas, pero el hígado se observa libre. Se comienza con la movilización del hígado derecho con la disección del ligamento coronario derecho hasta identificar la vena cava retrohepática en su totalidad. Se logra identificar la lesión subcapsular, apical y posterior en el segmento VII, y se corrobora utilizando ecografía intraoperatoria. Se reseca la lesión utilizando instrumentos de energía con un margen adecuado de tejido sano y se retira en bolsa.

Estudio de la Axila previo a la Quimioterapia Neoadyuvante en Pacientes con Cáncer de Mama. Experiencia en un Centro Privado de Santiago

Marcela Amar Catalán* , Militza Petric Guajardo, Camila Concha Flores, Jeanne Carla Palet Olguín, Manuel Yañez González.

Clínica Davila Cirugía.

Introducción: En la era de la terapia multimodal del cáncer de mama (CM), cada vez adquiere más importancia evitar el sobretratamiento. Uno de los factores importantes es el nuevo enfoque del manejo de la axila en pacientes con CM tratados con quimioterapia neoadyuvante (QNA). Existe una gran controversia en la etapificación de la axila principalmente en qué momento realizar el estudio de linfonodo centinela

Objetivos: Evaluar manejo de la axila en pacientes diagnosticados entre los años 2015 y 2017 con QNA.

Material y Método: Estudio descriptivo transversal y retrospectivo. Se analizó base de datos de pacientes con CM y que se les realizó QNA en Clínica Davila entre Enero 2015 a Julio 2017. Se utilizó programa SPSS 21.0 estadística descriptiva.

Resultados: En el período de estudio fueron diagnosticadas y tratadas 225 pacientes con cáncer de mama. Se realizó QNA en 55 pacientes (24.4%). Se realizó estudio de linfonodo centinela con técnica mixta al 51,9% en todos los casos fue previo a la QNA en el 18,5% de las pacientes se realizó biopsia core dada axila sospechosa clínicamente o por imágenes 1,9% se realizó con Paaf y 27% no fueron estudiados previo al tratamiento. Obteniendo un estadio axilar negativo en el 47,8% de las pacientes y positivo en el 52,2%.

Conclusión: El óptimo manejo de la axila en QNA ha logrado desescalar en forma segura en el tratamiento del CM en este centro, sobretodo en la enfermedad de mejor pronóstico. Tendencia que se debe seguir fomentando en otras conductas terapéuticas y convencerlos que menos es más.

Asesoramiento genético en pacientes de alto riesgo para cáncer de mama hereditario. Experiencia inicial en el Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río

Militza Petric Guajardo* , Christina Adaniel ., María José Mullins Pardo, Raul Martínez Rogers, Gina Merino Pereira, Marisel Navarro Palma, Francisco Acevedo Claros, Francisco Nicolás Oyarce Torres, Gonzalo Gómez Corona, Armando Iñiguez Cuadra.

Hospital Dr. Sótero del Río. Unidad de Patología Mamaria. Centro Oncológico.

Introducción: El cáncer de mama hereditario (CMH) corresponde al 5 a 10 % de todos los cánceres de mama (CM). El asesoramiento genético (AG), es un componente crítico del cuidado clínico apropiado de las pacientes con CMH y sus familias; Permite realizar una evaluación objetiva del alto riesgo (AR), solicitar estudio genético (EG) adecuado y efectuar un manejo clínico individualizado.

Objetivos: - Identificar a las pacientes de AR para CMH que recibieron AG y/o EG - Evaluar las conductas terapéuticas y de disminución de riesgo a pacientes con CM portadoras de una mutación genética

Material y Método: Estudio de cohorte prospectiva y serie de casos. Se incluyeron pacientes con CM tratadas en este centro desde marzo de 2016 a julio 2017, a las que se les realizó AG para precisar el riesgo de CMH de acuerdo a guías clínicas internacionales. Todos los casos fueron discutidos en comité para definir indicación de EG. Los EG se realizaron en laboratorios Invitae y Colors. El resultado del EG de cada paciente fue discutido en comité multidisciplinario, indicando la estrategia individualizada de manejo terapéutico y seguimiento. Estadística descriptiva.

Resultados: En el periodo de estudio, se realizó AG a 23 pacientes con CM. A 16 pacientes se les realizó EG. Hubo 5 pacientes con resultado positivo, es decir, mutación genética patogénica: 1 con mutación en BRCA1, 2 con mutación en BRCA2, 1 con mutación en PALB2 y 1 con mutación en ATM. Además, se detectaron 3 pacientes con variantes de significado incierto. Se aplicaron normas de guías clínicas internacionales en el manejo y seguimiento de las pacientes. A las portadoras de mutación se les ofreció mastectomía de reducción de riesgo, excepto a una paciente por encontrarse en etapa IV. La técnica quirúrgica utilizada fue la mastectomía subcutánea con preservación del complejo areola pezón y reconstrucción inmediata utilizando colgajo de dorsal ancho sin isla cutánea (técnica endoscópica) asociado al uso de implante mamario. Se indicó EG en familiares probables portadores de la mutación, al momento no se han detectados portadores sanos. Se indicó seguimiento de AR en pacientes con indicación de EG que no han

podido realizarlo. La mayor limitante en el acceso al EG es el costo, por no estar cubierto por el Sistema Publico de Salud.

Conclusión: Existen barreras en el acceso de las pacientes con sospecha de CMH al AG y EG: ausencia de AG como disciplina clínica, falta de entrenamiento del equipo de salud, alto costo de los estudios y falta de cobertura de los seguros. En nuestra experiencia, se observó que el EG con resultado positivo cambió el enfrentamiento clínico-terapéutico en las pacientes con CM y en sus familiares.

BLNC en axila negativa previo a quimioterapia neoadyuvante (QTN), análisis de 2 años

MARCELA FRITIS CACERES* , Carolina Barriga , Camilo Torres , Mabel Hurtado , Batir Chahuán , José Quidel , Herman Waintrub .

Fundacion Arturo Lopez Perez. cirugía .

Introducción: La quimioterapia neoadyuvante tiene múltiples indicaciones que incluye cáncer inoperable ,cáncer inflamatorio, cáncer localmente avanzado , mala relación mama tumor y actualmente paciente triple negativo y HER2 sobreexpresado.,La BLNC en axila negativa puede ser ofrecida antes o después de la QTN ,sin embargo el procedimiento parece ser menos seguro después, con una tasa mayor de falso negativo ,

Objetivos: Describir el protocolo de manejo en QTN, y los resultados de la BLNC en este grupo

Material y Método: Estudio descriptivo prospectivo de diciembre 2014 a diciembre 2016, pacientes con axila clínica mamográfica y ecográfica negativa con mala relación mama-tumor y desde 2016 se incluye también triple negativo y FISH+,todas las pacientes tienen estudio de extensión negativo y TAC de tórax que confirma también que axila es negativa La BLNC se realiza con anestesia general en el momento de la instalación del catéter venoso central (CVC), se estudia el LNC en biopsia diferida, se coloca clip intratumoral previo a QT, o antes del segundo ciclo y resonancia nuclear mama se realiza post QT previo a cirugía

Resultados: 27 BLNC realizadas entre diciembre 2014 y diciembre 2016, edad promedio 48 años, respecto al tumor 89% es T2, cáncer ductal invasor en 92.6%, RE positivo 66.7% ,RP negativo 55.6% ,2 FISH positivo. El motivo mas frecuente para QTN fue mala relación mama tumor 81.5% , hubo 100% de detección de LNC , la biopsia diferida del LNC resulta negativa en 70.4%,

LNC positivo corresponde a 29.6%: 4 metástasis intranodal, 3 extranodal y 1 con micrometástasis

Conclusión: La BLNC previo a QTN es igual que en etapa precoz ,la detección fue alta por la experiencia del equipo, el porcentaje mas alto de LNC positivo es esperable considerando las características del grupo y ,no se retrasa el inicio de la QTN

Colgajo de Limberg en cirugía oncológica conservadora (COP) mamaria: técnica indicación

MARCELA FRITIS CACERES* , Camilo Torres , Carolina Barriga , José Quidel .

Fundacion Arturo Lopez Perez. cirugía.

Introducción: El colgajo de Limberg fue descrito en 1946 y usado principalmente en reparación de defecto en cara y en zona sacro, en 1985 fue publicado el primer caso en relación a cáncer de mama., hemos observado que en cáncer de cuadrantes externos tercio externo el cierre primario conlleva en algunos casos una deformación y hasta lateralización que puede evitarse con el uso de este colgajo

Objetivos: describir la técnica e indicación del colgajo de Limberg en cirugía de mama

Material y Método: Estudio descriptivo prospectivo realizado durante 2016 por el mismo cirujano, a 6 pacientes que presentan tumor en tercio externo de cuadrantes externos ,sometidas a cirugía conservadora Se diseña sobre la piel del tumor un rombo con el diseño de Limberg, extirpado el tumor se realiza la BLNC por esta incisión y en un caso la disección axilar ,terminado el tiempo oncológico se realiza la rotación del colgajo de Limberg con tejido de espesor completo hacia la zona del lecho reemplazando y llenando el defecto

Resultados: 6 pacientes sometidas a esta cirugía entre 47 y 76 años con tumor entre 1 y 4 cm clínico ,1 paciente N1,4 tumores ubicados en UCE, 1 en CSE y 1 en CIE, 5 reciben radioterapia externa (83.3%) y una radioterapia introperatoria, 5 reciben QT adyuvante y posteriormente 5 pacientes quedan con hormonoterapia control de acuerdo a protocolo

Conclusión: el colgajo de Limberg en COP conservadora debe ser considerado en tumores de cuadrantes externo tercio externo , es de fácil ejecución , con buen resultado cosmético,

Hematoma espontáneo de mama: a propósito de un caso.

Valentina Salvador Uauy , Jocelyn Stern Trajman, Fernando Troncoso Reyes, Luisa Legorburu Kolbe.*

Hospital Padre Alberto Hurtado. Unidad de Patología Mamaria.

Introducción: El hematoma de mama se debe generalmente a trauma, procedimientos diagnósticos o cirugía. Excepcional es el origen espontáneo, que generalmente se asocia a trastornos hematológicos subyacentes. El manejo es generalmente conservador, y es importante el seguimiento con imágenes hasta la resolución completa del cuadro. Alteraciones que persisten deben hacer sospechar de un cáncer de mama oculto.

Objetivos: El objetivo del trabajo es describir esta situación clínica particular y revisar la escasa literatura existente sobre hematoma espontáneo de mama, a propósito de un caso reciente en nuestra Unidad. El uso de anticoagulantes y comorbilidades asociadas, son cada días más ubicuas en nuestra población que envejece, por lo que podría volverse cada vez más frecuente.

Material y Método: Estudio de tipo reporte de caso de una paciente de género femenino de 81 años que consulta al Servicio de Urgencia del Hospital Padre Hurtado en Junio 2017 por aumento de volumen y equimosis de mama derecha sin antecedente de trauma o intervención. Se revisa historia clínica completa de su hospitalización, datos de urgencia, laboratorio, imágenes, epicrisis y controles de seguimiento.

Resultados: Presente caso de una mujer de 81 años que consulta a Urgencia del Hospital Padre Hurtado en Junio de 2017, por cuadro de dos días de evolución de aumento de volumen y equimosis de mama derecha asociado a intensa y progresiva mastalgia. Tiene antecedente de obesidad, hipertensión arterial con mala adherencia a tratamiento e insuficiencia venosa conocida, consume aspirina. No refiere ningún tipo de intervención mamaria o trauma. Trae consigo ultrasonido que describe hematoma tabicado de 59x30mm en mama derecha. Al ingreso: estable, desorientada, hematoma y aumento de volumen evidente de mama derecha, tenso, no pulsátil. Laboratorio destaca Creatininemia 2.3, Hematocrito 27%, Hemoglobina 9 gr/dl, Plaquetas 122.000, INR 2.39, TTPK 59, Albúmina 1.9. AngioTAC evidencia sangrado activo venoso a nivel de pectoral mayor derecho. Se decide manejo conservador con compresión y corrección de trastornos descritos con transfusión de hemoderivados y vitamina K. Desde ingreso se sospecha daño hepático

crónico con coagulopatía como causa subyacente, etiología apoyada por laboratorio e imágenes. Evolucionó de forma favorable al tercer día, con cese de progresión del hematoma, estabilidad en hemodinamia y corrección de parámetros hematológicos previamente descritos. Al alta, persiste en control por Medicina Interna y Geriátrica dado sus comorbilidades, con buena evolución. Seguimiento de imágenes mamarias con cambios hacia la involución del hematoma a la fecha.

Conclusión: El hematoma mamario se debe generalmente a trauma o intervención, ya sea diagnóstica o cirugía. Rara vez no se asocia a este antecedente. El origen espontáneo se ha descrito asociado a trastornos de coagulación o hematológicos, siendo el manejo casi siempre conservador. La importancia del seguimiento radica en la existencia de un posible cáncer oculto que se manifieste como sangrado intratumoral.

Mes de la mama en CAS. Estudio retrospectivo observacional con datos de 14 años

Carolina Andrea Barriga Schneeberger , Jamile Camacho Neira, Fernando Cadiz Val, Eugenio Roman Lucero, Eduardo Cunill Campos, Eleonora Horvath Polos, Maria Cecilia Galleguillos Parker, Patricia Raimilla Rodriguez, Soledad Elias Abdul-Mesih, Myriam Heresi Yakich.*

Clinica Alemana Santiagooncología.

Introducción: En Chile no existe un programa nacional de tamizaje mamario, por lo tanto el diagnóstico de cáncer de mama se realiza en un porcentaje importante en etapas avanzadas, sobre todo en el sistema público. En Clínica Alemana Santiago (CAS) el año 2001 se da inicio al Mes de la Mama, un programa de concientización y promoción en que se invita a las mujeres a hacer su control mamario a un preferencial

Objetivos: El objetivo de este trabajo es mostrar los datos de las pacientes controladas y revisar los cánceres de mama diagnosticados.

Material y Método: El Mes de la Mama se inició el año 2001, primero durante los meses de mayo y luego durante los meses de octubre. Se invita a participar a todas las mujeres entre los 35 y 70 años, que deseen hacerse sus controles mamarios. Se les ofrece un precio preferencial por un paquete que incluye consulta médica por un especialista del Centro de la Mama, mamografía y ecografía mamaria. Se presentan los datos de 14 años (2003 al 2016).

Resultados: Entre el año 2003 y 2016 se atendieron 5.137 pacientes. El 40.9% fueron pacientes en un rango de edad entre 40 y 49 años y un 31.2% entre 50 y 59 años, siendo la paciente más joven de 28 años y la mayor de 86 años. El número de consultas aumentó en forma anual un promedio de 7.1 % (171 pacientes el 2003 y 518 el 2016). Entre los años 2003 y 2008 se tiene el registro del motivo de consulta, de 1.502 pacientes, 1485 sólo consultaron por su control anual, 7 por mastalgia, 7 por masa palpable, 2 por seguimiento de cáncer de mama previo y 1 por mordedura en la mama. Se tiene el registro de comuna de procedencia de 4.108 pacientes de las cuales 2.571 (62%) son de Las Condes, Vitacura y Lo Barnechea. En la mamografía se diagnosticaron 71 (1.38%) lesiones Birads 4 y 6 (0.11%) Birads 5. En la ecografía 9 (0.17%) Birads 5 y 63 (1.22%) Birads 4. Se indicaron 115 biopsias percutáneas, de las cuales se tiene el informe de 85 pacientes, ya sea porque el resto no se realizaron la biopsia o porque fueron hechas en el extrasistema y no se logró conseguir informes. Se diagnosticaron 18 (0.35%) lesiones malignas, 10 (0.19%) lesiones precursoras y 53 benignas (1.03%). El promedio de edad de los cánceres fue de 58 años (rango 40 a 77 años).

Conclusión: Hay un gran número de pacientes que participaron de este programa, el cual aumentó cada año. El mayor interés se observó en mujeres de la cuarta década de vida. El bajo porcentaje de cánceres detectados, se podría explicar porque la mayoría de estas pacientes estaban en control periódico y se inscribieron en el programa por un tema de costos.

Edad de presentación cáncer de mama en Clínica Alemana de Santiago

Sebastián Sepulveda Palamara , Jamile Camacho Neira, David Daroch Medina, Fernando Cadiz Val, Eugenio Roman Lucero, Carolina Barriga , Patricia Raimilla Rodriguez.*

Clínica Alemana.

Introducción: Mundialmente el cáncer de mama es el más frecuentemente diagnosticado en las mujeres. Estudios sugieren un incremento en la incidencia en mujeres jóvenes. En Chile la incidencia ha sido reportada en el sistema público de salud, no existiendo información de la edad de presentación en pacientes atendidas en sistema privado.

Objetivos: Comparar la edad de presentación del Cáncer de mama en mujeres atendidas en sistema público con una institución de salud privada

Material y Método: Estudio de corte transversal, periodo de inclusión fue entre enero 2015 a marzo 2017. Se incluyeron las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, con biopsia por cualquier método (quirúrgica o percutánea) que hubiese sido revisada por anatomopatólogo de nuestra institución. Recolectamos la fecha de nacimiento de las pacientes, fecha del informe de la biopsia se consideró como la fecha del diagnóstico del cáncer

Resultados: Se analizaron los datos de 358 pacientes. La mediana de edad fue de 52 años con un rango de edad entre los 25 y 92 años. La edad promedio de diagnóstico de 54 años (DS \pm 12,9). Los rangos etarios con sus respectivos números de casos y distribución porcentual: 15-34 años 15 (4,2%); 35-44 años 77 (21,5%); 45-54 años 106 (29,6%); 55-64 años 78 (21,8%); 65-74 años 53 (14,8%); 75 o más 29 (8,1%). Al comparar los rangos etarios con los porcentajes reportado en el sistema público y privado respectivamente: 15-34 años 2,3% vs 4,2%; 35-44 años 12,7% vs 21,5%; 45-54 años 27,3% vs 29,6%; 55-64 años 23,9% vs 21,8%; 65-74 años 19,1% vs 14,8%; 75 o más años 14,6% vs 8,1%

Conclusión: Al comparar con la estadística del sistema público de salud, el porcentaje de diagnóstico es mayor en menores de 54 años en nuestra institución. Mientras que en el sistema público la proporción de diagnóstico es mayor en mujeres de 55 y más.

En Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama y mutación genética ¿hubo cambio en la conducta quirúrgica? Experiencia en un centro privado de Santiago.

Marcela Amar Catalán , Militz Petric Guajardo, Jeanne Carla Palet Olguin, María José Mullins Pardo, Ana María Donoso Rojas, Manuel Yañez Gonzalez.*

Clínica Davila Cirugía.

Introducción: El Test genético en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama (CM) cada vez se realiza con mayor frecuencia en Chile, sin embargo hay pocos datos que permitan evaluar si hay un cambio en la conducta quirúrgica de las pacientes con mutación genética.

Objetivos: Evaluar cambio de conducta quirúrgica en las pacientes mutadas y los criterios utilizados .

Material y Método: Estudio transversal descriptivo retrospectivo entre enero 2012 y julio 2017. Se analizó base de datos de nuestro centro .Todas las pacientes

cumplieron el proceso de AG pre y post test derivadas según criterios internacionales, todas fueron evaluadas en comité oncológico multidisciplinario y se esperó el resultado para decidir conducta quirúrgica. Se utilizó programa SPSS 21.0 .estadística descriptiva.

Resultados: De un total de 639 pacientes con CM a 69 (10 %) se les solicitó test genético, y a 10 familiares directos . 12 (17,3%) casos índices y 2 familiares fueron positivos para una mutación patogénica en BRCA1 , BRCA2 y CDKN2A. En 14 casos se encontró Variables de Significado Incierto (VUS) una probablemente patogénica.(pp) Se realizó mastectomía total bilateral (MTB) en 5 pacientes mutadas y a una con VUS ,el resto se difiere la cirugía de reducción de riesgo contralateral una vez completado el tratamiento del CM .

Conclusión: La indicación quirúrgica fue evaluada en relación al riesgo propio de la enfermedad evitando un sobret ratamiento, en todas las pacientes hubo cambio de conducta quirúrgica sin implicar en todas ellas MTB . Los criterios utilizados se basaron en guías internacionales y decisión de comité oncológico local.

Manejo del papiloma intraductal en relación a su potencial de malignización; ¿Podría constituir la observación de estas lesiones una conducta segura?

JOSE IGNACIO QUIDEL GACITUA* , MARCELA FRITIS CACERES, Ruben Suarez Albino.

Fundacion Arturo Lopez Perez, UNIVERSIDAD DE LOS ANDESDEPARTAMENTO CIRUGIA ONCOPLASTICA DE MAMA.

Introducción: Papiloma Intraductal, corresponde a una lesión benigna de la mama que en la actualidad se resuelve con tratamiento quirúrgico debido al potencial maligno de estas lesiones. Tradicionalmente, una lesión papilar benigna se trata con una excisión completa. Sin embargo, se han planteado dudas de que el tratamiento quirúrgico es necesario para todos los pacientes con esta entidad.

Objetivos: Evidenciar a través de análisis retrospectivo de casos , la malignización de papiloma intraductal y evaluar la posibilidad de observación de estas lesiones en relación a este análisis.

Material y Método: Este trabajo corresponde a un estudio observacional, descriptivo; para lo cual se realiza revisión retrospectiva de 5 años , entre 2012 y 2016 de

un total de 47 casos con diagnóstico de Papiloma Intraductal por medio de biopsia core , todos los cuales fueron tratados quirúrgicamente , comparándose los resultados con la biopsia diferida

Resultados: Del total de pacientes con diagnóstico de papiloma intraductal por biopsia core , un 4.3% fue diagnosticado en la biopsia quirúrgica como lesión maligna , los restantes mantuvieron el diagnóstico de papiloma intraductal.

Conclusión: Esta revisión, nos permite concluir que el bajo porcentaje de malignización de papiloma intraductal en la biopsia diferida , podría generar como alternativa a la resolución quirúrgica, una vigilancia estricta de estas lesiones con métodos de imagenología.

Seguridad en la observación de mujeres seleccionadas con diagnóstico de Hiperplasia Ductal Atípica por Biopsia Core.

JOSE IGNACIO QUIDEL GACITUA* , MARCELA FRITIS CACERES, Ruben Suarez Albino.

Fundacion Arturo Lopez Perez, UNIVERSIDAD DE LOS ANDESDEPARTAMENTO CIRUGIA ONCOPLASTICA DE MAMA.

Introducción: Hiperplasia ductal atípica se reconoce no solo como un marcador de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama sino también como una lesión precursora que comparte similitudes moleculares con el carcinoma ductal in situ y carcinoma ductal invasor entre un 10 y un 30 %; en la actualidad la extirpación quirúrgica sigue siendo la conducta de rutina.

Objetivos: Evaluar a través de una revisión retrospectiva , la malignización de hiperplasia ductal atípica con el objetivo de inferir a través de ello la posibilidad de observación de estas lesiones .

Material y Método: Corresponde a un trabajo observacional descriptivo, en que se realiza revisión retrospectiva de datos de 89 pacientes con diagnóstico de hiperplasia ductal atípica entre los años 2012 a 2016 por biopsia core; todas las cuales fueron tratadas quirúrgicamente. Se establece comparación entre biopsia core y biopsia quirúrgica estableciendo porcentaje de malignización y se estudian variables de cada paciente que podrían asociarse a esta.

Resultados: Del total de pacientes estudiados un 16.9% correspondieron a carcinoma en la biopsia quirúrgica diferida, los restantes casos mantuvieron el diagnóstico

de hiperplasia ductal atípica, todos los casos diagnosticados como carcinoma diferidamente fueron mayores de 40 años y tan solo un caso tenía antecedentes familiares de cáncer.

Conclusión: Sería posible la observación estricta de pacientes con diagnóstico de hiperplasia ductal atípica por biopsia core dado su bajo porcentaje de malignización, esto fundamentalmente en mujeres menores de 40 años.

Frecuencia de mutaciones encontradas en pacientes con cáncer de mama y sus familiares derivadas a la unidad de asesoramiento genético.

camila concha flores , daniela ruiz rozas, Mabel Hurtado .*

Hospital Instituto Oncológico. Cirugía Oncológica Mamaria.

Introducción: Un 5 a 10% de los cánceres de mama (CM) son hereditarios. La detección de mutaciones patogénicas (MP) permite tomar decisiones de tamizaje y tratamiento en base a la evidencia disponible, cambiando el manejo de las pacientes y sus familias.

Objetivos: Describir las mutaciones encontradas en las pacientes derivadas a la unidad de asesoramiento genético que cumplen con los criterios de derivación a la unidad y el manejo realizado en ellas.

Material y Método: Estudio descriptivo, serie de casos. Se realizó una base de datos prospectiva con los pacientes atendidos. Se incluyeron pacientes que cumplen con los criterios de derivación establecidos en las guías clínicas de la NCCN. Se realizó estadística descriptiva, según tipo y escala de la variable.

Resultados: Desde el año 2016, en la unidad de asesoramiento genético del hospital, se han atendido 34 pacientes que cumplen criterios de derivación, 25 mujeres y dos hombres portadores de cáncer de mama, y siete familiares sanos. 14 se han realizado el estudio genético, de ellas, nueve pacientes son portadoras de CM y seis son sanas a la fecha. De las 13 pacientes estudiadas, en ocho se encontró una mutación patogénica, lo más frecuente fue BRCA1 en cinco pacientes. Las mutaciones restantes corresponden a BRCA2, RAD51D, TP53 y una variante de significado incierto de PALB2. En dos pacientes se encontró una doble mutación BRCA1 y BRCA 2. En todas las pacientes ha cambiado el manejo. De las 6 pacientes con CM y mutación BRCA, tres se han realizado

mastectomía bilateral con reconstrucción mamaria más salpingo ooforectomía bilateral y una rechazó la mastectomía bilateral. Los 2 restantes son varones, uno fallecido y otro en tratamiento con quimioterapia neoadyuvante. Todas las pacientes mutadas se encuentran en seguimiento estricto con mamografía y ecografía mamaria anual más resonancia mamaria anual intercalada.

Conclusión: Las pacientes derivadas según los criterios de las guías NCCN tienen una alta probabilidad de ser portadoras de mutaciones. En nuestra serie hemos encontrado mutaciones en un 69% de las pacientes estudiadas. La pesquisa en las pacientes y sus familiares ha permitido establecer estrategias de tamizaje, seguimiento y tratamiento que no hubiese sido posible si no se hubiera tenido esta información.

Compromiso Ganglionar en Carcinoma Ductal In Situ Mamario ¿Dentro de lo Esperado?

ENRICA RAMIREZ PITTALUGA , CARLOS SMITH GAHONA, Sylvia Alejandra Salas Muñoz, JAVIER VEGA SALAS, Constanza Rojas del Canto.*

Hospital San Juan de Dios Cirugía de Mama.

Introducción: El Cáncer de mama ocupa el primer lugar en mortalidad por cáncer en mujeres mayores de 15 años en Chile. El diagnóstico de Carcinoma ductal in Situ (CDIS) ha aumentado de 42,9% a 70,1% entre los años 1999 y 2006 en nuestro país gracias a los avances en los métodos de Screening.

Objetivos: Describir los aspectos epidemiológicos e histopatológicos de los pacientes operados por Carcinoma Ductal In Situ Mamario (CDIS) que presentaron compromiso linfonodal, entre los años 2009-2017, en el Hospital San Juan de Dios.

Material y Método: Estudio de corte transversal, descriptivo. Se revisaron las fichas clínicas de todos los pacientes operados por cáncer de mama entre el 01/01/09 al 01/01/17. Se incluyeron solo los pacientes que contaban el diagnóstico histológico de CDIS. Se excluyeron aquellos que no contaban con registro de todas las variables a estudiar. Se consideraron las siguientes variables: género, edad, biopsia de linfonodo centinela, vaciamiento axilar, compromiso linfonodal, tipo de metástasis.

Resultados: De 1285 pacientes, solo 65 fueron operados por CDIS. De esos, 3 no contaban con registro de todas las variables a estudiar. De los 62 pacientes restantes el

100% correspondía al género femenino, con un promedio de edad de 58 años (rango de 38 a 88 años). Se indicó biopsia de linfonodo centinela (BLNC) a 38 pacientes características sospechosas (61,3%) y se realizó vaciamiento axilar a 3 pacientes (4,8%). Se comprobó que 6 pacientes presentaron compromiso linfonodal (9,7%), dentro de las cuales 5 fueron macrometástasis y 1 micrometástasis.

Conclusión: El CDIS es un estadio inicial del Cáncer de mama que por definición no puede tener compromiso axilar, sin embargo existen situaciones en las cuales puede haber un componente invasor no detectado. En nuestra experiencia se encontró compromiso linfonodal en un 9,7% de los casos, levemente mayor al descrito en la literatura que varía entre un 1.8-8.6%.

Cáncer de mama en menores de 40 años, experiencia en el Hospital San Juan de Dios

ENRICA RAMIREZ PITTALUGA , Sylvia Alejandra Salas Muñoz, CARLOS SMITH GAHONA, JAVIER VEGA SALAS, Constanza Rojas del Canto.*

Hospital San Juan de Dios de Santiago. Cirugía.

Introducción: En Chile, el cáncer de mama ocupa el primer lugar en mortalidad por cáncer en mujeres mayores de 15 años. Este suele presentarse en la 5ª década de la vida, sin embargo existen factores de riesgo que lo adelantan. En mujeres jóvenes tiende a ser más agresivo, por lo cual requiere mayor índice de sospecha.

Objetivos: Describir los aspectos epidemiológicos e histopatológicos de las pacientes con edades menores o iguales a 40 años, operadas entre los años 2009 a 2017, en el Hospital San Juan de Dios.

Material y Método: Estudio de corte transversal, descriptivo. Se revisaron las fichas clínicas de todas las pacientes operadas por cáncer de mama entre el 01/01/09 al 01/01/17. Se incluyeron solo las pacientes que contaban con diagnóstico histológico maligno. Se excluyeron aquellas que no contaban con registro de todas las variables a estudiar. Se consideraron las siguientes variables: género, edad, biopsia de linfonodo centinela, vaciamiento axilar, compromiso linfonodal y tipo de metástasis.

Resultados: De una muestra total de 1285 pacientes, solo 42 presentaban 40 años o menos (3.26%). Dentro de estas, la cirugía más realizada correspondió a la Mastectomía Radical Modificada (50%), seguida por la Mastectomía Parcial (28,5%) y la Mastectomía Total

(14,28%). Los hallazgos histológicos más frecuentes correspondieron al Carcinoma Ductal Infiltrante (CDI) en 80,95% de los casos, CDI + Carcinoma Ductal In Situ (CDIS) en 9,52% y Tumor Phyllodes en un 4,76%. El compromiso linfonodal estuvo presente en un 16.6% de los casos, dentro de los cuales un 57,1% correspondió a macro y micrometástasis, 28.5% solo a macrometástasis y 14,2% solo a micrometástasis. El 100% de las pacientes con compromiso linfonodal presentaba un Carcinoma Ductal Infiltrante (CDI).

Conclusión: El cáncer de mama en mujeres menores de 40 años es poco común, afecta alrededor de 6.6%. Si bien es infrecuente, este suele ser más agresivo y requiere de grandes cirugías. En nuestra experiencia el 3,26% de las pacientes operadas pertenecen a este grupo y la mayoría de ellas fueron sometidas a cirugías radicales. La detección precoz es fundamental para lograr cirugías más conservadoras.

Características clínicas y conducta terapéutica en pacientes con cáncer de mama menores de 40 años. Serie de casos en un Centro Privado.

Militza Petric Guajardo , Marcela Amar Catalán, Jeanne Carla Palet Olguin, Camila Concha Flores, Manuel Yañez Gonzalez, Juan Lopez Alday, María José Mullins Pardo.*

Clínica Dávila. Equipo de Cirugía de Mama.

Introducción: Aunque el riesgo de cáncer de mama (CM) aumenta con la edad, se estima que el 5-7% de los carcinomas de mama se diagnostican en mujeres menores de 40 años. El CM en esta población más joven es más agresivo, con mayores tasas de mortalidad y recurrencia en comparación con las mujeres mayores.

Objetivos: Describir la presentación clínica y conducta terapéutica en pacientes menores de 40 años con CM etapas 0 a III tratadas en Clínica Dávila

Material y Método: Estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal, serie de casos. Se incluyeron todas las pacientes menores de 40 años con diagnóstico de CM etapas 0 a III, a las que se realizó el tratamiento quirúrgico en este centro entre enero de 2015 y julio de 2017. Se realiza revisión de datos demográficos y clínicos. Estadística descriptiva.

Resultados: En el periodo de estudio se realizó tratamiento quirúrgico por CM etapas 0 a III a 328 pacientes. Hubo 28 pacientes con edad menor a 40 años (8.5%). La paciente más joven de la serie tiene 21 años.

El 89 % de las pacientes eran sintomáticas al diagnóstico. Hubo una paciente en que se realizó el diagnóstico en contexto de seguimiento de alto riesgo por radioterapia torácica por linfoma previo. Hubo 3 pacientes con CDIS, y 25 (89%) pacientes con CM invasor. La enfermedad fue multicéntrica o multifocal en 9 pacientes, localmente avanzada en 5 pacientes y hubo una paciente con CM bilateral. La distribución según subtipos histológicos fue la siguiente: "Luminal A" 5 casos, "Luminal B" 11 , "HER2 enriquecido" 3 y "Triple Negativos" 6. En relación al tratamiento primario, el 46,3% (13) de las pacientes recibió quimioterapia neoadyuvante. En relación a la cirugía, la tasa de cirugía conservadora fue de 46,3%. De las pacientes con mastectomía total (n=15), al 66,6% se le realizó reconstrucción mamaria inmediata. A todas las pacientes con cirugía conservadora se les indicó radioterapia adyuvante. Se indicó quimioterapia adyuvante postoperatoria a 7 pacientes. El 85,7% de las pacientes (n=24) fue derivada a asesoramiento genético (AG), y 16 (57%) pacientes se realizaron estudio genético. En la serie hubo 3 pacientes con mutaciones patogénicas en BCRA 1 o 2, y una Variante de Significado Incierto en BCRA

Conclusión: En nuestra experiencia, el CM en menores de 40 años tiende a presentarse sintomático, en estadíos más avanzados, y con subtipos biológicos más agresivos. Si bien las pautas de tratamiento no difieren respecto a mujeres mayores, se observa una alta tasa de mastectomías y mayor indicación de quimioterapia (neo y adyuvante). A futuro evaluaremos la sobrevida de estas pacientes.

RIESGO NUTRICIONAL DE PACIENTES INGRESADOS AL SERVICIO DE CIRUGIA ADULTOS DEL UN HOSPITAL PUBLICO CHILENO

Valentina Paz Chacón Bernal , carla daniela rojas gonzalez.*

Hospital de Viña del Mar, HOSPITAL DR GUSTAVO FRICKE VIÑA DEL MAR UNIDAD DE ASISTENCIA NUTRICIONAL .

Introducción: El Tamizaje Nutricional (TN) tiene como propósito identificar con rapidez individuos desnutridos o en riesgo nutricional. El Tamizaje de Ferguson o MFT es un tipo de TN simple y eficaz que permite realizar una intervención temprana para proporcionar apoyo nutricional adecuado, evitar un mayor deterioro y mejorar los resultados clínicos de los pacientes que ingresan a los centros hospitalarios.

Objetivos: Describir el riesgo nutricional de pacientes ingresados al servicio de cirugía adulto del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

Material y Método: Trabajo transversal retrospectivo. Se incluyeron pacientes de ambos sexos, chilenos, de 15 o más años, ingresados entre enero 2016 y mayo 2017. Se realizó TN MFT al total de pacientes. Se analizó promedio y DE, se comparó según sexo.

Resultados: Se tamizaron 3035 pacientes, 48.53% fueron mujeres. La edad promedio de la muestra fue de 56.86 años (DE 19,29). Del total de pacientes 29.88% presentaron riesgo nutricional. En cuanto a las mujeres, 28.85% presento riesgo nutricional; mientras que de los hombres, 30.85% presento riesgo nutricional.

Conclusión: Es importante realizar TN al total de los pacientes al ingreso a cada centro hospitalario, considerando que además del riesgo nutricional inicial; existe un alto riesgo de desnutrición asociado a la estancia hospitalaria. Por lo anterior, es de suma relevancia la aplicación de este tipo de TN, ya que favorece la indicación y planificación de un soporte nutricional oportuno y ajustado, evitando así

RIESGO NUTRICIONAL DE PACIENTES CON CANCER INGRESADOS AL SERVICIO DE CIRUGIA ADULTOS DE UN HOSPITAL PUBLICO CHILENO

Valentina Paz Chacón Bernal , carla daniela rojas gonzalez.*

Hospital de Viña del Mar, HOSPITAL DR GUSTAVO FRICKE VIÑA DEL MAR UNIDAD DE ASISTENCIA NUTRICIONAL .

Introducción: El Tamizaje Nutricional (TN) tiene como propósito identificar con rapidez individuos desnutridos o en riesgo nutricional. El Tamizaje de Ferguson o MFT es un tipo de TN simple y eficaz que permite realizar una intervención temprana para proporcionar apoyo nutricional adecuado, evitar un mayor deterioro y mejorar los resultados clínicos de los pacientes hospitalizados.

Objetivos: Describir el riesgo nutricional de pacientes con cáncer ingresado al servicio de cirugía adulto del Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar.

Material y Método: Trabajo transversal retrospectivo. Pacientes de ambos sexos, chilenos, de 15 o más años, ingresados entre enero 2016 y mayo 2017. Se realizó TN MFT al total de pacientes con cáncer. Se analizó promedio y DE, se comparó según sexo, rango de edad y estado nutricional.

Resultados: Se tamizaron 518 pacientes, 57.52% fueron mujeres. La edad promedio de la muestra fue de 56,84 años (DE 19,26). Del total de pacientes 60.81% presentaron riesgo nutricional. En cuanto a las mujeres, 54.69% presento riesgo nutricional; mientras que los hombres, 51.01% presento riesgo nutricional. Se realizó evaluación del estado nutricional al 54,24% de los pacientes tamizados; obteniendo los siguientes resultados: 39.55% Desnutridos (DN), 38.07% Normales (N), 15.65% Sobrepeso (SP) y 6.40% Obesidad (OB).

Conclusión: Existe un alto riesgo nutricional asociado a los pacientes con cáncer al ingreso al centro hospitalario. Sumado a lo anterior, se deben considerar los factores que incrementan esta condición durante la estancia hospitalaria. Esto se puede ver reflejado en el porcentaje de pacientes desnutridos presente en la muestra tamizada.

VALORACION DEL ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES CON CANCER INGRESADOS AL SERVICIO DE CIRUGIA ADULTOS DE UN HOSPITAL PUBLICO CHILENO

Valentina Paz Chacón Bernal , carla daniela rojas gonzalez.*

Hospital de Viña del Mar, HOSPITAL DR GUSTAVO FRICKE VIÑA DEL MAR UNIDAD DE ASISTENCIA NUTRICIONAL .

Introducción: La valoración del estado nutricional en el paciente oncológico tiene como propósito adecuar el soporte y predecir complicaciones. La evaluación global subjetiva (EGS) es una herramienta simple y eficaz que se basa en datos derivados de la historia clínica y del examen físico. En cuanto a la Dinamometría (DM), es un método sensible para detectar pérdida de fuerza muscular y funcionalidad.

Objetivos: Describir el estado nutricional de pacientes con cáncer ingresado al servicio de cirugía adulto del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

Material y Método: Trabajo transversal retrospectivo. Pacientes de ambos sexos, chilenos, de 34 o más años, ingresados entre mayo y julio 2017. Se realizó EGS y Dinamometría (DM). Se analizó promedio y DE de edad, peso corporal, albumina, proteínas totales y DM.

Resultados: Se evaluaron 24 pacientes, 54.16 % fueron hombres. La edad promedio de la muestra fue de 61.6 años (DE 15,13), el promedio de peso corporal de 64,20 kg (DE 12,25). El 75% de los paciente presentó hipoalbuminemia, con un promedio de albumina de 3.0 gr/dl (DE 0.74) y 83.3% presentó hipoproteïnemia, con un promedio de 5.4 gr/dl (DE 0.96). El promedio de DM fue 23,39 kg (DE 10,21), encontrándose el 54.16% <p 50.

Conclusión: La EGS permite realizar una intervención temprana y proporcionar apoyo nutricional adecuado a este grupo de pacientes, evitando así mayor deterioro clínico. Existe un alto riesgo nutricional asociado al compromiso proteico visceral según exámenes de laboratorio. La DM permite identificar de forma simple y eficaz sujetos con fuerza muscular disminuida.

¿Qué rol tiene el point-of-care-ultrasound (POCUS) en patología quirúrgica en un servicio de urgencias?

Javiera Sosa Benz , Gonzalo Yañez Caro, Stefan Walkowiak Navas.*

Introducción: El POCUS (point-of-care-ultrasound) es un examen de ultrasonido localizado que se realiza al lado de la cama del paciente por un médico no-radiólogo cuyo objetivo es responder preguntas si/no para orientar en diagnóstico y tratamiento. Al ser una herramienta accesible, portable, versátil y de fácil aprendizaje es que en los últimos años ha ido tomando un rol importante en el servicio de urgencias.

Objetivos: Determinar mediante la evidencia disponible en qué patologías quirúrgicas en un contexto de servicio de urgencias el POCUS tendría un rol importante.

Material y Método: Se hizo una búsqueda de la literatura en PUBMED, MEDLINE, Google, Google Scholar y Epistemonikos usando los términos “point-of-care-ultrasound” y “bedside ultrasound”. La literatura encontrada fue revisada según su relación con patología quirúrgica en el servicio de urgencias, como apendicitis, aneurisma de aorta, abscesos, flegmón, celulitis, cuerpo extraño en esófago, obstrucción intestino delgado, fractura de costilla, nefrolitiasis, colecistitis y neumotórax

Resultados: Se encontraron en total 102 estudios, pero sólo 42 cumplieron criterio de inclusión, de los cuales 40 fueron estudios primarios prospectivos donde se comparaba el uso de POCUS para un determinado diagnóstico versus el uso de ecografía o escáner realizado por un experto, 1 metaanálisis y 1 revisión sistemática. En contexto de patologías quirúrgicas en servicio de urgencias, la literatura reporta evidencia favorable en el uso de POCUS como aproximación diagnóstica en correlación con la clínica en las siguientes patologías: apendicitis (6 estudios), obstrucción intestino delgado (3 estudios), fractura de costilla (2 estudios), nefrolitiasis (8 estudios), colecistitis (10 estudios), aneurisma aorta roto (4 estudios), neumotórax (5 estudios), distinción entre absceso, flegmón y celulitis (2 estudios), y cuerpo extraño en esófago (1 estudio).

Conclusión: El POCUS es una herramienta subutilizada en los servicios de urgencias de nuestro país, y que aporta mucha información al momento del diagnóstico y tratamiento de patologías quirúrgicas que son frecuentes en contexto de servicio de urgencia. Dado su fácil manejo y rápida curva de aprendizaje es que en el futuro puede ser un gran aporte para el cirujano en el servicio de urgencias.

Comparación entre uso y no uso de antibióticos profilácticos en pancreatitis aguda grave. Ensayo Clínico Aleatorizado. Reporte preliminar.

Sonia Curitol Sánchez , Héctor Losada Morales, Andres Ignacio Troncoso Trujillo, mauricio onofre coronado cofre, Maite Lopez Zugarramurdi, Alejandro Verdugo Fernández, ALLAN VERA KORTMANN, Angelo Baeza Sprohnlé, Camila Silva Beltrán.*

Hospital Hospital de Temuco, Universidad de la Frontera Departamento de Cirugía.

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) es una enfermedad frecuente en el país, 20% presentan complicaciones locales o sistémicas, con una tasa de mortalidad de 10-30%. Durante las últimas décadas, la administración profiláctica de antibióticos ha sido parte del tratamiento de pancreatitis aguda grave (PAG), sin embargo, la evidencia científica disponible es controversial.

Objetivos: Demostrar que los antibióticos profilácticos no disminuyen las complicaciones locales y/o sistémicas, requerimiento de UPC, ni mortalidad en PAG.

Material y Método: Ensayo clínico aleatorizado, con aleatorización simple entre uso y no uso de antibióticos profilácticos (ciprofloxacino y metronidazol) en pacientes con PAG del Hospital Hernán Henríquez Aravena entre abril de 2016 y junio de 2017. Criterios exclusión: PA leve, uso de antibióticos por sospecha de infección pancreática o extra pancreática. Variables de desenlace: presencia de complicaciones, necesidad de cama en unidad de paciente crítico (UPC), estancia hospitalaria y mortalidad. Se calculó el tamaño de la muestra en el programa EPI INFO, con base en el meta-análisis japonés de Ukai et al, de 140 pacientes por cada grupo. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión. Se diseñó base de datos en Excel 2010 ® y el análisis en Stata 12.0.

Resultados: 71 pacientes en total, dos grupos aleatorizados; Grupo 1 (n=35), sin uso de antibióticos profilácticos, y grupo 2 (n=36) con uso de profilaxis antibiótica. La edad promedio fue de 59.6 ± 18.4 años, con predominio del género femenino (57%). 12 pacientes (16%) requirieron UPC; 6 pacientes del grupo 1, y 6 del grupo 2 ($p=0.957$). El promedio de hospitalización en UPC en el grupo 1 de 8 ± 10.7 días y en el grupo 2, 20.2 ± 28.2 días ($p=0.392$). Siete pacientes (9.8%) tuvieron algún tipo de complicación, 3 en el grupo 1 y 4 en el grupo 2 ($p=0.516$). El promedio de estancia hospitalaria fue de 20.1 ± 20.7 días; 18.2 ± 9.5 días en el grupo 1, y 22.6 ± 29.2 días en el grupo 2 ($p=0.495$). La mortalidad fue de 1 paciente (1.41%) en el grupo 2 ($p=0.493$).

Conclusión: En este reporte preliminar de ensayo clínico aleatorizado con 25% de la población el uso de antibióticos profilácticos en pancreatitis aguda grave no mostró reducir las complicaciones, necesidad de cama en UPC, ni la mortalidad.

Utilidad de Ca 19-9 mayor a 500 para la NO realización de biopsia en tumores biliopancreáticos.

Sonia Curitol Sánchez, Héctor Losada Morales, IVAN LAGOS SEPULVEDA.*

Hospital Hospital de Temuco, Universidad de la Frontera Departamento de Cirugía.

Introducción: La utilidad del CA 19-9 en el diagnóstico y pronóstico de los tumores biliopancreáticos es cuestionada. Hay reportes de falsos positivos en pacientes con ictericia, cuadro muy frecuente en este tipo de tumores. Por otra parte la obtención de diagnóstico histopatológico es en ocasiones difícil por la ubicación de los tumores y el estado de los pacientes con tumores avanzados.

Objetivos: Reportar los resultados de una cohorte de pacientes con tumores biliopancreáticos avanzados, diagnosticados por imágenes y evaluados en reunión multidisciplinaria por radiologías y cirujanos con CA 19-9 mayor a 500 en los cuales NO se realizó biopsia confirmatoria de neoplasia.

Material y Método: Estudio de cohorte prospectiva de pacientes con diagnóstico de tumores biliopancreáticos avanzados, con CA 19-9 > 500. Los casos de estos pacientes y sus imágenes fueron revisados en la reunión de cirugía biliopancreática por radiólogos y cirujanos, y se decidió enviar a cuidados paliativos sin realizar biopsia para confirmar la neoplasia. Se midieron variables biodemográficas, de evolución clínica y sobrevida de pacientes. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión, y el análisis se realizó en programa Stata 10.0.

Resultados: La cohorte consta de 18 pacientes, con edad promedio de 68 ± 4 años. 14 pacientes de género femenino y 4 pacientes de género masculino. En la reunión multidisciplinaria de biliopáncreas se llegó a la conclusión de primario de vesícula biliar en 14 pacientes y colangiocarcinoma distal en 4 pacientes. 5 pacientes tuvieron biopsia previa de colecistectomía que mostraba adenocarcinoma. En 4 pacientes se realizó drenaje biliar externo y en 2 instalación de prótesis biliar como tratamiento paliativo de ictericia. Todos fueron derivados a terapia paliativa. Al momento del análisis 16 pacientes han fallecido y los 2 vivos muestran avance de su enfermedad en las imágenes de control. El promedio de sobrevida es de $2,16 \pm 1,45$ meses.

Conclusión: En nuestra cohorte el CA 19-9 > 500 acompañado de imágenes con hallazgos compatibles con

tumores biliopancreáticos pudiera evitar la necesidad de biopsia para confirmación histológica. Esto deberá ser confirmado en un estudio de pruebas diagnósticas.

Postgrado de la salud: Percepción del aprendizaje de la bioética. Temuco, Chile.

Sonia Curitol Sánchez, Héctor Losada Morales, Paula Astudillo Díaz.*

Hospital Hospital de Temuco, Universidad de la Frontera Departamento de Cirugía.

Introducción: Estudiantes de postgrado en salud piensan que la bioética es otro conocimiento técnico a aprender. Por su formación empirista buscan descripciones o proposiciones sintéticas.

Objetivos: Conocer componentes facilitadores y obstaculizadores en el aprendizaje de la bioética desde la percepción de profesionales de la salud adscritos a programas de postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Frontera. 2010 – 2017.

Material y Método: Estudio Cualitativo basado en la teoría fundamentada de Glasser y Strauss. Contempló entrevistas en profundidad, bajo consentimiento informado, a 22 estudiantes de postgrado de programas de Magíster y Doctorado (médicos, odontólogos, enfermeros y kinesiólogos). Nos centramos en profundizar en su experiencia de aprendizaje de la bioética. Las entrevistas fueron llevadas a Atlas ti®. La recolección de información, la codificación y el análisis se realizaron simultáneamente, fue necesario asignar códigos por temas específicos, redactar comentarios relacionados a los códigos, construir categorías de códigos, comparar categorías, establecer relaciones entre los comentarios y las categorías, y realizar análisis de conjunto. Triangulación por investigador e informante.

Resultados: Los relatos revelan tres temas centrales: 1) características del estado actual de la bioética: enseñanza centrada en códigos y normas; 2) condicionantes que afectan el aprendizaje: lenguaje filosófico de la bioética, distanciamiento de “expertos” con profesionales de la salud ; 3) elementos facilitadores en el aprendizaje: ver la bioética reflejada en actitudes.

Conclusión: Su enseñanza y aprendizaje requiere un enfoque cognitivo constructivista. El conocimiento es algo que se construye en la interacción social. Si se quiere asentar la bioética es necesario involucrar a los profesionales de la salud instaurando una educación

pertinente al Ser Humano físico, biológico, espiritual, psíquico, cultural, social e histórico.

Protectores ambientales de estrés hospitalario: acercamiento a un modelo.

Sonia Curitol Sánchez, Héctor Losada Morales, Paula Astudillo Díaz.*

Hospital Hospital de Temuco, Universidad de la Frontera Departamento de Cirugía.

Introducción: Buscamos factores presentes en ambiente laboral hospitalario que protegen y benefician salud en situaciones de estrés. Protectores del ambiente que al aumentar tolerancia ante efectos negativos del estrés, disminuirían vulnerabilidad y probabilidad de enfermar.

Objetivos: Evaluar ajuste de los protectores ambientales de estrés planteados por los trabajadores de la salud hospitalaria en la Región de la Araucanía, Chile. Evaluar si el modelo construido de cinco factores independientes y simples, ajusta según variables demográficas y laborales.

Material y Método: Construcción de escala bajo diseño transversal. Se aplicó, bajo consentimiento informado, propuesta de modelo de medida de protectores ambientales con dimensiones e ítems establecidos por modelos teóricos e investigación cualitativa. Se realizó análisis factorial confirmatorio (AFC). 1) Estimación del modelo, 2) Evaluación del modelo, 3) Re-diseño del modelo. Alpha de Cronbach, validez discriminante y convergente, y varianza para grupos independientes.

Resultados: 444 sujetos en total. 14% médicos, 25% enfermeras/os y 61% auxiliares de enfermería. 75% femenino, 25% masculino provenientes de hospitales públicos y privados de la Región. Se apoyó estructura de cinco dimensiones de protectores: organización, puesto de trabajo, jefatura, ambiente físico, ambiente psicosocial, y 42 ítems en donde pudimos encontrar variables como: tener momentos de camaradería, intimidad y franqueza, compartir algo rico que comer, jefatura de comunicación persona a persona con funcionarios, ventanas que permitan mirar al exterior, entre otros. El modelo ajustado muestra $g^2 = 809$; $p = 0,0$; CFI 0,97; GFI 0,81 ; NFI 0,95; AGFI 0,78 ; RMSEA 0,06. con una consistencia interna de 0,94.

Conclusión: Las dimensiones resultantes del análisis de máxima verosimilitud se han ajustado a las del modelo teórico propuesto. Se ha verificado la estructura factorial de una escala multi-ítems, lo que nos permite presentar

evidencias de variables que ajustan de manera estable a las cinco dimensiones protectoras para la Región de la Araucanía.

Prevalencia de Síndrome de Burnout en un Centro de Cirugía Académico – Asistencial Público en Chile.

Sonia Curitol Sánchez, Héctor Losada Morales.*

Hospital Hospital de Temuco, Universidad de la Frontera Departamento de Cirugía.

Introducción: El síndrome de burnout es un conjunto de síntomas en respuesta a un estrés prolongado en el ámbito ocupacional o profesional.

Objetivos: Evaluar el grado agotamiento emocional, realización personal y despersonalización en el quehacer de médicos del servicio de cirugía Hospital Hernán Henríquez Aravena (HHHA) y departamento de cirugía de la Universidad de La Frontera (UFRO), Temuco, Chile.

Material y Método: Estudio de corte transversal. 19 internos de medicina, 11 residentes de cirugía y 15 cirujanos pertenecientes al servicio de cirugía del HHHA y departamento de cirugía de la UFRO. Instrumento aplicado: cuestionario MBI en su adaptación a la población española. Se realizó cálculo de medidas de tendencia central y porcentaje, comparación de variables a través de t student y valores de coeficientes de alfa de Cronbach.

Resultados: La prevalencia global del síndrome fue del 64,4%, mientras que el cansancio emocional mostró una prevalencia del 76%; baja realización personal en el trabajo, 55%, y la despersonalización, 62%. Se obtuvo diferencias estadísticamente significativas en cansancio emocional y despersonalización según variables socio-demográficas: hombres y mujeres, solteros y casados, sujetos con o sin hijos, si hace o no turnos de urgencia, obteniendo niveles más altos en mujeres, solteros, sujetos sin hijos y los que hacen turnos de urgencia.

Conclusión: Se acepta que el factor central desencadenante es el excesivo agotamiento emocional que gradualmente lleva a un estado de distanciamiento emocional y cognitivo en sus actividades diarias, con la consecuente incapacidad de responder a las demandas del servicio. Por tanto se deben tomar medidas intentando reducir la prevalencia de este síndrome en nuestros internos y residentes, principalmente.

Diseción del saco indirecto en hernioplastia inguinal laparoscópica TAPP

José Salinas Acevedo, Gustavo Martínez Riveros.*

Hospital de Puerto Montt. Cirugía General.

Introducción: En la reparación de hernias inguinoescrotales en hernioplastia inguinal laparoscópica por abordaje transabdominal preperitoneal (TAPP), la diseción del saco herniario indirecto es compleja debido a que está íntimamente adherida a los elementos del cordón y puede llevar a lesiones tanto del flap peritoneal como del conducto deferente o los vasos espermáticos.

Objetivos: El objetivo de este video es mostrar los pasos de la técnica de diseción del saco indirecto en una hernia inguinoescrotal por abordaje laparoscópico TAPP.

Descripción y contenido del vídeo: Hombre de 40 años sano portador de una hernia inguinoescrotal derecha de larga data. Ingresó al hospital por una obstrucción que cedió con medidas físicas (frío) y se decide hernioplastia por vía TAPP. Vía laparoscópica se observa que el anillo herniario es de 2,5cm. Se abre el peritoneo parietal y se disecciona el espacio preperitoneal exponiendo el ligamento de Cooper por medial y el músculo psoas por lateral. Diseción roma del saco herniario indirecto traccionándolo firmemente hacia medial y aislando los vasos espermáticos y el deferente. La diseción continúa hasta que el saco queda sin tensión, seccionándose con electrobisturí. Se instala una malla autoadherente completamente desplegada y se cierra el flap con v-lock 3-0.

MANEJO DE LA PATOLOGÍA HERNIARIA EN PACIENTES CON DAÑO HEPÁTICO CRÓNICO: SERIE QUIRÚRGICA Y EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Guillermo Andrés Martínez Salinas, Caterina Contreras Bertolo, Carlos Domínguez Contreras, Jaime Rappoport Stramwasser, Juan Jorge Silva Solís, Carlos Jauregui Lozada.*

Hospital Clínico de la Universidad de Chile. CIRUGÍA.

Introducción: Tanto el consumo de alcohol creciente como el aumento en la esteatosis hepática ha producido un gran aumento en los pacientes con DHC. En los pacientes con DHC y ascitis se produce un aumento en la presión intra abdominal que junto a otros factores

predispone a la aparición de hernias. El manejo de estos pacientes es muy complejo y es un desafío que requiere manejo interdisciplinario.

Objetivos: Describir la serie de pacientes operados entre 2011 y 2016 portadores de daño hepático crónico y ascitis y mostrar los resultados obtenidos con el uso de catéter y manejo interdisciplinario los cuales han sido óptimos y se conciben con lo descrito en la literatura

Material y Método: Análisis retrospectivo de los pacientes operados de patología herniaria en el hospital clínico de la universidad de Chile entre el año 2002 y 2016. De un total de 25 pacientes, se enrolaron finalmente 13 pacientes por dificultad de acceso a ficha clínica y falta de disponibilidad de datos. Se obtuvieron datos demográficos, clasificación del DHC según escalas de severidad, tiempo quirúrgico, tipo de cirugía y complicaciones post operatorias. Se obtuvieron datos y se expusieron variables tanto pre como intra y post operatorias. Se realizó una revisión bibliográfica para comparar nuestros resultados con lo descrito en la literatura. A los pacientes se les instaló catéter por Radiología intervencional y fueron manejados junto a gastroenterología para optimizar su función hepática

Resultados: De un total de 13 pacientes un 61,54% eran hombres. La edad promedio fue de 63 años. El IMC promedio fue de 24,42 kg/m². La etiología del Daño Hepático Crónico fue NASH (30,78%) Virus Hepatitis B o C (23,08%), alcohol (23,08%), criptogénica (15,38%) y por Cirrosis Biliar Primaria (7,7%). Al momento de la cirugía, un 46,15% de los pacientes se clasificaron como Child-Pugh A; 38,46% Child-Pugh B, y 15,38% Child-Pugh C. El puntaje MELD promedio al momento de la cirugía fue de 12,6 (9-22). En cuanto al tipo de hernia operada, un 50% fueron hernias umbilicales, 42,85% fueron hernias inguinales (de las cuales una fue finalmente una hernia en pantalón) y una (7,14%) fue incisional. De las siete hernias umbilicales operadas, tres (42,86%) fueron cirugías de urgencia. Del total de cirugías de urgencia por hernia complicada en nuestra serie (23,1% del total de cirugía) el 100% eran hernias umbilicales. En un 92,86% fue mediante cirugía abierta y en todas se utilizó malla protésica. El tipo de malla más utilizado fue Prolene (45,15%). En menor medida se utilizó malla ProGrip (30,77%), Ultrapro (15,38%) y Polipropileno (7,7%). Del total de pacientes operados, se utilizó Pigtail pre-operatorio para manejo de ascitis en un solo paciente (7,7%). En cinco (38,46%) se utilizó un drenaje transitorio. La mediana de estadía hospitalaria fue de 9 días (2-25) Tres de los pacientes de la presente serie (23,08%) presentaron complicación post-operatoria: granuloma y deshicencia tratadas ambulatorio

Conclusión: Recomendamos la cirugía electiva en pacientes seleccionados portadores de DHC y ascitis. Además uso de catéter intraperitoneal para actuar como válvula y drenar la ascitis por 3 semanas para permitir la cicatrización de la pared y disminuir el riesgo de fístula ascítica. Esto obliga a una hospitalización prolongada y manejo interdisciplinario con gastroenterología para lograr resultados óptimos.

HERNIOPLASTIA VIDEOSCOPICA CON TECNICA EXTRAPERITONEAL SIN TRÓCAR DE BALON DISECTOR: EXPERIENCIA DE HOSPITAL FELIX BULNES CERDA

*steffi wachendorff salinas**,

Hospital Félix Bulnes Cerda. servicio de cirugía.

Introducción: La hernioplastia de accesos mínimos presenta ventajas considerables sobre el abordaje convencional anterior, como reducir el dolor postoperatorio y el periodo de recuperación. Esta técnica requiere instrumental específico, como el trócar de balón disector, por lo que se relaciona a una técnica más costosa que la técnica convencional anterior.

Objetivos: Presentar la experiencia del Hospital Félix Bulnes Cerda con la técnica extraperitoneal (TEP) sin uso de trócar de balón de disector.

Material y Método: Estudio descriptivo prospectivo de una serie de casos, de 24 pacientes operados entre agosto del 2016 a julio del 2017. Se observaron los resultados post operatorios relacionados con dolor postoperatorio inmediato, dolor al alta, estadía hospitalaria, dolor al primer control postoperatorio y calidad de vida. La técnica quirúrgica consiste en abordaje del espacio preperitoneal por vía infra umbilical, disección del espacio preperitoneal con pinzas grasper, sin balón disector. Disección de las estructuras, reducción de hernias e instalación de malla, sin fijación. Con la postura conforme se libera de forma controlada el neumoperitoneo.

Resultados: Se siguieron 24 pacientes operados con esta técnica, de los cuales 4 fueron mujeres (16,67%) y 20 hombres (83,33%), la media de edad de 52,5 años (DE poblacional de 21,5 años). Se observó que en un 29% fueron hernias derechas, en un 33% izquierdas y en un 38% bilaterales. Del total el 25% fueron hernias recidivadas, en 8% se asoció a una hernia crural ipsilateral y un 8% en pantalón. Se evaluó el dolor postoperatorio inmediato, dolor al alta y al control con

escala de EVA (escala visual análoga); 1 de los 24 pacientes refirió EVA postoperatorio inmediato de 7/10, al alta todos refirieron EVA 0/10 o 1/10. Se realizó control postoperatorio a los 10 días donde refirieron 1 paciente (4%) EVA 4/10, 2 pacientes (8%) EVA 2/10 y el resto EVA 0/10. En el 100% de los casos la estadía hospitalaria fue de un día, sin complicaciones en el postoperatorio inmediato. La calidad de vida se midió con la encuesta "EuraHS Quality Of Life score Hernia inguinal".

Conclusión: El presente reporte muestra que la técnica TEP sin uso de balón disector es un método reproducible, más económico (no requiere compra de instrumental específico) y con buenos resultados postoperatorios en relación al dolor y calidad de vida.

Hernia de Amyand en recidiva de hernioplastia de Lichtenstein: Caso clínico

Manuel Antonio Grez Ibañez, Rodrigo Prado Aravena, Fernanda García González.*

Hospital de Curicó. cirugía adultos.

Introducción: La recidiva de una hernioplastia con técnica de Lichtenstein tiene un índice reportado entre 1-2%. Por otro lado, la presencia de una hernia de Amyand, tiene una prevalencia de alrededor de 1%

Objetivos: Informar un caso clínico nunca antes reportado en la literatura médica mundial

Material y Método: Hombre de 59 años de edad, con antecedentes de hernia inguinal derecha reparada con hernioplastia con técnica de Lichtenstein hace 14 años en Hospital de Curicó. Presentando 10 años después una recidiva herniaria en tercio medial inferior de 6x4cm, confirmada con ecografía de partes blandas. Realizándose nueva cirugía herniaria reparativa hace 1 año. Se encontró un saco herniario de esas mismas dimensiones que protruía por anillo junto a elementos nobles de cordón espermático, a través de orificio herniario de 13 mms. Atascado e irreductible al abrir la parte distal del saco se encontró en su interior apéndice cecal de características normales junto a su meso, procediendo a una apendicectomía profiláctica. Se realizó estudio biopsico, se corrige defecto herniario.

Resultados: Corrección de hernia de Amyand. Buena evolución post operatoria. Se adjuntan fotos de intraoperatorio y macroscopía y microscopía de biopsia apendicular, que fundamentan este caso clínico.

Conclusión: Reporte de un caso clínico nunca antes descrito en literatura mundial, debido a la escasa probabilidad de que esto ocurra (una hernia de Amyand como recidiva de hernioplastía de Lichtenstein).

Hernia inguino-femoral sincrónica.

Jorge Enrique León Sarabia , Alberto Acevedo Fagalde, Francisco Jose Millán Fuentes, Juan Pablo Castro Courbis, Luis Alberto Ojeda Lopez.*

Introducción: El concepto de Orificio Miopectíneo de Fruchaud en 1956 dio cuenta de la interdependencia anatómica de las hernias femorales e inguinales. Sin embargo, el sincronismo entre ambas hernias no ha sido bien considerado, con poca información en la literatura al respecto. El enfrentamiento de esta situación puede ser un desafío para el cirujano general no familiarizado con la región.

Objetivos: Dar cuenta de un grupo de enfermos con hernia inguinal y femoral sincrónica, así como, evaluar tres formas de abordaje anterior y reparación con malla practicadas por el autor.

Material y Método: Estudio prospectivo descriptivo de casos y controles consecutivos de pacientes portadores de hernias inguinales y femorales sincrónicas (HIFS) reparados con malla por vía anterior por tres técnicas distintas, seleccionados de una base de datos de 3079 pacientes operados de hernia inguinal de las comunas de Macul y Peñalolén. Se dividieron en tres grupos según técnica realizada: Grupo I Técnica de Lichtenstein + tapón(LT), Grupo II Técnica de HERD modificada por Acevedo (HA) y Grupo III Técnica de Jean Reaves (JR). Se analizaron variables demográficas, tiempo operatorio, complicaciones quirúrgicas y la recurrencia. Se realizó control de los enfermos a la semana de operados, al mes, al año y a los 2 años. El análisis estadístico se ejecutó a través de software Epi Info 7.2.0.1

Resultados: Se analizaron 97 pacientes con HIFS. El 96% fueron mujeres y la edad promedio fue de 54,5 años. 48 pacientes presentaban comorbilidades. El Grupo I contó con 49 pacientes (50%), dos enfermos presentaron seromas y un enfermo refirió sensación de cuerpo extraño que duró más de un año, en este grupo no se reportó recidivas. El Grupo II tuvo 35 pacientes (36%), una fluxión funículo-testicular fue informada y un hematoma fue encontrado en una mujer, un enfermo reportó dolor post-operatorio severo que necesitó atención de urgencia y un enfermo reportó dolor inguinal por más de un mes que necesito bloqueo anestésico,

ocurrieron dos recidivas en este grupo. El grupo III tuvo 18 pacientes (19%), se reportó una lesión de los vasos epigástricos inferiores y un hematoma en una paciente usuaria de aspirina, un paciente de este grupo refirió dolor moderado por más de tres semanas, no se encontraron recidivas en este grupo. El tiempo quirúrgico fue significativamente mayor para los grupos II y III que en el Grupo I ($35 \pm 11,9$ minutos frente a $63 \pm 12,7$ minutos, $P = 0,001$) El dolor fue relativamente más alto en los grupos II y III, pero no estadísticamente significativo ($P = 0,0979$) y el dolor crónico fue similar al igual que las complicaciones. La recurrencia estuvo presente en dos de los pacientes del grupo II (5.6%), con significancia estadística ($P=0,001$) con respecto a los otros dos grupos donde no existió esta situación. No hubo infección del sitio quirúrgico en la serie.

Conclusión: La presencia de hernia inguino-femoral sincrónica es mayor en mujeres El abordaje anterior ofrece una buena opción en el afrontamiento de esta contingencia, existiendo varias alternativas con buenos resultados que deben formar parte del arsenal del cirujano general. Los resultados no muestran una superioridad entre las técnicas utilizadas.

Hernioplastía inguinal TAPP y colecistectomía laparoscópica simultánea: resultados de una serie de casos.

Eduardo Fernando Pimentel González , Nicolás Quezada Sanhueza, Fernando Crovari Eulufi, Nicolás Jarufe Cassis, Fernando Pimentel Müller, Enrique Norero Muñoz, Rodrigo Muñoz Claro.*

Clínica Universidad Católica. Departamento de Cirugía Digestiva.

Introducción: La colecistectomía y la hernioplastía inguinal son las cirugías más frecuentes en Chile y el mundo. La hernioplastía inguinal laparoscópica reporta tasas de infección de la malla menores al 2%. El adicionar una colecistectomía laparoscópica (cirugía limpia-contaminada) es controversial pues pudiera aumentar el riesgo de infección de la malla.

Objetivos: Reportar nuestros resultados de una serie de casos de hernioplastía inguinal laparoscópica TAPP más colecistectomía laparoscópica simultánea.

Material y Método: Análisis retrospectivo de la base histórica de cirugía digestiva. Se identificaron los casos en que se realizó hernioplastía inguinal laparoscópica TAPP y colecistectomía laparoscópica simultánea. Se excluyeron aquellos casos en que no se logró entrevistar

al paciente o en que se rechazó el consentimiento informado para participar en el estudio. Se recopiló información de ficha clínica y de entrevista, aplicando encuesta de calidad de vida de la AHSQC validada al español. Se analizaron datos demográficos, descripción de la hernia, de la cirugía y de sus complicaciones y datos de calidad de vida reportado. Se analizó información obtenida mediante a estadística descriptiva.

Resultados: Se identificaron 21 pacientes, 86% varones y con edad promedio de 61 años. El 72% de las hernias fueron unilaterales, predominando las indirectas (50%). El 56% de las mallas fueron de polipropileno y 37% de poliéster. Se presentó perforación vesicular en un caso y no hubo conversión. No se reportan casos de infección de malla a una mediana de 40 meses de seguimiento (rango: 4-89 meses). Doce pacientes reportan algún síntoma en la encuesta de calidad de vida siendo la mayoría leve y poco limitante.

Conclusión: En esta serie de casos, adicionar una cirugía limpia contaminada a la hernioplastia inguinal TAPP no se asoció a infección de la malla.

Resolución de hernia inguinal derecha inguinoescrotal atascada con hernioplastia con malla Malla

Alberto Perez -Castilla M. , Ruben Suarez Albino.*

Clínica Indisa. Servicio de Cirugía Minimamente invasivo.

Introducción: La hernia inguino escrotal atascada esta al limite de la indicación de cirugía laparoscopia

Objetivos: Presentar la técnica quirúrgica, reducción de intestino observando su contenido y revisando su vitalidad.

Descripción y contenido del vídeo: Laparoscopicamente se evalúa reducción del contenido intestinal. Reducción del saco , revisión de orificios herniarios , colocación de malla y fijación . Asa viable. Alta 24 horas

Hernia de Amyand, un diagnóstico diferencial a tener en cuenta.

maria camila gutierrez vallejos , juan riquelme contreras, Felipe Bastián Moreno Toro, Goonzalo Palominos Salas, Loreto Lara Pérez, Marcelo Andres Santelices Baeza, Nikoll Torres Navarrete.*

Hospital Regional de Talca. Cirugía.

Introducción: La presencia del apéndice vermiforme en el interior de un saco herniario inguinal se denomina hernia de Amyand. La incidencia de hernias inguinales conteniendo el apéndice vermiforme se sitúa entorno al 0,28-1%. Incluso, es más infrecuente la presencia de apendicitis en el interior de una hernia inguinal, con una incidencia del 0,07-0,13%.

Objetivos: Se presenta el siguiente caso, fundamentado en su poca incidencia, y generar la inquietud en cuanto a su diagnóstico y opciones de enfrentamiento y resolución quirúrgica.

Material y Método: Se realiza descripción del caso clínico, se cuenta además con material complementario: imágenes radiológicas y pieza quirúrgica.

Resultados: Hombre 79 años, con antecedentes hernia inguino escrotal izquierda de larga data irreductible. Consulta por cuadro de dolor abdominal de 3 días de evolución, en aumento, tipo puntada, EVA 8/10. Destaca una consulta previa 2 días antes donde se realiza TC abdomen y pelvis negativo para apendicitis aguda. Al examen físico destaca: quejumbroso, abdomen distendido, doloroso a palpación superficial y profunda, signos de irritación peritoneales positivos, hernia inguinoescrotal grande, irreductible. Exámenes de laboratorio de ingreso destaca GB 13500 CREA 1.65 PCR 341. Se realiza nueva TC abdomen y pelvis donde destaca signos inflamatorios en saco herniario, asociado a cambio de calibre en asas intestinales, sin signos de apendicitis aguda. Mediante LMSIU se explora el abdomen con escaso liquido libre, destacando gran hernia inguinoescrotal izquierda con anillo de aproximadamente 10 cm, contiene 66 cm de intestino delgado y ciego con apéndice flegmonoso no perforado, intestino vital. Se logra reducción y se realiza apendicetomía. Se repara el defecto herniario, vía preperitoneal con colocación de malla de ácido poliglicólico que se fija al ligamento inguinal Evolucionar con íleo postoperatorio con manejo medico satisfactorio.

Conclusión: El enfrentamiento diagnóstico, corresponde todo un reto, que se condice con lo expuesto en la literatura, pocas veces sospechado preoperatoriamente. Es muy interesante comentar que en nuestro caso el apéndice efectivamente se presentó flegmonoso, fenómeno aún más inhabitual. Junto con el desafío que presentó la reparación del defecto herniario, que, por la magnitud del mismo, era fundamental.

Colocación de Malla IPOM en paciente con hernia insicional post cecostomia

Alberto Perez -Castilla M. , Ruben Suarez Albino.*

Clínica Indisa. Servicio de Cirugía Minimamente Invasiva.

Introducción: La reparación de las hernias abdominales puede ser realizada a través de laparoscopia . Con el advenimiento de nuevas mallas es necesario implementar su uso en paciente que las presenten , con una pronta recuperación pos operatoria y menos dolorosa .

Objetivos: Paciente que por vólvulo de ciego se realiza cecostomía, que con el tiempo desarrolla una gran hernia insinicial en la zona .

Descripción y contenido del vídeo: Se muestra ingreso cavidad abdominal , liberación de adherencias, reducción de contenido y colocación de malla IPOM con fijación .

Tapp en hernias inguinales asociados a hernia ventrales, la mejor opción .

Alberto Perez -Castilla M. , Ruben Suarez Albino.*

Clínica Indisa. Servicio de Cirugía Minimamente invasivo.

Introducción: Las hernias inguinales son hoy día frecuentemente diagnosticadas por imágenes , lo que lleva a decidir una cirugía que antes generalmente se realizaba cuando se encontraba dilatación de los anillos y percibíamos su contenido. El tamaño del anillo y su contenido (muy grande) según algunos, es una contra indicación para la vía laparoscópica

Objetivos: Demostrar la facilidad de la técnica ,permite revisar toda la pared posterior uni o bilateral,inguinales, crurales e insiniales y su manejo con prótesis .

Descripción y contenido del vídeo: Se muestran vídeos con manejo con hernias inguinal uni o bilateral , asociadas a hernia crural por vía preperitoneal (TAPP)con malla Ultrapro (R) y además hernias insiniales con colocación de malla IPOM (R) con su fijación .

Hernia diafragmatica con colon en Torax ,Reducción, colocación de malla por laparoscopia

Alberto Perez -Castilla M. , Ruben Suarez Albino.*

Clínica Indisa. Servicio de Cirugía Minimamente invasivo.

Introducción: La hernia diafragmatica es una rara patología , generalmente traumática que se opera en Urgencia complicada .

Objetivos: Mostrar caso mujer con hernia diafragmatica que se resuelve por laparoscopia

Descripción y contenido del vídeo: Trocares , ubicación, bajar colon desde el tórax , reseca el saco ,colocación de malla y fijación Evolución satisfactoria

Hernioplastia inguinal laparoscópica. Experiencia preliminar Hospital San José Osorno

Marcelo Hernan Millán Alvarado , Pablo Sebastián González Bobadilla, Alejandro José Baeza Soto, Jose ignacio Alvar Haro.*

Hospital Base de Osorno. Cirugía .

Introducción: La reparación de la hernia inguinal es la cirugía que más se realiza en el mundo, utilizando la técnica abierta con prótesis sin tensión como la más empleada. En los años 90 comenzaron las primeras reparaciones con técnica laparoscópica por vía transabdominal (TAPP), con buenos resultados en cuanto a su morbilidad, menor dolor postoperatorio y rápida reinserción laboral.

Objetivos: El objetivo de este estudio es presentar la experiencia inicial con esta técnica en un hospital del sistema público del sur de Chile.

Material y Método: Serie de casos retrospectiva de pacientes en que se realizó una hernioplastia inguinal por vía laparoscópica con técnica TAPP en el hospital San José de Osorno durante el año 2017. Se confeccionó ficha para cada paciente con variables demográficas generales, malla utilizada, sistema de fijación, estadía hospitalaria, complicaciones y recidiva.

Resultados: En el período de estudio se han realizado 22 hernioplastias inguinales laparoscópicas Promedio de edad 56,7 años. 7 (31,8 %)mujeres y 15(68,2%) hombres. 5 hernias inguinales recidivas, 8 hernias directas y 9 indirectas. Un paciente se operó de urgencia con una hernia atascada y en otro caso de realizó una cirugía combinada con una colecistectomía laparoscópica. En 12 (54,54%) pacientes se utilizaron mallas autoadherentes y en 10 (45,45) mallas de prolipolileno fijadas con tackers. La estadía hospitalaria fue de 1,2 días. No se registraron complicaciones postoperatorias. No hay recidivas con los pacientes aun en seguimiento.

Conclusión: En este estudio los resultados de la técnica TAPP para la reparación de hernia inguinal han demostrado ser similares a los publicados en la literatura, aunque su seguimiento es aún muy breve. El desarrollo de esta técnica en un hospital público de salud aporta beneficios en cuanto a la corta estadía hospitalaria y como alternativa de solución en esta patología frecuente.

MANEJO DE HERNIA INCISIONAL EN EL ADULTO MAYOR

Guillermo Andres Martinez Salinas , Jaime Rappoport stramwasser, Carlos Dominguez Contreras, Juan Jorge Silva Solis, Carlos Jauregui Lozada, Caterina Contreras Bertolo.*

Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Cirugía.

Introducción: El manejo de la hernia incisional en el paciente adulto mayor va en aumento. El mayor número de comorbilidades les otorga en ciertas ocasiones un mayor riesgo perioperatorio que dificulta su manejo, optando en casos por conducta observacional. Sin embargo, la evolución natural de la hernia incisional es al crecimiento y, eventualmente a complicación, lo cual repercute en una mayor morbimortalidad

Objetivos: Mostrar los resultados de nuestra serie de pacientes adultos mayores operados de hernia incisional en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, y compararlos con el paciente no adulto mayor.

Material y Método: se realizó un análisis retrospectivo de las fichas clínicas de 672 pacientes operados por hernia incisional en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre 2012 y 2016, ya sea cirugía electiva o de urgencia. Se rescató información demográfica, comorbilidades, cirugía primaria, tipo de reparación de la hernia incisional, material protésico de la malla utilizada. Se agruparon los pacientes en cirugía electiva y de urgencia y se compararon los resultados. Los datos se organizaron en dos grupos: mayores de 65 años y menores de 65 años. El análisis estadístico se realizó mediante Chi-Cuadrado. Para propósitos del presente análisis, se definirá adulto mayor al paciente mayor de 65 años.

Resultados: se analizaron los datos de 672 pacientes, de los cuales 72% eran mujeres. Del total de pacientes, 384 eran menores de 65 años y 288 mayores de 65 años. La hipertensión arterial fue la comorbilidad más frecuente en ambos grupos (35,81% en menores de 65 años y 63,53% en mayores de 65 años; p value=0,001). En menor medida se describe Diabetes Mellitus (14,60% vs.

18,82%; p value=0,162), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (3,03% vs. 1,96%, p value=0,41) e Hipotiroidismo (9,37% vs. 3,14%; p value=0,511), entre otros. Las cirugías primarias más frecuentes en ambos grupos fueron: biliar (25,52% y 22,22%), ginecológica (16,15% y 14,58%) y gástrica (13,54% y 8,68%). La frecuencia de cirugía herniaria de urgencia por complicación de hernia incisional fue significativamente mayor en el grupo de mayores de 65 años (2,60% vs. 7,64%; p value=0,001). La reparación se hizo principalmente mediante cirugía abierta (88% en menores de 65 años y 97% en mayores de 65 años). La reparación primaria del defecto herniario sin malla fue infrecuente (2,34% y 4,65%). La cirugía laparoscópica fue más frecuente en el paciente menor de 65 años (11,46% vs. 2,78%; p value=0,001). La malla más utilizada fue la de polipropileno (76,76% y 82,73%). En un grupo menor de pacientes hubo lesión de asa intraoperatoria (1,38% y 3,53%). La mayoría de los pacientes no cursaron con complicaciones en el período post-operatorio (96,4% y 94,9%). La complicación post-operatoria más frecuente fue el hematoma de pared.

Conclusión: En nuestro centro en pacientes de alto riesgo quirúrgico con una hernia incisional pequeña y asintomática se podría considerar una conducta expectante, sin embargo, cuando éste no es el caso, recomendamos la cirugía electiva en los pacientes portadores de hernia incisional con expectativa de vida mayor a 2 años, evitando así las implicancias de la cirugía de urgencia.

POSTER Endometrioma de Pared Abdominal: Reparación de pared abdominal con doble malla en resecciones mayores

Guillermo Andres Martinez Salinas , Carlos Jauregui Lozada, Juan Jorge Silva Solis, Carlos Dominguez Contreras, Jaime Rappoport stramwasser, Ivonne Zárate Geiss, Samuel Andrés Zúñiga Rivillo.*

Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Cirugía.

Introducción: La endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial funcional fuera de la cavidad uterina. Las localizaciones fuera de la pelvis son inusuales y dentro de los lugares reportados se incluyen las hernias de pared abdominal. El diagnóstico de endometriosis de la pared abdominal se realiza a través de estudio con imágenes y biopsia. El tratamiento habitual es quirúrgico.

Objetivos: Reporte de casos clínicos. Mostrar la experiencia del equipo en reparación de pared abdominal con malla en pacientes con grandes resecciones valorando la funcionalidad y comparándolo con las otras alternativas quirúrgicas de reparación según lo descrito en la literatura

Material y Método: Descripción de 2 casos clínicos y revisión de literatura. Revisión retrospectiva de ficha electrónica registrando datos relevantes

Resultados: Paciente MMC, de 31 años, con antecedente quirúrgico de 2 cesáreas, consulta a policlínico de cirugía por aumento de volumen infraumbilical, sensible a la palpación, con agudización de dolor catamenial. Se realiza ecotomografía de partes blandas que certifica masa en relación a los músculos rectos en el plano infraumbilical, consistente con endometriosis. Se hospitaliza para manejo quirúrgico. Se reseca cicatriz de Pfannenstiel previa, reconociendo lesión de 4 cm sobre plano muscular de recto derecho, que atraviesa la línea media. Se decide resección con criterio de margen amplio: aponeurosis de rectos externo, músculo recto derecho y parcial izquierdo, más peritoneo. Se reemplaza segmento de músculo reseado, con malla de Ultrapro, 12 x 15 cm, plegada en tres. Además, se refuerza con malla de Prolene, anclada a plano aponeurótico. Paciente JDV, de 55 años, con antecedente de 1 cesarea. Consulta por aumento de volumen nodular, en cicatriz de Pfannenstiel, hace 5 años aproximadamente comienza con dolor en relación a ciclos menstruales. Se realiza ecotomografía de partes blandas que muestra nódulo en pared abdominal anterior en región hipogástrica, aspecto no especificado. Se realiza resección de lesión a 3 cm de límite macroscópico con resección de celular, aponeurosis del recto izquierdo y segmento de 9 cm de músculo siendo reemplazado con malla de Ultrapro, y sobre este plano, se coloca malla de Prolene. Ambas cirugías sin incidentes y con buena evolución postoperatoria

Conclusión: La evolución de la cicatrización de la herida operatoria de defectos grandes de pared abdominal suelen comprometer la movilidad y funcionalidad del tejido durante los primeros meses del postoperatorio. Existen reportes de reparación de pared abdominal con malla que describe mejor funcionalidad en el postoperatorio frente a otras técnicas, lo cual es concordante con nuestra experiencia.

Hernia a Grynfelt: Reporte de un caso

Orlando Antonio Rodríguez Opazo , Rocio Ponce Contreras, Eduardo Zaror González, Florencia Solis Huerta, Felipe Solis Huerta.*

Hospital de Los Ángeles, Universidad de Concepción Cirugía General.

Introducción: La hernia de Grynfelt representa menos del 1% de las hernias, requiere de un alto nivel de sospecha para su diagnóstico. La manifestación clínica más frecuente es la presencia de una masa que protruye a través del triángulo lumbar superior. Raramente se presenta complicada, debido al gran tamaño del anillo herniario. Su diagnóstico es clínico e imagenológico. Su tratamiento es quirúrgico.

Objetivos: Presentar un caso clínico de una patología de baja frecuencia Describir la técnica quirúrgica utilizada y la evolución postoperatoria.

Material y Método: Revisión de ficha clínica electrónica, estudios imagenológicos y protocolo quirúrgico. Revisión de la literatura sobre las distintas técnicas de reparación y vías de abordaje.

Resultados: Paciente masculino de 67 años, sin antecedentes mórbidos conocidos, consultó en policlínico de Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz (CAVRR) por aumento de volumen lumbar izquierdo (subcostal). Al examen físico masa de 8 cm que protruye con maniobras de Valsalva, sin signos de complicación. Se realizó tomografía de pared abdominal contrastada que evidenció defecto herniario en relación al cuadrilátero de Grynfelt, contenido tejido adiposo preperitoneal. Se realizó hernioplastia con malla por vía abierta bajo anestesia general en posición decúbito lateral izquierda; Incisión subcostal sobre el defecto herniario, disección de saco e identificación de anillo herniario de 10cm. invaginación de contenido. Plicatura del defecto con sutura Vicryl (R) 1/0. instalación de malla de Prolene (R) preperitoneal (sublay). El paciente evolucionó favorablemente, sin complicaciones postquirúrgicas tempranas. Seguimiento a 6 meses no ha demostrado recidiva local ni complicaciones postquirúrgicas tardías.

Conclusión: La hernia de Grynfelt es infrecuente, su diagnóstico es clínico e imagenológico. Su tratamiento es quirúrgico. La elección tanto del abordaje como de la técnica empleada dependen de la etiología y la preferencia del Cirujano; ya que es una patología de baja frecuencia no existen estudios que demuestren una técnica estándar de reparación. Nuestro caso presenta una técnica con un resultado óptimo.

PATOLOGÍA HERNIARIA EN EL ADULTO MAYOR: SERIE QUIRÚRGICA.

Guillermo Andres Martinez Salinas, Jaime Rappoport stramwasser, Carlos Jauregui Lozada, Juan Jorge Silva Solis, Carlos Dominguez Contreras, Caterina Contreras Bertolo, Ivonne Zárate Geiss.*

Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Cirugía.

Introducción: La expectativa de vida ha aumentado y con esto la edad de nuestros pacientes; siendo mayor el riesgo de comorbilidades, peor la cicatrización, menor la reserva funcional de los distintos parénquimas por lo que requieren un manejo más complejo muchas veces por sus patologías además de manejar diferentes expectativas respecto al paciente joven.

Objetivos: Descripción de resultados de reparación de hernias generales en adulto mayor por el equipo de hernias en pacientes operados en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile

Material y Método: Se realizó un análisis retrospectivo de las fichas clínicas de 2.550 pacientes operados de hernias en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre 2012 y 2016, ya sea cirugía electiva o de urgencia. Se rescató información demográfica, comorbilidades, cirugía primaria, tipo de reparación de la hernia incisional, material protésico de la malla utilizada, complicaciones quirúrgicas y post quirúrgicas, morbilidad y mortalidad de la serie. El análisis estadístico se realizó mediante Chi-Cuadrado

Resultados: De un total de 2550 pacientes, se registraron 959 mayores de 65 años. De esos pacientes 604 fueron hombres y 355 mujeres. El IMC promedio fue 32. Dentro de los pacientes 564 tenían HTA, 163 DM, 22 EPOC, 32 asma, 72 hipotiroidismo, 38 ACXFA, 14 DHC, 50 pacientes estaban en TACO al momento de la cirugía. Todos estos grupos fueron significativamente mayores en comparación a los pacientes menores de 65 años. Un 73% no presentaba cirugías previas, un 19.51% tenía 1 cirugía previa, 5.68% tenía 2 cirugías, 1.14% tenía 3 cirugías, 0.43% tenía 4 cirugías, 0.04% tenía 5 cirugías, 0.08% tenía 6 cirugías, 0.08% tenía 7 cirugías y 0.04% tenía 8 cirugías. Se registraron 120 cirugías de urgencia (63 fueron hernias atascadas y 57 estranguladas) y 832 electivas. Del total de pacientes adultos mayores operados 288 fueron de hernia incisional, 84 de hernia femoral, 814 de hernia inguinal, 18 de hernia de Spiegel, 67 de hernia umbilical. No se registraron lesiones del conducto deferente, de la arteria epigástrica ni hemorragia masiva. Se reportaron complicaciones en 91 pacientes. Las complicaciones post operatorias registradas fueron hematoma (14) dehiscencia de sutura (3), infección de herida operatoria, seroma (2) falla renal (1), dolor severo (3), fístula

enterocutánea (2), hidrocele, orquitis isquémica (1) retención urinaria(5), TEP (1) y obstrucción intestinal (1). En hernia inguinal se utilizó preferentemente malla prolene y en hernia incisional malla de polipropileno con técnica Onlay.

Conclusión: La cirugía de urgencia se presenta en este estudio en una población 7-10 años mayor lo cual es estadísticamente significativo. La cirugía electiva registró muy baja morbimortalidad. Si la expectativa de vida es mayor a 2 años y el riesgo quirúrgico es aceptable, recomendamos la cirugía electiva de la patología herniaria en el adulto mayor basado en los resultados de la presente serie.

Hernia obturatriz atascada, tratamiento de urgencia mediante hernioplastia laparoscópica. A propósito de un caso clínico.

Anton Pronin Pronin, Eduardo Castro Alvarado, Gonzalo Pinos Parrales, Luis Salvatierra Villavicencio, Roberto Ziegler Rodriguez.*

Hospital Clínico La Florida "Dra. Elosia Diaz Insunza" Servicio Urgencias.

Introducción: Las hernias obturatrizes son extremadamente raras aproximadamente. La tasa de estrangulación oscila entre 25-100%. Frecuentemente se presenta en ancianas, multíparas y pacientes desnutridos. El diagnóstico preoperatorio precoz es esencial y es posible en un 10 – 30 % de los casos. El abordaje laparoscópico es un método mínimamente invasivo y una alternativa para el diagnóstico y tratamiento

Objetivos: Mostrar el abordaje laparoscópico como alternativa para el diagnóstico precoz y tratamiento de urgencia de la hernia obturatriz atascada.

Descripción y contenido del vídeo: Mujer de 35 años, sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos, multípara de uno. Consulta a urgencias por cuadro de 5 días de evolución de dolor y distensión abdominal asociado a vómitos, sin signos de irritación peritoneal al examen físico. Radiografía de abdomen y Tomografía computarizada de abdomen y pelvis mostró una obstrucción intestinal con cambio de calibre a nivel de íleon distal en la región pelviana. Se realizó una laparoscopia exploradora de urgencias, visualizándose asas de intestino delgado yeyuno-íleon dilatadas con presencia de hernia atascada en relación a agujero obturatriz derecho, reducción del contenido de asa intestinal vital, hernioplastia con tapón de malla de

polipropileno en cavidad formada en relación a agujero obturatriz.

Malla autoadherente en Cirugía Herniaria. Experiencia en Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Guillermo Andres Martinez Salinas , Juan Jorge Silva Solis, Carlos Jauregui Lozada, Carlos Dominguez Contreras, Jaime Rappoport Stramwasser, Daniel Revello Pedemonte, MATIAS PRUZZO GARATE.*

Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Cirugía.

Introducción: La introducción del uso de mallas en la reparación de las hernias de la pared abdominal ha disminuido la tasa de recurrencias. Aún se encuentra en evaluación el dolor crónico, y la tasa de recurrencias a largo plazo. Desde el año 2011 se encuentra en el mercado nacional la malla autoadherente (Progrid) para su uso en reparación herniaria. No requiere sutura y es fácil instalar

Objetivos: Presentar nuestra experiencia con esta malla utilizada en el Equipo de Hernias del Departamento de Cirugía del Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre los años 2011 y 2015, esto último porque nos permite evaluar nuestros pacientes hasta 2 años después de la cirugía.

Material y Método: Se realizó un análisis retrospectivo de las fichas clínicas de 576 pacientes operados por hernia en los cuales se utilizó malla Progrid en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre 2011 y 2015, ya sea cirugía electiva o de urgencia. Se rescató información demográfica, tiempos quirúrgicos, lateralidad y características de la cirugía, complicaciones, dolor y se registró el seguimiento de los pacientes. El análisis estadístico se realizó mediante Chi-Cuadrado.

Resultados: Durante el periodo antes mencionado se intervinieron con esta malla 578 pacientes de los cuales 420 fueron del género masculino (72.6%) y 158 del femenino (27.4%). La edad promedio de nuestros pacientes fue de 58.05 años. De ellas 198 eran hernias inguinales derechas, 152 hernias inguinales izquierdas, 33 de la línea alba, 64 inguinales bilaterales, 37 incisionales, 18 mixtas (más de una hernia), 64 umbilicales y 22 sin consignar. El tiempo promedio quirúrgico fue de 50 minutos y el dolor post-operatorio a la semana, fecha del primer control, medido con EVA fue de 3-4. El dolor a los 3 meses estuvo presente en 10 pacientes con un EVA de 5. Hubo 6 recidivas en nuestra serie.

Conclusión: El uso de malla autoadherente es de fácil aplicación, sin necesidad de puntos de sutura, lo que se traduce en menor tiempo operatorio, menor dolor post-operatorio y una tasa de recurrencia al menos comparable con las técnicas tradicionales que utilizan otros tipos de malla.

Programa de residencia de cirugía general: Cirugía abdominal e impacto de aplicar un programa simulado de entrenamiento laparoscópico

Rodrigo Alfredo Tejos Sufan , Rubén Ávila Sepúlveda, Martin Inzunza Aguero, Pablo Achurra Tirado, Jose Luis Quezada Gonzalez, Fernando Pimentel Müller, Nicolas Jarufe Cassis, Julián Varas Cohen, Jorge Martinez Castillo.*

Clínica Universidad Católica. Centro de simulación y cirugía general, División de cirugía.

Introducción: Un objetivo central de una Residencia de Cirugía General (RCG) es capacitar a un especialista autónomo y competente. Una estrategia es optimizar la exposición de los residentes al mayor tiempo quirúrgico posible. El entrenamiento simulado es una herramienta que podría complementar la formación tradicional acortando curvas de aprendizaje de técnica quirúrgica durante la RCG.

Objetivos: Analizar el número de intervenciones quirúrgicas abdominales de distintas generaciones de egresados de una misma RCG, según su exposición a un programa validado de simulación en cirugía laparoscópica (PSEL).

Material y Método: Se diseñó un estudio de cohorte no concurrente. Se incluyeron cirujanos graduados (CG) entre los años 2012-2015 de la RCG de la Universidad Católica de Chile (cuatro generaciones). Se obtuvieron de los registros prospectivos de los residentes durante su RCG. Sólo se analizaron intervenciones quirúrgicas (IQ) del abdomen como primer cirujano. El grupo control (NPSEL) fueron CG del año 2012, que no recibieron formación complementaria con un PSEL. Se analizaron el número anual de docentes y de intervenciones en el equipo de Cirugía Digestiva, procedimientos quirúrgicos por año de programa, técnica quirúrgica, prioridad de la intervención y complejidad del recinto hospitalario. El análisis estadístico se realizó con X² o T de Student según la naturaleza de los datos.

Resultados: Se analizaron las intervenciones de 28 CG (PSEL: 23 CG y NPSEL: 5 CG). No se encontraron diferencias significativas en la proporción de cirugías por docente ni en la proporción de docentes por residente entre los años 2009-2015. Los CG realizaron un promedio de 372 IQ como primer cirujano. Los residentes entrenados con PSEL realizaron un mayor número de procedimientos totales e IQ de media a alta complejidad en comparación con el NPSEL [384 vs 319

(p = 0,04)] y [48 vs 30 (p = 0,02)] respectivamente. El grupo PSEL realizó una mayor proporción de procedimientos laparoscópicos [54,2% vs 46,5% (p? 0,05)], con un promedio mayor de procedimientos laparoscópicos totales [183 versus 148 (p? 0,05)]. El grupo PSEL realizó un mayor porcentaje de procedimientos laparoscópicos en el primer año de RSG.

Conclusión: Los CG de una RSG de 3 años realizan diversos procedimientos abdominales a través de cada año. La introducción de un programa de entrenamiento simulado laparoscópico podría aumentar el número de procedimientos abdominales totales y laparoscópicos.

MODELO DE ENTRENAMIENTO EX-VIVO CON SISTEMA DE PERFUSIÓN PARA LA ADQUISICIÓN DE HABILIDADES EN NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA

Martin Inzunza Agüero , Rodrigo Neira Soto, Jose Luis Quezada Gonzalez, Itzhak Testa Sklofsky, Pablo Achurra Tirado, Julián Varas Cohen.*

Clínica Universidad Católica. Centro de Simulación UC / Cirugía Digestiva .

Introducción: La curva de aprendizaje para nefrectomía parcial laparoscópica (NPL) es larga. La simulación permite adquirir competencias. Sin embargo, el modelo más utilizado en NPL es el animal vivo anestesiado, lo que implica desventajas en cuanto a costo, aspectos éticos, limitado uso para entrenamiento repetitivo y tiempo necesario para su montaje. Se propone un modelo simulado de alta fidelidad para NPL.

Objetivos: Descripción de un novedoso modelo de alta fidelidad y bajo costo para la adquisición de habilidades en NPL en un Endotrainer (simulador).

Descripción y contenido del vídeo: Se desarrolló un modelo ex-vivo de riñón porcino perfundido con sangre artificial mediante flujo desde la arteria renal hacia el parénquima, a través de una bomba de perfusión. El modelo cuenta con una pieza que simula un tumor sólido de polo inferior. Urólogos expertos y novatos hicieron una NPL utilizando este modelo en un Endotrainer, replicando la técnica tal como está descrito en un paciente. Inicialmente se realiza un control vascular con clamp arterial que permite efectuar el procedimiento con control hemostático, para luego realizar la resección y un correcto cierre del parénquima interno con sutura barbada en un primer plano. Posteriormente se comprueba la hemostasia liberando el control vascular y

se finaliza el segundo plano de sutura barbada superficial sobre la cápsula renal.

ENTRENAMIENTO SIMULADO EN SUTURAS PARA PROFESIONALES DE LA SALUD: EXPERIENCIA INICIAL DE UN CURSO DE FORMACIÓN CONTINUA.

Martin Inzunza Agüero , Alfonso Navia Torelli, Jose Luis Quezada Gonzalez, Sergio Riveros Gonzalez, Andres Ignacio Troncoso Trujillo, Rodrigo Tejos Sufan, Pablo Achurra Tirado, Julián Varas Cohen.*

Clínica Universidad Católica. Centro de Simulación UC / Cirugía Digestiva .

Introducción: Se ha demostrado que la retroalimentación mediante videos tutoriales y feedback por pares es una alternativa viable y efectiva para el entrenamiento de suturas en alumnos de pregrado de medicina. Se propone aplicar la metodología para entrenar a profesionales de la salud en general, a través de un curso de educación continua.

Objetivos: Demostrar la efectividad de un curso de formación continua para el entrenamiento simulado en técnicas de sutura para profesionales de la salud (médicos generales, enfermeras, matronas, médicos veterinarios, y estudiantes de las carreras mencionadas), que incluya una metodología mixta de retroalimentación con videos tutoriales y feedback por expertos.

Material y Método: Se diseñó un curso de entrenamiento en técnicas de sutura para profesionales de la salud con metodología de enseñanza semi-presencial, con retroalimentación mediante videos tutoriales con técnica estandarizada de libre consulta por los participantes, y feedback efectivo por tutores expertos durante las sesiones de entrenamiento. Se realizaron mediciones basales considerando escala OSATS Global de las habilidades técnicas y tiempo para: Punto Simple, Punto Invertido, Punto Donati y Nudo de Cirujano. Luego de 4 sesiones de entrenamiento se realizó la evaluación final del curso, la cual fue videograbada y evaluada en ciego por un sólo tutor experto en forma diferida. Para el análisis estadístico se utilizaron los test de Wilcoxon y Mann-Whitney para variables no paramétricas.

Resultados: Todos los participantes mejoraron de forma significativa las habilidades basales. Se analizaron las medianas y rango para el OSATS de cada técnica: Punto Simple previo 15 (12-18) vs post 22 (19-23), $p<0.05$;

Punto Invertido 14 (11-17) vs post 21 (19-23), $p<0.05$; Punto Donati 13 (11-18) vs post 21 (18-23), $p<0.05$; Nudo de Cirujano 13 (11-17) vs post 22 (17-23), $p<0.05$. Todos los participantes disminuyeron sus tiempos en forma significativa para cada técnica. No existieron diferencias significativas al comparar los OSATS finales entre las distintas técnicas enseñadas.

Conclusión: La retroalimentación mediante videos tutoriales de libre disposición y feedback por tutores expertos durante las sesiones de entrenamiento parece ser una alternativa viable y efectiva para el entrenamiento de técnicas de suturas en los profesionales de la salud, no requiriendo docencia activa por cirujanos expertos todo el tiempo, optimizando la enseñanza-aprendizaje de las distintas técnicas.

Resultados de encuesta a residentes de cirugía general sobre formación en cirugía hepatobiliar y diferencias por género

Patricia Rebolledo Caro , Carlos García Carrasco, Diego García Prado, Martina Koryzma Hermosilla, Boris Marinkovic Gómez.*

Hospital Clínico San Borja-Arriarán. Cirugía.

Introducción: Los principales factores que influyen en la elección de subespecialidad se pueden agrupar en distintas áreas, tales como condiciones y oportunidades de formación y perspectivas respecto a la vida personal y laboral. Hoy en día las mujeres constituyen 50% de los estudiantes de medicina, sin embargo, se encuentran subrepresentadas en algunas especialidades quirúrgicas como la cirugía hepatobiliar.

Objetivos: Nuestro objetivo principal es evaluar que factores determinan la elección de la subespecialidad de hepatobiliar entre los residentes de cirugía general. (Interés actual, percepciones de la subespecialidad y la disponibilidad). Como objetivo secundario se evaluarán las diferencias por género y el rol de la mujer en la subespecialidad.

Material y Método: De 220 residentes del programa de cirugía impartido por las diferentes escuelas de postgrado en Chile (15 programas de formación). Se realizó una encuesta cuantitativa prospectiva de 28 preguntas online y presencial a 106 residentes. El tamaño muestra se calculó para un Nivel de Confianza del 85% y un error alfa de 5%. Los datos se recopilaron entre Abril y Agosto de 2017 mediante una encuesta autogestionada que se formuló teniendo como referencia la encuesta realizada a estudiantes de Medicina en la U. de Michigan

durante el 2010, publicada en el Journal of Surgical Education. La encuesta evalúa motivaciones personales, objetivos en la carrera y estilo de vida, experiencia y conocimiento en relación a la cirugía hepatobiliar. El análisis de los datos se realizó con software STATA 12.0.

Resultados: De 106 encuestados, 89,5% son de nacionalidad chilena. El rango de edad predomina entre 25 y 35 años (97,1%) y con predominio del género masculino (72,6%). 66% se desempeña como residentes en Hospitales de la red pública de salud, en instituciones privadas el 21%. 44% se encontraba cursando su 3° año de residencia al momento de realizar la encuesta. 73% consideraría dedicarse a esta área de la Cirugía como opción si la formación fuera mas corta. 74% de los residentes nunca recibió en el pregrado algún tipo de instrucción respecto a cuál es el camino para dedicarse a esta area. 12% de los encuestados declara nunca haber participado en alguna cirugía HPB en la institución donde se desempeña. Con respecto a la falta de mujeres mentoras a seguir en cirugía HPB, el 57% está de acuerdo o muy de acuerdo con esta aseveración. Ser hombre se relaciona 2,37 veces más con creer que las mujeres tienen baja representación en los modelos a seguir, específicamente en la cirugía HPB ($p=0,000$ IC 1,41-3,96). Al evaluar si el aumento de mujeres en HPB tendrá un impacto positivo en la calidad de salud entregada, 40% de los residentes considera que la mayor presencia de mujeres en esta área tendrá un impacto positivo en la calidad de salud. Respecto a sentir discriminación de género, los hombres se sienten menos discriminados con un OR de 0,16 ($p=0,001$). El hecho de ser mujer determina un OR de 5,9. Es decir 6 veces más riesgo de sufrir algún grado de discriminación durante su beca. ($p=0,001$)

Conclusión: Existe falta de conocimiento sobre la subespecialidad en pregrado, que no se relaciona con falta de interés en participar en cirugía HPB. Los residentes encuestados perciben baja representación del género femenino y consideran que el aumento tendría un impacto positivo en la calidad de salud. El hecho de ser mujer residente de cirugía gral. tiene 6 veces mas riesgo de discriminación o maltrato

Diseño y validación de modelo simulado para anastomosis intestinal neonatal

Alberto Torres Gueren , Rodrigo Tejos Sufan, Martin Inzunza Aguero, Alejandro Zavala Busquets, Julián Varas Cohen.*

Clínica Universidad Católica. Centro de Simulación UC / Cirugía Pediátrica.

Introducción: La simulación ha demostrado su utilidad en la adquisición de habilidades quirúrgicas, siendo una alternativa segura y efectiva en la obtención de curvas de aprendizaje. Al diseñar nuevas alternativas de simulación, cada modelo debe validarse para lo cual debe cumplir requisitos de realismo, relevancia, reproducibilidad y capacidad de discriminar entre individuos con distintos niveles de habilidad.

Objetivos: Validar un modelo pediátrico con intestino de pollo para la realización de anastomosis intestinal neonatológica en cirugía abierta.

Material y Método: Se evaluaron las habilidades de un grupo de internos de medicina y residentes de cirugía, clasificándose como “novatos” o “intermedios” tras aplicar una encuesta evaluando experiencia previa en procedimientos similares (simulados o no). Luego fueron instruidos a la realización de una anastomosis enteral termino-terminal mediante un video explicativo; posteriormente efectuaron el procedimiento sin asesoría, registrándose en video. Se midió el tiempo quirúrgico y presencia de filtración al concluir la anastomosis, además se evaluó la técnica quirúrgica mediante una pauta objetiva de habilidades (rango 5-25): Objective Structured Assessment of Technical Skills (OSATS). Estos resultados fueron comparados con los obtenidos de la medición de 2 cirujanos expertos.

Resultados: Se evaluaron 9 “novatos” y 4 “intermedios”. Los resultados entre “novatos”, “intermedios” y “expertos” fueron significativamente distintos. El tiempo quirúrgico promedio fue de 34 min, 21,52 min y 19,6 min para cada grupo respectivamente; el OSATS promedio en el grupo “novatos” fue de 11, en el grupo “intermedios” fue de 18, y en los “expertos” fue de 23. El porcentaje de filtraciones en los “novatos” fue de 88%, en “intermedios” 25%, y los “expertos” no tuvieron filtraciones.

Conclusión: El modelo propuesto es capaz de discriminar habilidades y eficiencia en la confección de una anastomosis neonatal, por lo que podría ser útil en el entrenamiento de cirujanos que requieran estas habilidades.

Diseño de modelo innovador y de bajo costo para el entrenamiento simulado en ostomía intestinal neonatal

Alberto Torres Gueren , Martin Inzunza Aguero, Rodrigo Tejos Sufan, Jose Luis Quezada Gonzalez, Alejandro Zavala Busquets, Julián Varas Cohen.*

Clínica Universidad Católica. Centro de Simulación UC / Cirugía Pediátrica.

Introducción: La simulación ha demostrado su amplia utilidad en la adquisición de habilidades quirúrgicas, siendo una alternativa segura y efectiva al acortar las curvas de aprendizaje para diversos procedimientos. En la literatura no existen modelos de entrenamiento simulado para la adquisición de habilidades en la confección de ostomía intestinal neonatal.

Objetivos: Desarrollar un modelo de entrenamiento quirúrgico innovador y de bajo costo, utilizando intestino de pollo ex-vivo y piel sintética para la adquisición de habilidades en ostomía intestinal neonatal.

Descripción y contenido del vídeo: El cirujano selecciona el lugar adecuado donde debe ser situada la ostomía sobre la piel sintética, posteriormente realiza una pequeña laparotomía para localizar el asa intestinal. El cirujano extrae un segmento de asa intestinal terminal y procede a evertirlo sobre sí mismo, del mismo modo que se realiza en pacientes. A continuación, procede a suturar puntos cardinales en la ostomía, y finalmente puntos de refuerzo. El entrenamiento es videograbado, con lo cual se pretende llevar este modelo a la fase de validación, donde un evaluador ciego obtendrá OSATS, hitos específicos y tiempo total de la sesión de entrenamiento. El modelo propuesto para entrenamiento en ostomía intestinal neonatal cumple con el objetivo de ser un modelo simulado innovador, de bajo costo y de fácil implementación.

Experiencia de rotación de residentes de cirugía general Universidad Austral en hospital Coyhaique

Gabriela Campos Klesse , Carlos Ayala Pardo, Andres Vera Salas, Claudio Vallejos Olavarría, Carlos Cárcamo Ibaceta, Pedro Pablo Pinto Guerrero.*

Hospital Clínico de Valdivia. Cirugía.

Introducción: El programa de formación de cirugía general, definido en 2007 por la Sociedad de Cirujanos de Chile, varía según centro formador en consideración a los recursos y oportunidad quirúrgica de sus diferentes campus clínicos. Existen estudios que evalúan el cumplimiento de objetivos de formación en centros metropolitanos, no existiendo reportes relacionados en muchos centros regionales.

Objetivos: Reportar la actividad quirúrgica realizada por los residentes del programa de cirugía general de la universidad Austral, en su rotación por hospital regional de Coyhaique.

Material y Método: Estudio descriptivo, de procedimientos quirúrgicos en los que participaron los residentes de cirugía general durante su rotación de 2 meses en hospital de Coyhaique, desde su incorporación al programa en junio 2015 hasta mayo 2017. Se incluyó el total de cirugías realizadas por los residentes durante este periodo. Se excluyeron los procedimientos realizados por residentes que no continuaron su formación en universidad Austral. Se creó una base de datos anónima, clasificándose las cirugías realizadas por cada residente según participación como cirujano o ayudante, cirugía de urgencia o electiva, abierta o laparoscópica. La información se presenta mediante estadística descriptiva, utilizando medidas de tendencia central, frecuencias absolutas y relativas, según tipo y escala de variables.

Resultados: Durante el periodo de estudio se realizó un total de 1201 intervenciones quirúrgicas distribuidas entre 8 residentes de cirugía. El promedio de intervenciones realizadas por cada residente fue 149 casos, 81 (54%) como cirujano y 68 (46%) como ayudante. Cirugía de urgencia 30%, electiva 70%. Procedimientos abiertos 32%, laparoscópicos 68%. El área de intervención más frecuente corresponde a cirugía digestiva, 67,3% del total de intervenciones, destacando colecistectomía laparoscópica, realizándose en promedio 39 casos como primer cirujano y 19 como ayudante. En segundo lugar destaca patología herniaria, 9,4% del total de intervenciones, realizándose en promedio 8 casos como primer cirujano y 14 como ayudante.

Conclusión: La incorporación del hospital de Coyhaique al programa de formación de cirugía general de la universidad Austral ha permitido a los residentes aumentar su acceso, oportunidad y variedad quirúrgica, así como su experiencia en laparoscopia, en cirugía de urgencia y electiva. El ritmo de trabajo constante y calidad de residente único lo proyecta como nuevo y destacado centro formador regional.

Estilos de aprendizaje en especialidades quirúrgicas

Manuel Arturo Quiroz Flores , Francisco Moraga Vasquez, Michelle Pol Arias, Christian Martinez Osorio.*

Hospital Clínico San Borja-Arriarán, Universidad de Chile Cirugía campus central.

Introducción: El proceso de aprendizaje es un fenómeno complejo en el que influyen diversas variables, entre ellas los estilos que predominan en los educandos. A través de este conocimiento se pueden plantear metodologías orientadas a ser más efectivas y eficaces para lograr el aprendizaje. Existe desconocimiento sobre los estilos de aprendizaje que predominan en las especialidades quirúrgicas de nuestro país.

Objetivos: Identificar los estilos de aprendizaje prevalentes en los becarios de especialidades quirúrgicas de un centro clínico. Buscar una asociación entre estos estilos y la elección de la especialidad. Describir las características demográficas de los becarios y determinar prevalencias según especialidad.

Material y Método: Estudio transversal y observacional. Se incluyó a todos los médicos becarios que realizan su formación en programas universitarios de especialidad primaria con énfasis quirúrgico durante el año 2017 en un campo clínico. Mediante la plataforma digital SurveyMonkey se ingresó la encuesta estandarizada de Honey-Alonso y se incluyó una sección para recopilar antecedentes demográficos. Se realizó la invitación vía correo electrónico a los voluntarios. La variable respuesta fue el estilo de aprendizaje: Activo, Reflexivo, Teórico o Pragmático. Las variables explicativas fueron la especialidad, edad y género. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva y analítica.

Resultados: De una población total de 38 becarios, correspondientes 14 a Cirugía general, 19 a Obstetricia y ginecología, 6 a Urología y 4 a Cirugía infantil. Se encontraban 33 en el campo clínico al momento de la encuesta. La distribución por género en el grupo fue 48% masculino con edad 31 ± 3.5 años. Los estilos de aprendizaje más prevalentes fueron Reflexivo 64% y Teórico 24%. Al analizar por especialidad la mayor prevalencia fue el estilo Reflexivo en Urología 80%, Cirugía 46%, Cirugía pediátrica 66% y Ginecología 82%. Seguida por el estilo Teórico en Cirugía 36%, Cirugía pediátrica 33% y Ginecología 18%. Destaca el estilo Pragmático en Urología 20%. Al analizar por género se mantiene la proporción: en hombres con un 62% Reflexivo y 25% Teórico y en mujeres con un 65% y 24% respectivamente sin diferencia significativa. En Cirugía el porcentaje de hombres fue 57% siendo la proporción más balanceada de hombres y mujeres. El predominio de género fue claro Urología 100% hombres y en Obstetricia y ginecología 90% mujeres. Al analizar el estilo de aprendizaje por edad en menores de 30 años y mayores de 30 los resultados fueron 56% Reflexivo y

33% Teórico y 73% Reflexivo y 13% Teórico respectivamente con diferencia no significativa $p < 0.29$.

Conclusión: Existe un claro predominio de los estilos reflexivo y teórico en las especialidades quirúrgicas investigadas, este debe ser un dato a considerar durante la elaboración y el desarrollo del programa de formación para lograr el aprendizaje óptimo de los estudiantes.

Prevalencia del Síndrome de Burnout en los Residentes de Cirugía General de Chile y sus factores asociados.

Nelson Muñoz Pérez , Nicolás Campaña Weitz, Gonzalo Campaña Villegas.*

Clínica Indisa. Unidad de Coloproctología..

Introducción: El Síndrome de Burnout (BO), es una inadecuada forma de afrontar estrés crónico, con cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal. Hasta un 50% de los médicos presentan BO, principalmente en su periodo de formación. El estrés laboral crónico se asocia a accidentabilidad, ausentismo y baja productividad. En Chile no hay estudios en residentes de Cirugía General.

Objetivos: Objetivo General: Determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en los residentes de Cirugía General de Chile mediante la aplicación del Maslach Burnout Inventory – Human Service Survey (MBI-HSS) durante el periodo junio 2017. Objetivos Específicos: Establecer las características sociodemográficas asociadas a la presencia del síndrome de Burnout en los residentes de Cirugía General.

Material y Método: Diseño: Estudio de Prevalencia, encuesta email. Criterios Inclusión: residente de Cirugía, responder encuesta. Criterios Exclusión: respuestas incompletas. Tamaño muestral: estimación de proporción (N° total 232, confianza 95%, precisión 4%, proporción 5%, N° tamaño muestral: 76) Variables: dependiente: presencia de Síndrome de BO. Independiente: MBI-HSS 22 ítems con escala Likert, con 3 subescalas (agotamiento emocional (AE), despersonalización (D) y realización personal (RP)). Se divide en 3 grados (bajo, mod., alto). BO se define como grado alto en AE, D o en grado bajo de RP. Otras: Edad, género, estado civil, hijos, centro formador, año en curso, financiamiento, horas jornada laboral. Estadística: Analítica. χ^2 , Mann-Whitney, regresión logística multivariante. STATA 13.0

Resultados: Se obtuvieron 117 respuestas, 103 contestadas completas (88%). El 72,81% de los encuestados presenta Síndrome de Burnout aplicando el cuestionario MBI, de los cuales el 26%, 27% y 19% tienen BO en al menos una, dos y tres escalas, respectivamente. En escala de agotamiento emocional y despersonalización, el 52% y el 56% de los encuestados, respectivamente presentan grado alto. El 30% presenta baja realización personal, que son los criterios que definen el BO. Al dicotomizar la presencia de BO y analizar las variables estudiadas mediante un modelo de regresión logística, existe una diferencia estadísticamente significativa en la edad ($p=0.042$) con un OR 0.08 (IC 95% 0.64-0.99) y el tener hijos ($p=0.045$) con un OR 4.94 (IC 95% 1.03-23.52). No hay diferencias estadísticamente significativas en lo referente al género, estado civil, universidad, año de residencia ni financiamiento. En la subescala de agotamiento emocional hay una diferencia estadísticamente significativa al analizar el género ($p=0.039$), existiendo un mayor riesgo de desarrollar BO en las mujeres RRR 5.32 (IC 95% 1.10-25.66). En la escala de despersonalización no hay diferencias estadísticamente significativas en las variables analizadas. En la subescala de realización personal existe una diferencia estadísticamente significativa al evaluar ciudad donde se realiza la especialidad ($p=0.021$), existiendo un mayor riesgo de desarrollar BO en quienes realizan la especialidad en regiones RRR 5.43 (IC 95% 1.12-26.37).

Conclusión: La prevalencia del síndrome de Burnout en becados de Cirugía General de Chile es del 72,8%. La edad es un factor protector a presentar BO, a medida que aumenta un año la edad, tienen 0.8 menos chances de tener BO que los de menor edad. Tener hijos es un factor de riesgo importante para la presencia de BO, aquellos que tienen hijos tienen 4.94 más riesgo de tener BO que aquellos que no los tienen

Absceso hepático: Estudio descriptivo en serie de casos. Experiencia en un hospital en Santiago

Iván Andrés Santana Larraguibel, Chu Long Yuan Lu, Silvana Cabrera Cabello, Josefa Quezada Morales, Rodrigo Abularach Cuellar, Javier Reyes Illanes, Felipe Castillo Henriquez.*

Introducción: El absceso hepático es una colección de etiología infecciosa ubicada en el parénquima hepático, de baja incidencia. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son fiebre y dolor abdominal. Tanto la

ultrasonografía abdominal como la tomografía computarizada son las herramientas imagenológicas de elección. El manejo es antibioterapia empírica de amplio espectro asociado o no a drenaje de la lesión.

Objetivos: Describir las características clínicas y los resultados postoperatorios de una serie de pacientes con abscesos hepáticos estudiados e intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Barros Luco Trudeau

Material y Método: Estudio retrospectivo de tipo descriptivo, de corte transversal, realizado en el Servicio de Cirugía del Hospital Barros Luco Trudeau entre abril del 2015 y abril del 2017, período en el cual se han estudiado e intervenido pacientes con absceso hepático, constituyéndose una base de datos de éstos. Se utilizó como criterio de inclusión pacientes intervenidos quirúrgicamente por lesión tumoral hepática, cuyo resultado histopatológico fue compatible con absceso hepático. El muestreo realizado fue del tipo no probabilístico de casos consecutivos y por conveniencia. Se estudiaron las siguientes variables: biodemográficas, síntomas y signos, parámetros de laboratorio, estudio del diagnóstico preoperatorio (US abdominal, TC de abdomen y pelvis con contraste) y su respectivo manejo

Resultados: Se estudió a 18 pacientes consecutivos (10 mujeres y 8 varones) con edades comprendidas entre los 40 y los 86 años (media 62,3 años, desviación estándar 13,1). El 83,3% presentó dolor en hipocondrio derecho, el 44,4% presentó náuseas y/o vómitos, en un 67% de los pacientes se pesquisó fiebre, mientras que la ictericia estuvo presente sólo en el 5,6% de la muestra. Un 83,3% cursó con proteína C reactiva (PCR) elevada, en el 61,1% se objetivó leucocitosis, el 22,2% presentó aspartato aminotransferasa (AST) elevada, el 11,1% cursó con alanina aminotransferasa (ALT) mayor al límite superior, mientras que los porcentajes de pacientes que cursaron con fosfatasa alcalina (FA) y gamma glutamil transpeptidasa (GGT) elevados fue de 5,6% y 27,8%, respectivamente. La US abdominal sólo se realizó en el 16,7% de los pacientes, con un rendimiento del 100%. La sensibilidad de la TC de abdomen y pelvis con contraste fue del 100%. En relación con el tratamiento, se llevó a cabo de forma exclusiva con antibioterapia en el 11,1% de los casos, mientras que el drenaje percutáneo fue la técnica realizada en el 5,6% de los pacientes. La antibioterapia asociada a tratamiento quirúrgico fue el manejo de elección en el 72,2% de la muestra, lo cual es posible subdividirlo en periquistectomía parcial (66,7%) y hepatectomía lateral izquierda (5,6%; $n=1$). Del total de la muestra, el 22,2% se presentaron como abscesos múltiples, mientras que el resto como lesión única

Conclusión: El absceso hepático se presenta frecuentemente con síntomas inespecíficos, al igual que los parámetros de laboratorio. Tanto la ultrasonografía abdominal como la tomografía computarizada de abdomen son herramientas imagenológicas con elevada sensibilidad en el diagnóstico de absceso hepático. La base del manejo es la antibioterapia empírica de amplio espectro, asociada o no a drenaje de la lesión.

EXPERIENCIA DE ENTRENAMIENTO DE COLGAJOS LOCALES EN CUERO CABELLUDO EN MODELO DE PIEL DE CERDO SOBRE UN CRÁNEO HUMANO

Alfonso Navia Torelli, Martin Inzunza Aguero, Julián Varas Cohen, Bruno Dagnino Urrutia.*

Clínica Universidad Católica. Centro de Simulación y Cirugía Experimental - Sección de Cir.

Introducción: El entrenamiento simulado está ampliamente validado en la literatura como herramienta para la adquisición de destrezas. Múltiples modelos simulados para el entrenamiento de colgajos locales se han descritos en la literatura, tanto sintéticos como de tejido ex vivo. El equipo de simulación en cirugía plástica UC ha desarrollado un modelo reproducible para el entrenamiento de colgajos.

Objetivos: Presentar la experiencia de un modelo de sutura de cuero cabelludo y diseño de colgajos locales básicos usando una piel de cerdo sobre un cráneo humano aplicado a un grupo de 30 alumnos.

Descripción y contenido del vídeo: Con el uso de piel de cerdo, se creó un modelo de simulación de cuero cabelludo sobre un cráneo humano. Se reunió a un grupo de 30 alumnos sin experiencia quirúrgica previa. Se diseñó un curso con sesiones de reforzamiento teórico de técnicas de sutura y conceptos básicos de colgajos locales de rotación y avance. Posterior a la clase, se entregó un modelo por cada 2 alumnos y se pidió que aplicaran los conocimientos obtenidos. Se realizó feedback efectivo y práctica deliberada registrando el entrenamiento en video. Se aplicaron encuestas a los alumnos para la validación de apreciación del modelo y se aplicaron evaluaciones con pautas de cotejo validadas (OSATS) para objetivar competencias técnicas.

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO SIMULADO PARA ADQUIRIR HABILIDADES EN CIRUGÍA

LAPAROSCÓPICA ESÓFAGO-GÁSTRICA: EXPERIENCIA INICIAL.

José Luis Quezada González, Martin Inzunza Aguero, Rubén Ávila Sepúlveda, Pablo Achurra Tirado, Nicolás Quezada Sanhueza, Fernando Crovari Eulufi, Julián Varas Cohen.*

Clínica Universidad Católica. Simulación UC/Departamento de Cirugía Digestiva..

Introducción: La cirugía esófago-gástrica y cirugía bariátrica laparoscópica, se caracterizan por necesitar técnicas avanzadas con largas curvas de aprendizaje para ser competente. La simulación en cirugía ha demostrado acortar las curvas de aprendizaje sin riesgos para los pacientes. Se desarrolló un curso de más de 70 horas prácticas para la adquisición de competencias técnicas en cirugía digestiva alta.

Objetivos: Describir los resultados iniciales de un programa de entrenamiento simulado para adquirir competencias en laparoscopia avanzada esófago-gástrica y bariátrica.

Material y Método: Estudio Observacional. Cohorte prospectiva. Se diseñó un programa de entrenamiento de dificultad progresiva, compuesto por módulos con los principales procedimientos digestivos altos que se realizan vía laparoscópica. Hernioplastia hiatal y funduplicatura de Nissen, Entero-entero anastomosis con endograpadora, Gastro-yeyuno anastomosis manual y Gastro-yeyuno anastomosis mecánica con endograpadora lineal. El entrenamiento se realizó en modelos de tejidos ex-vivo especialmente diseñados para cajas de simulación. El entrenamiento se evaluó con escalas globales validadas (OSATS) antes y después de cada módulo. Se registró el tiempo de cada procedimiento.

Resultados: 15 cirujanos generales (11 años promedio de ejercicio de cirugía) desarrollaron el programa de formación. Se obtuvo una reducción promedio de los tiempos en 637 min. (IC 95%, 86 - 1188, p=0,029) para la Funduplicatura, 162 min. (IC 95%, -65 - 390, p=0,138) para la Entero-entero anastomosis, 1789 min. (IC 95%, 842 - 2736, p=0,002) para la Gastro-yeyuno anastomosis manual y 80 min. (IC 95%, -62 - 221, p=0,230) para la Gastro-yeyuno anastomosis mecánica. La Gastro-yeyuno anastomosis manual evidenció una mejoría significativa en medianas de su puntuación OSATS global de 17 (rango 16-19) a 24 (23-24); p=0,01.

Conclusión: El entrenamiento simulado en cirugía laparoscópica esófago-gástrica y bariátrica con modelos

ex-vivo permite la adquisición de competencias de laparoscopia avanzadas, necesarias para su ejercicio.

Evaluación en las Presentaciones Orales de los Residentes de Cirugía

Jorge Agustín Pavón Cáceres , ANGELA POBLETE SAAVEDRA, Mariela Soledad Urrutia Soto, María Soledad Fernández Oto, MARCO BUSTAMANTE ZAMORANO.*

Hospital del Salvador. Servicio de Cirugía/Unidad Docente Sede Oriente Universidad .

Introducción: La expresión oral es una competencia central en la actividad de todo profesional. En la formación quirúrgica de post grado los residentes se ven expuestos a efectuar presentaciones orales con revisión bibliográfica y apoyo audiovisual. En el Campus Oriente de la Universidad de Chile se decidió implementar un sistema de evaluación de pares y de cirujanos staff de dicha actividad.

Objetivos: Evaluar un sistema de evaluación de las presentaciones clínicas de los Residentes en base a una pauta establecida, determinando la validez e impacto en el tiempo, y comparando las diferencias entre evaluaciones objetivas y subjetivas, como también las diferencias entre evaluaciones por cirujanos y por residentes de cirugía y por las distintas subespecialidades.

Material y Método: Todas las mañanas a las 7:00 horas los residentes presentan un tema previamente calendarizado y monitorizado por al menos 2 tutores y evaluado por sus pares y cirujanos staff. Se realizó un análisis retrospectivo de evaluaciones sobre las presentaciones diarias. Esta pauta incluye 12 ítems a evaluar con grados de cumplimiento y finalmente una nota subjetiva; de los ítems a evaluar se obtuvo una nota "objetiva" según un escala establecida. Se analizaron un total de 30 presentaciones durante Junio y Julio del 2017, con un promedio de 14 evaluadores por día. Se compararon las notas obtenidas con una escala subjetiva vs objetiva, y se compararon las evaluaciones por meses y por subespecialidad, usando test T de Student para diferencias de medias y Coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados: Al comparar los promedios obtenidos por los presentadores según una escala subjetiva y una objetiva se encontró una diferencia significativa entre ambas con un promedio de 65,25 y 63,06 respectivamente ($p < 0,001$). A su vez ambas evaluaciones poseen una buena correlación positiva (0,9). En el

análisis de las evaluaciones según el tema de subespecialidad se encontró una diferencia significativa sólo en las evaluaciones objetivas al comparar temas de Cirugía Digestiva con Cirugía de Tórax pero no hay diferencia significativa en las evaluaciones subjetivas. La comparación de las evaluaciones de los cirujanos staff con las evaluaciones de los residentes de cirugía no muestra diferencia significativa en la evaluación subjetiva ni en la evaluación objetiva en los meses analizados ($p > 0,05$). Al comparar las evaluaciones obtenidas por el mes en el que se realizaron, no se observa una diferencia significativa pero sí una tendencia a mejores apreciaciones y evaluaciones objetivas y subjetivas obtenidas.

Conclusión: La evaluación de las presentaciones, presentan una diferencia entre las notas subjetivas y objetivas. Existe una tendencia significativa a lograr una mejor evaluación y recepción de los evaluadores en las presentaciones de temas de Cirugía Digestiva. Hay una tendencia a mejorar la apreciación y notas de evaluación de un mes al siguiente pero sin una diferencia significativa con los datos actuales

¿Cómo aprenden los residentes de cirugía de la Universidad de Chile la técnica de inserción de un drenaje pleural?

Ana Valentina Valenzuela Rebolledo , Jasna Alejandra Radich Radich, Carlos Alvarez Zepeda, Daniela Andrea Huinca Orellana, Camila Soledad López López.*

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

Introducción: La instalación del tubo de drenaje pleural es uno de los procedimientos básicos del cirujano general. Históricamente la medicina se ha enseñado mediante técnicas de modelaje, a través de la imitación de los superiores. La forma en que la técnica de pleurostomía es aprendida por los residentes de cirugía no está protocolizada dentro del programa de especialidad de nuestra Universidad.

Objetivos: El objetivo del presente estudio es determinar cómo ocurre el proceso de aprendizaje de la técnica de pleurostomía en los residentes de cirugía de la Universidad de Chile y cuáles son sus resultados.

Material y Método: Se confeccionó una encuesta basada en preguntas de opción múltiple y respuesta abierta acerca de características del entrevistado, de cómo fue su proceso de aprendizaje y de cómo realiza el procedimiento. Además una imagen final en que el

encuestado debía localizar el sitio donde realiza la instalación del tubo. La encuesta fue aplicada a los residentes de 1° a 3° año de cirugía de la Universidad de Chile y los datos fueron analizados con STATA 12.

Resultados: Se encuestaron 56 estudiantes, de los cuales 34 (60.7%) fueron hombres y 22 (39.3%) mujeres, con una mediana de 29 años (25-35 años). Un 43% refiere no haber aprendido de un profesor, señalando un 27% de los encuestados haber aprendido de otro residente. El 70% definió adecuadamente el sitio de inserción y sólo un 50% lo localizó correctamente en la imagen, a pesar que el 93% refiere haber leído la técnica. De los estudiantes que ya han iniciado o completado su rotación de tórax, un 70% localizó correctamente el sitio de inserción versus un 46% de los que no la han iniciado. De los estudiantes que han instalado entre 1 y 10 tubos pleurales, un 37% lo localizó correctamente, versus un 66% de los que han instalado más de 10 tubos. Un 48% el total refiere conocer el triángulo de seguridad, sin embargo, sólo 2 de los estudiantes lo definieron correctamente. Cabe destacar que ninguno de los estudiantes que completó o se encuentra cursando su rotación de tórax definió correctamente el triángulo de seguridad.

Conclusión: La cantidad de procedimientos realizados y el haber cursado la rotación de tórax son factores determinantes en la localización correcta de la pleurostomía. La mayoría de los residentes falla en el conocimiento teórico, independiente de haber cursado la rotación de cirugía torácica. La mitad de los residentes no ubica el tubo en el sitio correcto, lo que debe reforzarse en los programas de cirugía.

Drenaje y necrosectomía endoscópica trans gástrica como tratamiento definitivo del pseudoquiste pancreático gigante post pancreatitis grave

Nicolas Andrés Devaud Jaureguiberry* , Eduardo Viñuela Fawaz, Ricardo Espinoza Gonzalez, Alex Escalona Pérez, Paulina Balbontin Meneses.

Clínica Universidad de Los Andes. Cirugía Digestiva - Endoscopia Terapéutica.

Introducción: La pancreatitis aguda grave es todavía una causa importante de morbilidad de urgencia en nuestro país, con una mortalidad asociada que ha disminuido pero que continua siendo del 15-20%. Las colecciones post necrosis (WON) y el pseudoquiste pancreático son complicaciones tardías conocidas de la pancreatitis grave y cuyo manejo ha sido esencialmente mediante cirugía abierta o laparoscópica.

Objetivos: Mostrar los elementos técnicos del abordaje endoscópico trans gástrico como alternativa mínimamente invasiva y en un sólo tiempo quirúrgico para el drenaje y necrosectomía del pseudoquiste gigante.

Descripción y contenido del vídeo: Paciente de 57 años, obeso mórbido (IMC= 40) trasladado a UPC con diagnóstico de pancreatitis aguda biliar, Balthazar D, APACHE II <8. Evolucionó en su día 23 con rotura de pseudoaneurisma de la arteria esplénica embolizado, desarrollando un gran hematoma retroperitoneal. El hematoma evolucionó a WON y luego a un pseudoquiste de gran tamaño luego de 4 meses. Se decidió el abordaje endoscópico mediante cistogastrotomía y necrosectomía endoscópica. Procedimiento definitivo realizado en un solo tiempo, sin incidentes, permitiendo realimentación y alta precoz del paciente.

Laparoscopia Portátil. Smartphone como herramienta del cirujano

Gabriel Escalona Vivas* ,

Clínica Felix Boada, Hospital Universitario de Caracas Cirugía.

Introducción: La cirugía laparoscópica revolucionó el campo de la cirugía de los últimos 20 años. La distribución y uso mundial de los teléfonos inteligentes hacen de esta tecnología prometedora y práctica en el campo de la medicina. Al alinear la cámara de estos

teléfono con una óptica de laparoscopia se puede obtener una imagen adecuada para realizar cirugías laparoscópicas a bajo costo con buena calidad.

Objetivos: - El objetivo del siguiente estudio es diseñar e imprimir un adaptador con tecnología 3D para adaptar la óptica de laparoscopia a un smartphone y así utilizarlo como procesador de imágenes para hacer cirugías laparoscópicas de calidad adecuada a bajo costo. - Validar la calidad de la imagen obtenida en laparoscopia con smartphone. - Realizar las primeras cirugías laparoscópicas con smartphone.

Material y Método: Estudio experimental, comparativo y doble ciego. Se diseñó y se imprimió con tecnología 3D un dispositivo que adapta la óptica de laparoscopia alineada con la cámara del smartphone. Se produjeron videos obtenidos de dos fuentes: el dispositivo portátil presentado en este trabajo y un equipo endoscópico convencional. Se utilizó la cartilla de prueba de la Fuerza Aérea de Estados Unidos, para probar la calidad de numerosos dispositivos ópticos, el color por su parte a través de una cartilla de colores de Munsell. Los videos junto a la encuesta de evaluación fueron enviados por correo electrónico a 25 cirujanos de la Sociedad Venezolana de Cirugía expertos en laparoscopia. Se utilizó la prueba estadística t student. Se realizaron 13 cirugías con laparoscopia portátil con smartphone.

Resultados: Se diseñó con éxito el adaptador para alinear la óptica de laparoscopia con la cámara del smartphone y a través de tecnología bluetooth se transfirió la imagen a un monitor. Posterior aplicar la prueba estadística t de student para datos pareados de una sola muestra con un intervalo de confianza de 0,95 Pudimos identificar que los promedios por cada pregunta fue mayor para el laparoscopia convencional High Definition, sin embargo solo se obtuvo diferencia significativa en el item de definición de bordes y contraste de las imágenes, Vale destacar que en la valoración sobre la calidad general del video estadísticamente ambos videos son de igual calidad. Realizamos 13 cirugías laparoscópicas (3 apendicectomías, 1 Salpingectomía, 8 colecistectomías y 1 diagnóstica) sin complicaciones intraoperatorias ni posoperatorias y con tiempos quirúrgicos menor a una hora.

https://www.youtube.com/watch?v=g_m2is_JXQA&spfreload=10

<https://www.youtube.com/watch?v=zC5DNrX4Ruw&spfreload=10>

Conclusión: La adaptación del smartphone como dispositivo de video para la realización de laparoscopia con tecnología 3D es factible y tiene una calidad de

imagen similar a un dispositivo HD de laparoscopia convencional. Su uso en cirugías in vivo es seguro y no supone aumento del tiempo quirúrgico ni aumento de complicaciones intraoperatorias y posoperatorias ofreciendo gran potencial para uso.

Indicaciones de Gastrostomía Endoscópica Percutánea en pacientes del Hospital Eduardo Pereira entre los años 2014 a 2016

RODRIGO AVILA DOMINGUEZ , JOAQUIN AVILA DOMINGUEZ, CATALINA JAHR ANDRADE, JOSE IGNACIO SALAS PEREZ.*

Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez. Cirugía / Gastroenterología.

Introducción: Son múltiples las patologías que pueden comprometer la vía de alimentación oral de los pacientes. Para el soporte nutricional enteral, la gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) es la técnica más utilizada actualmente. Las principales indicaciones de PEG descritas son el accidente cerebrovascular (ACV), neoplasias de esófago, cabeza y cuello, enfermedades neuromusculares, demencia y neumonía.

Objetivos: Determinar las indicaciones por las cuales se instaló una PEG, describir la frecuencia de complicaciones intrahospitalarias asociadas y el antecedente de neumonía aspirativa previa al procedimiento, en pacientes del Hospital Eduardo Pereira (HEP) a quienes se les instaló PEG entre los años 2014 a 2016.

Material y Método: Estudio de serie de casos, en el cual se utilizaron las bases de datos de la Unidad de Gastroenterología del Servicio de Medicina Interna HEP. Se describieron las siguientes variables: antecedentes demográficos, indicación de PEG, presencia de complicaciones por la técnica, antecedente de neumonía previo al procedimiento, y mortalidad intrahospitalaria. Análisis estadístico se efectuó calculando frecuencia relativa (porcentajes). Se excluyeron los pacientes con datos incompletos en la base de datos, en quienes no quedaba clara la causa de la indicación y aquellos que ingresaron para recambio de la GEP. No se reportan conflictos de interés. En todo momento se mantuvo la confidencialidad y anonimidad de los datos.

Resultados: Durante los años 2014, 2015 y 2016, se realizaron 540 PEG en el Hospital Eduardo Pereira, de las cuales 96 fueron a pacientes hospitalizados en el servicio de medicina del HEP, y 30 eran recambios, obteniendo 66 instalaciones primarias, de las cuales

todas contaban con los datos necesarios para la investigación. Los pacientes se categorizaron por sexo y edad, dentro de los cuales 35 (53,03%) eran mujeres y 31 hombres (46,97%). El rango etario varió desde 28 hasta 98 años, con un promedio de 77,59 años y una mediana de 80 años. La frecuencia de las indicaciones de PEG se describen en la tabla 1. El promedio de estadia hospitalaria fue de 20,47 días, variando desde 1 a 90 días. Treinta pacientes, correspondientes a un 45,45% tenían el antecedente de neumonía aspirativa previo al procedimiento. Las complicaciones intrahospitalarias se presentaron en 9 de los 66 pacientes (13,63%), dos de ellas (25%) correspondieron a filtración, el resto a infección, expulsión por tos, sangrado autolimitado, neumonía, GEP disfuncional, vómitos e insuficiencia respiratoria y desaturación post midazolam. Del total de pacientes, 11 (16,66%) fallecieron durante la hospitalización, de los cuales 8 (72,72%) fueron a causa respiratoria, donde se describía insuficiencia respiratoria y/o neumonía, 1 por endocarditis infecciosa SAMR (9,09%), 1 por sepsis de foco urinario (9,09%), y 1 por SDOM (9,09%).

Conclusión: Las causas que lideran las indicaciones de gastrostomía en nuestro centro de estudio fueron demencia en primer lugar, seguido de ACV y neoplasias, abarcando el 85% del total. La complicación más frecuente posterior a la instalación de la gastrostomía fue la filtración. Se observó un porcentaje de neumonía aspirativa previa al procedimiento mayor a los porcentajes descritos por la literatura.

MANEJO ENDOSCOPICO DE PSEUDOQUISTE PANCREATICO, REPORTE DE UN CASO

Paulo Cesar Calisto Gomez , EDMUNDO JULIO CESAR ZIEDE ROJAS, CARLOS BANSE EICHNER.*

Hospital Clínico de Valdivia.

Introducción: El pseudoquiste pancreático es una colección de secreción pancreática, rodeada de una pared no epitelial, producido posterior a una injuria pancreática, con incidencia de 5%, se estima que necesita de a lo menos 4 semanas para que se genere y hasta un 30% se resuelve espontáneamente; de no ser así, las medidas de manejo varían desde el tratamiento farmacológico hasta la resolución quirúrgica

Objetivos: Describir el manejo endoscópico del pseudoquiste pancreático y su efectividad, a propósito de un caso

Descripción y contenido del vídeo: Mujer de 80 años con antecedente de coledolitiasis desde el 2013. Consultó en abril del 2017 en HBV por cuadro compatible con pancreatitis aguda. TC evidenció necrosis pancreática >30%, coledocolitiasis y líquido libre moderado. Se realizó manejo sintomático de comorbilidades y luego de 2 meses, TC mostró 3 colecciones intraabdominales, la mayor retrogástrica de 20 cm en eje mayor, por lo cual se decidió punción transgástrica con estómago de lumen disminuido por compresión extrínseca. En el video se evidencia realización de drenaje, acceso con papilotómo de punta y dilatación, drenando contenido puriforme verdoso espeso sin mal olor y pequeños fragmentos de necrosis, débito aproximado de 2500 cc, completando lavado y aspiración, paredes de pseudoquistes irregulares. Evolución favorable.

MIOTOMÍA ENDOSCÓPICA POR VÍA ORAL (POEM) PARA EL TRATAMIENTO DE LA ACALASIA ESOFÁGICA: RESULTADOS Y SEGUIMIENTO INICIAL

Josefina Sáez Binelli , Allan Sharp Pittet, Andrés Donoso Durante, Hugo Monrroy Bravo, Nasser Eluzen Gallardo, Ricardo Mejía Martínez.*

Clínica Universidad Católica, Complejo Asistencial Doctor Sótero del Río Departamento de Cirugía Digestiva.

Introducción: La acalasia es el trastorno motor primario más frecuente del esófago, el tratamiento de elección en la actualidad es la miotomía de Heller laparoscópica. A partir del año 2008 el POEM ha sido sugerido como una alternativa segura y efectiva para el tratamiento de esta patología.

Objetivos: Presentar la experiencia y resultados en el seguimiento inicial de nuestra institución en la aplicación de esta técnica.

Material y Método: Estudio de cohorte prospectiva, en el que se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico endoscópico y manométrico de acalasia esofágica y en los que se planificó POEM como tratamiento por nuestro equipo. Se incluyeron variables demográficas, tiempo operatorio, estadía hospitalaria, complicaciones, score de Eckardt pre y post operatorio, síntomas de reflujo y aplicación de la escala GERD-HRQL. Todos los pacientes han sido controlados con manometría y endoscopia a los tres meses postoperatorios. Se estudió el comportamiento de las variables con estadística descriptiva y análisis de la varianza (ANOVA).

Resultados: Entre enero 2016 y julio 2017, 31 pacientes con diagnóstico endoscópico y manométrico de acalasia esofágica fueron programados para POEM. 55% de ellos son de género masculino y la edad promedio es de 48 años (11-71 años). Dos fueron clasificados como ASA III y cinco habían recibido tratamientos previos para su condición; 4 dilataciones con balón y/o inyección de bóttox y uno una miotomía de Heller. Un paciente fue sometido a un re-POEM por persistencia de la sintomatología. El score de Eckardt preoperatorio promedio fue de 10 puntos (6-12 puntos). El tiempo operatorio promedio fue de 106 minutos (60-180 min). En dos pacientes no se completó el procedimiento; uno por la presencia de un hematoma submucoso y otro por una perforación gástrica que se reparó por vía laparoscópica, ambos fueron posteriormente sometidos a miotomía de Heller sin incidentes. La estadía hospitalaria promedio fue de 2 días. La mediana de seguimiento es de 8,4 meses. El score de Eckardt postoperatorio promedio es de 1 punto (0-3 puntos), con un descenso de -9 puntos en promedio, siendo significativamente menor que el preoperatorio ($p < 0,001$). Un 33% de los pacientes refiere síntomas de reflujo, solo 5 de ellos con evidencia endoscópica de esofagitis (4 esofagitis A y 1 esofagitis B) y con un score GERD-HRQL promedio de 5 puntos (0 – 23 puntos). Todos los pacientes tienen un IRP <15 mmHg en el seguimiento manométrico, siendo el descenso estadísticamente significativo para la cohorte ($p < 0,001$).

Conclusión: El POEM es efectivo en el tratamiento de la acalasia. En nuestra experiencia, los pacientes tienen alivio sintomático y resolución objetivada por manometría, con baja tasa de complicaciones. Los resultados son concordantes con los reportados en la literatura: hasta un 1/3 de los pacientes desarrollan síntomas de RGE, aunque es generalmente leve y bien manejado con IBP.

POSTER: TRATAMIENTO QUIRURGICO DE HERNIA HIATAL TIPO III ASOCIADA A OBESIDAD: REPORTE DE CASOS

Guillermo Andres Martinez Salinas* , Jaime Patricio Vallejos González, Augusto Antonio Barrera Zamorano, Vicente Salvador Ernesto Araya Halpern, Vicente Andrés Silva Salazar, Diego Valenzuela Silva, Enrique Lanzarini Sobrevia.

Hospital Clínico de la Universidad de Chile. cirugía.

Introducción: El GS para el manejo de la HH es la hernioplastia hiatal con o sin malla asociado a cirugía anti-reflujo, sin embargo, la técnica anti-reflujo aislada en pacientes con obesidad y grandes HH presenta mayor tasa de fracaso y recidiva, por lo que se ha planteado la realización combinada de hernioplastia hiatal asociada a cirugía bariátrica para mejorar dicho resultado.

Objetivos: Se reporta la experiencia inicial de nuestro centro en el tratamiento quirúrgico de HH tipo III asociado a obesidad mediante bypass gástrico y hernioplastia hiatal.

Material y Método: Reporte de casos de pacientes operados en el Hospital clínico de la Universidad de Chile entre octubre de 2015 y enero de 2017 con diagnóstico de HH tipo III y obesidad, sometidos a hernioplastia hiatal y bypass gástrico por vía laparoscópica en un tiempo quirúrgico. Se describen sus antecedentes clínicos, estudio preoperatorio, la técnica quirúrgica y su seguimiento clínico, con énfasis en la pérdida/reganancia de peso, la presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico y recidiva de HH.

Resultados: Se reportan 4 pacientes obesos con HH tipo III y ERGE, de entre 35 y 43 años de edad, diagnosticados mediante clínica, radiografía esófago-estómago- duodeno, endoscopia digestiva alta, pHmetría y manometría esofágica. Se realizó hernioplastia hiatal y bypass gástrico por vía laparoscópica en un tiempo quirúrgico. La mediana de estadía postoperatoria fue de 2 (2-3) días, sin complicaciones postoperatorias, con un seguimiento clínico de hasta 18 meses, en donde se constata pérdida significativa de peso y ausencia de síntomas de ERGE en todos los pacientes.

Conclusión: La asociación de hernioplastia hiatal asociado a un bypass gástrico podría ser una opción para el tratamiento quirúrgico de los pacientes obesos con hernias hiales tipo III. Se requieren estudios prospectivos, con mayor número de pacientes y seguimiento a largo plazo para establecerlo.

Calidad de la resección del abordaje laparoscópico versus abierto en el tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico

Enrique Lanzarini Sobrevia* , Manuel Figueroa Giralt, Camilo Nicolás Bustos Ramírez, Caterina Contreras Bertolo, Francisca Palacios Díaz, Maher Musleh Katan, Italo Francisco Braghetto Miranda.

Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Departamento de Cirugía.

Introducción: El abordaje laparoscópico en el tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico incipiente ha sido globalmente aceptado, ya que ha mostrado resultados comparables al abordaje convencional abierto. En cáncer gástrico avanzado, el abordaje laparoscópico se encuentra actualmente en evaluación. Uno de los aspectos fundamentales es la calidad de la resección quirúrgica.

Objetivos: Comparar la calidad de la resección del abordaje laparoscópico versus abierto medido en resecciones R0 y número de linfonodos resecaados en el tratamiento quirúrgico de los pacientes operados por cáncer gástrico con intención curativa en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre diciembre del 2011 y diciembre del 2016.

Material y Método: Estudio de cohorte prospectivo, que incluye a todos los pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma gástrico sometidos a cirugía con intención curativa, en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre diciembre del 2011 y diciembre del 2016. Se excluyeron los pacientes con cirugía gástrica previa, resecciones multi-orgánicas y que recibieran neoadyuvancia. Las variables de resultado son el número de linfonodos resecaados y las resecciones R0. Se calculó el tamaño muestral considerando un nivel de significación de 5%, potencia de 80% y una variación de linfonodos resecaados no mayor de 15%. Estadística descriptiva: promedio +DS, medianas para variables continuas, % para variables categóricas. Estadística analítica: t Test, Mann Whitney, test Fischer. Medida de asociación: RR

Resultados: Se incluyeron 185 pacientes. El 60% fueron hombres, la mediana de edad fue 65 años (25-85 años). Al comparar el grupo de cirugía abierta (n=131), y laparoscópica (n=54) no hubo diferencia estadística entre genero (p=0.62), IMC (p=0.61), ASA (p=1), tipo histológico (p=0.07) y tipo de gastrectomía: total o subtotal (p=0.43). Se identificó diferencia

estadísticamente significativa entre el abordaje abierto y laparoscópico en la edad de presentación, con 66 y 60 años ($p=0.045$), tasa de cánceres incipientes con 19.1% y 48.1% ($p=0.0001$), tasa de lifadenectomía D2 con 74.8% y 90.7% ($p=0.01$) y tamaño tumoral con 7 y 5 cms. ($p=0.003$), respectivamente. Las resecciones R0 fueron un 93.9% y 98.1% en el abordaje abierto versus laparoscópico ($p=0.28$; RR:0.95, IC 95% 0.8-1.04), la mediana de linfonodos resecados fue 35 y 39 linfonodos ($p=0.19$), cosecha linfonodal > 24 con 80.1% y 85.1% respectivamente ($p=0.53$; RR 1.05, IC 95% 0.89-1.19). Al comparar en forma separada los cánceres incipientes de los avanzados sometidos a cirugía abierta o laparoscópica no se identificaron diferencias en el grupo incipiente entre tasa de resecciones R0 ($p>0.99$), ni cosecha linfonodal. Tampoco se encontraron diferencias en el estudio de cánceres avanzados en la tasa de resecciones R0 ($p=0.2$), ni linfonodos resecados > 24 ($p=0.76$).

Conclusión: En nuestro estudio, la calidad de la resección de los abordajes laparoscópico y abierto, medida en resecciones R0 y número de linfonodos resecados, es equivalente.

Manejo laparoscópico de hernia hiatal gigante estrangulada.

JORGE BRAVO LOPEZ* , LUIS FELIPE SEPULVEDA JAQUI, EDUARDO JOSE BRAVO LOPEZ, DAVID BRAVO LOPEZ, MIGUEL OBAID GARCIA, JUAN CONTRERAS PARRAGUEZ, MARCO BUSTAMANTE ZAMORANO.

Hospital del Salvador, Universidad de Chile Servicio de Cirugía/Equipo digestivo alto. .

Introducción: La reparación laparoscópica de las HH es factible, con excelentes resultados inmediatos y a corto plazo. Sin embargo se reporta tasas de recidiva de hasta 40% a largo plazo. El uso de mallas ha disminuido la recidiva pero no esta exenta de complicaciones. De todas formas el manejo quirúrgico en HH gigantes es un desafío para el cirujano y requiere experiencia y una buena curva de aprendizaje

Objetivos: Mostrar el manejo laparoscópico de una hernia hiatal gigante con ascenso gástrico estrangulado.

Descripción y contenido del vídeo: Paciente de 66 años, con historia de larga data de saciedad precoz, dolor retroesternal y pirosis. TAC: Gran HH con rotación axial gástrica. Laparoscopia exploradora confirma hallazgos. Sección de vasos gástricos corto hasta pilar izquierdo. Sección de pars flácida hasta pilar derecho,

sección de membrana frenoesofagica. Disección laboriosa pero completa de todo el saco herniario grandemente ascendido, resección gran lipoma preherniario, se recupera con dificultad esófago intrabdominal, llama la atención gran desviación aortica hacia derecha. Hiatorrafia con puntos separados de ethibon. Desgarro diafragmático izquierdo por gran tensión que se repara con v lock 3/0, refuerzo con malla parietex composite que se fija con untos separados. Funduplicatura de Nissen. Buena evolución.

Esofagectomía Toracoscópica en Posición Prono Caso Clínico y Descripción de la Técnica

Andres Navarrete Molina* , Roberto Humeres Apra, Krystel Werner Feris, Mario Guevara , Rolando Sepúlveda Dellepiane.

Hospital Militar de Santiago Cirugía.

Introducción: Introducción: El tratamiento quirúrgico es el único tratamiento potencialmente curativo para el cáncer esofágico. La esofagectomía es altamente invasiva y se asocia con una significativa morbilidad y mortalidad. En los últimos años el desarrollo de la esofagectomía mínimamente invasiva y actualmente la técnica en prono ha aparecido como una alternativa segura y con importantes beneficios.

Objetivos: Objetivos: Describir la técnica quirúrgica de la esofagectomía mínimamente invasiva en prono con los aspectos más relevantes.

Descripción y contenido del vídeo: Esofagectomía en Posición Prona Mínimamente Invasiva. Tiempo Abdominal Laparoscópica: Se instalan 5 trocares abdominales. Se comprueba resecabilidad de la lesión. Se confecciona tubo gástrico respetando arteria gastroepiploica derecha. Tiempo Torácico Toracoscópico: Se coloca paciente en posición prona. Se instalan 3 trocares (5,7,9 espacio intercostal derecho. Disección de tercio medio y distal de esófago abriendo cara posterior y luego anterior de pleura mediastínica. Se realiza esofagectomía parcial y posterior anastomosis manual con refuerzo de parche de epiplón.

Disección Endoscópica Submucosa en Cáncer Gástrico Incipiente: Experiencia Hospital Dr. Sotero del Río

Nasser Eluzen Gallardo* , Anselmo Alegría Mejias, Enrique Norero Muñoz, Marco Andrés Ceroni Villanelo, Oscar Calvo Belmar, Rodrigo Muñoz Claro,

Cristián Martínez Belmar, Alfonso Díaz Fernández, Paulina Gonzalez Canales, Josefina Sáez Binelli, Ricardo Mejia Martínez.

Hospital Dr. Sótero del Río, Hospital Clínico Universidad Católica de Chile Departamento de Cirugía Digestiva.

Introducción: En Chile la primera causa de muerte por cáncer es debida al carcinoma gástrico. La disección endoscópica submucosa (DES), es una técnica que permite la resección completa y en bloque del tumor con resultados de sobrevida comparables a la cirugía y con las ventajas de ser un procedimiento mínimamente invasivo para pacientes con Cáncer Gástrico Incipiente (CGI).

Objetivos: El objetivo de este estudio es reportar la experiencia en DES en CGI del Hospital Dr. Sotero del Río (HSR).

Material y Método: Estudio descriptivo en el que se incluyeron a todos los pacientes con diagnóstico endoscópico e histopatológico de CGI que cumplieron con los criterios expandidos de Gotoda y que fueron sometidos a DES en el Hospital Dr. Sótero del Río. Se incluyeron variables demográficas, criterios de inclusión endoscópicos e histopatológicos, técnica del procedimiento, complicaciones y seguimiento.

Resultados: Entre enero de 2008 y junio de 2017, 46 pacientes con diagnóstico de CGI fueron seleccionados para tratamiento con DES, de estos se logró la resección en 44 casos. El porcentaje de pacientes de sexo masculino en el estudio fue de un 50%. 80.5% fue clasificado como ASA II. La mediana de edad de los pacientes tratados con DES fue 67 años (rango: 45-88). La mediana del tamaño tumoral fue 1,5 cm (rango: 0,4-4,5) por 1 cm (rango 0.1-4). Registramos un total de 7 complicaciones (15.9%), 4 (9%) perforaciones gástricas y 2 (4.4%) hemorragias digestivas. A la fecha todos nuestros pacientes se encuentran vivos, exceptuando 3 casos fallecidos por causas no relacionadas al cáncer gástrico. El estudio anatomopatológico de la pieza operatoria demostró adenocarcinoma bien diferenciado en once (25%) pacientes, moderadamente diferenciado en dieciocho (40.9%) pacientes, mal diferenciado en tres (6,8%) pacientes, se observó displasia epitelial de alto grado en once (25%) pacientes y una metaplasia intestinal. En ningún paciente se informó infiltraciones linfáticas, vasculares ni perineurales. Solo en nueve (20,4%) pacientes la submucosa se encontraba comprometida(T1b). En 5 pacientes (11.3%) la DES se consideró no curativa, en 4 de ellos se realizó una gastrectomía y en un caso una nueva DES. Se realizó

seguimiento a todos los pacientes, se registró sólo una recidiva tumoral. El paciente rechazó una nueva DES y fue gastrectomizado.

Conclusión: Nuestro trabajo describe la experiencia en DES en el Hospital Dr. Sotero del Río y es, a nuestro conocimiento, la publicación nacional con mayor número de casos hasta la fecha. Nuestras complicaciones muestran cifras comparables a las publicadas en la literatura. No registramos mortalidad asociado a DES y los resultados oncológicos de nuestro trabajo son comparables a los de la cirugía.

Reparación de hernia hiatal gigante por vía laparoscópica: detalles de la técnica quirúrgica paso a paso

Constanza Godoy Santin , Ricardo Mejia Martínez, Rodrigo Muñoz Claro, Marco Andrés Ceroni Villanelo, Cristián Martínez Belmar, Enrique Norero Muñoz.*

Hospital Dr. Sótero del Río, Pontificia Universidad Católica de Chile Equipo Cirugía Digestiva Esófago Gástrico.

Introducción: Actualmente la laparoscopia es la vía de acceso más utilizada en la cirugía de las hernia hiatal, debido a los beneficios observados en morbilidad perioperatoria y estadía hospitalaria. La hernioplastia hiatal laparoscópica en casos de hernia hiatal gigante representa, sin embargo, un desafío técnico mayor, dada la mayor extensión de la disección mediastínica y magnitud del defecto crural.

Objetivos: Mostrar detalles de la técnica quirúrgica laparoscópica en la resolución de casos complejos de hernia hiatal

Descripción y contenido del video: Descripción: (Video HD) Se detalla técnica quirúrgica de la hernioplastia hiatal laparoscópica en hernia hiatal gigante: - Estudio preoperatorio - Consideraciones en la instalación de puertos de trabajo - Pasos clave de la técnica quirúrgica: disección de saco herniario, reparos anatómicos de importancia, énfasis en el enfrentamiento de aspectos más difíciles de la disección y técnicas y alternativas de hernioplastia en defectos herniarios de gran tamaño. - Resultados quirúrgicos Comentarios: La hernioplastia hiatal por vía laparoscópica en casos de hernia hiatal gigante es una alternativa segura, que permite una adecuada visualización de las estructuras mediastínicas durante la movilización esofágica. La técnica quirúrgica rigurosa asegura los mejores resultados de esta cirugía.

Perforación esofágica por cambio gastrostomía endoscópica percutánea. Reporte de caso.

HERNAN GUZMAN MARTIN* , Hernan Guzman Cespedes, MATIAS SEPULVEDA HALES, GLORIA TREPAT VIDAL, FELIPE GUZMAN MARTIN.

HOSPITAL DIPRECACIRUGÍA DIGESTIVA.

Introducción: La perforación esofágica (PE) iatrogénica es una complicación poco frecuente, pero con una alta morbi-mortalidad. Una de las principales causas de PE, son los procedimientos endoscópicos terapéuticos, siendo muy raro por cambio de sonda de gastrostomía (SGTT). El diagnóstico y tratamiento precoz (< 24 hrs) de este tipo de lesiones, es fundamental para una evolución favorable.

Objetivos: Informar un caso de PE, secundaria a cambio de gastrostomía endoscópica percutánea (GEP).

Material y Método: Caso clínico. Paciente mujer 85 años. Antecedentes de accidente cerebrovascular bilateral, trastorno deglución severo y usuaria de SGTT, ingresó para cambio por salida accidental de la anterior. Durante el paso del tope interno de SGTT, se apreció leve dificultad en tercio distal esofágico. Revisión endoscópica evidenció laceración de 2 cm en tercio distal del esófago. Se solicitó scanner de tórax-abdomen-pelvis, observándose neumomediastino y enfisema de partes blandas del cuello. 4 horas post incidente, se realizó laparoscopia exploradora que evidenció PE de 2 cm en cara lateral izquierda, 4 cm sobre unión gastroesofágica. Se realizó sutura primaria del defecto con monocryl 3-0, aseó con suero fisiológico y se dejaron 2 drenajes en mediastino. Además se realizó esofagostomía cervical.

Resultados: El postoperatorio inmediato lo realizó en unidad de cuidados intensivos, en ventilación mecánica invasiva y con drogas vasoactivas. Posteriormente paciente evoluciona favorablemente, realimentándose por gastrostomía a los 10 días, sin incidentes. Es trasladada a sala a los 23 días y es dada de alta al día 32 sin complicaciones.

Conclusión: La PE por cambio de GEP, es una complicación muy infrecuente y potencialmente mortal, que con un diagnóstico y manejo oportuno, disminuyen significativamente los riesgos para la vida del paciente y garantizan un resultado satisfactorio.

Evolución del abordaje laparoscópico en las gastrectomías por cáncer gástrico: 12 años de experiencia

Vanessa Verónica Ahumada Farías* , Pablo Achurra Tirado, Andrés Rodrigo Gamio, Erwin Buckel Schaffner, Nicolás Quezada Sanhueza, Enrique Norero Muñoz, Rodrigo Muñoz Claro, Ricardo Mejía Martínez, Mauricio Gabrielli Nervi, Allan Sharp Pittet, Fernando Pimentel Müller, Luis Ibañez Anrique, Fernando Crovari Eulufi.

Clínica Universidad Católica, Hospital Clínico Universidad Católica

Introducción: La Gastrectomía laparoscópica es una alternativa en el manejo del cáncer gástrico con resultados oncológicos precoces similares a la cirugía abierta, pero con las ventajas de la cirugía laparoscópica. Esta posee largas curvas de aprendizaje que van de casos menos complejos a los más complejos. Con el entrenamiento disminuye el tiempo operatorio, la tasa de complicaciones y la tasa de conversiones

Objetivos: El objetivo de este trabajo es describir la experiencia y curva de aprendizaje del abordaje laparoscópico en el tratamiento del cáncer gástrico en nuestra institución.

Material y Método: Estudio descriptivo retrospectivo. A partir de una base de datos prospectiva se incluyeron en forma consecutiva pacientes sometidos a gastrectomía por adenocarcinoma entre 2005 y 2017 en un centro. La primera gastrectomía laparoscópica por cáncer de nuestra institución se realizó el año 2005. Se registraron variables perioperatorias, abordaje, tiempo operatorio, complicaciones precoces y anatomía patológica. La curva de aprendizaje institucional se estudió comparando el tiempo operatorio, la tasa de complicaciones precoces y la tasa de conversión. Además se compararon los primeros 50 casos y los últimos 50 casos en términos de tamaño tumoral y cirugía realizada (gastrectomía total y subtotal) El análisis estadístico se realizó con SPSS utilizando pruebas no paramétricas y chi cuadrado.

Resultados: Se realizaron un total de 331 gastrectomías por cáncer en los 16 años estudiados. La edad promedio fue 61 años. El 38% (n: 128) se realizaron por vía laparoscópica. El primer año se realizaron 4 de un total de 35 gastrectomías (11%) y esta proporción fue aumentando progresivamente durante los años hasta el 2017 donde el 70% de las gastrectomías realizadas fueron por vía laparoscópica (18 de 26). La curva de aprendizaje demostró una disminución progresiva del

tiempo operatorio (promedio 7 horas al inicio de la curva y 4 horas al final de la serie), disminución de las complicaciones y disminución del número de conversiones (10% en la primera mitad y 5% en la segunda mitad de la serie), las conversiones inicialmente fueron por tamaño del tumor y sangrado, en cambio fueron por adherencias y compromiso vascular local al final de la serie. La proporción de gastrectomías subtotales realizadas por laparoscopia fue mayor que las totales en los primeros 50 casos (42% vs 30% respectivamente) pero esto se invierte en los últimos 50 casos (53 vs 64% respectivamente). Al analizar el tamaño del tumor, los primeros 50 casos laparoscópicos eran significativamente más pequeños que en los últimos 50 casos y que los casos abiertos. El porcentaje de tumores con T1-2 fue de 50%, 40% y 25% y el porcentaje de T4 fue de 18%, 26% y 37% respectivamente (p: 0.001). Se reporta además el tiempo operatorio, días de hospitalización, recuento ganglionar y variables patológicas de la serie laparoscópica

Conclusión: La cirugía laparoscópica en cáncer gástrico se asocia a una larga curva de aprendizaje. La tasa de conversión, complicaciones y tiempo operatorio disminuye con la experiencia. A medida que aumenta la experiencia institucional, aumenta la proporción de casos resueltos por laparoscopia, independiente del tipo de gastrectomía y del tamaño tumoral.

Miotomía de Heller y funduplicatura de Dor por técnica robótica en acalasia

Julián Alejandro Hernández Castillo , Felipe Castillo Henríquez, Karen Andrea Schönfeldt Guilisasti, Juan Carlos Aguayo Romero, Francisco Carriel Albarracín, Victor Salazar Pierotic, Cristián Cavalla Castillo.*

Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo Cirugía Digestiva.

Introducción: Actualmente, existen diversos tratamientos para la acalasia esofágica. Entre ellos, la miotomía de Heller por vía laparoscópica, tratamiento quirúrgico ampliamente conocido, se puede asociar a una funduplicatura de Dor para evitar el reflujo gastroesofágico secundario. La técnica por vía robótica aún no se practica de manera rutinaria.

Objetivos: Mostrar el tratamiento quirúrgico, con miotomía de Heller y funduplicatura de Dor, de un paciente con acalasia esofágica, con técnica robótica.

Descripción y contenido del vídeo: Luego de la instalación del puerto y la exploración de la cavidad abdominal, la técnica consiste en la correcta exposición

de la unión gastroesofágica. La apertura del plano muscular longitudinal esofágico es necesaria para luego acceder y seccionar el plano muscular circular, fase esencial de la miotomía de Heller. Luego se procede a la cobertura parcial del esófago en su cara anterior con un segmento de estómago (180°) y fijación con sutura absorbible.

ANÁLISIS MULTIVARIADO DE FACTORES PRONÓSTICOS DE SOBREVIVENCIA ALEJADA EN CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO

rodrigo jimenez yuri , Manuel Figueroa Giralt, Attila Csendes Juhasz, Carolina Camp Moya, Maher Musleh Katan, Enrique Lanzarini Sobrevia.*

Hospital Clínico de la Universidad de Chile. CIRUGIA ESOFAGO GASTRICA.

Introducción: El cáncer gástrico en Chile ha experimentado una evolución en cuanto a presentación, tratamiento y pronóstico en los últimos 40 años. La identificación de algunos factores pronósticos ha permitido predecir que pacientes tendrán una peor evolución y así contribuir en la toma de decisiones terapéuticas.

Objetivos: El objetivo principal del trabajo es estudiar factores pronósticos de supervivencia alejada en cáncer gástrico avanzado.

Material y Método: Análisis retrospectivo de la base de datos oncológica prospectiva del Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre mayo de 2004 y mayo de 2012. Se revisaron adenocarcinomas gástricos y de unión gastroesofágica Siewert II y III en población adulta, tratados en forma quirúrgica con intención curativa. Como factores pronósticos se analizaron variables demográficas, clínicas, quirúrgicas y anatomopatológicas. Para la etapa de clasificación oncológica se empleó la pauta 7a de TNM, del AJCC 2010. El índice linfonodal (LNR) se subdividió en LNR 0 = 0%, 1 = 1-9%, 2 = 10-25% y 3 >25%. Para el análisis estadístico analítico se empleó el programa Stata14MR. Se consideró estadísticamente significativo un $p < 0.05$, con un intervalo de confianza (IC) de 95%.

Resultados: Se incluyeron un total de 213 pacientes, 71.36% fueron hombres, la edad media fue 62.3 años (+12.6 DS). Del total, 95 pacientes presentaron supervivencia mayor a 5 años (44.6%) Un 80% se realizó Gastrectomía total, un 12% Gastrectomía subtotal y un 8% gastrectomía ampliada. Según la clasificación T, un 15% fue T2, un 34% T3 y un 51% T3. Según la clasificación

N, un 22 % fue N0, un 15% N1, un 17% N2 y un 46% N3. El LNR promedio fue 7%. En la histología un 26% presentó células en anillo de sello, un 65% permeación linfática y un 55% invasión perineural. En el análisis univariado las variables que mostraron significancia estadística fueron: la presencia de células en anillo de sello ($p=0.003$, OR: 0.36 [0.18-0.71]), compromiso perineural ($p=0.001$, OR: 0.36 [0.19-0.66]), clasificación T ($p<0.02$, OR: 0.49 [0.33-0.73]), clasificación N ($p<0.001$, OR: 0.46 [0.36-0.6]), estadio oncológico ($p<0.001$, OR: 0.53 [0.43-0.65]), LNR ($p<0.001$, OR: 0.42 [0.32-0.56]). El análisis multivariado de los factores pronósticos que mantuvieron significancia estadística fueron LNR ($p<0.001$, OR: 0.47 [0.34-0.65]), clasificación N ($p<0.001$, OR: 0.53 [0.39-0.71]) y estadio TNM ($p<0.001$, OR: 0.59 [0.46-0.75]).

Conclusión: Los factores predictores de sobrevida alejada en cáncer gástrico son LNR, clasificación N, y estadio tumoral.

Manejo laparoscópico del Síndrome de Wilkie. Repote de un caso

*Felipe Castillo Henríquez**, *Cristián Cavalla Castillo*,
Silvana Cabrera Cabello, *Julian Hernandez Castillo*.

Clínica Alemana. Cirugía.

Introducción: El síndrome de Wilkie o síndrome de la AMS es una causa infrecuente de obstrucción intestinal alta, caracterizada por la compresión del duodeno en su tercera porción, secundaria a un estrechamiento del espacio entre la AMS y la aorta. La clínica y el laboratorio suelen ser poco específicos. La tomografía computada puede ser diagnóstico. El tratamiento es variable según sintomatología

Objetivos: Presentar el caso de una paciente con diagnóstico de SW sintomático resuelto laparoscópicamente en Clínica Alemana Santiago

Descripción y contenido del vídeo: Mujer de 36 años, que consulta a Clínica Alemana Santiago por cuadro de dolor abdominal súbito, intenso, náuseas, vómitos. Al examen físico solo destaca leve distensión abdominal. La TC evidencia disminución del ángulo de la arteria mesentérica superior y de la distancia aortomesentérica, que determina obstrucción intestinal alta. Se decide reaolucioón quirúrgica, se explora y se realiza duodenoyeyunostomía latero-lateral con stappler por vía laparoscópica. Paciente evoluciona favorablemente, dada de alta al séptimo día post operatorio.

Resección de adenoma tercera porción duodeno por vía laparoscópica

*Alberto Perez -Castilla M.**, *Ignacio Robles Guic*.

Clínica Indisa. Servicio de Cirugía Minimamente Invasiva.

Introducción: Paciente que consulta por dispepsia .Solicita endoscopia que muestra lesión estrellada adenomatosa entre segunda y tercera porción de duodeno .Biopsia adenoma túbulo-velloso con atipias . Estas lesiones son raras siendo mas comunes las de colon . Colonoscopia normal y tac descartan otras lesiones asociadas .

Objetivos: Mostrar técnica laparoscópica con apoyo endoscópico

Descripción y contenido del vídeo: Paciente que consulta por dispepsia .Solicita endoscopia que muestra lesión estrellada adenomatosa entre segunda y tercera porción de duodeno .Biopsia adenoma túbulo-velloso con atipias . Se realiza resección transmural de lesión por laparoscopia , duodenorrafia .Evolución satisfactoria alta al 3 día post operatorio . Biopsia definitiva confirma con resección total de la lesión

Aumento en la Indicación de Esofagectomía por Adenocarcinoma. Estudio en un Centro de Cirugía Esofágica durante 20 años.

*José Luis Quezada González**, *Martin Inzunza Aguero*,
Andres Ignacio Troncoso Trujillo, *Marco Andrés Ceroni Villanelo*, *Enrique Norero Muñoz*, *Alfonso Díaz Fernández*.

Hospital Dr. Sótero del Río. Cirugía Digestiva.

Introducción: A nivel mundial existe una tendencia al aumento del adenocarcinoma por sobre el carcinoma escamosos de esófago. En Chile hay escasa literatura que apoye este cambio epidemiológico.

Objetivos: Evaluar la tendencia en la histología sobre la indicación de esofagectomía por cáncer esofágico en un centro a lo largo de un período de 20 años.

Material y Método: Realizamos un trabajo descriptivo retrospectivo incluyendo pacientes sometidos a una esofagectomía por cáncer esofágico entre los años 1996 y 2016 en el Hospital Dr. Sótero del Río. Se excluyeron aquellas histologías distintas a un adenocarcinoma o carcinoma escamoso (N=4). Se evaluó el

comportamiento histórico respecto a cada tipo histológico que se ha generado en nuestra población a partir de promedios bianuales que luego de ajustar por promedios móviles se analizadas con regresión lineal.

Resultados: Se incluyeron 193 pacientes sometidos a una esofagectomía (Hombres 66%, edad 65, DS 10,5 años). El Carcinoma escamoso resultó ser el cáncer más frecuente con 141 casos (73%). Durante los primeros 5 años del estudio el 94% correspondió a carcinoma escamoso y en los últimos 5 años el adenocarcinoma aumenta alcanzando el 50%, diferencias en proporciones que resultan estadísticamente significativas ($p=0.002$). Finalmente, el análisis de promedios móviles históricos sometido a regresión lineal, presentan una pendiente de aumento para el adenocarcinoma de 0,02 (IC 95% -0,001 - 0,045; $p=0,056$) con un $R^2=0,32$.

Conclusión: A lo largo de 20 años, en nuestro centro, existe una tendencia hacia un aumento en la indicación de esofagectomía por adenocarcinoma.

SIGNIFICADO DEL COMPROMISO MICROSCÓPICO DEL EPIPLÓN SIN DISEMINACIÓN PERITONEAL EN CANCER GÁSTRICO.

Carlos Alfredo García Carrasco , Carlos Benavides Castillo, Daniela Arauco Rodriguez, Patricia Rebolledo Caro, Javiera Toledo Gomez, Tiffany Rojas Ortega, Carlos Esperguel Galaz, Alejandro Cancino viveros.*

Hospital Clínico San Borja-Arriarán, Clínica Las Cindes Cirugía.

Introducción: El diagnóstico definitivo después de una resección oncológica por cáncer gástrico (CG) lo entrega el resultado del examen anatómico-patológico que resume la extensión de la enfermedad y que se resume en la clasificación TNM. En ocasiones, el informe patológico indica implantes tumorales microscópicos en epiplón mayor o menor (IME), sin evidencia de compromiso macroscópico peritoneal.

Objetivos: El objetivo del presente trabajo es analizar los resultados oncológicos de los pacientes con IME y compararlos con aquellos pacientes que no evidencian compromiso de este órgano.

Material y Método: Durante el periodo comprendido entre septiembre de 2010 y diciembre de 2016 se han pesquisado 36 pacientes cuyo informe de anatomía patológica mostró implante (s) tumoral (es) microscópico (s) en epiplón mayor o menor. Durante el mismo periodo han sido resecados 278 pacientes con

intención curativa. Criterios de inclusión: a) Adenocarcinoma gástrico y gastroesofágico tipo Siewert II y III, b) Informe anatómico-patológico completo, c) cirugía clásica/ laparoscópica, d) Ausencia de compromiso macroscópico peritoneal en cirugía resectiva oncológica. Se excluyeron otras histologías y los pacientes con adenocarcinoma de la unión gastroesofágica tipo Siewert I. Se realizó análisis estadístico comparando variables categóricas con test χ^2 . La sobrevida fue estimada con el método de Kaplan-Meier.

Resultados: El compromiso IME estuvo presente en el 12,98% de los pacientes resecados con intención curativa (36/278). No hubo diferencias en el promedio de edad entre el grupo con IME (65,6 años) y sin IME (65,4 años). En cuanto al factor pT, no hubo compromiso en T1a. T1b: 1/36 (2,7%); en T2 9/76 (11,8%); en T3 25/60 (25,6%); en T4a 1/8 (12,5%) y en T4b (1/9) (12,5%). En cuanto a compromiso linfonodal, 28/160 pacientes con linfonodos positivos presentaron IME (17,5%). En 8/110 pacientes sin compromiso linfonodal se demostró IME (7,2%). En el 25% de los pacientes con histología indiferenciada se demostró IME y en el 21,8% de los pacientes con células en anillo de sello. La supervivencia global del grupo fue de 45,3 % a 5 años (Promedio supervivencia 31,04 meses). En cambio, en los pacientes con IME la sobrevida a 5 años fue de 13,8% con promedio de 19,9 meses. Los pacientes sin compromiso IME tuvieron una sobrevida de 50,24% a 5 años. (Log-rank test, $p=0.0005$).

Conclusión: El compromiso IME está asociado con un pésimo pronóstico y revela una enfermedad avanzada. Para este grupo de pacientes es necesario plantear nuevas estrategias de tratamiento post-operatorio.

Resultados preliminares de la quimioterapia neoadyuvante en cáncer gástrico avanzado. Hospital San José de Osorno.

Marcelo Hernan Millán Alvarado , Andrea del Carmen Cayuñilo Carmona, Valentina Horning Epple.*

Hospital Base de Osorno. Servicio de Cirugía.

Introducción: La quimioterapia neoadyuvante (QN) en cáncer gástrico avanzado (CGA) es una opción terapéutica que emplean distintos centros debido a los favorables resultados publicados en cuanto a sobrevida y recidiva. Desde hace algunos años nuestro equipo realiza esta técnica como una alternativa en el manejo de estos pacientes previo a la cirugía.

Objetivos: El objetivo de este estudio es evaluar los resultados de la QN en cuanto a respuesta clínica, patológica y complicaciones postoperatorias. Evaluar la respuesta clínica de la QN en la endoscopia digestiva alta y tomografía axial computada de control. Evaluar la respuesta patológica de la QN en el análisis de la pieza operatoria. Evaluar las complicaciones de la quimioterapia y postoperatoria.

Material y Método: Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de CGA que recibieron QN desde enero 2015 hasta enero 2017. Criterios de inclusión: adenocarcinoma, avanzado, sin diseminación a distancia en estudio de imágenes y/o laparoscopia, sin síntomas que requieran cirugía inmediata, sin contraindicación de quimioterapia y consentimiento informado. Se evalúan edad, sexo, comorbilidad, TNM, TAC y endoscopia pre y post quimioterapia, morbilidad y mortalidad postoperatoria.

Resultados: Ingresaron a este estudio 42 pacientes. Edad promedio 63,6 años. 26 (61,9%) hombres y 16 (38,1%) mujeres. Todos adenocarcinoma. 35 (83,33%) completaron 3 ciclos de QN. El esquema más utilizado fue epidoxorrubicina, cisplatino, capecitabina en 37 (88,1%). En relación a la respuesta endoscópica post QN un caso presentó respuesta total (2,32%), reducción parcial en 24 (57,1%), sin respuesta en 9 (21,4%) y progresión en un caso (2,32%). Respuesta en la TAC control post QN demostró reducción significativa en 15 (32,7%). En el análisis de las biopsias de la gastrectomía destacan 3 casos (7,14%) con respuesta patológica completa. 4 (9,5%) pacientes presentaron complicaciones postoperatorias.

Conclusión: Los resultados de la QN en nuestro centro son favorables en cuanto a la respuesta endoscópica, de imágenes y destacan 3 casos de respuesta patológica completa. La tasa de complicaciones perioperatorias es baja. En el seguimiento de estos pacientes podremos evaluar a futuro su impacto en la sobrevida.

¿CUÁL ES EL PRONÓSTICO DEL CÁNCER GÁSTRICO CON CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO?

Javiera Belén Toledo Gómez, Tiffany Rojas Ortega, Daniela Arauco Rodríguez, Carlos García Carrasco, Carlos Benavides Castillo, Carlos Esperguel Galaz, Patricia Rebolledo Caro.*

Hospital Clínico San Borja-Arriarán. Cirugía.

Introducción: La variedad histológica de células en anillo de sello (CAS) en cáncer gástrico (CG) se

considera una variedad agresiva y con poca respuesta a la quimioterapia. Sin embargo, algunos trabajos nacionales ponen en entredicho el peor pronóstico mencionado por autores extranjeros. Según otras publicaciones internacionales, su incidencia está aumentado a nivel mundial.

Objetivos: El objetivo del presente trabajo es analizar la sobrevida y los resultados del tratamiento quirúrgico de los pacientes con CG en CAS y compararlos con las otras variedades histológicas.

Material y Método: Entre septiembre del 2010 y diciembre del 2016 se han operado con intención curativa 278 pacientes con diagnóstico de CG, correspondiendo 55 casos a CAS (19,7%). Se analizaron variables demográficas, tratamientos adyuvantes, hallazgos histológicos, cirugía y seguimiento a largo plazo. Criterios de inclusión: a) pacientes resecaos con intención curativa, b) vías de abordaje laparoscópica o abierta. Se excluyeron pacientes con adenocarcinoma gastroesofágico tipo Siewert I. Se realizó análisis estadístico comparando variables categóricas con test de X². La sobrevida fue estimada con el método de Kaplan-Meier y la comparación de curvas con Log-rank Test. Se definió el tiempo de sobrevida desde la fecha de la cirugía curativa. Para todos los cálculos estadísticos se utilizó programa Stata 15.

Resultados: Hubo una diferencia estadísticamente significativa de la edad promedio entre el grupo de pacientes con histología de CAS versus las otras variedades histológicas (60,5 años versus 66,63 años, p=0,005). En cuanto al género, en mujeres la proporción de CAS fue de 32,6%, en cambio en hombres fue de 13,4% (p=0,0001). En cuanto a estadio TNM 2010, no hubo diferencia entre los distintos grupos. En factor pT, hubo una leve tendencia a favor de estadios más avanzados (T1a 14%, T2 13,1%, T4a 30% y T4b 33%), pero no alcanzó significancia estadística. No hubo diferencias en cuanto a tamaño tumoral, compromiso linfonodal o invasión linfovascular. La sobrevida global a 5 años de la serie fue de 43,5%, con un 33% para pacientes con CAS y 48% para las otras variedades histológicas. (Log-rank test p=0,03).

Conclusión: La variedad histológica de CAS en cáncer gástrico presenta algunas características distintivas demográficas con respecto a las otras variedades, pero desde el punto de vista macroscópico no existen tales diferencias. En cuanto al pronóstico, el cáncer gástrico en células en anillo de sello presenta una peor sobrevida que el resto de las histologías.

Gastrectomía total ampliada D2 Ro en Ganglio 11 (+) con anastomosis esogafoyeyunal laterolateral totalmente laparoscópica

Alberto Perez -Castilla M.,*

Clínica Indisa. Servicio de Cirugía Minimamente invasiva.

Introducción: El desarrollo y avance de la técnica laparoscópica logra una recolección de linfonodos igual o mejor que su homónima abierta y complicaciones menores a la técnica abierta.

Objetivos: Revisar la técnica de gastrectomía total con disección de N2 y resección de linfonodo N11 positivo al PET más esplenectomía. Técnica esofago yeyuno anastomosis L-L, con espécimen sin seccionar

Descripción y contenido del vídeo: Revisión de cavidad, sección duodenal, disección ganglionar de arteria hepática, tronco celiaco, sección arteria gástrica izquierda, disección linfonodos n11 y resección de arteria con esplenectomía. Anastomosis esofago yeyunal LL. Sección de la pieza, entero enteroanastomosis L-L. Revisión Endoscópica

Migración de malla protésica en el tratamiento quirúrgico de las hernias hiatales paraesofágicas (II-IV).

Nicole Cuneo Barbosa, Juan Pablo Lasnibat Roldan, Tomás Quezada Álvarez, Enrique Lanzarini Sobrevia, Maher Musleh Katan, Italo Francisco Braghetto Miranda, Attila Csendes Juhasz.*

Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Departamento de Cirugía.

Introducción: La resolución de las grandes hernias hiatales es un desafío para el cirujano debido a su alta tasa de recidiva. La utilización de mallas como refuerzo a nivel hiatal disminuye la recurrencia, sin embargo, no está exenta de complicaciones, siendo la principal la migración hacia el lumen.

Objetivos: Describir la incidencia y caracterizar los factores asociados a la migración protésica como complicación de la reparación quirúrgica de las hernias hiatales paraesofágicas (II-IV), operadas en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre mayo del 2012 y diciembre del 2016.

Material y Método: Estudio de cohorte prospectiva. Se incluyeron todos los pacientes sometidos a reparación de hernia hiatal tipo II, III y IV por vía laparoscópica con técnica estandarizada, en el que se utilizó una malla compuesta, desde Mayo del 2012 a Diciembre del 2016, en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, con un mínimo de seguimiento de 6 meses. Se realizó un análisis de regresión logística considerándose significativo un $p < 0,05$ en el univariado y $p < 0,1$ el multivariado. El programa estadístico ocupado fue STATA® V.14.

Resultados: Se operaron 66 pacientes en este período de tiempo. Cinco pacientes presentaron migración de la malla compuesta (7,6%). De los cinco pacientes, uno tenía el antecedente de cirugía anti-reflujo previa, un paciente fue convertido a cirugía abierta debido a la dificultad de identificar la anatomía (múltiples cirugías previas) y en 2 pacientes hubo apertura incidental del lumen. A otro paciente se le realizó cirugía de Collis-Nissen. En el postoperatorio inmediato, un paciente presentó una obstrucción gástrica que necesitó ser reoperado (Clavien Dindo IIIb). Los dos pacientes que tuvieron apertura incidental del lumen evolucionaron con estenosis necesitando dilataciones esofágicas (Clavien Dindo IIIa). El diagnóstico de la migración se realizó mediante endoscopia digestiva alta, con un promedio de 28,9 meses (rango 8,0 – 62,4). En el análisis univariado se evidenció asociación entre la migración y los incidentes intraoperatorios ($p=0,02$) y las complicaciones en el postoperatorio inmediato ($p=0,03$). En el análisis multivariado se evidenció asociación de los incidentes intra-operatorios con la migración ($p=0,09$, IC 0,76 – 113,8, OR 8,97).

Conclusión: En nuestra cohorte de pacientes, el 7.6% presentó migración de la malla como complicación, lo que se asoció en forma significativa con los incidentes intra-operatorios.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER Y RESULTADOS A LARGO PLAZO EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

Nasser Eluzen Gallardo, Allan Sharp Pittet, Ricardo Mejía Martínez, Fernando Crovari Eulufi, Eduardo Briceño Valenzuela, Josefina Sáez Binelli, Sergio Pacheco Santibañez, Anselmo Alegría Mejías.*

Clínica Universidad Católica. Departamento de Cirugía Digestiva.

Introducción: El divertículo de Zenker (DZ), también conocido como divertículo hipofaríngeo, es una protrusión adquirida a través de un área de debilidad ubicada entre el músculo constrictor de la faringe y el músculo cricofaríngeo. Su fisiopatología no está del todo comprendida y tiene varias alternativas terapéuticas.

Objetivos: Evaluar los resultados de los pacientes con diagnóstico de DZ tratados en el Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile.

Material y Método: Se realizó un estudio retrospectivo revisando datos epidemiológicos, aproximación terapéutica y evolución de todos los pacientes sometidos a cirugía con el diagnóstico de divertículo de Zenker (DZ) de nuestra institución durante los últimos 12 años. Se contactó telefónicamente a los pacientes y se les sometió a una encuesta para evaluar la continuidad de los síntomas y respuesta al tratamiento.

Resultados: En un total de 13 pacientes incluidos, a todos se les realizó diverticulectomía más miotomía del músculo cricofaríngeo por vía clásica. En 12 pacientes (92,3%) la sección del divertículo fue mecánica y en 1(7,6%) de ellos manual. Se reportó un total de 2 complicaciones, las cuales correspondieron a un hematoma cervical (7,6%) y otro a un absceso cervical secundario a filtración (7,6%). No se realizaron procedimientos endoscópicos en esta serie. No se registró mortalidad. Al momento de la encuesta telefónica el 100% se encontraba asintomático, 12 de ellos (92.3%) toleraban régimen común, solo 1 de ellos (7.6%) toleraba régimen papilla, sin otros síntomas posterior a su cirugía.

Conclusión: La diverticulectomía con miotomía del músculo cricofaríngeo demostró ser una técnica segura, ofrece bajo riesgo de complicaciones y mejoró la calidad de vida en todos los pacientes de nuestra serie. Este trabajo corresponde al primer reporte sobre el tratamiento del DZ en nuestra institución.

Esofagogastroanastomosis manual en esofagectomía mínimamente invasiva de Ivor Lewis

Alex Escalona Pérez , Eduardo Viñuela Fawaz, Nicolas Andrés Devaud Jaureguiberry, Ricardo Espinoza González.*

Clínica Universidad de Los Andes, Universidad de los Andes Departamento de Cirugía.

Introducción: La esofagectomía mínimamente invasiva en el tratamiento quirúrgico del cáncer de esófago ha

demostrado buenos resultados oncológicos con reducción en complicaciones postoperatorias. Una de los desafíos de la esofagectomía con técnica de Ivor Lewis es la reconstrucción del tránsito digestivo.

Objetivos: Describir la técnica y resultado de la anastomosis esofagogastrica manual en esofagectomía de Ivor Lewis mínimamente invasiva.

Descripción y contenido del vídeo: Paciente de 41 años con disfagia de 4 meses de evolución y baja de peso. Se realiza diagnóstico de adenocarcinoma de esófago distal (Siewert I), cT3N+M0. Se realiza radioquimioterapia neoadyuvante. Se describe la técnica quirúrgica de gastrectomía proximal, disección ganglionar y confección del tubo gástrico por vía laparoscópica. En posición prono se realiza la resección esofágica toracoscópica y disección linfática. La anastomosis intratorácica de esófago al tubo gástrico se realiza con técnica manual en dos planos. La paciente evoluciona en forma satisfactoria, siendo dada de alta al 6° día de la cirugía. El estudio de la biopsia demuestra un adenocarcinoma tubular de esófago mal diferenciado con células en anillo de sello (pT3N3). Se realiza quimioterapia adyuvante.

ESOFAGOGASTRECTOMIA MINI INVASIVA EN ADENOCARCINOMA DE LA UNION GASTROESOFAGICA

Marcelo Alejandro Zamorano Díaz , Nelson Aros Mendoza, Sikiu Bustamante Acosta, Raúl Valenzuela ..*

Hospital de Antofagasta, Universidad de Antofagasta Cirugía.

Introducción: La esofagectomía mini invasiva es poco común y muy demandante, por lo que la Esofagogastrectomía es menos frecuente aún teniendo una alta morbimortalidad, sin embargo la cirugía es la única con intención curativa en adenocarcinoma de la UGE, es por esto que el acceso mini invasivo parece tener un rol en la actualidad.

Objetivos: Describir el caso clínico y el detalle de la técnica quirúrgica de la EsofagoGastrectomía Total Mini Invasiva + Linfadenección en dos tiempos, en paciente con Adenocarcinoma de la UGE Siewert I.

Descripción y contenido del vídeo: Paciente masculino, 71 años. Con diagnóstico de Adenocarcinoma G2 de UGE y Neoadyuvancia tipo Magic. Ingresó al Hospital de Antofagasta con Hemorragia Digestiva. Primer tiempo (Videotoracoscopia) disección de pleura mediastínica, disección esofágica incluyendo tejido

periesofágico. Sección de Acigos. Linfadenectomía infracarinal. Segundo tiempo (Laparoscópica): omentectomía mayor, resección de grupo VI, y V. Sección de duodeno. Resección de omento menor. Se evidencia Hepática izquierda accesoria dominante que se respeta. Resección en bloque de pilares diafragmáticos. Se completa Linfadenectomía D2 -10. Tercer tiempo: Cervicotomía izquierda, control y sección esofágica. Esofagostoma terminal. Extracción de pieza a través de incisión suprapúbica. Yeyunostomía de alimentación.

Re-bypass-gástrico laparoscópico por reganancia de peso

Italo Francisco Braghetto Miranda , Owen Korn Bruzzone, Juan Pablo Lasnibat Roldan, Luis Brunet Lachaise.*

Hospital Clínico de la Universidad de Chile. cirugía.

Introducción: El By-pass gástrico obtiene una disminución del IMC cercano a 25kg/m² en un alto porcentaje de casos los casos y el porcentaje de pérdida del exceso de peso es cercano al 80%, pero algunos pacientes presentan re-ganancia de peso por falla en la técnica quirúrgica que favorece el aumento de la capacidad gástrica. Se presenta un paciente que re-gana peso progresivamente hasta 104 kg (IMC 35.9)

Objetivos: El objetivo de este video es presentar la técnica quirúrgica empleada en un paciente con Rx EED con bario y TC de abdomen muestra un aumento de la capacidad gástrica hasta 750ml.

Descripción y contenido del vídeo: Operación: 1.- Liberación de adherencias y se confirma gran estomago proximal 2.- Disección competa de curvatura estomago desde ángulo de His hasta liberar muñon de yeyuno ascendido en Y de Roux. 3.- Resección vertical de estómago, fondo gástrico y asa ciega de yeyuno ascendido sobre sondone F36 Resultados: excelente evolución postoperatoria, sin complicaciones alta al 3er día Peso al 3er mes postop 84Kg, (IMC 29.1) . En control con nutriólogo para indicaciones nutricionales, suplemento vitamínicos, control sicológico y de actividad física. Conclusión: la técnica de re-resección gástrica post BPG, cuando está correctamente indicada tiene buenos resultados siempre que se adhiera a un control multi-disciplinario

Uso de Malla BIO-A en Hernia Hiatal

Alberto Perez -Castilla M. , Ruben Suarez Albino.*

Clínica Indisa. Servicio Cirugía Minimamente Invasivo.

Introducción: La hernia hiatal es un patología frecuente que por su ubicación tiende a la recidiva .Han habido diferentes técnicas y el cierre de pilares con uso de mallas ha sido controversial por el riesgo de incorporación al esófago.

Objetivos: Revisar la técnica de reparación de hernia hiatal , asociado a reflujo gastroesofagico con malla BIO -A , que es material absorbible .

Descripción y contenido del vídeo: Presenta caso de hernia hiatal, reducción del contenido , reseccion del saco , esofago intraabdominal , cierre de pilares y colocación de malla BIO A . Gastropexia posterior .

Perforaciones esofágicas. Resultado de una Serie de Casos.

Javier Moraga Concha , Francisco Rivera Roa, Felipe Ruiz Landeros, Luis Pasten Carrasco, Juan Stambuk Mayorga.*

Hospital San Juan de Dios de Santiago. Servicio de Cirugía.

Introducción: La perforación esofágica (PE) es una complicada condición clínica cuyo diagnostico 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 la mortalidad en una serie de pacientes con diagnostico de PE en el Hospital San Juan de Dios (HSJD).

Material y Método: Serie de casos retrospectiva. Muestra no probabilística de pacientes con diagnostico de PE tratados en el HSJD entre los años 2006 y 2017, ambos incluidos (no se excluyeron pacientes). No se realizó calculo del tamaño de la muestra. La variable resultado fue mortalidad. Otras variables de interés fueron sexo, edad, motivo de consulta, etiología, localización de la lesión, tiempo de demora para su diagnostico, tipo de tratamiento (conservador/quirúrgico), tipo de tratamiento quirúrgico, estadía hospitalaria y complicaciones. Los datos se obtuvieron desde las fichas clínicas de los pacientes. Se utilizó estadística descriptiva con cálculo de medidas de tendencia central y dispersión.

Resultados: En el período en estudio se diagnosticó a 27 pacientes con PE (15 eran masculinos), con un promedio de edad de 57,9 (rango, 20–91 años). La mortalidad fue de 27,2% para nuestra serie. El motivo de consulta más

frecuente fue dolor (54,5%). La etiología más frecuente fue secundaria a la ingesta de cuerpo extraño (37,5%). En el 63,3% de los casos presentó la perforación en el esófago torácico. El tiempo promedio de demora para el diagnóstico fue de 12,9 horas (0-36 horas). Se realizó tratamiento quirúrgico en el 72,7% de los casos, de estos el más frecuente fue la exclusión esofágica (62,5%). El promedio de días de hospitalización fue de 21,8 días. 65% de los casos presentaron complicaciones; de estas, la mediastinitis fue la más prevalente (38,4%).

Conclusión: La PE es una entidad poco prevalente, la cual presenta una elevada morbimortalidad.

Síndrome de Boerhaave. Reporte de Casos.

Javier Moraga Concha , Diego Esteban Paredes Gallardo, KARINA DE LOS ANDES VARGAS VALDEBENITO, CINDY URRRA FUENZALIDA.*

Hospital San Juan de Dios de Santiago. Servicio de Cirugía.

Introducción: El Síndrome de Boerhaave (SB) es la ruptura esofágica espontánea producida por un aumento de presión intra esofágica producida en la mayoría de los casos por vómitos violentos, el cual presenta una elevada morbimortalidad.

Objetivos: Describir una serie de pacientes con diagnóstico de SB y su manejo en el Hospital San Juan de Dios (HSJD).

Material y Método: Serie de casos retrospectiva de pacientes con diagnóstico de SB tratados en el HSJD entre los años 2010 y 2016, ambos incluidos. La variable resultado fue mortalidad. Otras variables de interés fueron sexo, edad, motivo de consulta, localización de la lesión, tiempo de demora para su diagnóstico, tipo de tratamiento (conservador / quirúrgico), tipo de tratamiento quirúrgico, estadía hospitalaria y complicaciones. Los datos se obtuvieron desde las fichas clínicas de los pacientes. Se utilizó estadística descriptiva con cálculo de medidas de tendencia central y dispersión.

Resultados: En el período en estudio se diagnosticó a 6 pacientes con SB (3 eran masculinos), con un promedio de edad de 71 años (rango, 58–82 años). La mortalidad fue del 50% para nuestra serie. El motivo de consulta más frecuente fue dolor (50%). En el 66,6% de los casos la lesión se presentó en el esófago torácico. El tiempo promedio de demora para el diagnóstico fue de 11,3 horas (0-24 horas). Se realizó tratamiento quirúrgico en

el 83,3% de los casos, de estos el 100% correspondió a exclusión esofágica. El promedio de días de hospitalización fue de 20 días. 100% de los casos presentaron complicaciones; de estas, la mediastinitis fue la más prevalente (50%).

Conclusión: EL SB es una emergencia quirúrgica que se asocia con una elevada morbimortalidad.

Tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico en pacientes octogenarios y mayores

Alejandro Cancino Viveros , Pablo Lobos Asenjo, Camila Catalán Del valle, Francisco Moraga Vasquez, Carlos Esperguel Galaz, Héctor Cid Botteselle, Patricia Rebolledo Caro, Carlos García Carrasco, Carlos Benavides Castillo, Jose Vallejos Hernández, Patricio Rubilar Ottone.*

Hospital Clínico San Borja-Arriarán. Cirugía.

Introducción: La resección quirúrgica continúa siendo el pilar fundamental del tratamiento del cáncer gástrico. En atención al aumento de sobrevivencia de la población y al mejor control de las enfermedades crónicas es que, en los últimos años, hemos visto un incremento significativo en las derivaciones a nuestro centro de pacientes mayores de 80 años, potenciales candidatos a cirugía por este diagnóstico.

Objetivos: El objetivo de esta investigación es caracterizar las variables clínicas, anatómo-patológicas y los resultados quirúrgicos (morbi – mortalidad) y oncológicos (sobrevivencia) del grupo de pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico, mayores de 80 años, operados entre los años 2005 y 2016 en el Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Material y Método: Estudio de corte transversal. La búsqueda se realiza en las bases de datos de pabellón, el registro de biopsias y el registro en fichas clínicas del HCSBA. Los criterios de inclusión fueron el ser mayor de 80 años, con diagnóstico histológico de cáncer gástrico mediante endoscopia y haber sido sometido a cirugía (exploradora – etapificadora, con intención curativa o paliación). Los criterios de exclusión fueron el no contar con adecuado registro clínico, estudio anatomopatológico definitivo o seguimiento adecuado (controles alejados). Se lleva a cabo una caracterización del grupo estudio, registro y análisis en cuanto a género, comorbilidades, forma de presentación, tipo y ubicación de la lesión, tipo de cirugía, morbimortalidad postoperatorias (Clavien), estadía hospitalaria y sobrevivencia.

Resultados: El grupo quedó constituido por 37 pacientes, 20 hombres (54,1%) y 17 mujeres (45,9). El rango de edad al momento de la cirugía fue de 80 a 91 años, con mediana de 81 años. El 81,1% (30) de los pacientes tenían al menos una comorbilidad, siendo la HTA (78,4%) y la DM2 (18,9%) las más frecuentes. Los motivos de consulta más frecuentes fueron dolor abdominal (45,9%), baja de peso (40,5%), anemia (24,3%) y HDA (16,2%). La localización de la lesión fue 13% subcardial, 50% corporal, 24% antropilórica, y 8% pangástrica. El tipo macroscópico (Borrmann) de la lesión fue de 8% I, 19% II, 54% III, 8% IV, además de 3 lesiones incipientes. La histología correspondía en un 90% a adenocarcinomas, 2 carcinomas con células en anillo de sello y un carcinoma neuroendocrino. El tumor fue bien - moderadamente diferenciado en 56,8% y pobremente -indiferenciado en 43%. La cirugía realizada en 9 pacientes (26%) fue de etapificación o paliación, 7 laparoscopías, 1 laparotomía exploradora y 1 sección/exclusión. En 28 pacientes (74%) se realizaron cirugías resectivas curativas, 18 GT y 10 GST. La mediana de estadía hospitalaria fue de 14,5 días (rango 3 y 70 días). La morbilidad operatoria fue de 54%, correspondiendo 70% a los grados I - II (Clavien Dindo). La mortalidad operatoria para los pacientes sometidos a cirugía resectiva fue de 3,5%. El estadio (TNM) fue I 13,5%, II 16,2%, III 46% y IV 24,3%. La sobrevida para el grupo con cirugía resectiva fue de 91% al año y de 31% a 5 años.

Conclusión: El cáncer gástrico en esta serie se presenta como dolor abdominal y baja de peso principalmente. Existe un elevado porcentaje de patologías asociadas. Predominan las localizaciones proximales y los tumores avanzados. La morbimortalidad operatoria y la sobrevida de esta serie se estiman dentro de rangos aceptables. La cirugía por ca. gástrico en octogenarios presenta un adecuado riesgo - beneficio.

Mutaciones en IL-10 e IL-8 como marcadores pronósticos en cáncer gástrico

Juan Pablo Lasnibat Roldan , Maher Musleh Katan, Juan Stambuk Mayorga, Patricio Gonzalez Hormazabal, MARCO BUSTAMANTE ZAMORANO, Sandra Romero , Gonzalo Castro , Raul Pisano .*

Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios, ICBM Universidad de Chile Departamento de Cirugía.

Introducción: El cáncer gástrico tiene una alta mortalidad en Chile. Actualmente los factores

pronósticos más utilizados son el estadiaje por TNM, sin embargo existen diferencias significativas entre pacientes dentro de las mismas etapas. Existen algunos polimorfismos de citoquinas asociados al riesgo de cáncer gástrico, que también podrían tener un rol pronóstico.

Objetivos: Analizar 12 polimorfismos de nucleótido único(SNPs) en citoquinas pro y anti-inflamatorias y su relación como factores pronósticos en cáncer gástrico.

Material y Método: Estudio prospectivo. Se reclutaron 169 pacientes sometidos a gastrectomía por cáncer gástrico entre diciembre 2010 y agosto 2014. Se tomaron muestras sanguíneas para estudio de DNA en estos pacientes. Se registraron características clínicas, de etapificación tumoral e histológicas. El seguimiento de mortalidad se realizó por el registro interno del servicio y el registro nacional de defunciones. El análisis estadístico se realizó considerando significativo $p < 0.05$.

Resultados: Dentro de los factores clínicos estudiados que confieren peor pronóstico, destacan la edad sobre 60 años, las etapas más avanzadas (III y IV) y tamaño tumoral mayor a 5cms. Posterior a un análisis de regresión, se identificaron 2 mutaciones que determinaban peor pronóstico, IL8 -251T>A (HR 1.57 [1.18 – 2.09] e IL10 -592C>A (HR 2.09 [1.04 – 4.36]. El análisis estratificado ajustado por edad y sexo mostro un riesgo elevado de mortalidad para el genotipo IL8 - 251T>A (HR 1.32 [1.05 – 1.67]) Los niveles elevados de IL-8 se han asociado a etapas avanzadas del cancer, y su presencia induce la angiogenesis mediante la activacion de VEGF. El genotipo estudiado aumenta la expresión de IL-8, lo que podría explicar los resultados en peor pronóstico. El genotipo AA de IL-10 -592 tambien mostro diferencias en sobrevida. Este genotipo disminuye la produccion de IL-10, cuyo rol en la progresion del cancer es controversial. Se ha postulado que podría contribuir al crecimiento tumoral, sin embargo otros estudios muestran que podría funcionar como supresor de la angiogenesis y metastasis.

Conclusión: Las mutaciones en genes de citoquinas estudiadas confieren un peor pronóstico en cáncer gástrico. Su estudio e implementación a futuro podría entregar claves importantes sobre como mejorar el pronóstico y tratamiento de esta enfermedad.

Gastrectomía oncológica laparoscópica. Experiencia en el Hospital Dipreca.

Jorge Eduardo Saba Samur , Raimundo Izquierdo Cox, Catalina Piñones Kramm, Colett Dubé Mundaca.*

Hospital Dipreca Cirugía.

Introducción: El cáncer gástrico constituye la principal causa de muerte oncológica en Chile. El principal tratamiento es la cirugía. Desde el año 1991 (Kitano), se realizan gastrectomías oncológicas por vía laparoscópica. La evidencia actual establece que éste tipo de acceso es el más recomendado en tumores incipientes, y es una alternativa no inferior al abordaje abierto en cáncer avanzado.

Objetivos: Reportar la experiencia de nuestro servicio en gastrectomías oncológicas laparoscópicas desde Enero de 2012 hasta Diciembre de 2016, con énfasis en sobrevida, seguridad oncológica y complicaciones post operatorias.

Material y Método: Desde una base de datos que se alimenta en forma prospectiva, se obtiene la totalidad de los pacientes operados por cáncer gástrico con acceso laparoscópico en el Hospital DIPRECA, entre Enero de 2012 y Diciembre 2016. Se trata de un estudio de cohorte retrospectivo. A través de la revisión de ficha clínica, se obtienen los datos demográficos, peso, motivo de consulta, tipo de cirugía, tiempo operatorio, informe histopatológico definitivo, etapa TNM, tratamiento coadyuvantes, complicaciones post operatorias, mortalidad quirúrgica, variaciones del peso y sobrevida. Se utilizaron indicadores estadísticos como promedio, desviación estándar y tasas para describir nuestros resultados.

Resultados: El estudio cuenta con 57 pacientes con un promedio de edad de 68 años (43- 85 años), 40 de ellos de sexo masculino (70%) y 17 de sexo femenino (30%), con un peso pre operatorio promedio de 76 kg. El tipo de cirugía que se realizó fueron 25 Gastrectomías Totales vs 32 Subtotales. La distribución por grupos según etapa TNM (7ma edición) fue de 12 pacientes en etapa IA (21%), 9 pacientes etapa IB (15%), 4 pacientes en etapa IIA (7%), 10 pacientes en etapa IIB (17%), 5 pacientes en etapa IIIA (8%), 10 pacientes etapa IIIB (17%), 6 pacientes etapa IIIC (10%) y un paciente en etapa IV (1.7%). El tiempo operatorio promedio fue de 230 minutos. Del total de pacientes operados, 15 de ellos evolucionaron con alguna complicación post operatoria (26%), necesitando una reoperación en solo 6 casos (10%). El promedio de cosecha ganglionar fue de 22 ganglios (6- 47). Del total de pacientes operados, el 35% recibió coadyuvancia (20 pacientes). Hubo sólo un fallecido en ésta cohorte, lo que corresponde a una mortalidad del 1.7%, el caso corresponde a un paciente sometido a gastrectomía total paliativa. La sobrevida a los 12, 18, 24 y 36 meses fue de 98 %.

Conclusión: La gastrectomía oncológica laparoscópica es una alternativa segura desde el punto de vista quirúrgico y oncológico, que permite reproducir la técnica abierta clásica. Para el cáncer gástrico incipiente, el abordaje laparoscópico es de elección. Sin embargo, debe existir una amplia experiencia en cirugía laparoscópica avanzada para llevar a cabo en forma segura este tipo de intervenciones.

Técnica quirúrgica de la disección del grupo ganglionar número 6 en la gastrectomía laparoscópica en cáncer gástrico.

Marco Andrés Ceroni Villanelo , Enrique Norero Muñoz, Cristián Martínez Belmar, Ricardo Mejía Martínez, Rodrigo Muñoz Claro, Alfonso Díaz Fernández.*

Hospital Dr. Sótero del Río, Pontificia Universidad Católica de Chile Departamento de Cirugía Digestiva.

Introducción: La disección linfática D2 es parte fundamental de la gastrectomía curativa en cáncer gástrico (CG). Uno de los pasos críticos del abordaje laparoscópico, es la disección del grupo ganglionar número 6. La disección de éste grupo ganglionar es distinta al abordaje abierto, debido al cambio de ángulo de visión y por no disponer de la tracción manual del colon transversal.

Objetivos: Describir la técnica quirúrgica de la disección del grupo ganglionar número 6 durante la gastrectomía laparoscópica por CG.

Descripción y contenido del vídeo: Se muestran varios casos de disección del grupo ganglionar número 6 durante una gastrectomía laparoscópica en CG, los puntos de referencias anatómicos para una correcta disección, la técnica quirúrgica para una buena exposición, la visión crítica para evitar errores en la interpretación de la anatomía vascular y evitar lesiones de estructuras vecinas. Comentarios: La experiencia de nuestro centro alcanza más de 90 gastrectomías laparoscópicas por CG, con morbilidad menor a la gastrectomía abierta y control oncológico similar. Los pasos críticos más importantes de esta técnica, son la disección del grupo ganglionar número 6, la bursotomía, la anastomosis esófago-yeyunal y la disección del grupo ganglionar número 10.

CÁNCER GÁSTRICO ESCAMOSO, REPORTE DE UN CASO

Paulo Cesar Calisto Gomez* , ALIRO BARTOLO VENTURELLI LEONELLI.

Hospital Clínico de Valdivia.

Introducción: El cáncer gástrico es uno de los principales a nivel mundial, representado la segunda causa de muerte de todos los cánceres. La gran mayoría son de histología adenocarcinoma, pero existen otros tales como escamosos de presentación más infrecuente. La adecuada estadificación permite el mejor enfrentamiento, siendo la radio-quimioterapia en muchos casos un pilar en el tratamiento junto a la cirugía

Objetivos: Reportar el caso de un paciente diagnosticado y tratado de un cáncer gástrico de histología escamoso, en el Hospital Base Valdivia

Material y Método: Estudio descriptivo

Resultados: Paciente de género femenino de 66 años con antecedentes de DM2 NIR y HTA. Consultó en APS por epigastralgia asociada a disfagia lórica. Se realizó EDA en julio del 2016 que mostró lesión esofágica a 35 cms proliferativa e irregular que se extiende por 4 cms, biopsia informó carcinoma escamoso de células grandes. TC TAP de agosto informó engrosamiento parietal de la unión GE con compromiso de grasa adyacente y adenopatías regionales. Se realizó RDT en dosis total de 45 Gy + QMT con carbaplatino + paclitaxel entre los meses de octubre y noviembre con buena tolerancia . Se realizó en enero gastrectomía total radical, en el intraoperatorio se pesquió extenso tumor del tercio superior del estómago, con múltiples adenopatías pericardiales y de tronco celíaco. De evolución favorable, fue dada de alta sin complicaciones a los 14 días. Biopsia informó carcinoma escamoso de células grandes no queratinizante, de tamaño 6 x 5 cms, pobremente diferenciado, que compromete adventicia, con márgenes quirúrgicos negativos, con pobre efecto a tratamiento, invasión linfovascular linfática (+), sanguínea (-) y perineural (+), con linfoganglios 9/17 (+), etapificado como ypT3N3aM0, etapa IIIC

Conclusión: Los hallazgos clínicos e imagenológicos de nuestro paciente se asemejan a lo reportado en literatura con respecto a la presentación del cáncer gástrico. Es importante la alta sospecha clínica que requiere de una endoscopia digestiva y tomografía computada para etapificación. En este caso la cirugía se asoció a neoadyuvancia con RDT + QMT, con escasa respuesta a tratamiento.

Hernia hiatal Gigante . Manejo Laparoscopico

Alberto Perez -Castilla M.*,

Clínica Indisa. Servicio de Cirugía Minimamente invasivo.

Introducción: La hernia hiatal es una enfermedad que se ve frecuentemente .Su tratamiento ha variado con la innovación de mallas .

Objetivos: Presentar el uso de Mallas que permiten cerrar el hiato con mas seguridad para evitar la incorporación de ellas al esófago

Descripción y contenido del vídeo: Disección de hiato, reducción de contenido estomago herniado, liberación de esófago y colocación de el intraabdominal , cierre de pilares , colocación de malla BIO -A acompañada o no IPOM

Resultados oncológicos del lavado peritoneal extensivo intraoperatorio en la gastrectomía curativa en cáncer gástrico avanzado: Estudio piloto

Marco Andrés Ceroni Villanelo* , Enrique Norero Muñoz, Eduardo Viñuela Fawaz, Cristián Martínez Belmar, Ricardo Mejía Martínez, Rodrigo Muñoz Claro, Paulina Gonzalez Canales, Alfonso Díaz Fernández.

Hospital Dr. Sótero del Río. Cirugía Digestiva. Equipo Esófago-Gástrico. Pontificia Unive.

Introducción: La carcinomatosis peritoneal es la recidiva más frecuente posterior a una gastrectomía con intención curativa en cáncer gástrico(CG) avanzado. La quimioterapia intraperitoneal es eficaz en disminuir la recurrencia peritoneal, sin embargo está asociada a morbilidad. El lavado peritoneal extensivo intraoperatorio(LPEI), es una alternativa que está en estudio para determina su efectividad.

Objetivos: Determinar los resultados oncológicos del LPEI durante la gastrectomía curativa por CG en pacientes con invasión de la serosa gástrica.

Material y Método: Estudio piloto prospectivo randomizado del LPEI. Se incluyeron los pacientes con CG con invasión de la serosa con gastrectomía curativa D2 entre 2014 y 2015. Se excluyeron los pacientes con necesidad de cirugía paliativa, urgencia o resección multivisceral. La randomización se efectuó una vez confirmada la invasión de la serosa en la cirugía. El LPEI consistió en el lavado con 1 litro de suero fisiológico a 41°C de la cavidad abdominal por 10 veces, posterior a la resección y previo a la reconstrucción. Se

registró las complicaciones hasta los 90 días y se clasificó según Clavien-Dindo. Se utilizó TNM 7ma edición. Se realizaron curvas de supervivencia Kaplan-Meier y test de log-rank. Se utilizó estadística descriptiva y test de Fisher. Se consideró significancia estadística con $p < 0,05$.

Resultados: Se reclutaron 24 pacientes, 2 fueron excluidos del análisis de seguimiento, 1 por fallecer en el postoperatorio y 1 por hallazgo de 1 metástasis hepática al término de la cirugía. La características basales fueron similares en ambos grupos: La edad promedio $63,5 \pm 10,9$ años, 77,2% fueron hombres, 72,7% tuvieron gastrectomía total, el tiempo operatorio fue $256,5 \pm 50,2$ min, el sangrado intraoperatorio fue 309 ± 154 ml, la realimentación oral fue a los $6,1 \pm 1,9$ días, el alta fue a los $10,5 \pm 5,7$ días. Tuvieron complicaciones mayores 4 pacientes: 3 en el grupo sin LPEI (1 colección intra-abdominal por fístula pancreática drenado por vía percutánea, 1 embolización de pseudoaneurisma esplénico y 1 muerte por fístula esófago-yeyunal) y 1 en el grupo de LPEI, el que fue tratado en la unidad coronaria por una taquicardia ventricular. La etapificación fue similar en ambos grupos. Se obtuvieron $44,8 \pm 11,5$ ganglios; $p = \text{NS}$. Recibieron adyuvancia 7(31,8%) pacientes: 4(33,3%) en el grupo sin LPEI y 3(30%) en el grupo con LPEI; $p = \text{NS}$. Se logró una mediana de seguimiento de 33,6 meses, sin pérdidas. Presentaron recidiva peritoneal 8(36,3%) pacientes: 7(58,3%) en el grupo sin LPEI y 1(10%) en el grupo con LPEI; $p = 0,03$. La supervivencia libre de enfermedad a los 3 años fue de 40% en el grupo sin LPEI y de 87,5% en el grupo con LPEI, HR 0,2 (95%IC 0,05-0,8); $p = 0,02$. La supervivencia específica a los 3 años fue de 66,6% para el grupo sin LPEI y 87,5% para el grupo con LPEI, sin diferencia estadística.

Conclusión: El LPEI disminuye la recurrencia peritoneal posterior a una gastrectomía curativa en pacientes con CG avanzado con compromiso clínico de la serosa. Aumenta el periodo libre de enfermedad, lo que no se expresa en aumento de la supervivencia específica para CG.

RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE GIST DUODENAL

Karen Andrea Schonffeldt Guilisasti, Christian Agustín Jensen Benitez, Cristián Cavalla Castillo, Julian Hernandez Castillo.*

Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo Cirugía Digestiva.

Introducción: Los tumores GIST (Gastrointestinal Stromal Tumor) de localización duodenal son una entidad relativamente rara, representando alrededor de un 5% de todos los GIST tratados de manera quirúrgica. Esta localización representa un desafío para el cirujano y no existe consenso respecto al abordaje quirúrgico óptimo.

Objetivos: Mostrar un caso de GIST duodenal resuelto totalmente por vía laparoscópica.

Descripción y contenido del vídeo: Se instalan 5 trócares y se realiza colecistectomía dado pólipos vesiculares concomitantes. Se evidencia tumor duodenal de la 1era porción, en cara posterosuperior. Liberación de adherencias de tumor hacia omento y curvatura menor del estómago. Liberación de cara lateral del tumor hasta plano submucoso y resección completa, sin penetrar hacia lumen duodenal. Puntos separados con sutura reabsorbible en serosa duodenal y hemostasia.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CANCER GASTRICO EN LA FUNDACIÓN ARTURO LOPEZ PEREZ (FALP): ANÁLISIS PROSPECTIVO DE LOS RESULTADOS PERIOPERATORIOS Y SOBREVIDA ENTRE LOS AÑOS 2013-2017

Jorge Gajardo Jofre, Cristian Gallegos Caro, Pedro Sornoza Viteri, Angela Molero Tecedor, Roberto Charles Carrasco, SEBASTIAN HOEFLER STEFFEN, Jean Michel Butte Barrios, Nicolas Andrés Devaud Jaureguiberry.*

Fundacion Arturo Lopez Perez. Cirugia Digestiva Oncologica.

Introducción: El cáncer gástrico es la principal causa de mortalidad oncológica en nuestro país. A pesar de que los avances en el tratamiento multimodal han permitido mejorar la sobrevida, la extirpación oncológica continúa siendo el pilar fundamental de tratamiento.

Objetivos: Evaluar los resultados inmediatos y alejados de los pacientes operados en la FALP con el diagnóstico de adenocarcinoma gástrico.

Material y Método: Se analizaron los resultados perioperatorios (a 90 días), oncológicos y la sobrevida alejada a partir de una base de datos prospectiva, creada en agosto de 2013. Los datos analizados incluyen estadía hospitalaria, complicaciones post operatorias (Clavien-Dindo) y mortalidad post operatoria. Los resultados

oncológicos incluyeron recuento ganglionar, márgenes quirúrgicos y sobrevida alejada (TNM 8va edición). Los datos se analizaron utilizando STATA 14.

Resultados: Se operaron 255 pacientes, el 58% fueron hombres y la mediana de edad fue de 64 años (28-89). El 82% correspondieron a tumores no incipientes (cáncer gástrico avanzado). Se requirió una gastrectomía total con disección D2 en el 87% de los pacientes tratados. Interesantemente, en el 14% se practicó una resección multivisceral que incluyó una pancreatoduodenectomía, colectomías parciales, pancreatectomías distales y hepatectomías segmentarias. La biopsia intraoperatoria mostró margen negativo en todos los pacientes, pero uno de ellos [1/255 (0.4%)] tuvo margen definitivo R1. La mediana de ganglios resecados fue 47 (18-103). La mediana de estadía hospitalaria fue de 8 días [6-78]. La morbilidad general post operatoria fue de 24% y sólo en el 10% de los casos presentaron una complicación Clavien ?3. La mortalidad post operatoria fue de 1.1% (3/255). El 67% de los pacientes se encontraban vivos al momento del estudio, con una mediana de seguimiento de 28 meses (0-48).

Conclusión: Los resultados perioperatorios y oncológicos de los pacientes operados por cáncer gástrico en FALP a partir de Agosto 2013 son comparables a centros oncológicos de alto volumen, y se asocian a una menor mortalidad postoperatoria que la reportada en la literatura.

ESOFAGECTOMIA MINI INVASIVA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL CANCER ESOFAGICO

Marcelo Alejandro Zamorano Díaz , Sikiu Bustamante Acosta, Lorenzo Ramirez D, Raúl Valenzuela ., Nelson Aros Mendoza.*

Hospital de Antofagasta, Universidad de Antofagastacirugía.

Introducción: La esofagectomía mini invasiva se realiza cada vez con mayor frecuencia, esto dado sus resultados oncológicos comparables con las técnicas clásicas, y los beneficios propios de este abordaje. Sin embargo es una técnica demandante, con una relación directa de los resultados con el volumen quirúrgico. El cuestionamiento es si puede realizar en el centro de referencia de la macro zona norte

Objetivos: Describir y analizar los resultados de la Esofagectomía Mini Invasiva en pacientes con Cáncer de esófago en la ciudad de Antofagasta

Material y Método: Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo. Incluyendo a todos los pacientes mayores de 15 años discutidos en el Comité oncológico de Antofagasta. Desde el 1 de marzo del 2016 al 1 de julio del 2017. Se registraron datos demográficos, técnica quirúrgica y complicaciones (Clavien Dindo). Se utilizó estadística descriptiva mediante el software Stata v.11.

Resultados: Se realizó esofagectomía mini invasiva en 8 pacientes. 6 pacientes del sexo masculino. Promedio de edad fue de 66,6 años. En todos los pacientes se realizó primer tiempo videotorascópico, con disección esofágica y linfadenectomía. Segundo tiempo laparoscópico, donde se realizó tubulización gástrica y linfadenectomía. Tercer tiempo cervicotomía izquierda para extracción de la pieza quirúrgica y anastomosis cervical. En el 75% se realizó Neoadyuvancia. El 50% correspondió a Carcinoma Escamoso. El 100% fue R0. Promedio de linfonodos resecados fue de 12. La morbilidad fue de 37,5% principalmente Clavien Dindo II y IIIa. No hubo mortalidad en la serie.

Conclusión: Es factible realizar Esofagectomía mini invasiva por Cáncer de Esófago en Antofagasta. Se presenta una morbimortalidad acorde a series nacionales e internacionales. Sin embargo se requiere de un mayor número de pacientes y seguimiento a largo plazo para realizar mayores conclusiones.

VALOR PRONÓSTICO DE LA INVASIÓN LINFÁTICA, VASCULAR Y PERINEURAL EN CÁNCER GÁSTRICO.

Carlos Alfredo García Carrasco , Patricia Rebolledo Caro, Carlos Esperguel Galaz, Carlos Benavides Castillo, Alejandro Cancino viveros, Tiffany Rojas Ortega, Javiera Toledo Gomez, Daniela Arauco Rodríguez.*

Hospital Clínico San Borja-Arriarán, Clinica Las CondesCirugía.

Introducción: Tradicionalmente se considera la clasificación TNM como el mejor indicador pronóstico en cáncer gástrico (CG). Sin embargo, existen otras variables o características tumorales que podrían tener valor en la evolución oncológica de distintos tumores. Una de estas variables es el compromiso microscópico vascular, linfático y perineural (ILVN), especialmente en tumores de buen pronóstico (pT 1-2, pN0)

Objetivos: El objetivo de este trabajo es analizar el valor pronóstico, en cuanto a sobrevida, de la invasión vascular, linfática y perineural en pacientes con diagnóstico histológico de cáncer gástrico.

Material y Método: Se analizaron 278 pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico, operados con intención curativa entre septiembre de 2010 a diciembre de 2016, de acuerdo a la presencia de compromiso linfo-vascular y perineural en el informe final anatomopatológico. Se excluyeron del estudio pacientes con cirugía no curativa o cuyo informe no entregaba datos de ILVN. Se realizó análisis estadístico comparando variables categóricas con test de X². La sobrevida fue estimada con el método de Kaplan-Meier y la comparación de curvas con Log-rank Test. Para efectos estadísticos se definió el tiempo de sobrevida desde la fecha de la cirugía curativa. Para todos los cálculos estadísticos se utilizó programa Stata 15.

Resultados: El compromiso conjunto microscópico, tanto vascular, linfático y perineural, estuvo presente en 177 pacientes (63,7%). La invasión vascular en 119 (42,9%), linfática en 155 (55,7%) y perineural en 115 (41,3%). No hubo diferencias en la distribución de ILVN por género, pero si en cuanto a edad, estadio TNM, pT, pN y tipo histológico. La presencia de ILVN fue más frecuente en pacientes de mayor edad, estadios TNM más avanzados, pT mayor y con compromiso linfonodal. La histología pobremente diferenciada y células en anillo de sello tuvieron una mayor proporción de compromiso ILNV. La sobrevida global a 5 años fue de 45,3%. Para pacientes con ILVN+ fue de 29,7% y para ILVN- de 72,5% (p=0.0005).

Conclusión: Estos hallazgos sugieren que el compromiso ILVN debe ser considerado en la toma de decisiones en el manejo del cáncer gástrico, tanto en el preoperatorio (neoadyuvancia), como en el postoperatorio (adyuvancia).

Recurrencia en reparación laparoscópica de Hernias Hiatales

Sebastián Ignacio Cruz Martí , Juan Pablo Lasnibat Roldan, Italo Francisco Braghetto Miranda, Maher Musleh Katan, Enrique Lanzarini Sobrevia, Owen Korn Bruzzone.*

Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Departamento de Cirugía.

Introducción: La recurrencia tras la reparación laparoscópica de hernia hiatal es un factor importante, pudiendo presentarse hasta en un 66% de los pacientes. La mayoría de estos son asintomáticos, hernias tipo I y menores de 2 cm, solo pudiendo ser pesquizados por controles imagenológico o endoscópicos.

Objetivos: El objetivo del trabajo es identificar las características clínicas, imagenológicas y endoscópicas para definir cuando se debe considerar una verdadera recurrencia.

Material y Método: Análisis retrospectivo de base de datos prospectiva. Se analizaron 126 pacientes con diagnóstico de hernias hiatales mayores a 10 cm independiente del tipo, sometidos a hernioplastia hiatal. El tamaño de las hernias se determinó midiendo diámetros axiales y transversos en las imágenes radiológicas de tragos de bario. Medición endoscópica entre unión gastroesofágica y constricción hiatal. Pacientes fueron sometidos a hernioplastia laparoscópica según técnica descrita. Seguimiento clínico, imagenológico y endoscópico a los 6 meses, 12 meses 36 meses post operado.

Resultados: De los 126 pacientes analizados 89 (70,6%) de sexo femenino con un promedio de edad de 69,5 años (entre 34-84 años). En cuanto a tipo de hernias, 50 Tipo I, 9 tipo II, 48 Tipo III y 19 Tipo IV. Del total, 89 (74,2%) median entre 10-14 cm y 37 (25,8%) >15 cm. Se observaron 52 recurrencias imagenológicas o endoscópicas (41,2%), 19 (36,5%) tenían recurrencias menores a 2cm, 28 (53,8%) recurrencia entre 3 y 5 cm y 5 (9%) > a 5 cm. Del total 27 (51,9%) de estas eran sintomáticas, en < 2 cm no había síntomas, entre 3-5cm 75% sintomáticos y en >5 cm 100% sintomáticos. La recurrencias según cada tipo de hernia hiatal fueron variables, tanto en número como en sintomatología. Para hernia tipo I, la recurrencia fue de 36% (18 pacientes), 50% sintomáticas (9 paciente), tipo II 33% (3 paciente) ninguna sintomática, tipo III 39,5% (19 pacientes) 52,6% sintomáticas (10 pacientes) y tipo IV 63,1% (12 pacientes), 66,6% (8 pacientes) sintomáticas. Según el tamaño preoperatorio, hernia entre 10 y 14 cm recurrieron en un 13,4% y en mayores de 15 cm fue de 81%. La reoperación fue necesaria en 5 (9,6%) pacientes.

Conclusión: La recurrencia en hernia hiatal es un problema común. La presentación y frecuencia de la recurrencia dependerán del tipo y tamaño preoperatorio. Pacientes asintomáticos y con hernias de < 2 cm podrían no ser consideradas como una verdadera recurrencia.

Predictores de Morbilidad Postoperatoria Grave en Gastrectomía por Cáncer Gástrico.

José Luis Quezada González , Jaime Cerda Lorca, Marco Andrés Ceroni Villanelo, Cristián Martínez Belmar, Ricardo Mejía Martínez, Rodrigo Muñoz Claro,*

Paulina Gonzalez Canales, Alfonso Díaz Fernández, Enrique Norero Muñoz.

Hospital Dr. Sótero del Río. Cirugía Digestiva.

Introducción: La cirugía es el principal tratamiento del cáncer gástrico. La mortalidad postoperatoria en gastrectomía ha disminuido en nuestro centro. Si bien la mortalidad operatoria ha declinado, la morbilidad está presente en alrededor del 20-40%. La mayor parte de los estudios que evalúan morbilidad no ha incorporado la estratificación de las complicaciones y representan series históricas retrospectivas.

Objetivos: Determinar predictores de morbilidad postoperatoria grave en gastrectomía por cáncer gástrico.

Material y Método: Estudio retrospectivo, casos y control. Se incluyeron a los pacientes sometidos a una gastrectomía entre 2012 y 2016. Se clasificó la severidad de las complicaciones de acuerdo a la clasificación de Clavien-Dindo. Se consideró caso, pacientes con complicación grave con un puntaje de 3 o mayor y condición control aquellos con un puntaje de ≤ 2 o sin complicación. La determinación de factores predictores de morbilidad postoperatoria fue realizada mediante análisis uni y multivariado según un modelo de regresión logística, el cual incluyó las variables del paciente, de la cirugía y del tumor.

Resultados: Durante el período de estudio se realizaron 293 gastrectomías por cáncer gástrico (Hombres 68%, Edad 65 ± 11 , IMC 25 ± 4). Un 69% de los pacientes presentaba alguna comorbilidad y un 30% presentaba 3 o más comorbilidades. El 43% de los pacientes tiene una IMC mayor o igual a 25. El tumor se ubicaba en el tercio superior del estómago en 31% y comprometía la unión gastroesofágica en un 15%. Se realizaron 68% de gastrectomías totales, en un 80% por vía abierta y en un 24% se realizó resección multiorgánica. Treinta y cuatro pacientes presentaron complicaciones graves (11%). Siendo la fístula pancreática, fístula Esofago-Yeyunal y colección intraabdominal las complicaciones graves más frecuentes. Según el análisis multivariado se identificó el compromiso de la pared gástrica T3-T4 (OR = 4,3; IC95% 1,38 – 13,49) y el compromiso de la unión gastroesofágica (OR = 3,59; IC95% 1,13 – 11,47) como predictores de morbilidad grave.

Conclusión: La incidencia de morbilidad postoperatoria grave en gastrectomía por cáncer gástrico fue de 11%. Se identificó el compromiso de la pared gástrica y el compromiso de la unión gastroesofágica como predictores de morbilidad grave.

Variaciones anatómicas de la arteria gástrica izquierda y su importancia en la linfadenectomía del cáncer gástrico

Pablo Achurra Tirado , Nicolás Quezada Sanhueza, Enrique Norero Muñoz, Rodrigo Muñoz Claro, Ricardo Mejía Martínez, Vanessa Ahumada Farías , Fernando Crovari Eulufi.*

Clínica Universidad Católica.

Introducción: La Gastrectomía laparoscópica ha demostrado ser una alternativa segura en el tratamiento del cáncer gástrico. Sin embargo una de las mayores dificultades técnicas es una completa linfadenectomía que incluye la disección de la arteria gástrica izquierda. Sin embargo hasta un 11% de los pacientes tienen variaciones anatómicas que incluyen la preservación de ramas accesorias de la hepática izquierda.

Objetivos: El objetivo de este video es describir la linfadenectomía D2 por vía laparoscópica en distintos escenarios de variaciones anatómicas de la arteria gástrica izquierda.

Descripción y contenido del vídeo: Se mostrará un video en alta resolución describiendo la linfadenectomía D2 realizada en gastrectomías por cáncer gástrico en 3 escenarios de variaciones anatómicas. 1. Linfadenectomía en anatomía normal 2. Linfadenectomía en caso de arteria hepática izquierda reemplazada de la gástrica izquierda con la correcta disección y preservación arterial. 3. Linfadenectomía en un caso con agenesia de la arteria gástrica izquierda. En el video se destaca el uso de distintos dispositivos de energía para la disección segura de los linfonodos de los grupos 7, 8, 9, 11 y 12.

RESULTADO EN EL MANEJO DE QUELOIDES MEDIANTE LA COMBINACIÓN DE CIRUGÍA Y RADIOTERAPIA CON HAZ DE ELECTRONES

WILFREDO LUIS CALDERON ORTEGA*,

Hospital del Salvador.

Introducción: La descripción clásica de un queloide corresponde a una exuberante formación de cicatriz que se extiende más allá de los bordes de la herida original. Esta condición provoca deterioro en la calidad de vida de los pacientes por causar desfiguración cosmética, dolor y prurito. A pesar de que existe una amplia gama de opciones terapéuticas e incluso combinación de éstas, aún existen tasas de recurrencia

Objetivos: Reportar la tasa de recurrencia de pacientes tratados de queloides de diferentes áreas corporales, mediante la escisión completa quirúrgica asociado a radioterapia de electrones en el postoperatorio inmediato mediante un protocolo de radioterapia definido.

Material y Método: Estudio de tipo ambispectivo realizado en los centros de cirugía plástica del Hospital del Salvador y Clínica Santa María entre el 2010 y 2017 de pacientes intervenidos por queloides mediante cirugía seguido inmediatamente con tratamiento protocolizado de radioterapia de electrones en dosis bajas divididas en tres fracciones. Se excluyeron del estudio pacientes que no asistieron o lo hicieron de manera tardía al tratamiento con radioterapia o no se les realizó seguimiento por al menos 3 meses. Se evaluó datos demográficos, clínicos, antecedentes de procedimientos anteriores frustrados, número de queloides y promedio de recidiva total o parcial del queloide. Se utilizó como prueba estadística chi-square utilizando significancia estadística $p < 0.05$.

Resultados: Se agruparon un total de 14 pacientes intervenidos de los cuales se excluyeron 3 por no cumplir con los criterios de inclusión, con un total de 25 queloides intervenidos en distintas áreas corporales con un tiempo de seguimiento promedio de 819 días (+/- 756). Siendo las más frecuentes de mayor a menor en las zonas auricular, dorsal esternal y en hombro. 48% de los pacientes fue su primer tratamiento, mientras que el restante habría realizado entre 1 a 4 procedimientos (tratamiento compresivo, corticoide intralesional, tratamiento con láser, cirugía, entre otros) sin resultado. La totalidad de los pacientes se realizó el tratamiento quirúrgico y de radioterapia sin inconvenientes y bien

tolerado. El promedio de recidiva total fue de un 30% y parcial de un 14%, siendo la zona de mayor recurrencia la zona dorsal (83.3% correspondiendo la totalidad de las recidivas en un único paciente con múltiples queloides) y la menor auricular (11.1%). Sin diferencia significativa en relación a recidiva y procedimiento anterior realizado (chi-square ($p=1.92$))

Conclusión: El manejo de queloides resulta un desafío y la modalidad terapéutica aún sigue siendo controversial, siendo común la consulta luego de someterse a tratamientos sin respuesta. Se expone los resultados del manejo de queloides mediante tratamiento quirúrgico excisional seguido de radioterapia fraccionada dentro de las primeras 24 horas de la intervención, logrando resultado satisfactorio sin ningún t

RESULTADO EN EL MANEJO DE QUELOIDES MEDIANTE LA COMBINACIÓN DE CIRUGÍA Y RADIOTERAPIA CON HAZ DE ELECTRONES

WILFREDO LUIS CALDERON ORTEGA* , JUAN PABLO CAMACHO MARTINO, MIGUEL LUIS OBAID GARCIA, JORGE ZUÑIGA CANTO, DAVID BRAVO LOPEZ, KENNETH GULER GONZALEZ, DANIEL CALDERON MERINO, EUGENIO VINES VASQUEZ, MARIA TERESA RIVERA LOPEZ, RODRIGO SUBIABRE FERRER.

Hospital del Salvador. Cirugía Plástica.

Introducción: La presencia de queloides condiciona deterioro en la calidad de vida de los pacientes por causar desfiguración cosmética, dolor y prurito. A pesar de que existe una amplia gama de opciones terapéuticas, aún existen tasas de recurrencia elevadas. La extirpación quirúrgica del queloide asociado a radioterapia postoperatoria se considera el tratamiento más eficaz.

Objetivos: Reportar la tasa de recurrencia de pacientes tratados de queloides de diferentes áreas corporales, mediante la escisión completa quirúrgica asociado a radioterapia de electrones en el postoperatorio inmediato mediante un protocolo de radioterapia definido.

Material y Método: Estudio de tipo ambispectivo realizado en los centros de cirugía plástica del Hospital del Salvador y Clínica Santa María entre el 2010 y 2017 de pacientes intervenidos por queloides mediante cirugía seguido inmediatamente con tratamiento protocolizado de radioterapia de electrones en dosis bajas divididas en tres fracciones. Se excluyeron del estudio pacientes que

no asistieron o lo hicieron de manera tardía al tratamiento con radioterapia o no se les realizó seguimiento por al menos 3 meses. Se evaluó datos demográficos, clínicos, antecedentes de procedimientos anteriores frustrados, número de queloides y promedio de recidiva total o parcial del queloides. Se utilizó como prueba estadística chi-square utilizando significancia estadística $p < 0.05$.

Resultados: Se agruparon un total de 14 pacientes intervenidos de los cuales se excluyeron 3 por no cumplir con los criterios de inclusión, con un total de 25 queloides intervenidos en distintas áreas corporales con un tiempo de seguimiento promedio de 819 días (+/- 756). Siendo las más frecuentes de mayor a menor en las zonas auricular, dorsal esternal y en hombro. 48% de los pacientes fue su primer tratamiento, mientras que el restante habría realizado entre 1 a 4 procedimientos (tratamiento compresivo, corticoide intralesional, tratamiento con láser, cirugía, entre otros) sin resultado. La totalidad de los pacientes se realizó el tratamiento quirúrgico y de radioterapia sin inconvenientes y bien tolerado. El promedio de recidiva total fue de un 30% y parcial de un 14%, siendo la zona de mayor recurrencia la zona dorsal (83.3% correspondiendo la totalidad de las recidivas en un único paciente con múltiples queloides) y la menor auricular (11.1%). Sin diferencia significativa en relación a recidiva y procedimiento anterior realizado (chi-square ($p=1.92$)).

Conclusión: Se logra un resultado satisfactorio sin ningún tipo de recidiva en más del 65% de los pacientes mediante el tratamiento quirúrgico seguido de radioterapia, siendo la zona intervenida con mayor éxito la auricular. Resulta de utilidad en pacientes que han recibido tratamientos frustrados previos como los que consultan por primera vez. Es necesario un estudio con mayor número de pacientes.

Factores asociados a mortalidad en paciente ingresados al servicio de quemados del HUAP durante el año 2015

adriana alzate rodas , Diego Andres Quispe Valdes, manuel immanuel Calcagno Lüer, Carolina Andrea Soto Diez, Cristian Arriagada Irarrazabal, Paula Nahuelhual Cares.*

Hospital de Urgencia Asistencia Pública. Quemados.

Introducción: La mortalidad de los pacientes con quemaduras puede deberse a varios factores. Identificar estos factores es importante para el manejo

intrahospitalario de los pacientes con mayor riesgo de mortalidad.

Objetivos: Analizar factores asociados a la mortalidad de los pacientes ingresados a la unidad de quemados del HUAP durante enero a diciembre del año 2015.

Material y Método: Estudio de cohorte histórica. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 15 años ingresados a la unidad de quemados del hospital de Urgencia y Asistencia Pública entre enero y diciembre de 2015. Se comparan los grupos de sobrevivientes versus fallecidos. Se calculó el índice de mortalidad y se realizó una regresión logística para determinar los factores asociados a la mortalidad. Además se analizó la probabilidad de muerte al 50% de acuerdo a la superficie corporal quemada (SCQ) mediante regresión probit.

Resultados: Se incluyeron un total de 106 pacientes, de 15 a 90 años de edad y con una variación de la SCQ del 1 al 97%. El porcentaje total de mortalidad en estos pacientes fue de 17%. Los principales factores asociados a la mortalidad fueron la edad mayor a 65 años ($p=0,001$) y la SCQ ($p<0,001$). El 50% de probabilidad de muerte fue de al 64,5% de SCQ 26 pacientes (24.5%) con índice de gravedad <70 , 26 pacientes (24.5%) con índice de gravedad entre 71-100, 32 pacientes (30%) con índice de gravedad 101-150, y 21% (22 pacientes) con índice de gravedad sobre 151

Conclusión: Los principales factores asociados a la mortalidad en pacientes quemados en esta cohorte de pacientes ingresados al HUAP son la edad y el porcentaje de SCQ.

Factibilidad de entrenamiento microquirúrgico a distancia.

Ignacio Cifuentes Ortiz , Bruno Dagnino Urrutia, Ricardo Yáñez Martínez, Gonzalo Yáñez Caro, Julián Varas Cohen.*

Clínica Universidad Católica. Cirugía Plástica y Reconstructiva.

Introducción: Debido a la empinada curva de aprendizaje en microcirugía, existe una proliferación de cursos basados en la tutela presencial de un instructor. Esto presenta ciertas limitantes como la escasez de instructores y el número limitado de alumnos por instructor.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es describir un método de entrenamiento y adquisición de destrezas

microquirúrgicas basado en un curriculum en línea y evaluación dirigida por un instructor a distancia.

Material y Método: Se entrenaron seis alumnos de medicina mediante un curso en línea de dificultad progresiva de 10 sesiones. Los alumnos grabaron sus sesiones de entrenamiento, las cuales fueron evaluadas a distancia por un instructor. Las correcciones fueron entregadas mediante una plataforma en línea. Paralelamente, las sesiones fueron analizadas con escalas objetivas por un evaluador ciego al entrenamiento. Se compararon los puntajes entre la sesión inicial y final, ambos presentados como mediana y rango intercuartil.

Resultados: Fue factible implementar un sistema de evaluación a distancia. Hubo una diferencia estadísticamente significativa al comparar las destrezas basales y post entrenamiento mediante escalas objetivas. Escala global: 6 (6 - 7) vs 16 (14 - 20); módulo nudos 3 (3 - 3) vs 10,5 (9 - 12); módulo anastomosis: 3 (3 - 3) vs 10 (9 - 12). $p < 0,05$. Todos los alumnos incrementaron sus puntajes al final del entrenamiento.

Conclusión: Es posible incrementar la destreza microquirúrgica, sin la presencia física de un instructor, sobrellevando las limitaciones del modelo tradicional.

VARIACIONES EN EL NÚMERO DE METÁMEROS DEL MÚSCULO RECTO ABDOMINAL. UNA GUÍA PARA LA LIPOESCULTURA DE ALTA DEFINICIÓN

Carlos Dominguez Contreras , Stefan Danilla Enei, NICOLE CUNEO BARBOSA, Cristian Erazo Cortes, Sergio Sepulveda Pereira, Patricio Andrades Cvitanic, Juan Pablo Cisternas.*

Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Equipo de Cirugía Plástica, Departamento de Cirugía.

Introducción: El recto del abdomen es un músculo que consta, generalmente, de 3 inserciones tendinosas transversas. La realización de una lipoescultura de alta definición apunta a delinear la musculatura, sin embargo, una de sus dificultades es determinar mediante la anatomía de superficie el número de metámeros presentes.

Objetivos: Describir las variaciones en el número de metámeros del músculo recto del abdomen en la población chilena mediante el análisis de Tomografías Computadas de abdomen y pelvis; y determinar si existe un patrón para la marcación quirúrgica de los metámeros.

Material y Método: Estudio de corte transversal, basado en el análisis aleatorio de 200 topografías de abdomen y pelvis en el Hospital Clínico de la universidad de Chile entre enero y abril del 2017. Criterios de inclusión (mayores de 18 años y menores de 65 años, estudio tomográfico de abdomen y pelvis con corte coronal y de exclusión (patología de la pared abdominal, cirugía abdominal previa, estudio imagenológico inadecuado). Se describió el sexo, el número de inserciones tendinosas supra e infraumbilicales, ángulo costal corto, ángulo costal completo, diámetro xifo-umbilical y umbilico-púbico. Se utilizó estadística descriptiva y analítica para analizar los datos, mediante STATA® v13, considerándose estadísticamente significativo con $p < 0,05$ e intervalos de confianza de 95%.

Resultados: 100 (50%) pacientes fueron mujeres. La media de edad fue de $40,9 \pm 12,1$ años. 154 (77%) pacientes tenían 3 metámeros, 42(21%) tenía 2 y 4(2%) presentaban 4 metámeros. No se evidenciaron diferencias significativas entre ambos sexos ($p=0,393$). Ni en el análisis de la distancia xifo-umbilical y de la umbilico-púbica entre sexos ($p=0,185$ y $p=0,327$ respectivamente). El número de metámeros se encuentra en relación inversa al tamaño de los mismos. La angulación del reborde costal en relación al xifoides, es significativamente menor en mujeres ($69,4 \pm 15,2$ v/s $80,2 \pm 14,2$).

Conclusión: La anatomía más frecuente del recto en la población chilena corresponde a 3 metámeros supraumbilicales por cada recto abdominal. Entre menor sea la relación entre la distancia xifoumbilical/distancia xifopúbica menor cantidad de metámeros tiene el recto. No fue posible predecir en forma precisa el número de metámeros mediante otra medida antropométrica.

Reconstrucción de mano gravemente quemada con colgajos locales

adriana alzate rodas , Cristobal Gustavo Ravest Ibarra, Diego Andres Quispe Valdes, manuel immanuel Calcagno Lüer, Carolina Andrea Soto Diez, Cristian Arriagada Irarrazabal.*

Hospital de Urgencia Asistencia Pública. Quemados.

Introducción: La reconstrucción de manos quemadas son un desafío, en especial cuando el centro donde se manejan no cuentan con recursos como la microcirugía. El objetivo de la reparación de mano es devolver la funcionalidad y la estética de la zona afectada.

Objetivos: Se presenta un caso de mano quemada y atrisionada que se reconstruye con colgajos locales.

Material y Método: Paciente femenina, haitiana, de 28 años de edad que sufre quemadura profunda y atrisi6n de dedos largos de mano derecha por ambas caras, con máquina termolaminadora, ingresa a HUAP donde se realizan escarectomias tangenciales y se evidencia exposici6n osea y tendinea de dedos índice medio y anular, con dedo medio de dudosa viabilidad, se reconstruye inicialmente con injertos dermoepidérmicos que se pierden y decide reconstruir con doble colgajo cross finger tomado como colgajo anter6grado de dedo medio para cubrir zona volar de dedo anular e índice, colgajo fasciograso e injerto de piel total de para cobertura de dorso de dedo anular derecho. Amputaci6n trans F1 de dedo medio. Se autonomizan colgajos a las 3 semanas, el colgajo fasciograso requiri6 reinjerto.

Resultados: Paciente logra cobertura estable de articulaciones y tendones expuestos, recupera movilidad de mano derecha con movimientos de pinza fina y rangos articulares satisfactorios con seguimiento a 6 meses.

Conclusi6n: Conocer las alternativas de reconstrucci6n con colgajos locales permite manejar lesiones complejas de manos, aun en centros con disponibilidad restringida de recursos.

Perfil del paciente quemado por autoinmolaci6n ingresados en Unidad de Quemados HUAP

adriana alzate rodas , Denisse Teillery Baladron, Axel Pavez Reyes, Emilio Andr6s Gonzalez Silva, Cristian Arriagada Irarrazabal.*

Hospital de Urgencia Asistencia P6blica. quemados.

Introducci6n: La conducta suicida por autoinmolaci6n resulta un problema complejo, con causas tanto sociales como psicol6gicas. siendo este tipo de conductas escasamente documentadas en nuestro Pa6s.

Objetivos: Describir y analizar el perfil de los pacientes ingresados al servicio de gran quemado por intento de suicidio por autoinmolaci6n (Bonzo) en los a6os 2010-2015.

Material y M6todo: Estudio observacional de tipo cohorte hist6rica a trav6s de la revisi6n de registros cl6nicos por medio de base de datos del centro de referencia del Gran Quemado ubicado en el Hospital de Urgencia Asistencia P6blica Dr. Alejandro del R6o.

Resultados: Durante el periodo se ingresaron en total 887 pacientes a la unidad de quemados, el 5,2 % son

reportados como intento suicida, 55% de sexo masculino, la edad promedio 40 a6os (17-81), la mortalidad de este grupo es de 34% , el promedio de SCQ es 46% (11-97) El 64% de los casos tienen antecedentes psiquiátricos, siendo uno de los principales diagn6sticos referidos el de Depresi6n con un 31.9%. la coexistencia de dos o m6s patolog6as psiquiátricas en el 42.5% de los pacientes, un 43% ten6an intentos suicidas previos, 74% presentaban abuso de sustancias, realizando adem6s el intento de suicidio bajo los efectos de alguna sustancia en el 44.5% de los casos; un 80% son provenientes de zonas urbanas, y 39% provenientes de la regi6n Metropolitana. existe variabilidad estacional siendo enero el mes de mayor incidencia 14.8%.

Conclusi6n: Conocer el perfil del paciente quemado a lo bonzo es el primer paso para generar evidencia del manejo de esta entidades nuestro pa6s, en Chile este es el primer reporte al respecto.

TRATAMIENTO DE FÍSTULAS DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO POR DEFECTOS TEMPORALES CON COLGAJO LIBRE ANTERO LATERAL DE MUSLO: PRESENTACI6N DE CASOS Y REVISI6N DE LA LITERATURA

Alfonso Navia Torelli , Bruno Dagnino Urrutia, Catalina Castro Pinedo, Maria Carolina Salisbury Devicenzi, Ricardo Yáñez Mart6nez.*

Cl6nica Universidad Cat6lica. Secci6n de Cirug6a Plástica y Reconstructiva, Divisi6n de Ci.

Introducci6n: Los defectos de hueso temporal asociados a f6stulas de l6quido cefalorraqu6deo (LCR) representan casos de alta complejidad. Los buenos resultados, la amplia oferta y el perfeccionamiento de las t6cnicas microquir6rgicas, han establecido el uso de colgajos libres como el est6ndar en reconstrucci6n de cabeza y cuello. De ellos, el colgajo antero lateral de muslo (ALT) es uno de los m6s usados.

Objetivos: Describir dos casos cl6nicos de pacientes con defectos en la regi6n temporal asociados a una f6stula de LCR tratados con colgajo libre ALT; y realizaci6n de una revisi6n de la literatura.

Material y M6todo: Previa autorizaci6n mediante consentimiento informado y aprobaci6n de comit6s de 6tica, se revisaron registros cl6nicos, protocolos y epicrisis de dos pacientes que presentaban defectos

temporales con fístula de LCR y que fueron tratados con colgajo libre ALT operados en nuestro centro. Se realizó una revisión de la literatura en Pubmed, CENTRAL, LILACS, Tripdatabase y Google Scholar bajo los términos (MeSH): Free Tissue Flaps, Temporal Bone y Skull Base. Se excluyeron los que no reportaran experiencias de reconstrucción con colgajo libre ALT y aquellos que no incluyeran defectos de hueso temporal o asociación con fístulas de LCR. Se incluyeron aquellos que presentaban defectos asociados a hueso frontal u occipital. Se graficaron los datos obtenidos y se hizo un análisis cualitativo.

Resultados: Se presentan dos casos, pacientes femeninas, de 40 y 75 años de edad, con cirugías craneanas previas, con cobertura del defecto óseo con aloplásticos y reconstrucción de partes blandas con colgajos locales. Ingresan por presencia de fístulas de LCR a través de defectos en zona temporal. Se realiza aseo quirúrgico, y cobertura con un colgajo ALT microquirúrgico. No presentaron complicaciones postoperatorias y la evolución fue favorable. En la búsqueda se encontró que los mejores resultados eran obtenidos con colgajos microquirúrgicos, teniendo como dificultad el acceso a vasos receptores por la instrumentalización en cirugías previas.

Conclusión: El colgajo libre ALT es una alternativa para reconstrucción de defectos temporales asociados a fístula de LCR con excelentes resultados, principalmente por su versatilidad, tamaño, manipulación, capacidad de remodelación postoperatoria y mínima morbilidad de la zona dadora.

BULGING ABDOMINAL POSTOPERATORIO EN RECONSTRUCCION MAMARIA CON TRAM PEDICULADO SIN MALLA: EXPERIENCIA EN 10 AÑOS HOSPITAL DE CARABINEROS

*Bruno Villalobos Coz**,

Hospital de Carabineros Cirugía Plástica.

Introducción: La presencia de hernias y “bulging abdominal” (protuberancia en la pared abdominal sin existir anillo herniario) corresponde a una complicación poco frecuente luego de reconstrucción mamaria con colgajo TRAM pediculado con malla abdominal, describiéndose frecuentemente en la literatura entre un 1 al 5%. Sin embargo, es posible encontrar casuísticas con hasta un 48% cuando no se realiza con malla.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es evaluar la presencia de hernia y bulging abdominal luego de reconstrucción mamaria con TRAM pediculado sin malla abdominal, en un periodo de 10 años en Hospital de Carabineros.

Material y Método: Corresponde a un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo, donde se revisaron fichas 28 pacientes sometidas a reconstrucción mamaria con colgajo TRAM pediculado sin malla entre los años 2006 y 2016 en Hospital de Carabineros. Se evaluaron características de los pacientes como edad, comorbilidades y cirugías previas, tabaquismo, índice de masa corporal, presencia de complicaciones en zona dadora, como hernias o bulging abdominal postoperatorio y su respectivo manejo. Se revisaron los datos utilizando estadística descriptiva.

Resultados: De las 28 pacientes operadas con TRAM sin malla, solo 2 presentaron alteración en el contorno abdominal (7,1%), en las que se incluye 1 hernia y 1 bulging abdominal. Ambos casos fueron tratados con refuerzo con malla de polipropileno sobre el defecto, con buen resultado funcional y estético.

Conclusión: La percepción actual de indudable aparición de bulging abdominal al no usar malla abdominal en los colgajos TRAM no es necesariamente cierta. En nuestra experiencia, el no uso de la malla permite una evolución óptima en la recuperación de las pacientes, evitando todas las complicaciones inherentes al uso de elementos aloplásticos. Recomendamos esta técnica por ser segura y con buenos resultados.

Diferencias de estimacion de superficie corporal quemada entre centro de primera atencion y hospital de referencia

adriana alzate rodas , ekaterina troncoso olchevskaia, Marco Antonio Rios Vergara, Diego Andres Quispe Valdes, manuel imanuel Calcagno Lüer, Carolina Andrea Soto Diez, Paula Nahuelhual Cares, Cristian Arriagada Irarrazabal.*

Hospital de Urgencia Asistencia Pública. Quemados.

Introducción: La correcta estimación de la superficie corporal total quemada (SCTQ) conlleva una mejor atención dado que, de acuerdo al diagnóstico se realiza el tratamiento inicial, y se hace la primera aproximación al pronóstico, generando el algoritmo a seguir, siendo fundamental para la mejor evolución del paciente quemado

Objetivos: Describir la diferencia entre la estimación de SCTQ en un centro de referencia para pacientes gran quemados en contraste con hospitales sin unidades especializadas

Material y Método: Estudio de cohorte entre enero y diciembre de 2015 en el Hospital de Urgencia de la Asistencia Pública. Se registró la SCQ calculada en el primer pabellón posterior al ingreso a la unidad y la SCQ estimada desde el centro de derivación. Se realizó un análisis descriptivo de las características de la población en estudio y para estimar las diferencias entre los grupos se ocuparon las pruebas chi cuadrado y Kruskal Wallis, dependiendo de la naturaleza de las variables. Se consideró como estadísticamente significativo un $p > 0,05$ (IC 95%). El análisis se realizó con el software STATA versión 14.

Resultados: La cohorte fue compuesta por un total de 106 pacientes. 66% hombres, el agente más común es fuego 76%, el promedio de superficie de SCQ es de 24,3 vs la SCQ de derivación 28,8 %. El 84,9% de los pacientes incluidos en la cohorte tuvieron diferencias en el diagnóstico de SCQ la diferencias de estimación van de -28% a 25% de SCQ con respecto al centro de referencia. y el 48% tuvo una variación superior al 6%. La sobre estimación fue el error diagnóstico más frecuente 72,6%, No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para el número de cirugías, días de estadía en UPC y mortalidad comparar por variación de estimación de SCQ y por % de variación de SCQ en esta cohorte.

Conclusión: Se encontró una discordancia del diagnóstico en la mayoría de los pacientes, ocurriendo un sobrediagnóstico en la mayoría de los casos. Pensamos que es necesario reforzar los conocimientos en los hospitales que reciben a este tipo de pacientes de modo de optimizar la reanimación inicial y mejorar las oportunidades de atención en centros especializados de los pacientes que más lo necesitan.

Descripción de pacientes varones operados de cirugía de rejuvenecimiento cervico facial por un mismo cirujano durante el periodo 2005-2016.

Diego Andres Quispe Valdes , Karla Aravena Cabrera, Roberto Hoppmann Klestadt.*

Centro clinico PROPACAM

Introducción: En Chile como en el resto del mundo el número de hombres interesados en procedimientos estéticos ha aumentado en las últimas décadas. El lifting cervico facial en hombres tiene particularidades las cuales han sido escasamente estudiadas en nuestro país. Se presenta un estudio de corte transversal de pacientes varones operados de lifting cervico facial durante el periodo 2005- 2016.

Objetivos: Describir las características de los pacientes varones operados de cirugía de rejuvenecimiento cervico facial por uno de los autores (RHK) durante el periodo 2005-2016 y conocer la opinión de los pacientes sobre la cirugía vía encuesta telefónica.

Material y Método: Estudio retrospectivo de una serie de casos de 22 pacientes varones operados de lifting cervico facial por un mismo autor (RHK) y descripción de encuesta telefónica sobre qué opinan los pacientes con respecto a la cirugía. Se obtuvieron los datos: demográficos, antecedentes médicos y quirúrgicos, procedimientos complementarios a la cirugía, complicaciones intraoperatorias, complicaciones postoperatorias y procedimientos de retoque postoperatorio. Se realizó la siguiente encuesta telefónica: ¿qué es lo le interesaba corregir con la cirugía de rejuvenecimiento facial antes de operarse?, ¿cuáles fueron sus principales molestias en el postoperatorio precoz?, ¿existe alguna expectativa que no se cumplió con la cirugía? y ¿cómo ha influido la cirugía en su vida?

Resultados: La edad media fue 59,1 años (DE 9,3) con rango de 41 a 81 años. El 100% eran chilenos. Región de procedencia: 12 (55%) de la región metropolitana y 10 (45%) de otras regiones. Estado civil: 14 (64%) eran casados, 4 (18%) solteros, 2 (9%) separados y 1 (5%) viudo. Comorbilidades: 4 (18%) tenían antecedentes de HTA y 3 (14%) resistencia a la insulina. Antecedente de enfermedad psiquiátrica: 1 (5%) depresión en tratamiento. Procedimientos complementarios: 2 (9%) Botox frontal posterior a la cirugía. No hubo complicaciones intraoperatorias. Complicaciones postoperatorias: 1 hematoma retroauricular y dehiscencia de sutura unilateral. Retoques postoperatorios: 6 (27%) resección de cicatriz hipertrófica. Encuesta realizada: 9 (41%) no contestaron el llamado. De los 13 (59%) restantes que respondieron, se obtuvo las siguientes respuestas: ¿qué es lo le interesaba corregir con la cirugía de rejuvenecimiento facial antes de operarse? 4 (31%) mejorar ojos y papada, 3 (23%) mejorar papada y mejillas, 3 (23%) mejorar ojos y 3 (23%) mejor aspecto general de la cara. Con respecto a ¿cuáles fueron sus principales molestias en el postoperatorio precoz? 6 (46%) el edema y la equimosis, 2 (15%) el ausentismo laboral, 1 (8%) las curaciones. Con respecto a ¿existe

alguna expectativa que no se cumplió con la cirugía? 5 (39%) de los pacientes esperaban una mejor cicatriz. Con respecto a ¿como ha influido la cirugía en su vida? 10 (77%) de los pacientes refieren mejoría y 3 (23%) sin cambios.

Conclusión: De la serie de casos hubo una variada gama de pacientes, con escasas complicaciones postoperatorias, sin embargo, un porcentaje considerable (27%) de pacientes necesito de una resección de cicatriz hipertrófica posterior lo que se corresponde con una de las quejas en la encuesta realizada. Todos los pacientes consultados cumplieron las expectativas por la cual se sometieron a la cirugía.

DISEÑO DE UN MODELO DE SIMULACIÓN DE OTOPLASTÍA A BAJO COSTO

Alfonso Navia Torelli , Aldo López Ortega, Sebastián Canahuate Bravo-Iratchet, Susana Searle Ferrari, Bruno Dagnino Urrutia.*

Clínica Universidad Católica. Sección de Cirugía Plástica y Reconstructiva, División de Ci.

Introducción: Hasta un 5% de la población presenta orejas prominentes y se debe principalmente a ausencia del antihélix o hiperplasia de la concha. La otoplastía es la cirugía que corrige estas deformidades, existiendo diversas técnicas como Mustardé y Furnas. El entrenamiento simulado está ampliamente respaldado por la literatura, sin embargo existen pocas experiencias publicadas en modelos de otoplastía.

Objetivos: Desarrollar un modelo de simulación de otoplastía a bajo costo que permita entrenamiento en las técnicas de Mustardé y Furnas.

Material y Método: Se hizo una revisión de la literatura evidenciando las escasas experiencias publicadas de modelos de simulación de otoplastía, en particular aquellos de material sintético. Con la ayuda de diseñadores, se esculpieron en arcilla dos orejas- una izquierda y una derecha- ambas sin anti hélix y con hiperplasia conchal determinando un ángulo aurículo cefálico de 65° y 45° respectivamente. Se realizaron moldes de la figura y luego se probaron distintas concentraciones de siliconas flexibles especializadas para lograr simular piel y cartílago. Se eligió como base una hemi esfera de poliestireno que se recubrió con cuero sintético para simular una mastoides y su periostio. Una vez logrado el modelo, fueron intervenidos por un grupo de expertos y se les aplicó una encuesta tipo Likert.

Resultados: Se logró un modelo de otoplastía de dos capas, piel y cartílago. Existió amplia aprobación por el grupo de expertos al utilizar el modelo, destacando el realismo en cuanto a la disección de la piel del cartílago, así como la calidad del modelo de cartílago al realizar las técnicas de Mustardé y Furnas para corregir las deformidades. Además se cumplió el objetivo de ser de bajo costo y fácil reproducción.

Conclusión: Es factible realizar un modelo de otoplastía de bajo costo y que cumpla los objetivos de simular el procedimiento quirúrgico real. La validación de este modelo se encuentra en desarrollo para objetivar su realismo y la capacidad de adquisición de habilidades en personas no expertas.

ANATOMIA DEL ALA DE POLLO: ESTUDIO DESCRIPTIVO Y NOMENCLATURA ACTUALIZADA PARA EL ENTRENAMIENTO EN MICROCIROLOGÍA

Alfonso Navia Torelli , Ricardo Yáñez Martínez, Bruno Dagnino Urrutia.*

Clínica Universidad Católica. Sección de Cirugía Plástica y Reconstructiva, División de Ci.

Introducción: La microcirugía es una disciplina técnicamente demandante y el entrenamiento simulado es esencial para la adquisición de destrezas. Modelos animales ex vivo han demostrado utilidad en el entrenamiento, entre ellos el ala de pollo. Sin embargo, existe discordancia en su nomenclatura y descripción anatómica, tanto en textos de microcirugía como publicaciones de anatomía veterinaria.

Objetivos: Disección, medición y descripción de la anatomía neurovascular y muscular del ala de pollo y aclarar su nomenclatura en base a una revisión de la literatura y normas de anatomía aviar internacionales.

Material y Método: Se realizó una revisión de la literatura enfocada en la anatomía aviar en publicaciones de entrenamiento en microcirugía y en revistas y atlas de anatomía veterinaria, logrando identificar las normas de nomenclatura actualizada. Se compraron 15 alas de pollo (*Gallus Gallus*) en una tienda local. Se realizó repleción con resinas de poliéster teñida azul y rojo para caracterizar mejor el sistema venoso y arterial respectivamente a través de canulación con bránula 27G en la vena basílica y arteria braquial. Se disecaron las alas de pollo en repleción para identificar su anatomía y se registró en fotografías. Se disecaron 15 alas de pollo

midiendo diámetros de los principales vasos y nervios para el entrenamiento de microcirugía. Se calculó media, rango y desviación estándar.

Resultados: Se realizaron ilustraciones descriptivas de las fotografías mostrando la anatomía del ala de pollo con nomenclatura aviar actualizada. Dentro de los resultados medidos, el largo del brazo fue de 78,67 +/- 4,75mm (70-90mm) y del antebrazo 81,27 +/- 3,24mm (76-85mm), el diámetro del nervio medianoulnar 1,29 +/- 0,08mm (1,2-1,5mm), de la vena basilica 1,26 +/- 0,21mm (0,85-1,7mm), de la arteria braquial 1,28 +/- 0,13mm (1,1-1,5mm), de la arteria ulnar 1,09 +/- 0,13mm (0,8-1,3mm), de la arteria radial 1,08 +/- 0,12mm (0,75-1,2mm) y de la arteria ulnar superficial 0,97 +/- 0,27mm (0,8-1,1mm). La arteria braquial transcurre por la cara ventral del brazo entre el músculo bíceps y tríceps, dando una rama perforante bicipital previo a su bifurcación en la arteria radial y ulnar a los 21,67 +/- 5,61mm (20-45mm) desde la cabeza humeral.

Conclusión: Según nuestro conocimiento y la literatura revisada, este sería el primer estudio que realiza un análisis de la nomenclatura aviar junto a una descripción anatómica completa del ala de pollo, con detalle del trayecto, ubicación y dimensiones de las estructuras, lo que contribuye a optimizar este modelo para el entrenamiento en microcirugía.

Evaluación cefalométrica en pacientes sometidos a mentoplastia de avance

Carlos Domínguez Contreras, Rolando Schulz Rosales, Patricio Andrades Cvitanic, Stefan Danilla Enei, Juan Pablo Cisternas, Cristian Erazo Cortes, Sergio Sepulveda Pereira.*

Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Equipo de Cirugía Plástica, Departamento de Cirugía.

Introducción: La simetría y armonía de proporciones son pilares de la estética facial. La proyección y forma del mentón son características asociadas al atractivo facial. La mentoplastia de avance es un procedimiento que busca restablecer la armonía facial. La evaluación cefalométrica preoperatoria permite detectar pacientes con trastornos colosales y optimizar la planificación preoperatoria en mentoplastia

Objetivos: Presentar una serie de casos de pacientes sometidos a mentoplastia de avance basada en evaluación cefalométrica preoperatoria para determinar la conducta terapéutica.

Material y Método: Serie prospectiva de pacientes, evaluados para cirugía de avance de mentón, con estudio cefalométrico preoperatorio en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile durante los años 2011 a 2017. Se incluyó a todos los pacientes evaluados por mamoplastia de avance por el equipo de cirugía plástica y derivados a estudio preoperatorio ortodoncista(RS). Se excluyó a pacientes no operados, sin estudio cefalométrico y pacientes con indicación de cirugía ortognática. Se consideró variables demográficas, mediciones cefalométricas basadas en análisis de Steiner y simulaciones de avance. Se realizó análisis estadístico descriptivo y analítico para comparar diferencias entre grupos, utilizando STATA 13, considerando $p < 0,05$ significativo.

Resultados: Se incluyó 76 pacientes derivados para evaluación cefalométrica preoperatoria. Con edad de $30,8 \pm 8,4$ años [15 - 57], 67,1% sexo femenino. El análisis cefalométrico determinó que un 67,1% de los pacientes presentaron un patrón esquelético tipo II, 17,1% clase III y 15,8% clase I, de los cuales 22,4% fueron derivados a procedimientos correctivos funcionales y 77,6% fueron evaluados para mentoplastia de avance con fines estéticos. Los pacientes derivados a genioplastia presentaron un ángulo SNGoGn de $42 \pm 7,6^\circ$ y ANB 1, $\pm 5,8^\circ$ y una relación de Holldaway de $0,029 \pm 0,341$. Basado en la simulación cefalométrica se realizó avance de mentón de $6,7 \pm 1,3$ mm en eje horizontal y $-4,3 \pm 0,6$ mm en eje vertical. No observándose diferencias estadísticamente significativas al contrastarlo por sexo.

Conclusión: La cefalométrica preoperatoria permite evaluar en forma adecuada a pacientes que buscan procedimientos correctivos del mentón, determinando la estrategia terapéutica más adecuada para cada paciente. En nuestra experiencia se observó un biotipo dolicocefálico con un patrón esquelético tipo II, siendo el avance horizontal de mentón la estrategia más recomendada.

Presentación de un modelo de entrenamiento para cirugía linfática utilizando el componente subcutáneo de una pierna de cerdo.

Ignacio Cifuentes Ortiz , Bruno Dagnino Urrutia, Alvaro Cuadra Campos, Susana Searle Ferrari, María Carolina Salisbury Devicenzi.*

Clínica Universidad Católica. Cirugía Plástica y Reconstructiva.

Introducción: La cirugía linfática ha ganado popularidad como parte del tratamiento del linfedema, sin embargo es técnicamente demandante y existen escasos modelos de entrenamiento descritos en la literatura, siendo uno de ellos la pierna de cerdo.

Objetivos: El objetivo de este estudio es presentar una alternativa al modelo de pierna de cerdo ex-vivo como modelo de entrenamiento para realizar anastomosis linfáticas, utilizando únicamente el componente subcutáneo y ganglionar.

Material y Método: Estudio descriptivo. En 4 cerdos previamente eutanasiados, reciclados de otras líneas de investigación se inyectó una ampolla de azul de metileno en el dorso y cara medial del pie. Posteriormente se realizó una incisión arqueada en la región inguinal y se extrajo el tejido subcutáneo además de un ganglio regional. Se evaluó la presencia y diámetro de vasos linfáticos teñidos con azul de metileno y de las venas disponibles para realizar anastomosis linfático-venosas. Adicionalmente se realizó en cada modelo una anastomosis término-terminal mediante el uso de instrumental de supermicrocirugía, nylon 11-0 y un stent intravasculoso.

Resultados: En total, se obtuvieron 8 muestras y se realizaron 4 anastomosis linfático-venosas término-terminales. En todas las muestras obtenidas se pudo identificar vasos linfáticos mediante la tinción con azul de metileno. Adicionalmente se identificó el ganglio como zona donante de venas para la anastomosis debido a sus múltiples ramificaciones. La mediana del diámetro de los vasos linfáticos fue de 0,65mm (p25: 0,5 - p75: 0,7) en la región cercana al ganglio y 0,47mm (p25: 0,4 - p75: 0,6) en la región distal. La mediana del tiempo de anastomosis linfático venosa término-terminal fue de 36,5 minutos y el diámetro del linfático utilizado 0,57 mm.

Conclusión: Es posible entrenar anastomosis linfático-venosas mediante la utilización del tejido subcutáneo de la pierna del cerdo previa tinción con azul de metileno. Este modelo puede ser utilizado como un paso previo a los modelos vivos, los cuales a nuestro juicio son necesarios debido a la falta de flujo de los modelos cadavéricos.

Características clínicas y de derivación al momento del ingreso de los pacientes fallecidos en servicio de quemados HUAP durante el periodo 2010-2016.

Diego Andres Quispe Valdes , Adriana Alzate Rodas, manuel immanuel Calcagno Luer, Carolina Andrea Soto Diez, Cristian Arriagada Irarrazabal.*

Hospital de Urgencia Asistencia Pública. Quemados.

Introducción: El servicio de quemados HUAP es un centro de referencia nacional por lo que recibe pacientes de todo el territorio nacional, los pacientes no siempre son derivados a tiempo y en muchas ocasiones presentan características clínicas al diagnóstico que le otorgan un mal pronóstico. Se presenta un trabajo de corte transversal de los pacientes fallecidos durante el periodo 2010-2016.

Objetivos: Describir las características de ingreso y las características de la derivación de los pacientes fallecidos del servicio de quemados HUAP 2010-2016.

Material y Método: Serie de casos retrospectiva de pacientes fallecidos atendidos en el servicio de quemados HUAP durante el periodo 2010-2016. Criterios de inclusión: pacientes fallecidos del servicio de quemados HUAP. Criterios de exclusión: pacientes que no tenían diagnóstico de ingreso de quemadura. Se obtuvieron datos de región de derivación, edad, días de quemados al ingreso hospitalario, superficie corporal quemada (SCQ) de derivación, SCQ diagnosticada en Quemados HUAP, SCQ de 3° grado, agente de la quemadura, quemaduras por autólisis, compromiso de conciencia en el sitio del incidente, presencia de injuria inhalatoria e índice de gravedad de Garcés.

Resultados: Durante el periodo se revisaron los registros de 116 pacientes fallecidos. 65 (56%) fueron derivados de Hospitales de la región metropolitana y 51 (44%) de otras regiones. La edad media fue de 63,7 años (DE 19,3). La media de días de quemadura al ingreso 3,9 días (DE 3,9), La media de SCQ de derivación fue de 44,1% (DE 24,7). La SCQ diagnosticada en quemados HUAP fue 42,4% (DE 24,7). La media de SCQ de 3° grado 30% (DE 23,1). Los agentes de quemadura fueron: Fuego 111 (96%) pacientes, escaldadura 4 (4%) pacientes y eléctrica 1 (1%) Quemaduras por autólisis 19 (16%) pacientes. Compromiso de conciencia en el sitio del incidente 49 (42%) pacientes. Presencia de injuria inhalatoria 70 (60%) pacientes. La media del Índice de gravedad de Garcés fue de 175,3 (DE 62).

Conclusión: Un gran porcentaje de los pacientes fallecidos estudiados no correspondían a la región metropolitana y el tiempo de traslado fue mayor a lo que determina la garantía GES. No hubo una gran diferencia entre la SCQ de derivación y la diagnosticada. se observa un alto porcentaje de SCQ, SCQ de 3° grado,

injurias inhalatorias y compromiso de conciencia en el lugar del incidente.

Perfil de las publicaciones de los Cirujanos Plásticos Chilenos, revisión de los últimos 10 años.

Aldo Leonardo López Ortega , Susana Searle Ferrari, Alfonso Navia Torelli, Bruno Dagnino Urrutia, Gonzalo Yañez Caro.*

Clínica Universidad Católica. Sección de Cirugía Plástica, División de Cirugía.

Introducción: La investigación científica es una importante actividad académica, la cual se finaliza con una publicación científica. Las publicaciones constituyen una importante fuente de conocimiento y actualización además de otorgarle prestigio y reconocimiento, tanto nacional como internacional a los que las realizan.

Objetivos: Para evaluar el perfil de las publicaciones realizadas por cirujanos Plásticos Chilenos en los últimos 10 años, realizamos una revisión con el fin de cuantificar y clasificar los artículos publicados en revistas científicas nacionales e internacionales durante este periodo.

Material y Método: Se realizó una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Pubmed, Lilacs, Medline, Scielo y google scholar, buscando de Enero del 2006 a Junio del 2017, bajo los términos: cirugía plástica, Plastic surgery y/and Chile. Se incluyeron todos los trabajos encontrados, y se analizó cada uno en su versión completa, considerando: autores (pertenecientes o no a la sociedad Chilena de Cirugía Plástica; grupo de autoría (Universitario, Clínica privada, Hospital Público, Mutualidades, Hospital de FFAA e independientes); tema (reconstructivo o estético, adulto o pediátrico, cartas al editor y opiniones); diseño de estudio, año de publicación y revista. Los resultados se presentan mediante tablas y gráficos con el fin de establecer frecuencia y tendencia.

Resultados: Se encontraron e incluyeron 137 trabajos en total. EL 100% de los autores principales son miembros de la sociedad chilena de cirugía Plástica. 45% de los artículos pertenecen a centros universitarios seguidos en un 20% por mutualidades. Los temas de mayor frecuencia publicados se constituyen por un 60% de cirugía reconstructiva, 30% de cirugía estética y 10% de otros. La mayoría de los trabajos son realizados en adultos, con un 85%. En cuanto al tipo de estudio, 6 fueron de caso-control randomizados, 4 revisiones

sistemáticas y la mayoría fueron estudios de cohorte, con un total de 56. De los trabajos publicados, 53% fue en revistas nacionales, donde destaca la revista chilena de cirugía con un 36%. De las publicaciones internacionales, destaca la revista Plastic and Reconstructive Surgery con un 20%. En cuanto a la variabilidad de los temas publicados en el tiempo, se mantiene estable durante el periodo estudiado, con un leve aumento el año 2016 con un total de 20 publicaciones.

Conclusión: Todas las publicaciones en los últimos 10 años acerca de temas de cirugía plástica por autores chilenos fueron realizadas por miembros de la sociedad chilena de Cirugía Plástica. La mayoría fue realizada por centros universitarios, en cirugía reconstructiva en paciente adultos, como estudios de cohorte, publicados en revistas nacionales.

Adenocarcinoma de pared abdominal: a propósito de un caso.

Sebastián Alcides Uribe Araya, Felipe Celedon Porzio,
Dominique Soledad Godoy Dagach.*

Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile. Cirugía.

Introducción: Las metástasis a distancia pueden complicar la evolución de cualquier tumor maligno. Su patogénesis es generalmente la diseminación hematogena, aunque también puede ser iatrogénica en casos de punción o cirugía. Las metástasis en los tejidos blandos, subcutáneo y músculo, son una expresión tumoral más bien rara.

Objetivos: Presentación de caso clínico y revisión de la literatura a propósito de un caso de metástasis en pared abdominal.

Material y Método: Mujer de 71 años, hipertensa y dislipidémica en tratamiento que consulta por una masa abdominal en fosa ilíaca derecha insidiosamente progresiva, consistencia firme, no dolorosa pero con cierto disconfort a la palpación que nota desde unos 6 meses aproximadamente. Presenta antecedente de histerectomía total hace 30 años y refiere que le extirparon los anexos y los ovarios en la ocasión. Al examen se palpa masa elástica, sin signos inflamatorios, de 10 x 5,5 cm, con el borde lateral aproximadamente a 3 cm de la espina ilíaca anterosuperior y el borde inferior a nivel de ésta. El resto del examen físico sin anormalidades.

Resultados: Se sospecha hernia de Spiegel y se solicita ecografía de partes blandas, que muestra la masa pero no define su relación con la pared abdominal ni con la cavidad celómica, por lo que se solicita una tomografía axial computada que muestra un tumor de la pared y sin contacto con el peritoneo. Frente a estos hallazgos y rápida evolución, se plantea diagnóstico de sarcoma. Se realiza resección “en-block”, que incluyó piel, subcutáneo, fascia, segmento de músculo transversal sobre el cual descansaba el tumor, fascia transversalis y un segmento de peritoneo. Se reparó usando 2 mallas de polipropileno, inlay y onlay. Evolucionó sin complicaciones. La anatomía patológica mostró un adenocarcinoma túbulo-papilar mucosecretor moderadamente diferenciado de probable origen en ovario o mama.

Conclusión: Las metástasis en pared abdominal son infrecuentes. Una revisión de biopsias del año 2008 presentó la serie más grande existente con 118 casos en más de 30 años de observación. En 27% de los casos, es

la primera manifestación de enfermedad, 70% son tumores de estirpe epitelial (carcinomas) y en 13% no se puede encontrar el primario. El pronóstico es reservado y 70% fallece a los 19 meses o antes.

Hemorragia intraperitoneal espontánea por tumor GIST gástrico. Reporte de un caso.

Nicolás Ignacio Larrañaga Riquelme,*

Hospital el Carmen Cirugía.

Introducción: Presentamos un caso clínico sobre un tumor GIST gástrico manifestado primariamente con un hemoperitoneo asociado a shock hipovolémico, forma de inicio poco frecuente. En la literatura mundial hay pocos casos documentados, debido a que las formas de presentación comunes del tumor son saciedad precoz, diarrea, distensión, dolor abdominal difuso y hemorragia digestiva intraluminal.

Objetivos: Presentar un caso clínico sobre un tumor GIST, patología poco frecuente, con una presentación inicial rara, de la cual hay pocos casos publicados en la literatura internacional y menos aún los publicados dentro del ámbito nacional.

Material y Método: Se realiza un análisis retrospectivo con revisión de ficha clínica de una paciente de sexo femenino, hospitalizada en el Hospital el Carmen de Maipú desde el día 02 de agosto de 2017, hasta la presente fecha. Además, se realiza una revisión sistemática en pubmed usando términos “GIST tumors” e “Intraperitoneal haemorrhage” Criterios de inclusión y exclusión, variables del estudio y análisis estadístico no se realizaron por corresponder a presentación de un caso clínico.

Resultados: Se presenta caso de paciente sexo femenino iniciales G.R.S, de 82 años. Con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus 2, hipotiroidismo, fibrilación auricular sin terapia anticoagulante. La paciente presenta cuadro de dolor abdominal de 2 semanas de duración previo al ingreso, no asociado a otros síntomas. El día del ingreso sufre un episodio de síncope con caída a nivel y contusión costal. Es traída a Hospital el Carmen por SAMU. Ingresar al servicio de urgencia hipotensa, taquicárdica, saturación 97% con FiO2 ambiental, afebril. Al examen físico presentaba pálida, Glasgow 15, con dolor abdominal intenso difuso, blumberg positivo. Se solicita TC de abdomen y pelvis con contraste que informa lesión heterogénea gástrica exoentérica de 8,2 x 12,6cm, que como primera posibilidad corresponde un tumor gastrointestinal

(GIST), con signos de rotura, hematoma parcialmente contenido con leve extensión hacia el omento mayor y leve a moderado hemoperitoneo de distribución perihepática, periesplénica y en la excavación pelviana. Ingresa a pabellón el día 3/8/17 en donde se evidencia tumor gástrico ulcerado, dependiente de la curvatura mayor del estómago, de 15 x 10 cms, asociado a hemoperitoneo de 1 litro. Se realiza gastrectomía parcial con bordes libres de tumor. Se envía pieza operatoria a anatomía patológica.

Conclusión: Los tumores GIST son poco frecuentes dentro de toda la patología neoplásica del tracto gastrointestinal, sin embargo, son el tipo más frecuente dentro de los tumores mesenquimatosos. La ubicación gástrica es la más frecuente como en este caso, pero la hemorragia intraperitoneal como presentación primaria es poco frecuente y está poco documentada.

Íleo biliar asociado a estenosis sincrónica por tumor neuroendocrino de íleon.

Alejandro J. Zarate Castillo , Ramiro Caballero , Melissa Alvarez Majmut, Pamela Saavedra Cornejo, Hugo Morales Cabezas, MUNIR ALAMO ALAMO.*

Universidad Finis TerraeLínea de Cirugía.

Introducción: El íleo biliar es una patología que se presenta en general como una complicación de la fístula biliar, la impactación de la litiasis es por lo general en el íleon. La presencia de una estenosis por tumor de intestino delgado es relativamente infrecuente.

Objetivos: Presentar el caso de un paciente con un íleo biliar asociado a un tumor sincrónico de íleon.

Material y Método: Presentación de caso clínico

Resultados: Caso clínico: Paciente masculino, de 60 años con antecedentes de HTA. Presenta un cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal, distensión abdominal progresiva, náuseas y falta de eliminación de gases por ano de 2 días de evolución. Al examen físico de ingreso: Abdomen: distendido, blando, depresible, sensible en zona periumbilical. Tomografía computada mostró: lesión tumoral estenosante en íleon, asociado a imagen densa intraluminal (litiasis), con cambio de calibre y dilatación hacia proximal; además posible fístula bilioentérica. Cirugía: laparotomía exploradora, peritonitis secundaria a perforación de tumor de íleon distal e íleo biliar. Resección de íleon incluyendo tumor y litiasis, luego anastomosis latero-lateral mecánica, aseó y cierre de pared. Evolución postoperatoria satisfactoria.

Anatomía patológica: segmento de íleon de 31 cm. Tumor neuroendocrino (2 x 1,5 cm) bien diferenciado, grado histológico G1, KI67 menos de 2%, infiltrante hasta la superficie serosa. Linfonodos 1, no comprometido por tumor. Litiasis biliar de tipo mixto polifacetado.

Conclusión: Discusión: Este caso se presenta como un íleo biliar, en una zona de estenosis por tumor neuroendocrino, esta sincronía es una causa infrecuente de presentación de un íleo biliar.

Localización cutánea de linfoma plasmablastico como única manifestación.

Andrea Carolina Quinchavil Díaz , Arturo Zamora Fuentealba, Fabián Antonio Valdovinos Mendoza.*

Hospital de QuilpuéCirugía .

Introducción: El linfoma plasmablastico (LPB) es un subtipo de Linfoma no Hodgkin agresivo e inusual que afecta principalmente a pacientes VIH(+), en los que tiende a presentarse en la cavidad oral. Se han descrito cambios epidemiológicos, de manera que un gran porcentaje afecta a pacientes VIH (-) y en distintas localizaciones. Cabe destacar la asociación con virus Epstein-Barr y reordenamientos genéticos.

Objetivos: Descripción de un caso clínico atípico y revisión de la literatura.

Material y Método: Paciente de 51 años, sexo masculino, con diagnóstico de Epitelioma en párpado izquierdo en espera de resección quirúrgica, presenta en un período de dos meses aumento de volumen progresivo y de rápido crecimiento, en cara externa rodilla izquierda. Al examen físico se evidencia masa de 5x5 cm indolora, de consistencia gomosa, no adherida a planos profundos, con leves cambios de coloración violácea en piel. Se realiza excisión de tumor cuya biopsia y estudio inmunohistoquímico evidencian Linfoma Plasmablastico. Estudio para VIH y Virus Epstein Barr negativos. Es derivado para continuar tratamiento con quimioterapia.

Resultados: Desde la primera descripción en 1997, el LPB ha sufrido grandes cambios en su epidemiología. Son escasos los reportes de una manifestación única cutánea, sobre todo con estudio de VIH y Epstein Barr negativos. La evidencia disponible sobre su tratamiento es limitada y la quimioterapia convencional proporciona un control inadecuado de la enfermedad en la mayoría de los casos. Pacientes VIH positivos se asocian a mejores

resultados, probablemente por la reconstitución inmunológica que se obtiene con el TAR. Característicamente, el LPB presenta un curso clínico de mal pronóstico. En las series que incluyen mayor número de casos, la mediana de supervivencia es menor a un año.

Conclusión: La literatura disponible se basa fundamentalmente en la localización oral; siendo limitados los reportes en otras localizaciones. Debido al cambio epidemiológico de la patología, es importante la publicación de casos que presenten otro tipo de manifestación. Así, se podrá lograr un índice de sospecha y conocimiento adecuado para realizar un estudio precoz, que determine un tratamiento oportuno.

TRAUMA PENETRANTE CERVICAL DE MANEJO QUIRÚRGICO EN UN CENTRO DE ALTA INCIDENCIA. REPORTE DE 7 AÑOS .

Juan Carlos Aguayo Romero , Francisco Carriel Albarracin, Julian Hernandez Castillo, Karen Andrea Schönfeldt Guilisasti, Gustavo Vial Ovalle, Cosuelo Fernanda Santibañez Peralta, Victor Salazar Pierotic, Vittorio Italo Giraudo Benassi, Rodrigo Castro Soares.*

Hospital Padre Alberto Hurtado. SERVICIO DE CIRUGIA DE ADULTO.

Introducción: Las heridas penetrantes cervicales son frecuentes en los servicios de urgencia y su importancia radica en las estructuras vitales que contiene el cuello (vía aérea y vasculares). La mortalidad se ha establecido en 3-6%. El Hospital Padre Hurtado (HPH) recibe una elevada tasa de lesiones por arma blanca y de fuego dado la alta incidencia de violencia interpersonal y delictual.

Objetivos: Revisar, caracterizar y analizar los resultados quirúrgicos y de morbilidad de pacientes operados de urgencia por traumatismo cervical penetrante.

Material y Método: Serie de casos retrospectiva en que se incluyeron pacientes con herida penetrante cervical explorados quirúrgicamente entre Enero 2010 a Junio 2017, en el Servicio de Urgencia del HPH. Variables estudiadas fueron zona afectada, tipo de lesión, estructuras lesionadas, morbilidad y mortalidad. Se excluyeron los traumas contusos y aquellos catalogados como no penetrantes.

Resultados: Se ingresaron 26 pacientes con indicación quirúrgica, de ellos 21 fueron hombres (80.8%) y 5 mujeres (19.2%). El principal mecanismo fue por arma cortopunzantes en 18 (69.2%) pacientes y, 8 (30.8%) por

arma de fuego. La Zona I se afectó en 3 pacientes, zona II en 21 (77%) y la zona III en 2. Las principales lesiones fueron vasculares (11 venosas y 7 arteriales) y vía aérea en 6 casos (12,5%). De las cervicotomías exploradoras 16 fueron por cirujano general y 10 por becado, sin asociación entre primer cirujano y mortalidad ($p=0.3$). La media de tiempo quirúrgico fue de 105 minutos y hubo 1 caso de mortalidad (3.8%) cuya etiología fue lesión por arma de fuego en zona II.

Conclusión: Nuestro centro recibe una alta tasa de lesiones por arma de fuego tanto cervicales como en otros territorios. En ésta serie no hubo diferencia estadísticamente significativa en mortalidad entre aquellos operados por residente de cirugía o cirujano general . La tasa de mortalidad es baja según lo reportado en la literatura nacional e internacional.

Tuberculosis hepatobiliar aislada simulando una Colecistitis aguda en un paciente inmunosuprimido

mario navarro protzel , Cesar Navarro Armas, Jaime Emmer Reyes, Nicolas Martinez Fita.*

Hospital Regional de Copiapó. Cirugía General.

Introducción: INTRODUCCION La TBC es una patología muy frecuente en nuestro medio y su incidencia entre la población inmunodeficiente es todavía más elevada . La localización más frecuente es la pulmonar y entre las extrapulmonares se encuentran pleural, ganglionar y abdominal. En relación a la hepática, generalmente se presenta como parte de la TBC miliar, siendo muy poco frecuente la forma aislada (>3%).

Objetivos: Presentar un caso clínico ingresado en el Hospital Regional de Copiapo con Diagnostico clínico, bioquímico y de imágenes de Colecistitis aguda y probable Colangitis. Su condición se deterioro rápidamente y se llevo a Pabellón de urgencia realizándose Laparoscopia que evidencio múltiples lesiones hepáticas micronodulares. No se demostraron otras localizaciones de TBC extrahepaticas

Material y Método: CASO CLINICO Paciente masculino de 35 años que ingresa por la urgencia del Hospital Regional de Copiapo el 07/04/2017 por presentar dolor en hipocondrio derecho, coluria e hipertermia no cuantificada de 4 días de evolución. Al examen físico solo tinte icterico de escleras sin otros datos significativos. Los exámenes de laboratorio al ingreso : BT 2.61 mg; BD 2.52 mg; GGT 587 mU/ml; PCR 324; Leucocitos 13.900. Se realiza TAC abdominal

que informa : Hígado normal, Vesícula biliar algo distendida con contenido amorfo, adenopatías periporta hepáticas y celiacas de 2,5 cms. Exámenes de control muestran incremento en las cifras de bilirrubinemia (BT 3.20 BD 3.05; GGT 811 mU/ml) y una Ecografía abdominal que reporta Colecistitis aguda litiasica con leve dilatación de la vía biliar

Resultados: Se realiza Laparoscopia que evidencia Vesícula biliar levemente edematizada y múltiples imágenes blanquecinas, de aspecto micronodular, de diámetro variable sobre la superficie hepática. Se practica Colecistectomía indirecta sin complicaciones y biopsia hepática en cuna de un nódulo. La colangiografía transcística fue normal. El resultado de la Biopsia hepática: GRANULOMAS DE TIPO TUBERCULOIDEO CON CELULAS GIGANTES MULTINUCLEADAS Y FOCOS DE NECROSIS CASEOSA. Diagnostico final Tuberculosis hepática miliar. El paciente evoluciona favorablemente y se inicio el tratamiento anti TBC, de forma empírica hasta obtener el informe de la biopsia. No se demostró ningún otro foco de TBC extrahepático. ***ESTA ES UNA PRESENTACION DE UN CASO CLINICO AISLADO Y NO POSEE LA DISTRIBUCION DE UN TRABAJO CIENTIFICO. SU ESTRUCTURA ES : INTRODUCCION, CASO CLINICO, DISCUSION, BIBLIOGRAFIA. LAS IMAGENES DE ESTUDIOS PREOPERATORIOS, INTRAOPERATORIOS Y DE ANATOMIA PATOLOGICA ASI COMO LA REVISION BIBLIOGRAFICA SE INCLUIRAN EN EL POSTER EN CASO DE SER ACEPTADO

Conclusión: Presentamos un caso de TBC hepatobiliar, en su forma de enfermedad granulomatosa aislada, poco frecuente (<3%) , que fue explorada quirúrgicamente con el diagnostico de Colecistitis aguda y/o Colangitis. El diagnostico presuntivo fue erróneo y solo fue proporcionado por la biopsia de los nódulos hepáticos visibles en la laparoscopia. Debemos conocer las presentaciones de TBC para evitar errores.

GANGRENA DE FOURNIER EXPERIENCIA DE 81 PACIENTES EN UN CENTRO HOSPITALARIO

Karen Andrea Schonffeldt Guilisasti , Victor Salazar Pierotic, Francisco Carriel Albarracin, Juan carlos Aguayo Romero, Julian Hernandez Castillo, Cosuelo Fernanda Santibañez Peralta, Daniella Espinola Marin.*

Hospital Padre Alberto Hurtado, Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo Cirugía.

Introducción: La Gangrena de Fournier (GF) es la fascitis necrotizante de la región perineal, infección rápidamente progresiva y que se asocia a un importante compromiso sistémico. Dentro de los factores predisponentes se encuentran la Diabetes Mellitus y estados de inmunosupresión. El diagnóstico es clínico y debe ser de alta sospecha para un manejo oportuno dada su alta mortalidad con un rango de 20-40%.

Objetivos: Establecer y analizar las características clínicas de los pacientes operados por GF y sus resultados a corto plazo.

Material y Método: Cohorte retrospectiva con estadística descriptiva y analítica de los pacientes ingresados al S. Urgencia de nuestro hospital con diagnóstico de GF entre diciembre 2009 a abril 2017. Se obtuvieron datos demográficos, clínicos y de laboratorio y se revisaron protocolos operatorios y evolución postoperatoria. Se usó el score LRINEC (Laboratory Risk Indicator For Necrotizing Fasciitis) para medir la gravedad del cuadro al ingreso. Datos cualitativos expresados en número absoluto (n) y porcentaje (%), datos cuantitativos expresados en mediana y rango absoluto. Análisis univariado de factores de riesgo conocidos usando test de X² y Mann-Whitney con programa SPSS v. 22.

Resultados: En el período descrito, se identificaron 81 pacientes con diagnóstico de GF. La edad media fue de 54 (19-84) años. 53 (65,4%) pacientes de sexo masculino. 61,7% de los pacientes tenía Diabetes Mellitus, y 16% eran obesos. El origen de la GF fue colorrectal en 49,4%, cutáneo 31%, urológico 14,8% y ginecológico 5%. Se obtuvieron cultivos positivos en 60 (74%) de los casos, de los cuales 72% fueron monomicrobianos y 28% polimicrobianos. Los gérmenes aislados con mayor frecuencia fueron Escherichia coli y Enterococcus faecalis, en un 43% y 26%, respectivamente. Mediana de score de LRINEC fue de 7,3. En el análisis univariado, solamente el género masculino se asoció a mayor mortalidad (p=0.02); Diabetes Mellitus, LRINEC y edad no tuvieron significancia estadística (p=0.88, p=0.052, p=0.09, respectivamente). Los pacientes fueron sometidos a 3,2 (1-11) cirugías. Del total de pacientes, 17,3% requirieron ostomía. La estadía hospitalaria fue de 21 (1-79) días, 37% de los pacientes requirieron UCI y 34,6% uso de DVA. La mortalidad fue de 16%.

Conclusión: La GF es de alta incidencia en nuestro centro, con menor mortalidad a la reportada en la literatura. Al igual que lo reportado previamente, la mayoría de los pacientes son hombres y presentan

Diabetes Mellitus como comorbilidad. Solo el género masculino se asoció a mortalidad.

Seguimiento a 3 años de pacientes sometidos a bypass gástrico robótico

Julián Alejandro Hernández Castillo , Felipe Castillo Henríquez, Karen Andrea Schönffeldt Guilisasti, Francisco Carriel Albarracín, Juan carlos Aguayo Romero, Victor Salazar Pierotic, Iván Turu Kobayashi, Juan León Ramírez, Gonzalo Wiedmaier Teare, Cristián Cavalla Castillo.*

Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo Cirugía Bariátrica.

Introducción: La cirugía bariátrica es el tratamiento más efectivo contra la obesidad. El bypass gástrico, descrito hace 30 años, comenzó siendo abierto, luego laparoscópico y hoy en día ya se realiza de forma totalmente robótica. El objetivo de este estudio es reportar nuestros resultados de bypasses robóticos en población adulta.

Objetivos: Presentar el seguimiento a 3 años de pacientes sometidos a bypass gástrico robótico.

Material y Método: Serie de casos descriptiva de Clínica Alemana de Santiago desde noviembre de 2013 a agosto de 2014. Se incluyeron todos los bypasses robóticos de dicho período. Se recopilaron datos demográficos, antropométricos e intraoperatorios, así como porcentaje de pérdida de exceso de peso (%PEP), complicaciones postoperatorias y remisión de comorbilidades. Valores cualitativos en número absoluto (n) y porcentaje (%) y cuantitativos en mediana y rango absoluto.

Resultados: Se identificaron 10 pacientes. Edad 40 (28-59) años, 7 (70%) sexo femenino. IMC preoperatorio 42,3 (23,9-51,9) kg/m². Tiempo de instalación de puerto 8 (5-17) minutos, tiempo de consola 137 (105-165) minutos. No hubo complicaciones intraoperatorias. Complicaciones postoperatorias 1 (10%), consistente en hemorragia digestiva alta, de manejo médico (Clavien-Dindo I). %PEP a 1, 2 y 3 años de 80 (58-177), 100 (88-170) y 110 (65-162), respectivamente. Remisión de comorbilidades: 75% DM2, 100% HTA, 75% RI, 67% DLP, 50% SAHOS, 75% RGE. No hubo mortalidad en esta serie.

Conclusión: El bypass robótico es un tratamiento efectivo y seguro en pacientes seleccionados, con bajas complicaciones tanto intra- como postoperatorias y pérdidas de peso sustanciales.

Fascitis necrotizante como presentación de apendicitis aguda. Reporte de un caso

Francisco Carriel Albarracín , Eduardo Mordojovich zuñiga, Karen Andrea Schönffeldt Guilisasti, Victor Salazar Pierotic, Juan carlos Aguayo Romero, Julian Hernandez Castillo.*

Hospital Padre Alberto Hurtado.

Introducción: La fascitis necrotizante es una emergencia quirúrgica que conlleva alta morbimortalidad. Se ha reportado como complicación de una apendicitis aguda sólo en algunos case reports en la literatura internacional, siendo esto extremadamente infrecuente.

Objetivos: Presentar un caso clínico y revisar la literatura en relación a éste.

Material y Método: Recolección de datos demográficos, clínicos, de laboratorio e imagenológicos en base de datos de nuestro hospital.

Resultados: Hombre de 31 años, con antecedentes de diabetes mellitus 2 insulino-requiriente. Consulta por 6 días de dolor abdominal en flanco y fosa iliaca derecha, asociado a sensación febril. A su ingreso hemodinámicamente estable, subfebril, con abdomen doloroso en FID, irritación peritoneal y aumento de volumen lumbar derecho. Destacan parámetros inflamatorios elevados, y al TAC de abdomen y pelvis con signos de apendicitis aguda, múltiples abscesos intraabdominales y necrosis retroperitoneal. Se realizó apendicectomía abierta por laparotomía media, aseó y necrosectomía del retroperitoneo. Al octavo día presenta evolución tórpida por lo que se reexplora, encontrando una extensa fascitis necrotizante de la pared abdominal derecha y compromiso retroperitoneal, por lo que se realizó debridamiento acorde. Luego de 3 meses de hospitalización, con múltiples aseos quirúrgicos, uso de VAC y manejo antibiótico, se realizó cierre primario diferido de la pared abdominal tipo abdominoplastía.

Conclusión: La apendicitis aguda, si bien frecuente y de muy buen pronóstico, puede presentarse de forma devastadora como fascitis necrotizante, con alta morbimortalidad asociada y hospitalizaciones prolongadas. Mantener una sospecha clínica elevada para un manejo quirúrgico precoz y reanimación por metas es vital en la sobrevida de estos pacientes.

Apendicetomía laparoscópica, experiencia Hospital El Carmen de

Maipú desde incorporación de técnica quirúrgica.

Gino Stefano Bizjak Gomez* , Nicolás Ignacio Larrañaga Riquelme, Patricio Lamoza Kohan, Benjamin Naranjo Doerr, andres bardavid orellana.

Hospital El Carmen Cirugia.

Introducción: Apendicitis aguda es una patología quirúrgica frecuente en nuestro medio, su incidencia del 5-15% de la población, y es de la cirugías de urgencia más realizadas. Existen 2 tipos de cirugía; la “abierto” mediante laparotomía o la vía laparoscópica, esta última presentando múltiples ventajas de cirugía mínimamente invasiva. En Chile existen pocos datos publicados de apendicetomía laparoscópicas.

Objetivos: Evidenciar la experiencia local en Hospital El Carmen de Maipú, Chile, desde el inicio de la técnica laparoscópica en el centro. Apendicectomía Abierta (AA), laparoscópica (AL), convertida (AC). Comparar tiempo de hospitalización y tiempos quirúrgicos en las distintas técnicas. Evidenciar diferencias, si estas existen.

Material y Método: Se realiza un análisis retrospectivo consecutivo durante los años 2015-2016 de 888 fichas clínicas, de las cuales 107 AA, 755 AL, 26 AC. Todos operados en Hospital El Carmen de Maipú (HEC), Chile, desde enero 2015 a noviembre 2016. Para este estudio se analizan los tiempos quirúrgicos y los días de hospitalización de ambas técnicas, AA, AL y AC. (TABLA 1) Tiempo quirúrgico y tiempo hospitalización fueron valorados por prueba de Kruskal- Wallis por incumplimiento supuesto homogeneidad varianzas en ANOVA. En tiempo hospitalización las diferencias son significativas entre grupo 1 versus grupo 3 y grupo 2 versus grupo 3; b prueba de Pearson; prueba exacta de Fisher.

Resultados: Se puede evidenciar que existe diferencia estadísticamente significativa: 1.- Entre los tiempos quirúrgicos de AL v/s AA. ($p < 0.001$) 2.- Estadía hospitalaria entre el grupo AL-AC y también en los grupos AA-AC. ($p < 0.001$) Existe una tendencia en menor estadía hospitalaria para el grupo AL pero no es estadísticamente significativo.

Tiempo quirúrgico	Días hospitalización	Grupo 1
Laparoscopia	47.57+-12.21	2.65+-1.97
Grupo 2 Abierto		58.58+-13.73
3.55+-5.21	Grupo 3 Convertido	99.23+-34.89
9.85+-7.34		P
0.0001	0.0001	

Conclusión: Este trabajo presenta una gran casuística a nivel nacional, 888 pacientes y debe ser visto como un punto de partida para estudios posteriores que permitan evaluar porcentajes y motivos de conversión de cirugía en nuestra comunidad, proponer y promover altas hospitalarias dentro de las primeras 12hrs postop (en pacientes seleccionados), beneficios y riesgos de esta, entre otros.

Neumatosis gástrica: a proposito de un caso

Thomas Schaub Fernández*,

Hospital Regional de Concepción. Departamento cirugía digestiva.

Introducción: La neumatosis gástrica es una patología infrecuente. Se caracteriza por la presencia de aire en la pared abdominal y su demostración radiológica, presentándose clínicamente asintomática (enfisema gástrico) y de forma infecciosa y grave (gastritis enfisematosa). A continuación se presenta un caso clínico de neumatosis gástrica y revisión de la bibliografía.

Objetivos: Realizar una revisión bibliográfica en torno a la neumatosis gástrica y exponer los puntos más relevantes en relación a un caso clínico.

Material y Método: Revisión bibliográfica, presentación de caso clínico y material radiológico diagnóstico y análisis del caso y su probable causa etiológica.

Resultados: Hombre de 78 años, antecedentes de hipertensión arterial, resistencia a la insulina, EPOC e hipotiroidismo, presenta cuadro de 4 meses de evolución de dolor lumbar, estudiado con TAC que muestra solo lesiones lumbares degenerativas, en tratamiento con AINEs y kinesioterapia. Ingresó al servicio de urgencias por cuadro de 4 días de evolución de fiebre, compromiso del estado general y dolor lumbar invalidante, sin déficit neurológicos ni radiculopatía. Se hospitaliza para tratamiento antibiótico con cefalosporina de tercera generación, manejo del dolor y estudio, demostrándose posteriormente una espondilocistitis de L2. Debido a intenso dolor, se utilizan AINEs endovenosos, asociado a opiáceos y anestesia peridural. El paciente evoluciona con constipación secundaria a uso de opiáceos y decúbito prolongado, sin signos de fecaloma y pobre respuesta a tratamiento proquinético, por lo que se solicita TAC de abdomen y pelvis (Fig 2), donde se identifica neumatosis gástrica y ausencia de lesiones vasculares. Es evaluado por cirujano digestivo, al

examen importante distensión gástrica, sin signos de irritación peritoneal, se indica régimen 0, sonda nasogastrica descompresiva, IBP, domperidona EV y NPTC. Se decide además progresar de forma empírica en tratamiento antibiótico a carbapenémicos. Con estas medidas evoluciona favorablemente, reducción significativa de distensión gástrica, sin signos de irritación peritoneal y reducción de enfisema en pared gástrica (Fig 3).

Conclusión: El caso clínico presentado corresponde a un enfisema gástrico, se sospecha la aparición de una ulcera gástrica secundaria al uso de AINEs, sumado al cuadro de constipación secundaria a uso de opiáceos. El paciente tuvo un curso clínico benigno, respondiendo satisfactoriamente a las medidas de descompresión en conjunto con el reposo digestivo, observándose una disminución del enfisema.

Experiencia inicial con cirugía revisional bariátrica asistida por robot

camila onetto carvalho , james hamilton sanchez, omar orellana espinoza, pablo marin perez.*

Clínica Santa María, Universidad de los Andes Departamento de Cirugía.

Introducción: La cirugía bariátrica robótica es una técnica novedosa y en desarrollo en Chile. Los procedimientos bariátricos revisionales han aumentado durante los últimos años. No existen publicaciones en nuestro país relacionadas con experiencias en cirugía bariátrica revisional robótica.

Objetivos: El objetivo de este estudio es describir la experiencia inicial y los resultados a corto plazo con el uso de la cirugía robótica en procedimientos bariátricos revisionales.

Material y Método: Realizamos una revisión retrospectiva de todos los pacientes sometidos a cirugía bariátrica revisional asistida por robot, en Clínica Santa María, de Santiago de Chile. Analizamos las características demográficas, resultados quirúrgicos, morbilidad, mortalidad y tiempo de estadía hospitalaria.

Resultados: Entre Septiembre del año 2011 y Mayo del año 2017, se realizaron un total de 59 cirugías bariátricas revisionales asistidas por robot; 11 remodelamientos de gastrectomía en manga, 34 bypass gástrico en Y-Roux, 1 remodelamiento del pouch gástrico en un bypass gástrico en Y-Roux, 3 extracciones de banda gástrica ajustable, 1 de ellas con gastrectomía en manga simultánea, 5 instalaciones de banda gástrica ajustable en pacientes

con bypass gástrico en Y-Roux, 3 gastrectomías totales, 1 resección de fístula gastro-gástrica y una anastomosis gastroyeyunal. La edad promedio fue de 47,8 años. El Índice de Masa Corporal promedio preoperatorio fue de 33,86 kg/m². El tiempo quirúrgico promedio fue de 101,63 minutos. Se observaron complicaciones postoperatorias en 3 pacientes (5,08%). En 2 (3,39%) de ellos, se requirió una reoperación. No se observaron fallecidos. El tiempo promedio de estadía hospitalaria fue de 3,6 días.

Conclusión: La cirugía bariátrica revisional asistida por robot es una técnica novedosa, que impresiona ser segura y efectiva.

DERIVACIONES BILIODIGESTIVAS: EXPERIENCIA DE 123 CASOS EN UN HOSPITAL DE ALTO VOLUMEN EN PATOLOGÍA BILIAR

Juan Carlos Aguayo Romero , Cosuelo Fernanda Santibañez Peralta, Vittorio Italo Giraud Benassi, Francisco Carriel Albarracin, Julian Hernandez Castillo, Karen Andrea Schönfeldt Guilisasti, Victor Salazar Pierotic, Joaquín Jensen Montt.*

Hospital Padre Alberto Hurtado, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo Servicio de Cirugía de Adulto.

Introducción: La derivación biliodigestiva tiene como objetivo sortear una litiasis obstructiva, estenosis benigna o maligna de la vía biliar. En nuestro medio, es una cirugía de relativa alta frecuencia dado la elevada incidencia de patología biliar litiásica por lo que conocer los detalles técnicos, indicaciones y resultados quirúrgicos es fundamental.

Objetivos: Revisar y analizar las derivaciones biliodigestivas realizadas en el Hospital Padre Hurtado.

Material y Método: Serie de casos retrospectiva en que se incluyeron los pacientes sometidos a derivación biliodigestiva en el Hospital Padre Hurtado, en el período Marzo 2010-Abril 2017. Estadística descriptiva y analítica de los registros clínicos, indicaciones, técnica quirúrgica, y resultados de morbimortalidad. Se excluyeron pacientes de resolución endoscópica.

Resultados: Se realizaron un total de 123 derivaciones, 35 (28.5%) hombres con edad entre 18-90 años (media 62.7) y 88 (71.5%) mujeres con edad entre 17-91 años (media 60.7). Las principales indicaciones fueron Coledocolitiasis y panlitiasis (n=55, 44.7%) incluyendo 9 casos de colangitis, tumores periampulares (n=27,

21.9%), síndrome de Mirizzi (n=11, 8.9%), quiste coledociano (N=8, 6.5%), lesión de vía biliar (n=6, 4.9%) entre otras. Las técnicas utilizadas fueron coledocoduodenoanastomosis en 69 (56%) casos, grupo con 1 mortalidad (por colangitis), 3 se reoperaron (2 del grupo de pancreatitis y 1 de obstrucción extrínseca de vía biliar por cáncer vesícula). Se realizó hepatoyeyunoanastomosis en 37 (30.3%) pacientes, hubo 2 reoperaciones y de las complicaciones 3 estenosis, 1 fístula biliar, 1 fístula ascítica y 1 hematoma lecho operatorio. Se realizó Hepatoduodenoanastomosis en 11 (8.9%), con 2 reoperaciones por filtración biliar. Finalmente, Coledocoyeyunoanastomosis fueron 6 (4.8%), sin complicaciones ni reoperación. Se reoperaron 7 (5.7%) pacientes, no hubo asociación entre tipo de anastomosis y tasa de complicación y/o reoperación ($p>0.05$) y la mortalidad total de la serie fue de 4% (n=5).

Conclusión: La casuística presentada es compatible con otros reportes en la literatura en centros de alto volumen en patología biliar. La tasa de reoperaciones es menor a lo expuesto en la experiencia nacional e internacional y la mortalidad registrada es ligeramente mayor.

DERIVACIONES BILIODIGESTIVAS POR LESIONES IATROGÉNICAS DE VÍA BILIAR EN UN CENTRO DE ALTO VOLUMEN EN PATOLOGÍA BILIAR

Francisco Carriel Albarracín , Juan Carlos Aguayo Romero, Joaquín Jensen Montt, Victor Salazar Pierotic, Karen Andrea Schönfeldt Guilisastí, Julian Hernandez Castillo.*

Hospital Padre Alberto Hurtado.

Introducción: Las lesiones de vía biliar (LVB) en colecistectomías laparoscópicas fluctúan entre 0.1-0.5%. Las derivaciones biliodigestivas son el tratamiento de elección en caso de lesiones mayores. Debido a la alta prevalencia de patología biliar en Chile, es necesario conocer los datos locales en cuanto a resultados técnicos, quirúrgicos y de morbimortalidad de estos procedimientos.

Objetivos: Analizar las indicaciones y resultados quirúrgicos de las derivaciones biliodigestivas por lesiones de vía biliar en nuestro centro.

Material y Método: Serie de casos retrospectiva en que se incluyeron las lesiones de vía biliar resueltas con cirugía derivativa biliodigestiva en el período entre enero 2010 y junio 2017 en el Hospital Padre Hurtado. Se excluyeron las lesiones de vía biliar manejadas

endoscópicamente. Estadística descriptiva y analítica de los resultados.

Resultados: Se registraron 6 casos de LVB en el período mencionado, 4 mujeres y 2 hombres, con una media de 61 (31- 70) años. Todas post colecistectomía laparoscópica. 4 (66.7%) Strasberg E2, 1 (16.7%) Strasberg E1 y 1 (16.7%) Strasberg E3. Se realizó hepatoyeyunoanastomosis en Y de Roux en 5 (83.3%) casos y en 1 caso se realizó una hepatoduodenoanastomosis bilateral (caso de Strasberg E3). Existieron 2 casos (33.3%) de estenosis hepatoyeyunal, una de las cuales requirió reoperación (16.7%). No existió asociación entre tipo de Strasberg y complicación ni necesidad de reoperación ($p=0.16$). La mediana de hospitalización fue de 10 días y no existió mortalidad en la serie.

Conclusión: Nuestro centro registra una incidencia de 0.12% de LVB. Esta serie muestra resultados comparables con la literatura, con una baja tasa de reoperación y/o morbimortalidad.

hernia obturatriz atascada

daniel cifuentes munzenmayer , camila ramirez fuentealba, jose luis figueroa barreiro.*

Hospital San José. cirugía.

Introducción: La hernia obturatriz tiene una incidencia de 0,05-0,14% de todas las hernias de la pared abdominal. De todos los casos de obstrucción intestinal, la hernia obturatriz es responsable de un 0,2 - 1,6% y un 90% debutan como obstrucción intestinal. El diagnóstico y tratamiento a menudo se retrasa, siendo el diagnóstico preoperatorio posible hasta en un 30% de los casos. un 60% son del tipo Richter.

Objetivos: se presenta el caso de una paciente de 75 años que consulta por un síndrome de obstrucción intestinal cuya etiología corresponde a una hernia obturatriz atascada tipo Richter

Descripción y contenido del vídeo: se muestra un vídeo de 50 seg. en el cual se muestra el abordaje intra-abdominal de la hernia obturatriz atascada, con el componente de Richter, y comparación del abordaje crural (realizado previamente). la paciente primero fue intervenida pensando de una sospecha de hernia crural complicada (informe TC), en relación a una evolución torpida se solicita otro TC que se evalúa con cirujano que diagnostican la causa de obstrucción una hernia obturatriz

Cirugía laparoscópica Monopuerto en obstrucción intestinal: Experiencia inicial.

Ramón Ignacio Díaz Jara , Alvaro Bustos Binimelis, Francisco Jesús Rodríguez Vega.*

Clínica Elquí.

Introducción: La cirugía laparoscópica multipuerto ha mostrado buenos resultados y comparables a la vía abierta en casos de obstrucción intestinal por bridas y adherencias. La vía de acceso monopuerto está en etapas iniciales para resolución de estos cuadros y ha sido asociada con menor dolor post operatorio, recuperación más rápida, mejores resultados cosméticos, cuando se la compara con la vía multipuerto.

Objetivos: Mostrar la experiencia inicial en la resolución mediante acceso laparoscópico monopuerto de cuadros de obstrucción intestinal por bridas y/o adherencias en un centro de salud privado.

Material y Método: Se presenta una serie tres casos clínicos consecutivos de obstrucción intestinal resueltos durante el año 2016 y 2017. El equipo quirúrgico estuvo constituido por 2 cirujanos únicos de la unidad de cirugía. Técnica Quirúrgica: Se posiciona paciente decúbito supino, con ambas extremidades superiores e inferiores aducidas. A nivel peri umbilical se realiza incisión en OMEGA y disección por planos hasta alcanzar la aponeurosis. Se desinserta el ombligo y se escinde aponeurosis en forma vertical con una extensión de 2 cms. Se posiciona dispositivo GelPOINT y se insufla cavidad hasta trabajar con presión de 15 mmHg . Una vez terminado el procedimiento, se procede a suturar la aponeurosis con sutura trenzada reabsorbible en forma continua y piel con sutura reabsorbible intradérmica.

Resultados: Se presentan 3 pacientes que consultaron en la unidad de emergencia de nuestro centro. Las edades fueron 20, 35 y 41 años; dos de los pacientes eran de sexo masculino. Todos los pacientes fueron diagnosticados clínicamente con obstrucción intestinal y el diagnóstico confirmado con tomografía axial. En la totalidad de los pacientes el informe por radiología indicaba obstrucción por adherencias. La resolución fue mediante la vía de acceso laparoscópico monopuerto en todos los pacientes y no hubo conversiones a cirugía multipuerto o vía abierta. Se logró la revisión de la totalidad del intestino en los tres pacientes y la causa de la obstrucción fue una adherencia única en intestino delgado en todos los casos. El principal inconveniente durante la cirugía fue la dilatación de las asas delgadas

que fue 4-4-5 cms respectivamente. No hubo lesión advertida o inadvertida de vísceras. El tiempo operatorio fue 60, 75 y 110 minutos respectivamente. La evolución post operatoria fue sin complicaciones en dos pacientes y 1 paciente tuvo un íleo adinámico que tuvo buena respuesta al tratamiento médico. La duración de la hospitalización fue dos días en 2 pacientes y cinco días en el tercero. Seguimiento a largo plazo sin complicaciones.

Conclusión: Existe poca literatura respecto a la vía de acceso monopuerto en obstrucción intestinal . Creemos que es una vía de acceso útil en pacientes que tienen obstrucción intestinal por bridas, especialmente si ésta es única por lo que requiere una evaluación minuciosa de las imágenes pre operatorias. Sin embargo, el empleo de esta técnica requiere experiencia en cirugía mínimamente invasiva.

Prevalencia de cáncer de vesícula biliar incidental en pacientes con colecistectomía preventiva GES en el Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco entre los años 2014 y 2015

Cristóbal Azócar Bizama , Jorge Silva Abarca, Héctor Losada Morales, Diego Ardiles López, Joaquín Vargas Hernández.*

Hospital Hospital de Temuco. Servicio Cirugía Adulto.

Introducción: en Chile el cáncer de vesícula biliar representa la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres con una incidencia de 28/100.000. La IX región presenta la mortalidad más alta, con un 15,1/100.000. Debido a esto se implementó un programa de prevención y detección a través del GES mediante ecografía y colecistectomía precoz que permite pesquisar y tratar fases incipientes.

Objetivos: El objetivo principal de este trabajo es determinar la prevalencia del cáncer de vesícula biliar incidental en pacientes con colecistectomía preventiva realizadas a través del programa GES en el Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco entre los años 2014 y 2015. Los objetivos secundarios son determinar la prevalencia de estados pre cancerosos como displasias y adenomas.

Material y Método: Estudio de cohorte transversal. Se solicitó al GES la base de datos de los pacientes operados con colecistectomía preventiva en el SSAS entre el 2014 al 2015, manteniendo el anonimato de estos, a la cual se le adosó el resultado de biopsia con su

respectivo TNM (AJCC 2010). Mediante el uso de IBM SPSS Statistics se determinó la prevalencia de cáncer, sus subtipos histológicos y distribución según el TNM y la prevalencia de los estados pre cancerosos como displasias y adenomas.

Resultados: En el HCHA se operaron 601 pacientes entre el 2014 y 2015. El total de pacientes detectados con cáncer fue de 4. Lo cual representa una prevalencia de 0,67%. La edad promedio es de 47,5 años con un rango que va entre los 46 y 49 años. Tres de los pacientes eran de género femenino y uno de género masculino. Todos los casos se presentaron con estadio avanzado al momento de su diagnóstico. A su vez se detectaron 12 casos con displasia, lo cual representa una prevalencia de un 2%. De estos 8 eran de baja grado, 2 de alto grado y 2 no informan condición. Se detectó 2 caso con adenoma tubular (prevalencia de 0,3%) de los cuales uno de ellos tenía además displasia de bajo grado en su mucosa.

Conclusión: La prevalencia del cáncer de vesícula biliar incidental entre el año 2014 y 2015 en el HCHA fue de 0,67%. Todos los casos fueron avanzados lo cual nos permite preguntarnos si es pertinente disminuir la edad de incorporación al GES para colecistectomía preventiva. La detección de estados pre cancerosos fue aún mayor con un 2% lo cual muestra una adecuada prevención por parte del GES.

INVAGINACIÓN INTESTINAL COMO PRESENTACIÓN DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN EL ADULTO. REPORTE DE UN CASO

Karen Andrea Schonffeldt Guilisasti , Victor Salazar Pierotic, Cosuelo Fernanda Santibañez Peralta, Francisco Carriel Albarracin, Julian Hernandez Castillo, Juan carlos Aguayo Romero, Juan Francisco Allamand Turner, Sebastián Oyanedel Perez.*

Hospital Padre Alberto Hurtado, Clínica Alemana de Santiago Cirugía.

Introducción: La invaginación intestinal es infrecuente en el adulto y, en 80-90% de los casos, es secundaria a una lesión orgánica de la pared intestinal. El pseudotumor inflamatorio es un tumor benigno de submucosa gastrointestinal, poco frecuente, con prevalencia real desconocida, que puede causar invaginación intestinal y consecuentemente obstrucción intestinal.

Objetivos: Presentar un caso clínico de un pseudotumor inflamatorio como causa de obstrucción intestinal y hacer una revisión de la literatura.

Material y Método: Recolección de datos demográficos, clínicos, de laboratorio e imagenológicos en base de datos de nuestro hospital.

Resultados: Caso clínico: Paciente de sexo femenino, 72 años, sin antecedentes conocidos, consulta por dolor abdominal difuso asociado a distensión, anorexia, náuseas y vómitos. Al ingreso se constata taquicárdica, hipotensa, bien perfundida, con abdomen distendido, sensible en epigastrio, sin signos de irritación peritoneal ni masas. Al laboratorio con parámetros inflamatorios elevados y falla renal aguda. TAC abdomen y pelvis muestra signos de obstrucción intestinal secundario a invaginación ileoileal. Se realiza laparotomía exploradora, encontrándose una invaginación intestinal ileo-ileal a 35 cm de la válvula ileocecal, secundaria a tumor polipoideo en el lumen. Se realiza resección con criterios oncológicos y anastomosis término terminal. La biopsia diferida es compatible con pseudotumor inflamatorio, sin elementos histológicos malignos.

Conclusión: El pseudotumor inflamatorio es una entidad infrecuente, de etiología no precisada, presuntamente secundario a trauma local y alteraciones inmunes, entre otros. Su diagnóstico definitivo es histológico, y su tratamiento es quirúrgico, siendo la resección el tratamiento curativo, debiendo ser siempre con criterios oncológicos, ya que existe malignidad hasta en un 30% de los casos.

FASCEITIS NECROTIZANTE DE PARED TORACICA; REPORTE DE UN CASO

Josseline Peña Silva , Cristian Marin Heise, Bárbara Valle Leiva, Paulina Guzmán Sáez, Gabriel De La Fuente Tesser, Juan Osvaldo Marin Peralta.*

Hospital El Carmen de Maipu Unidad paciente crítico.

Introducción: La Fasciitis necrotizante es una enfermedad grave, afecta tejidos blandos, llegando hasta la necrosis, con severa toxicidad sistémica. Es de alta mortalidad y se presenta en pacientes portadores de múltiples enfermedades, y secundarios a cuadros quirúrgicos infecciosos operados. Afecta extremidades y abdomen. La localización torácica es infrecuente, motivo por el cual se reporta el caso.

Objetivos: Reportar caso clínico de fasciitis necrotizante de pared torácica complicada con Empiema.

Material y Método: Hombre de 48 años diabético mal controlado y obeso. Consulta por herida de codo izquierdo secundario a caída tratada inicialmente con antibióticos ambulatorio. Rápida progresión a lesión

ampular que abarca región axilar izquierda y compromiso de pared torácica, transformándose en necrosis extensa de partes blandas, asociado a empiema pleural. Es sometido a múltiples intervenciones incluyendo aseos quirúrgicos, toracotomías y desarticulación de la extremidad. Cultivos de tejido revelan: S. Pyogenes, S. Coagulasa negativo y Pseudomona aeruginosa MR. Se asocia a insuficiencia renal aguda, Shock séptico y falla respiratoria.

Resultados: Fallece a los 150 días de estadía, después de múltiples intervenciones tales como aseos quirúrgicos, injertos, toracotomías y desarticulación de la extremidad a raíz de shock séptico y falla orgánica múltiple.

Conclusión: Es una infección grave que compromete partes blandas llegando a la necrosis de los tejidos. El tratamiento eficaz se basa en el diagnóstico precoz, el desbridamiento quirúrgico agresivo y antibiótico terapia de amplio espectro. Creemos que la diseminación de la infección a la pared torácica incluyendo cavidades pleurales contribuyeron a la mortalidad en este paciente.

Manejo quirúrgico mínimamente invasivo del Hemangioma esplénico

*David Ignacio Campos Negrete**,

Hospital Regional de Talca.

Introducción: Hemangioma esplénico es la patología tumoral benigna más común del bazo, pudiendo generar síntomas digestivos y dolor agudo en hipocondrio izquierdo. La esplenectomía laparoscópica, en Chile desde los 90, es utilizada principalmente como procedimiento terapéutico en enfermedad hematológica. Se presenta el video de un caso en que este procedimiento se utiliza como manejo del tumor esplénico.

Objetivos: Dar a conocer el abordaje mínimamente invasivo del tumor esplénico, en nuestra institución.

Descripción y contenido del video: Procedimiento quirúrgico en el caso de una paciente de 25 años, sexo femenino. Historia de 3 meses de evolución con dolor epigástrico irradiado a hipocondrio izquierdo, asociado a diarrea y vómitos. Ecografía informó esplenomegalia, TAC abdominal confirma masa de 9,7 cm de diámetro, heterogénea de naturaleza indeterminada. Se realiza esplenectomía en abordaje laparoscópico, con hallazgo de bazo aproximadamente de 20cm en eje mayor. Anatomía patológica informa: Hemangioma esplénico de tipo cavernoso 10x10x10 cm, con áreas de infarto antiguo. Paciente evoluciona en buenas condiciones

dada de alta a los 4 días del procedimiento, con mínimo dolor. Conclusión: La esplenectomía laparoscópica es una opción de tratamiento en patología tumoral del bazo, mínimamente invasiva con buenos resultados

Manejo laparoscópico de pseudoquiste abdominal de liquido cefalorraquideo en paciente con derivación ventriculoperitoneal. Reporte de un caso.

*Marcelo Hernan Millán Alvarado** , *Pablo Sebastián González Bobadilla.*

Hospital Base de Osorno. Servicio de Cirugía.

Introducción: El pseudoquiste abdominal es una complicación rara de una derivación ventriculoperitoneal con reportes entre 1% a 4%. La fisiopatología es desconocida, hay factores predisponentes, incluyendo adherencias peritoneales, reacción inflamatoria e infecciones. El manejo es variable desde expectante a quirúrgico en sintomáticos, siendo el laparoscópico la alternativa con mayor evidencia.

Objetivos: Presentar el caso de un paciente con un pseudoquiste abdominal secundario a derivación ventriculoperitoneal que se resolvió por vía laparoscópica.

Material y Método: Masculino 24 años con hidrocefalia congénita, parálisis cerebral secundaria y DVP (instalacion 1994), consulta en urgencias por compromiso de estado general, distensión abdominal y vómitos. Al examen físico destaca postura de flexión al dolor y abdomen distendido. Exámenes leucocitos 11.3 y PCR 74.0. TC abdomen y pelvis evidencia formación quística abdominal de 8x18x29 cm, DVP con extremo distal dentro de formación quística. Se punciona dando salida a líquido citrino. Evoluciona estable y afebril, con persistencia de molestias. Se realiza laparoscopia exploradora para revisión y reubicación de catéter, destacando proceso adherencial en cavidad quística, logrando drenar contenido remanente y reposicionar catéter en fosa iliaca derecha. Evolución post-quirúrgica favorable.

Resultados:

Conclusión: El pseudoquiste abdominal secundario a derivación ventriculoperitoneal es una entidad rara e infrecuente, sin embargo debe sospecharse en todo paciente con hidrocefalia y DVP que acude a urgencias por sintomatología abdominal cuyo manejo

laparoscópico en pacientes sintomáticos es eficaz y seguro.

Escenario clínico y resultados peroperatorios de resección de tumores de intestino delgado

Enrique Biel Walker , Francisco Pacheco Bastidas, Hector Molina Zapata, Francisca Rivera Ortiz, Daniela Rojas Santana, Claudia Romero Nunez, Osvaldo Torres Rodriguez.*

Hospital Regional de Concepción, Universidad de Concepción. Facultad de Medicina. Cirugía Digestiva.

Introducción: Las neoplasias de intestino delgado (ID) son infrecuentes, no más del 2 por cien de las neoplasias gastrointestinales. La mayoría de los tumores sintomáticos son malignos y asociados a mal pronóstico. Su forma de presentación es variada, incluyendo obstrucción y sangrado entre las más frecuentes.

Objetivos: Describir las características clínicas de pacientes con tumor de ID y sus resultados quirúrgicos, en términos de morbilidad y mortalidad postoperatoria.

Material y Método: Serie de casos, que incluye pacientes intervenidos de resección de tumor de ID entre septiembre de 2011 y julio de 2017. Fueron excluidos pacientes con tumor duodenal sometidos a duodenopancreatectomía. Las variables resultado: morbilidad y mortalidad postoperatoria a los 30 días. Se aplicó estadística descriptiva, porcentaje para variables categóricas y, para variables continuas, media como medida de tendencia central y rango como medida de dispersión.

Resultados: De un universo de 27 pacientes, luego de aplicar criterios de exclusión, resulta una muestra de 25 pacientes con una media de edad de 62 años y 14 pacientes de sexo masculino. Los motivos de consulta más frecuentes fueron obstrucción y hemorragia, con 8 pacientes cada uno. 17 fueron tumores malignos primarios, 6 neuroendocrinos y 2 metastásicos, siendo el tumor maligno más frecuente el tumor del estroma gastrointestinal. Cinco casos fueron abordados vía laparoscópica. La media de estada hospitalaria fue de 7 y 14 días para los casos laparoscópicos y abiertos, respectivamente. La morbilidad global fue 24% para complicaciones Clavien 3 y más; 3 pacientes requirieron transfusión de hemoderivados y 4 requirieron manejo en unidad de paciente crítico. En 2 pacientes hubo fuga anastomótica y hubo 1 mortalidad postoperatoria.

Conclusión: La sospecha clínica de tumor de intestino delgado es fundamental para un estudio con exámenes dirigidos. El pilar del tratamiento es la cirugía y el abordaje laparoscópico es seguro y se asocia a una estada hospitalaria significativamente menor.

GIST gigante, tratamiento quirúrgico. Reporte de caso

Martín Alonso Alanís Alvarez ,*

Hospital Hospital de Temuco, Universidad de la Frontera Departamento de Cirugía, Traumatología y Anestesiología.

Introducción: Los tumores de estroma gastrointestinal (GIST) es un tumor raro (0.1%-3%) pero representa la mayor parte de los tumores mesenquimatosos del aparato gastrointestinal (80%), siendo el estómago su localización de preferencia (60%). Proviene de una proliferación excesiva de las células de Cajal. Cuando el tumor es mayor a 10 cm se habla de GIST gigante.

Objetivos: Presentar el caso de una paciente con diagnóstico de GIST gástrico. Que fue evaluado en comité oncológico del hospital de Temuco, se le indicó estudio genético para una eventual respuesta a doble dosis de imatinib. Al resultar este negativo se optó por tratamiento quirúrgico.

Material y Método: Se presenta el caso de un paciente de 58 años, con historia de 6 meses de evolución de dolor abdominal intenso y asociado alteración de conciencia. Se realiza endoscopia digestiva alta observando masa de 5x6 cm cuya biopsia diagnóstica tumor de GIST. La tomografía contrastada de abdomen y pelvis se observa masa gástrica de 25 x 25 x 18 cm. Se inicia tratamiento con Imatinib con mala respuesta, observando crecimiento de tumor a 30 x 27 x 19 cm por lo que se decide realizar gastrectomía total vía abierta, el estudio patológico confirmó GIST de riesgo moderado con mutación KIT y PDGFRA negativas.

Resultados: Los GIST gigantes son un tumor raro que actualmente su tratamiento consiste en la cirugía ayudado de Imatinib, la respuesta a este va relacionada a la mutación de KIT y PDGFRA que es raro que sean negativas (10%). Se describe la vía laparoscópica como abordaje ideal en este tipo de tumores, pero en la literatura solo se describen casos hasta 15 cm de diámetro mayor, por lo que la vía abierta fue la elección para este paciente.

Conclusión: Se describe un caso de una patología relativamente frecuente, con una presentación atípica.

Por lo mismo el tratamiento tuvo que ser dirigido por un equipo multidisciplinario. Todo esto con buen resultado en controles hasta 6 meses de operado. Sin complicaciones.

Evaluación de las competencias adquiridas por cirujanos recién egresados en el manejo del trauma grave.

*Pablo Achurra Tirado**, *Leonardo Carcamo Gruebler*, *Juan Pablo Ramos Perkis*, *Rolando Rebolledo Acevedo*, *Claudia Arenas Ponce*, *Leonardo Parada Matus*, *Tomas Contreras Rivas*, *Julián Varas Cohen*, *Jorge Martínez Castillo*.

Clínica Universidad Católica. Departamento de cirugía digestiva.

Introducción: El trauma es la cuarta causa de muerte en Chile y se asocia a lesiones graves. Estudios internacionales han demostrado una disminución en el número de procedimientos y las competencias en cirugía del trauma en los últimos años. Las competencias y seguridad para realizar estos procedimientos después de la formación del cirujano general no han sido evaluadas previamente en nuestro país.

Objetivos: Evaluar las competencias entregada por los programas de formación en cirugía general en Chile en trauma y urgencias.

Material y Método: Se realizó una encuesta en línea al momento de egresar a todos los cirujanos inscritos en la sociedad de residentes y egresados los años 2015, 2016 y 2017. La encuesta se realizó con respuestas tipo Likert y metodología validada. Las habilidades evaluadas fueron seleccionadas por un comité en base a literatura nacional e internacional de las competencias que debe tener un cirujano general y poniendo mayor énfasis en las habilidades falentes. Para evaluar las competencias se realizaron preguntas de número de procedimientos y autoevaluación de las capacidades para resolver los procedimientos junto a un ayudante pasivo. Se evaluaron lesiones traumáticas cervicales, torácicas, abdominales y vasculares periféricas.

Resultados: Se evaluaron 84 cirujanos recién egresados de 11 programas de formación de cirugía general (32 el 2015, 26 el 2016 y 26 el 2017). Con respecto al trauma cervical, el nivel de competencias para resolver lesiones esofágicas, traqueales y vasculares fue moderado-bajo donde el 50%, 42% y 25% de los cirujanos egresados se percibe incompetente respectivamente. En trauma torácico el nivel de competencias fue moderado para

lesiones que requieren tractotomías pulmonares o lesiones penetrantes de ventrículo izquierdo donde un 37% y 35% se percibe competente respectivamente pero fue muy bajo en lesiones de grandes vasos donde solo un 7% se percibe competente en reparación de lesiones subclavias o aórticas. En trauma abdominal el nivel de competencias fue moderado alto donde más del 60% de los egresados percibe competencias para realizar cirugía de Hartmann, hemicolectomía derecha y resecciones de intestino delgado. Y las principales falencias se observaron en realizar exclusión duodenal (28% competente), pancreatometomía distal (10% competente) y reparación de lesiones vasculares aórticas (10% competente) y de vena cava (20% competente). En concordancia con lo anterior, el 64% de los encuestados realizó más de 10 laparotomías de urgencia durante su residencia, el 32% realizó más de 5 toracotomías de urgencia. El 47% no realizó ninguna sutura cardíaca, el 48% ninguna sutura pulmonar, el 33% ningún puente vascular y el 82% ninguna sutura de aorta de urgencia durante su residencia.

Conclusión: Similar a los resultados internacionales, los programas de cirugía en nuestro país entregan competencias heterogéneas en el manejo quirúrgico del trauma con altos niveles de competencias en cirugía abdominal y bajos niveles en cirugía vascular y torácica de urgencia.

Abordaje laparoscópico por apendicitis apendicular en embarazo de 36 semanas de gestación.

*JORGE BRAVO LOPEZ**, *DAVID BRAVO LOPEZ*, *EDUARDO JOSE BRAVO LOPEZ*, *MAX BUCHHEISTER ROSAS*, *CLAUDIO NAVARRETE GARCIA*, *LUIS FELIPE SEPULVEDA JAQUI*.

Clínica Santa María. Departamento de Cirugía/Servicio de Urgencia.

Introducción: La apendicitis aguda en el embarazo es una patología de gran preocupación por la dificultad al diagnóstico, la premura que tiene para ser resuelta y la complicación en su abordaje quirúrgico terapéutico. El abordaje laparoscópico es controvertido en estadios avanzados del embarazo por la gran dificultad técnica y riesgos, sin embargo cuando es posible trae beneficios materno-fetales.

Objetivos: Mostrar la factibilidad, técnica y tips del manejo laparoscópico de una apendicitis apendicular en embarazo avanzado del tercer trimestre.

Descripción y contenido del vídeo: Paciente 31 años, con embarazo de 36 SG. Cuadro de una semana de evolución de dolor abdominal difuso, mayor en las últimas 24 horas, náusea, vómitos y fiebre. Al examen: Temp:38, abdomen útero gravídico, tenso, doloroso en FID, Blumberg +. Leucocitos 19000, PCR 34. Eco: Feto ok, apéndice cecal >10mm con aumento de la ecogenicidad del tejido adiposo periapendicular. Laparoscopia exploradora, con acceso por técnica abierta umbilical y trocates bajo visión, muestra útero que ocupa gran parte de la cavidad, líquido libre purulento, apéndice alargado y dilatado, mesoapéndice congestivo e inflamatorio. Disección de meso, sección de arteria entre clips, control de base con Hem-o-lok y aseo abundante. Paciente de alta con buena evolución. Parto eutócico dos semanas después.

Tumor Desmoide del mesenterio abscedado, presentación de un caso clínico y revisión de la literatura.

Josseline Peña Silva , Constanza Cornejo Montenegro, Valentina Garlaschi Bolte, Macarena Garcia Cornejo, monica belen martinez mardones, Daniel Valenzuela Nuñez.*

Hospital de Urgencia Asistencia Pública. Cirugía.

Introducción: El tumor Desmoide es una neoplasia mesenquimática compuesta de miofibroblastos, con incidencia de 0,03-1%, sin capacidad maligna, sin embargo, localmente infiltrativo y agresivo. Se relacionan hasta en un 38% a FAP y síndrome de Gardner. La forma esporádica es la presentación más rara, presentándose en un 2,4 a 4,6 caso por millón. Poco común es la presentación abscedada de un tumor Desmoide.

Objetivos: El objetivo principal es presentar un caso clínico de un tumor desmoide mesentérico abscedado, complicado con obstrucción intestinal y su diagnóstico diferencial. Como objetivo secundario, realizar una revisión de la literatura de esta patología y análisis anatómo patológico de este diagnóstico y sus diagnósticos diferenciales.

Material y Método: Mujer, 46 años, antecedentes de Ca cervicouterino tratado. Cuadro de 4 días de evolución de dolor intenso en hemiabdomen inferior, asociado a vómitos, constipación, ausencia de gases y 2 meses de evolución de pérdida de peso de 4 kg y sudoración nocturna. Examen físico compatible con obstrucción intestinal mas dolor en FII, sin signos de irritación peritoneal. TAC: masa mesentérica proliferativa, con cavitación central, signos inflamatorios

perilesionales y colección adyacente. Paciente ingresa a cirugía, evidenciando un plastrón de epiplón, con salida de pus al liberarlo y tumor de 10x10 cms saliendo del mesenterio, que retrae intestino delgado y produce un cambio de calibre. Se realiza resección de 50 cm de intestino y anastomosis. Dada de alta en buenas condiciones al 5to día.

Resultados: Biopsia: tumor fusocelular del borde mesentérico sugerente de corresponder a un Tumor Estromal Gastrointestinal, sin necrosis, con tres mitosis en 50 campos de aumento mayor. Se solicita complementar con inmunohistoquímica: Actina: positivo en células fusiformes aisladas, ki67 5%. CD117, Dog-1, S-100 negativos. En el caso presentado se planteó diagnóstico imagenológico e histológico diferencial con un tumor de GIST, sin embargo, al estudio inmunohistoquímico presenta CD117 negativo (presente en cerca de un 100% de los tumores de GIST) y Actina positivo (que es negativo para GIST), lo que permite tener una etiología más clara del tumor, correspondiente a Tumor Desmoide. Los Tumores Desmoides intraabdominales son el tipo de Desmoides menos común (8-15%), siendo la más frecuente extraabdominal (60%), pared abdominal (25%). Entidad benigna, pero con la más alta agresividad local (capacidad de infiltrar órganos pélvicos y abdominales). Segunda causa de muerte en pacientes portadores de Poliposis Adenomatosa familiar después de las neoplasias colorrectal. Presencia de recurrencia de hasta un 40%, más frecuentemente entre 15-24 meses. En la literatura se describen un 35% de Desmoides complicado con obstrucción intestinal, sin embargo de ellos ninguno asociado a absceso. Con respecto a Desmoides abscedados sólo encontramos 7 casos reportados.

Conclusión: Con la presentación de este caso clínico, queremos mostrar una patología de baja incidencia, rara en la forma de presentación, pero que, por su asociación a trastornos hereditarios y genéticos, debe realizarse un diagnóstico preciso, dado la alta mortalidad que tienen los diagnósticos asociados si no se intervienen precozmente. La inmunohistoquímica juega un papel crucial en el diagnóstico.

Estudio descriptivo de tumores duodenales: Seguimiento a 5 años en población de servicio de salud metropolitano sur.

rafael moya abuhadba , Julio Cesar Nuñez Villegas.*

Hospital Barros Luco-Trudeau. cirugía.

Introducción: Los tumores duodenales corresponden a una patología infrecuente en la población mundial. Sin embargo, debido a su mortalidad elevada e incidencia en progresivo aumento durante los últimos años es relevante conocer su epidemiología, para eventualmente planificar conductas respecto a estos pacientes.

Objetivos: El objetivo del presente estudio es describir las características epidemiológicas los pacientes con tumores duodenales atendidos en el Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS) durante los años 2008 al 2013.

Material y Método: Este estudio corresponde a una cohorte retrospectiva para la cual se realizó una revisión de fichas clínicas y protocolos operatorios de los respectivos pacientes identificados por las biopsias obtenidas del servicio de anatomía patológica. Se analizaron los datos epidemiológicos, clínicos, anatomopatológicos, estudios complementarios y su evolución hasta la fecha. Se tabularon los datos y realizó un análisis descriptivo de las variables previamente descritas. Se aplicaron pruebas estadísticas incluyendo t de student, programa Stata, con la finalidad de identificar alguna relación entre las lesiones y las características epidemiológicas estudiadas. Además se realizó una estimación de la incidencia de estos tumores usando la población asignada a los hospitales mencionados.

Resultados: Se obtuvieron un total de 163 pacientes con lesión de duodeno del año 2008 al 2013 de los datos obtenidos del servicio de anatomía patológica del SSMS entre los hospitales Barros Luco Trudeau y Del Pino. De estos 90 fueron hombres 73 fueron mujeres. Las lesiones duodenales se dividieron en 2: Cáncer de duodeno con 89 casos y pólipos duodenales con 74 casos. El promedio de edad global de la población fue de 62 con una desviación estándar de 14,9 años. La gran mayoría de las lesiones duodenales presentaron sintomatología durante los primeros 6 meses (48%). Y prácticamente todos los pólipos duodenales fueron pesquisados de forma incidental. La sintomatología más frecuente fue el dolor abdominal en el 36% de los pacientes. Hubo diferencia estadísticamente significativa entre el rango etario de los adenomas con displasia de alto grado de duodeno y los adenocarcinomas duodenales $p < 0,05$. De los cáncer de duodeno la histología más frecuente fue el adenocarcinoma con 42% de los casos. La gran mayoría de las lesiones fue encontrada en la segunda porción de duodeno. El mayor número de fallecidos esta dado por los pacientes con cáncer de duodeno. En base a la población designada al SSMS (1.060.587 personas al año 2010 MINSAL) se puede estimar la incidencia anual de 1,2 X 100.000 habitantes de pacientes con cáncer de duodeno.

Conclusión: La diferencia entre los grupos etarios de los pacientes con cáncer de duodeno y con adenomas con displasia de alto grado permite deducir que podría existir una relación causal entre los pólipos y el cáncer de duodeno. El número de pacientes con cáncer evidencia una incidencia elevada, comparando cifras publicadas en el extranjero, lo que nos hace pensar que existen factores de riesgo a determinar

Obstrucción intestinal en Urgencia desde isquemia intestinal a bridas

Alberto Perez -Castilla M. , Ruben Suarez Albino.*

Clínica Indisa. Servicio de Cirugía Minimamente invasivo.

Introducción: La obstrucción intestinal en Servicio en Urgencia es una patología frecuente . La clásica forma de resolución es a través de laparotomía exploradora

Objetivos: Se presenta videos de obstrucción intestinal por bridas , 1) con necrosis transmural, resección intestinal anastomosis intracorporea. 2) sección de brida intestinal

Descripción y contenido del video: Neumoperitoneo donde puncionar , colocación de trocares , sección de bridas y resección intestinal con anastomosis

Cuerpo extraño retroperitoneal por perforación duodenal. Reporte de un caso

Carlos Rene Garcia Rocha , Manuel Vial Gallardo, Erich Aguayo Alvarez, IVAN LAGOS SEPULVEDA.*

Hospital Hospital de Temuco, Universidad de la Frontera Servicio de Cirugía.

Introducción: El diagnóstico de perforación intestinal secundario a la invasión por cuerpo extraño es difícil y tardío.

Objetivos: El objetivo de este reporte es presentar el caso de un paciente con cuerpo extraño retroperitoneal secundario a perforación duodenal.

Material y Método: Reporte de caso

Resultados: Paciente de género masculino de 57 años con cuadro de dolor abdominal difuso irradiado a zona lumbar derecha, asociado a fiebre de 40.5°. Al examen físico destaca la presencia de signos de irritación peritoneal. La tomografía computarizada de abdomen y

pelvis evidencia solución de continuidad a nivel de tercera porción duodenal, asociado a contenido aéreo libre retroperitoneal, a nivel de espacio para-renal derecho, visualizando hallazgos sugerentes de absceso peri-renal. La cirugía evidenció trayecto fistuloso inactivo a nivel de segunda porción duodenal, en dirección a gerota renal derecha. Al seccionar el trayecto fistuloso se comprueba la salida de pus desde el espacio perirrenal derecho, del cual se cultiva *Gemella morbillorum*. Paciente evoluciona tópidamente en el postoperatorio, por lo que ingresa nuevamente a pabellón para aseo retroperitoneal en múltiples ocasiones. Durante la primera exploración se rescata trozo de palillo de dientes alojado en el hilio renal derecho. Paciente se estudia con endoscopia digestiva alta, colonoscopia y prueba de azul de metileno que no evidenció perforación intestinal. Luego de un tratamiento antibiótico prolongado es dado de alta a los 60 días.

Conclusión: Los cuerpos extraños ingeridos pueden causar lesiones gastrointestinales significativas, la mayoría pueden ser fácilmente removidos por endoscopia, un reducido porcentaje requiere intervención quirúrgica mayor. Estos casos no siempre se presentan de forma inmediata después de la ingestión, ya que en la literatura se ha descrito complicaciones extraños hasta 15 años luego de ingerirlos.

Linfoma MALT de Colon: Reporte de un caso

Consuelo Santibañez Peralta , Karen Andrea Schönfeldt Guilisasti, Victor Salazar Pierotic, Juan carlos Aguayo Romero, Julian Hernandez Castillo, Francisco Carriel Albarracin, Benjamin Guiloff Scarneo, Juan Francisco Allmand Turner.*

Hospital Padre Alberto Hurtado, Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo Cirugía.

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) ocupa el 4to lugar en mortalidad por cáncer en Chile. En más de un 95% la histopatología corresponde a un adenocarcinoma. Los linfomas son una causa poco frecuente de CCR y, dentro de estos, el linfoma de MALT (Mucosa Associated Lymphoid Tissue) representa un 2,5%.

Objetivos: Presentar el caso clínico de un paciente con un linfoma de MALT colónico y revisión de la literatura.

Material y Método: Trabajo descriptivo de un caso de linfoma de MALT de colon y revisión de la literatura. No se realizó análisis estadístico.

Resultados: Paciente de 57 años, sexo masculino, sin antecedentes conocidos, consulta por 2 días de dolor abdominal asociado a náuseas y vómitos. A su ingreso hemodinámicamente estable, subfebril, pálido y enflaquecido, en posición antálgica, con un abdomen distendido en tabla y ausencia de ruidos hidroaéreos. La radiografía evidencia neumoperitoneo, por lo que se opera. Se realiza operación de Hartmann por tumor de recto superior perforado y peritonitis difusa. EL paciente evoluciona favorablemente y se da de alta al 4to día. La biopsia definitiva evidencia un Linfoma MALT con compromiso transmural, bordes quirúrgicos negativos, y una adenopatía mesentérica positiva para linfoma. CD20, CD21, CD43 positivos; Ki67 15-20%. El estudio de diseminación evidenció adenopatías retroperitoneales en raíz del mesenterio inespecíficas.

Conclusión: El linfoma primario de colon es infrecuente, y por lo tanto no hay tratamiento estandarizado o definición de la historia natural de esta enfermedad. Su presentación como abdomen agudo es excepcional. La resección laparoscópica es de elección manteniendo criterios oncológicos, pudiendo ser por vía abierta en situación de urgencia como en este reporte.

Hidatidosis subcutánea, reporte de caso.

Carlos Ayala Pardo , Carla Ayala Pardo, Isabel Schild Wenzel, Sebastian Caceres Bavestrello, Pedro Pablo Pinto Guerrero.*

Universidad Austral de Chile Cirugía.

Introducción: La incidencia de Hidatidosis en Chile alcanza 1,56/100.000hab, destacando la región de Aysén con 26.2 casos/100.000hab. Hígado y pulmones son los órganos más afectados por quistes parasitarios, 70 y 20%, siendo excepcional su ubicación subcutánea de forma primaria, encontrándose en marzo 2017 sólo 30 artículos relacionados en Medline/Pubmed, que en su mayoría corresponden a reportes de caso.

Objetivos: Reportar el caso de un paciente operado en Hospital Coyhaique, región de Aysen, por hidatidosis subcutánea primaria.

Material y Método: Reporte de caso. Características clínicas, resolución quirúrgica y evolución, son presentadas de manera descriptiva.

Resultados: Paciente masculino de 62 años, sin antecedentes mórbidos. Consulta por aumento de volumen lumbar, sensible, progresivo, 10 años de evolución, de aproximadamente 20 x 20 cm. Punción da

salida a líquido claro. Test ELISA positivo para hidatidosis, radiografía de tórax normal, ecografía abdominal normal. Se decide resección quirúrgica, que evidencia lesión multiquística de 20x15 cm con membranas blanquecinas, en cuyo interior se aprecia líquido claro tipo agua de roca, asociado a múltiples vesículas de menor tamaño en su interior. Biopsia diferida informa conglomerado de lesiones quísticas compatible con hidatidosis. Evoluciona de forma favorable, siendo dado de alta al séptimo día post operatorio con analgésicos y albendazol. Control ambulatorio 7 y 30 días sin complicaciones.

Conclusión: La hidatidosis subcutánea primaria debe ser considerada dentro de los diagnósticos diferenciales de los tumores de tejidos blandos, en particular para pacientes procedentes de regiones endémicas de hidatidosis. En nuestro caso, la exéresis completa de la lesión fue un procedimiento quirúrgico seguro, con evolución favorable.

Apendicitis aguda por Actinomycosis. Reporte de caso.

Carlos Ayala Pardo, Carla Ayala Pardo, Isabel Schild Wenzel, Maeva Del Pozo Leiva, Patricio Fernandez Almonacid.*

Hospital Clínico de Valdivia, Universidad Austral de Chile Servicio de Cirugía, Servicio de Anatomía Patológica.

Introducción: Actinomyces, bacterias gram positivas, pueden actuar como patógenos oportunistas, colonizando cavidad oral, tracto respiratorio, gastrointestinal o genital. En casos raros, la infección crónica puede causar actinomycosis, formación de abscesos con curación espontánea y recurrencia, con gran respuesta fibrótica, frecuentemente confundida con neoplasia, afectando principalmente el apéndice cecal.

Objetivos: Reportar el caso de una paciente operada por apendicitis aguda secundaria a actinomycosis en Hospital base Valdivia.

Material y Método: Reporte de caso. Características clínicas, imagenológicas, histológicas y quirúrgicas son presentadas de manera descriptiva.

Resultados: Mujer de 48 años, sin antecedentes mórbidos, consulta en servicio de urgencias por cuadro de 48 horas de evolución, caracterizado por dolor abdominal epigástrico que migra a fosa iliaca derecha, signos de irritación peritoneal y leucocitosis leve. Se diagnostica clínicamente apendicitis aguda, realizándose

apendicectomía laparoscópica, destacando apéndice flegmonosa de aspecto tumoral, 4 cm de diámetro en tercio distal, base sana. Evoluciona favorablemente, siendo dada de alta tras 24 horas de hospitalización, en espera de biopsia diferida, la cual informa apendicitis aguda flegmonosa, engrosada y deformada, con paredes fibróticas de 14 mm y colonias de Actinomyces en lumen apendicular.

Conclusión: En nuestro caso, la sospecha tumoral intraoperatoria y posterior hallazgo histopatológico, coincide con lo reportado en la literatura sobre actinomycosis apendicular. Un diagnóstico preoperatorio basado en cultivos permitiría su manejo con penicilina, evitando la cirugía, pero debido a su similitud con tumor apendicular o evolución con apendicitis aguda, su resolución habitualmente es quirúrgica.

Aneurisma Popliteo y Manejo Endovascular. Medicina Basada en la evidencia. Revision Sistemática de la Literatura.

carlos eduardo Muñoz flores, Gabriel Cassorla Jaime, Gabriel Seguel Seguel, Moshe Pincus Lechner, Camila Hevia Stevens, Pedro Sfeir Vottero.*

Clínica Universidad Católica.

Introducción: Introducción: Se han descrito diferentes técnicas quirúrgicas para resolver aneurismas de arteria poplítea, tanto por vía abierta como además por vía endovascular. El objetivo de este trabajo es valorar la efectividad del manejo quirúrgico endovascular.

Objetivos: El objetivo es realizar una comparación entre el manejo quirúrgico abierto y el manejo endovascular en el tratamiento de los aneurismas popliteos.

Material y Método: Se analizaron estudios en población adulta con aneurismas de arteria poplítea tratados tanto por vía abierta como endovascular, publicados entre 2010 y 2017. Se utilizaron las bases de datos MEDLINE, LILACS y COCHRANE, empleando términos MeSH y palabras libres. Se encontraron 317 artículos referidos a manejo endovascular de aneurisma de arteria poplítea. Se realizó selección evaluando artículos de revisión sistemática de la literatura y artículos de estudios retrospectivos en los cuales se realiza una comparación entre la técnica abierta y la técnica endovascular excluyendo aquellos en cuales solo se estudia la variable endovascular. Encontrándose 14 estudios que cumplen con los criterios de búsqueda.

Resultados: Se encontraron 317 artículos relacionados y 14 de ellos cumplían criterios de selección, y 12 de ellos fueron analizados. Se encontraron 5 estudios retrospectivos de un solo centro, 3 estudios retrospectivos multicéntricos y 4 metaanálisis. El análisis demostró que en los estudios multicéntricos los 3 estudios demostraban que el manejo de técnica quirúrgica abierta era mejor que el endovascular, además 2 estudios demostraron que aumenta la necesidad de reintervención por complicaciones post operatorias. En los estudios retrospectivos realizados en un centro, 3 estudios demostraron no tener diferencias entre realizar cirugía abierta y tratamiento endovascular. Un estudio demostró superioridad del manejo endovascular sobre cirugía abierta, y un estudio demostró que el manejo en base a cirugía abierta era mejor al manejo endovascular. Se demostró disminución de la estadía hospitalaria en un artículo. En la revisión de metaanálisis 2 estudios demostraron la superioridad del manejo quirúrgico abierto, 1 estudio demostró la superioridad el manejo endovascular y 1 estudio no demostró diferencias entre ambos tipos de manejo. Un metaanálisis demostró que el manejo endovascular aumenta la necesidad de reintervención y los 4 estudios de metaanálisis demostraron que el manejo endovascular disminuye la estadía hospitalaria. De los estudios analizados 10 artículos hacen referencia de la necesidad de realizar estudios prospectivos para evaluar la superioridad de una técnica sobre la otra

Conclusión: En el análisis se demostró que la mayoría de los artículos prefieren el manejo con técnica quirúrgica abierta sobre el manejo endovascular de los aneurismas poplíteos. Además demostró que hace falta un estudio prospectivo y de calidad para evaluar la superioridad de una técnica sobre la otra.

ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA COMO OPCIÓN TERAPÉUTICA EN PURPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA REFRACTARIO A TRATAMIENTO MÉDICO. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU.

Chu Long Yuan Lu , Rodrigo Abularach Cuellar,
Hernán Eduardo Ureta Días, Josefa Quezada Morales,
Silvana Cabrera Cabello, Iván Andrés Santana
Larraguibel, Felipe Castillo Henríquez, Javier Reyes
Illanes.*

*Hospital Barros Luco-Trudeau. Servicio de Cirugía.
Equipo de Cirugía Digestivo Alto.*

Introducción: La púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) es caracterizada por la autodestrucción de plaquetas mediada por anticuerpos. Es una causa frecuente de trombocitopenia aislada, manifestándose desde cuadro asintomático hasta hemorragias severas. Su manejo habitual es con corticoterapia e inmunosupresores, siendo la esplenectomía una alternativa terapéutica cuando es refractaria a tratamiento médico

Objetivos: Evaluar los resultados a mediano plazo del tratamiento quirúrgico en pacientes sometidos a esplenectomía por abordaje laparoscópico en PTI con fracaso de tratamiento médico en Hospital Barros Luco Trudeau (HBLT)

Material y Método: Estudio descriptivo, de corte transversal en el que se analizaron 24 pacientes con diagnóstico de P.T.I. refractarios a tratamiento médico, entre años 2005 al 2015, sometidos a esplenectomía laparoscópica, en cuanto a sus variables demográficas, diagnóstico hematológico previo, resultado de biopsia, recuento plaquetario pre y post esplenectomía, tratamiento médico previo y factores asociados. El seguimiento fue al mes y a los 6 meses y se excluyeron pacientes en que faltara alguno de los parámetros medidos.

Resultados: Se realizó un total de 24 cirugías, de los cuales 22 tenían todas las variables. Se reporta 77,3% mujeres y 22,7% hombres, edad promedio de $40,1 \pm 17,3$ años. La mediana de recuento de plaquetas pre cirugía fue 23.000. El promedio de Hemoglobina y de recuento de leucocitos fueron $14,4 \pm 1,1$ y 11559 ± 4400 respectivamente. De las biopsias analizadas solo 10 (45.5%) fueron compatibles con PTI. Tratamiento médico previo recibido solo 2 (9.1%) fueron tratados con corticoterapia asociada a inmunosupresor, el resto solo corticoterapia. La mediana recuento plaquetas post esplenectomía al mes fue de 162.000, todos con recuentos sobre 50.000, y a los 6 meses fue de 120.000, con 3 pacientes que presentaron fracaso de tratamiento (13,6%). 1 paciente fallecido con causa no asociada a PTI ni a complicación quirúrgica.

Conclusión: La remisión de la enfermedad se reporta en las series entre 66-100% de los casos postesplenectomía. En nuestro estudio tuvo remisión el 86,4%, por lo que la esplenectomía laparoscópica es una alternativa válida y segura en el tratamiento de pacientes con PTI refractario a tratamiento médico.

Hidatidosis Medular: Reporte de un caso.

*Marisela Del Carmen Esparza Aedo**, *Marcel Hernán Guerén Acuña*, *Paulina Andrea Rojas González*, *Roberto Hernan Rodriguez Ramirez*.

Hospital de Curicó, Universidad de Talca Servicio Cirugía.

Introducción: La hidatidosis es una enfermedad parasitaria de elevada incidencia en Chile y con alto impacto socioeconómico ya que afecta principalmente a personas en edad productiva. Su localización más frecuente es hepática y pulmonar, otras localizaciones son excepcionales. El compromiso medular representa menos del 1%. No existe un protocolo único para su manejo, depende de cada paciente.

Objetivos: Reportar un caso de Hidatidosis Medular ocurrido durante el año 2017 en el Hospital de Curicó.

Material y Método: Reporte de caso. Se incluyó total de casos de hidatidosis con compromiso medular ocurridos en el Hospital de Curicó durante los años 2012-2017. Características clínicas como sexo, edad, sintomatología, intervención quirúrgica realizada, evolución y seguimiento del caso, se presenta de manera descriptiva.

Resultados: Paciente sexo masculino 41 años, con antecedentes de hidatidosis pulmonar y hepáticas de larga data. Consulta en Abril 2017 en HBC por dolor lumbar asociado a náuseas. Refiere tratamiento previo con Albendazol vía oral por 6 meses. A su ingreso TAC de abdomen y pelvis impresiona cambios quirúrgicos residuales pleurales derechos con área hipodensa cicatricial hepática del segmento VII y lesión quística retroperitoneal derecha. Se realiza intervención quirúrgica con abordaje suprahepático, subhepático y por polo superior renal, drenaje quiste con múltiples vesículas aplicando solución hipertónica a la cavidad del quiste. En el post operatorio paciente evoluciona con dolor lumbar EVA 8/10 asociado a la bipedestación, disestesias y claudicación de miembro inferior derecho. Se realiza RNM columna que evidenció colección loculada paravertebral derecha y dorsal baja con componente necrótico que invade canal raquídeo, compromete espacio perinefrítico, partes blandas y plano óseo; el componente intraraquídeo T10-T11 determina estenosis y miopatía compresiva. Se realiza nueva intervención quirúrgica, con disección subperiostica laminar y explosión de láminas de T9-T11 con salida quistes durante separación, lavado con solución hipertónica y posterior laminectomía de T10 con exposición de quiste y salida espontánea de 3 quistes intraraquídeos, post resección del quiste se observa recuperación de la deformidad medular. Actualmente paciente asintomático, sin secuelas neurológicas.

Conclusión: La presentación clínica de nuestro caso es similar a lo reportado en la literatura. El tratamiento tiene una base mixta, tanto farmacológico como quirúrgico, siendo el manejo quirúrgico la principal opción de tratamiento pues permite la resección y evolución favorable.

USO Y ABUSO DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.

*HENDRIK EDWARD ALEXANDER VAN DRIEL ROMERO**, *FRANCISCO ALONSO REQUENA FIGUEROA*, *Leonardo Carcamo Gruebler*, *Cristian Zárate Bertoglio*.

Hospital Clínico de Valdivia. URGENCIAS.

Introducción: La consulta por patología abdominal es frecuente en un servicio de urgencias. Una de las herramientas diagnósticas de que se dispone es la Tomografía Computada de abdomen y pelvis (TC), de gran utilidad al momento de tomar decisiones. Sin embargo, utiliza dosis de radiación ionizante cercana a 20mSv, lo que corresponde a ± 7 años de radiación habitual y conlleva riesgos estocásticos para la salud.

Objetivos: Conocer el porcentaje de TC en que la sospecha diagnóstica se relaciona a su resultado. Identificar factores que influyan en una mejor indicación de la TC.

Material y Método: Estudio de cohorte. Se analizaron as TC realizadas en el servicio de urgencias del Hospital Base Valdivia (HBV) entre julio 2016 y junio 2017. Se recopiló las variables de edad, sexo, horario de indicación, indicación, resultado informado por radiólogo y formación del profesional que indicó el examen, a partir del sistema informático de imagenología del HBV. Análisis estadístico con SPSS 22.0. Estadística descriptiva y analítica, chi cuadrado para variables categóricas de distribución normal, regresión logística uni y multivariable. Se consideró significación estadística con $p < 0,05$.

Resultados: Se identificaron 961 casos. El 53% de sexo femenino, promedio de edad 52 ± 21 años. El 58,2% se realizó en horario diurno (8-22 horas). El 59,7% de las TC tuvieron resultados congruentes con la sospecha diagnóstica. En un 33,7% se obtuvo algún resultado incidental. Un 84,1% de los exámenes fueron indicados por un cirujano o residente de cirugía, el resto fue indicado por médico internista o médico urgenciólogo, $p = 0,005$. Al análisis de regresión logística univariable para un diagnóstico concordante con la indicación de la

TC resultaron significativos el sexo masculino OR 1,5 (1,15-1,94), y la formación del que indicó en el examen. Al respecto, teniendo como referencia al cirujano, los residentes no presentaron diferencia estadística a diferencia de los internistas que presentaron OR 0,58 (0,39-0,86) y los urgenciólogos OR 0,41 (0,18-0,94). Al análisis de regresión logística multivariado incluyendo las variables significativas, todas mantuvieron su significancia.

Conclusión: Un gran porcentaje de TC no se condijo con la indicación. Los pacientes de sexo femenino presentan mayor tasa de exámenes negativos. El cirujano es el mejor profesional al momento de indicar un TC en urgencias. Se debe optimizar la indicación de la TC para evitar riesgos innecesarios en nuestra población.

Caso clínico: muñón duodenal difícil por úlcera penetrante

Rafael Fernández Peñafiel , Sebastián Oyanedel Perez, Karen Andrea Schönfeldt Guilisasti, Juan Francisco Allamand Turner.*

Hospital Padre Alberto Hurtado, Facultad de Medicina Clínica Alemana Santiago -Universidad dCirugía .

Introducción: La úlcera penetrante es una complicación rara hoy en día. En los 50s existía una incidencia de hasta 20%, hoy no existen datos de la frecuencia de esta patología. Las intervenciones quirúrgicas han disminuido en un 90% gracias a la terapia con IBP. Por lo que el cirujano está poco familiarizado con la patología y la técnica quirúrgica.

Objetivos: Presentar el reporte de un caso clínico de úlcera penetrante duodenal con muñón duodenal difícil, con buena evolución postoperatoria y revisión de la entidad clínica.

Material y Método: Caso clínico. Paciente masculino con consumo de cocaína y alcohol. Ingresó al servicio de urgencias con hematemesis, melena y compromiso hemodinámico. EDA: úlcera duodenal penetrante hacia retroperitoneo. No susceptible para manejo endoscópico. Inicio terapia médica en UCI. Al 5to día, presenta nuevo episodio de HDA con compromiso hemodinámico, se inicia manejo quirúrgico. Hallazgos: úlcera penetrante en primera porción de duodeno, bordes callosos, 80% compromiso del diámetro duodenal, papila en directa proximidad al borde de úlcera. Sangrado en napa. Se realiza diverticulización duodenal: antrectomía parcial, cierre cabo distal contra páncreas, colecistectomía, coledocostomía y gastroyeyunoanastomosis retrócolica.

Traslado a UCI por 5 días con DVA, posterior alta con terapia médica con IBP

Resultados: Las complicaciones más frecuentes de las úlceras pépticas son sangrado (10-15%), perforación (5-10%) y síndrome pilórico (2-5%). Previo a la introducción de antagonistas de H2 e IBP la incidencia de úlcera penetrante reportada era de hasta 20%. Actualmente no existen datos sobre la incidencia de la úlcera penetrante. La úlcera penetrante duodenal, es secundaria a un proceso crónico inflamatorio por hipersecreción de HCl, generando fibrósis de la pared duodenal y adherencias a estructuras circundantes como vía biliar y páncreas. Previo a la invención de los IBP y anti H2, el tratamiento de úlceras perforadas era exclusivamente quirúrgico: vagotomía, piloroplastia y gastrectomías. En estos casos se trata de un muñón duodenal difícil: está dañado por proceso inflamatorio o cicatricial, causado por enfermedad péptica, que dificulta su manejo quirúrgico. Actualmente esta situación está prácticamente desaparecida. Indicaciones actuales: Hemorragia no controlada endoscópicamente, perforación y obstrucción. Además existe el compromiso de la vía biliar por la contigüidad del proceso inflamatorio a ésta, lo que aumentaría la mortalidad. Existe evidencia que sostiene que la duodenostomía asociado a coledocostomía con sonda T en comparación a otras técnicas tiene baja mortalidad. Existen múltiples técnicas quirúrgicas a elegir que dependen siempre de las condiciones locales y experiencia del cirujano.

Conclusión: Gracias a los avances en la terapia médica en el tratamiento de la UP, las perforaciones cada vez se presentan en menor frecuencia, pero las que le llegan al cirujano son de una mayor complejidad. Al momento de la resolución quirúrgica, es necesario experiencia por parte del cirujano con respecto a la patología, pero adaptando la técnica quirúrgica a las condiciones en que se presente el paciente.

Absceso paravertebral-epidurales y de psoas, como complicación rara de una gangrena de Fournier, presentación de un Caso clínico y revisión de la literatura

Valentina Garlaschi Bolte , Josseline Peña Silva, Sofía Medina Henzi, Tamara Velasquez Carcamo, Anamaría Pacheco Frez, monica belen martinez mardones.*

Hospital de Urgencia Asistencia Pública. cirugía.

Introducción: Debido a la baja incidencia y presentación variable que poseen tanto el absceso de

Psoas, como el absceso paravertebral, a menudo existen retrasos en el diagnóstico y tratamiento de esta afección. La gangrena de Fournier tiene una baja incidencia (0.02%) y aun menor como etiología de estas complicaciones, presentando una mortalidad no despreciable (7-10%) según la literatura internacional.

Objetivos: El objetivo principal es presentar un caso clínico de Gangrena de Fournier, complicada secundariamente con absceso paravertebral, epidural y de psoas. Como objetivo secundario, realizar una revisión de la literatura de esta patología y lograr dilucidar alguna manera de sospechar esta complicación.

Material y Método: Corresponde a un reporte de caso (no aplican criterios de inclusión ni estadística en particular). Sexo masculino, 56 años, obeso y OH crónico, ingresa a urgencia Glasgow 11 y cetoacidosis diabética. Aumento de volumen perianal, TAC con colección 13x5 cm, sin otros hallazgos. Necesidad de UCI, DVA y estando en el 5to aseo quirúrgico, peak febriles, durante la punción peridural se evidencia salida de líquido purulento. Análisis citoquímico no corresponde a LCR y TAC múltiples colecciones en musculatura paravertebral (mayor diámetro a nivel de L3-L4 8,4x5,3 cm), RM extenso flegmón epidural desde T8 a S2 y de ambos psoas, sin déficit neurológico. Se realiza manejo ATB de abscesos vertebrales, continúan aseos quirúrgicos perineales, hasta lograr cierre completo perianal y resolución de absceso

Resultados: El A.Psoas se puede clasificar en primario o secundario según la identificación de un foco próximo. El primario es más frecuente en paciente joven, menor de 30 años (81%), sobre todo varones, probablemente dado por una diseminación hematogena o linfática desde algún proceso infeccioso en algún órgano distante, principalmente dentro de condiciones médicas causantes de inmunosupresión. El absceso espinal o epidural fue descrito por primera vez en 1761 por Morgagni, en 1948 Heusnerdetalla lo clasifica en 4 etapas, siendo la última etapa la que muestra déficit motor, por lo tanto el diagnóstico es un desafío debido a la presentación tardía y clínica inespecífica. En nuestro caso es de sospechar que probablemente se originó gracias a la diseminación hematogena del foco inicial, facilitado por las comorbilidades del paciente. Cabe destacar que no se encontró literatura de algún caso que a partir de una Gangrena de Fournier se formaran múltiples abscesos como los presentados en nuestro paciente, más aún con la presentación de un Flegmón epidural tan extenso asociado a abscesos epidurales y de psoas bilateral y que haya evolucionado favorablemente sin secuelas. Por lo tanto queremos hacer énfasis en la importancia que tiene el evaluar al paciente como un todo, sospechar otros

focos en el paciente con Sd de Fournier y no solamente culpar a la zona perineal de la sepsis que presenta el paciente, sobre todo cuando clínicamente las heridas están en buenas condiciones pese a su extensión

Conclusión: Los abscesos vertebrales, epidurales y/o de psoas, son patologías poco frecuentes, difíciles de sospechar y aún menos diagnosticadas asociadas a una gangrena de Fournier. Con la presentación de este caso clínico queremos mostrar estas patologías como posibles complicaciones de un Fournier, dado que en la literatura internacional no están descritas dentro de las complicaciones asociadas a esta.

TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE ÍLEO BILIAR

Juan Alvarado Irigoyen, herman andres herrera cortes , Natalia Gutierrez Wolff, Alvaro Visscher Oyaneder, Macarena Nicole Díaz Herrera, Pia Ovalle Inostroza.*

Hospital Hospital de Temuco, UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

Introducción: El Íleo biliar posee una prevalencia entre 1-4% de obstrucción intestinal de intestino delgado, y puede alcanzar a un 25% en mayores de 65 años. Su mortalidad alcanza un 27% en algunas series. El tratamiento debe considerar la extracción del cálculo que generó la obstrucción, enterorrafia, en caso de no realizar resección intestinal, colecistectomía y manejo de fístula colecistoentérica.

Objetivos: Presentar el video de un íleo biliar tratado en urgencia por vía laparoscópica.

Descripción y contenido del video: Paciente femenino, 74 años, antecedente de hipertensión arterial, cardiopatía coronaria, hernia crural operada 2 años previos. Cuadro de 6 días de evolución compatible con obstrucción intestinal. Se realizó tomografía axial computada de que informó distensión de asas de intestino delgado con cambio de calibre en íleon distal e imagen sugerente de litiasis; vesícula biliar con aire. Ingresó a laparoscopia exploradora de urgencia, se realizó enterotomía distal a sitio de obstrucción con extracción de cálculo biliar de 5cm de diámetro. Se completó cirugía con enterorrafia. El tratamiento quirúrgico por abordaje laparoscópico es factible de realizar cumpliendo los principios quirúrgicos del abordaje clásico.

Quiste de duplicación Esofágico: Reporte de dos casos

Andrés Sepúlveda Nakamura , Hugo Veis Navarro, Antonio Robert Tocornal, Rolando Sepúlveda Dellepiane.*

Hospital Militar de Santiago de Chile Cirugía.

Introducción: Los quistes de duplicación esofágicos son una patología poco frecuente, reportándose 1/8.000 nacidos vivos, siendo un hallazgo en la edad adulta, siendo menos de un tercio sintomáticos. En su mayoría asintomáticos, aunque pueden complicarse con hemorragia, infecciones y metaplasia. El diagnóstico se basa en distintas modalidades imagenológicas y existen varias aproximaciones terapéuticas.

Objetivos: Describir dos casos clínicos de duplicación esofágica, metodología diagnóstica y terapia posterior.

Material y Método: Estudio de casos y controles; de corte transversal; pruebas diagnósticas. Se incluyen 2 pacientes que consultaron durante el año 2016 al servicio de cirugía del Hospital Militar.

Resultados: A continuación describiremos los dos casos presentados. Caso 1: Mujer de 60 años con historia de dorsalgia, se realiza RNM columna donde se evidencia masa en mediastino posterior, en íntima relación con esófago distal, sugerente de GIST o Leiomioma. Evaluada en cirugía, solicitándose: Radiografía EED, informada sin alteraciones; Endosonografía que describe abombamiento mucosa esófago distal con lesión hipoecogénica 3.7 x 2 cm originada en la submucosa; y TAC de tórax informa lesión quística de 3.7 cm de diámetro sugerente de quiste de duplicación esofágica. Caso 2: Hombre de 36 años, en evaluación para cirugía bariátrica por obesidad, asintomático digestivo, en que la EDA informa lesión solevantada en esófago distal y la Endosonografía confirma lesión quística de 5x3 mm correspondiente a quiste de duplicación esofágica.

Conclusión: Patología poco frecuente, pocos casos reportados en literatura nacional e internacional. La conducta a seguir depende principalmente de la sintomatología. En asintomáticos, se prefiere conducta expectante con controles imagenológicos evaluando crecimiento. En cambio, en pacientes sintomáticos es aconsejable la cirugía, que consiste en la resección del quiste.

Mesotelioma peritoneal multiquístico. Reporte de caso.

Carlos Ayala Pardo , Attila Csendes Juhasz, Manuel Figueroa Giralt, Jaime Andrés Castillo Koch.*

Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Universidad Austral de Chile Cirugía.

Introducción: Mesotelioma peritoneal multiquístico es una patología muy poco frecuente, de incidencia desconocida, caracterizada por la formación de múltiples quistes adheridos entre sí, revestidos por células mesoteliales, distribuidos en la cavidad abdominopélvica. La evidencia disponible corresponde principalmente a reportes o series de casos, siendo la resección quirúrgica su tratamiento más habitual.

Objetivos: Reportar el caso de un paciente operado en Hospital Clínico Universidad de Chile con diagnóstico de mesotelioma peritoneal multiquístico.

Material y Método: Reporte de caso. Características clínicas, imagenológicas, histológicas, resolución quirúrgica y evolución, son presentadas de manera descriptiva.

Resultados: Mujer de 43 años, sin antecedentes quirúrgicos abdominales, en estudio por dolor abdominal difuso inespecífico, se pesquisa en ecografía abdominal elementos quísticos en hipocondrio y flanco izquierdo, que miden entre 4,8 y 13 cm de diámetro. Se complementa estudio imagenológico con tomografía computada de abdomen, que informa 10 lesiones quísticas de pared fina en cavidad peritoneal en relación al mesenterio, sugerentes de linfangioma. Se presenta y discute caso en comité, donde se decide manejo conservador y quistectomía electiva para estudio histológico. Se realiza resección laparoscópica de uno de los conglomerados de quistes peritoneales multilobulados, situado en relación a mesenterio de intestino delgado, procedimiento sin incidentes. La paciente evoluciona de forma favorable, dándose de alta en buenas condiciones tras 1 día de post operatorio. Biopsia diferida informa fragmento de tejido fibroadiposo pardo blanquecino con zonas quísticas y zonas induradas. A la histología destaca tejido fibroconectivo con cavidades tapizadas por monocapa de células aplanadas y células mesoteliales, sin malignidad en lo examinado, concordante con diagnóstico de mesotelioma multiquístico.

Conclusión: Si bien es una patología poco frecuente, el mesotelioma peritoneal multiquístico debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales de las lesiones quísticas abdominopélvicas, requiriendo estudio histológico adecuado para su diferenciación de otras lesiones quísticas benignas o malignas abdominales.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL EN ADULTOS.

Juan Alvarado Irigoyen , Martín Alaán Álvarez, Andrés Ignacio Troncoso Trujillo, Pia Ovalle Inostroza, Javiera Sofía Agouborde Kuncar, JUAN ANDRÉS MANSILLA ESPINOZA.*

Hospital Hospital de Temuco, UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

Introducción: La intususcepción intestinal es una patología poco frecuente en el adulto, representando 1-3% de las obstrucciones intestinales. La literatura respecto al tratamiento adecuado de esta patología es escasa, considerando que hasta un 40% de los casos están asociados a neoplasia.

Objetivos: Evaluar los resultados quirúrgicos de pacientes adultos operados por intususcepción intestinal.

Material y Método: Serie de casos. Se seleccionaron pacientes con diagnóstico de intususcepción intestinal intervenidos quirúrgicamente entre Enero 2000 y Mayo 2017 del Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco. Se registraron variables demográficas, morbilidad según clasificación de Clavien y mortalidad a 30 días. Estadística descriptiva.

Resultados: Se identificaron 16 pacientes, mediana de edad de 40 años, 9(56%) pacientes fueron hombres. Respecto a antecedentes mórbidos, tres pacientes presentan Síndrome Peutz-Jeghers, dos de ellos con múltiples episodios de intususcepción operados en la infancia. Ocho pacientes(50%) presentaron cuadro clínico compatible con obstrucción intestinal. En el estudio pre operatorio, a 9(56%) pacientes se les solicitó una tomografía axial computada, de los cuales 7 informaron intususcepción. Catorce pacientes(87%) fueron operados de urgencia. Dos pacientes(12%) fueron operados de manera electiva, ambos con Síndrome de Peutz-Jeghers. Los tipos de intususcepción más frecuente fueron yeyuno-yeyunal en 5(31%) pacientes e ileo-cecal en 5(31%) pacientes. A 15(93%) pacientes se les realizó resección intestinal y anastomosis primaria. A un(6%) paciente se realizó reducción de intususcepción, sin resección intestinal. Del total de la muestra, 1(6%) paciente presentó complicación según Clavien mayor a 3 por filtración de anastomosis. Dentro del estudio histopatológico la causa más frecuente de intususcepción fueron pólipos de origen benigno, 8(50%) pacientes. En el seguimiento, 2(12%) pacientes fueron reintervenidos por un nuevo cuadro de intususcepción.

Conclusión: La intususcepción intestinal es una patología poco frecuente en adultos. La ubicación más frecuente de esta muestra es compatible con literatura internacional. Sólo un 25% presentó neoplasia maligna.

FORMA DE PRESENTACIÓN DE QUISTE HIDATÍDICO PULMONAR COMPLICADO EN ZONA ENDÉMICA DEL PAÍS ENTRE LOS AÑOS 2012-2015

Fernando Enrique Jelvez Echeverría , IVAN LAGOS SEPULVEDA, MARIA FRANCISCA ROZAS VASQUEZ, Fernando Barrientos Cantín , Verónica Marcela Fonseca Salamanca, Walterio Muñoz Castillo.*

Hospital Hospital de Temuco. Departamento Cirugía de tórax, hospital regional. .

Introducción: En nuestro país la enfermedad hidatídica es endémica, con alta prevalencia en nuestra región. Frecuentemente en nuestro servicio de urgencia se observan casos de quiste hidatídico pulmonar complicado con variada forma de presentación. Se presenta revisión retrospectiva de fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de quiste hidatídico pulmonar complicado operados en HHA de Temuco.

Objetivos: Describir la forma de presentación más frecuente y herramientas diagnósticas empleadas en pacientes con quiste hidatídico pulmonar complicado.

Material y Método: Estudio de tipo descriptivo y retrospectivo, en serie de casos, llevado a cabo en el Servicio de cirugía tórax en el Hospital Regional HHA Temuco, donde se revisaron registros clínicos de pacientes con diagnóstico post operatorio de quiste hidatídico pulmonar complicado, excluyéndose aquellos que presentaban quiste en tránsito como complicación entre los años 2012-2015, resultando una muestra final de 41 pacientes. Se utilizaron variables demográficas, síntomas y signos, como forma de presentación clínica bajo un análisis estadístico descriptivo.

Resultados: En 41 pacientes, 51% corresponden a mujeres y 49% hombres con un promedio de edad total de 42,4 años, siendo el lado derecho el más afectado con un 61%. El síntoma predominante fue la tos en un 82,9%, seguido de hemoptisis (61,0%), dolor torácico (49,0%) y vómito (24,4%), evidenciándose fiebre solo en un 4,9% de los pacientes al ingreso. El método diagnóstico empleado fue fundamentalmente clínico imagenológico, con un alcance de 87,8% de tomografía axial computada. En ningún paciente se utilizaron

inmunoglobulinas como diagnóstico. un 26,8% de pacientes se presentaron con criterios de sepsis moderada y ningún paciente requirió cirugía de emergencia.

Conclusión: El síntoma de presentación principal es la tos seguido de hemoptisis y dolor torácico. El diagnóstico empleado fue principalmente clínico imagenológico.

Trauma penetrante cardíaco en la unidad de emergencia del Hospital San José. Revisión de 48 casos de pacientes operados en la Unidad

Raul Hernan Muñoz Moreno , Daniel Gutierrez Veliz, David Cortés Parada, Adrian Pérez Adasme .*

Hospital San José. Servicio de Urgencias.

Introducción: El trauma penetrante cardíaco es una entidad clínica que representa alta letalidad, con un número reducido de pacientes que logran alcanzar a recibir atención hospitalaria. La presentación clínica del trauma penetrante cardíaco es variable y la mortalidad depende de numerosos factores, que son abordables al análisis estadístico.

Objetivos: El objetivo del trabajo es analizar la presentación de esta lesión y los factores asociados a mortalidad intraoperatoria en la Urgencia del Hospital San José y una revisión del tema.

Material y Método: Se realizó un estudio retrospectivo de revisión de casos clínicos desde Abril de 2009 a Junio de 2017, con datos extraídos de todos los protocolos operatorios de pacientes ingresados vivos e intervenidos con Diagnóstico preoperatorio Trauma Penetrante Cardíaco en la Unidad de Emergencia del Hospital San José de Santiago. Todos los pacientes fueron operados por cirujanos de urgencia o residentes de último año. Se excluyeron dos pacientes por presentar diagnóstico postoperatorio concluyente que descarta lesión cardíaca. Se registraron datos demográficos, el abordaje quirúrgico, el sitio de lesión cardíaca, la mortalidad intraoperatoria y la necesidad de re operación. Los datos se analizan según estadística descriptiva y se presentan en porcentajes.

Resultados: Hubo 46 pacientes con trauma penetrante cardíaco, 43 hombres y 3 mujeres. Al desglose estadístico se evidencia que 2 pacientes presentaron lesión de Aurícula Derecha; 4 presentaron lesión de Aurícula Izquierda; 15 de Ventrículo Derecho; 16 de Ventrículo Izquierdo Únicamente. Lesiones complejas: Aurícula Izquierda + Aurícula Derecha: 1/46, Ventrículo

Izquierdo + Ventrículo Derecho: 1/46, Aurícula Derecha + Ventrículo Derecho: 1/46. 6 pacientes solo presentaron desgarro de Pericardio. Se evidencia 7 lesiones transfixiantes (15.2%): 5 de Ventrículo Izquierdo, 1 de Ventrículo Derecho, y 1 Bicameral. Mortalidad en este subgrupo: 4/46 (8.69%); 2 Ventrículo Izquierdo, 1 Ventrículo Derecho, 1 Ventrículo Derecho y Ventrículo Izquierdo Con respecto a la necesidad de nueva cirugía temprana, 2 de los pacientes con lesión transfixiante fueron re intervenidos. La mortalidad intraoperatoria del grupo total fue de 10/46 (21.7%). Mayor mortalidad global se asocia a lesión de Ventrículo Derecho 4/46. (8.6%) 5 pacientes se re operaron tempranamente, presentando mortalidad de 60% en este subgrupo. Los resultados presentados en nuestra serie se asemejan a los presentados en análisis internacionales.

Conclusión: La población masculina sufre mayormente estas lesiones. Ventrículo Derecho es la cavidad más afectada. Alta mortalidad intraoperatoria, de 21.7% semejante a análisis en centros de Norte América y Colombia. Los resultados obtenidos del análisis estadístico son comparables con la literatura internacional, lo que impulsa el desarrollo de protocolos de manejo para enfrentamiento quirúrgico

Diverticulitis apendicular: Causa infrecuente de abdomen agudo, revisión bibliográfica a raíz de un caso clínico

Hugo Andres Veis Navarro , María José Arteaga Valencia, Joaquín Ignacio Irrarzával Espinosa.*

Hospital Militar de Santiago Departamento de Cirugía.

Introducción: La apendicitis aguda es de las causas más frecuentes de abdomen agudo quirúrgico. Las etiologías más frecuentes incluyen apendicolitos, hiperplasia linfóide y tumores. También se han descrito diverticulitis apendiculares. Son infrecuentes, estimadas en 1-2% de las apendicitis agudas siendo solo diagnosticadas postoperatoriamente. Se presenta una revisión bibliográfica a raíz de un caso clínico.

Objetivos: Describir un caso clínico de diverticulitis apendicular, metodología diagnóstica, tratamiento y evolución junto con una revisión bibliográfica del tema.

Material y Método: Estudio descriptivo retrospectivo de un caso clínico de diverticulitis apendicular como causa infrecuente de presentación de apendicitis aguda. Sin estudio estadístico. Se realizó una revisión bibliográfica actualizada sobre reportes de casos similares a nivel mundial con respecto a incidencia,

metodos diagnósticos actualizados, tratamiento y evolución de la patología.

Resultados: Paciente femenina, 55 años. Antecedentes de hipotiroidismo y constipación de larga data. Consulta en SU HOSMIL en Marzo/2017 por cuadro de dolor abdominal. TC Abdomen: "Apéndice cecal aumentado de calibre, hasta 12mm de diámetro a en la punta, con pequeño apendicolito. No se observa cambios inflamatorios categóricos de la grasa adyacente". Se hospitaliza para observación. Se descarta apendicitis y sospecha mucocèle. Completa estudio con colonoscopia y biopsia que evidencia pólipo hiperplásico con infiltrado inflamatorio con regular cantidad de eosinófilos; no categórico. Reconsulta tras 2 meses en Urgencias por cuadro de similares características. Se hospitaliza por sospecha de tumor apendicular vs mucocèle. Se realiza apendicectomía laparoscópica sin incidentes. Protocolo describe apéndice escasamente inflamado. Paciente evoluciona favorablemente y dada de alta. Biopsia de pieza operatoria informa divertículo de la punta apendicular con formación de material mucóideo. Rev. Bibliográfica: Los divertículos apendiculares son infrecuentes. Habitualmente diagnosticados en el estudio anatomopatológico. Presentan una frecuencia entre 0,1-2%. Si bien quirúrgicamente el tratamiento es igual, existen estudios radiológicos que permiten diferenciarlos de apendicitis aguda. Presentan mayor tasa de perforación que una apendicitis aguda. Es una entidad subdiagnosticada pero las mejoras tecnológicas permiten caracterizarlas de mejor manera preoperatoriamente.

Conclusión: Las diverticulitis apendiculares son entidades infrecuentes y habitualmente subdiagnosticadas en el preoperatorio. Presentan una mayor tasa de perforación que una apendicitis aguda. Nuevas técnicas permiten mejor caracterización de esta. Si bien el tratamiento quirúrgico continúa siendo la apendicectomía, es una entidad infrecuente a considerar como diagnóstico etiológico de abdomen agudo.

EXTRACCIÓN LONGITUDINAL DEL APÉNDICE Y MESOAPÉNDICE A TRAVÉS DE PUERTO DE 11 MILIMETROS.

Marcelo Rodrigo Fajardo Gutierrez , Paulo Andrés Cerda Aguirre.*

Clínica Bicentenario. Servicio de Cirugía.

Introducción: Una de las complicaciones de la apendectomía tradicional es la infección de herida

operatoria. Con el desarrollo de la cirugía laparoscópica este incidente se ha disminuido en forma notoria, aunque la modalidad de extracción de la pieza operatoria es siempre un punto de discusión.

Objetivos: Nuestro objetivo es dar a conocer una técnica para extraer el apéndice y mesoapéndice sin necesidad de utilizar bolsa, a través de un trocar de 11 mm.

Descripción y contenido del vídeo: Una vez desprendido el apéndice y su meso, se realiza una disección del meso al ras del apéndice, lo que produce un estiramiento y adelgazamiento de la pieza operatoria, siendo entonces factible extraerlo a través de un trocar de 11 mm. En nuestra serie personal que comprende 378 apendicectomías laparoscópicas, ha sido exitosa esta maniobra en 351 (92,8%). Fue necesario el uso de bolsa en 27 casos, principalmente por excesivo diámetro del apéndice o por fragmentación excesiva de éste.

Nutrición vía oral precoz en pancreatitis aguda. Estudio de Cohorte

mauricio onofre coronado cofre ,*

Hospital Hospital de Temuco, UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA CIRUGÍA TRAUMATOLOGÍA Y ANESTESIA .

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) es una patología frecuente, asociado en gran parte a la prevalencia de coledolitiasis. El tratamiento se basa en terapia de soporte, donde la alimentación juega un rol importante, es por esto que es clave determinar la vía de administración y el momento de iniciarla.

Objetivos: Determinar si la nutrición vía oral precoz (NVOP) disminuye la estancia hospitalaria y no se asocia a mayor reactivación de PA, ni a deterioro del pronóstico.

Material y Método: Cohorte prospectiva de pacientes con PA, a quienes se aplicó un protocolo de NVOP, se evaluó tolerancia, tiempo de realimentación, estancia hospitalaria, reactivación, presencia de complicaciones locales y necesidad de cama en unidad crítica. Criterios de exclusión: requirieron ventilación mecánica, presencia íleo gástrico o sospecha de obstrucción intestinal. Cálculo del tamaño de la muestra: se definió como variable desenlace la estancia hospitalaria en base a un reporte nuestro, se proyectó que se podía disminuir a 9 días (nivel de significancia de 95% y un poder de 80%). Se obtuvo un tamaño de la muestra de 64 pacientes. Se utilizó herramientas de estadística descriptiva con medidas de tendencia central y

dispersión. La base de datos confeccionada en excel y análisis stata 12.0.

Resultados: n=65 pacientes, 69,2% de género femenino. El 49,3% presentó PA grave (PAG), el 90,8 % toleró el protocolo de NVOP, con un promedio de estancia hospitalaria de $13,3 \pm 5$ días vs $19 \pm 8,2$ días en quienes no toleraron ($p=0,0177$). Hubo reactivación de PA en 1 (1,5%) paciente sin tener relación con el protocolo. No hubo necesidad de cama en unidad crítica, ni mortalidad.

Conclusión: La NVOP como parte del tratamiento de PA es viable y segura, se asocia a menor estancia hospitalaria, y no se relaciona con una mayor tasa de reactivación de PA, complicaciones locales, ni aumento de mortalidad.

Morbimortalidad Asociada a Colecistectomías en Pacientes Octogenarios

Camilo Nicolás Bustos Ramírez , Manuel Figueroa Giralt, Viviana Saavedra Jaña, Francisca Palacios Díaz, Lorena Gárate Gallardo, Caterina Contreras Bertolo, Attila Csendes Juhasz.*

Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Universidad de Chile Cirugía.

Introducción: La patología quirúrgica en octogenarios es un desafío tanto por las morbilidades asociadas como por la evolución post operatoria. Existen escasos reportes nacionales de patologías quirúrgicas en poblaciones mayores a 80 años.

Objetivos: El objetivo primario de este trabajo es estudiar la morbilidad y mortalidad postoperatoria de la colecistectomía en pacientes octogenarios. El objetivo secundario es determinar diferencias entre colecistectomías de urgencia y electivas.

Material y Método: Estudio retrospectivo de las fichas electrónicas del HCUCH desde enero 2012 a mayo 2017. Se incluyeron a los pacientes con 80 o más años de edad, que requirieron una colecistectomía electiva o de urgencia. Los criterios de exclusión fueron haberse realizado otro procedimiento quirúrgico agregado en la misma intervención, ausencia de seguimiento post operatorio o biopsia. Se empleó la clasificación de Braghetto para estandarizar el tipo 123 y de Clavien-Dindo para las morbilidades post operatorias. La mortalidad postoperatoria fue definida a 30 y 90 días. La significancia estadística fue determinada con un $p < 0.05$.

Resultados: Se incluyeron 145 pacientes, 74 mujeres (51,7%), promedio de edad de 84,1 años (80 - 98 años). Un 61,3% de las cirugías fueron de urgencia. Según clasificación ecográfica un 56,6% fueron tipo I; 15,4 % fueron IIA; 7,7% fueron IIB y 11,9% fueron III. En un 15,1% de los casos se realizó cirugía laparotómica en primera instancia. La tasa de conversión en cirugía laparoscópica fue de 9,6%. La tasa de morbilidad post operatoria fue de 14,6%, mientras que la quirúrgica fue de 5,6%. La mortalidad quirúrgica se concentró antes de los 30 días, con un 2,1%. Al comparar grupos de cirugía de urgencia y electivas, se objetivó una mayor tasa de conversión (14,6% vs 1,7%; $p=0,009$) y una mayor morbilidad post operatoria (24,7% vs 3,3%; $p=0,002$) en el grupo de urgencia. No se identificó diferencia estadística en mortalidad entre pacientes de urgencia y electivos con un 3,3% y 0% respectivamente ($p=0,28$).

Conclusión: La colecistectomía en pacientes octogenarios posee un riesgo de morbilidad y mortalidad considerable. Estos riesgos son mayores en la población de paciente operados de urgencia.

Manejo quirúrgico mínimamente invasivo del Hemangioma esplénico

David Ignacio Campos Negrete , Franz Alberto Gonzalez Arboleda , Ambar Parra Flores.*

Hospital Regional de Talca.

Introducción: Hemangioma esplénico es la patología tumoral benigna más común del bazo, pudiendo generar síntomas digestivos y dolor agudo en hipocondrio izquierdo. La esplenectomía laparoscópica, en Chile desde los 90, es utilizada principalmente como procedimiento terapéutico en enfermedad hematológica. Se presenta el video de un caso en que este procedimiento se utiliza como manejo del tumor esplénico.

Objetivos: Dar a conocer el abordaje mínimamente invasivo del tumor esplénico, en nuestra institución.

Descripción y contenido del video: Procedimiento quirúrgico en el caso de una paciente de 25 años, sexo femenino. Historia de 3 meses de evolución con dolor epigástrico irradiado a hipocondrio izquierdo, asociado a diarrea y vómitos. Ecografía informó esplenomegalia, TAC abdominal confirma masa de 9,7 cm de diámetro, heterogénea de naturaleza indeterminada. Se realiza esplenectomía en abordaje laparoscópico, con hallazgo de bazo aproximadamente de 20cm en eje mayor. Anatomía patológica informa: Hemangioma esplénico de tipo cavernoso 10x10x10 cm, con áreas de infarto

antiguo. Paciente evoluciona en buenas condiciones dada de alta a los 4 días del procedimiento, con mínimo dolor. Conclusión: La esplenectomía laparoscópica es una opción de tratamiento en patología tumoral del bazo, mínimamente invasiva con buenos resultados.

ANÁLISIS DEL PRIMER AÑO DE IMPLEMENTACIÓN DE TURNOS DE CIRUGÍA EN HOSPITAL DE MEDIANA COMPLEJIDAD

*Alejandra Ester Riquelme Urrutia** , *ANDREA RAMÍREZ BURGOS, Rodolfo Agurto Neira, JORGE ZÚÑIGA DE SPIRITO, Luis Neira Salazar, Ariel Torres Muñoz, Jorge Madariaga Burrows.*

Hospital de Curanilahue. Equipo de Cirugía General.

Introducción: La Provincia de Arauco alberga 157.255 habitantes y se caracteriza por concentrar altos índices de pobreza y desempleo. El Hospital de Curanilahue, corresponde a un hospital de mediana complejidad, centro de derivación provincial, distante a 94 kilómetros del Hospital Regional de Concepción. En marzo del 2015 se implementó los turnos de cirugía de urgencia con dotación parcial de cirujanos.

Objetivos: Describir características clínicas, demográficas, diagnósticos pre operatorios y cirugías realizadas durante el primer año de implementación de turnos de Cirugía de Urgencia en nuestro centro.

Material y Método: Estudio descriptivo transversal. Período Marzo-2015 a Marzo-2016, Hospital Rafael Avaria Valenzuela de Curanilahue. Revisión de base de datos, protocolos quirúrgicos y fichas clínicas de pacientes operados de urgencia durante el período descrito. Se utilizó planilla Excel®. Se describen características clínicas, demográficas, diagnósticos pre operatorios y cirugías realizadas.

Resultados: Total 3813 atenciones de urgencia, de éstas 440 (11,54%) requirieron intervención quirúrgica. El promedio de edad de los pacientes operados fue de 48 años, con una mediana de 51 y rango de entre 15-90 años. Predominó el género masculino con un 62,95% versus un 37,05% el femenino. Comuna de origen del paciente: Curanilahue 26,36%, Arauco 19,09%, Cañete 18,41 %, Lebu 13,18%, Los Álamos 10,23%, Tirúa 6,59% y Contulmo 5,23%. Diagnósticos preoperatorios: Apendicitis Aguda (33,41%), Pie diabético complicado (29,5%), Hernia complicada (4,77%), Heridas complejas (4,32%), Absceso perianal (3,64%), Quemaduras (3,18%), otros (21,13%). Tipo de cirugía realizada: Apendicectomía (33,18%), Amputación (22,05%), Aseo

Quirúrgico (18,86%), Laparotomía Exploradora (7,73%), Drenaje (7,05%), Hernioplastia (3,18%), Escarectomías (1,14%) y otras (6,81%).

Conclusión: Durante el primer año implementación de turnos, se logró resolver una cantidad considerable de cirugías de urgencia. Aproximadamente 1 de cada 10 pacientes necesitó intervención quirúrgica, disminuyendo así la carga al centro de derivación regional. La atención operatoria de urgencia fue más frecuente en hombres en edad funcional. La Apendicectomía sigue siendo la cirugía más frecuente.

Instalación laparoscópica de catéter de peritoneodiálisis: Experiencia inicial

*Ximena Ignacia Vargas Agurto** , *Carlos Esperguel Galaz.*

Hospital Clínico San Borja-Arriarán, Campus Centro Universidad de Chile Servicio de Cirugía.

Introducción: La enfermedad renal crónica presenta una incidencia y prevalencia que tiende al alza en la población nacional, actualmente 1.203 personas se encuentran en peritoneodiálisis (PD). En nuestro centro, se controlan 48 pacientes intervenidos vía laparoscópica, bajo seguimiento en un periodo de tiempo comprendido entre noviembre 2014 y mayo 2017.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es evaluar la permeabilidad del CPD y las complicaciones asociadas al procedimiento.

Material y Método: Se analizan en forma retrospectiva datos tabulados en Excel entre los periodos de noviembre 2014 y mayo de 2017. Variables evaluadas incluyen edad, sexo, fecha de instalación del CPD, técnica quirúrgica utilizada, permeabilidad y eventos adversos a 30 días, infección con cultivos positivos (absceso, tunelitis, peritonitis), número de intervenciones y tipo de catéter (Missouri o Swan neck coil). La serie comprende un total de 69 pacientes, de los cuales 59 fueron intervenidos en nuestro hospital y 10 en otros centros de la ciudad. De estos 59 pacientes, 48 fueron sometidos a instalación de CPD vía laparoscópica y 10 mediante laparotomía.

Resultados: De un total de 59 pacientes intervenidos en nuestro centro bajo seguimiento en la unidad de peritoneodiálisis, se seleccionó un total de 48 pacientes intervenidos vía laparoscópica (19 mujeres y 29 hombres). Obteniendo un 64.5% (n = 31) de permeabilidad con flujo continuo al mes, un 33.3% (n = 16) de flujo regular al mes y un 2% (n = 1) con flujo

nulo en el mismo periodo de tiempo. El porcentaje de infecciones de sitio operatorio (absceso, tunelitis, peritonitis) definido con cultivo positivo fue de un 8.3% (n = 4), siendo el *Staphylococcus aureus* el agente más frecuentemente aislado. El porcentaje de migración fue de un 12.5% (n = 6). Cuatro pacientes de la serie, debieron ser re intervenidos por irregularidad del flujo y un paciente cursó con hemoperitoneo.

Conclusión: Este estudio es el primero realizado en este centro con un número de pacientes bajo estricto seguimiento. Presentamos una serie de pacientes cuyos catéteres de peritoneo diálisis fueron instalados en forma laparoscópica según técnica descrita, reproducible por cirujanos generales entrenados, con buenos resultados y bajo número de complicaciones, comparado a lo publicado en series internacionales.

HERNIA DIAFRAGMÁTICA SECUNDARIA A TRAUMA: PRESENTACIÓN TARDÍA CON COMPLICACIONES

Francisco Jesús Rodríguez Vega , Marcelo Beltrán Saavedra , Juan Oyarzún Segovia , Daniela Castro Guzmán , Paola Andrade Loyola, Carolina Fernández Robles.*

Hospital de La Serena, Universidad Católica del Norte Facultad de Medicina / Departamento de Clínicas .

Introducción: La hernia diafragmática complicada de presentación tardía constituye una urgencia quirúrgica debido a la isquemia, necrosis y gangrena de los órganos herniados. La morbilidad y mortalidad de la hernia diafragmática traumática dependen de las complicaciones asociadas y la demora en su diagnóstico.

Objetivos: Descripción de las características del diagnóstico de las hernias diafragmáticas de presentación tardía, tratamiento, resultados y establecimiento de un punto de corte para el desarrollo de necrosis de los órganos comprometidos.

Material y Método: Estudio retrospectivo de una serie de casos constituida por todos los pacientes operados por hernia diafragmática complicada de presentación tardía secundaria a herida penetrante de tórax o abdomen entre los años 2006 y 2016 en el Hospital de La Serena. La medida de resultado principal fue la de establecer un punto de corte para el desarrollo de necrosis de los órganos comprometidos. Se midieron variables categóricas y continuas, las que se presentan con estadística descriptiva y medidas de dispersión generales. Se utilizó una curva Receiver Operating Characteristics

(ROC) para determinar el punto de corte de la latencia entre pacientes sometidos a resección de algún órgano herniado y los que no requirieron ninguna resección.

Resultados: Nueve pacientes fueron incluidos en el estudio. En todos los casos la herida inicial fue por arma blanca. El promedio de la duración del cuadro clínico desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico fue de 18,6 horas. La clínica en todos los casos fue inespecífica. El promedio del tamaño del defecto fue de 4,6 cm. En todos los pacientes la hernia contenía epiplón mayor, en 6 casos entre otros órganos contenía además el estómago. En 4 pacientes el estómago se encontraba necrótico por lo que fueron sometidos a gastrectomía total. De acuerdo con el análisis de la curva ROC, aquellos pacientes con 12 horas o más de evolución del cuadro clínico desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico tienen mayores probabilidades de sufrir isquemia, necrosis, gangrena y resección de los órganos herniados.

Conclusión: El diagnóstico de las hernias diafragmáticas traumáticas de presentación tardía se sospecha por los antecedentes del paciente debido a que el cuadro clínico es inespecífico. Aquellos pacientes que se presentan 12 o más horas después de iniciados los síntomas tienen un riesgo elevado de ser sometidos a cirugía resectiva de los órganos comprometidos.

Hidatidosis Subcutánea Primaria: Caso clínico

Paula Inés Flores Muñoz , Juan Alvarado Irigoyen, Pia Ovalle Inostroza, Cesar Silva Ibacache, Jorge Klein Koch, Jorge Gajardo Ross, Osvaldo Fernandez Arancibia.*

Hospital Hospital de Temuco, Universidad de la Frontera, Facultad de Medicina Departamento de Cirugía.

Introducción: La hidatidosis es una enfermedad parasitaria que se ubica habitualmente en el hígado y los pulmones. La ubicación subcutánea primaria es rara y su incidencia es desconocida.

Objetivos: Presentar el caso clínico de una paciente con hidatidosis subcutánea primaria.

Material y Método: Caso Clínico

Resultados: Presentamos el caso de una paciente femenina de 77 años con historia de 20 años de quiste hidatídico primario recidivado ubicado en región dorsal, inicialmente intervenido con diagnóstico preoperatorio

de lipoma con el hallazgo de lesión quística con salida de membranas. Recidivó a los 15 años realizándose quistectomía parcial por extensión hacia retroperitoneo. Biopsia informó Quiste Hidatídico, recibiendo tratamiento pre y postoperatorio con Albendazol. Volviendo a recidivar a los dos años con salida espontánea del contenido a través de la piel tratándose médicamente. Última recidiva dos años después con ecografía compatible con dos lesiones quísticas, una profunda y otra superficial lobuladas. Radiografía de tórax, ecografía abdominal y Resonancia Magnética de abdomen y pelvis no evidencian otras localizaciones.

Conclusión: Los quistes hidatídicos subcutáneos constituyen una dificultad diagnóstica, pudiendo ser confundidos con otras lesiones. Una vez diagnosticados su tratamiento actualmente es la extirpación quirúrgica asociado al tratamiento preoperatorio y postoperatorio con antihelmínticos, pero en este caso no se logró el éxito del tratamiento. La paciente persiste con enfermedad primaria subcutánea.

LESIONES QUÍMICAS LABORALES; EXPERIENCIA HOSPITAL DEL COBRE.

*Alejandro Torres Alvarez**,

Hospital del cobre Dr Salvador Allende G Cirugia.

Introducción: Las quemaduras químicas son asociadas habitualmente a agresiones bélicas y domésticas, sin embargo en nuestro medio (gran minería), debido al uso frecuente de ácidos y álcalis, representan una causa importante de morbi-mortalidad, ausentismo laboral y pérdidas económicas. En la actualidad existe muy poca literatura publicada dedicada a este tema

Objetivos: Caracterizar variables de interés en una cohorte de pacientes atendidos por quemadura química en Hospital del Cobre (HDC) desde el año 2000 hasta el 2016 Detectar diferencias en desenlaces definidos en relación a cambio de enfrentamiento terapéutico el año 2014

Material y Método: Cohorte prospectiva de enero del año 2000 hasta diciembre del 2016 de pacientes atendidos por quemadura química registrados en plataforma informática del HDC Análisis estadístico uni y bivariado de la cohorte

Resultados: El promedio de edad de los trabajadores fue 50,02 años con una antigüedad promedio en su puesto de trabajo de 12 años, siendo el rango de edad entre los 32 y 60 años. El mecanismo de la lesión, en el 54%

fue proyección de la sustancia sobre el trabajador. El principal agente causal fue ácido sulfúrico, clorhídrico y nítrico con el 45% seguido por Soda Cáustica y Cal (Hidroxido y Oxido de Calcio) con el 14% respectivamente. Dentro de los segmentos corporales lesionados, los más afectados son extremidades inferiores (27%), cabeza (25%) extremidades superiores (18%), tronco (12%) y múltiples (13%). La superficie corporal total quemada fue en promedio de un 4% con rangos de 0.2% hasta 20%. En un 41% de los casos se requirió de reposo lo que representó un total de 2241 días de tiempo perdido, en promedio 41 días por cada trabajador lesionado por este tipo de lesión. Con respecto al primer periodo de estudio el promedio de recuperación se redujo en 14.4 días. Las complicaciones se caracterizaron por infección herida operatoria, sepsis, SIRS, coagulopatía de consumo, complicaciones alejadas, estuvieron dadas por secuelas de cicatriz (queloides, retráctil), lesiones corneales, secuelas odontológicas y de mucosas en menor proporción. En la cohorte entera existió un fallecimiento.

Conclusión: Siendo Chile un país donde la actividad económica fundamental es la minería, se hace necesario sistematizar el conocimiento tanto de la caracterización como del enfrentamiento de accidentes que son comunes a su práctica, i.e. las quemaduras químicas. Con el advenimiento de nuevas prácticas terapéuticas es posible disminuir significativamente sus tiempos de recuperación.

Apendicectomía laparoscópica por puerto único con uso de guante. Experiencia en un Hospital Público de Chile

*Jasna Radich Radich**, *Carlos Hermansen Ramírez,*
Andrés Iglesias Bettini, Daniela Andrea Huinca
Orellana, Camila Soledad López López.

Hospital El Carmen Servicio de cirugía.

Introducción: En la actualidad la apendicectomía laparoscópica es la técnica de elección en apendicitis agudas. La evolución de la cirugía mínimamente invasiva busca optimizar los beneficios obtenidos por esta técnica, a través de la reducción del número de puertos y diferentes sitios de instalación de los mismos con el afán de lograr menor dolor postoperatorio y mejores resultados estéticos.

Objetivos: Presentar la experiencia de un Hospital público con la técnica de apendicectomía laparoscópica

monopuerto (ALMP), evaluando su eficacia, seguridad y cosmética

Material y Método: Dieciséis pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda sometidos a ALMP entre mayo y noviembre 2016, con seguimiento promedio de 7 meses. Todos los pacientes fueron informados sobre la posibilidad de conversión a cirugía abierta y se obtuvo la firma del consentimiento informado. Los pacientes candidatos de ésta técnica debían tener historia compatible con apendicitis aguda y ausencia de contraindicación médica, quirúrgica o anestésica de cirugía laparoscópica.

Resultados: De los 16 pacientes operados sólo uno requirió conversión a cirugía laparoscópica convencional por hallazgo intraoperatorio de peritonitis difusa. De los 15 pacientes restantes 12 (80%) fueron mujeres y 3 (20%) fueron hombres, el promedio de edad fue de 34 años (con un rango de 18 a 65), el IMC observado varió entre 21 y 35 con un promedio de 27. Trece (86%) de los apéndices fueron descritos como flegmonosos, uno (7%) edematoso y uno (7%) gangrenado. Seis (40%) de los casos presentaron peritonitis localizada. Respecto del tiempo operatorio el promedio observado fue de 50 minutos (25 a 99 minutos) con una mediana de 45 minutos. El tiempo promedio de hospitalización postoperatoria fue de 37 horas (24 a 61 horas) sin reingresos hospitalarios. No hubo complicaciones en ninguno de los 15 pacientes. Al momento del último control no se ha observado incidencia de hernia incisional. Catorce (94%) pacientes se encontró "muy satisfecho" al momento de la aplicación de la encuesta de satisfacción. Sólo una paciente (6%) contestó "satisfecha" por motivo de la cicatriz visible.

Conclusión: En nuestra experiencia la apendicectomía laparoscópica monopuerto es una técnica segura, eficaz y reproducible con buenos resultados estéticos. Los costos asociados a la ALMP con uso de guante pueden ser asequibles para hospitales con menores recursos.

Hernioplastia laparoscópica bajo régimen de cirugía mayor ambulatoria en el Hospital Regional de Coyhaique

Iván Alejandro Núñez Quiroz , Claudio Vallejos Olavarría.*

Hospital Regional de Coyhaique

Introducción: La hernioplastia laparoscópica (HL) se ha descrito como una opción válida de tratamiento de la hernia inguinal. En la actualidad no hay descrito en la

literatura nacional experiencias de esta técnica bajo el régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA).

Objetivos: Describir la experiencia del Hospital Regional de Coyhaique (HRC) en la implementación de la HL bajo régimen de CMA.

Material y Método: Serie de casos retrospectiva. Se revisaron fichas clínicas de todos los pacientes intervenidos bajo régimen CMA entre mayo de 2015 y junio de 2017. Los criterios de inclusión fueron pacientes ASA I-II, IMC menor a 35, no ser usuario de TACO, contar con adulto responsable 24 hrs post-operatorio; se excluyeron los que no cumplían con lo anterior. Se realizó seguimiento a las 24 hrs post-operatorio vía telefónica. En el período estudiado se confeccionó ficha de los 41 pacientes que ingresaron al estudio, registrando variables clínicas, epidemiológicas y quirúrgicas.

Resultados: Ingresaron 41 pacientes al servicio de CMA con diagnóstico de hernia inguinal. Las cirugías fueron realizadas por diferentes miembros del staff quirúrgico (37) y por residentes de cirugía (4). El sexo fue predominantemente masculino (83%), con edad promedio de 51 años y un IMC de 25. El tiempo quirúrgico promedio fue de 65 minutos. Debido a dificultades técnicas se realizaron 2 conversiones que evolucionaron sin complicaciones, siendo dados de alta antes de 48 hrs. Ningún paciente presentó complicaciones durante la cirugía, ni en los controles posteriores a las 24 hrs y al mes. De los 39 pacientes operados vía laparoscópica el 100% fue dado de alta el mismo día. Hasta el momento del cierre del trabajo se presentó una recidiva.

Conclusión: La HL es una estrategia quirúrgica posible de ser realizada bajo régimen de CMA en pacientes seleccionados con buenos resultados. Es necesario mantener el seguimiento de estos pacientes para pesquisar la aparición de recidivas en el largo plazo.

Comparación del uso de dispositivos de electrocoagulación bipolar (DEB) versus técnica clásica en tiroidectomías totales bilaterales (TTB). Hospital Dr. Gustavo Fricke. Viña del Mar.

Francisco Xavier Báez Rojas , Adriana Lobos Martínez, Marcia Valenzuela Diaz.*

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

Introducción: La TTB es el procedimiento estándar para el tratamiento de patologías tanto malignas, como benignas del tiroides. La disección cuidadosa y el reconocimiento de sus pedículos vasculares es esencial a la hora de evitar el sangrado intraoperatorio y hematoma cervical. Pese a tener tasas bajas de morbimortalidad (1-3%), el uso de DEB han demostrado disminuir los tiempos y el sangrado intraoperatorio.

Objetivos: Comparar, los outcomes post operatorios entre los pacientes sometidos a TTB con dispositivos de energía bipolar versus los intervenidos con técnica clásica en el servicio de cirugía del Hospital Dr. Gustavo Fricke entre enero 2015 y Junio 2017.

Material y Método: Estudio de casos y controles, en el cual se evaluaron la totalidad de pacientes sometidos a TTB durante período descrito. Se establecieron como casos los pacientes intervenidos mediante apoyo de DEB y como controles todos los pacientes sometidos a TTB por técnica clásica. Se incluyeron pacientes adultos intervenidos por mismo equipo quirúrgico en forma electiva por patología maligna o benigna de tiroides. Se excluyeron los pacientes intervenidos de urgencia y/o por otro equipo quirúrgico. Se realizó análisis descriptivo de datos demográficos, generalidades de estudio previo, y de complicaciones intra y post operatorias. Analítica de outcomes entre ambas técnicas en cuanto a tiempo operatorio, sangrado, paratiroides y recurrentes preservados, hematoma cervical, calcemia y drenajes.

Resultados: Se estudiaron un total de 62 pacientes (87% Femenino/ 12% Masculino). Un 62% de total intervenido por Ca. Tiroideo y 20% por BMN. 33,87% (21) de pacientes intervenidos con uso de DEB y 66% (41) con técnica clásica. Tpo. Operatorio 84,8 min (Media de 75,7 min en grupo DEB vs 89,5 min con técnica clásica). Hematoma cervical 4,85% (3) (1 con uso de DEB vs 2 en T. Clásica). Lesión Recurrente 4,84% (3). Promedio de 3 paratiroides preservadas en

total. Promedio de 2,24 días de estadía post operatoria entre ambos grupos. E. Analítico demostró una relación estadísticamente significativa en la disminución de Tiempo operatorio (reducción de 14 minutos , P= 0.004). Sin relación estadísticamente significativa en lo que corresponde a desarrollo de hematoma cervical, estadía post operatoria, hematoma cervical, lesión de recurrente ni uso de drenaje post operatorio.

Conclusión: Existe similitud en cuanto a resultados respecto a ECR similares, existiendo una tendencia a la disminución de los tiempos operatorios mediante el uso de DEB que oscila entre 11 y 16 minutos, sin grandes cambios en relación a lesión de nervio recurrente y/o hipocalcemia. En este sentido, los dispositivos de energía son una alternativa segura para la cirugía tiroidea.

Estudio de la deglución mediante videofluoroscopia de pacientes con cáncer de laringe tratados con laringectomía total más faringectomía parcial y reconstrucción faríngea con colgajo pediculado

Marcelo Andrés Fuentes Espinoza , Marcelo Sánchez Peña, Dahiana Andrea Pulgar Boin, Glomaryeth Coromoto Luque Sulbaran, Andrea Lidia San Pedro Sánchez.*

Hospital Regional de Talca. Servicio de Cirugía.

Introducción: La laringectomía total es el tratamiento de elección del Ca de laringe en estadios avanzados y luego del fracaso de la radioterapia. En pacientes con compromiso faríngeo, se asocian faringectomías parciales o totales. El defecto puede repararse con colgajos libres o pediculados, teniendo estos últimos la ventaja de ser rápidos de hacer, confiables, con buena irrigación y resistentes a la RT postop

Objetivos: Evaluar los mecanismos de la deglución mediante videofluoroscopia de pacientes con cáncer de laringe tratados con laringectomía total más faringectomía parcial y reconstrucción faríngea con colgajo pediculado, además de valorar su impacto en el estado nutricional y calidad de vida de los pacientes.

Material y Método: Estudio de cohorte retrospectivo y serie de casos. Se revisaron registros de pacientes con cáncer de laringe tratados con laringectomía total más faringectomía parcial y reconstrucción con colgajo pediculado en el Hospital Regional de Talca entre los años 2009 y 2017, encontrando 5 casos de los cuales 3 se encontraron vivos al momento de iniciar el estudio. Se

analizaron estudios de videofluoroscopia para evaluar mecanismos de deglución, presencia de estenosis y/o fistulas. Además, se realizó una evaluación nutricional para correlacionarlo con su estado deglutorio, así como una encuesta de calidad de vida para identificar factores biopsicosociales de relevancia que pudiesen impactar en los resultados de la reconstrucción faríngea y su funcionalidad.

Resultados: En la videodeglución, los 3 pacientes del estudio presentaron escasa retención de material de contraste a nivel de hipofaringe y esófago cervical, posterior a la administración de bario de consistencia líquida en cantidades progresivas. Uno de ellos presentó una estenosis discreta a nivel esofágico cervical bajo, sin asociación a disfagia. Todos los pacientes se encontraron eutróficos en su evaluación nutricional y sin evidencias de alteración de su calidad de vida secundaria a la deglución.

Conclusión: La reconstrucción faríngea parcial con colgajo pediculado en pacientes con laringectomías totales asociadas a faringectomía parcial permite mantener una deglución adecuada y sin disfagia, con un estado nutricional adecuado y sin evidenciar impacto negativo significativo en la calidad de vida del paciente.

Angiosarcoma de tiroides: reporte de caso y revisión de la literatura

Alejandro Esteban Larrain Babaic , Ana María Hudson Correa, Diego Romero Vega, Ruby Carrasco Gaete, Sofia Waissbluth Abarca.*

Hospital Dr. Sótero del Río. Cirugía oncológica de cabeza y cuello.

Introducción: Los sarcomas primarios de tiroides son neoplasias infrecuentes (0.05 a 1.5% de todos los cánceres de tiroides), siendo el angiosarcoma (AS), un subtipo derivado de tejido endotelial, el más frecuentemente reportado. Generalmente se presenta en adultos mayores como un bocio de rápido crecimiento. Es una neoplasia agresiva, con alta tasa de recurrencia, metástasis temprana y pronóstico ominoso.

Objetivos: El objetivo de esta comunicación es presentar el caso de un angiosarcoma de tiroides, diagnosticado a partir del estudio de un bocio tiroideo de rápido crecimiento.

Material y Método: Reporte de un caso de angiosarcoma de tiroides y revisión de la literatura en torno al tema.

Resultados: Paciente femenina de 75 años, con antecedentes de HTA y DM, consulta por aumento de volumen cervical, sin otros síntomas. Al examen físico destaca tiroides con nódulo de 5 cm en lóbulo izquierdo. Sin adenopatías clínicas. Ecografía cervical muestra nódulo tiroideo de 5x3x4.2 cm, sólido, con áreas hipoecogénicas y calcificaciones gruesas; sin flujo vascular interno significativo. En lóbulo derecho se identifican 3 nódulos sin características sospechosas. Sin adenopatías cervicales. Se realiza punción por aguja fina del nódulo predominante, que informa neoplasia maligna poco diferenciada. Se decide tiroidectomía total, con postoperatorio favorable. El informe anatomopatológico describe lóbulo tiroideo izquierdo extensamente comprometido por lesión difusa, de patrón infiltrante de alto grado, poco diferenciado, con bordes negativos. El estudio inmunohistoquímico es positivo para los marcadores CD31 y ERG, compatible con angiosarcoma. La paciente presenta primera recidiva a los 5 meses postoperatorio. TAC que informa masa de 5 cm, sin metástasis a distancia. Es evaluada en comité oncológico de tiroides, indicando cirugía de rescate y radioterapia adyuvante. A los 7 meses presenta nueva recidiva con extensión cefálica hasta el piso de la boca, y desde la tráquea hasta la piel. Múltiples metástasis pulmonares. Evoluciona con disfonía leve y masa cervical ulcerada hemorrágica, por lo que es derivada a cuidados paliativos y radioterapia hemostática por comité oncológico.

Conclusión: El angiosarcoma primario de tiroides es una entidad rara, con pocos casos reportados. El diagnóstico diferencial con carcinomas puede ser desafiante, cobrando gran relevancia la inmunohistoquímica. El tratamiento consta de tiroidectomía total, usualmente asociada a radioterapia; sin embargo, no hay evidencia de calidad para recomendar un tratamiento estándar por su baja frecuencia de presentación.

Abordaje Retroauricular en Cirugías de Cabeza y Cuello, experiencia Inicial en Clínica Alemana.

arturo madrid moyano , felipe capdeville fuenzalida, luis felipe zanolli de solminihac, fabio valdes gutierrez, hugo rojas pineda, Ingrid Plass del Corral.*

Clínica Alemana. cirugía .

Introducción: Existe un aumento de técnicas mínimamente invasivas para cirugías de cabeza y cuello, mejorando resultados estéticos y funcionales, sin comprometer los estándares oncológicos. Los procedimientos robóticos han impulsado el desarrollo de nuevos abordajes al cuello, incluyendo la vía

retroauricular, la cual impresiona ser reproducible y segura, aportando beneficios estéticos y funcionales.

Objetivos: Nuestro objetivo primario es describir la reciente experiencia de nuestro centro con el abordaje retroauricular en cirugías de cabeza y cuello, una técnica pionera en nuestro país.

Material y Método: Análisis prospectivo de los primeros 12 pacientes sometidos a abordaje retroauricular en nuestro servicio. Todos los pacientes fueron evaluados en comité, operados bajo anestesia general, con la misma técnica de acceso retroauricular, el mismo instrumental y por el mismo equipo quirúrgico durante 2016 y 2017. Fueron evaluados en su postoperatorio inmediato, a la semana y al mes post cirugía. En cada visita, se evaluó la presencia de posibles complicaciones tales como seromas, hematomas, infecciones del sitio quirúrgico, dehiscencia o necrosis del colgajo cutáneo o alteración de nervios craneales y sus ramas. Se realizó un análisis descriptivo de las variables, según su naturaleza, mediante indicadores de tendencia central y porcentajes.

Resultados: Incluimos un total de 12 pacientes, de los cuales 11/12 (92%) fueron mujeres, existiendo sólo un hombre. La edad tuvo una mediana de 36 años, con un rango entre 12 y 71 años. El tiempo quirúrgico promedio fue de 2 horas, utilizando 30 minutos para elevación del colgajo y posicionamiento de separadores. Fueron tratados: -Tumores parotídeos 33% (4/10), todos con citología benigno preoperatoria y se les realizó una parotidectomía parcial con neuromonitorización intraoperatoria (NIM). -Nódulos tiroideos únicos 25% (3/12), En todos se realizó una lobectomía tiroidea robótica con NIM. -Adenopatías cervicales en estudio 17% (2/12), ambas recibiendo disecciones yugulares simples con NIM, una de ellas realizada con apoyo robótico. -Tumores cervicales quísticos 25% (3/12), uno con sospecha de quiste braquial y 2 con sospecha de linfangiomas. A todos se les realizó resección del tumor descrito con NIM. En la mayoría de los pacientes (75%) se utilizó drenaje tipo Blake, el cual fue retirado al lograr un débito diario < 20ml. La hospitalización tuvo una mediana de 2 días, sin embargo, 5 pacientes (42%) sólo permanecieron 1 día. No observamos complicaciones a largo plazo ni reoperaciones. Un paciente presentó una leve paresia de la rama marginal del nervio facial, sin secuelas permanentes. Un seroma leve autolimitado y un caso eritema del colgajo que se interpretó como infeccioso, respondiendo rápidamente a antibióticos orales.

Conclusión: Esta experiencia sugiere que es una técnica reproducible, segura y oncológicamente efectiva, con un

control estricto de sus indicaciones. Nuestra impresión es que aporta excelentes resultados estéticos y funcionales, lo cual requiere validación. Originalmente diseñado para la vía robótica, su ventaja es que es aplicable sin instrumental especial a una larga lista de patologías cervicales.

Riesgo de Metástasis Centrales en pacientes con Cáncer Papilar de Tiroides y Linfonodos Centrales con Patrón Ecográfico Incierto

Ingrid Plass del Corral , Hernan Tala Jury, Eleonora Horvath Polos, carolina whittle pinto, Juan Pablo Niedman Espinoza, paulina gonzalez aravena, felipe capdeville fueenzalida, hugo rojas pineda, ricardo rossi fernandez, fabio valdes gutierrez, jeannie slater morales, arturo madrid moyano.*

Clínica Alemana. Departamento de Cirugía, Endocrinología y Radiología Clínica.

Introducción: La Ecografía de etapificación tiene un rol importante en Cáncer Papilar de Tiroides (CPT) al detectar linfonodos centrales (LNC) que deben ser resecados al momento de la cirugía. Sin embargo, el riesgo en los linfonodos catalogados como "inciertos" no está claro, más aun cuando se asocian a Tiroiditis de Hashimoto (TH) y pueden interpretarse como reactivos.

Objetivos: Objetivo Primario: Determinar el riesgo de metástasis centrales clínicamente relevantes (MCCR) en pacientes con CPT y ecografía cervical de etapificación con LNC inciertos, en presencia o ausencia de TH. Objetivos secundarios: Explorar factores preoperatorios que pueden influir en la presencia de MCCR en LNC con patrón ecográfico incierto.

Material y Método: Diseño Serie de Casos. Revisión retrospectiva de los paciente con LNC inciertos en ecografía que fueron resecados en nuestro centro entre 2013-2017. Definimos LNC inciertos como aquellos LNC prominentes asociados a TH y aquellos que acompañan a un CPT, sin tener características sospechosas típicas. Se excluyeron pacientes con LNC con patrón ecográfico sospechoso (micro/macro calcificaciones, áreas quísticas, spot hiperecogénicos, hipervascularización y vasos capsulares). Se evaluó la presencia de 2 grupos de MCCR, aquellas > 2mm y, además, aquellas >5mm, apostando a su mayor relevancia clínica. Se analizaron las variables independientes de presencia o ausencia de TH, tamaño LNC y del tumor primario en la ecografía, en análisis univariado y multivariado (regresión logística).

Resultados: De un total de 116 pacientes, 89% fueron mujeres y la mediana de edad fue de 39 años. Un 46% tuvo LNC metastásicos, 30% MCCR >2mm y 17% MCCR ?5mm. La presencia de TH mostró un mayor riesgo de metástasis estadísticamente significativa (45% vs 21%, p=0.003) para MCCR >2mm. Del mismo modo, LNC ?6mm también mostraron mayor riesgo de MCCR con significancia estadística (42% vs 18%, p=0.004 para MCCR >2mm y 29% vs 5%, p=0.0008 para MCCR ?5mm). Los tumores ? 1cm también presentaron mayor riesgo para ambos tamaños de metástasis estudiadas (39% vs 22%, p=0,039 para MCCR <2mm y 25% vs <10%, p=0.033 para MCCR ?5mm). En el análisis multivariado, la presencia de TH demostró ser un factor independiente que disminuye estadísticamente el riesgo de MCCR (OR 0.27, IC 0.11-0.66, p=0.004) y los LNC ?6mm amentando el riesgo (3.38, IC 1.33-8.58, p=0.01). El tamaño tumoral ?1cm mostró tendencia a un aumento de riesgo (OR 2.9, IC 0.89-5.34, p=0.08). Los pacientes con mayor riesgo fueron aquellos que mostraron ecografías con LNC ?6mm en ausencia de tiroiditis (62% MCCR > 2mm; 38% MCCR ?5 mm) y tumores ?1cm en ausencia de tiroiditis (60% MCCR > 2mm; 35% MCCR ?5 mm). Si bien la presencia de TH estuvo significativamente asociada a un menor riesgo de metástasis hay un porcentaje no despreciable (21% CRCM > 2mm; 13 % CRCM ?5 mm), que se eleva al asociar tumores ?1cm (28% MCCR>2mm y 19% MCCR ?5mm) o LNC ?6mm (32% MCCR>2mm y 24% MCCR ?5mm).

Conclusión: El riesgo de MCCR en pacientes con LNC inciertos sometidos a resección fue de 30% para MCCR > 2mm y 17% para MCCR ?5mm. La ausencia de TH y LNC ?6mm en la ecografía estuvieron significativamente asociados a un mayor riesgo de MCCR. Creemos que esta información debe ser considerada al momento de planificar el acto quirúrgico y evaluar la disección central.

CIRUGÍA ROBÓTICA TRANSORAL (TORS): EXPERIENCIA en CLINICA ALEMANA DE SANTIAGO

arturo madrid moyano , felipe capdeville fuenzalida, luis felipe zanolli de solminihac, fabio valdes gutierrez, hugo rojas pineda, Ingrid Plass del Corral, Juan carlos Aguayo Romero.*

Clínica Alemana. Cirugía .

Introducción: El tratamiento tradicional del cancer de orofaringe ya sea quirúrgico o mediante quimioradioterapia se asocia a secuelas reconocidamente

graves. Ello ha impulsado el desarrollo de nuevas técnicas y abordajes. Desde el año 2006 se desarrollando a nivel mundial la técnica de cirugía robótica transoral (TORS). Esta revisión representa la primera evaluación de esta técnica en nuestras manos.

Objetivos: Describir la experiencia con TORS en Clínica Alemana.

Material y Método: Serie de casos, que incluyó todos los pacientes con tumores de cabeza y cuello resueltos mediante TORS desde diciembre 2013 a abril 2017 en Clínica Alemana de Santiago. Todos los pacientes fueron seleccionados y operados por el mismo equipo quirúrgico y utilizando el mismo instrumental y equipo (Robot DaVinci Si). Se analizaron variables demográficas y clínicas, según su naturaleza.

Resultados: Han sido tratados 8 pacientes, 5 (62%) fueron mujeres, y la mediana de edad fue de 62 años. Se resecaron 3 tumores de base de lengua (37.5 %), 2 tumores orofaríngeos (25%), 1 (12.5%) tiroides ectópico lingual, 1 (12.5%) papiloma prelaríngeo y 1 (12.5%) hiperplasia amígdala lingual bilateral. La mediana de tamaño tumoral fue de 1cm. Se realizó biopsia rápida en 6 TORS (75%). La principal histología fue carcinoma espinoceleular en 5 pacientes (62.5%) y 3 lesiones benignas (tiroides ectópica, granuloma piógeno e hiperplasia amigdalina). El tiempo operatorio promedio fue de 164.5 min. Solo se realizó una traqueostomía transitoria (en el primer caso) . El inicio de régimen por vía oral fluctuó desde 6 hrs hasta el séptimo día postoperatorio (mediana de 48hrs). La mediana de día de hospitalización fue de 4 días y no existió complicaciones postoperatorias ni mortalidad .

Conclusión: La Cirugía Robótica Transoral (TORS) es una técnica segura y reproducible en nuestro centro. Con una correcta indicación/selección de la patología y el paciente se evidencian bajas tasas de complicaciones, reinicio rápido de vía oral, hospitalización muy abreviada y baja morbilidad.

TUMOR FIBROSO SOLITARIO HIPOFARÍNGEO REPORTE DE UN CASO Y ACTUALIZACIÓN DE LITERATURA

Darío Palominos Salas , Josefina Sepúlveda Gimeno, Felipe Fuenzalida Schwerter, Matías Minassian Münster, Ricardo Schwart Jodorkovsky, Alejandra Gallego Cifuentes.*

HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGOCIRUGIA / CABEZA Y CUELLO.

Introducción: El tumor fibroso solitario (TFS) es una neoplasia poco frecuente, con compromiso pleural en la mayoría de los pacientes. En los últimos 15 años se han reconocido en una gran variedad de sitios, actualmente se describe que n 20% se originan en cabeza y cuello, existiendo sólo 3 casos de TFS hipofaríngeo descritos en la literatura. El tratamiento actual consiste en la resección completa del tumor.

Objetivos: Reportar el caso, manejo quirúrgico y evolución de un paciente con un tumor fibroso solitario a nivel hipofaríngeo.

Material y Método: Reporte de caso. Características clínicas, imagenológicas y quirúrgicas son presentadas de manera descriptiva y retrospectiva

Resultados: Hombre de 36 años, sin antecedentes médicos, inicia cuadro de disfagia lórica rápidamente progresiva que evoluciona a afagia. Al examen se pesquisa tumor hipofaríngeo exofítico que se origina del seno piriforme izquierdo, respeta las cuerdas vocales y comprime el esófago hacia posterior. TAC evidencia masa vascularizada de 52x29x43 mm a nivel de hipofaríngeo, proximal a los cartilagos aritenoides, desplazando la epiglotis, comprimiendo parcialmente las vallecúlas y oblitera a los senos piriformes, sin signos de diseminación. Se realiza laringoscopia directa, obteniendo biopsias de la lesión, que informan tumor fusocelular neuroide, con alto índice mitótico y atipia celular, compatible con TFS laríngeo. La inmunohistoquímica evidenció CD34(+), CD31 (+++), Bcl2(+++) y Ki 67(+++) y S100(-), sugiriendo comportamiento agresivo. Se decide realizar resección tumoral, mediante faringotomía lateral, con resección completa de la lesión. Paciente evoluciona favorablemente, sin disfagia ni complicaciones. Sin evidencia de enfermedad a los 5 meses de seguimiento.

Conclusión: Los TFS laríngeos son extremadamente raros. Resulta indispensable su total resección, respetando los criterios oncológicos, con el fin de asegurar una adecuada funcionalidad local y calidad de vida de los pacientes.

Carcinoma papilar en quiste del conducto tirogloso: revisión de la literatura a propósito de un caso

Ana María Hudson Correa* , Diego Romero Vega, Manuel Manzor Véliz, Alejandro Esteban Larraín Babaic, Carolina Miranda Viorklumds, Pablo Herman Montero Miranda.

Hospital Dr. Sótero del Río. Cirugía de cabeza y cuello.

Introducción: Los quistes del conducto tirogloso son la causa más frecuente de masa cervical congénita; aproximadamente un 7% de la población adulta los presenta y más del 50% tienen tejido tiroideo ectópico funcional. El carcinoma de quiste del tirogloso es raro, encontrándose en 1% de todos los quistes del conducto del tirogloso resecaados y la histología más recuente es el carcinoma papilar tiroideo (94%).

Objetivos: Presentar reporte de caso sobre una paciente con carcinoma del conducto tirogloso de hallazgo incidental, y revisión de la literatura en torno al tema.

Material y Método: En relación a un caso de carcinoma en quiste del conducto tirogloso se revisa la literatura en torno al tema.

Resultados: Paciente mujer de 34 años, sin antecedentes, consulta por aumento de volumen cervical anterior de 8 meses de evolución. Al examen físico destaca lesión nodular tirohioidea de 3 cm, que se moviliza con la deglución. Se realiza ecografía cervical que describe lesión nodular ecogénica heterogénea con calcificaciones, de 2.2 cm, y sombra acústica posterior. Tiroides sin alteraciones. TAC de cuello muestra lesión supratiroidea en la línea media, nodular, de 16 mm de diámetro, que desplaza músculo tirohioideo, con microcalcificaciones en su espesor. Se refuerza intensamente tras la administración de medio de contraste. Se reseca según técnica de Sistrunk, respetando el quiste y obliterando el conducto tirogloso, sin incidentes. Evoluciona sin complicaciones postoperatorias. En estudio anatómo-patológico se informa un carcinoma papilar sólido-quístico de 1.8 cm, con bordes a 1 mm de la lesión. Se complementa estudio con serología para tiroglobulina en sangre y anticuerpos antitiroglobulina, ambos dentro de límites normales. Ecografía cervical postquirúrgica, identifica una adenopatía en el grupo IV derecho con características ecográficas que sugieren compromiso secundario. Se discute caso en comité oncológico de tiroides, en el cual se decide tiroidectomía total con biopsia intraoperatoria de adenopatía sospechosa, la cual resulta positiva para metástasis ganglionar de cáncer papilar por lo que se realiza disección cervical de los grupos ganglionares II, III, y IV.

Conclusión: El diagnóstico de cáncer del conducto tirogloso es usualmente incidental. El rol de las imágenes es identificar marcadores de malignidad y cáncer tiroideo sincrónico. El compromiso ganglionar es frecuente, no así las metástasis a distancia. El tratamiento es resección quirúrgica; la tiroidectomía, disección cervical y adyuvancia son controvertidos. A pesar de ello, el pronóstico es excelente.

Correlación entre citología pre operatoria Bethesda III y estudio anatomopatológico definitivo en tiroidectomías.

jonatan armando ponce ortega, angel ortiz valenzuela, gabriela padilla fortunatti, pablo madariaga roman.*

Hospital Clínico San Borja-Arriarán. cirugía.

Introducción: Los nódulos tiroideos son un problema clínico frecuente. La herramienta más costo-efectiva en su evaluación es la PAAF. La citología Bethesda III (BIII) presenta controversia en los criterios en manejo, y mayor malignidad que la reportada en el consenso inicial. Por lo anterior, en nuestro centro se realiza tiroidectomía total a todos los pacientes con citología BIII desde 2012.

Objetivos: La indicación de tiroidectomía inicial, se basó en estudios de otros centros y en estudios internacionales. El objetivo de este trabajo es conocer y describir los hallazgos anatomopatológicos definitivos que se encuentran en tiroidectomías totales realizadas luego de un estudio citológico pre operatorio categoría Bethesda III y evaluar si se justifica o no el tratamiento quirúrgico inicial.

Material y Método: Estudio analítico observacional y retrospectivo. Se revisaron epicrisis y fichas clínicas, incluyendo a todos los pacientes cuya PAAF pre operatoria fuera Bethesda III, desde el año 2013 hasta abril de 2017, y que posteriormente se sometieron a tiroidectomía con estudio anatomopatológico disponible. Se excluyeron pacientes de años previos debido a informes citológicos ambiguos. Además de 2 pacientes del periodo estudiado: el primero con PAAF de dos nódulos, uno con Bethesda V; el otro con hemitiroidectomía previa al periodo estudiado sin PAAF, reingresado para totalización. Variables estudiadas: género del paciente, origen del citológico y correlación entre citología pre operatoria con la biopsia definitiva y con número de PAAF total. Los resultados se expresan en estadística descriptiva.

Resultados: Durante el periodo de estudio se realizaron 200 PAAF. Se clasificaron como Bethesda III las citologías de 26 pacientes, lo que equivale al 13% del total de estudios citológicos (26/200). De estas 26 solo un 30.8% (8/26) se realizaron en nuestro centro, principalmente en los últimos dos años. Todas las pacientes BIII fueron mujeres. A ninguna se indicó repetir la PAAF y a todas se les indicó una tiroidectomía total, representando el 8.58% (26/303) de todas las

tiroidectomías realizadas en este periodo. El estudio anatomopatológico definitivo de las piezas quirúrgicas BIII (tomando en cuenta la principal histología de cada pieza), corresponde en su mayoría a hiperplasia folicular que representa un 76.9% del total (20/26). El 23% (6/26) de las muestras, corresponde a neoplasias: un adenoma, dos microcarcinoma papilar variante folicular, dos microcarcinoma papilar clásico y un carcinoma papilar variante oncocítica. Por lo tanto, un 19.2% (5/26) de las muestras corresponden a patología maligna.

Conclusión: Los resultados obtenidos en este estudio muestran una prevalencia de 19.2% de patología maligna en citología Bethesda III en nuestro centro. Además del total de PAAF realizadas, un 13% presenta el diagnóstico de Bethesda III. De acuerdo a los resultados obtenidos, concordante con la literatura disponible, se justifica la indicación quirúrgica de rutina como se realiza en nuestro centro.

Fístula colovesical por tumor de colon.

Caso clínico

Alejandro J. Zarate Castillo* , Ramiro Caballero ,
Andres Torrealba Aranguiz, Sofía Medina Henzi, Hugo
Morales Cabezas, MUNIR ALAMO ALAMO.

Universidad Finis Terrae

Introducción: La fístula colovesical es por un tumor de colon es una entidad infrecuente, la causa más frecuente de fistulas colovesicales es la enfermedad diverticular complicada

Objetivos: Presentar el caso de una paciente con un fístula colovesical con etiología de adenocarcinoma colónico.

Material y Método: Presentación de caso clínico

Resultados: Caso clínico: Paciente de 75 años con antecedentes de hipotiroidismo, colecistectomía y apendicectomía. Presenta un cuadro clínico caracterizado por hematoquezia y hematuria de 2 meses de evolución. Al examen físico de ingreso: abdomen: Blando, depresible, sensible en hipogastrio. Cistoscopia: lesión posiblemente inflamatoria en la pared. Tomografía computada mostró: tumor en la zona rectosigmoidea en contacto con vejiga. Colonoscopia evidenció: tumor en zona rectosigmoidea, resto de examen sin alteraciones Cirugía: laparotomía media, masa rectosigmoidea que está adherida a vejiga, con zona de abscedada. Se realiza operación tipo Hartmann con ligadura de arteria mesentérica inferior en la base y resección en block de vejiga. Anatomía patológica: Segmento de 18 cm de colon sigmoides, asociado a tejido vesical resecaado en bloque. La histología evidencia un adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado, con invasión de toda la pared incluyendo invasión a pared vesical hasta la mucosa de esta. Cero de doce linfonodos infiltrados por tumor. Postoperatorio cursa sin eventos adversos. Al seguimiento de un año, no se evidencia recidiva.

Conclusión: Discusión: Este caso presenta una causa no frecuente de fístula colovesical, con resolución quirúrgica y en un seguimiento a corto plazo sin recidiva.

tratamiento de la enfermedad hemorroidaria con ligadura arteria y pexia guiada por doppler

alejandra barrera escobar* , guillermo bannura
cumsille, manuel lizana corvera.

Hospital Clínico San Borja-Arriarán, Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Campus CentroDepartamento de Cirugía.

Introducción: La enfermedad hemorroidaria se define como la presencia de síntomas persistentes y progresivos, con una alteración importante de la calidad de vida. El tratamiento clásico consiste en la Hemorroidectomía, con buenos resultados alejados, pero con importante dolor en el pos operatorio inmediato, alta tasa de uso de analgésicos e incapacidad laboral y funcional importante.

Objetivos: Describir la técnica de ligadura arterial y pexia guiada por Doppler en un paciente portador de enfermedad hemorroidaria grado 3 con la técnica THD.

Descripción y contenido del vídeo: Se muestra la técnica de identificación de las ramas terminales de los vasos rectales asistida por una sonda Doppler y la posterior pexia de la mucosa en 6 sectores, según la descripción de los diseñadores del dispositivo. Se aprecia una adecuada reducción de prolapso y ausencia de sangrado durante la intervención.

CONVERSION DE PUENTE DE CHAMBOULEYRON Y MUSSIARI (ENEMA INTERNO) CON ASCENDORRECTOANASTOMOSIS (VARIANTE DE OPERACIÓN DE VASCONCELLOS) A COLECTOMIA TOTAL CON ILEORRECTOANASTOMOSIS POR VIA LAPAROSCOPICA.

Gino Caselli Morgado* , Misael Ocares Urzúa, José Manuel Vivanco Aguilar, Felipe Martin Quijada, Claudio Benavides Yañez.

Hospital Regional de Concepción. Departamento de Cirugia. Universidad de Concepcion.

Introducción: El enema interno o puente de Chambouleyron-Mussiari fue descrito por Emilio Chambouleyron en la década del los 70, constituyendo una opción terapéutica para el manejo del megacolon y constipación crónica pertinaz en pacientes adolescentes.

Objetivos: Esta técnica consistía en una ileosigmoideo anastomosis sin resección, agregando una ascendorrecto anastomosis para lograr un lavado de las deposiciones y una eventual mejoría clínica del paciente.

Descripción y contenido del vídeo: Paciente de 48 años con persistencia de sintomatología caracterizada por distensión abdominal y estitiquez, con una mala calidad de vida y que se somete a una conversión de una ileosigmoideo anastomosis y una ascendorrecto anastomosis a colectomía total con ileorrectoanastomosis por vía laparoscópica. Se programó la realización de una colectomía total, con sección mecánica intracorpórea de la anastomosis cecorrectal y sección de anastomosis ileosigmoidea. El tránsito colónico fue restaurado con una anastomosis ileorrectal. La cirugía se realiza sin inconvenientes y un postoperatorio sin eventos adversos.

Resultados oncológicos y funcionales a largo plazo de pacientes con adenocarcinoma de recto inferior tratados con resección anterior ultrabaja interesfintérica

Francisco López Kostner , Carlos Alberto Miranda Fernández, Marlene Estay Fuentes, Alejandro Jose Zarate Castillo, Alejandra Ponce Flores, Udo Kronberg , Claudio Wainstein Gewolb, María Teresa Rivera López, Andrés Larach Kattan, Jorge Larach Said, Eliana Verónica Pinto Torres, María Alejandra Gonzalez Mesa.*

Clínica Las Condes. Unidad de Coloproctología.

Introducción: La resección anterior ultrabaja interesfintérica (RAUBIE), permite preservar la función esfinteriana en pacientes seleccionados con un cáncer en los últimos 5 cm del recto. No obstante, puede producir alteraciones en la función evacuadora y esfinteriana.

Objetivos: Analizar los resultados oncológicos y funcionales luego de una RAUBIE en pacientes con cáncer de recto.

Material y Método: Estudio observacional, analítico, transversal, durante el periodo 2007 a 2016. Criterios de inclusión: pacientes sometidos a una RAUBIE, por adenocarcinoma primario del recto e intención curativa. Se evaluaron los datos clínicos y quirúrgicos. En la anatomía patológica, se evaluó la respuesta patológica post – neoadyuvancia (escala de Ryan). Todos los pacientes tuvieron un seguimiento hasta julio del 2017 y los fallecimientos se constataron mediante certificados de defunción. Para la evaluación de la funcional se determinó el grado incontinencia fecal (Escala de Jorge-Wexner) y del síndrome de resección anterior baja (Escala de LARS). Análisis estadístico: Estadística descriptiva y para el análisis de supervivencia el método de Kaplan – Meier.

Resultados: De 21 pacientes; catorce (67%) fueron varones, (edad promedio: 59 años). La ubicación tumoral: 4 cm (2-6 cm) del margen anal. Diecinueve pacientes recibieron neoadyuvancia y 2 (11%) tuvieron respuesta patológica completa. Todos los márgenes quirúrgicos distales y radiales fueron negativos. Una o más complicaciones se observaron en 12 (57%) pacientes (Clavien-Dindo III y IV en 5 pacientes), de los cuales 3 (14%) fueron reoperados. No hubo mortalidad post-operatoria. Un paciente (4,8%) tuvo recurrencia a distancia. Con una mediana de seguimiento de 84,7 (17-127) meses, la supervivencia global y libre de enfermedad a 5 años fue de: 100% y 95% (IC: 90,6-99,8%), respectivamente. Para la evaluación funcional se excluyeron: 2 pacientes por quedar con una ostomía definitiva, 1 por demencia, 1 desistió de participar, 1 no ubicable y 1 fallecido (luego de 7 años desde la cirugía). Catorce de los quince pacientes evaluados tuvieron un seguimiento mayor a 24 meses, en ellos el puntaje de Jorge-Wexner tuvo una mediana de 13 puntos (puntaje ≥ 15 : 5 pacientes) y la escala de LARS una mediana de 34 puntos (puntaje ≥ 30 : 13 pacientes). Ni la escala de Jorge-Wexner (Hombres:12 Mujeres:13 $p=0,705$) ni la de LARS presentaron diferencias por género (Hombres:33 Mujeres:38 $p=0,053$). Lo mismo ocurre con ambas escalas entre los pacientes mayores y menores a 60 años, Jorge Wexner (≥ 60 :12 v/s <60 :12 $p=0,92$) LARS (≥ 60 :33 v/s <60 :36 $p=0,34$). Trece (87%) prefieren su estado actual a portar una ostomía.

Conclusión: Si bien los resultados oncológicos de los pacientes sometidos a una RAUBIE son satisfactorios, la evaluación de la función intestinal muestra un deterioro significativo. Pese a lo anterior los pacientes prefieren su condición actual por sobre ser portador de ostomía.

Tumor de células granulares perianal. Reporte de un caso

Macarena Paz Fernandez Alborno , Josefina Sepúlveda Gimeno, DARIO PALOMINOS SALAS, José Miguel Zúñiga Avendaño , José Gellona Vial, Leonardo Espíndola Silva, Joaquín Ignacio Irrarrázaval Espinosa, Luis Andrade Moscoso.*

Hospital Militar de Santiago Servicio de Cirugía. Equipo de Coloproctología.

Introducción: Los tumores de células granulares son generalmente benignos y se originan de las células de Schwann de tejidos blandos. Su diagnóstico implica un desafío ya que la ubicación perianal es extremadamente rara y su presentación clínica y radiológica es inespecífica.

Objetivos: Reportar el caso de una paciente portadora de un tumor perianal de células granulares operado en el Hospital Militar de Santiago el año 2016.

Material y Método: Paciente mujer, 50 años, obesa. Consulta por cuadro clínico de un año de evolución caracterizado por aumento de volumen perianal doloroso. En la inspección destaca gran masa glútea izquierda. Al tacto rectal se encuentra un tumor sólido posterior que traspasa la línea media e infiltra el esfínter anal externo sin comprometer la mucosa. La resonancia magnética de pelvis evidencia una lesión sólida expansiva de 7,5 cm que infiltra el esfínter anal externo comprometiendo el tejido adiposo perianal.

Resultados: Se reseca el tumor y se realiza una esfínteroplastia posterior. La biopsia diferida y el estudio inmunohistoquímico es compatible con tumor de células granulares perianal. La paciente evoluciona un año después con una recidiva local asociada a metástasis ganglionares inguinales. Se realiza una operación de Miles y posteriormente una disección inguinal. Actualmente se encuentra en controles periódicos en buenas condiciones.

Conclusión: Sólo el 1-2% de los tumores granulares tienen un comportamiento maligno, con capacidad metastásica. Su ubicación es muy amplia; a nivel perianal existen pocos casos descritos y pueden imitar otras lesiones malignas; en este contexto la inmunohistoquímica es fundamental para un diagnóstico preciso, siendo positiva para la proteína S 100. La resección quirúrgica amplia es el tratamiento de elección

RESULTADOS QUIRURGICOS EN EL MANEJO RESECTIVO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN PACIENTES DE 80 AÑOS O MÁS .

Misael Benedicto Ocares Urzúa, José Manuel Vivanco Aguilar, Claudio Benavides Yañez, Gino Caselli Morgado, Felipe Martin Quijada, Mauricio Contreras Bastías, Jorge Pincheira San Martín.*

Hospital Regional de Concepción, Universidad de Concepción Cirugía.

Introducción: Los adultos mayores son definidos por la OMS como individuos de 65 años o más. Esta población ha aumentado progresivamente debido a los avances en tratamientos médicos. Una consecuencia del aumento de la supervivencia es que más personas de edad avanzada se convertirán en candidatos para procedimientos quirúrgicos, dentro de los que destaca la cirugía resectiva del cáncer colorrectal (CCR).

Objetivos: Evaluar resultados quirúrgicos de una serie de pacientes de 80 años o más, a los cuales se les realizó cirugía resectiva por cáncer colorrectal en el Hospital Guillermo Grant Benavente.

Material y Método: Estudio observacional descriptivo retrospectivo realizado en pacientes de 80 años o más, portadores de CCR y sometidos a cirugía resectiva electiva o de urgencia en el Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción entre junio del 2002 y noviembre del 2010. Se revisó fichas clínicas, obteniendo información sobre variables sociodemográficas, comorbilidad, histología, estadio de la enfermedad, sobrevida global y sobrevida libre de enfermedad. La sobrevida global se evaluó mediante el análisis de supervivencia de Kaplan-Meier con la prueba log-rank.

Resultados: Muestra compuesta por 63 pacientes, 34 hombres y 29 mujeres con edad media de 84,2 años (DE±3,7). Todos los pacientes presentaron estudio histopatológico compatible con adenocarcinoma, logrando resección completa (R0) en todos los pacientes. A 49 pacientes les fue realizada una colectomía parcial, siendo 27 pacientes portadores de neoplasia de colon ascendente, 3 de colon transversal, 5 de colon descendente y 14 de colon sigmoideos. (Estadio Ib 1 paciente, IIa 25 pacientes, IIb 5 pacientes, IIc en 1 paciente, IIIa 6 pacientes, IIIb 4 pacientes, IIIc en 1 paciente y Estadio IV 6 pacientes). Un 22,2% (14 pacientes) correspondieron a neoplasias de recto, clasificándose según TNM7 como Estadio Ia en 2 pacientes, Estadio IIa 5 pacientes, Estadio IIIb 4 pacientes y Estadio IIIc a tres pacientes. Ninguno de los pacientes recibió terapia adyuvante. La sobrevida global fue de 32,9 meses.

Conclusión: El tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal en pacientes octogenarios es una realidad en países en vías de desarrollo, donde la fisiología y comorbilidades hacen de este un grupo especial. Creemos que hace falta un mayor número de pacientes intervenidos de forma electiva para sacar conclusiones y conductas.

DETECCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL CON COLONOSCOPIA EN PACIENTES CON SOSPECHA CLÍNICA GES.

Misael Benedicto Ocares Urzúa, José Manuel Vivanco Aguilar, Claudio Benavides Yañez, Felipe Martin Quijada, Gino Caselli Morgado, Mauricio Contreras Bastías.*

Hospital Regional de Concepción, Universidad de Concepción
Cirugía.

Introducción: El cáncer colorrectal es uno de los tumores más frecuentes en los países desarrollados. Su incidencia va en aumento haciendo que se busquen estrategias que permitan disminuir la mortalidad del mismo. Estas estrategias se han implementado en nuestro país dentro del plan GES. Se permite ingresar a este plan por sospecha clínica definida por Minsal. En estos pacientes es obligatoria la colonoscopia.

Objetivos: Determinar el motivo de ingreso al plan GES de CCR y la tasa de detección de adenomas y CCR en este grupo de pacientes.

Material y Método: Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de nuestro centro que incluyó a pacientes catalogados como sospecha de CCR desde marzo a julio del 2017. Estos pacientes fueron derivados principalmente de centros de atención primaria. Se revisaron fichas clínicas, obteniendo información sobre variables sociodemográficas, comorbilidades, motivo de sospecha de CCR, toma de muestras para estudio histopatológico y resultado.

Resultados: Se realizó 97 colonoscopias por CCR de colorrectal como parte del plan del GES, 65 mujeres y 32 hombres. La edad promedio fue de 64,2 años (DE±13,1). Los motivos de derivación y sospecha GES fueron rectorragia (41,2%), cambio de hábito intestinal (19,6%), baja de peso (8,2%), antecedentes personales y familiar de cáncer colorrectal (6,2%), anemia (5,2%), masa rectal (3,1%), test de sangre oculta en deposiciones positivo (3,1%), dolor abdominal (2,1%) y hematoquezia (1%). Se tomó muestra de tejido para estudio histopatológico en (20,6%) de los pacientes, encontrando lesiones adenomatosas en 10% y adenocarcinoma en 6,18% de las muestras.

Conclusión: La detección por colonoscopia del cáncer colorrectal en pacientes con sospecha clínica en nuestro país es crucial si se cataloga a los pacientes de forma adecuada. Las cifras de detección de adenocarcinoma en colonoscopia por sospecha clínica concuerdan con la literatura internacional.

SECUELAS POST-ANOPEXIA GRAPADA CIRCULAR.

Misael Benedicto Ocares Urzúa, José Manuel Vivanco Aguilar, Gino Caselli Morgado, Claudio Benavides Yañez, Felipe Martín Quijada, Catalina Sanllehi Zapata.*

Hospital Regional de Concepción, Universidad de Concepción
Cirugía.

Introducción: La enfermedad hemorroidal es motivo de consulta frecuente en la práctica diaria del coloproctólogo. Desde 1998 el manejo quirúrgico ha cambiado significativamente tras la introducción de la anopexia circular descrita por Longo. Se han descrito múltiples complicaciones crónicas de esta cirugía, destacando el dolor perineal, incontinencia, constipación y prurito.

Objetivos: Determinar la tasa de complicaciones crónicas postoperatorias y necesidad de re-intervención en pacientes sometidas a anopexia grapada circular.

Material y Método: Estudio observacional descriptivo realizado en pacientes sometidos a anopexia grapada entre enero de 2014 y julio de 2016, utilizando en todos los procedimientos grapadora circular Chex™ CPH34HV (Frankenman International Ltd, Hong Kong, China). Se realizó revisión de fichas clínicas hasta julio de 2017, para obtener información de variables sociodemográficas. A los pacientes se les aplicó encuesta vía telefónica donde se interrogó sobre complicaciones crónicas, específicamente incontinencia anal, spotting, prurito, sensación de calor anal, dolor perineal, constipación, recurrencia y necesidad de reintervención.

Resultados: Fueron intervenidos 70 pacientes (37 mujeres y 33 hombres), con edad media de 51,5 años (DE±14,2). Todos los pacientes fueron intervenidos de manera electiva y el seguimiento mínimo fue de 12 meses. La encuesta mostró constipación crónica en 4,2%, dolor perineal en 2,9%, recurrencia en 1,4%, prurito anal en 2,9% y sangrado en 4,2%. Se evidenció complicaciones crónicas en el 10% de los pacientes y solo un paciente requirió nueva anopexia grapada por recurrencia de patología de base.

Conclusión: La anopexia circular es una técnica segura y reproducible. La tasa de secuelas crónicas es aceptable en nuestra serie, similares a las comunicadas en la literatura.

RESOLUCIÓN DE SÍNTOMAS TRAS HEMORROIDECTOMÍA CONVENCIONAL. RESULTADOS FUNCIONALES Y DE SATISFACCIÓN.

Pablo Gabriel Moreno López, Angelo Franco Fulle Caro, Gonzalo Carvajal Guijón, Pamela Briones Nuñez, Felipe Quezada Diaz, Rodrigo Kusanovich Borquez, Richard Castillo Ramos.*

Hospital Dr. Sótero del Río.

Introducción: El tratamiento quirúrgico de la enfermedad hemorroidal se reserva para las hemorroides sintomáticas grado III ó IV, o cuando no hay respuesta a tratamiento conservador. Existen diversas técnicas quirúrgicas descritas con resultados variados respecto a satisfacción y resolución de síntomas.

Objetivos: El objetivo del presente trabajo es evaluar la sintomatología y grado de satisfacción de los pacientes sometidos a hemorroidectomía convencional en el Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río (CASR).

Material y Método: Se aplicó una encuesta telefónica retrospectiva a los pacientes sometidos a hemorroidectomía convencional en el servicio de cirugía ambulatoria del CASR, durante el periodo entre el 19 de junio de 2015 al 11 de enero de 2016. Se excluyeron a los pacientes con diagnóstico de fisura anal, fistula anorrectal, absceso anorrectal, enfermedad inflamatoria, condilomas o cáncer de ano. En la encuesta aplicada, se preguntó por síntomas al mes y a los 6 o más meses post operatorios. Se evaluó el sangrado, prurito, dolor y sensación de prolapso mediante escala de Likert e incontinencia fecal mediante escala de Jorge-Wexner. Finalmente, se consideraron dos preguntas de satisfacción del procedimiento y sus resultados.

Resultados: Un total de 43 pacientes respondieron la encuesta, con una mediana de edad de 55 años (17-80). La mediana de evaluación fue de 8 meses (6-12). Considerando los síntomas: sangrado, prurito, dolor y prolapso, 34 pacientes (79%) presentaban 3 o más síntomas preoperatorios considerados significativos. La persistencia sintomática al seguimiento varía entre un 9 a 16%, con excepción de la sensación de prolapso cuya persistencia alcanza hasta un 28%. Un total de 36 pacientes (83%) recomendarían la cirugía a un tercero. Cifra similar de pacientes se operaría nuevamente con la misma técnica.

Conclusión: La hemorroidectomía convencional con bisturí sigue siendo una técnica vigente, costo efectiva, y que en pacientes adecuadamente seleccionados permite una alta tasa de resolución de síntomas y una buena satisfacción usuaria.

Intususcepción de colon secundaria a lipoma gigante. Reporte de un caso.

María José Arteaga Valencia , José Miguel Zúñiga Avendaño , Sergio San Martín Ramírez .*

Clínica Universidad de Los Andes. Cirugía Clínica Universidad de Los Andes.

Introducción: Los lipomas colónicos son tumores benignos del tejido conectivo de pared intestinal. Representan 0,2 - 4,5% de tumores del tracto gastrointestinal, y son los tumores benignos mesenquimales más frecuentes del tracto gastrointestinal. Generalmente son asintomáticos y se pesquisan como hallazgo imagenológico o colonoscópico. También pueden manifestarse como dolor abdominal, sangrado rectal, cambio de

Objetivos: Presentar un caso de obstrucción intestinal por intususcepción colocolónica secundaria a lipoma gigante, el estudio de sospecha en urgencias, su manejo y estudio postoperatorio confirmando el diagnóstico. Revisar literatura identificando características clínicas, diagnóstico y manejo de estas lesiones

Material y Método: Se presentará un caso clínico. Paciente de 65 años consulta en urgencias por una semana de dolor abdominal, asociado a vómitos y constipación. Al examen destaca masa palpable en hipocondrio izquierdo, sin signos de irritación peritoneal. TAC abdomen-pelvis: invaginación de colon transverso distal que determina obstrucción con dilatación proximal secundario a tumor. En laparotomía exploradora se encuentra intususcepción de colon transverso en relación a tumor de aspecto lipomatoso. Se realiza resección de segmento y anastomosis primaria. La biopsia de pieza operatoria informo informó lipoma de colon de 7 cm

Resultados:

Conclusión: El manejo quirúrgico de los lipomas de colon es inhabitual, pero puede ser necesario ante lipomas grandes, pacientes sintomáticos, frente a complicaciones o sospecha de malignidad. Tienen una sobrevida del 99% a 10 años. El diagnóstico definitivo es a través de anatomía patológica.

Diverticulitis aguda perforada con aire extraluminal: Comportamiento y evolución clínica

Sebastián Ignacio Cruz Martí , Katya Carrillo Gonzalez, Sebastián Lopez Nuñez, Antonella Sanguinetti Montalva, Claudia Moya Ochoa, Mauricio Díaz Beneventi, José Luis Llanos Bravo, Günther Bocic Alvarez, Rodrigo Azolas Marcos, Mario Abedrapo Moreira.*

Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Departamento de Cirugía.

Introducción: En la ausencia de una perforación libre y peritonitis en diverticulitis aguda, la trascendencia de la presencia exclusiva de aire extraluminal escaso, además del comportamiento clínico de estos pacientes no está bien establecido.

Objetivos: El objetivo de este estudio es evaluar y describir la presentación y curso clínico de estos pacientes, así como identificar factores predictores (demográficos, clínicos, laboratorio e imagenológicos) que determinen una evolución tórpida.

Material y Método: Estudio de cohorte retrospectiva. Se revisó los TC de Abdomen y Pelvis de ingreso por Urgencia del Hospital Clínico Universidad de Chile desde Enero 2004 a Julio 2017, con diagnóstico de diverticulitis aguda. Se revisó los informes y se incluyó los pacientes que tuvieran gas extraluminal, ya sean burbujas pericólicas o burbujas de neumoperitoneo. Se excluyó los neumoperitoneo masivo, asociación a líquido libre, o aire en contexto de colección hidroaérea. Se evaluó datos demográficos, clínicos (taquicardia, fiebre y examen abdominal), laboratorio (parámetros inflamatorios: leucocitos y PCR) e imagenológicos (extensión del compromiso colónico y ubicación de aire libre), así como la evolución clínica, estadía hospitalaria, complicaciones y necesidad de drenaje/cirugía durante hospitalización.

Resultados: Se evaluó 367 TC con diagnóstico de diverticulitis aguda. El 24,8% de estos presentaron una diverticulitis complicada (aire extraluminal, colecciones, perforación libre y peritonitis), con una mayor proporción de hombres que las no complicadas (57,1% vs 44,6%, $p=0,04$). La presencia de aire extraluminal aislado se identificó en 38 de estos pacientes (10,4% del total), siendo este grupo de menor edad que el resto de los complicados ($50,7 \pm 12,7$ vs $59,1 \pm 15,2\%$, $p=0,007$). El 10,5% tenía un episodio previo de diverticulitis aguda. Al ingreso, el 68,4% presentaba taquicardia, el 15,8% fiebre ($>37,5^\circ\text{C}$) y el 57,9% tenía signos localizados de irritación peritoneal. El 78,9% tenía leucocitosis y el 97,4% PCR elevada. Tras 48 hrs de inicio de antibióticos, los leucocitos disminuyeron en todos los pacientes, menos uno (paciente complicado que requirió cirugía), sin embargo la PCR se elevó o mantuvo estacionaria en 23,6% de los casos. La(s) burbuja(s) de aire pericólica(s) fue(ron) la principal forma de presentación (89,5%), los 4 pacientes restantes presentaban burbuja(s) de neumoperitoneo; el promedio de extensión del compromiso colónico fue $60,2 \pm 18,2$ mm. La mediana de estadía hospitalaria fue de 3 días. Tres pacientes tuvieron evolución tórpida, sin embargo, solo un paciente requirió cirugía de urgencia. No se

puede identificar factores de riesgo asociados a mala evolución.

Conclusión: Los pacientes con aire extraluminal, tienen buena respuesta al manejo con antibióticos y presentaron una evolución favorable en la mayoría de los casos. Dado el bajo número de complicados, no se logra identificar factores de riesgo para una mala evolución.

Análisis de resultados de cirugía colorrectal y factores de riesgos de filtración anastomótica en clínica INDISA en últimos 12 años.

Nelson Muñoz Pérez , Marcelo Rodríguez González, Alberto Pérez -Castilla M., Nicolás Campaña Weitz, Lauro Chica Jara, Gonzalo Campaña Villegas.*

Clínica Indisa. Unidad de Coloproctología..

Introducción: La dehiscencia anastomótica (DA) es una complicación en cirugía colorrectal con incidencia entre 2 a 16%, asociada a morbimortalidad. Numerosos estudios sobre el tema han identificado factores de riesgo asociados a DA. En literatura nacional existen solo dos series que analizan esta complicación, Bannura 2006 y López 2016, con 610 y 654 casos, con tasa global de DA del 3.8% y 6.7%, respectivamente.

Objetivos: Objetivo General: -Conocer nuestros resultados institucionales por primera vez tabulados. Objetivos Específicos: -Establecer la tasa de DA en los pacientes sometidos a cirugía de colon y recto con anastomosis primaria. -Establecer los factores de riesgo (FR) asociados a DA en pacientes sometidos a cirugía de colon y recto. -Establecer la mortalidad perioperatoria a 30 días.

Material y Método: Casos y controles anidados en una cohorte retrospectiva. Criterios inclusión: pacientes sometidos a cirugía colorrectal con anastomosis 1° c/s ostoma derivativo, entre 2004-16 en INDISA. Criterios exclusión: <14 años, trauma, información incompleta. Muestra y cálculo muestral: todos los pacientes con caract. mencionadas, por tanto, muestra es igual al universo de pacientes. Variables: Dependiente: Filtración. Independ.: edad, sexo, IMC, ASA, comorb., TACO, tabaco, alcohol, corticoides, lab. preop, laparot. previas, neoadyuvancia, diagnóstico, cirugía efectuada, urgencia, tipo cirujano, abordaje, caract. anastomosis, ostomía protección, cirugía concomitante, tiempo op., pérdida sangre, transfusión, estadía UPC, mortalidad. Estadística: Analítica y descriptiva. ANOVA y multivariado. STATA 13.0.

Resultados: Se obtuvieron 748 pacientes, edad media 56.25 años, femenino 50.5%, ASA I-II 85.7%, IMC>30 10.5%, electivos 91%, laparoscópicos 60.3%, indicaciones: cáncer colorectal 42%, enf. diverticular 21.8%, reconstituciones de op. Hartmann 8.6%. La DA global fue de un 5.61%. Para anastomosis ileotransverso, ileorrectal, colorectal, y coloanal 7.37%, 12%, 4.91%, y 13%, respectivamente. La mortalidad global fue de un 2%. Electiva 1% (7/681) y Urgencia 11.9% (8/67). En el análisis de FR asociado a la variable resultado (DA), aplicando un modelo de regresión logística univariado, las siguientes variables tuvieron significancia estadística ($p<0.05$): albúmina, altura anastomosis (<10 y >10 cms.), días hospitalización, transfusión ($p<0.001$) y anastomosis izquierda ($p=0.011$). En el análisis multivariado establecemos que aquellos con significancia estadística ($p<0.05$) son:

1. Albúmina ($p=0.002$) OR 3.7 (IC 95% 0.11-0.63) 2. Transfusión ($p=0.015$) OR 7.15 (IC 95% 1.46-34.91) Existen otras variables asociadas a DA, que sin tener significancia estadística son dignos de considerar, como son el sexo masculino 7,91% vs 4.21% femenino ($p=0.053$), terapia neoadyuvante 22.58% vs 6% sin terapia neoadyuvante ($p=0.099$) y una hemoglobina baja ($p=0.087$).

Conclusión: Nuestra casuística es la mayor publicada en Chile, con resultados similares a los reportados en la literatura. Establecemos que los FR asociados a DA son altura anastomosis (recto medio/inferior > a superior), ubicación de esta (ileotransverso > a colorrectal), albúmina y transfusión, todas con diferencia estadísticamente significativa en el ANOVA y las dos últimas en el multivariable.

ANOSCOPIA DE ALTA RESOLUCIÓN. DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA PARA LA DETECCIÓN DE LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL ANAL EN PACIENTES DE ALTO RIESGO.

Cristián Fernando Gallardo Villalobos , Felipe Illanes Fuertes, Alejandro Nicolás Barrera Escobar, Manuel Lizana Corvera, Carlos Eduardo Melo Labra, Guillermo Bannura Cumsille.*

*Hospital Clínico San Borja-Arriarán,
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA. CAMPUS CENTRO.
FACULTAD DE MEDICINASERVICIO DE CIRUGÍA.
UNIDAD DE COLOPROCTOLOGÍA..*

Introducción: La anoscopía de alta resolución (AAR) es una variante técnica de la colposcopia, utilizada para la pesquisa de neoplasias intraepiteliales anales (NIA),

lesiones consideradas precursoras del cáncer anal. El video mostrará una técnica poco conocida y realizada en nuestro país, que puede ser de utilidad para los profesionales a cargo de pacientes de alto riesgo de desarrollar NIA / cáncer anal.

Objetivos: Describir la técnica y los instrumentos requeridos en la anoscopia de alta resolución utilizada para la pesquisa, el tratamiento dirigido y seguimiento de las NIA.

Descripción y contenido del video: Con el paciente en posición de litotomía forzada ó en posición de SIMS. Inspección visual de la región perianal. Introducción de un anoscopio transparente, desechable. Calibración del colposcopio digital. Se inserta una gasa embebida en ácido acético al 3% en el canal anal manteniéndola durante 3 minutos y se retira. Se reintroduce el anoscopio y bajo visión colposcópica se identifican y localizan las lesiones acetoblancas. Retirando lentamente el anoscopio, se evalúan todas las paredes del canal anal. Se procede a biopsiar con pinza Tischler las lesiones acetoblancas con patrones vasculares específicos de NIA de alto grado, para posterior estudio histológico. Luego del retiro del anoscopio, se aplica ácido acético al 5% en la región perianal para la detección de NIA en esta región.

Resolución laparoscópica de fístula íleo-sigmoidea secundaria a enfermedad de Crohn

Felipe Andrés Imigo Gueregat , Richard Castillo Ramos, Fernando Crovari Eulufi, Felipe Bellolio Roth.*

*Clínica Universidad Católica. Unidad de
Coloproctología, Departamento de Cirugía Digestiva.*

Introducción: La incidencia de fístulas entero-entéricas en enfermedad de Crohn (EC) se presenta en el 20% de los pacientes, siendo las más frecuentes las fístulas íleo-ileales y las íleo-sigmoideas. Estas últimas habitualmente determinan la necesidad de una sigmoidectomía, sin embargo también existe la alternativa de seccionar el trayecto fistuloso por vía laparoscópica sin requerir una resección formal.

Objetivos: Presentar el caso clínico de un paciente con EC ileocecal con fístulas entero-enterales entre fíleon terminal y una fístula íleo-sigmoidea con resolución completa por vía laparoscópica.

Descripción y contenido del video: Paciente hombre, 41 años con EC ileocecal de 10 años de evolución. Cuadro clínico de dolor abdominal recurrente en los

últimos 6 meses. Se realizó enterorresonancia donde se aprecia compromiso inflamatorio de íleon terminal con fístulas entero-enterales entre si y fístula de íleon terminal con sigmoides. Colonoscopia sin colitis con área en sigmoides compatible con fístula enteral. Se realiza cirugía por abordaje laparoscópico con disección del sigmoides aislando el trayecto fistuloso el cual se secciona con stapler lineal y se refuerza pared colónica con puntos de vicryl. Se realiza resección ileocecal incluyendo el segmento enfermo, íleo-ascendo anastomosis latero-lateral intra-corpórea. Alta sin incidentes al 3º día postoperatorio. Biopsia informó EC con fístula de íleon a sigmoides.

Resolución laparo endoscópica de obstrucción aguda de colon izquierdo por estenosis secundaria a endometriosis

Alberto Perez -Castilla M. , Ignacio Robles Guic.*

Clinica Indisa. Servicio de Cirugia Minimamente Invasiva.

Introducción: La obstrucción total de sigmoides en urgencia lleva generalmente a una Op de Hartmann . La colocación de una prótesis por vía endoscópica es una opción de tratamiento mientras se prepara colon. Se presenta caso mujer de 28 años con patología obstructiva total y se resuelve por vía laparoscópica , endoscópica ,(imposible de realizar en primer intento)

Objetivos: Mostrar técnica combinada de ayuda para pasar guía endoscópica- colonoscópica , colocación de prótesis ,(biopsia rápida endometriosis) Evitar colostomía en mujer joven . Alta precoz .

Descripción y contenido del vídeo: Mostrar TAC con obstrucción total de recto sigmoides, estenosis de origen no precisado ,intento de colocación de prótesis sin lograrlo, combinación laparoscópica que se logra .Resección de recto sigmoides con prótesis 48 horas después y anastomosis colorectal , Resección ginecológica de endometriosis(no se muestra) .Alta 5 día

Fístula Colopleural: primer reporte como complicación de Mucormicosis Colónica

Juan Pablo Henríquez Rissios , Cristián Jarry Trujillo, María Eliana Solovera Rozas, Jose Tomás Larach Kattan.*

Hospital Clinico Universidad Católica Sección Coloproctología. División de Cirugía..

Introducción: La fístula colopleural, también conocida como feconeumotórax, es un cuadro extremadamente infrecuente entre los diferentes tipos de fístulas. Los pocos casos reportados son asociados en su mayoría a trauma toracoabdominal, complicaciones quirúrgicas, hernias diafragmáticas o patologías gastrointestinales, como diverticulitis o neoplasias del tracto digestivo.

Objetivos: Describir el primer reporte de fístula colopleural como complicación de una mucormicosis colónica. Establecer un caso exitoso de resolución de fístula colopleural de modo de sentar precedentes terapéuticos para nuevos casos en que se presente esta infrecuente complicación.

Material y Método: Este estudio constituye un reporte de caso clínico único, constituyendo un estudio observacional descriptivo. Se realizó una búsqueda en PubMed y Epistemonikos determinando que no existe ningún reporte a la fecha de fístula colopleural como complicación de mucormicosis. Este sería el segundo reporte en relación a infecciones fúngicas (existe uno posterior a la realización de lobectomía por aspergilosis pulmonar) La información fue obtenida, previo consentimiento informado de los familiares de la paciente, de las fichas clínicas y sistemas informáticos de exámenes de laboratorio e imágenes del Hospital Clínico de la Universidad Católica y del Hospital del Salvador.

Resultados: Mujer de 18 años, con antecedentes de síndrome Ehler-Danlos, sin otros antecedentes médico-quirúrgicos. Ingresó al servicio de urgencias en shock. Tras reanimación, se realiza TAC TAP que evidencia hepato-esplenomegalia, sin otros hallazgos. Los exámenes de laboratorio son compatibles con Síndrome Hemofagocítico. Se inicia quimioterapia. Tras estabilización, cursa con neutropenia febril, se realiza nuevo TAC TAP que evidencia signos de colitis isquémica de ángulo esplénico. Posteriormente cursa con neumotórax y derrame pleural izquierdo evidenciado en radiografía de tórax. Se realiza pleurostomía sin incidentes, exámenes evidencian empiema con cultivo (+) para E. Faecium. Tras una semana, súbitamente el exudado por pleurostomía se torna fecaloideo. TAC evidencia fístula colopleural, confirmada tras laparotomía y toracotomía de urgencia. Se realiza resección de ángulo esplénico, colostomía terminal, fístula mucosa, frenorrafia, decorticación pulmonar e instalación de drenajes pleurales y abdominales. Tras derivación fecal y pleurostomías paciente evoluciona favorablemente. Tinción Grocott diferida de muestras de colon informa infección por Rhizopus Zygomycetes

(Familia Mucorales). Dado lo anterior y evidenciándose ausencia de expansión pulmonar se reinterviene para decorticación e instilación de anfotericina intratorácica e intraabdominal. Se logra alta de paciente a los 6 meses, con colostomía funcional, retiro de totalidad de drenajes y PET-CT sin evidencia de infección.

Conclusión: En pacientes inmunosuprimidos, una de las posibles etiologías de colitis es la infección por Mucor. La fístula colopleural es una complicación extremadamente rara de colitis fúngica y la resección segmentaria del colon, aseó, derivación mediante colostomía y decorticación radical torácica son los pilares de tratamiento de esta patología.

Schwannoma de colon derecho. Reporte de un caso.

Manuel Lizana Corvera , alejandro barrera escobar, Francisco Moraga Vasquez, Arturo Guerra Martinez, Patricia Moreno Sarmiento, guillermo bannura cumsille.*

Hospital Clínico San Borja-Arriarán, Universidad de Chile Cirugía.

Introducción: Los schwannomas son tumores benignos derivados del tejido mesenquimático. En el tracto gastrointestinal son lesiones subepiteliales que crecen a partir de nervios autonómicos, y corresponden a un 2-6% del total de tumores mesenquimáticos . Son de ocurrencia extremadamente rara y pocos casos han sido reportados en la literatura.

Objetivos: Presentar el tratamiento quirúrgico exitoso de un caso extremadamente raro de Schwannoma de colon.

Material y Método: Presentación de caso clínico que requiere revisión de ficha médica, incluyendo historia clínica, exámenes endoscópicos e imagenológicos. Revisión de protocolo operatorio y análisis anatomopatológico de la pieza quirúrgica, incluyendo inmunohistoquímica.

Resultados: Paciente masculino de 58 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes Mellitus, y tabaquismo crónico activo. Consulta por un síndrome coronario agudo que se estudia con angiografía tomografía axial de abdomen y pelvis, en la que se pesquiza una masa colónica en colon derecho. La colonoscopia informa la presencia de una lesión submucosa en colon ascendente de 2,5 cm. Refiere en un periodo de 10 meses un episodio aislado de hematoquezia y baja de peso de 6 kg . Al examen físico destaca palidez de mucosa. Nueva colonoscopia informa una lesión submucosa de colon ascendente de 3 cm. Se

complementa estudio con una tomografía computarizada de abdomen y pelvis contrastada mostrando una masa cecal, de aspecto tumoral de 5,8 cm adyacente a válvula ileocecal. Se decide realizar una colectomía derecha laparoscópica con criterio oncológico, sin incidentes. Evoluciona satisfactoriamente, dado de alta al cuarto día posoperatorio. El estudio anatomopatológico muestra tumor de 6 x 5 x 4 cm ulcerado 2,5 cm y con inmunohistoquímica compatibles con el diagnóstico de Schwannoma. Al completar 6 meses de seguimiento el paciente continúa asintomático.

Conclusión: Se presenta un caso de Schwannoma de colon tratado exitosamente con resección quirúrgica con criterio oncológico. Diagnosticado en forma incidental ,y confirmado mediante pruebas de inmunohistoquímica. Al completar 6 meses de seguimiento el paciente continúa asintomático.

Utilidad del control seriado de leucocitos y PCR en la detección de complicaciones postoperatorias en cirugía electiva por cáncer de colon.

Matias Felipe Pruzzo Garate , Katya Carrillo Gonzalez, Mauricio Díaz Beneventi, Sebastián Lopez Nuñez, Antonella Sanguineti Montalva, Günther Botic Alvarez, José Luis Llanos Bravo, Rodrigo Azolas Marcos, Mario Abedrapo Moreira.*

Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Introducción: La detección precoz de complicaciones postoperatorias mejora el pronóstico de éstas. Existe literatura que apoya el uso de medición seriada de parámetros inflamatorios como apoyo para la detección de complicaciones postoperatorias, incluso subclínicas.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es evaluar la utilidad de la medición seriada de leucocitos y PCR en el diagnóstico postoperatorio y detección precoz de complicaciones.

Material y Método: Estudio de cohorte retrospectiva. El año 2012 se inicia protocolo prospectivo en cirugía colorrectal de toma de leucocitos y PCR al 2do y 4to día postoperatorio. Se incluyó pacientes operados electivamente por cáncer de colon entre Enero 2014 y Diciembre 2016. Se excluyó los pacientes operados de urgencia, resecciones múltiples y multiviscerales. Se analizó datos demográficos, quirúrgicos, oncológicos, complicaciones y laboratorio al 2do y 4to día. Se utilizó estadística descriptiva y analítica, se considero significativo un $p < 0,05$.

Resultados: Se reclutó 183 pacientes operados. De estos, 24% presentaron alguna complicación postoperatoria, y un 9,8% presentaron filtración de la anastomosis. En el control del 2do día el 44,8% de los paciente presentan leucocitosis, y el 100% elevan PCR. Los leucocitos del 4to día se elevaron con respecto al 2do día por sobre el valor normal en 1,4% de los pacientes no complicados y en un 29,5% de los complicados ($p < 0,001$). La PCR del 4to día de elevó con respecto al 2do día en 8,6% de los no complicados, en comparación con un 46,5% de los complicados ($p < 0,001$); así como también se elevó en un 57,9% de las dehiscencias de anastomosis ($p < 0,001$). De los pacientes complicados, la elevación de PCR y/o leucocitos en ausencia de sospecha clínica permitió un diagnóstico precoz de complicaciones en 14 pacientes (31,8%).

Conclusión: La medición de la curva de leucocitos y PCR en el postoperatorio de cirugía por cáncer de colon, es una herramienta útil en la evaluación de complicaciones postoperatorias. Sin embargo, no debe reemplazar sino utilizarse en conjunto al resto de los parámetros evaluados en un paciente postoperado.

Resultados a largo plazo del tratamiento con células madres, plasma rico en plaquetas y avance de colgajo endorrectal en pacientes con fistulas perianales complejas y enfermedad de Crohn.

Claudio Wainstein Gewolb , Rodrigo Quera Pino, Daniela Fluxá Cárdenas, Udo Kronberg , Alejandro Conejero Roos, Francisco López Kostner, Claudio Jofre Contreras, Alejandro Jose Zarate Castillo.*

Clínica Las Condes.

Introducción: Las fistulas perianales asociadas a enfermedad de Crohn (EC) son de difícil tratamiento y presentan alto porcentaje de recurrencia. El uso de células madre de origen mesenquimal (ASCs) ha demostrado mejoría a corto plazo en los pacientes con EC perineal.

Objetivos: Describir los resultados a largo plazo del tratamiento con células madre de tejido mesenquimal asociado a plasma rico en plaquetas (PR

Material y Método: Estudio piloto prospectivo observacional, realizado entre Marzo del 2013 a Diciembre del 2016. Se incluyeron pacientes adultos diagnosticados con EC perianal, con fistulas complejas, refractarios a tratamiento quirúrgico y/o biológico

previo. Se practica cirugía en dos tiempos: 1. Mapeo de la fístula, drenaje, instalación de setón y lipoaspiración (para obtener ASCs). 2. Remoción de setón, desbridación de trayecto fistuloso. Realización de un avance de colgajo endorrectal, previo cierre del orificio fistuloso interno (OFI). Luego, 100 a 120 millones de ASCs mezcladas con PRP fueron inyectadas en el OFI y el trayecto fistuloso.

Resultados: Son incluidos 9 pacientes, (7 mujeres) con edad media de 36 años (r: 23-57). De ellos 2 correspondían a fistulas reservorio vaginales. Once trayectos fistulosos independientes fueron tratados. La mediana de seguimiento fue de 31 meses (r: 21-37). Al final del periodo de seguimiento, 10/11 fistulas (91%) estaban inactivas y cicatrizadas y una (9%) estaba parcialmente cicatrizada. Durante el seguimiento no se evidenciaron recurrencias ni reacciones adversas. Por otra parte, el Índice de actividad de enfermedad perianal (PAI) y de calidad de vida (IBDQ-32) mejoraron significativamente durante el seguimiento.

Conclusión: La terapia combinada con ASCs, PRP y flap endorrectal, presenta buenos resultados a largo plazo en pacientes con EC y fistulas perianales complejas refractarias a tratamiento convencional.

ANOSCOPIA DE ALTA RESOLUCIÓN (AAR): EXPERIENCIA INICIAL EN LA UTILIZACIÓN DE LA AAR EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES OPERADOS CON DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO DE NEOPLASIA INTRAEPITELIAL ANAL (NIA) DE ALTO GRADO.

Cristián Fernando Gallardo Villalobos , alejandro barrera escobar, Felipe illanes Fuertes, carlos eduardo melo labra, manuel lizana corvera, guillermo bannura cumsille.*

Hospital Clínico San Borja-Arriarán, DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA. CAMPUS CENTRO. FACULTAD DE MEDICINASERVICIO DE CIRUGÍA. UNIDAD DE COLOPROCTOLOGÍA.

Introducción: La anoscopia de alta resolución (AAR) es una variante técnica de la colposcopia utilizada para la pesquisa de neoplasias intraepiteliales anales (NIA) de alto grado, lesiones consideradas precursoras del cáncer de ano. En nuestro país existen escasos reportes que muestren el método de seguimiento utilizado en pacientes con diagnóstico histológico de NIA de alto grado.

Objetivos: Comunicar los resultados obtenidos con el seguimiento con la AAR en una serie de pacientes operados de condilomas y úlceras anales en cuyo estudio histológico se describe como hallazgo una NIA de alto grado. Comunicar el porcentaje de recurrencias de NIA de alto grado diagnosticadas con la AAR en éste grupo de pacientes.

Material y Método: Se realizó un estudio observacional, prospectivo, de una serie de casos de pacientes operados de condilomas y úlceras anales en cuyo estudio histológico se describe como hallazgo una NIA de alto grado que, posteriormente fueron sometidos a un seguimiento con anoscopía de alta resolución, realizada con colposcopio digital y tras la aplicación de ácido acético al 3 y 5%, para la detección y tratamiento dirigido de recurrencias de NIA luego de la cirugía inicial. Se realizaron al menos 2 AAR durante el seguimiento. Se comunican los resultados en términos de lesiones sospechosas de NIA de alto grado detectadas y resecaadas con la ayuda de AAR como también el porcentaje de recurrencias de NIA de alto grado en los sujetos estudiados.

Resultados: En el período comprendido entre diciembre de 2012 y diciembre de 2016, se realizó un seguimiento con AAR a 14 pacientes; 8 operados por condilomas anales y 6 operados por úlceras anales en cuyo estudio histológico se informó una NIA de alto grado. Todos los pacientes incluidos en el estudio correspondían a hombres que tenían sexo con hombres (HSH), con diagnóstico de VIH, en terapia antirretroviral, con niveles de CD4 > 200 y carga viral indetectable en el 64% de los pacientes. La edad promedio de la serie es de 41 ± 8 años. El tiempo de seguimiento promedio fue de 22.3 meses. Ninguno de éstos pacientes presentaba al examen físico (inspección anal, tacto rectal y anoscopía convencional), lesiones anales macroscópicamente patológicas. En 8 (57%) de los 14 pacientes estudiados se detectaron lesiones sospechosas de NIA de alto grado visualizadas con AAR. Las lesiones fueron resecaadas bajo visión colposcópica. El estudio histológico confirmó la presencia de NIA de alto grado en 6 (75%) de los 8 pacientes resecaados, lo que significa un 42% de recurrencia tras la cirugía inicial. Todas las piezas resecaadas fueron informadas con bordes quirúrgicos negativos. El seguimiento se ha realizado con al menos dos AAR en la mayoría de los pacientes, identificándose 1 paciente con una recurrencia a los 2 años de la primera AAR, que fue también resecaada e informada como NIA de alto grado.

Conclusión: Éste estudio permite mostrar la significativa utilidad que prestó la AAR en el seguimiento de los sujetos estudiados, permitiendo

pesquisar y resecar lesiones sospechosas de recurrencia de NIA de alto grado, que no fueron detectadas mediante el examen físico. Se comunica, a su vez, el alto porcentaje de recurrencias de NIA de alto grado en éste grupo de alto riesgo.

Evaluación comparativa de efectividad y tolerabilidad con picosulfato de sodio-citrato de magnesio y polietilenglicol como agentes de preparación intestinal para colonoscopia en Clínica INDISA

Nelson Muñoz Pérez, Nicolás Campaña Weitz, Solange Agar Farne, Gonzalo Campaña Villegas.*

Clínica Indisa. Unidad de Coloproctología.

Introducción: La colonoscopia es el principal método de screening en Cáncer Colorrectal (CCR). Su eficacia depende de la calidad de preparación, seguridad y tolerabilidad. Dentro de las preparaciones usadas está polietilenglicol (PEG) y picosulfato de sodio-citrato magnésico (PICO), con ensayos clínicos que comparan eficacia y tolerabilidad, con resultados dispares. No hay literatura nacional al respecto.

Objetivos: Objetivos Generales. I. Evaluar la efectividad de PEG y PICO en términos de calidad de preparación intestinal, según escala de Boston. II. Evaluar la tolerancia del paciente con PEG y PICO, según encuesta de Lawrence.

Material y Método: Diseño: Ensayo clínico aleatorizado. Muestra: Pacientes sometidos a colonoscopia en INDISA. Criterios inclusión: consentimiento informado, 18-80 años, junio 2017. Criterios exclusión: cirugía colon previa, EII, ICC, embarazo y urgencia. Cálculo muestra: comparación dos medias, 63 pacientes por rama (test bilateral, confianza 95%, poder 80%, precisión 1, varianza 4) Muestreo: probabilístico aleatorio simple. Variables: Escala Boston, cuestionario Lawrence (Likert) (sabor, sed, náuseas, vómitos, calambres, cefalea, mareos, sueño) EVA y dos preguntas: ausentismo laboral y si ocuparía la misma preparación en el futuro. Otras: edad, sexo, IMC, ASA, indicaciones, tiempo entre preparación y colonoscopia, intubación cecal, adenomas. Estadística: Analítica, X2 y Mann-Whitney. STATA 13

Resultados: Se aleatorizaron un total 189 pacientes, de los cuales 123 fueron a PEG y 66 a PICO. Al comparar ambos grupos en sus características basales, no hay diferencias estadísticamente significativas, por lo que

podemos decir que los dos son comparables. El puntaje de Boston en los pacientes que utilizaron PEG la media fue 7.51 (DS 1.66) y con PICO la media fue 7.12 (DS 1.71) sin ser una diferencia estadísticamente significativa aplicando prueba de Mann-Whitney ($p=0.1116$). Al analizar por tiempo transcurrido entre término de la preparación y el inicio de la colonoscopia la media fue de 7.98 (DS 1.38), 7.06 (DS 1.79), 7.14 (DS 1.81), 7.09 (DS 1.61) para PEG con <8 hrs., PEG con >8 hrs., PICO con < 8 hrs., PICO > 8 hrs., respectivamente, siendo el primer grupo (PEG con <8hrs de preparación) con mejor media en la escala de Boston, pero sin tener una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.185$). Al analizar la tolerabilidad mediante escala Likert, la media con PEG fue 0.94 (DS 0.68) y con PICO la media fue 0.63 (DS 0.61) encontrando una diferencia estadísticamente significativa entre las dos preparaciones aplicando prueba de Mann-Whitney ($p=0.0004$). Al analizar tolerabilidad por escala EVA, la media con PEG fue 7.68 (DS 2.4) y con PICO la media fue 9.04 (DS 1.59), con una diferencia estadísticamente significativa a favor del PICO ($p<0.0001$). Esta diferencia es concordante cuando analizamos la pregunta 2 ($p=0.026$). En la pregunta 1 no hubo diferencias.

Conclusión: No hay diferencias entre PEG y PICO en la efectividad de la limpieza aplicando escala de Boston. Existe una tendencia a que es mejor PEG con >8 hrs. entre la preparación y colonoscopia, sin embargo, sin valor estadísticamente significativo. Al medir tolerabilidad con encuesta de Lawrence, el PICO es superior a PEG en la escala de Likert, EVA y pregunta 2.

Reconstitución del tránsito post-cirugía de Hartmann con anastomosis colorrectal mediante descenso retroileal del colon por vía laparoscópica

*Roberto Ignacio Salas Ocaranza**, *Richard Castillo Ramos*, *Jose Tomás Larach Kattan*.

Clínica Universidad Católica, Pontificia Universidad Católica de Chile Departamento de Cirugía Digestiva.

Introducción: Una anastomosis colorrectal (ACR) libre de tensión durante la reconstitución del tránsito laparoscópica (RTL) después de una hemicolectomía izquierda extensa con colostomía terminal puede ser difícil de lograr. El descenso retroileal del colon (DRI) es una opción viable para lograr este objetivo.

Objetivos: Presentar una RTL con ACR mediante DRI.

Descripción y contenido del vídeo: Paciente de 59 años que debuta con obstrucción intestinal por un cáncer de colon izquierdo. Se realiza colectomía extensa con movilización de ángulo esplénico para realizar una ACR primaria libre de tensión. En el intraoperatorio se observa isquemia de colon distal debiendo dismantelar la anastomosis y ostomizar el colon transverso medio. Evoluciona sin morbilidad postoperatoria. La biopsia informa un cáncer de colon izquierdo moderadamente diferenciado, pT3N0Mx sin factores de riesgo histológicos. Completa quimioterapia e ingresa 11 meses después para RTL. En posición de litotomía modificada, se libera colostomía hasta acceder a cavidad abdominal. Se instala cabezal de endograpadora circular N°29 en colon con jareta de prolene 2-0 y se introduce el colon a la cavidad abdominal. Se instala

Hemicolectomía izquierda en paciente cursando embarazo

*maria camila gutierrez vallejos**, *Javier Ignacio Arcuch Derpich*, *Juan Riquelme Contreras*, *Hugo Antolin Parada Loyola*, *Gonzalo Palominos Salas*, *Grace Solange Lagos Rojas*.

Hospital Regional de Talca. Cirugía.

Introducción: Mujer 31 años, primigesta, diabetes gestacional, embarazo de 19 + 5 semana. Historia de cambio del hábito intestinal de 5 meses de evolución y rectorragia, sin antecedentes familiares de cáncer. Colonoscopia; lesión extensa a nivel de colon sigmoides distal. Biopsia: adenoma vellosos con focos de adenocarcinoma intramucoso. Etapificación con RNM abdomen y pelvis sin metastasis. CEA normal.

Objetivos: Exponer caso, estudio diagnóstico y video de cirugía.

Descripción y contenido del vídeo: Se decide cirugía, la laparoscopia evidencia útero grávido y marcación con spot de lesión en colon sigmoides distal, se realiza resección oncológica y ostomía terminal. Latidos cardiorrespiratorios presentes en el postquirúrgico, paciente evoluciona favorablemente. Biopsia informa adenocarcinoma invasor hasta muscular propia con 22 linfonodos sin metástasis, sin factores de riesgos. En comité multidisciplinario se decide seguimiento.

Aplicabilidad del Colon Leakage Score como predictor de dehiscencia anastomótica en cirugía colorrectal en pacientes oncológicos en Clínica INDISA.

Nelson Muñoz Pérez , Marcelo Rodríguez González, Alberto Pérez -Castilla M., Nicolás Campaña Weitz, Gonzalo Campaña Villegas.*

Clínica Indisa. Unidad de Coloproctología..

Introducción: La dehiscencia anastomótica (DA) en cirugía de colon izquierdo y recto aumenta la morbimortalidad. La identificación de factores de riesgo intenta predecir la DA. Un modelo predictivo ayudaría en la decisión de crear un ostoma derivativo. Actualmente recae en criterio clínico del cirujano. Dekker creó el Colon Leak Score (CLS) estableciendo criterios objetivos. No existen trabajos latinoamericano

Objetivos: Objetivo General: Establecer el Colon Leakage Score (CLS) en el grupo de pacientes oncológicos sometidos a resección de colon izquierdo y recto en Clínica INDISA. Objetivo Específico: Establecer valores de corte locales para el CLS según curva ROC y el valor de sensibilidad y especificidad para ese valor.

Material y Método: Diseño: Estudio de pruebas diagnósticas. Muestra: Pacientes oncológicos sometidos a resección de colon izquierdo y recto en INDISA, últimos 12 años. Criterios inclusión: hemicolect izq, sigmoidectomía, resección anterior baja/ultrabaja, por cáncer colorrectal, anastomosis 1ª s/ ostoma derivativo, entre 2004-16 en INDISA. Criterios exclusión: enf. recurrente, datos incompletos. Cálculo Muestral: Todos los pacientes con características antes mencionadas, por tanto, muestra es igual al universo de pacientes. Variables: filtración, Colon Leakage Score (edad, sexo, ASA, IMC, tabaco, alcohol, corticoides, neoadyuvancia, urgencia, altura anastomosis, proc. adicionales, pérdida de sangre y tiempo cirugía). El puntaje va de 0 a 43. Estadística: Analítica. Curva ROC. Índice de Youden. STATA 13

Resultados: Se analizaron un total de 180 pacientes oncológicos intervenidos por patología colorrectal izquierda, con DA en 12 de ellos (6.66%). La media de CLS en quienes hubo DA fue de 11.5 (DS 3.63 rango 5-17) y en quienes no hubo DA de 6.94 (DS 2.97 rango 0-17). Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p=0.0001$). El área bajo la curva (ABC) para predicción de DA con el CLS fue de 0.829 (IC 0.69-0.96), con un valor de corte en 11, aplicando índice de Youden, con una sensibilidad de 67% y especificidad de 89%. Al realizar el análisis de regresión logística (con 0 representando no-DA y 1 representando DA), se revela que el OR para la predicción de DA utilizando el CLS es de 1.48 (IC 95% 1.22-1.79 $p<0.001$). Si dividimos el CLS de los 12 años en dos periodos, obtenemos que para

el primero (2004-2010), el ABC es de 0.764, con un valor de corte de 8, con una sensibilidad de 75% y especificidad de 67%. En el segundo periodo (2011-2017), el ABC es de 0.981, con un valor de corte en 14, con una sensibilidad 100% y especificidad de 96%. Otros resultados que no están en directa relación con los objetivos: Al analizar CLS y sexo, existe una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.0348$), siendo la media para mujeres de 6.74 (DS 3.44) y para hombres de 7.62 (DS 3.00). El analizar filtración y edad, también hay una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.0344$), siendo la media 70.25 (DS 8.86) y 62 (DS 13.04) para DA y para no-DA.

Conclusión: El CLS de Clínica INDISA es 11 pts, similar a la literatura internacional. Por cada punto que sube el CLS hay 1.48 chances más de presentar DA. Ante un valor igual o mayor se debería crear una ostomía de protección, hecho que genera un cambio en la práctica clínica local. El CLS es una herramienta que permite predecir el riesgo de DA en los pacientes intervenidos de patología colorectal maligna.

VALIDACIÓN DE UNA ESCALA ACORTADA DE INCONTINENCIA FECAL EN LA POBLACIÓN CHILENA

leonardo carcamo gruebler , Sofia Aljaro Ehrenberg, Fernanda Castro Vargas, José Ignacio Leiva Valdes, Gonzalo Palominos Salas, Jaime Cerda Lorca, Felipe Bellolio Roth, Gonzalo Urrejola Schmied, Jose Tomás Larach Kattan, Rodrigo Migueles Cocco, Alvaro Zuñiga Diaz, Julio Reyes Ruiz, Maria Elena Molina Pezoa.*

Clínica Universidad Católica.

Introducción: La incontinencia fecal (IF) es una patología frecuente y de alto impacto en la calidad de vida (CV). Una valoración objetiva es indispensable para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de nuestros pacientes. Las escalas más utilizadas son la de Wexner y calidad de vida en IF (FIQL), sin embargo, éstas son extensas (de hasta 29 preguntas) y difíciles de aplicar en una consulta ambulatoria.

Objetivos: Validar el uso de una escala acortada para medir la severidad de IF (RAFIS) en la población chilena tratada por IF.

Material y Método: Se identificaron pacientes con IF tratados mediante rehabilitación pelviperineal (RPP) en nuestro centro entre el 2007 y 2014. Se excluyeron los pacientes fallecidos, con incapacidad de responder la encuesta y los que recibieron otros tratamientos. Se

recopilaron las variables demográficas. Realizamos encuesta a través de e-mail, aplicando las escalas de Wexner, FIQLS y RAFIS. La escala RAFIS consiste en 2 preguntas, una escala visual análoga que mide la severidad y otra acerca del número de episodios de IF que sufre el paciente. Análisis estadístico con SPSS 22.0. Se evaluó la validez interna de la encuesta mediante test de Cronbach y coeficientes de correlación mediante test de Pearson.

Resultados: De 215 pacientes, 182 cumplían criterios. De ellos obtuvimos respuesta en 96(52,8%) pacientes, que se incluyeron en estudio. La edad fue $60,8 \pm 13,1$ años, 88,4% mujeres. El score de Wexner tuvo una mediana de 9 (0-19). Respecto a FIQL, las medianas resultaron en estilo de vida 3,2 (1-4), conducta 3,2 (1,1-4,7), depresión 3,3 (1-4,3) y vergüenza 3 (1-4). La validez interna de RAFIS fue excelente (0,918 de Cronbach). Su correlación con Wexner fue de 0,711 y del FIQL fue de -0,695 con estilo de vida, -0,721 con conducta, -0,689 con depresión y -0,803 con vergüenza.

Conclusión: La escala RAFIS demostró una excelente validez interna y una alta correlación con las escalas más utilizadas en relación a IF en nuestros pacientes. Su uso nos permitirá una adecuada, fácil y rápida evaluación de nuestros pacientes ambulatorios.

¿Cuál es nuestra mejor ileotransversoanastomosis? Análisis de variables relacionadas con la morbimortalidad de la anastomosis después de hemicolectomía derecha.

Nelson Muñoz Pérez , Marcelo Rodríguez González, Nicolás Campaña Weitz, Alberto Pérez -Castilla M., Gonzalo Campaña Villegas.*

Clínica Indisa. Unidad de Coloproctología..

Introducción: La hemicolectomía derecha (HCD) y anastomosis ileocólica es un procedimiento frecuente en cirugía. Existen diferentes opciones técnicas, en cuanto al abordaje, tipo de sutura, peristaltismo y intra/extra corpóreas, existiendo muchas combinaciones posibles entre las diversas características de configuración, dejando finalmente en manos del cirujano y su experiencia qué tipo de anastomosis realizar.

Objetivos: Objetivo General: Evaluar cuál es la mejor anastomosis ileocólica en términos de morbimortalidad. Objetivos Específicos: Comparar la estadía hospitalaria, eliminación de gases, deposiciones y tolerancia al régimen liviano según la configuración anastomótica.

Material y Método: Diseño: estudio observacional analítico. Muestra: HCD en INDISA, últimos 12 años. Criterios inclusión: HCD con anastomosis 1ª, periodo 2004-16, en INDISA. Criterios exclusión: resecciones parciales cecales, presencia ostomía. Cálculo Muestral: Todos los pacientes con caract. mencionadas, por tanto, muestra es igual al universo de pacientes. Variables ordenadas en tabla de contingencia, en columnas las variables resultado (filtración, reoperación, mortalidad, sangramiento, obstrucción, ISO, colección intrabdominal, días de hospitalización, tránsito intestinal, realimentación) Las variables anteriores se cruzan con tipo de abordaje, sutura, lateralidad, peristaltismo, urgencia, cirujano gral/coloproct. Estadística: Analítica. X2, Mann-Whitney, Wilcoxon y Kruskal-Wallis, cálculo OR. STATA 13

Resultados: Dentro de los datos cruzados destaca significancia estadística en las siguientes variables: - Reoperación y el tipo de sutura (mecánica/manual) ($p=0.044$), con un OR 3.4 (IC 95% 0.94-18.6), siendo de mayor riesgo la mecánica. -Mortalidad y urgencia ($p=0.001$) con un OR 7.76 (IC 95% 1.56-49.29). -Días de hospitalización y abordaje (abierto/lap) ($p=0.0271$, mediana abierto 7 días, laparoscópica 6 días). -Días de hospitalización y tipo de cirujano ($p=0.0237$ mediana cirujano general 7 días, coloproctólogo 5 días). A pesar de que en las siguientes variables no hay significancia estadística, creemos son destacables: -Sangramiento intraoperatorio y abordaje ($p= 0.077$) a favor de laparoscopia. -Días de hospitalización y urgencia ($p=0.0567$), a favor de cirugía electiva. No existe diferencia estadísticamente significativa al evaluar filtración anastomótica, ISO, inicio del tránsito intestinal y realimentación al cruzar con todas las otras variables.

Conclusión: No podemos concluir una configuración ideal de anastomosis ileocólica, pero si señalar que los pacientes expuestos a sutura mecánica tienen 3,4 veces más riesgo de reoperación; los pacientes operados de urgencia tienen 7.76 veces más riesgo de morir; la cirugía laparoscópica y la cirugía realizada por coloproctólogos tiene menor estadía hospitalaria (mediana 6 y 5 días respectivamente).

Factores de riesgo para conversión en cirugía laparoscópica colorrectal resectiva

Carlos Alberto Miranda Fernández , Marlene Estay Fuentes, Alejandro Jose Zarate Castillo, Francisco López Kostner, Claudio Wainstein Gewolb, Jorge Larach Said, Andrés Larach Kattan, Alejandra Ponce Flores, Udo Kronberg .*

Clínica Las Condes. Unidad de Coloproctología.

Introducción: En pacientes sometidos a una cirugía laparoscópica colorrectal resectiva (CLCR) que requiere conversión, se ha observado un aumento de la estadía hospitalaria y morbilidad.

Objetivos: Identificar factores de riesgo asociados a la conversión y analizar el curso postoperatorio de los pacientes convertidos sometidos a CLCR.

Material y Método: Estudio observacional, analítico, retrospectivo, durante el período 2007 – 2016. Criterio de ingreso: Se analizaron todas las CLCR. Se definió conversión como laparotomía no programada durante la cirugía. Se analizaron los diagnósticos e intervenciones quirúrgicas de las conversiones y su morbilidad. Análisis estadístico: análisis univariable y la regresión logística multivariable para la identificación de factores de riesgo de conversión.

Resultados: De 913 CLCR, 52 (5,7%) fueron convertidas. El 78% de los pacientes fueron varones con edad promedio de 64 años. Las causas más frecuentes de conversión fueron el síndrome adherencial y dificultad anatómica (57,8%). La cirugía oncológica tuvo mayor conversión que la por patología benigna (8,6% vs 3,5%; $p < 0,001$). La cirugía rectal tuvo mayor conversión que la cirugía de colon (16% vs 4,6%; $p < 0,001$). En el grupo convertido, doce pacientes (23,1%) tuvieron una morbilidad mayor (Clavien-Dindo III, IV) y 8 fueron reoperados (15,4%); en el grupo general hubo un 10,8% de Clavien-Dindo III - IV ($p = 0,002$) y un 6,6% de reoperaciones ($p = 0,007$). La mortalidad fue 5,8% y 0,4% en el grupo convertido y general, respectivamente ($p < 0,0001$). La estadía postquirúrgica fue de 7 y 4 días, en el grupo convertido y general, respectivamente ($p < 0,001$). En el análisis univariable resultaron significativos la mayor edad, la patología oncológica y la cirugía rectal; y no significativos el sexo, IMC y ASA. En el análisis multivariado resultaron significativos la mayor edad y la cirugía rectal (OR: 3,15; IC 95%: 1,7-5,8).

Conclusión: La mayor edad y la cirugía rectal, son factores de riesgo para la conversión en pacientes sometidos a CLCR. Además la conversión se asocia a una mayor estadía post-operatoria, reoperaciones y morbilidad.

Vigilancia endoscópica postratamiento de neoplasias de alto riesgo

Alejandra ponce flores , Alejandro Jose Zarate Castillo, Udo Kronberg , Stanko Karelavic Car, Sergio*

Flores Oliva, Ricardo Estela Petit, Tomoyuki Odagaki , Francisco López Kostner.

Clínica Las Condes. unidad de coloproctología.

Introducción: En los programas de cribado de cáncer colorrectal (CCR) el seguimiento posterior a la resección de adenomas de alto riesgo (AAR) y adenocarcinoma intramucoso (AIM) aún es materia de discusión.

Objetivos: Analizar el seguimiento postratamiento endoscópico en pacientes con resección de AAR y AIM en un programa de cribado protocolizado.

Material y Método: Estudio de cohorte prospectivo, en un programa de cribado multicéntrico de neoplasias colorrectales, en el periodo entre 2012 al 2016. Criterios de ingreso: Pacientes sometidos a primera colonoscopia de cribado con buena preparación intestinal (8 ó 9 puntos de escala de Boston), con llegada al ciego y más de 8 minutos de retiro, con hallazgo de AAR o AIM; criterios de exclusión: resección parcial o incompleta de pólipos. La detección de AAR consideró: adenomas tubulares, vellosos y tubulovellosos con atipia del alto grado (AAG) y aserrados. En los pacientes con AAR o AIM se indica seguimiento entre 6 a 12 meses, según protocolo PRENEC. Se objetiva la adherencia al seguimiento y los hallazgos endoscópicos (clasificación de Paris). Análisis con estadística descriptiva.

Resultados: De un total de 2.818 colonoscopías de cribado, se diagnosticó un AAR o AIM en un 12,8% (363 pacientes) el promedio del tamaño de los pólipos fue de 9 mm (i: 2-40 mm). De estos, los que realizaron seguimiento (adherencia) fue un 69% (250 pacientes) quedando 188 pacientes en periodo reglado, en ellos se diagnosticaron 34 casos (18,1%) con AAR, el promedio del tamaño de los pólipos extirpados fue de 5,8 mm (i: 2-20 mm). De los 34 casos de AAR 31 fueron adenoma tubular con AAG, 2 tubulovellosos con AAG y 1 adenoma vellosos con AAG.

Conclusión: La vigilancia anual permite la detección de adenomas en la mitad de los casos y AAR en uno de cada 5 pacientes.

ANGIOMIXOMA PELVICO. REPORTE DE UN CASO

tomas roberto rodriguez castillo , VIVIANA REYES TORRES.*

Hospital El Pino. CIRUGIA.

Introducción: El angiomixoma es una neoplasia infrecuente que aparece generalmente en la región

pelviana y perineal de mujeres de edad reproductiva. Es un tumor benigno localmente infiltrativo, de crecimiento lento y alto porcentaje de recurrencia local. Clínicamente se caracteriza por dolor pélvico. El diagnóstico es imagenológico e histológico. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa.

Objetivos: Reporte de un caso de angiomixoma pélvico describiendo estudio y tratamiento quirúrgico.

Material y Método: Descripción de caso estudiado y tratado en el Hospital el Pino con diagnóstico de angiomixoma pélvico.

Resultados: CASO CLINICO: Paciente de sexo femenino de 45 años, antecedentes de hipertensión arterial, hipotiroidismo y diabetes mellitus. Consulta por dolor de tres meses de evolución en región inguinal derecha y periné asociado a sensación de peso vaginal. Examen físico sin hallazgos significativos. Se realiza tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste que evidencia tumor en fosa isquiorrectal derecha. Se complementa con resonancia nuclear magnética pélvica, evidenciando masa de 5 x 5 x 2,5 cm en fosa isquiorrectal derecha con efecto de masa sobre pared vaginal. Se realiza resección de tumor abordado por región glútea izquierda. Evolución postoperatoria favorable, alta a las 48 horas. Biopsia diferida: lesión de células fusadas, algunas hialinizadas sobre un fondo mixoide, sin atipias. Actina músculo liso positivo, receptores de estrógenos y progesterona positivos. En control a los 6 y 12 meses la paciente se encuentra asintomática con herida cerrada, estudios imagenológicos no evidencia recidiva.

Conclusión: El angiomixoma es una patología infrecuente de crecimiento lento de la región pélvica, genital y/o perineal de mujeres adultas. Clínicamente se caracteriza por dolor pélvico crónico, requiriendo apoyo imagenológico e histológico para el diagnóstico. El tratamiento de elección es la resección total, pero por sus características de invasión local tiene alta probabilidad de recidiva.

LIGADURA INTERESFINTERIANA DEL TRAYECTO FISTULOSO (LIFT) COMO ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO A UNA FISTULA PERIANAL COMPLEJA

Natalia Moreno Baeza , Alejandro Readi , Ernesto Melkonian Tumani, Patricio Opazo , monica belen martinez mardones, Rodrigo Capona , David Contreras .*

Hospital del Salvador.

Introducción: La fistula anorrectal compleja es una patología frecuente y tiene variadas alternativas quirúrgicas, pero ninguna esta exenta de riesgos; la literatura informa 5% de recidiva y 10-50% de incontinencia post operatoria. La técnica "Ligation of Intersphincteric Fistula Tract" (LIFT) ha demostrado hasta ahora alto éxito y menor compromiso de la continencia fecal.

Objetivos: En un grupo de casos operados de fistula anorrectal compleja con la técnica de LIFT, el objetivo primario es analizar la tasa de curación, la tasa de recidiva y el compromiso de la continencia esfinteriana. Un objetivo secundario es evaluar si el uso de seton preoperatorio influye en el resultado post LIFT.

Material y Método: Estudio de cohorte retrospectiva y serie de casos. Se incluyen pacientes con fistula anorrectal compleja (transesfinterianas medias y altas, > 30% de compromiso de esfínter externo y fistulas anteriores en la mujer) operados en un periodo de 2 años (2015-2017) con la técnica de LIFT. Se excluyen las fistulas cuyo origen no es criptoglandular. Se usa estadística descriptiva y analítica. Las variables de interés son "tasa de curación", "tasa de recidiva" "cambio en incontinencia según Wexner".

Resultados: Se incluyen 22 pacientes con fistula anorrectal compleja definida con imagen, operados con método de LIFT. Promedio de edad 42 años. 16 hombres, 6 mujeres. Promedio de síntomas preoperatorio fue 2,2 años. Con promedio de seguimiento de 48 semanas la tasa de cicatrización completa fue 77%, tasa de recidiva en 23%, dos de los cuales presentaron abscesos que se drenan y 3 nueva fistula compleja que se maneja con fistulotomía. No hubo modificación del Wexner preoperatorio en ningún paciente. Al 72% de los pacientes se les instaló un sedal no cortante al menos 60 días antes del LIFT. Cálculo de Chi2 muestra que no hay una asociación estadísticamente significativa entre recidiva y uso previo de setón.

Conclusión: La técnica LIFT para reparar fistula anorrectal compleja muestra en nuestra serie una tasa de éxito y recidiva aceptables, comparables a otras técnicas clásicas, con mínimo compromiso de la continencia esfinteriana al preservar ambos esfínteres. No encontramos asociación estadísticamente significativa entre recidiva de la fistula y el uso previo de setón.

TRATAMIENTO DEL CUERPO EXTRAÑO RECTAL EN EL SERVICIO DE URGENCIA DEL HOSPITAL EL PINO. AÑOS 2011-2016

tomas roberto rodriguez castillo , Gely Andrea Muñoz Bannura, Claudio Mora Pavez .*

Hospital El Pino, UNIVERSIDAD ANDRES BELLOCIRUGIA.

Introducción: El cuerpo extraño rectal (CER) es un problema clínico infrecuente en los servicios de urgencia. La vía anal es la puerta de entrada más habitual seguido de la oral y menos frecuentemente por migración desde órganos vecinos. La sospecha clínica es fundamental para el diagnóstico pudiendo ser apoyado por imágenes. El tratamiento es su extracción, pudiendo ser por vía transanal o por vía anterior.

Objetivos: Caracterizar el perfil epidemiológico y la prevalencia del paciente con CER y su tratamiento en el Hospital el Pino en los años 2011-2016.

Material y Método: Se realiza estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de fichas clínicas con diagnóstico de CER en un periodo de 5 años en el servicio de urgencia del Hospital el Pino . Se identifica a los pacientes tratados en box de atención de urgencia y a aquellos que requirieron tratamiento en pabellón. Se caracteriza a estos pacientes según variables demográficas, tratamiento recibido, complicaciones asociadas y días de hospitalización promedio.

Resultados: Se identifica 18 pacientes, 13 hombres de 45 años promedio (36-51) y 5 mujeres de 34 años promedio (23-64). En un caso fue posible extracción manual en box sin anestesia y en 17 casos se requirió pabellón, todos ellos con anestesia regional. De estos, 12 casos se resolvió por vía transanal y 5 por abordaje abdominal. En ningún caso se reporta lesión intestinal ni otras complicaciones intraoperatorias. Evolución postoperatoria adecuada. Días de hospitalización promedio 1, 8 días.

Conclusión: Los CER es un problema infrecuente que requiere alta sospecha diagnóstica para poder realizar tratamientos adecuados. Existe mayor frecuencia en hombres de edad media siendo la puerta de entrada la vía anal en todos los casos. En la mayoría de los casos se requirió extracción en pabellón bajo anestesia siendo el abordaje transanal la más utilizada y con buenos resultados.

Factores asociados a sobrevida en pacientes sometidos a resección abdominoperineal por cáncer de recto inferior

Leonardo Carcamo Gruebler , Felipe Andrés Imigo Gueregat, Vanessa Ahumada Farías , Felipe Bellolio Roth, Gonzalo Urrejola Schmied, Maria Elena Molina Pezoa, Rodrigo Miguieles Cocco, Alvaro Zuñiga Diaz, Jose Tomás Larach Kattan.*

Clínica Universidad Católica.

Introducción: La resección abdominoperineal (RAP) es una de las alternativas quirúrgicas en el tratamiento del cáncer de recto inferior (CRI). Existe evidencia de que la RAP se asocia a un mal pronóstico oncológico, principalmente por la dificultad de obtener un margen circunferencial libre de tumor.

Objetivos: Identificar factores asociados a un peor pronóstico en términos de sobrevida global (SG) y libre de enfermedad (SLE) a 5 años en pacientes sometidos a RAP por CRI.

Material y Método: Estudio de cohorte a partir de base de datos prospectiva. Se identificaron pacientes sometidos a RAP por CRI entre 2000-2016 en nuestra institución. Fueron excluidos los cánceres no adenocarcinoma y metastásicos. Se extrajeron los datos demográficos, comorbilidades, características tumorales, tratamientos efectuados, la morbilidad asociada y las recidivas tumorales de los pacientes a partir de la ficha clínica y consultas ambulatorias. Los datos de mortalidad fueron extraídos desde el registro civil. Análisis descriptivo y analítico con curvas de Kaplan-Meier y regresión de Cox mediante SPSS 22.0. Significancia estadística con $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 56 pacientes, con un promedio de edad de 69 ± 15 años, 50% hombres y 60,7% ASA II. El tumor se ubicó en promedio a $2,6 \pm 1,2$ cm del margen anal, 77,6% cT3 y 62,5% cN+. El 76,9% recibió neoadyuvancia y 36,4% se operaron por laparoscopia. La estadía hospitalaria fue de 8 (3-51) días y la morbilidad global fue de 29,1%. Recibieron adyuvancia un 62,3%. El 75% fueron tumores bien/moderadamente diferenciados y 18,9% presentaron compromiso del margen circunferencial. La SG y SLE a 5 años fue 59% y 37,5%, respectivamente. Se registraron recidivas locales en 3 casos (5,4%) y a distancia en 15 casos (26,8%). Al análisis univariable, el compromiso del margen circunferencial fue el único factor que se asoció significativamente a peor SG y SLE, con HR 2,81 (1,12-7,07) y HR 2,32 (1,03-5,22), respectivamente. Al análisis multivariable, incluyendo las variables biológicamente relevantes como los tumores localmente avanzados (T3 o T4), los tumores mal diferenciados, el compromiso del margen circunferencial, y los sometidos a neoadyuvancia y adyuvancia, sólo se asociaron significativamente a

peor SG y SLE los tumores mal diferenciados con HR 4,7 (1,4-15,4) y HR 2,4 (1,0-5,7), respectivamente. El margen circunferencial positivo pierde la significancia estadística en el análisis multivariable para SG y SLE, con un HR 3 (0,84-10,73) y HR 2,1 (0,74-6), respectivamente.

Conclusión: Los tumores mal diferenciados son un factor de riesgo independiente para un peor resultado oncológico a 5 años en pacientes sometidos a RAP por CRI. El margen circunferencial positivo presenta una clara tendencia de asociación a un peor resultado oncológico, pero sin significancia estadística en esta serie.

Tratamiento quirúrgico de pólipos colónicos complejos. Experiencia de 20 años.

Manuel Lizana Corvera , alejandro barrera escobar, Francisco Moraga Vasquez, guillermo bannura cumsille, Cristián Fernando Gallardo Villalobos.*

Hospital Clínico San Borja-Arriarán, Universidad de Chile Cirugía.

Introducción: Los pólipos del colon se consideran complejos en un 10-15% de los casos, ya sea por tamaño, localización o morfología. Requieren una evaluación endoscópica especializada para definir su tratamiento. La cirugía es una opción terapéutica válida para pólipos complejos en casos seleccionados. No existe una serie nacional publicada al respecto.

Objetivos: Evaluar los resultados del tratamiento quirúrgico de pólipos colónicos complejos en un hospital público y docente.

Material y Método: Estudio descriptivo retrospectivo en el cual se incluyen todos los pacientes intervenidos por pólipos colónicos complejos en un período de 20 años (1997-2017). Se realizó una revisión de fichas clínicas, y de una base de datos de casos consecutivos intervenidos por pólipos de colon. Obteniéndose datos demográficos, clínicos, y quirúrgicos. Se definió pólipo complejo con indicación quirúrgica como aquel que requirió cirugía por localización, morfología sospechosa de cáncer invasor, tamaño no apto para resección endoscópica, y resección incompleta de este. Se extraen datos operatorios y resultados histopatológicos de la pieza quirúrgica, incluyendo el tamaño, grado de infiltración de la pared, y presencia de linfonodos comprometidos. Se realiza un análisis estadístico descriptivo con SPSS v.24.

Resultados: Se trata de 50 pacientes con pólipos colónicos que requirieron una intervención quirúrgica para la resección de estos. 33% de los pacientes se encontraban asintomáticos. La principal indicación quirúrgica fue el tamaño del pólipo, en un 45% de los casos, un 15% fue por riesgo de invasión submucosa por cáncer, y 13% por resección endoscópica incompleta. La localización más frecuente del pólipo fue en el colon derecho, en un 46% de los casos. 52% de los pacientes fue intervenido con técnica laparoscópica. Se utilizaron técnicas de localización intraoperatoria en la mitad de los pacientes. 70% no presentó morbilidad. No hubo mortalidad asociada. Los hallazgos de anatomía patológica demostraron que un 43% presentaba un adenocarcinoma intramucoso o in situ, y un 21% un cáncer invasor. 90% de los cánceres invasores eran T1. El tamaño promedio fue de 2,75 cm, siendo el máximo 9 cm.

Conclusión: En este estudio el abordaje quirúrgico de los pólipos colónicos complejos fue indicado mayoritariamente por el tamaño de estos, siendo realizado por vía laparoscópica en la mitad de los casos, con baja morbilidad, y sin mortalidad. Los hallazgos patológicos en pólipos malignos coinciden con un estadio precoz del cáncer de colon. No hay una serie nacional publicada al respecto.

Obstrucción intestinal secundaria a Cocoon abdominal.

Felipe Andrés Imigo Gueregat , Tomas Contreras Rivas, Jose Tomás Larach Kattan.*

Clínica Universidad Católica. Unidad de Coloproctología, Departamento de Cirugía Digestiva.

Introducción: El Cocoon abdominal (CA), conocido también como peritonitis esclerosante encapsulante es una causa inhabitual de obstrucción intestinal caracterizada por la formación de una membrana fibrocolágena la cual envuelve las asas de intestino delgado y causa cuadros clínicos de obstrucción intestinal. La etiología es desconocida, en la mayoría de los casos es secundaria a diálisis peritoneales.

Objetivos: Reportar el caso clínico de un paciente sin antecedentes médicos, ni quirúrgicos que fue intervenido por cuadros de suboclusión intestinal a repetición encontrando como hallazgo un CA. Realizar una revisión de la literatura sobre el tema.

Material y Método: Reporte de caso clínico. Previo consentimiento informado obtenido del paciente, se revisaron los registros clínicos, exámenes de laboratorio

y estudio imagenológico. Se documentó con fotografías los hallazgos intraoperatorios y técnica quirúrgica realizada. Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en PubMed bajo las palabras claves “Abdominal Cocoon”, “Sclerosing encapsulating peritonitis”, “Intestinal obstruction AND sclerosis” determinando lo inusual del caso.

Resultados: Paciente hombre, 54 años, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos consultó por cuadro clínico de 6 meses de evolución de dolor abdominal difuso postprandial asociado a náuseas, vómitos y distensión, el cual se exacerba en los últimos 2 meses agregándose una baja de peso de 11 kilos. Estudio endoscópico alto y bajo sin hallazgos patológicos. Tomografía computada (TC) informó hallazgos sugerentes con hernia interna pericecal sin signos de complicación. Por clínica de suboclusión intestinal a repetición, se decide exploración quirúrgica la cual se lleva a cabo mediante laparotomía apreciando una extensa membrana fibrosa que compromete todo el intestino delgado, liberándola y reseccándola con tijera, identificando intestino sano bajo esta. Paciente cursó un postoperatorio sin incidentes siendo dado de alta al 3° día. Estudio histopatológico de la membrana informó tejido fibroconectivo con signos de inflamación crónica. El CA es más frecuente en hombres de etnia asiática. La etiología es desconocida sin embargo se asocia a diálisis peritoneal, sarcoidosis, tuberculosis y uso de betabloqueadores. Clínicamente se manifiesta como suboclusiones intestinales y desnutrición secundaria. El estudio radiológico es inespecífico destacando en la TC el signo de la coliflor. El tratamiento es quirúrgico con resección de la membrana encontrando habitualmente intestino sano bajo esta. No existen reportes de recidiva pero si destaca la ocurrencia de obstrucción intestinal por adherencias.

Conclusión: El CA es una causa infrecuente de obstrucción intestinal, determinada por la presencia de una membrana fibrocolágena que atrapa el intestino delgado. En el presente caso clínico no existe una etiología identificable. El tratamiento quirúrgico mediante la liberación del intestino y resección de la membrana resuelve la obstrucción intestinal, no existiendo reportes de recidiva en el seguimiento.

Aplicación de cuestionario LARS Score a pacientes intervenidos de cáncer de recto medio e inferior en Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco.

*Nelson Muñoz Pérez** , JUAN ANDRES MANSILLA ESPINOZA, FELIPE ALFONSO SANDOVAL ORREGO, SONIA CURITOL SANCHEZ, LUIS ARRATIA TORRES,

IVAN LAGOS SEPULVEDA, ALLAN VERA KORTMANN.

Hospital Hospital de Temuco, Universidad de la Frontera Servicio de Cirugía Adulto.

Introducción: El tratamiento del cáncer rectal ha progresado en el último tiempo, siendo la preservación esfinteriana una alternativa factible, sin comprometer la sobrevida. Sin embargo, muchos pacientes desarrollan alteración de la función intestinal y defecatoria, lo que compromete su calidad de vida. El conjunto de síntomas constituyen el Síndrome de resección anterior (SRA) o (LARS).

Objetivos: Establecer prevalencia y gravedad del SRA entre los pacientes con cáncer de recto tratados mediante resección anterior baja o ultrabaja utilizando Low Anterior Resection Syndrome Score (LARS score) adaptada a población chilena.

Material y Método: Diseño: Serie de casos. Aplicación encuesta LARS adaptada a población chilena. Criterios inclusión: pacientes tratados por cáncer de recto medio e inferior, con finalidad curativa, con resección anterior baja y ultra baja (RAB y RAUB) entre Diciembre de 2008 y Marzo de 2016 en el Hospital Hernán Henríquez Aravena. Criterios exclusión: pacientes no reconstituidos a la fecha y con menos de 6 meses desde la reconstitución Variables: Dependiente: encuesta LARS. Independientes: edad, género, neoadyuvancia, ubicación, tipo resección, ostomía de protección, tiempo evolución desde cirugía, ECOG, preferencia de ostomía o reconstitución. Estadística: Descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión. Base de datos en Excel 2010 ® y análisis Stata 12.0.

Resultados: Se aplicó encuesta a 32 pacientes. Edad media de 64.5 (\pm 7.9) años, género femenino (53.1%). 28 pacientes (87.5%) presentaron cáncer de recto medio y 4 pacientes (12.5%) recto inferior. 13 pacientes (40.6%) fueron sometidos a RAB, y 19 (59.3%) a RAUB. 26 pacientes (81.2%) quedaron con ileostomía de protección. 10 pacientes (31.2%) fueron encuestados de forma presencial, y 22 pacientes (68.7%) vía telefónica. El promedio de puntaje LARS fue de 29.15 \pm 10.2 puntos. 20 pacientes (62.5%) presentaron LARS mayor, 5 pacientes (15.6%) LARS menor, y 7 pacientes (21.8%) no presentaron LARS. Se preguntó a los pacientes reconstituidos si preferían ileostomía en asa de protección o reconstitución; 24 pacientes (92%) prefirieron reconstitución, 2 pacientes (8%) prefirieron ileostomía por sobre reconstitución. La encuesta se realizó en un tiempo promedio post cirugía de 51.9 \pm

26.9 meses, mediana de 47 meses y valores extremos de 15 y 106 meses.

Conclusión: En nuestra serie, el 78% de los pacientes presentaron LARS, y un 62.5% fueron LARS mayor, resultados que son similares a los publicados en otras experiencias nacionales. El instrumento LARS Score adaptado a Chile es una herramienta fácil de aplicar y reproducible. Es necesario aplicar terapias en el postoperatorio para lograr disminuir este síndrome post quirúrgico y sus consecuencias.

Adenocarcinoma de origen intestinal en pared abdominal extraperitoneal en paciente con enfermedad de Crohn.

Guillermo Patricio Reyes Reyes , Natalia Moreno Baeza, monica belen martinez mardones, Rodrigo Capona , David Contreras , Alejandro Readí , Sebastián Pradenas Bayer, Jorge Plasser Troncoso, Ernesto Melkonian Tumani.*

Hospital del Salvador. Servicio de Cirugía. Equipo de Coloproctología.

Introducción: Hay reportes en la literatura de pacientes con enf. de Crohn y adenocarcinoma intestinal, aunque no se ha demostrado una asociación fuerte. Excepcionalmente existen casos reportados en pacientes fistulizados. En este reporte presentaremos un caso que además posee una particularidad: luego de una resección R0, presenta una recidiva tardía en pared abdominal, manejada quirúrgicamente.

Objetivos: Presentar un caso clínico, solamente descrito una vez previamente en la base internacional de datos analizada (PUBMED).

Material y Método: Se realiza búsqueda en PUBMED de los siguientes términos MESH: "Crohn Disease", "Adenocarcinoma" más los términos "Recurrence" y "Abdominal wall". En la primera búsqueda se encuentra solo un trabajo, japonés, con abstract en inglés que presenta un caso con debut similar al descrito en nuestro paciente, pero en el cual la biopsia definitiva informó infiltración de células malignas a pared abdominal por lo que se realizó resección de un segmento de esta luego del diagnóstico, además de manejo con quimioterapia. Aun así paciente presenta una recurrencia en pared abdominal que se manejó con radioterapia favorablemente. En la segunda búsqueda otro trabajo reporta el caso de un paciente con adenocarcinoma sólo del trayecto fistuloso, con buena respuesta al manejo quirúrgico resectivo.

Resultados: Paciente consulta a nuestro centro refiriendo el antecedente de enfermedad de Crohn (EC) que debutó como una fístula entero cecal y enterocutánea en el año 2012, que en ese momento se maneja con una hemicolectomía derecha, resección de íleon e ileotransversoanastomosis. La biopsia de esa cirugía fue compatible con EC complicada con adenocarcinoma de intestino delgado bien a moderadamente diferenciado, de tipo intestinal, que no infiltra el tejido adiposo peri-intestinal, con focos de displasia epitelial de bajo y alto grado de la mucosa intestinal adyacente al tumor y permeaciones perineurales focales, sin permeaciones vasculares. Con márgenes quirúrgicos alejados a más de 3 cm en ambas direcciones de la muestra. Linfonodos sin compromiso tumoral. Paciente no continúa ningún tratamiento ni seguimiento posterior al alta. En enero del 2017 inicia dolor en FID, que posteriormente se acompaña de aumento de volumen, se estudia con TAC TAP que muestra masa en pared abdominal, adherida a ala ileaca derecha de 7x4 cm, en contacto con peritoneo, sin signos de metástasis a distancia. Se biopsia bajo ecografía resultando histología compatible con tejido conectivo infiltrado por adenocarcinoma mucinoso y de células en anillo de sello. Se realiza resección en block de masa, incluyendo resección de peritoneo adherido y de segmento oseo, se realiza cierre con malla de vicryl mas posterior cierre por planos de pared abdominal.

Conclusión: A pesar de que la EC no posee una relación tan fuerte con adenocarcinoma como la colitis ulcerosa, en pacientes con EC complicada o de larga data es un diagnóstico a tener presente. Su pronóstico generalmente es favorable cuando existe un diagnóstico y manejo precoz. El manejo quirúrgico es la conducta recomendada cuando se puede lograr la reseccabilidad con márgenes adecuados de la lesión.

Evaluación de endosografía rectal como predictor de respuesta clínica completa post-neoadyuvancia en cáncer de recto.

Richard Antonio Castillo Ramos , Roberto Ignacio Salas Ocaranza, Manuel Cabrerías Segura, Matías Nova Nova, Rodrigo Kusanovich Borquez, Felipe Quezada Diaz.*

Hospital Dr. Sótero del Río, Pontificia Universidad Católica de Chile Cirugía .

Introducción: La sensibilidad con que la respuesta clínica completa a la neoadyuvancia (NA) en el cáncer de recto (CR) detecta la respuesta patológica completa es del orden del 25%, con una especificidad de 60-90%. La

respuesta clínica es evaluada a través del examen digital, colonoscopia y resonancia magnética. La endosonografía rectal (ERUS) podría ser útil en diagnosticar la respuesta completa.

Objetivos: Evaluar la ERUS como método diagnóstico para la detección de respuesta patológica completa en el CR post-NA.

Material y Método: Estudio observacional prospectivo no concurrente de método diagnóstico. Incluye a pacientes con diagnóstico patológico de CR no metastásico a quienes se les planteó tratamiento curativo en el período de septiembre de 2015 a Mayo de 2017 en el Complejo Asistencial Sótero del Río (CASR); y que, luego de completar su radio-quimioterapia NA, fueron evaluados con ERUS previo a su cirugía. En el análisis se comparó como resultado principal la detección de respuesta completa en la ERUS post-NA y la biopsia post-operatoria. Además se analizaron datos demográficos, etapificación con ERUS y RM pre-NA, cirugía realizada, tiempos relativos desde NA a segunda ERUS y desde NA a cirugía. En análisis estadístico se utilizó el software STATA, los indicadores de especificidad, sensibilidad y CP.

Resultados: Se reclutaron 12 pacientes con una mediana de edad de 56 (45-77) años, 8 (66%) de los cuales fueron mujeres. A todos se les realizó su estudio de etapificación protocolizado, sólo 1 paciente no se realizó ERUS pre-NA. Para los que se realizaron ERUS pre-NA su diagnóstico de T y N coincidió con el diagnosticado por RM. En la etapificación clínica se diagnosticó 1 pacientes como T1, 11 pacientes como T3 y 7 pacientes como N+. 11 fueron sometidos a resección anterior baja y 1 a proctocolectomía, en 9 de estos pacientes el abordaje fue por vía laparoscópica. La respuesta patológica completa estuvo presente en 4 pacientes (33%), ERUS post-NA detectó 3 respuestas completas. Para determinar respuesta completa, ERUS post-NA demostró una sensibilidad de 75%, una especificidad de 87%, VPP de 75%, VPN de 87%, un coeficiente de probabilidad positivo de 6 y un coeficiente de probabilidad negativo de 0,3.

Conclusión: ERUS es una herramienta que podría jugar un rol en la determinación de respuesta clínica completa a la NA en el CR. La información obtenida por ERUS podría complementar a la obtenida por una RM pelvis y colonoscopia post-NA para la detección de respuesta clínica completa. Si bien los indicadores como método diagnóstico de ERUS son alentadores, se requiere estudios con un tamaño muestral mayor.

Hallazgos de la colonoscopia de seguimiento en cáncer colorrectal izquierdo infranqueable operado

Manuel Lizana Corvera , Patricio Germán Olivares Pardo, Pablo Andrés Saldías Echeverría, Alejandro Barrera Escobar, Cristián Fernando Gallardo Villalobos, Guillermo Bannura Cumsille.*

Hospital Clínico San Borja-Arriarán, Universidad de Chile Cirugía.

Introducción: El cáncer colorrectal obstructivo al colonoscopia se presenta en un 4-5% de los pacientes. El segmento no estudiado debe ser evaluado durante el seguimiento posoperatorio, ya que se presenta en un 20-30% pólipos concomitantes, y en un 2-3% un cáncer sincrónico. Es de importancia el control precoz para descartar lesiones proximales al tumor obstructivo que no son visibles en exámenes de rutina.

Objetivos: Describir los hallazgos de las colonoscopías de seguimiento posterior a una cirugía por cáncer colorrectal izquierdo infranqueable. Evaluar si existen diferencias en los hallazgos de la colonoscopia de seguimiento de pacientes con cáncer rectal y colónico infranqueable.

Material y Método: Se realiza un estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes intervenidos por un cáncer colorrectal izquierdo infranqueable. Este último se define como la imposibilidad del paso del endoscopio proximal al tumor. Se incluyen todos los tumores que se localizan desde el colon transversal distal hacia caudal, excluyendo a pacientes que el segmento proximal se reseque durante la cirugía, cirugía no curativa, y pacientes con cáncer colorrectal avanzado que impida el control colonoscópico de seguimiento. Se evalúan los hallazgos de colonoscopia de acuerdo a tiempo de intervalo, llegada al ciego, presencia de pólipos o tumores, evaluación de anastomosis y morbilidad asociada. El análisis descriptivo se realizó con SPSS versión 24.

Resultados: Se trata de 35 pacientes con cáncer colorrectal izquierdo infranqueable, 21 de colon y 14 de recto. La colonoscopia fue completa en un 90%. Fue descrita sin hallazgos patológicos en un 42,1% de los casos. Un 37% presentaban pólipos en el colon proximal, un paciente presentó recidiva local en la anastomosis y se evidenció un cáncer sincrónico, 2,9%. Los pólipos más frecuentes fueron los adenomas con displasia de bajo grado, en un 52% de los casos. 10,5% fueron hiperplásicos. La anastomosis colorrectal fue normal en más del 70% de los casos, hubo una recidiva local y estenosis endoscópica en 3 casos, una de ellas

neoplásica. Otros hallazgos fueron: diverticulosis en un 9% de los casos, ileitis en un paciente, y colitis de colon descendido en 1 paciente. No hubo morbimortalidad asociada al procedimiento.

Conclusión: Los hallazgos descritos en la colonoscopia de seguimiento con cáncer colorrectal izquierdo infranqueable no varían con respecto a la presentación menos avanzada. No hay diferencias entre los hallazgos descritos en cáncer de recto y colon, aunque la muestra es pequeña. Se debe realizar un control precoz para descartar presencia de lesiones concomitantes y efectuar el tratamiento respectivo.

Comparación de los resultados perioperatorios del abordaje abierto versus laparoscópico para la reconstitución de tránsito luego de la operación de Hartmann

Felipe Andrés Imigo Gueregat , Carla Morelli Lobos, Leonardo Carcamo Gruebler, Sergio Riveros Gonzalez, Martín Inzunza Aguero, María Elena Molina Pezoa, Rodrigo Migueles Cocco, Gonzalo Urrejola Schmied, Alvaro Zuñiga Diaz, Felipe Bellolio Roth, Jose Tomás Larach Kattan.*

Clínica Universidad Católica. Unidad de Coloproctología, Departamento de Cirugía Digestiva.

Introducción: La reconstitución de tránsito (RT) luego de la operación de Hartmann (OH) es una cirugía laboriosa con una morbilidad postoperatoria significativa en las series publicadas. En las últimas dos décadas, la RT por vía laparoscópica se ha asociado a una menor morbilidad que el abordaje abierto.

Objetivos: Comparar los resultados perioperatorios del abordaje abierto (AA) con el abordaje laparoscópico (AL) en la RT. Determinar factores de riesgo para morbilidad postoperatoria.

Material y Método: Estudio de cohorte retrospectivo, analítico. Se incluyen pacientes operados de RT entre los años 2007 y 2016, excluyendo pacientes con hernias incisionales que requieren reparación simultánea. Se analizan las variables demográficas, intra-operatorias, morbilidad y reingresos a 30 días. Análisis de los casos según intención de tratamiento de acuerdo al abordaje. Análisis univariable según test de normalidad. Análisis multivariable para factores de riesgo de morbilidad mediante regresión logística, incluyendo en el modelo variables con un valor $p < 0,1$. Se consideró significación

estadística un valor $p < 0,05$. Estadística realizada con Software SPSS 22.0.

Resultados: Se realizaron 101 RT en el período, excluyendo 14 casos por hernia incisional. Se analizaron 87 casos, 46 AA y 41 AL. La edad promedio fue de 59,5 (DE 17,1) años para el AA y de 62,4 (DE 14,7) años para el AL. La proporción hombres/mujeres fue 1:1 para ambos grupos. Las principales indicaciones quirúrgicas de la OH fueron la enfermedad diverticular (45%) y el cáncer colorrectal (34,5%). No hubo diferencias demográficas ni intraoperatorias entre los grupos de AA y AL. El tiempo operatorio fue de 214 (DE 88,8) min para el AA y de 204 (DE 72) min para el AL ($p=0,58$). Diez AL (24,4%) requirieron conversión, principalmente por adherencias. La morbilidad total de la serie fue de 36,8%, siendo mayor en el AA (50% vs. 21,9%, $p=0,007$). Esta diferencia está determinada principalmente por infección de herida operatoria (17,4% vs 0%, $p=0,006$). No existen diferencias para complicaciones Clavien-Dindo III-IV ($p=0,69$). Hubo 1 caso de filtración para cada grupo y ambos requirieron reintervención. La estadía postoperatoria fue de 5 (3-52) días para el AL y 7 (4-36) días para el AA ($p < 0,001$). En el análisis univariable para la presencia de morbilidad postoperatoria, las variables cuyo p fue $< 0,1$, fueron el AA en la OH ($p=0,081$) y el AA en la RT ($p=0,007$). Al ingresar estas variables al modelo de regresión logística, resultó sólo el AA en la RT un factor de riesgo independiente para morbilidad postoperatoria. (OR 2,89, IC 95% 1,11-7,49)

Conclusión: La RT mediante AL tiene menor morbilidad y estadía hospitalaria que el AA. El AA es un factor de riesgo independiente para morbilidad postoperatoria en la RT.

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA EN PACIENTES INGRESADOS POR SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITAL SALVADOR. ETIOLOGIA Y CARACTERISTICAS.

Natalia Moreno Baeza , Alejandro Readi , Constanza Menendez Olave, Guillermo Patricio Reyes Reyes, monica belen martinez mardones, Sebastián Pradenas Bayer, Rodrigo Capona , David Contreras , Ernesto Melkonian Tumani.*

Hospital del Salvador.

Introducción: La hemorragia digestiva baja (HDB) es una entidad frecuente en los servicios de urgencias, asociados a elevada morbi-mortalidad. Si bien las guías

clínicas estipulan las conductas para el estudio inicial y manejo, la disponibilidad de endoscopías en los servicios de urgencia puede modificar la conducta.

Objetivos: El objetivo es presentar una serie de casos de HDB ingresada a través del servicio de urgencias, hospitalizadas a cargo del equipo de coloproctología, para analizar el método de estudio empleado al ingreso, % diagnóstico y necesidad de manejo quirúrgico de urgencia.

Material y Método: Estudio de cohorte retrospectiva, serie de casos. Se revisan los registros de urgencias de 6 años (2011 - 2017) seleccionando a todos los pacientes cuyo diagnóstico de ingreso fuera "Hemorragia digestiva baja" o "HDB". Se incluyen todos los pacientes independiente de edad, sexo o comorbilidades al momento del ingreso. Se excluye la HDB de causa perianal. Se realiza seguimiento del paciente por medio de consulta en la ficha electrónica. Estadística descriptiva.

Resultados: Se incluyen 100 pacientes, promedio de edad 72,3 años, 52 hombres, 48 mujeres. Al ingreso el primer estudio indicado fue AngioTAC de abdomen y pelvis en 65 pacientes, EDA en 51 y colonoscopia en 34. La EDA fue negativa para sangrado en todos los casos. Angiotac fue positivo para sangrado activo diverticular en 3 casos. La colonoscopia es diagnóstica en 29 casos y terapéutica en 1 caso. Hubo mortalidad del 5% intrahospitalario y 2% en los 90 días post alta. Respecto al manejo quirúrgico, de 100 pacientes terminan operados 3, de los cuales 2 fueron a cirugía de Hartman por la HDB y 1 se opera por otra causa.

Conclusión: En los pacientes con hemorragia digestiva baja ingresados por servicio de urgencia se prefirió AngioTAC como primer estudio, superando a las endoscopías en disponibilidad; a pesar de esto sólo logra diagnóstico en un bajo % de pacientes al compararlo con la colonoscopia, la que además ofrece tratamiento. Solo un 2% de los pacientes requirió cirugía de urgencias por HDB.

Tratamiento de la enfermedad hemorroidaria con ligadura arterial guiada por Doppler y pexia. Experiencia inicial.

alejandra barrera escobar , guillermo bannura cumsille, manuel lizana corvera, juan riquelme contreras.*

Hospital Clínico San Borja-Arriarán, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Campus CentroDepartamento de Cirugía.

Introducción: La enfermedad hemorroidaria se define como la presencia de síntomas persistentes y progresivos, con una alteración importante de la calidad de vida. El tratamiento clásico consiste en la Hemorroidectomía, con buenos resultados alejados, pero con importante dolor en el pos operatorio inmediato, alta tasa de uso de analgésicos e incapacidad laboral y funcional importante.

Objetivos: Evaluar los resultados precoces de la ligadura guiada por Doppler asociada a pexia del tejido hemorroidaria en una serie prospectiva no aleatoria.

Material y Método: Serie prospectiva, consecutiva, no aleatoria de pacientes operados por el autor. Los criterios de inclusión son, pacientes con hemorroides sintomáticos, grado 3 que no responden al tratamiento médico, con componente externo ausente o mínimo. Los criterios de exclusión fueron el antecedente de cirugías sobre el canal anal y la falta de consentimiento. En todos los pacientes el procedimiento fue realizado en forma ambulatoria, con anestesia regional, en posición de litotomía forzada y con profilaxis antibiótica con metronidazol, una dosis pre operatoria. Se identificaron las ramas terminales de las arterias rectales mediante el Doppler, fueron ligadas, comprobando la disminución de la señal con el mismo método y luego se realizó una pexia. Se registran los datos epidemiológicos y quirúrgicos.

Resultados: La serie corresponde a 11 pacientes, 7 varones, con una mediana de edad de 56 años (35-75). El tiempo promedio de síntomas fue de 8 meses (3-24). Entre los síntomas predominaba el prolapso (11/11) y el sangrado (7/11). El tiempo operatorio promedio fue de 35 minutos (25-60). La reducción del prolapso fue exitosa en todos los pacientes. El dolor pos operatorio fue evaluado a la hora con un promedio de 3 puntos, al alta 3 puntos, a las 48 horas 2 puntos y a los 7 días 1 punto. El seguimiento promedio es de 12 meses (8-24). Diez pacientes permanecen asintomáticos, sin prolapso ni sangrado. Un paciente presentó un prolapso grado 2 con sangrado escaso, que fue tratado con una ligadura elástica. Al comparar con una serie histórica, se observa una disminución importante del dolor pos operatorio y del uso de analgésicos.

Conclusión: Los resultados preliminares de esta serie muestran una adecuada resolución de los síntomas, con una disminución importante del dolor pos operatorio y del consumo de analgésicos, por lo que parece ser una

técnica útil y segura para el tratamiento de la enfermedad hemorroidal

Resultados oncológicos y funcionales a largo plazo de pacientes con adenocarcinoma de recto inferior tratados con resección anterior ultrabaja interesfintérica

Francisco López Kostner , Carlos Alberto Miranda Fernández, Marlene Estay Fuentes, Alejandro Jose Zarate Castillo, Alejandra Ponce Flores, Udo Kronberg , Claudio Wainstein Gewolb, Andrés Larach Kattan, Jorge Larach Said, Eliana Verónica Pinto Torres, Maria Alejandra Gonzalez Mesa.*

Clínica Las Condes. Unidad de Coloproctología.

Introducción: La resección anterior ultrabaja interesfintérica (RAUBIE), permite preservar la función esfinteriana en pacientes seleccionados con un cáncer en los últimos 5 cm del recto. No obstante, puede producir alteraciones en la función evacuatoria y esfinteriana.

Objetivos: Analizar los resultados oncológicos y funcionales luego de una RAUBIE en pacientes con cáncer de recto.

Material y Método: Estudio observacional, analítico, transversal, durante el periodo 2007 a 2016. Criterios de inclusión: pacientes sometidos a una RAUBIE, por adenocarcinoma primario del recto e intención curativa. Se evaluaron los datos clínicos y quirúrgicos. En la anatomía patológica, se evaluó la respuesta patológica post – neoadyuvancia (escala de Ryan). Todos los pacientes tuvieron un seguimiento hasta julio del 2017 y los fallecimientos se constataron mediante certificados de defunción. Para la evaluación de la funcional se determinó el grado incontinencia fecal (Escala de Jorge-Wexner) y del síndrome de resección anterior baja (Escala de LARS). Análisis estadístico: Estadística descriptiva y para el análisis de supervivencia el método de Kaplan – Meier.

Resultados: De 21 pacientes; catorce (67%) fueron varones, (edad promedio: 59 años). La ubicación tumoral: 4 cm (2-6 cm) del margen anal. Diecinueve pacientes recibieron neoadyuvancia y 2 (11%) tuvieron respuesta patológica completa. Todos los márgenes quirúrgicos distales y radiales fueron negativos. Una o más complicaciones se observaron en 12 (57%) pacientes (Clavien-Dindo III y IV en 5 pacientes), de los cuales 3 (14%) fueron reoperados. No hubo mortalidad post-operatoria. Un paciente (4,8%) tuvo recurrencia a

distancia. Con una mediana de seguimiento de 84,7 (17-127) meses, la supervivencia global y libre de enfermedad a 5 años fue de: 100% y 95% (IC: 90,6-99,8%), respectivamente. Para la evaluación funcional se excluyeron: 2 pacientes por quedar con una ostomía definitiva, 1 por demencia, 1 desistió de participar, 1 no ubicable y 1 fallecido (luego de 7 años desde la cirugía). Catorce de los quince pacientes evaluados tuvieron un seguimiento mayor a 24 meses, en ellos el puntaje de Jorge-Wexner tuvo una mediana de 13 puntos (puntaje ≥ 15 : 5 pacientes) y la escala de LARS una mediana de 34 puntos (puntaje ≥ 30 : 13 pacientes). Ni la escala de Jorge-Wexner (Hombres:12 Mujeres:13 $p=0,705$) ni la de LARS presentaron diferencias por género (Hombres:33 Mujeres:38 $p=0,053$). Lo mismo ocurre con ambas escalas entre los pacientes mayores y menores a 60 años, Jorge Wexner (≥ 60 :12 v/s <60 :12 $p=0,92$) LARS (≥ 60 :33 v/s <60 :36 $p=0,34$). Trece (87%) prefieren su estado actual a ser portador de una ostomía.

Conclusión: Si bien los resultados oncológicos de los pacientes sometidos a una RAUBIE son satisfactorios, la evaluación de la función intestinal muestra un deterioro significativo. Pese a lo anterior los pacientes prefieren su condición actual por sobre portar una ostomía.

Manejo laparoscópico de tumor intestinal del ángulo de Treitz.

JORGE BRAVO LOPEZ* , JOSE MARIA CORTES ARTEAGA, DAVID BRAVO LOPEZ, ANGELA POBLETE SAAVEDRA, EDUARDO JOSE BRAVO LOPEZ, MARCO BUSTAMANTE ZAMORANO.

Hospital del Salvador, Universidad de Chile Servicio de Cirugía/Equipo digestivo alto. .

Introducción: El adenocarcinoma de intestino delgado es muy infrecuente y constituye el 0,5% de las neoplasias a nivel gastrointestinal, localizándose preferentemente en duodeno distal y yeyuno proximal. El tratamiento quirúrgico depende de la localización y el grado de invasión. El abordaje laparoscópico con resección y linfadenectomía es factible pero controversial sobre todo en los casos de urgencia.

Objetivos: Mostrar el manejo laparoscópico de la resección y linfadenectomía de un tumor intestinal del ángulo de Treitz obstructivo y sangrante en el contexto de cirugía de urgencia.

Descripción y contenido del vídeo: Hombre de 54 años, antecedentes de ulcera gástrica, anemia y baja de peso. Ingresó al servicio de urgencia por vómitos, dolor, distensión abdominal y melenas. EDA gran contenido alimentario sin causa de sangrado, colonoscopia sin alteración. Enteroclisia por TAC: engrosamiento parietal de yeyuno proximal y masa obstructiva. Laparoscopia exploradora con disección laboriosa, sección de ligamento de Treitz, sección de yeyuno proximal que contiene tumor duro de 10cm con gran angiogénesis, localizado a menos de 5cm de ángulo de Treitz, no hay evidencia de otras lesiones ni diseminación. Anastomosis latero lateral en sentido transversal a asa próxima. Biopsia: adenocarcinoma pobremente diferenciado. Paciente con buena evolución. PET CT sin focos de diseminación.

Nefrectomía parcial robótica: resultados perioperatorios en 125 casos consecutivos

Octavio Castillo Cádiz* , Daniel Arribas Gomez, Rosario Chuquillanqui Villalva, Arquimedes Rodriguez Carlin, Roberto Van Cauwelaert Rojas, Sergio Sanchez Cedeño.

Clínica Indisa.

Introducción: La nefrectomía parcial en el tratamiento del carcinoma renal de células claras ha mostrado una

sobrevida cáncer específica equivalente a la nefrectomía radical, con una preservación de la función renal significativamente mayor en pacientes con tumores localizados estadio T1.

Objetivos: Presentar nuestra experiencia y resultados perioperatorios de una serie de 125 pacientes tratados en forma consecutiva mediante nefrectomía parcial robótica (NPR).

Material y Método: Desde abril de 2010 a julio de 2016 se realizaron 125 NPR por vía transperitoneal con el sistema da Vinci S-HD®. Los datos fueron recolectados de forma prospectiva. Se realizó un análisis descriptivo de las características demográficas, variables intraoperatorias y postoperatorias como medias \pm desviación estándar o medianas \pm rango intercuartílico (RI). Las complicaciones perioperatorias fueron evaluadas según la clasificación de Dindo-Clavien y las intraoperatorias mediante Satava.

Resultados: La edad promedio fue $54,7 \pm 13,1$ años y el índice de masa corporal fue $27,9 \pm 4,2$ kg/m². El tamaño tumoral postoperatorio fue $3,6 \pm 3,3$ cm. El tiempo quirúrgico fue $114 \pm 45,5$ minutos. Se realizó resección del tumor sin isquemia caliente en 27 pacientes (21,6%). La mediana de tiempo de isquemia fue 16 minutos (RI 8-23). La mediana de sangrado intraoperatorio fue 150 ml (RI= 100-300. El puntaje R.E.N.A.L. promedio fue $6,5 \pm 1,9$. El 42,9%) fueron masas renales de moderada y alta complejidad quirúrgica. Hubo 3 complicaciones intraoperatorias (2,4%), una lesión del diafragma, una laceración esplénica y una de vena renal reparadas en el mismo acto quirúrgico (Satava grado 2). Doce pacientes (9,6%) presentaron complicaciones postoperatorias Clavien ? III y no hubo mortalidad. La mediana de estadía hospitalaria fue de 3 días RIQ (3-3,25). El 62,4% de los tumores fue carcinoma de células renales. El estadio patológico más frecuente fue T1a (61,6%). El grado de Fürhman fue $2,3 \pm 0,7$. Dos pacientes tuvieron márgenes quirúrgicos positivos (1,6%).

Conclusión: El análisis de los resultados perioperatorios de nuestra serie de NPR, confirman su seguridad y eficacia. La NPR representa una técnica quirúrgica conservadora de nefronas fiable con una baja tasa de complicaciones, incluso en pacientes portadores de masas renales de moderada y alta complejidad quirúrgica.

REPARACION DE ANEURISMA DE ARTERIA RENAL CON ASISTENCIA ROBOTICA

Octavio Castillo Cádiz, Daniel Arribas Gomez, Sergio Sanchiz Cedeño, Roberto Van Cauwelaert Rojas, Arquimedes Rodriguez Carlin, Rosario Chuquillanqui Villalva.*

Clínica Indisa. UROLOGIA.

Introducción: Paciente de 59 años antecedente hipertensión arterial (HTA) de difícil manejo, colecistectomía laparoscópica e histerectomía total abierta. Estudio angiográfico demuestra displasia fibromuscular renal bilateral. En la bifurcación de arteria renal derecha en su división superior y anterior se aprecia un aneurisma sacular del cual se originan algunas ramas segmentarias.

Objetivos: Reparación de aneurisma de arteria renal con asistencia robótica por imposibilidad de tratamiento endovascular.

Descripción y contenido del vídeo: Decúbito lateral. Se decola colon derecho y se disecciona hilio renal. Identificación de arteria renal principal, su bifurcación y aneurisma sacular del cual salen 3 ramas segmentarias, además de la división inferior. Se expone aneurisma identificando todas las ramas arteriales emergentes. Se marcan con elásticos vasculares. Heparinización sistémica y clampeo de arteria renal principal con bulldog robótico, ramas emergentes con bulldog plásticos neuroquirúrgicos. Resección de la pared aneurismática. Sutura continua del flap con PTFE 5-0. Tiempo de isquemia 18 minutos. Sangrado: 200 ml. Tiempo quirúrgico 195 minutos. Hospitalización 48hs. Control de HTA con monodroga. Angio-CT 7 meses: arteria renal derecha arosariada, sin estenosis ni aneurisma. La resolución robótica es factible y segura.

MICRODISECCIÓN DE RAMAS DE LA ARTERIA RENAL EN NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA: CAMINO A LA CERO ISQUEMIA

Octavio Castillo Cádiz, Daniel Arribas Gomez, Sergio Sanchiz Cedeño, Rosario Chuquillanqui Villalva, Arquimedes Rodriguez Carlin, Roberto Van Cauwelaert Rojas.*

Clínica Indisa.

Introducción: La nefrectomía parcial (NP) busca mejorar los resultados funcionales mediante la preservación de parénquima renal no comprometido por el tumor en comparación a la nefrectomía radical. Tradicionalmente se pinza la arteria renal durante la NP para crear un campo quirúrgico exangüe durante la

resección del tumor, pero esta técnica tiene el riesgo de producir daño renal por un tiempo prolongado.

Objetivos: Describir nuestra técnica de microdissección de ramas de la arteria renal con pinzamiento supraselectivo en la nefrectomía parcial robótica con la finalidad de eliminar la isquemia renal.

Descripción y contenido del vídeo: Paciente varón de 78 años de edad, antecedente de hipertensión arterial, quién consulta por hematuria macroscópica. La RM: tumor renal derecho de 5 cm en cara posterior. Nuestra técnica involucra: (1) tomografía computada o resonancia magnética (RM) preoperatoria con reconstrucción anatómica de las ramas de la arteria renal, (2) micro-dissección de ramas terciarias o superiores de la arteria renal que van dirigidas al tumor renal. Se realizó una nefrectomía parcial robótica con pinzamiento supraselectivo de una rama terciaria de la arteria renal dirigida al tumor. El tiempo quirúrgico total fue de 180 min., con un sangrado de 300 ml. No hubo complicaciones peri - post operatorias tardías. Esta técnica es segura, factible y permite eliminar la isquemia caliente del parénquima renal sano.

Derivación Urinaria Totalmente Intracorporea Durante Cistectomía Radical Robótica: Experiencia En 30 Pacientes

Octavio Castillo Cádiz, Daniel Arribas Gomez, Sergio Sanchiz Cedeño, Rosario Chuquillanqui Villalva, Arquimedes Rodriguez Carlin, Roberto Van Cauwelaert Rojas.*

Clínica Indisa.

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

Objetivos: Presentar los resultados en 30 pacientes en los que se realizó una cistectomía radical con derivación urinaria totalmente intracorpórea asistida por robot.

Material y Método: Entre Diciembre de 2010 y Mayo de 2017 hemos realizado 30 CRAR, 28 por carcinoma de células transicionales (CCT) invasor y 2 por causa no oncológica (fistula vésico-vagino-rectal y cistitis intersticial). La cistectomía, la disección linfática extendida y la derivación urinaria se realizaron por completo asistidas por robot, siguiendo los principios de

la cirugía abierta y de manera totalmente intracorpórea. Se analizan variables demográficas, peri operatorias, complicaciones (de acuerdo al sistema de Clavien) y resultados funcionales.

Resultados: Todas las cirugías se realizaron sin necesidad de conversión. Se confeccionó un conducto ileal en 13 pacientes y una neovejiga ortotópica en 17 pacientes. El tiempo operatorio medio fue de 309 min (103-600). El tiempo medio de la derivación fue de 147 min. (45-300). El sangrado estimado medio fue de 693cc (50-3000) y la estadía hospitalaria media fue de 11,5 días (5-30). Un total de 5 pacientes (16.6%) presentaron complicaciones tempranas Clavien 3 o mas. No existió mortalidad peri operatoria. El seguimiento medio fue de 18 meses (6-30). Hasta este momento 8 pacientes ha presentado recurrencia y 7 muertes.

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

LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL LUMBOAÓRTICA ROBÓTICA EN CÁNCER TESTICULAR: EXPERIENCIA INICIAL

Octavio Castillo Cádiz , Daniel Arribas Gomez, Sergio Sanchiz Cedeño, Rosario Chuquillanqui Villalva, Arquimedes Rodriguez Carlin, Roberto Van Cauwelaert Rojas.*

Clínica Indisa.

Introducción: El retroperitoneo es el sitio primario de metástasis en más del 80% de los pacientes portadores de tumor testicular de células germinales (TCG). La linfadenectomía retroperitoneal lumboaórtica (LRLA-R) permite una estadificación patológica definitiva, eliminar el teratoma quimio-resistente y es una opción terapéutica en TCG viables.

Objetivos: Presentamos los resultados de la LRLA-R realizada a 14 pacientes portadores de un TCG, operados de forma consecutiva.

Material y Método: Entre los años 2009 y 2014 efectuamos 14 LRLA-R (8 pacientes en estadio I y 6 pacientes con masa retroperitoneal posterior a quimioterapia) con el sistema quirúrgico da Vinci S-HD en un centro único. Se realizó LRLA-R bilateral con

preservación de nervios del plexo simpático en todos los casos. Los datos fueron recolectados de forma prospectiva y se realizó un análisis descriptivo de las características demográficas, variables intraoperatorias y postoperatorias.

Resultados: La edad promedio fue 28,6 años (23 -44). Todos los pacientes fueron ASA 1. La media de tamaño de la masa residual fue de 3,56 cm (2,5-8 cm). El tiempo quirúrgico promedio fue 192 minutos (120-300) y el sangrado intraoperatorio fue 318 ml (100-800). La estancia hospitalaria fue de 1,8 días (1-20) y hubo un promedio de 22 ganglios linfáticos resecaados (16-43 ganglios). Un paciente presentó una complicación intraoperatoria Satava 2 y no hubo complicaciones postoperatorias. Todos los pacientes están con eyaculación anterógrada y hubo una concepción exitosa 9 meses después de la cirugía. No hay recurrencia bioquímica o retroperitoneal con una media de seguimiento de 24 meses.

Conclusión: La LDR-R es una técnica segura y factible. Sin embargo, es necesario un mayor número de casos y un seguimiento más largo para evaluar los resultados oncológicos de este procedimiento.

Exanteración pelviana asistida por robot en cáncer de próstata con infiltración rectal

Octavio Castillo Cádiz , Daniel Arribas Gomez, Sergio Sanchiz Cedeño, Rosario Chuquillanqui Villalva, Arquimedes Rodriguez Carlin, Roberto Van Cauwelaert Rojas.*

Clínica Indisa.

Introducción: La exenteración pélvica se ha usado en pacientes con cáncer de recto, cuello uterino, vagina, endometrio y vejiga. El compromiso rectal por cáncer de próstata es poco frecuente, y el rescate con exanteración pélvica total muestra una sobrevida no superior a 15 meses. Sin embargo, constituye una alternativa de tratamiento de excepción en un grupo de pacientes para paliación sintomática.

Objetivos: Presentar, lo que creemos, es el primer caso comunicado de exanteración pélvica total robótica, en un paciente con cáncer de próstata hormono refractario con recurrencia local y compromiso rectal de un cáncer de próstata.

Material y Método: Paciente de 71 años, con prostatectomía radical en 1995 por cáncer de próstata a los 53 años. En 1997 radioterapia de salvamento por

recurrencia bioquímica. Marzo de 2005, APE de 0.94ng/mL. Inició bloqueo androgénico intermitente y luego resistente a castración en Julio de 2012. Meses después presenta sangrado transrectal y tenesmo severo. APE de 25.47ng/dL. Examen digito rectal, masa en el canal rectal. Colonoscopia reporta masa friable a 3 cm del margen anal con infiltración de hasta 10 cm del margen anal. Centelleo óseo, Tomografía axial computarizada y PET/CT (18F) demostrando un nódulo vesical infiltrando el meato ureteral izquierdo, una masa de 3,9 cm en el lecho prostático con infiltración a la pared anterior del recto. Biopsia rectal demostró adenocarcinoma de próstata.

Resultados: Se utilizan 6 puertos. Se seccionan ambos uréteres en su entrada en la vejiga. Se realiza una linfadenectomía pélvica bilateral extendida. Se secciona el colon sigmoidees en la unión recto-sigmoidea. Se efectúa disección y sección del recto y la vejiga en bloc. Se realiza una colostomía en doble caño de Mikulicz con anastomosis de ambos uréteres al extremo distal del colon descendente y en el colon proximal se confecciona el estoma a nivel de la fosa ilíaca izquierda. Se completa la disección por vía perineal, por donde se extrae la pieza quirúrgica. El tiempo quirúrgico fue de 249 minutos. El sangrado estimado fue de 600 ml. La evolución fue sin incidentes, siendo dado de alta al 7° día del post-operatorio. La biopsia fue un Gleason 5+4 con compromiso transmural ano-rectal y vesical, y 1/17 linfonodos positivos. El antígeno prostático de control a los 15 días fue de 1,24 ng/ml. Ha completado 19 meses de seguimiento con buena calidad de vida.

Conclusión: La exanteración pélvica es una alternativa viable en pacientes con compromiso de órganos adyacentes y mala calidad de vida.

NEUROLISIS ROBOTICA DE NERVI PUDENDO DERECHO EN DOLOR PELVIANO CRONICO

Octavio Castillo Cádiz, Arquimedes Rodriguez Carlin, Daniel Arribas Gomez, Sergio Sanchiz Cedeño, Roberto Van Cauwelaert Rojas, Rosario Chuquillanqui Villalva.*

Clínica Indisa. UROLOGIA.

Introducción: El dolor pelviano crónico secundario a atrapamiento del nervio pudendo es una entidad patológica muy invalidante. Si se logra establecer que se cumplen los 5 criterios de Nantes, la neurolisis del nervio pudendo puede tener buenos resultados.

Objetivos: Se presenta el video de una neurolisis laparoscópica con asistencia robótica del nervio pudendo derecho, describiendo todos sus pasos.

Descripción y contenido del vídeo: Paciente de 50 años con dolor crónico invalidante en zona inervada por el nervio pudendo. La paciente tenía imposibilidad de sentarse y no había alteraciones sensitivas. Se realizó bloqueo percutáneo del nervio pudendo consiguiendo alivio del dolor en un 40%. Habiendo cumplido los criterios de Nantes, se decide realizar neurolisis robótica de nervio pudendo. Se utilizó Da Vinci Si. Se logró liberación completa del nervio pudendo en todo el canal de Alcock. El tiempo quirúrgico fue de 90 minutos, considerando el tiempo tomado para efectuar una suspensión vesical tipo Burch. No hubo complicaciones perioperatorias. La neurolisis robótica del pudendo es factible. La asistencia robótica tiene la ventaja de una muy buena exposición y visión de las estructuras nerviosas, facilitando la cirugía.

Manejo laparoscópico de GIST Gástrico con gastrectomía vertical tubular.

JORGE BRAVO LOPEZ, hernan de la fuente hulaud, DAVID BRAVO LOPEZ, EDUARDO JOSE BRAVO LOPEZ, JUAN CONTRERAS PARRAGUEZ, LUIS FELIPE SEPULVEDA JAQUI.*

Clínica Santa María. Departamento de Cirugía/Unidad de Cirugía digestiva..

Introducción: La cirugía laparoscópica en el manejo de los cáncer gástrico ha evolucionado en las últimas décadas, el manejo de los tumores del estromales (Gastrointestinal Stromal Tumors, GIST) por esta vía tiene ventajas significativas en cuanto a seguridad, efectividad, disminución de la estadía hospitalaria, complicaciones y recurrencia tumoral.

Objetivos: Mostrar el abordaje laparoscópico de GIST Gástrico corporal alto con gastrectomía vertical tubular.

Descripción y contenido del vídeo: Paciente 40 años, Consulta por cuadro de astenia, pirosis, acidez, distensión abdominal. Al examen: abdomen poco distendido, doloroso en epigastrio, RHA normales. EDA lesión submucosa del cuerpo gástrico ulcerada en su centro de aspecto a GIST. Laparoscopia masa gástrica en cuerpo alto y fondo de 5,4cm, sin compromiso UGE, resto normal, liberación de la curvatura mayor hasta pilar izquierdo con ligasure, se libera masa tumoral vascularizada que se extiende hacia la curvatura mayor. Gastrectomía vertical tubular bajo calibración de sondón

de 32Fr. Con stapler lineal y sutura en línea de corchetes con v lock 3/0 continuo. revisión con EDA intraoperatoria sin sangrado ni filtraciones. Biopsia: GIST gástrico con márgenes libres. Paciente con evolución favorable es dado de alta.